

HEMŞİRELİKTE KANITA DAYALI UYGULAMA

Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN*

GİRİŞ

Kanıt dayalı uygulama, kanıt dayalı tıp, kanıt dayalı hemşirelik konuları son on yıldır, sağlık ve hemşirelik literatüründe hızla artmakta, konu ile ilgili kitaplar yayımlanmakta, kongreler yapılmakta ve kanıt dayalı hemşirelik merkezleri açılmaktadır. Ülkemizde 2003 yılında yapılan hemşirelik kongrelerinde konu giderek artan bir ilgi ile tartışılmaya başlanmıştır. Araştırmalar, kanıt değeri taşıyan sonuçlar sağlıyor mu? Uygulamalar kanıt dayalı mı? Bu sorular soruluyor, uygulamaların kanıt dayalı olmasından söz ediliyor; ancak yapılan tartışmalardan kullanıcıların bu terimlere farklı anlamlar yükledikleri anlaşılıyor. Konunun dünyadaki gelişimi incelendiğinde, benzer sorunların yaşandığı görülmektedir. Kitson (1997) hemşirelerin konu ile ilgili kavramları tam olarak bilmeden bu hareketin içine girdiğini; Ingersoll (2000) kanıt dayalı uygulamaların hemşirelik açısından anlaşılır hale getirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Ülkemizde de Kanıt Dayalı Hemşirelik (KDH) konusunda anlayış birliğine gereksinim olduğu gözlemlenirken, yola çıkılarak oluşturulan bu makalede temel tanımlar, kanıt kaynakları üzerinde durulmuş ve konu ile ilgili ileri bilgilere ulaşılabilecek kaynaklar sunulmuştur.

Kanıt Dayalı Uygulama Hareketi ve Hemşirelik

Kanıt dayalı uygulamalar (KDU), pek çok disiplinin olduğu gibi hemşirelerin de yakından ilgilendiği bir konudur. Bu hareketin hızlanma-

sında sağlık sistemleri ve profesyonel örgütlerin talepleri yanı sıra tıbbi uygulama hatalarında (malpractice) artış da belirleyici olmuştur (Youngblut, Brooten, 2001). Sağlık bakım uygulamalarının kanıt dayandırılması gereklilikleri olarak “bakım maliyetinde artış, bakımın sadece %20’sinin kanıt dayalı olması, hastaların hatalı uygulama kaygısı, hastaların bilgi taleplerinde artış ve sağlık personeline güvenin azalması” konularına dikkat çekilmektedir. Hemşirelik uygulamalarının kanıt dayalı olması bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve hemşire memnuniyetini arttırmak gibi sonuçları açısından önemlidir (Jennings, 2000; Jennings, Loan, 2001; Romny, Allen, Boschma, 2003).

Profesyonel hemşirelerden güvenli ve etkili bakım vermesi, uygulamaları konusunda hizmet sunulan topluma, sağlık ekibine ve meslektaşlarına hesap vermesi beklenir. Bakım, elde edilebilen en bilimsel bilgiye dayalı olmalıdır. Bilgi ve karar verme arasındaki ilişki hemşireliğin profesyonelleşmesinde en belirleyici unsurdur. Kanıt dayalı uygulamalar hemşirelik uygulamalarının bilimselleşmesini sağlar.

Diğer disiplinlerde olduğu gibi hemşirelikte de bilgiler bir yandan hızla eskimekte, öte yandan yeni bilgiler hızla çoğalmaktadır. Hemşirelik uygulamalarının geleneğe dayalı yapısını koruması yeni bilgilerin uygulamaya aktarıldığı tıbbi bakım ortamında bir uyumsuzluğa neden

* Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

olmaktadır. Daha da önemlisi teori ve uygulama arasında uçurumun giderilmesi ülkemiz hemşireliğinin öncelikli sorunu olmaya devam etmesine karşın bu boşluğu doldurmaya dönük kapsamlı çalışmalar başlatılmamıştır. ABD’de 1970’li yıllarda başlayan “hemşirelikte araştırma kullanım projeleri” son yıllarda yerini “kanıta dayalı hemşirelik projeleri”ne bırakmıştır (Stetler, 1998a; Stetler, 2001).

Ülkemizdeki hemşirelik araştırmalarının özellikleri ve hemşirelik uygulamalarının geleceğe dayalı yapısı, kanıta dayalı hemşireliğin hayata geçirilmesi konusunda Platin’in (2000) dile getirdiği kaygıları doğrular niteliktedir. KDH uygulamaları konusunda, yakın bir gelecek için gerçekçi bir beklenti, kanıt değeri taşıyan çalışmalara yönelmek ve dünyada yapılan çalışmaların bakım ortamına taşınmasına katkı sağlamak olabilir. Hemşirelik, tıp ve diğer sağlık disiplinlerinin kanıt temelli uygulamalarına ayak uydurmak zorundadır. Daha kaliteli bakım verme sorumluluğu hemşirelik kararlarının da kanıta dayandırılmasını gerektirmektedir. Dünya Sağlık Asamblesi’nin 2001 yılında hemşirelik ve ebellek hizmetlerinin güçlendirilmesi konusunda aldığı kararlarda müdahale gerektiren beş önemli alan vurgulanmıştır. Bu alanlardan birisi, ebellek ve hemşirelik hizmetlerinin bilimsel tabana ve klinik kanıtlara dayalı olarak yürütülmesi ve kanıta dayalı ebellek ve hemşirelik hizmetlerinin sağlanması için gerekli alt yapının kurulmasıdır (WHA, 2003).

Kanıta Dayalı Uygulama’nın Tarihiçesi

KDU hareketi, bir İngiliz hekim-epidemi-yolog olan Archie Cochrane’ın, 1970’li yılların başlarında sağlık bakım kararlarının tıbbi görüşlere ya da deneyimlere değil, kanıta dayalı olması gerektiğine dikkat çekmesiyle başlamıştır. Tıpta kanıta dayalı karar verme ve KDU konusunda politika belirleme çağrısı yapılmış; Cochrane hareketinin hız kazanması ile tıp eğitim ve uygulamalarında yeni bir yaklaşım egemen olmaya

başlamıştır (Estabrooks, 1999; Melynk, Fineout-Overholt, Ackerman, 2000; Sackett et al. 1996). Kanıta Dayalı Tıp (KDT), ilk kez 1992 yılında Kanada McMaster Üniversitesi’nde tıp öğrencilerinin eğitiminde, daha sonra klinik problemlerin çözümünde kullanılmıştır. KDT hareketinden sonra yaygınlaşan kanıta dayalı karar verme ve kanıta dayalı uygulamalar Kanada, İngiltere, Avusturalya ve Yeni Zelanda’da daha çok ilgi görmektedir. İngiltere’de kurulan ve sistematik incelemelerin öncülüğünü yapan Cochrane Merkezi ABD’de daha az yaygınlaşırken, bu ülkede de AHRQ (Agency for Health Research and Quality) benzer çalışmaları yapmaktadır (Estabrooks, 1999; Gennaro, Hodnet, Kearney, 2001).

Kanıta Dayalı Hemşirelik, diğer sağlık disiplinlerinde olduğu gibi KDT hareketinden doğmuştur. Kanıta dayalı uygulamaların hemşireliğe yansımaları henüz sınırlıdır. Kanıta Dayalı Hemşirelik uygulamaları da, KDT gibi Kanada, İngiltere ve Avusturalya’da başlamıştır (Cullum, 1997; Estabrooks, 1999). Kanıta Dayalı Hemşirelik Dergisi 1998’de yayımlanmaya başlamış, İngiltere, Kanada ve Yeni Zelanda’da hemşirelik kanıt merkezleri oluşturulmuştur (DiCenso, 1998; Estabrooks, 1999). Hemşirelikte araştırma kullanımı konusunda model geliştiren Stetler, ABD’de KDH uygulaması ile ilgilenen ilk hemşirelerdendir (Stetler, 1998a; Stetler, 1998b; Krugman, 2003). Türkiye’de KDH konusu ilk kez 2000 yılında Platin tarafından, ülkemizde kanıta dayalı hemşireliğin uygulama engelleri ele alınarak gündeme getirilmiştir (Platin, 2000). Kara ve Babadağ tarafından 2003 yılında yayımlanan “Kanıta Dayalı Hemşirelik” konulu ilk makalede konu ile ilgili temel kavramlara ve tartışmalara yer verilmiştir.

Tanımlar

Kanıta Dayalı Tıp: KDT, hasta bakımı ile ilgili kararlarda eldeki en iyi kanıtın özenli, açık ve doğru bir şekilde kullanılmasıdır.

Kanıt dayalı tıp uygulamasının anlamı, sistematik araştırmalarla elde edilen en iyi kanıtların klinik deneyimlerle entegre edilmesidir (Sackett et al, 1996).

Kanıt Dayalı Uygulama: KDU, klinik kararları desteklemek için, elde edilebilen en iyi kanıtların kullanılma sürecidir (Stetler, 1998a). Sağlık bakımında KDU, belli bir konuda araştırma sonuçlarının seçilmesi, sonuçların sentezlenmesi ve bu sonuçların klinik uygulama kararları için hazırlanmasıdır (Estabrooks, 1999; Bjorn, 1999). KDU, araştırma ile uygulama arasındaki uçurumu kapatmayı amaçlar. Kanıt dayalı tıp ilkelerinin tüm sağlık disiplinlerinde uygulanması **Kanıt Dayalı Sağlık Bakımı** olarak da tanımlanmaktadır.

Kanıt Dayalı Hemşirelik: KDH, kaynakların elde edilebildiği bakım ortamlarında, hemşirelerin klinik uzmanlıklarını, hasta tercihlerini ve eldeki en iyi kanıtları kullanarak karar almaları süreci olarak tanımlanmaktadır (DiCenso, Cullum, Ciliska. 1998; Mulhall, 1998). Youngblut ve Brooten (2001), kanıt dayalı hemşireliğin, deneyimlere dayalı karardan kanıt dayalı karar almaya geçiş olduğunu belirtmiştir.

KDU, hemşirelik literatüründe araştırma kullanımının yerine kullanılmaktadır. Ancak KDU ve araştırma kullanımı aynı şey değildir. KDU, sistematik araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtların klinik uzmanlıkla birleştirildiği uygulamalar olarak tanımlandığında; KDU, araştırma kullanımından daha geniş bir anlam taşır. Uygulamalarda araştırmaların kullanımı KDU değil, araştırma kullanımı olarak düşünülmeli ve ifade edilmelidir (Ciliska et al, 2001; DiCenso, 1998; Estabrooks, 1999).

Kanıt düzeyleri: Elde edilebilir en iyi kanıt nedir?

Kanıt dayalı uygulama neyin kanıt kabul edildiğine ve kanıtın kullanılış şekline göre değişir. Araştırma sonuçları evrensel olarak kanıtın en iyi kaynağı olarak kabul edilmekle

birlikte konu ile ilgili araştırmaların sayısının ve araştırma tasarımının ne olacağı konusunda görüş ayrılıkları vardır. Bir çok alanda, belli bir uygulamayı destekleyen çalışmalar olduğu gibi aynı uygulamayı reddeden çalışmalar da vardır. Bu değişkenlik nedeniyle tek bir araştırmaya dayalı uygulama kararları tehlikeli olabilmektedir. Bu nedenle, belli bir konu üzerinde yapılmış araştırmaların sonuçları klinik uygulamalarda kullanılmadan önce titizlikle değerlendirilmelidir. Böyle bir inceleme araştırmaların yöntemi, örnekleme ve istatistiksel analizlerin doğru bir şekilde değerlendirilmesini gerektirir (Youngblut, Brooten, 2001).

En iyi kanıt kaynağı yüksek kaliteli araştırmalardır. Ancak araştırmanın kalitesi ve uygunluğu değişkendir. Bu nedenle araştırmaların gücünün anlaşılmasına gereksinim vardır (Closs, Cheater, 1999). Muir Gray (1997) kanıtın gücünü beş kategoride sınıflandırmıştır. Tablo 1’de gösterildiği gibi, tıpta kanıt düzeyi sınıflamasına göre en güçlü kanıt için iyi tasarlanmış randomize kontrollü çalışmalarla (RKÇ) yapılan en az bir sistematik inceleme gerekmektedir. Girişimin etkililiğini değerlendirmede en iyi araştırma tasarımının RKÇ’lar olduğu kabul edilir. Ancak hemşirelikte bu düzey kanıtın çok sınırlı olduğu Cullum’un (1997) çalışmasında gösterilmiştir. Yarı deneysel ve deneysel olmayan ve daha az kontrollü olan çalışmalar daha zayıf tasarımlar olarak kabul edilir. Kanıt düzeyleri listesinde kalitatif çalışmalardan hiç söz edilmez (Estabrooks, 1999). Hemşirelikte kanıt düzeyi değerlendirme sınıflamalarına örnek olarak Joanna Briggs Merkezi tarafından kabul edilen sınıflandırma ve Stetler’in kanıt gücü sınıflaması Tablo1’de verilmiştir. Stetler ve arkadaşlarının (1998b) uyarladıkları kanıt şeması hemşirelik araştırmalarının özellikleri ile uyumludur. Bu sınıflamada en güçlü kanıt “Düzye I” olmakla birlikte, düzeyin kalitesi A’dan D’ye doğru derecelenmektedir. Her düzey için, kalite düzeyi D olduğunda (araştırma sonuçlarının güvenilirliği

konusunda kuşku varsa) bu çalışma otomatik olarak incelemenden çıkarılmaktadır. Kalitatif çalışmalar, düşük düzeyde de olsa kanıt olarak kabul edilmiştir. Hemşirelik ve tıp kanıt düzeyi sınıflandırmalarındaki bu farklılık hemşirelik araştırma konuları ve tasarımlarındaki farklılıklarla ilgilidir.

Tıpta, kanıt dayalı tıbbın randomize kontrollü çalışmalar ve meta-analizlerle sınırlı olmadığı belirtilmekle birlikte, bilimsel kanıt

sınıflamasında birinci düzey kanıt RKÇ'lerle sınırlandırılmış ve "altın standart" olarak kabul edilmiştir (Sackett et al, 1996). Randomize kontrollü çalışmalar, sistematik incelemeler ve meta-analizler kanıt dayalı uygulamada "altın standart" olarak hemşirelik uygulamalarında da kullanılmaya başlamasına karşın (Colyer, Kamath, 1999), "elde edilebilir en iyi kanıt nedir?" sorusu henüz tam olarak yanıtlanabilmiş değildir (DiCenso; Cullum, Ciliska; 1998; Ingersoll, 2000). Estabrooks (1999) bilginin hızla

Tablo 1. Tıpta ve Hemşirelikte Kanıt Düzeyi Sınıflamaları

Tıpta kanıt düzeyleri sınıflaması (Muir Gray, 1997)	
Düzyey	Kanıt tipi
I	İyi tasarlanmış RKÇ lardan yapılmış en az bir sistematik incelemelerden elde edilen güçlü kanıtlar
II	İyi tasarlanmış ve uygun büyüklükte en az bir RKÇ'dan elde edilen güçlü kanıtlar
III	İyi tasarlanmış randomize olmayan, tek gruplu pre-post değerlendirmeli, kohort, zaman serileri ve vaka kontrol çalışmalarından elde edilen kanıtlar
IV	İyi tasarlanmış birden fazla araştırma merkezi/grubu tarafından yapılmış deneysel olmayan tasarımlardan elde edilen kanıtlar
V	Saygın otoritelerin görüşlerine, klinik kanıtlara, uzman komitelerin tanımlayıcı çalışmalarına dayalı kanıtlar
Hemşirelikte kanıt düzeyi sınıflamaları Joanna Briggs Enstitüsü kanıt düzeyi sınıflaması (Joanna Briggs, 2003):	
Düzyey	Kanıt tipi
I	RKÇ'larla yapılmış sistematik incelemelerden elde edilen kanıtlar
II	En az bir, iyi tasarlanmış, RKÇ'dan elde edilen kanıt
III.1	Randomize olmayan iyi tasarlanmış kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıt
III.2	Birden fazla merkez/grup tarafından yapılmış, iyi tasarlanmış kohort ya da vaka-kontrol çalışmalarından elde edilen kanıt
III.3	Girişimli ya da girişimsiz çoklu zaman serilerinden elde edilen kanıt. Kontrolsüz deneysel çalışmaların etkileyici sonuçları.
IV	Klinik deneyimlere dayalı, saygın otoritelerin görüşleri, tanımlayıcı çalışmalar ya da uzman komite raporları.
Stetler'in (1998b) kanıt düzeyi ve kalitesi sınıflaması	
Düzyey-kalite	Kanıt kaynağı
I (A-D)	Kontrollü çalışmalarla meta-analiz
II (A-D)	Deneysel çalışma
III (A-D)	Yarı-deneysel çalışma
IV (A-D)	Deneysel olmayan çalışma (tanımlayıcı, kalitatif, vaka çalışmaları)
V(A-D)	Sistematik olarak elde edilmiş kalite iyileştirme programı sonuçları ya da vaka raporu verileri
VI (A-D)	Ulusal olarak tanınmış otoritelerin deneyimlerine dayalı görüşleri, uzman komite görüşleri, araştırmaya dayalı olmayan görüşler, resmi görüşler

artışı, elektronik veri tabanları, KDH dergisi ve KDH merkezleri gibi gelişmelere işaret ederek; hemşireliğin, elde edilebilir en iyi kanıtı bulmak ve kullanmaktan başka seçeneği olmadığını vurgulamaktadır. McPheeters (1999), benzer bir yaklaşımla, hemşireliğin KDU konusundaki gelişmelere uyum sağlayarak, 21. yüzyılda hemşireliği kanıta dayalı uygulamaların şekilleneceğini öngörmektedir.

Kanıta nasıl karar vereceğiz?

Yayımlanan bir çalışmanın değerini anlamak araştırmaları eleştirel olarak değerlendirme becerisine bağlıdır. Kullanılan yönteme bakmaksızın her araştırmanın sınırlılıkları vardır (Closs&Cheater, 1999). Bir araştırmanın eleştirel olarak nasıl okunacağı ve sonuçlarını kullanma kararı verileceği konusunda Greenhalgh'ın (2001) tıp doktorları için yazdığı kitap hemşirelik araştırmaları için de yararlı bir kaynaktır.

Kanıta Dayalı Uygulama Süreci

Kanıta Dayalı Hemşirelik uygulamalarının gerçekleştirilebilmesi için:

- İlgili konuda yeterli araştırma yapılmış/ yayımlanmış olmalı,
- Hemşirelerin bu araştırmalara ulaşma ve eleştirel olarak analiz becerisi olmalı,
- Hemşire, kanıta dayalı olarak gerekli değişiklikleri hayata geçirebilmelidir.

Sistematiik bir süreç olan KDU şu adımlardan oluşur: a) bir klinik sorun saptama ve belli bir hasta problemi için soru oluşturma; b) bu soruyu yanıtlamada kullanılacak araştırma kanıtları için sistematiik araştırma yapma; c) kanıtları geçerliğı, güvenilirliğı ve uygulanabilirliğı açısından eleştirel olarak değerlendirme; d) uygulamada yapılacak değişikliğe karar verme; e) kanıtları deneyimlerle ve hastanın özel durumu ile entegre ederek uygulama; f) klinik başarıyı değerlendirme (Ciliska et al, 2001; Colyer, Kamath, 1999).

Kanıta dayalı hemşirelik tanımlarında da belirtildiğı gibi, kanıtın uygulanabilmesinin

diğer üç temel unsuru “klinik uzmanlık, hasta tercihleri ve elde edilebilen kaynaklar” dır. KDU kararını oluşturan bu dört unsur olguya ve koşullara göre değişiklikler gösterecektir (DiCenso, Cullum, Ciliska, 1998).

Kanıta Dayalı Uygulama Kaynakları

Kurumlar ve hemşireler kendi kanıta dayalı uygulamalarını geliştirebilecekleri gibi başkalarının oluşturduğu kanıtları da kullanabilirler. KDU geliştirmek için ilgili makalelerin bulunması, okunması ve eleştirel olarak değerlendirilmesi, sonuçların sentezlenmesi ve yorumu zaman alıcı bir süreçtir. Ayrıca araştırmaların doğru değerlendirilmesi için araştırma yöntemleri ve veri analizi konularında uzmanlık gerekir. Kurumların ve hemşirelerin, uzmanların geliştirdiğı kanıta dayalı uygulamaları kullanımı zaman ve enerji kaybını önler. Uygulamadan önce KDU'nun kalitesini değerlendirmek de çok önemlidir. Bu adım, kanıt rehberinin oluşturulma sürecini, kullanılan kanıtın miktarı ve tipini, incelemenin nesnelliliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmeyi içerir (Youngblut, Brooten, 2001).

Sistematiik İnceleme (Systematic reviews)

Sistematiik inceleme, belli bir konuda yapılan orijinal araştırmaların belli yöntemlerle incelendiğı bilimsel incelemedir. Sistematiik inceleme, araştırma kullanımını KDU'dan ayıran bir yöntemdir. KDU liderleri, sistematiik incelemeyi uygulamaya rehberlik etmede “en güçlü ve yararlı kanıt kaynağı” olarak tanımlamaktadır (Stevens, 2001).

Standart bir literatür incelemesinde araştırıcının yan tutma olasılığı vardır. Sistematiik incelemelerde, araştırıcı yanlılığı çeşitli yöntemlerle önlenir ve en aza indirilir. Araştırmalar metodolojik güçlülük ve zayıflıklarına göre değerlendirilir. Bir sistematiik incelemede, konu ile ilgili tüm araştırmalar örnekleme alınır ve sistematiik olarak değerlendirilir. Her çalışmanın özellikleri ve sonuçları özetlenir, sayısallaştırılır, kodlanır ve bir veri tabanı oluşturulur. Bazen bu sonuçlar

meta-analiz kullanılarak istatistiksel olarak birleştirilir. Bu yöntem, örnek büyüklüğünü artırır ve girişim konusunda daha kesin bir tahmin oluşturulur. Sistemik inceleme özetleri, “yöntem, sonuçlar ve belli bir klinik karara rehberlik etmek üzere kanıtın yeterliliği konusunda inceleyenlerin vardığı sonuç” bölümlerini içermek üzere standart bir formatta yayımlanır (Ciliska et al, 2001; Stevens, 2001).

Sistemik incelemenin yararı, konu ile ilgili ulaşılabilen tüm araştırmaları tek bir raporda birleştirmesi, çok miktarda bilgiyi özetleyerek kullanılabilir hale getirmesidir. En önemli avantajı ise neden-sonuç ilişkisinin gücünü ve geçerliğini arttırmasıdır (Stevens, 2001).

Sistemik inceleme şu aşamalarda yapılır (Stevens, 2001):

- Belli bir sorunun seçimi
- Ayrıntılı bir araştırma protokolü hazırlama
- İncelemeye alınacak araştırmalar için kriterleri belirleme
- Literatürün sistemik ve kapsamlı incelenmesi
- Hangilerinin kabul kriterlerini karşıladığını belirleme
- Araştırmaların kalitelerini eleştirel olarak değerlendirme
- Araştırma raporundaki sonuçları alma
- İstatistiksel olarak birleştirme
- En iyi kanıt olanları özetleme

Bu süreç sistemik inceleme raporlarında ayrıntılı olarak belirtilir ve diğer araştırma raporlarında olduğu gibi hakemler tarafından değerlendirilir.

KDU sürecinin temeli olan en iyi kanıt bulma, sistemik inceleme yapma ve uygulama rehberleri oluşturma Cochrane Merkezi tarafından kullanılan bir süreçtir. Cochrane Merkezi kanıta dayalı kararlar konusunda ilgili gruplara yardımcı olmak amacıyla 1993 yılında

kurulmuş uluslararası bir kuruluştur. Merkezde, değişik klinik girişimlerle ilgili gerektiğinde meta-analizi de içeren sistemik incelemeler yapılır; bu incelemeler sürekli olarak güncellenir ve yayımlanır. Cochrane inceleme grubu sayısı 50’dir; “yara bakımı grubu”, “ağrı, palyatif bakım ve destekleyici bakım grubu” hemşirelik konularını içermektedir. Cochrane Kütüphanesinde 1000’in üzerinde sistemik inceleme yer almaktadır. Bu bölüme erişim için abonelik gerekir. Cochrane Kütüphanesi’nden sistemik inceleme özetlerine (1800) parasız erişim sağlanır (Ciliska et al, 2001).

Kanıta Dayalı Uygulama Rehberleri

Rehberler, elde edilebilen en iyi kanıtlardan yapılan bir sentezle hazırlanır ve kanıta dayalı uygulamanın gerçekleştirilmesine yardımcı olur. Yüksek kaliteli KDU rehberleri iyi düzenlenmiş sistemik incelemelere ve meta-analizlere dayalı olarak hazırlanmıştır (Cullum, 1997; Ciliska et al, 2001). Çalışmalar bilimsel olarak yeterlidir, hakem değerlendirmesi yapılmış ve bilimsel değeri kabul edilmiştir. KDU rehberleri, hemşirelik uygulamaları için geçerli ve test edilmiş araçlardır (McPheeters, 1999). Rehberler, bakım protokolleri ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Kanıta dayalı rehberler hazırlayan ulusal kuruluşlar ve hemşirelik dernekleri vardır.

Kanıta Dayalı Hemşirelik Merkezleri

Son yıllarda İngiltere, Kanada, ABD, Almanya, Yeni Zelanda ve Avustralya’da KDH merkezleri kurulmuştur. Bu merkezlerde KDH uygulamalarını destekleyen eğitim programları düzenlenmekte, sistemik incelemeler ve kanıta dayalı uygulama rehberleri yayımlanmaktadır (Gennaro, 2001; Melynk, Fineout-Overholt, Ackerman, 2000; Morris, Scott-Findlay, Estabrooks, 2001). Kanıta dayalı hemşirelik ve ebeklik merkezi olan Joanna Briggs Enstitüsü Royal Adelaide Hastanesi ve Adelaide Üniversitesi işbirliği ile 1996 yılında kurulmuştur. Sistemik incelemeler yapmakta

ve bunları “en iyi uygulama raporları” olarak yayınlamaktadır. Raporların bir bölümüne parasız olarak erişilebilmektedir.

Kanıtı dayalı uygulamalar konusunda internet ortamından pek çok veritabanına ve kaynağa ulaşarak konunun ayrıntıları incelenebilir. Kanıtı Dayalı Hemşirelik Dergilerini de içermek üzere konu ile ilgili bazı adresler Tablo 2’de verilmiştir.

SONUÇ

Kanıtı dayalı hemşirelik hareketinin ilgi görmesinin nedenlerinden birisi kaliteli bakım sunmak, diğeri de bu hareketin hemşireleri beceri ve bilgi açısından daha zayıf konuma düşürme

korkusudur (Morris, Scott-Findlay, Estabrooks, 2001). KDH uygulamalarının yaşama geçirilebilmesi için öncelikle hemşirelerin araştırmaları eleştirel olarak değerlendirme becerilerinin geliştirilmesine ve uygulamalarını bilimsel bilgiye dayandırma kültürünün oluşturulmasına gereksinim vardır. Araştırmacılar, hizmet alan ve veren grupların gereksinimlerine uygun araştırmalar yapmalı ve sonuçlarını yayma yöntemleri geliştirmelidir. Hizmet sunumu için en iyi kanıtların oluşturmak üzere uygulayıcı ve araştırmacıların etkili işbirliği yollarının bulmaları gerekmektedir. Bakımın daha etkili sunumu ortak amaç olmalıdır. Sözü edilen işbirliği KDH uygulaması ile ilgili engelleri aşmada bir fırsat olarak görülmelidir. Bu iş ve güç birliği yaklaşımıyla hem-

Tablo 2. Kanıtı Dayalı Uygulama ve Kanıtı Dayalı Hemşirelik İçin İnternet Kaynakları

<p>KDH Dergileri</p> <p>Kanıtı Dayalı Hemşirelik (http://ebn.bmjournals.com)</p> <p>Bu dergide sağlıkla ilgili literatürden, hemşirelik açısından önemli gelişmelerle ilgili araştırma ve incelemelerin özeti ve uzman görüşleri yayınlanır. Abonelik koşulu vardır. Bazı makaleler parasızdır.</p> <p>Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing (Sigma Theta Tau) (www.nursingsociety.org)</p> <p>Klinik kararlara rehberlik edecek kanıtlara; kanıtı dayalı uygulama öğretimine yer verilir. Büyük bölümü parasızdır.</p> <p>Kanıtı Dayalı Hemşirelik ve Sağlık Bakımı Kaynakları</p> <p>Cochrane Collaboration: http://www.cochrane.org/</p> <p>Campbell Collaboration (http://www.campbellcollaboration.org)</p> <p>2000 yılında çalışmalarını başlatmıştır. Cochrane’ın kardeş kuruluşudur ve bir veri koordinatör merkezi olarak çalışır. Eğitim ve sosyal bilim alanlarında sistematik incelemeler yapar.</p> <p>Onkoloji Hemşireliği Derneği (www.ons.org)</p> <p>Joanna Briggs Enstitüsü (http://www.joannabriggs.edu.au/)</p> <p>York Üniversitesi Kanıtı Dayalı Hemşirelik Merkezi (http://www.york.ac.uk/healthsciences/)</p> <p>Rochester Üniversitesi kanıtı dayalı kaynak rehberi (http://www.urmc.rochester.edu/hslt/miner/digital_library/evidence_based_resources.cfm)</p> <p>Bandolier (http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier)</p> <p>Sheffield Üniversitesi (www.shf.ac.uk/~scharr/ir/netting)</p> <p>National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov) Bu merkezde 700’ün üzerinde rehber vardır.</p>

şirelerin kanıta dayalı bakım sürecinde yerlerini almaları ve karar mekanizmalarına katılmaları da kolaylaşacaktır. KDU engelleri düşünüldüğünde bu ortaklığın tarafları hemşireler, yönetici hemşireler ve araştırmacı hemşirelerdir. Hemşireliğin profesyonelleşme gerekleri açısından ülkemizden neredeyse yarım asır önde giden ABD’de KDH uygulamaları konusunda hastane okul işbirliği çalışmalarında artış olduğu görülmektedir (Melynk, Fineout-Overholt, Ackerman, 2000; Caramanica et al, 2002). Joanna Briggs Hemşirelik Kanıt Merkezi’de benzeri bir işbirliğinin Avusturalya örneğidir.

Hemşirelik lisans ve lisans üstü eğitim programlarında KDH uygulamalarının öğretimi ve projeler geliştirilmesine fırsat sağlayacak biçimde düzenlemeler yapılmasına gereksinim vardır. Bilgiyi üreten grupların ise bilginin bilimsel değeri ve kullanımını konusunda daha fazla sorumluluk alması gerekmektedir.

Pape’in (2003) vurguladığı gibi KDU, araştırma, eğitim ve profesyonel gelişim süreçlerini entegre eder. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının bu süreçleri aynı zamanda geliştireceği de unutulmamalı ve profesyonelleşme sürecinin hızlandırma fırsatı olarak değerlendirilmelidir. Ülkemiz hemşireliğinin, henüz sadece kuramsal düzeyde ele aldığı bu konuda atacağı ilk ve en önemli adım, uygulamalarını kanıta dayandırma sorumluluğunu ve niyetini gözden geçirmek olabilir!

KAYNAKÇA

- Bjorn, A. (1999) Editorial, Evidence-Based Care. *Scand J Caring Sci*, 13: 145–146.
- Caramanica, L. Maljanian, R. McDonald, D. et al. (2002) Evidence-based Nursing Practice, Part 1: A Hospital and University Collaborative. *JONA*, 32(1): 27-30.
- Ciliska, D.K. et al. (2001) Resources to Enhance Evidence-based Nursing Practice. *AACN*, 12 (4): 520-528.
- Closs, S.J. Cheater, F.M. (1999) Evidence for Nursing Practice: A Clarification of the Issues. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1): 10-17
- Colyer, H. Kamath, P. (1999) Evidence-based practice. A philosophical and political analysis: some matters for consideration by professional practitioners. *Journal of Advanced Nursing*, 29:188-193.
- Cullum, N. (1997) Identification and Analysis of Randomised Controlled Trials in Nursing: a Preliminary Study. *Quality in Health Care*, 6:2-6.
- DiCenso, A. Cullum, N. Ciliska, D. (1998) Implementing Evidence-Based Nursing: Some Misconceptions. *Evidence-based Nursing*, 1 (2):38-40.
- Estabrooks, C.A. (1999) Will Evidence-Based Nursing Practice Make Practice Perfect? *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(4): 273-294.
- Gennaro, S. Hodnet, E. Kearney, M. (2001) Making Evidence-Based Practice a Reality in Your Institution. *MCN*, 26(5):236-244.
- Greenhalgh, T. (2001) How to Read a Paper: The Basics of Evidence Based Medicine. 2nd ed. *BMJ Books*. London.
- Ingersoll, G.L. (2000) Evidence-Based Nursing: What It Is And What It Isn’t? *Nursing Outlook*, 48 (4): 151-152.
- Jennings, B.M. (2000) Evidence-Based Practice: The Road Best Traveled? *Research in Nursing&Health*, 23:343-345.
- Jennings, B.M. Loan, L.A. (2001) Misconceptions Among Nurses About Evidence-based Practice. *J Nurs Scholarship*, 33 (2): 121-127.
- Joanna Briggs Institute (2003) www.joannabrggis.edu.au/about.html
- Kara, M. Babadağ, K. Kanıta Dayalı Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (3) :96-104.
- Kitson, A. (1997). Using Evidence to Demonstrate the Value of Nursing. *Nursing Standard*, 11(28): 34-39.

- Krugman, M. Evidence-Based Practice: The Role of Staff Development. *J for Nurses in Staff Development*, 19 (6): 279–285.
- McPheeters, M. Lohr, K.N. (1999) Evidence-Based Practice and Nursing: Commentary Outcomes Management for Nursing Practice, 3(3): 99-101.
- Melynk, B.M. Fineout-Overholt, E. Ackerman, M. (2000) Evidence-Based Practice: the Past, the present, and recommendations for the millennium. *Pediatric Nursing*, 26: I 1, 77-80.
- Morris, M. Scott-Findlay, S. Estabrooks, C.A. (2001) Evidence-based Nursing Web Sites: Finding the Best Resources. *AACN*, 12 (4): 578-587.
- Muir Gray, J.A. (1997) Evidence-Based Healthcare. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Mullhal, A. (1998) EBN notebook. *Nursing, Research and the Evidence. Evidence Based Nursing*, 1 (1): 4-6.
- Pape, T.M. (2003) Evidence-Based Nursing Practice: to Infinity and Beyond. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 34-4: 154-161.
- Platin, N. (2001) Kanıta Dayalı Hemşirelik Ülkemizde Uygulanamaz: Neden? I. Uluslararası&VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Kongre Kitabı, 23-26.
- Romny, D.M. Allen, M.N. Boschma, G. et al. (2003) The Notion of Evidence-Based Practice by the Nursing Philosophy Working Group. *J of Professional Nursing*, 19(4): 184-188.
- Sackett, D.L. Rosenberg, W.M.C. Gray, J. Haynes, R.B. Richardson, W.S. (1996) Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 312: 71-72.
- Stetler, C.B. Brunell, M. Giuliano, K.K. et al. (1998a) Evidence-Based Practice and the Role of Nursing Leadership. *JONA*, 28(7/8): 45-53.
- Stetler, C.B. Morsi, D. Rucki, S. et al. (1998b) Utilization-Focused Integrative Reviews in a Nursing Service. *Applied Nursing Research*, 11 (4): 195-206.
- Stetler, C.B. (2001). Updating the Stetler Model of Research Utilization to Facilitate Evidence-Based Practice. *Nursing Outlook*, 49: 272–279.
- Stevens, K.R. (2001) Systematic Reviews: The Heart of Evidence-based Practice. *AACN*, 12(4): 529-538.
- WHA (2003) (Çev: G. Telatar) Hemşirelik ve Ebeliğin Güçlendirilmesi Sekretarya Raporu 56. Dünya Sağlık Asamblesi, Geçici Gündem Maddesi. 14.11, A56/19, 2 Nisan 2003. (<http://www.un.org.tr/who/WHA/hemsire.htm>)
- Youngblut, J.M. Brooten, D. (2001) Evidence-Based Nursing Practice: Why is it Important. *AACN*, 12 (4): 468-476.