

KANITA DAYALI HEMŞİRELİK

Mağfired KARA*

Kamerya BABADAĞ**

ÖZET

Bu makalenin amacı kanıta dayalı uygulama (KDU) kavramını açıklamak ve hemşirelikte kuram-uygulama ayrımı yaşantılanırken, hemşireliğin KDU'yu nasıl başaracağını/uygulayabilirliğini irdelemektir.

Anahtar Kelimeler: Kanıta dayalı uygulama, hemşirelik, araştırmaları kullanma, klinik etkinlik.

ABSTRACT

Evidence-Based Nursing

The purpose of this paper is to explain the concept of evidence-based practice (EBP) and to discuss how nursing can achieve EBP/ to practice possibility of EBP in nursing, while a theory-practice gap exists in nursing today.

Key Words: Evidence-based practice, nursing, research utilization, clinical efficacy.

GİRİŞ

Kanıta dayalı terimi hemşirelik ve sağlık bakımı sisteminde kullanılan oldukça yeni bir kavramdır. Kanıta dayalı tıp (KDT) ifadesinin bir versiyonu/çeşitlemesi olarak kanıta dayalı hemşirelik (KDH) kavramı, bakım boyutu ile sağlık bakımı sisteminde maliyeti azaltma potansiyelinden dolayı uygulayıcılardan ilgi görmektedir (French 1999).

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde sık kullanılan **kanıta dayalı sağlık bakımı** hemşireliğin araştırmaya dayalı bir meslek olma zorunluluğunu vurgulamaktadır. Bu makale ile KDU kavramını açıklamak ve kavramın anılan bir terim ve bilimsel bir yapı olarak tartışılması gereğine dikkat çekmek hedeflenmektedir.

KDH, araştırma sonuçlarının benimsenmesinde bakımın belirlenen *problemlerle* ilişkisinden dolayı da büyük ilgi odağı olmaktadır. Gerçekten de, kuram/uygulama ilişkisinin yetersiz kaldığı tartışması, hemşirelikteki araştırma sonuçlarının uygulama alanına transfer edilmemesi/geçişken olmaması konusu ile yakından ilgilidir (French 1999). 1990'larda hemşirelikte uygulama

maların çoğunun deneyim, gelenek, sezgi ve test edilmemiş kuramlara dayandığı saptanmıştır (Burrows ve Mcleish 1995). Ne yazık ki, 2000'li yıllarda ülkemiz hemşireliğinde de hala bir çok uygulama bir kurama dayandırılmaksızın; deneyim, sağ duyu ve sezgi ile yönlendirilmektedir. Platin (2000) ülkemizde yapılan hemşirelik araştırma sonuçlarına göre şu saptamaları yapmaktadır.

- Bilgi ve beceriler eksiktir.
- Hemşirelik rolleri tam olarak yerine getirilememektedir.
- Hasta gereksinim ve sorunlarına yeterli yanıt verilememektedir.
- Rutin işlere yönelik çalışılmaktadır. "Derya gibi olan bağımsız sorumluluklar yerine getirilemediğinden bağımsız karar vermeyi gerektiren durumlar ya çok azalmakta ya da bulunmamaktadır.
- İş merkezli çalışılmaktadır. Hastanın bütüncü bakımını işler halinde parçalara bölerek; *örneğin tedaviler, yatak-*

*Atatürk Üniv. HYO Hemşirelik Esasları AD. (Yrd.Doç.Dr.)

**İstanbul Üniv. FNHYO Hemşirelik Esasları AD. (Prof.Dr.)

- *lar, kanlar gibi işin* teknikle, çabuk yapılmasını esas alan; bir robottan farksız biçimde, verilen bakımı değerlendirmeden hemşirelik yapılmaktadır.
- “Kanıtların kullanılması” yerine geleneksel kararlar, deneyim, sezgi ve sağduyu kullanılmaktadır.

Hunt (1996) hemşirelerin araştırma sonuçlarını bilmediklerini; bu sonuçları anlamadıklarını; araştırma sonuçlarına inanmadıklarını; ve bu sonuçların nasıl kullanılacağını bilmemelerinden dolayı hemşirelikte araştırma sonuçlarından yararlanılmadığını ileri sürmektedir.

Hunt’a (1996) göre, hemşirelerin kullanılabilir/yararlı sonuçlar ortaya çıkaramamaları, uygulayıcıların sorunlarına yönelik çalışmamaları, araştırma sonuçlarının değerine sağlık bakımı ekibi üyelerini, diğer disiplinleri ve güç odaklarını ikna edememeleri/inandıramamaları, yenilik değişimlerinin başlatılması ve kabul edilmesi için gereken isteği ve hareketi yaratamamaktadır ve sonuçta gerek profesyonelliğe ve gerekse profesyonel otoriteye ulaşma hareketi gerçekleşmemektedir.

Diğer taraftan bilimsel sorun çözümlene yaklaşımı olan hemşirelik süreci ve hemşireliğin uygulama, araştırma, eğitim ve yönetim rollerini yönlendirmesi gereken hemşirelik kuramlarının kullanımına ilişkin yukarıda söylenenlere benzer tutumlar ülkemiz sağlık sistemi ve hemşireliği için kanıta dayalı uygulama (KDU)’nın şimdilik bir ütopya olduğunu düşündürmektedir.

KAVRAM ANALİZİ

“Kanıta dayalı” sembolü ilk defa Sackett ve arkadaşları (1996) tarafından KDT’bi ifade etmek için kullanılmıştır. KDT sembolü oluştuktan sonra çeşitli yazarlar kanıta dayalı uygulama (KDU) veya kanıta dayalı sağlık bakımı gibi terimleri kullanmayı tercih etmişlerdir.

Ardından hemşireler KDT hareketinin içinde yer aldıkça KDH terimi kullanılmaya başlanmıştır (Cullum et al 1997, Smith 1997). KDH’te kavramın bir çok yönü ile araştırmaya dayalı uygulama ile ilişkili olduğu söylenebilir (French 2002).

KDU kavramının analizine geçmeden önce “**kanıt**” terimini açıklamakta yarar vardır.

Kanıt

“**Kanıt**” terimi araştırma sonuçlarını ifade etmek için kullanılmaktadır. Ancak konu üzerinde farklı görüşler ileri sürülmektedir. Tranmer ve arkadaşların (1998) çalışmasında “**kanıt**” teriminin farklı şekillerde algılandığı ifade edilmektedir. Bu raporda **kanıt**, sağlık bakım sistemindeki karar vericilerin ulaşabildiği, uygulamanın bilimsel değerlendirmesine dayanan bilgi olarak tanımlanmaktadır. Kanıt aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir.

Kanıt tipleri:

- Deneysel kanıt (randomize klinik çalışmalar, meta analizler, ve analitik çalışmalar),
- Deneysel olmayan kanıt (yarı deneysel, gözlemsel çalışmalar),
- Uzman görüşü (literatüre dayalı ortak görüş belirten raporlar) (Tranmer et al 1998).

Literatürde “**kanıt**” teriminin anlamına ilişkin aşağıdaki açıklamalara rastlamak mümkündür.

- Kanıt doğrudur.
- Kanıt bilgidir (sözsüz bilgi, uzman görüşü, deneysel bilgi)
- Kanıt bir inancı doğrulayan veya çürüten bilgidir.

- Kanıt bir araştırmanın sonucudur.
- Kanıt sistematik inceleme ve meta analizlerden elde edilir (French 2002).

Bu çeşitlilikten dolayı araştırma bulgularını tanımlamak için “**kanıt**” teriminin kullanımının yerinde olup olmadığına ilişkin tartışmaların olması kaçınılmazdır. Bu durumda kanıt düzeyleri üzerine bir çok öneri vardır. Bunlar:

- **Klinik rehberler** gibi uygulamada öneriler geliştirmek için sistematik incelemelere dayalı sonuçlar.
- Araştırmaların sistematik incelemesi.
- Bireysel araştırmalara dayalı sonuçlar.
- Uzman görüşleri (McClarey & Duffy 1997).

Kanıt Dayalı Uygulama

Sackett ve arkadaşları (1996) KDU’yu “bireysel hasta bakımına ilişkin kararlarda o anda elde bulunan en iyi kanıtları dürüst, açık ve makul bir şekilde kullanma” şeklinde tanımlarlar. Sackett ve arkadaşları (1996) **KDU’nun** aynı zamanda “**klinik uzmanlık ile** sistematik araştırmalardan elde edilen araştırma sonuçlarının birleştirilme süreci” olduğunu da ifade ederler. Bu tanım ve açıklamanın yanı sıra sistematik araştırmalardan elde edilen ve en iyi kanıtların bütünleştirilmesi anlamını da taşıyan **kanıt dayalı uygulama** kavramından genelde iki soru çıkarılmaktadır, ancak bu soruların ileri analizleri de gerekmektedir. Bunlar:

1. Klinik uzmanlık ile söylenmek istenen nedir?
2. Mevcut olan en iyi klinik kanıtın anlamı nedir (Colyer & Kamath 1999)?

Klinik uzmanlık; uygulayıcının profesyonel eğitim ve klinik uzmanlık ile kazandığı yeterlilik ve profesyonelliği tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Uzmanlık hizmete bir çok şekilde yansır. Uzmanlık, öncelikle problemi daha etkili ve etkin tanımlamada, klinik karar vermede, hasta bireyin hak ve tercihlerini/seçimlerini belirlemede özellikle belirginleşir (Sackett et al 1996).

Klinik kanıt terimi ise sağlık bakım girişimlerine yön veren, birey merkezli klinik araştırmaları tanımlamak için kullanılır. Daha etkili ve etkin olan klinik kanıtlar önceden kabul edilen kanıtlarla hemen yer değiştirir. Bu gerekçe ile son zamanlarda popülerite kazanmağa başlayan araştırmaların uygulamaya yansıtılması fikri yeni değildir (Sackett et al 1996, Renshaw 1999). Ne var ki bu güne dek yapılan birçok klinik girişimin etkililiğine ve maliyetine ilişkin bir belirsizlik söz konusudur (Renshaw 1999). Holmes (1996) standart hemşirelik girişimleri olarak kabul edilen işlemlerin bilimsel olarak çalışılmadığını, uygulamada geçerliliğinin kanıtlanmadığını ve bu girişimlerin etkililiğinin hiçbir kanıtla desteklenmediğini ileri sürmektedir. Naish (1999) KDU yaklaşımında hemşirelik açısından en önemli hususun KDH’in hasta bakımını ne derece iyileştireceği sorusuna verilecek yanıt olduğuna dikkat çekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin amacı mevcut kaynakları en etkin biçimde kullanarak, toplumun ve dolayısı ile bireyin optimum fiziksel, çevresel ve psikososyal sağlığını sağlamaktır. Bu hedefi başarmak için klinik hizmetlerin sunumunda giderek artan şekilde maliyet ve klinik etkinlik kanıtının kullanımı zorunludur. Böylece sağlık hizmetlerinde kanıtlar:

1. Maliyet azaltmaya,
2. Klinik etkinliği arttırmaya,

3. Sağlık bakımı verenler için anahtar/kılavuz oluşturmaya,

4. Uygulamayı değiştirmeye ve daha kaliteli bir bakım sağlamaya,

5. Sonuçları kontrol etmeye ve gereklerini yerine getirmeye yarayacaklardır (Colyer & Kamath 1999).

Konuya ilişkin literatür incelendiğinde; tıpta kanıta dayalı uygulamaya ilişkin literatürün bulunmasına karşın, hemşirelikte daha az sayıda olduğu ve diğer sağlık profesyonellerinin ise kanıta dayalı uygulamadan söz etmedikleri görülecektir. Bu durumun giderek hızlı bir şekilde değişmekte olduğu ve kanıta dayalı uygulamanın yakın tarihte disiplinler arası bir konu olarak ele alınacağı ve hükümet politikaları ile büyük ölçüde şekilleneceği düşünülmektedir.

Ancak **KDU'ya** ilişkin literatürün **klirik deneylere** oryantasyonlu oluşu, hemşirelik araştırmalarının gelişimi/artışı için çok uygun görülmemektedir. Esasında hemşirelikte KDU, hemşirelik araştırmaları ile bazı küçük farklılıkları olsa da benzerlikler taşır. Kaldı ki kavram analizi yapıldığında; KDH'nin KDT kavramı ile sıkı sıkıya ilişkisi ortaya çıkar. Sağlık hizmetlerinin gelişimi için KDU'nun uygulama sınırlılıklarından dolayı KDT'in hemşirelik ve sağlık bakımının gelişiminde olumsuz etkilerinin de olabileceği düşünülmektedir. Bu düşüncenin üç nedeni vardır: **Birincisi** KDT'in sağlık bakımını daha fazla tıbbi ortama dönüştüreceği ve sağlık bakımı siteminin bir bütün olarak gelişimi için gerekli olan diğer sağlık disiplinlerine ait bilimsel perspektiflerin göz ardı edilebileceği olasılığıdır. **İkincisi** KDT'in pozitif hatta deneysel perspektifi olduğu ve bunun kanıtın kalitatif ve açıklayıcı şeklini göz ardı ederek, kanıtı kaçınılmaz bir şekilde, yalnızca kantitatif terim/sayılarla açıklayacağı endişesidir. **Üçüncüsü** ise şu an KDU'yı savunan çoğunluğun uygulayıcıların durumunu

anlamaması ve var olan kanıt için çok az şey söylüyor olmalarıdır (**French 1999**). Halen var olan kanıtların çoğunun kullanılmaması hem tıp hem de hemşirelikte yaygın bir olgudur (Castlidine 1996, Smith 1996). Bu durum maliyet bilinci açısından oldukça önemli bir konudur. Bir sağlık hizmeti yöneticisinin bu konuda sorması gereken soru; "var olanı araştırma sonuçları kullanılmıyorsa, daha fazla araştırma niçin yapılınsın?" olmalıdır. Çünkü KDU yaklaşımı araştırmaları teşvik etmenin yanı sıra araştırma sonuçlarının uygulamaya nasıl geçirilebileceğine dair karar verme üzerinde de durmaktadır. (French 1999). Sackett ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan tanım derinlemesine incelendiğinde; "*mevcut en iyi kanıtlar*", "*karar verme*" ve "*bireysel hasta bakımı*" ifadeleri KDU'yı oluşturan önemli öğelerdir. "*En iyi kanıt*" terimi bilimsel veya deneysel kanıt anlamına gelir. Bilim ise geniş bir çerçevede ele alındığında, pozitif ve yorumlayıcı bir perspektif içermektedir. Kanıt, araştırmacının hastaları için uygulanacaksa, araştırmacının çalıştığı hasta popülasyonu ile ilgili olmalıdır. Bu tür bir uygulama "*küçük ölçekli*" araştırma projelerinin kullanımını zorunlu kılmaktadır. "*Küçük ölçekli*" terimi araştırmanın pahalı ve zaman gerektiren projelerden daha az önemli olduğu anlamı taşımamaktadır. KDU'nun bu kavramsal ifadesi kuram ve bilginin uygulamaya daha fazla transferini gerektirmektedir. Bu oluşumda uygulayıcının kendi ortamında araştırma bulgularını günü gününe değerlendirmesi ve araştırma bulgularını daha çabuk benimsemesi mümkün olmaktadır (French 1999).

KDU girişiminde araştırmacının bilgisi, deneyimi ve uygulama ortamı araştırma sürecinde belirleyicidir. Araştırmaya "kanıta dayalı uygulama" yaklaşımı; aynı zamanda uygulayıcı da olan araştırmacının araştırma konusunun amacı, uygunluğu, sınırlılıkları ve önemli diğer değişkenlere ilişkin bir yargısını da

barındırır (French 1999). Bu yol ile araştırmacı sözsüz olan bilgiyi özümseme olanağı bulur. Carool (1988) **sözsüz bilgiyi** literatürde olmayan ama uygulayıcı tarafından çok iyi bilinen bilgi olarak tanımlamaktadır. KDU araştırmacının önceki araştırmaların kendi ortamı ile uygunluğunu belirlemesini gerektirdiği için, **sözsüz bilgi** ve **deneysel bilgiyi** bütünleştirme ve böylece kendi ortamını değerlendirmesini mümkün kılmaktadır. KDU raporları ve geleneksel araştırma raporları arasındaki fark; araştırmacının bulguları geniş bir ortam içinde değil özellikle kendi ortamında değerlendirmesi ve sonra diğer uygulayıcı ve araştırmacılar için önerilerde bulunmasıdır. Ancak bu durum KDU'nun amacının genelleme olmadığı anlamına gelmesede önceliğin araştırmacının elde ettiği araştırma sonuçlarını kendi ortamına uyarlaması demektir (French 1999).

Sağlık bakımı tüketicisinin yeni hakları kapsamında sağlık bakımında bilinen paternalizmden bireysel otonomiye doğru tedricen, olumlu ve amaçlı bir geçiş ile değişim öngörülmektedir (Chitty 1997, French 1999). Bilindiği gibi klinik karar verme ve özellikle klinik rehberliğin gelişimi için hastanın katılımının önemi vurgulanmaktadır. Temelde de kanıta dayalı uygulama hastayı güçlendirmeyi ve hastanın otonomisini güçlendirmeyi hedeflemektedir. Bu yolla sağlık hizmeti stratejisi **hedef koymakta, kaynak sağlamakta ve rehberlik sunmaktadır** (Naish 1997, French 1999).

Bu analizin sonucu olarak; KDU'nun, uygulamada bir değişim sağlamak ve tanımlanan hasta grubunda etkin bir yarar sağlamak için uygulayıcının bilimsel olarak **genelleştirilmiş bilgisi** ile **sözsüz bilgisi** arasında sistematik bir bağlantı sağlama kaygısını taşıdığı görülmektedir. Esasında hemşirelikte KDU; kanıta dayalı tıp, KD eğitim

ve KD yönetim gibi uygulama alanlarının bir türüdür (French 1999).

Kanıta Dayalı Uygulama Sürecinin Aşamaları:

- Hasta bakımı ile ilgili soruların belirlenmesi.
- Mevcut en iyi kanıtlarla bu soruların yanıtlanması/yanıtlanmaya çalışılması.
- Kanıtların geçerlilik, güvenilirlik ve uygulanabilirlik yönünden değerlendirilmesi.
- Sonuçların klinik alanda uygulanması.
- Klinik performansın değerlendirilmesi (Sackett & Haynes 1995).

Klinik rehber/klinik yol kanıta dayalı uygulamanın tamamlayıcı bir ögesidir. Klinik rehberleri hasta bakımını iyileştirmede kullanma Sackett ve Haynes (1995)'in tanımladığı sürece çok benzer bir süreçtir. **Klinik rehberler** klinik konuları tanımlamayı gerektirir; geçerlilik, güvenilirlik ve uygulanabilirlik yönünden sistematik klinik incelemeyi zorunlu kılmaktadır (Colyer & Kamath 1999).

KDU kuram/uygulama arasındaki uçurumu azaltmada önemli bir rol üstlenmektedir. Rosenbarg ve Donald (1995) tarafından tanımlanan ve **klinik uygulamada sorun çözümlene** yaklaşımı olarak bilinen kanıta dayalı uygulama klinik sorunu tanımlamayı, literatür taramayı, araştırma sonuçlarını klinik olarak değerlendirmeyi ve uygun girişimi belirlemeyi içerir. Bu yaklaşım yıllardır hemşirelerin teşvik edildikleri araştırmaya dayalı uygulamadan farklı bir şey değildir (White 1997). Araştırmaya dayalı uygulama ile desteklenen hemşirelik kuramları, profesyonelleşmenin gelişimi ve buna bağlı olarak uygulamada otonominin gelişimi için temel öge olarak

görülmektedir. Araştırmacı bir hemşire niçin ve nasıl sorularını daha çok sorarak ve yanıtlayarak profesyonel uygulamanın gelişimine katkıda bulunabilir (Stetler et al 1998). Oysa mevcut durum kuram ve uygulama arasında bir ayrışmanın yaşandığını, bu durumun da ikilemler yol açtığını göstermektedir (Deborah 1999).

Geçmişten günümüze kuram ve uygulamaya ilişkin gelişmeler, uygulayıcılardan çok öncelikle eğitimci/akademisyen hemşirelerin alanı olarak görülmüştür. Bilim olarak algılandığında hemşirelik, rasyonel pozitivizmin geleneksel bilimsel paradigma perspektifinde gelişmiştir. Sonuç olarak, beklenti de hemşirelik kuramı uygulamayı yönlendiren reduksiyonist perspektifi tanımlamaya, açıklamaya, tahmin ve kontrol etmeye odaklanmıştır (Chitty 1997). Hemşirelik uygulamalarının tanımları ve kavramları değişmesine rağmen, hemşirelik bilim ve kuramlarını destekleyen paradigmanın değişmediği görülmektedir (Rolf 1996). Bugün İngiltere, Hollanda, Kanada, Avustralya ve ABD gibi batı ülkelerinin sağlık politikaları, **uygulamaların** öncelikle **bilimsel yöntemlere dayalı** olarak geliştirilmesini ve ardından hemşireliğin bilim olarak gelişmesi gereğini savunmaktadır. Oysa, ülkemizde hemşirelik eğitiminin farklı düzeylerde gerçekleştirilmesi, hatta lise eğitimi yerine orta öğretime de dayalı olması, sürekli eğitim ve araştırma olanaklarının kısıtlılığı ve bu konuda izlenen tutarsız politikalar hemşireliğin bilim olarak gelişmesine çok ciddi bir engel oluşturmaktadır.

Konuya ilişkin yapılan kronolojik analiz; kanıta dayalı uygulamanın 17. yüzyıl politik ideolojisine dayandığını göstermektedir. “Yeni haklar” diye adlandırılan liberal ideoloji sağlık ve sosyal alandaki bütün politik gelişmeleri etkilemiştir. Güçlü, fakat katılımcı olmayan toplumlarda kapitalist endüstriyel grupların gelişimini izlemek ve değerlendirmek için bireysel özgürlük,

seçim ve sorumluluktan özünü alan liberalizm ancak 19. yüzyılda ortaya çıkmıştır. 21. yüzyılda ise liberalizmin sağlık bakımına yansımadaki esas düşüncenin ekonomik başarı ya da başarısızlığı belirlemede egemen olan “serbest pazar ekonomisi” anlayışının olduğu görülmektedir (Colyer & Kamath 1999). Bu ideoloji/anlayış hasta için en iyi olanı koşulsuz yapmayı gerektiren ve yaptıklarından dolayı sağlık bakımı sistemini sorgulayan **“tüketicilik”** hareketinden kaynağını almaktadır. Bu sistemde her birey kendi sağlığına ilişkin kararlarda aktif olarak yer almakta, kaliteli ve maliyet etkili bakım alma hakkına sahip olmaktadır (Chitty 1997, Colyer & Kamath 1999). Bu yaklaşımda; diyabet, şizofreni, romatoid artrit gibi kronik hastalığı olan bireylerin bakımında hastaya ilişkin kararlarda hasta ve ailesinin aktif katılımı tamamlayıcı bir öğe olarak oldukça önemlidir (Closs&Cheater 1999).

Kanıta dayalı uygulamanın **etik** geçmişi çok açık değildir, ama 19. yüzyıla damgasını vuran yararcılık ilkesi ile deontolojiye sıkı sıkıya bağlı olduğu açıktır. Yararcılık ilkesi; sonuçların *nicelik* olarak değerlendirilmesi ile belirlenen ve çok sayıda birey için en çok yararı sağlayan çoğulculuk yaklaşımı ile açıklanabilir (Colyer&Kamath 1999).

KDH ve KALİTE

KDU'nun **önemli bir özelliği** sürekli kaliteyi artırma süreci ile olan ilişkisidir. Hemşirelikte toplam kalite yönetiminde tanımlanan on adım KDU'da var olan sürece benzerdir (French 1999).

Bunlar;

- sorumluluğu/otoriteyi belirleme,
- bakım ve hizmet alanını tanımlama,

- bakım ve hizmetin önemli yönlerini belirleme,
- göstergeleri tanımlama,
- eşik değerleri belirleme,
- verileri toplama ve organize etme,
- değerlendirme,
- girişimde bulunma,
- girişimleri değerlendirme,
- bilginin paylaşımından oluşur (Kocaman 1996).

Kalite yönetimi dikkate alındığında problemle ilgili olan bütün güç odaklarının uygulamadaki değişime katılmamaları durumunda KDU'nun mümkün olamayacağı açıktır. Bu durumda uygulamada bir değişiklik olamayacaktır ve bu kısmi hareketin KDU olarak nitelenmemesi gerekir (French 1999). Bu nedenle KDU'nun yer yer politik engellemelerle karşılaşması kaçınılmazdır (Naish 1999). KDU'da rol alacak birim ve güçler bu hareketin odağında yer almadıkça KDU'nun birey, aile ve toplumun sağlık bakımında fark yaratması mümkün değildir (Ray 1999).

Bu yaklaşımda gerekli değişimi sağlayacak araştırma bulguları proje başlatılmadan önce düşünülmelidir. Bulguların uygulaması projenin sonunda değil başında olur. KDU'nun yalnızca kalite güvencesinin desteklendiği ve olduğu ortamlarda gerçekleşebileceğine ilişkin kesin bir inanç vardır. Belki de KDU projesi ile araştırma projeleri arasındaki en temel ayrım/farklılık budur. KDU'da hem kalitatif hem kantitatif araştırmaların yapılması ve araştırma konularının uygulamadan çıkması uygulamaya dönük olması esastır (French 1999).

Araştırmada önemli olduğuna inanılan düşüncelerden birisi de iyi araştırmaların gerçek/ zengin kaynaklar gerektirmesidir. Bu kural iyi

araştırmaların pahalı olduğu izlenimini yaratabilir. Bu iddia zaman zaman doğru olsa da her zaman doğru değildir. KDU projesi etkin araştırmaların var olan kaynakları kullanarak gerçekleştirilebileceğine bir örnek oluşturmaktadır. KDU kalite güvencesi için var olan kaynakları geliştirerek ve etkili hizmeti sağlayarak gerçekleştirilebilir. Gerçekten burada da tartışıldığı gibi KDU bu iki süreçle kaçınılmaz bir şekilde öylesine bağlantılıdır ki ek olarak çok büyük harcamalara gerek yoktur (French 1999).

KDU kaliteli hizmetin, ekonomik tabanlı ve kalite güvenliğinin sonucudur. KDU ekip anlayışını ve işbirliğini gerektirir. Bu şekilde araştırma geliştirme ise maliyet etkinliğinin artmasını sağlar (French 1999).

KDH uygulamasının **en önemli özelliği**, araştırmacının *araştırma sonuçlarını sürekli araştırma bulguları ile bütünleştirilmesi yolu ile kaliteyi artırması, araştırmacının sözsüz bilgisini ve kendi çalışma ortamında elde ettiği bulgularla sürekli bağlantı kurması* gerekliliğidir. **Bütünleştirme** uygun kanıtı elde etmek için gereklidir. Son ikisi bilginin birinci elden kaynağı olarak değerlendirilirken, birincisi bilginin ikinci elden kaynağı olarak düşünülebilir. Kanıtı dayalı uygulama kapsamında başka çalışmaların tekrarının ve adaptasyonunun yapıldığına rastlanmadığı gibi, KDU kapsamında veri toplama araçlarının başka dillere çevrilmesi ve geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılması da alışılmış bir durum değildir. Çok kültürlü toplumlarda tekrar çalışmalar yaygındır, ancak yukarıda ileri sürülen tartışmalar düşünüldüğünde bunların kanıtı dayalı uygulamanın çekirdeğini oluşturduğu görülecektir (French 1999). Bu açıdan bakıldığında randomize kontrollü çalışmalar, sistematik incelemeler ve meta analizler tıp ve hemşirelik mesleğinde altın standartlar olarak değerlendirilmektedir (Colyer& Kamath 1999). Ancak hemşirelik

felsefesi birey merkezli bütüncü, bireysel özerkliğe inancı ile katılım ve etkileşime odaklı olduğundan kalitatif araştırma felsefesine uygunluk göstermektedir. Bu nedenle hemşire, kan basıncı, vücut ısısı, solunum sayısı ve laboratuvar değerleri gibi kantitatif verileri değerlendirmenin yanı sıra, bireyin sağlık-hastalığa verdiği değer, hastalığına ilişkin duygu ve düşünceleri, hastalığı kabullenme durumu, güçlükleri, baş etme yolları, tedaviyi reddetme nedenlerini vb. kavramsal yapısı içinde yorumlamak, karşılaştırmak, birleştirmek ve sınıflandırmak gibi nitel verileri de elde etmelidir (Rolfe 1994).

Bu analizin sonucunda KDU'nun

- araştırmaya dayalı,
- bilgi üretimi/bilim,
- profesyonel uygulamanın gelişimi,
- klinik karar verme /sorun çözümüleme ve

- maliyet etkili bakımın yönetimi olduğu söylenebilir (French 2002).

KDU'nun kaynak ve zaman alan bir girişim olduğu açıktır. Ancak birey, aile ve topluma etkin ve kabul edilebilir bakım sunma fırsatı verdiği için oldukça değerlidir (Sleep & Tamblin 2002).

Sonuç olarak, KDU hemşirelik araştırmalarının itibarını ve bakımda sürekliliği artırma potansiyeli yönünden tartışma gerektirmez. Ancak özelde ülkemizde farklı düzeylerdeki hemşirelik eğitimi, uygulaması, kuramın uygulamaya transferine ilişkin güçlükler, yapılan araştırmaların niteliği ve genelde de KDU'nun gerçekleşmesi için gerekli olan diğer disiplinlere ilişkin yasal ve politik düzenlemeler KDU'nun gerçekleşmesine olanak tanıyacak nitelikte değildir. Bu nedenle birey, aile ve topluma maliyet etkili ve nitelikli bakım sağlamak için hemşirelerin ve ilgili bütün güç odaklarının konuya yönelik farkındalılığını artırarak mümkün olan en kısa zamanda eyleme geçebilmeyi ümit ediyoruz.

KAYNAKLAR

Burrows DE & Mcleish K (1995). A model for research-based practice. *J Clin Nurse* (4): 243-247.
Carroll E (1988). The role of tacit knowlege in problem in the clinical setting. *Nurse Edu Today* 8): 140-147.
Castledine G (1996). All nurses are responsible for implementing research. *British J Nurse* 5: 764.
Chitty KK (1997). *Professional Nursing Concepts and Challenges*, Second edition, WB Saunder Co. Philadelphia; 143-153.
Closs SJ & Cheater FM (1999). Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. *J Adv Nurse* 30(1): 10-17.
Colyer H & Kamath P (1999). Evidence-based practice. A philosophical and political

analysis: some mate rials for consideration by professional practitioners. *J Adv Nurse* 29(1): 188-193.
Cook S (1991). Mind the theory/practice gap in nursing *J Adv Nurse* 16: 1462-1469.
Cullom N, DiCenso A & Ciliska D. (1997). Evidence-based nursing: an introduction. *Nursing Standard* 1:30-33.
Deborah J (1999). How can we acheive evidence-based practice if we have a theory-practice gap in nursing today. *J Adv Nurse* 39(3).549-555.
French P (1999). The development of evidence-based nursing. *J Adv Nurse* 30(1): 72-78.
French P (2002). What is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern. *J Adv Nurse* 37(3). 250-257.

Holmes S (1996). Systematic search offers a sound evidence base. *Nurse Times* 92 (4): 37-39.

Hunt JM. (1996). Guest editorial. *J Adv Nurse* 23: 423-425.

Kocaman G. Toplam Kalite Yönetimi. Ed. G Uyer. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. VKV. Birlik ofset. İstanbul, 1996.

McClarey M & Duffy L (1997). Clinical effectiveness and evidence-based practice. *Nursing Standard* 11: 33-37.

Naish J (1997). So where's the evidence. *Nurs Times* 93 (12): 29-31.

Platin N (2000). Kanıta dayalı hemşirelik ülkemizde uygulanmaz. Neden? 1. Uluslararası & VIII Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. 23-26.

Ray L (1999). Evidence and outcomes: agendas, presuppositions and power. *J Adv Nurse* 30(5). 1017-1026.

Renshaw M (1999). Sifting evidence. *Nurs Times* 95 (38): 26-27.

Rolfe G (1994). Towards a new model of nursing research. *J Adv Nurs* 19(5): 969-975.

Rolfe G (1996). Going to extremes: action research, grounded practice and theory-practice gap in the nursing. *J Adv Nurse* 24 1315-1320.

Rosenberg W& Donald A (1995). Evidence-based medicine. an approach to clinical problem-solving. *British Med J* 310: 1122-1126.

Sackett DL & Haynes RB (1995). On the need for evidence medicine. *Evidence Based Med* (1): 5-6.

Sackett DL, Rosenberg WMC., Gray JAM, Haynes RB & Richardson WS (1996). Evidence Based Medicine: what is it and what isn't it. *British Med* 312: 71-72.

Sleep J & Tamblin L (2002). Achieving clinical excellence through evidence-based practice: report of an educational initiative *Journal of Nursing Management* 10:139-143.

Smith C (1997). Evidence-based nursing. *Nursing Management* 3:22-23.

Smith D (1996). Editors choice: more, better research now. *British Med. J* 313:1201.

Stetler CB, Brunell M, Giuliano KK, Morsi D, Prince L & Newell Stokes V (1998). Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *JONA* 28 (7/8). 45-53.

Tranmer JE, Squires S, Brazil K, Gerlach J, Johnson J, Muisiner d, Swan B & Wilson R (1998). Factors that influence evidence-based decision-making. National Forum on Health. Canadian Health action: Building on the Legacy, Making Decisions: Evidence and Information. Multimondes, Quebec. 5: 3-92.

White S (1997). Evidence-based practice and nursing. The new panacea? *British J Nurs* 6(3):175-178.