

Nefroloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Uygulamalar

Doç. Dr. Nesrin NURAL

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trabzon

Özet

Bir problem çözme yaklaşımı olan kanıta dayalı uygulama, hastanın tercihleri ve değerleri, klinik uzman deneyimleri, hasta bakımı verileri ve çalışmalardan elde edilen en iyi kanıtların entegrasyonu ile sunulan sağlık hizmetidir. Destekleyici örgüt kültürü ve kanıt temelli yaklaşım hasta sonuçlarını iyileştirir, bakımın kalitesini ve hemşire memnuniyetini artırır.

Anahtar Kelimeler: Nefroloji hemşireliği, kanıta dayalı uygulama

Summary

Evidence-based practice which is a problem-solving approach, is a delivery of health care that integrates the best evidence from studies and patient care data with clinician expertise and patient preferences and values. The supportive organizational culture and the evidence-based approach is improved highest quality of care and best patient outcomes and nurse satisfaction

Key Words: Nephrology nursing, evidence based practice

Hemşirelikle ilgili araştırmalar Kırım Savaşı (1856) sırasında, Florence Nightingale'in askerlerin aldığı yaradan çok sıtma ve bulaşıcı hastalıklardan öldüğüne tanık olmasıyla başladı. Nightingale yaralı askerlere verilen bakım sürecinde aldığı önlemlerle, hastanede ölüm oranlarını azaltarak dünyada kanıt kullanan ilk hemşire oldu (1).

Hemşirelik eğitimi 1900-1940 yılları arasında araştırma çalışmalarına odaklanmaya başlamıştır. 1970'li yıllarda kanıta dayalı uygulama (KDU) hareketi ilk olarak İngiliz Hekim Epidomiyolog Archie Cochrane tarafından başlatıldı. Aynı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde doktoralı hemşirelerle birlikte bakımın kalitesini arttırmak için araştırma projeleri başlatılmış, ancak kalitatif çalışmalardan çok tanımlayıcı özellikteki çalışmalara yer verilmiştir.



1980'li yıllarda kanıta dayalı uygulamalar artmaya başlamış, hemşireler yaşam kalitesi, ağrı, dekübitüs ülseri, üriner inkontinans gibi spesifik konularla ilgilenmeye başlamışlardır. 1990'lı yıllarda, sağlık bakım maliyetleri, örneğin; kalite, sağlık olanaklarına erişim gibi sağlık reformlarına öncelik verildi (2). Türkiye'de ilk defa 2000 yılında kanıta dayalı hemşirelik (KDH) Platin tarafından, "Ülkemizde kanıta dayalı hemşireliğin uygulama engelleri" konusu ele alınarak gündeme getirilmiştir (3).

Bu hareketin hızlanmasında sağlık sistemleri ve profesyonel örgütlerin taleplerinin yanı sıra tıbbi uygulama hatalarında (malpractice) artış belirleyici olmuştur. KDU temelinde klinik uygulamalarda ve hasta sonuçlarında fark yaratmak, bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, bakımı standardize etmek ve tüm bu sonuçlara bağlı olarak da hemşire memnuniyetini arttırmak yatmaktadır (4,5).

Kanıtla dayalı uygulama özenli ve dürüstçe yayınlanmış, açık, net doğru kararların ortaya çıkardığı araştırma sonuçlarının hasta bakımında kullanılmasıdır (6). Sackett'e (1996) göre hasta bakımında alınan kararların en akıllıca ve makul bir şekilde kullanılmasıdır (7). Tranmer ve arkadaşları (1998) sağlık bakım sistemindeki karar vericilerin ulaşabildiği, uygulamanın bilimsel değerlendirilmesine dayanan bilgi olarak tanımlamaktadır (8). Epstein (1999) "uygulamacının karar verme sürecinde kullandığı bilgi, beceri, değerler, deneyim de bir çeşit kanıttır" şeklinde ifade etmektedir (9).

Kanıtla dayalı uygulama farklı hasta gruplarından elde edilen kanıtların, klinik uzman görüşü ve bilgilerinin bir arada değerlendirilerek hastalara en iyi bakım vermek için bir araya getirme olarak tanımlanabilir. Bu doğrultuda hastalara en iyi bakımı verebilmek için uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşü ve hasta değerlerini ve en iyi araştırma kanıtlarını bir araya getirmek gerekir (5,10,11).

En iyi araştırma kanıtı; iyi randomize edilmiş kontrollü çalışmalardan oluşur, çoğunlukla nicel göstergelere dayanır ancak, nicel verilerin yanında vaka çalışmaları da kullanılır. *Klinik uzman kavramı*; profesyonel ve klinik eğitim sonucunda elde edilen yeterlilik ve profesyonel karar verme yetisidir. Hastaların sağlık durumlarını, teşhisini, kişisel risk faktörlerini ve girişimlerden alacakları potansiyel yararları, hasta ve uygulayıcılar arasın-

da iletişim kurarak karar verilmesini sağlar. Klinik deneyimin yanında, araştırma bulgularının bireylere uygulanması, hastaların değerlerine ilişkin bilgiyi gerektirmektedir. Hastaların değerleri, hastaların beraberlerinde getirdikleri beklentilerini, endişelerini, tercihlerini, hastalık ile ilgili deneyimlerini kapsar (11,12).

Kanıtla dayalı uygulama yeni gelişmeleri güncel tutma ve hemşireliğe uzmanlık kimliğini kazandırma yoludur. Problem odaklıdır ve sağlık hizmetinin verildiği alanlarda yer alır. Sağlık hizmetlerinin amacı var olan kaynakları en etkin biçimde kullanarak yeni kaynak oluşturmaktır. Diğer taraftan toplum/bireyin en üst düzeyde sağlık hizmeti almasını sağlamaktır. Sağlık hizmetinde elde edilen kanıtlar klinik etkinliğini arttırmaya, sağlık hizmetinde bulunanlar için protokol/klavuz oluşturmaya, daha kaliteli hizmet/bakım sağlamaya ve elde edilen sonuçları değerlendirmeye yarayacaktır (13). Protokol/kılavuz geliştirme ve araştırma sorusu oluşturma, tasarım ve çalışma seçim kriterleri belirlemede rehberlik eder. Bu çalışmalar, etkili klinik uygulama ya da karar almada ve bu alandaki gelişmeleri takip etmede çok önemlidir (13,14). Klinik kılavuzlar klinik uygulamalar sırasında yenilenen kanıtla dayalı bilgilerin bileşimidir. Klinik kılavuzların ana amacı en iyi kanıtlardan elde edilen bilgi ve uygulamalarla, tıbbi davranışı tanımlamak ve hasta sonuçlarını iyileştirmektir. Yüksek kaliteli KDU kılavuzları iyi düzenlenmiş sistematik incelemeler ve meta analizler temel alınarak yapılır (15). Kanıt kalitesinin ve önerilerin derecelendirilmesi tablo 1'de gösterilmektedir (16).

Tablo1: Kanıtların ve önerilerin derecelendirilmesi

Derece	Kanıt Kalitesi	Anlamı
A	Yüksek	Gerçek etkinin, ön görülen etkiye yakın olduğuna inanma
B	Orta	Gerçek etkinin ön görülen etkiye yakın olması çok olası, fakat ondan önemli ölçüde farklı olma olasılığının olma
C	Düşük	Gerçek etki ön görülen etkiden önemli ölçüde farklı olabilir.
D	Çok düşük	Etki ön görülenden oldukça belirsizdir ve sıklıkla gerçek etkiden oldukça uzaktır.
Önerinin Gücü		
Düzyey I		Önerilir
Düzyey II		Önerilir

Teknolojideki hızlı değişim ve dünyadaki bilgiye hızlı erişim sağlık çalışanlarının çözüm arama, karar verme ve gelişmeleri izleme sürecini kolaylaştırmıştır. Sistematik analiz/meta analiz çalışmalarına kapsamlı bir şekilde ulaşabilmek için sistematik eğilimli kütüphaneleri kullanmak gerekir. En sıklıkla kullanılan MEDLINE ve EMBASE veri tabanlarıdır. Diğer önemli kaynak yıllık olarak yayınlanan “Nursing Research” dergisidir. Bu dergi tez çalışmalarını ve önemli klinik çalışmaları içerir (14).

Sistematik analiz birden fazla bağımsız çalışmanın klinik ve araştırma problemlerini organize ve yapılandırılmış bir şekilde değerlendirilmesidir. Var olan delilleri raporlama işlemidir.

Bu açıdan sistematik derlemeler, uygulayıcılara, konu ile ilgili araştırma bulgularını sunmakla kalmamakta, aynı zamanda yöntemsel açıdan güçlü olan araştırmaları ortaya koymakta, uygulayıcıların daha geçerli ve güvenilir olan kanıta ulaşmalarına da yardımcı olmaktadır (14).

Kronik böbrek yetmezliği ve renal hastalıklarla ilgili randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ), iç hastalıkları ve diğer alanlarda yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında kalite ve sayı olarak hasta yararına elde edilen kanıtların en az düzeyde olduğu görülmektedir (17,18,19). Murray ve arkadaşlarının (2009) kronik böbrek yetmezliği ile ilgili yaptığı sistematik analiz sonuçları tablo 2’de verilmiştir (20).

Tablo 2: Kronik böbrek yetmezliği ilgili çalışma bulgularının özetleri ve kanıt düzeyleri

Çalışma	Yöntem	Kanıt düzeyi	Veri kaynakları	Tanımlanan faktörler
Orsino et al. 2003; Kanada	Tanımlayıcı	Zayıf	197 Renal replasman tedavisi alan SDBY hastası	Tedavi ile ilgili durumlar (diyaliz türü ve programı, fiziki görünümüne etkisi, cinsel aktivite, çalışma ve sosyal yaşam, diyalizden çekilme kararı), transplantasyona ilişkin sorunlar (transplantasyonun psikolojik etkileri, riskleri/yararları/canlı donörün iyileşme süreci/bağış nedenleri/deneyimler/riskler/yararlar)
Wuerth et al. 2002;USA	Tanımlayıcı	Güçlü	40 hasta (20 PD, 20 HD) diyaliz başladıktan 6 ay sonra	Doktor ve aile görüşleri, Tedaviye ilişkin zorluklar/kolaylıklar
Ashby et al. 2005; Astrailia	Kalitatif	Zayıf	16 hasta ya da bakım verenler	Yaşam kalitesi; sağlık algısı, kendilik algısı.... Hasta/doktor etkileşimi
Calvin. 2004;USA	Kalitatif	Güçlü	20 HD hastası (11 erkek, 19 kadın, yaş ort:56)	Kontrolün sürdürülmesi; diğerleriyle iletişim; iletişim becerileri
Davison, 2006; Kanada	Kalitatif	Orta	24 SDBY hastası	Kontrol, diğerleriyle sağlanan etkili iletişimin yaşam kalitesi üzerine etkisi

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY), hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD)

“Hemşirelikte elde edilebilir en iyi kanıt nedir” sorusu henüz yeterince yanıt bulamamıştır. Mc Pheeters (1999), 21. yüzyılın hemşireliğin kanıt dayalı uygulamaları şekillendireceğini ön görmektedir (21). 1993 yılında Oxford’da nefrolojiyle ilgili sistematik analiz grupları, 1997 yılında da Cochrane merkezinde renal inceleme grubu oluşturuldu. Bu grup daha çok renal tıp ve sağlık bakımı ile ilgili konular ve küçük hasta gruplarını içermektedir. Cochrane kütüphanesinde son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) yönetimi ile ilgili yapılan uluslararası çalışmalar arasında yer alan sistematik analizleri içeren 12000 özet değerlendirildi. Bu çalışmaların 2085’i (%18) randomize ya da yarı randomize kontrollü çalışmalar idi. Ancak bu çalışmaların içinden 39 çalışma değerlendirilmeye uygun görüldü (22).

Randomize kontrollü çalışmalar iyi klinik uygula-

maları takip etmek için kullanılır ve alternatif tedavilerin etkinliğini değerlendirmede altın standartlar olarak kabul edilir. Ön yargıların minimize edilmesini sağlar. Tedaviler arasında gözlenen farklılıkların açıklanmasına olanak verir. Hastalar açısından kabul kriterlerinin oluşmasına, sınırlılıkların belirlenmesine rehberlik eder (23,24). Örneğin SDBY hastalarının tedavisinde periton diyalizi ya da hemodiyaliz tedavisini seçmeye ilişkin farklılık ya da bir tedavi seçeneğinin yararları ya da riskleri konusunda belirsizlikler olabilir. Ya da SDBY hastaların tedavisinde kullanılan bir yöntemin daha etkili ancak daha yüksek maliyetli olması sonucunu getirebilir (22).

Böbrek hastalığı ile ilgili en iyi bilgi, metodolojisi iyi tanımlanmış ve kanıtların sentezlenmesiyle hazırlanmış klinik klavuzlarda (The Joint National Committee ve Kidney Disease Outcomes Quality Initiative/ KDOQI) yer almaktadır. Örneğin; KDOQI’e göre kronik böbrek yetmezliği

(KBY) için önerilen kan basıncı hedefi $< 130/80$ mmHg'dir. Ancak klinik çalışmalardan elde edilen kanıtlara göre bu önerinin desteklenip desteklenmediği tartışmalıdır. Son sistematik analizler diyabeti ve proteinürisi olmayan, sadece KBY tanısı olan hastalar için bu hedefi önermektedir (19).

Nefroloji ile ilgili hasta bakımı uygulamaları geniş değişkenlik gösterebilmektedir. KBY kronik bir hastalık olduğu kadar komorbit komplikasyonları nedeniyle de yaşam boyu devam eden bir hastalıktır. KBY diyabet, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar için de bir risk faktörüdür. Dolayısıyla KBY'nin yönetimi böbrek hastalığı, vasküler biyoloji, kardiyoloji, diyabet, temel ve klinik araştırmacılar tarafından ele alınmalıdır (25).

Nefroloji ile ilgili, sistematik analiz /meta analiz çalışma sonuçları "güvenli ve etkili ilaç tedavisi, Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonlu hastalar, KBY eritropoezisini stimule eden ajanlar, hemodiyaliz hastalarında aneminin yönetiminde askorbik asit, katetere bağlı enfeksiyonlarda profilaksiye yönelik antibiyotikler, eser elementler, renal sonuçları iyileştirmede statinler, yeni popüler tedavi uygulamaları, böbrek yetmezliği ve post operatif mortalite ya da mortaliteyi arttıran tüm risk faktörleri, klinikte bazı prosedurler ile ilgilidir (14). Amerikan Nefroloji Hemşireleri Derneği (ANNA), araştırma önceliklerini;

- 1-Vasküler erişim yolları enfeksiyonlarını önlemek için hemşirelik girişimleri,
- 2-Vasküler erişim açıklığını korumak için hemşirelik girişimleri,
- 3-Hasta ve ailenin gereksinimlerine yönelik eğitim,
- 4-Hemşirelerin yeterlilik düzeyleri ve hasta sonuçları üzerindeki etkisi ve hemşirelik girişimleri,
- 5- Başarılı hasta sonuçları üzerindeki hemşirelik girişimlerini doğrulama olarak beş alanda toplamıştır (25).

Böbrekler fonksiyonları nedeniyle, vücudun tüm hücrelerini ve tüm organlarını etkilemektedir. Dolayısıyla nefroloji, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, transplantasyon, psikiyatri, psikoloji, epidemiyoloji ve enfeksiyon kontrolü, yoğun bakım, onkoloji, nöroloji ve gerontoloji vb. diğer spesifik alanları ve hemşireliğini kapsamaktadır. Hemşirelerin nefrolojiyi anlaması için hemşirelik ve klinik gereksinimlerin yanısıra diğer disiplinleri de araştırma kapsamına alması gerekir (26).

Nefroloji ile ilgili alanlarda çalışan hemşirelerin bakmakla yükümlü oldukları hastaların özellikleri nedeniyle, hemşirelik girişimlerinin kanıta dayandırılma gereği vardır. Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayandırılması, bakım kalitesinin yükseltilmesine ve dolayısıyla da hastaların yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli bir etken olacaktır. KDU tüm sağlık ekibi tarafından daha fazla hasta gereksinimlerinin giderilmesi, aynı zamanda örgüt desteğinin de alınmasına katkı sağlar. Ortak dili geliştirir, mesleki gelişimi arttırır, hemşirelik uygulamalarının tanımlanmasında yardımcı olur. İlgili sağlık alanında öncelikli sorulara cevap verir ve bilimsel çerçeveye katkı sağlar (23).

Hemşireliğe ilişkin uygulamaların bilimsel olabilmesi için, önce uygulamaların tanımlanabilmesi, ölçülebilmesi ve de sınıflandırılabilmesi gerekir. Bu şekilde elde edilen bilgilerin hemşireliğe ilişkin alanlarda uygulama düzeyi yüksektir. Hemşirelik teorisini ve uygulamalarını geliştirmekle sorumlu olan hemşireler, uygun araştırma yöntemleri ve bu yöntemlerde kullanacağı teknikleri, veri toplama araç ve gereçlerini belirleyebilmeli, yoksa yeni araç ve gereçler geliştirmelidir. Hemşireler sağlık sonuçlarını etkilemede, bilimsel kanıtları yorumlayabilme, kanıta dayalı politika geliştirme ve analiz için, hemşirelik eğitimi politika ve programlarını oluşturmada ve sistematik analizde daha aktif bir rol üstlenmelidir (27).

Kaynaklar

1. Donald L. Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. *Evid Based Nurs* 2001; 4: 68-69.
2. Webb J.J. Nursing research and evidence-based practice. <http://evolve.elsevier.com/Cherry>. Erişim tarihi: 10.12.2012.
3. Babadağ K., Kara M. Kanıta dayalı hemşirelik ve meslekleşme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 7(2):112-11.
4. Thurston N.E., King K.M. Implementing evidence-based practice: walking the talk. *Applied Nursing Research* 2004; 17(4): 239-247
5. Bennet C. *Nursing interventions and patient outcomes: A meta-analysis of studies*. *Nursing Research* 2006; 37(5): 303-307
6. Liberati A., Telaro E., Perna A. Evidence-Based medicine and its horizons; a useful tool for nephrologists? *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14(3): 46-52.
7. Sackett D.L., Rosenberg W. M. C., Gray J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312.
8. Tranmer J.E., Squires S., Brazil K. Factors That Influence Evidence-Based Decision-Making, National Forum on Health Canadian Health Action: Building on the Legacy, 1998, 5:3-92'den aktaran French, 2002
9. Epstein R.M. Mindful Practice. *JAMA*, 1999, 282(9), 833-839'den aktaran Polat, 2005
10. Scott K., McSherry R. Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 18: 1085-1095.
11. French P., What is the evidence on evidence based nursing? An epistemological concern. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37(3): 250-257
12. Polat G., Kanıta dayalı sosyal hizmet uygulaması. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2010; 15-18.
13. Levin A. Practice guidelines do improve patient outcomes: association or causation? *Blood Purif* 2008; 26: 67-72.
14. Bello A.K., Wiebe N, Garg A.X., Tonelli M. Basics of systematic reviews and meta-analyses for the nephrologist. *Nephron Clin Pract*. 2011; 119(1): 50-60.
15. Colyer H., Kamath P. Evidence-based practice. A philosophical and political analysis: some materials for consideration by professional practitioners. *J Adv Nurse* 1999; 29(1): 188-193.
16. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *Am J Transplant* 2009; 9(3): 1-155
17. Strippoli G.F., Craig J.C., Schena F.P. The number quality and coverage of randomized controlled trials in nephrology. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15: 411-419.
18. Samuels J. A., Molony D. A. Randomized Controlled Trials in Nephrology: State of the Evidence and Critiquing the Evidence. *Advances in Chronic Kidney Disease* 2012; 19(1): 40-46.
19. Vassalotti J.A. Navigating the challenges of evidence-based chronic kidney disease care. *European Nephrology* 2012; 6(1): 10-4.
20. Murray M. A., Brunier G., Chung J. O., Craig L.A., Mills C. et al., A Systematic review of factors influencing decision-making in adults living with chronic kidney disease. *Patient Education and Counseling* 2009; 76: 149-158.
21. McPheeters M., Lohr K. Evidence-based practice and nursing: commentary outcomes. *Management For Nursing Practice* 1999; 3(3): 99-101.
22. Campbell M.K., Daly C., Wallace S.A., Cody D.J., Donaldson C. et al. Evidence-based medicine in nephrology: identifying and critically appraising the literature. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15(12): 1950-1955.
23. Sackett D.L., Rosenberg W. M. C. The need for evidence-based medicine. *J R Soc Med* 1995; 88: 620-624.
24. Vedelo T. W., Lomborg K. Reported challenges in nurse-led randomised controlled trials: an integrative review of the literature. *Scand J Caring Sci* 2011; 25: 194-200.
25. Lewis S.L., Cooper C.L., Cooper K.G., Bonner P.N., Parker K. et al. Research priorities for nephrology nursing: American Nephrology Nurses' Association's Delphi Study *ANNA J*. 1999; 26(2): 215-25.
26. Allison, M. M. Mapping the literature of nephrology nursing. *J Med Libr Assoc* 2006; 94(2): 74-79