

# Psikiyatri Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Uygulama

## Evidence-Based Practice in Psychiatric Nursing

Perihan GÜNER KÜÇÜKKAYA<sup>1</sup>

### ÖZET

Son 15-20 yıldır literatürde yer alan “kanıta dayalı tıp” ve “kanıta dayalı hemşirelik”, günümüzde en fazla ilgi gösterilen ve en popüler olan konulardır. Literatürde yer almasına, hemşirelik toplantılarında tartışılmasına ve kanıta dayalı mükemmellik merkezleri kurulmasına rağmen, “kanıta dayalı hemşireliğin”, hemşirelik bakımına etkisinin çok az olduğu ifade edilmektedir. Günümüzde artık en iyi ve en güncel kanıtlara dayalı kaliteli bakım gereksinimi olmasına rağmen, mevcut durum bunu karşılayacak düzeyde değildir. Bu makalede, kanıta dayalı psikiyatri hemşireliği konusundaki gerçekler, iddia edilenler ve öneriler tartışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Araştırma kullanımı; kanıt; kanıta dayalı uygulama; kanıta dayalı hemşirelik; psikiyatri hemşireliği.

### SUMMARY

Evidence-based nursing and medicine have existed in health sciences literature for the last 15-20 years, and remain areas of high interest and popularity in the field. Despite being widely discussed in nursing conferences and developed with evidence-based centers of excellence, Evidence-based nursing is reported to have little impact on nursing care. The need for high-quality nursing care based on the best available evidence is not being met adequately in the actual practice of the profession. This article is a review of the rhetoric, reality and recommendations in the practice of evidence-based psychiatric nursing.

**Key words:** Research utilization; evidence; evidence-based practice; evidence-based nursing; psychiatric nursing.

### Giriş

Kanıta dayalı tıp (KDT), bir epidemiyolog olan Dr. Archie Cochrane ile başlamıştır. 1970 yılında Dr. Cochrane, sağlık hizmetlerinin klinik izlenimlerle değil, bilimsel kanıt temeline dayalı olarak verilmesi gerektiği görüşünü ortaya koymuştur. Dr. Cochrane, tıbbi uygulamaların çoğunun etkisiz, hatta zararlı olduğunu ileri sürerek tıbbi uygulamalarda bilimsel dayanak sağlamak ve doğru tıbbi girişimi ortaya koymak için randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) kullanımını savunmuştur. Dr. Cochrane'nin fikrine sağlık alanında ilgi gösterilmesi ve uygulamaya konması 20 yıl sonra olmuştur ve bu “Cochrane Collaboration: an international organization providing up to date information on health care and current evidence-based databases”in kurulması ile sonuçlanmıştır. Tıp tarihinde bu durum, KDT'nin doğuşu olarak kabul edilmiştir.<sup>[1,2]</sup>

Kanıta dayalı hemşirelik (KDH) ve kanıta dayalı uygulama (KDU) İngiltere, Kanada ve Avustralya'da KDT hareketinin ardından gelişmeye başlamıştır.<sup>[3]</sup> KDU, son 20 yıldır sağlık hizmeti verenler ve politika yapıcılar tarafından en çok ilgi gösterilen konulardan biridir.<sup>[4]</sup>

### Kanıta Dayalı Uygulama Nedir?

KDU, karmaşıktır ve bazen yanlış da anlaşılabilir. <sup>[5]</sup> KDU, mevcut kanıt, klinik deneyim ve hasta gereksinimine dayalı olarak klinik karar vermektir. KDU'nun diğer bir tanımı ise, bakım verilen kurumdaki mevcut sınırlılıklar içinde olası en iyi bakımı vermek için hastanın isteklerine, klinik deneyimlere ve araştırmalara dayalı olarak hemşirelik bakımının verilmesidir.<sup>[2,6]</sup> KDU'nun tanımında yer alan mevcut en iyi kanıt, klinik deneyim ve hasta gereksinimi unsurları eşit derecede önemli ve gereklidir.<sup>[2]</sup>

### Kanıta Dayalı Uygulama İçin Gerekliliği

Hemşirelerden güvenli ve etkili bakım vermeleri ve yaptıkları uygulamalar konusunda topluma, sağlık ekibine ve meslektaşlarına hesap vermeleri beklenmektedir.<sup>[7]</sup> Bunu yapabilmeleri yollarından biri de KDU'dur. KDU için hemşirelerin bazı becerilere sahip olmaları gerekmektedir. KDU, soru sorma, bu soruya yanıt arama, kanıtı eleştirel bir biçimde değerlendirme, sonuçları uygulama ve sonunda da uygulamanın sonuçlarını ölçerek değerlendirme becerisi gerektirmektedir.<sup>[8-10]</sup> Yapılan bir çalışmada hemşirelere sorulan “klinik uygulamalarla ilgili araştırma sorularını formüle etme kapasitenize güveniyor musunuz?” sorusuna, hemşirelerin yarısından fazlası (%54) kendilerine güvenlerinin olmadığı şeklinde cevap vermişlerdir. Bunun hemşirelerin eğitim düzeyi ya da buldukları pozisyona göre değişmediği saptanmıştır.<sup>[11]</sup>

### Kanıta Dayalı Uygulamanın Yararları

KDU'nun genel kabulü giderek artmakta ve hasta bakımı ve sistemin çıktılarını iyileştirmek için her geçen gün daha

<sup>1</sup>Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

**İletişim (Correspondence):** Dr. Perihan GÜNER KÜÇÜKKAYA.  
**e-posta (e-mail):** pguner@ku.edu.tr

**Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1(3):128-132**  
**Journal of Psychiatric Nursing 2010;1(3):128-132**

fazla önerilmektedir.<sup>[5]</sup> KDU sadece hasta sağlığını iyileştirme fırsatı sunmaz, aynı zamanda çalışanın memnuniyetini artırır ve sağlık bakım maliyetini azaltır, bakım kalitesini artırır, bakımı standardize eder ve hemşireliğin bilimselleşmesini sağlar.<sup>[7,8,12]</sup> Ayrıca KDU, hastalara zarar verecek yanlış yöntemlerle tedavi edilme riskini azaltır, klinikte karar verme ve araştırma yöntemlerinin daha anlaşılır ve şeffaf olmasını sağlar ve tıbbi sonuçları karşılaştırma fırsatı verir.<sup>[8]</sup>

### Psikiyatri Hemşireliği Kanıta Dayalı Uygulama Konusunda Nerede?

KDU ile ilgili konular, literatürde yer aldığı, hemşirelik toplantılarında tartışıldığı, konu ile ilgili merkezler (ABD, *Agency for Health Care Research & Quality*) ve enstitüler (İngiltere, *National Institute for Health & Clinical Excellence*; Avustralya, *Joanna Briggs Institute*) kurulduğu halde, KDU'nun hemşirelik bakımına çok fazla yansımadağı görülmektedir.<sup>[13,14]</sup> Diğer yandan, KDU kavramının hemşireler tarafından çok iyi bilinmediği ve bu konuda kavram karmaşasının olduğu ileri sürülmektedir. Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin ancak %3'ü KDU kavramının kendileri için çok açık olduğunu ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada hemşirelere "hemşirelik uygulama kararlarının kanıta dayalı olması gerektiği görüşüne katılıyor musunuz?" sorusu sorulmuş ve hemşirelerin %62'si hemşirelik uygulamalarının araştırmaya dayalı olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ancak, ilginç bir şekilde, hemşirelerin %41'inin hastane politikasını takip ettikleri için hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olduğunu varsaydıkları da saptanmıştır.<sup>[11]</sup>

KDU, araştırma ve uygulama arasında bir köprüdür. Ancak, araştırma bulguları ile onları uygulamada kullanma arasında çok fazla uçurum olduğu iyi bilinmektedir.<sup>[2]</sup> Araştırmalar, hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik bakımını en iyi düzeye getirecek mevcut en son araştırma bulgularının farkında olmadıklarını ve araştırma sonuçlarını uygulamalarında çok fazla kullanmadıklarını göstermektedir.<sup>[2]</sup> Estabrooks<sup>[15]</sup> tarafından 600 hemşire üzerinde yapılan çalışmada, hemşirelerin en fazla kullandıkları ilk üç bilgi kaynağının, araştırma sonuçları değil, klinik deneyimleri, okulda öğrendikleri bilgiler ve kongre katılımlarından elde ettikleri bilgiler olduğu saptanmıştır. Gerrish ve ark.<sup>[4]</sup> tarafından 598 hemşire üzerinde yapılan diğer bir çalışmada da, hemşirelerin kitaplar ve dergiler gibi bilimsel bilgi kaynaklarını kullanmaktan çok, kişisel deneyimlerini ve meslektaşları ile konuşmayı tercih ettikleri saptanmıştır. Thiel ve Ghosh<sup>[13]</sup> tarafından yapılan çalışmada da sonuç değişmemiş ve hemşirelerin %72.5'inin bilgiye ihtiyaç duydukları zaman dergi ve kitapları kullanmak yerine, meslektaşları ile konuşmayı tercih ettikleri saptanmıştır.

Kanıta uygulamaya aktarmanın ve anlamanın zor olduğu ifade edilmektedir.<sup>[16]</sup> Yapılan bir çalışmada<sup>[17]</sup> KDU'ya engel

olan faktörlerin, profesyonel bilgi ve deneyim eksikliği, yeterli zaman bulamama, geleneksel olarak klinikteki rutin işleri yerine getirmeye alışkın olma, kendine güven azlığı, hemşirelik eğitiminde bu konuya yer verilmemesi, çalışma ortamı ve hemşireden beklentilerin olduğu saptanmıştır.

Psikiyatri hemşireliği uygulamasında da, durumun çok farklı olmadığı söylenebilir. Günümüzde artık en iyi ve en güncel kanıtlara dayalı kaliteli bakım gereksinimi olduğu açıktır, ancak mevcut durum bunu karşılayacak düzeyde değildir.<sup>[18]</sup> O halde "kanıta dayalı psikiyatri hemşireliği"nden (KDPH) söz edilebilir mi? Bu konuda iddia edilenler ya da gerçekler nelerdir? Aşağıda bu konudaki tartışmalar yer almaktadır.

**İddia Edilen:** Psikiyatri hemşireliği, kanıta dayalı uygulama modelleri ve disiplinler arası araştırmada yerini hep koruyabilir.

**Gerçek:** Psikoterapide kanıta dayalı herhangi bir hemşirelik uygulaması modeli yer almamaktadır. Ayrıca, geniş randomize çalışmalar ve meta-analiz çalışmaları, KDU'da altın standartlar olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmalar klinik uygulama için en güçlü kanıtlardır. Ancak, bu altın standartları karşılayan çok az psikiyatri hemşireliği araştırması mevcuttur.

Uygulama, teori ve araştırma arasındaki ilişki interaktif ve karşılıklıdır. Teorinin yararlı olabilmesi için, uygulamaya yönelik çıkarımları olmalıdır ve uygulamanın test edilebilir onaylanması için de belirli bir teoriye dayanması gereklidir. Her ne kadar psikiyatri hemşireliği modelleri birden fazla olsa da, bu modellerin hiçbiri için etkililiklerini doğrulayacak araştırmalar yapılmamıştır.<sup>[10]</sup>

Psikiyatri hemşireliği, diğer disiplinler içinde geliştirilen bilginin egemenliği altındadır. Psikiyatri hemşireliği bilgileri, psikiyatri, farmakoloji ve davranış bilimlerinden almaktadır ve bu bilgiler nicel yöntemler kullanılarak geliştirilmektedir. Psikiyatri hemşireliğinin diğer disiplinler tarafından geliştirilen bilgiyi kullanmak zorunda kalmasının iki nedeni vardır. Birincisi, psikiyatri hemşireliği ile ilgili yayınlanmış araştırma sayısının yetersiz olması nedeniyle, bu alanda bir bilgi temeli geliştirmenin mümkün olmamasıdır. İkincisi, diğer disiplinlerden alınan bilgiye çok fazla güvenilerek, o bilgilerin kullanılması ve bu nedenle psikiyatri hemşireliğinin doğasını ortaya koyacak bilgi birikiminin elde edilememesidir.<sup>[19]</sup>

Psikiyatri hemşireliğinde yapılan araştırmaların çoğu, RKÇ için ifade edilen kriterlere uymamaktadır.<sup>[10,18,20]</sup> Mevcut psikiyatri hemşireliği araştırmaları ağırlıklı olarak tanımlayıcı ve korelasyonel yapıdadır,<sup>[21]</sup> ve psikiyatri hemşireliğinde bakımın etkililiğini test eden sınırlı sayıda çalışma vardır.<sup>[18,22]</sup> Zauszniewski ve Suresky<sup>[18]</sup> tarafından Ocak 2000-Aralık 2002 tarihleri arasında en fazla okunan beş Amerikan "Psikiyatri Hemşireliği Dergisinde" yayımlanan 227 çalış-

ma analiz edilmiştir. Bu gözden geçirme çalışmasında araştırmaların yaklaşık %88'inin Amerika'da yapıldığı ve sadece %11'inde psikiyatri hemşireliği girişimlerinin etkinliğinin test edildiği saptanmıştır. Yine, alandaki çoğu çalışma bireysel düzeyde detaylı bilgiler vermekte ve kalitatif yapıdadır.<sup>[19]</sup> Fakat psikiyatri hemşireliği girişimlerinin etkililiği hakkındaki soruların yanıtlanmasına yönelik kanıt ihtiyacını karşılayan kantitatif çalışmalar görece azdır. Kanıt olarak sadece kantitatif çalışmaları kabul eden araştırmacılar, yukarıda ifade edilen sorunların çözümü için özellikle kantitatif araştırmaların yapılmasını önermektedirler.<sup>[10,23]</sup>

Bazı araştırmacılar ise, bu görüşe karşı çıkarak KDU ve KDH'nin sadece kantitatif kanıtlara dayalı olduğunu ve bunun da psikiyatri hemşireliğinin doğasıyla çelişkiye düşmesine neden olduğunu ifade etmektedirler. Psikiyatri hemşireliği uygulaması insanın hastalık/sağlık deneyimi anlayışına dayanmaktadır ve bu tip bir anlayış ancak kalitatif yöntemle açıklanabilir. Kantitatif yöntem sıklıkla psikiyatri, farmakoloji ve davranış bilimleri tarafından kullanılsa da psikiyatri hemşireliği tarafından daha az kullanılmaktadır. Çünkü kantitatif yöntem çoğu zaman psikiyatri hemşireliğinin araştırma hedeflerine uyum sağlamamaktadır. Dolayısıyla hemşireliğin özü, yönelimi kalitatif araştırma ve sonuçlar olan insani bilimlerde yatmaktadır. Bu hiçbir şekilde hemşireliğin biyolojik bilimlerden ayrıldığını ve kantitatif araştırma sonuçlarını uygulamayı bıraktığını göstermez. Aksine, insani bilimlerin birincil, biyolojik bilimlerin ise ikincil olduğunu gösterir.<sup>[19,24]</sup> En iyi nicel kanıtlar klinisyenleri ve hastaları mevcut tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirir. Ama diğer kanıt türleri de, tedavi seçeneklerini gösteren kanıtlarla aynı derecede önemlidir. Örneğin, hastalar diğer insanların hastalığı nasıl deneyimlediği, onunla nasıl yaşadıkları ve nasıl öldüklerini anlamaya yönelik kanıtı ihtiyaç duyabilirler. Bu tip bir bilgi genellikle kalitatif yöntemler kullanılarak elde edilir.<sup>[3,24-26]</sup>

Hemşirelik ve psikiyatri hemşireliğinin bir model olarak KDU ile ilgili bazı kaygıları mevcuttur.<sup>[3,24-26]</sup> Bunlar, kantitatif yöntemleri gereğinden fazla önemsemek, kalitatif yöntemleri azımsamak, hastaların sağlık hizmetlerine katılımını beklemek, buna rağmen onların deneyimlerini ifade edebileceği yaklaşımlara az değer vermek, hizmet vermede bireylerin önemini ve karmaşıklığını hesaba katmamak, KDU'nun tıpta başladığını unutarak ona özgü olan yöntem ve kanıtlara gereğinden fazla değer vermek ve bilgi gelişiminin hızını ve bu nedenle RKÇ'lerin belli zaman diliminde kullanılabilir kanıtlar olduğunu gözden kaçırmaktır. Psikiyatri hemşireliğinin ilerlemesi, ne diğer disiplinlerin bilgilerine güvenmeyi sürdürmeye, ne de kendi uygulamalarına ters düşen yöntemi takip etmeye bağlı değildir. Tam tersine psikiyatri hemşireliğinde ilerleme, araştırmalardan uygulamaya aktarılmış, içsel olarak tutarlı ve mantıklı fikirlerin oluşturulmasıyla mümkündür. Bunun için hemşirelerin kalitatif ve kantita-

tif araştırma konusundaki tartışma üzerinde enerji harcamaya son vermeleri ve basit bir şekilde araştırma konusuna en doğru cevabı verecek yöntemi kullanmaları önerilmektedir.<sup>[6,10,19]</sup> Hemşirelik için asıl soru yöntemden çok, neden hemşireliğin araştırmalardan ve disiplin içi teorilerden yola çıkarak kendi içinde tutarlı fikir setleri oluşturamadığıdır. Eğer hemşirelik bunu yapabilirse, sağlık hizmetlerine kendi özgün katkısını ortaya koyabilir.<sup>[19]</sup>

**İddia Edilen:** Psikiyatri hemşireleri, psikiyatrik bakımın yapısı, işleyişi ve sonuçları üzerinde kayda değer bir etkiye sahiptir.

**Gerçek:** Psikiyatri hemşireleri kanıt dayalı psikiyatri bakımına katkıda bulunmamaktadır.

Psikiyatri hemşirelerinin sağlık hizmeti organizasyonuna nasıl bir değer kattıklarını ve neler yaptıklarını açıklamaları beklenmektedir. Cevaplarını da etkililik, maliyet ve kalite konularına duyarlı bir şekilde çerçevlendirmeleri istenmektedir. Zaman, ruhsal hastalıklar konusundaki gizemin anlaşılmasına en çok yaklaşıldığı zamandır. Neredeyse her gün ruhsal hastalıkların nedenleri ve en etkili tedavilerle ilgili yeni buluşlar ortaya çıkmaktadır. Hemşireler de bu gelişmelere ayak uydurmalı ve girişimlerini test edilmemiş geleneksel anlayışlar yerine ortaya çıkan kanıtlara dayandırmalıdır. Psikiyatri hemşireliği uygulaması, güçlü bir şekilde geleneksel anlayıştan, sistematik olmayan çalışmalardan ve otoritelerden etkilenmektedir.<sup>[18]</sup> Psikiyatri tedavileri ile ilgili literatürde, psikiyatri hemşireliği verileri bulunmamaktadır. Benzer şekilde, güncel psikiyatri hemşireliği uygulamaları da kanıt dayalı bakımın gereklerini karşılamamaktadır.<sup>[27]</sup> Örneğin, çoğu deneyimli psikiyatri hemşiresi, uygulamalarında klinik değerlendirme ölçeklerini ve sonuç ölçümlerini kullanmadıklarını ifade etmektedirler.<sup>[28]</sup> Öte yandan, psikiyatri hemşirelerinin uygulamaları, bilimselliğe dayalı kanıtlar yerine, test edilmemiş teorilere ve geleneksel anlayışa dayanmaktadır. Örneğin, psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılan uygulama rehberleri ya da klinik algoritmaları açıklayan neredeyse hiç kaynak bulunmamaktadır ve psikiyatri hemşireliği bakımının finansal ve klinik sonuçlarına yönelik çok az çalışma yapılmıştır.<sup>[10,18]</sup>

Hemşirelerin, yaptıkları girişimlerin etkilerini incelemeleri ve hemşirelik bakımının sonuçlarına ilişkin verileri kontrol etmeleri gerekmektedir. Ayrıca, hemşirelerin yapılan araştırma sonuçlarına nasıl ulaşacaklarını, onları nasıl anlamlandırıp kanıt dayalı psikiyatri bakımında nasıl kullanacaklarını bilmeleri gerekmektedir. Hemşirelikte sonuçların ölçülmesine yönelik geliştirilen bir taslak Iowa Hemşirelik Girişimleri Projesi'dir (*Iowa Nursing Intervention Project*) ve bu proje kapsamında hemşirelik girişimleri sınıflandırma kodları<sup>[29]</sup> ve hemşirelikte sonuç sınıflandırma kodları<sup>[30]</sup> geliştirilmiştir. Fakat hemşirelik girişimleri sınıflandırma kodlarında tanım-



lanan hemşirelik girişimlerinin henüz çok azında etkililiğini onaylayacak bilimsel kanıtı vardır.<sup>[10]</sup>

**İddia Edilen:** Psikiyatri hemşireliği müfredatı, alandaki güncel bilgileri yansıtmaktadır.

**Gerçek:** Kanıta dayalı psikiyatri uygulaması, psikiyatri hemşireliği derslerinde ve programlarında standart olarak okutulmamaktadır.

Bazı psikiyatri hemşireliği öğretim üyelerinin, yüksek lisans veya doktora programlarında kanıta dayalı psikiyatri hemşireliği uygulamasını öğretmedikleri ifade edilmektedir. Bazıları ise, artık klinik uygulama bile yapmamaktadırlar. Yapanlar ise, çoğu klinisyen gibi, kendi kariyer geçmişlerinde öğrendikleri girişimleri kullanmaktadırlar. Burada şu sorular akla gelmektedir.<sup>[10]</sup> Psikiyatri hemşireleri alanda nasıl güncel kalıyorlar? Klinik uygulama rehberleri ve psikiyatri bakımını algoritmaları nerededir? Hemşireler daha ne kadar deneysel destekten uzak, anlaşılmaz, belirsiz ve ölçülenmemiş girişimlere güvenebilir?

Psikiyatri hemşireliği mezuniyet sonrası programlara giren öğrenci sayısı giderek azalmaktadır.<sup>[10,31]</sup> Bu, uzmanlığın uygulamaya yönelik bilimsel temeldeki netliğini kaybetmesinden dolayı mıdır? Yoksa hemşireler girişimlerini geçerli kılacak ve böylece sağlık hizmetlerindeki değerlerini doğrulayacak başka uygulama alanlarına mı yöneliyorlar? bilinmemektedir. Ancak, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını destekleyecek yeni öğrenme ve öğretme stratejilerine ihtiyaç olduğu açıktır.<sup>[32]</sup> Psikiyatri hemşireliği uzmanlığı, bu konuyu tartışmak, düşünmek ve analiz etmek için daha fazla beklememelidir. Geleneksel ve içgüdüsel uygulamalar yerini kanıta dayalı uygulamaya bırakmalıdır.<sup>[10,33]</sup> Geriye kalan tek soru ise, psikiyatri hemşirelerinin güncel klinik gerçeklikler vagonunda mı yoksa üretkenlikten uzak söylenenlere kaygılanma bekleyişinde mi olacaklarıdır.<sup>[10]</sup>

## Sonuç

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de KDU, henüz tartışıldığı, konuşulduğu kadar uygulama alanına yansımamıştır ve bu alanda birçok problem yaşanmaktadır. Bugün bile psikiyatri hemşireliği uygulamalarının çoğu, geleneksel anlayışa, sistematik olmayan çalışmalara ve otoritelerin görüşlerine dayanmaktadır ve yapılan çalışmaların çoğu uygulamadaki gereksinimleri karşılayamamaktadır.<sup>[18]</sup> Psikiyatri hemşireliğinde kanıta dayalı uygulama için, hemşire araştırmacıların uygulamaya uygun araştırma yapmaları ve hemşirelerin de uygulamada bu araştırma sonuçlarını kullanmaları gerekir.<sup>[18,34]</sup> Bunun için öncelikle mezuniyet sonrası eğitim alan psikiyatri hemşirelerinin iyi birer araştırmacı olarak yetiştirilmelerine, hemşirelerin de, araştırmaları eleştirel olarak değerlendirme becerilerinin geliştirilmesine ve uygulamalarını bilimsel bilgiye dayandırma kültürünün oluşturulmasına ve bunu

yapma sorumluluklarının olduğunu anlamaya gereksinimleri vardır. Araştırmacılar ve klinisyenler için, bakımın daha etkili sunumu ortak amaç olmalı ve daha kaliteli bakım vermenin hemşirelik kararlarının kanıta dayandırılması ile olabileceği unutulmamalıdır.<sup>[7]</sup> Artık zaman, klinik ve akademik hemşirelerin birlikte çalışmaya başlama ve lisans eğitiminden başlamak üzere, mezuniyet sonrası ve sürekli eğitim programlarında KDU konusuna daha fazla yer verilmesi ve bu anlayışın hemşirelere kazandırılması zamanıdır.

## Kaynaklar

1. Scott K, McSherry R. Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *J Clin Nurs* 2009;18:1085-95.
2. Brady N, Lewin L. Evidence-based practice in nursing: bridging the gap between research and practice. *J Pediatr Health Care* 2007;21:53-6.
3. Tanenbaum S. Evidence-based practice in mental health: practical weaknesses meet political strengths. *J Eval Clin Pract* 2003;9:287-301.
4. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J. Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses. *J Adv Nurs* 2008;62:62-73.
5. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc* 2005; 3:207-15.
6. Flemming K. The knowledge base for evidence-based nursing: a role for mixed methods research? *ANS Adv Nurs Sci* 2007;30:41-51.
7. Kocaman, G. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. İçinde: *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi Kitabı* (Ed. Gülbeyaz Can), 3P-Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık AŞ Medikal Yayıncılık; 2007. s. 3-11.
8. Özerdem A, Tunca Z, Aydın H, Örs Y ve ark. Kanıta dayalı tıp ve psikiyatri, Türkiye'de Psikiyatri Dergisi 2008;10:123-7.
9. Warelow P, Edward KL. Evidence-based mental health nursing in Australia: our history and our future. *Int J Ment Health Nurs* 2007;16:57-61.
10. Stuart GW. Evidence-based psychiatric nursing practice: Rhetoric or reality? *JAPNA* 2001;7:103-14.
11. Munroe D, Duffy P, Fisher C. Nurse knowledge, skills, and attitudes related to evidence-based practice: before and after organizational supports. *Medsurg Nurs* 2008;17:55-60.
12. Wallin L, Ewald U, Wikblad K, Scott-Findlay S, et al. Understanding work contextual factors: a short-cut to evidence-based practice? *Worldviews Evid Based Nurs* 2006;3:153-64.
13. Thiel L, Ghosh Y. Determining registered nurses' readiness for evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs* 2008;5:182-92.
14. Zeitz K, McCutcheon H. Evidence-based practice: to be or not to be, this is the question! *Int J Nurs Pract* 2003;9:272-9.
15. Estabrooks CA. Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Can J Nurs Res* 1998;30:15-36.
16. Gagan M, Hewitt-Taylor J. The issues for nurses involved in implementing evidence in practice. *Br J Nurs* 2004;13:216-20.
17. Adib-Hajbaghery M. Factors facilitating and inhibiting evidence-based nursing in Iran. *J Adv Nurs* 2007;58:566-75.
18. Zauszniewski J, Suresky J. (December 19, Psychiatric/Mental Health Nursing - "Evidence for Psychiatric Nursing Practice: An Analysis of Three Years of Published Research. *OJIN* 2003; 9 (1) Available: [www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No1Jan04/HirshArticle/EvidenceforPsychiatricNursingPractice.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No1Jan04/HirshArticle/EvidenceforPsychiatricNursingPractice.aspx) (Erişim tarihi: 18.01. 2010).
19. Geanellos R. Nursing based evidence: moving beyond evidence-based practice in mental health nursing. *J Eval Clin Pract* 2004;10:177-86.
20. Mullen EJ, Streiner DL. The evidence for and against evidence-based practice. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2004;4(2 Summer):111-21.

21. Yonge O, Qiupling Z, Zaleski J. Variables and designs in psychiatric/mental health nursing research articles published from 1982 to 1992. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1997;4:339-43.
  22. McCabe S. Bringing psychiatric nursing into the twenty-first century. *Arch Psychiatr Nurs* 2000;14:109-16.
  23. Hildegard Peplau. The psychiatric nursing legacy of a legend. *JAPNA* 2000; 6: 56-62.
  24. Holmes D, Perron A, O'Byrne P. Evidence, virulence, and the disappearance of nursing knowledge: A critique of the evidence-based dogma. *Worldviews Evid Based Nurs* 2006;3:95-102.
  25. Winch S, Creedy D, Chaboyer AW. Governing nursing conduct: the rise of evidence-based practice. *Nurs Inq* 2002;9:156-61.
  26. Miles A, Grey JE, Polychronis A, Price N, et al. Current thinking in the evidence-based health care debate. *J Eval Clin Pract* 2003;9:95-109.
  27. Tucker S, Brust S. Establishing an empirically based psychiatric nursing practice in a rapidly changing health care environment. *JAPNA* 2000;6:112-8.
  28. Barrell LM, Mervin EI, Poster EC. Patients outcomes used by advanced practice psychiatric nurses. *JAPNA* 1997;4:111-20.
  29. McClosky J, Bulechek G. Nursing interventions classification (NIC). St. Louis, MO: Mosby; 2000.
  30. Johnson M, Maas M, Moorehead S. Nursing outcomes classification (NOC). St. Louis, MO: Mosby; 2000.
  31. Delaney KR, Chisholm M, Clement J, Merwin EI. Trends in psychiatric mental health nursing education. *Arch Psychiatr Nurs* 1999;13:67-73.
  32. Glanville I, Schirm V, Wineman NM. Using evidence-based practice for managing clinical outcomes in advanced practice nursing. *J Nurs Care Qual* 2000;15:1-11.
  33. Rosswurm MA, Larrabee JH. A model for change to evidence-based practice. *Image J Nurs Sch* 1999;31:317-22.
  34. de Cordova PB, Collins S, Peppard L, Currie LM, et al. Implementing evidence-based nursing with student nurses and clinicians: uniting the strengths. *Appl Nurs Res* 2008;21:242-5.
- 
- 4. *Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde sözlü olarak sunulmuştur (24-26 Haziran 2010, Samsun).*