

Birinci basamakta kanıta dayalı tıp: Temel kavramlar ve güçlükler

Evidence based medicine in primary care: basic concepts and challenges

Yücel Uysal¹, Ersin Akpınar², Nafiz Bozdemir³, Esra Saatçi⁴

Özet

Bu Kanıta dayalı tıp (KDT), "hasta ile ilgili kararlarda elde edilen en iyi araştırma kanıtının hekimin deneyimi ve hastanın değerleriyle birleştirilmesi" olarak tanımlanmaktadır. Hekimin direkt olarak klinik araştırmayı kullanması ve benimsemesi ile KDT, klinik uygulamadaki sorunların çözülmesini, bilgi yükünün takip edilmesini ve klinik uygulama ile araştırmalar arasındaki kopukluğun giderilmesini sağlamaktadır. KDT, hekimlerin hasta bakımında karşılaştıkları sorunların çözümünde kullanışlı bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yazıda, KDT'nin tanımı, temel ilkeleri, uygulamaları ve güçlükleri ele alınacaktır.

Anahtar sözcükler: Kanıta dayalı tıp, birinci basamak.

Summary

Evidence-based medicine (EBM) has been defined as 'the integration of the best research evidence with clinical expertise and patient values'. By enabling clinicians to directly appraise and apply current clinical research, EBM deals with the problems of deterioration in clinical performance, information overload, and lack of application of research findings to clinical practice. EBM is a useful tool to address the problems faced by clinicians attempting to provide optimum, current care for their patients. The rationale for EBM, the principles, application and limitations are described here.

Key words: Evidence-based medicine, primary care.

Kanıta dayalı tıp kavramı ilk olarak 1980'de Kanada'da McMaster Tıp Okulu'nda, klinik eğitim aşamasında ortaya çıkmış bir kavramdır.¹ Son 10 yılda tıp eğitiminde ve klinik pratikte yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu kavrama ilişkin bir Medline taraması yapıldığında 1980-1991 yılları arasında hiç yayın bulunmazken 1992-1994 yılları arasında 17 yayın, 1994-1996 yılları arasında 132 yayın ve 1996-2005 yılları arasında ise 28580 yayına rastlanmıştır.¹⁻³

Kanıta dayalı tıp; mevcut en iyi kanıtın bireysel hastaların bakımı konusunda kararların verilmesinde vicdanlı, açık ve tedbirli kullanımı şeklinde ifade edilebilir.² Kanıta dayalı tıp pratiği ise, bireysel klinik uzmanlığı, sistem-

atik araştırmalardan elde edilen en iyi dış (eksternal) klinik kanıtlarla birleştirmek olarak tanımlanabilir.^{3,4} Bu tanımda bahsedilen bireysel klinik uzmanlık; klinik tecrübe ve pratiklerle kazanılan yeterlilik ve yargı kabiliyetini içerir. Bu kabiliyet pek çok farklı şekilde yansıtılmaktadır, fakat özellikle etkili ve verimli tanı koyma ve bakım hizmeti sunumu sırasında karar verirken hastanın sıkıntılarını, haklarını ve tercihlerini şefkatli bir şekilde gözönüne almak olarak özetlenir. 'En iyi dış klinik kanıtlar' ifadesi ile; temel tıp bilimlerinden, klinik araştırmalardan -özellikle tanısal testlerin doğruluğu ve kesinliği (klinik muayene dahil), koruyucu, tedavi ve rehabilite edici uygulamaların etkinliği ve güvenirliliği ile ilgili hasta mer-

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Arş. Gör., Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr., Adana

³ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Prof. Dr., Adana

⁴ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Doç. Dr., Adana

kezli klinik araştırmalar- elde edilen kanıtlar kastedilmektedir.^{5,6} Dış klinik kanıtlar, daha önceki tanısal testleri ve tedavileri, daha güçlü, daha doğru, daha etkili ve daha güvenilir olanlarla değiştirebilen kanıtlardır.

İyi bir klinik uygulama için hem bireysel klinik uzmanlığı hem de ulaşılabilen en iyi dış kanıtları birlikte kullanmak gerekir. Eğer klinik uzmanlıkta yetersizlik varsa elimizde mükemmel kanıtlar olsa da bunların doğru şekilde uygulanması mümkün olmayabilir veya klinik uygulama çok iyi olsa da güncel ve doğru kanıtlar yoksa hastanın zarar görme riski artabilir.⁷⁻⁹

Kanıtı dayalı tıp uygulaması yaklaşımı, klinisyenin kendi klinik uygulamalarına ilişkin kanıtlardan ve bu kanıtların gücünden haberdar olarak klinik uygulamalarını gerçekleştirmesini ve klinik uygulamalar sırasında hastayla birlikte, ona en uygun olan seçeneği belirlerken bu kanıtların kullanılmasını içerir. Kanıtı dayalı uygulama; klinik uzmanlığı, hastalık mekanizmalarına ilişkin bilgileri ve patofizyolojiyi kullanmayı geliştiren bir yaklaşımdır.⁹ Bu yaklaşım, sağlık hizmetinin, kişiye özgü olduğu ve hastanın özelliklerine, içinde bulunduğu ortama ve seçeneklerine göre değişebilen bir belirsizliğe sahip olduğu gerçeğini kabul eder.

Kanıtı dayalı tıp; geçerli, önemli ve uygulanabilir, hasta odaklı, klinik gözleme dayalı ve araştırma temelli kanıtların toplanması, yorumlanması ve entegrasyonu ile gerçekleştirilen bir sağlık hizmeti yaklaşımıdır. Kanıtlar, hastanın mevcut durumu ve seçenekleri gözönüne alınarak klinik yargının niteliğini geliştirmek için kullanılır.¹⁰⁻¹²

Kanıtı dayalı tıp kavramı konusunda bazı eleştiriler vardır.^{4,6} Bunlardan birisi, kanıtı dayalı tıp kavramının 'yemek kitabı tıbbi' şeklinde eleştirilmesidir. Burada vurgulanan nokta, kanıtların tüm hastalara ilişkin müdahalelere şekil veren standart kılavuzlara yansıtılarak her hasta için aynı yaklaşımın ortaya konmasıdır. Oysa kanıtı dayalı tıp kavramının içeriğinde, en iyi klinik kanıtlarla bireysel klinik uzmanlığı ve hastanın tercihlerini birleştirmek esastır. Klinik kanıtlar bireysel klinik uzmanlığın yerini alamaz, her hasta için klinik karar verme sürecinde fikir verir.⁸

Bir başka eleştiri noktası, kanıtı dayalı tıbbın bir 'maliyet azaltma tıbbi' olduğu yönündedir. Kanıtı dayalı tıbbin, yöneticiler tarafından sağlık hizmeti maliyetlerini azaltma yönünde kötüye kullanılacağı öngörüsü yapılmaktadır.¹¹ Oysa kanıtı dayalı tıp uygulayan hekimler etkili ve verimli müdahale yöntemlerini belirleyecek ve her hastaya yönelik en kaliteli ve optimum sağlık hizmetini sunacaklardır. Bu hizmet, her zaman maliyetleri azaltmayıp bazı durumlarda arttırabilecek, ancak hasta için en uygunu olacaktır.¹³

Kanıtı dayalı tıp sadece randomize çalışmalar ve meta analizlerle sınırlı değildir. Klinik sorularımızı yanıtlayacak en güçlü kanıtların peşine düşme yaklaşımıdır. Eğer hastanın sorunuyla ilişkili en güçlü düzeyde kanıtlar (randomize kontrollü çalışmalara ilişkin sistematik derlemeler) yoksa ondan sonra gelen en iyi kanıt klinik uygulamada yol gösterici olacaktır.¹⁴

Kanıtı dayalı tıp sadece randomize çalışmalar ve meta analizlerle sınırlı değildir. Klinik sorularımızı yanıtlayacak en güçlü kanıtların peşine düşme yaklaşımıdır. Eğer hastanın sorunuyla ilişkili en güçlü düzeyde kanıtlar (randomize kontrollü çalışmalara ilişkin sistematik derlemeler) yoksa ondan sonra gelen en iyi kanıt klinik uygulamada yol gösterici olacaktır.¹⁴

Kanıtı Dayalı Tıp Uygulamaları

Kanıtı dayalı tıpta birincil hedef en etkili müdahale seçeneklerinin belirlenmesiyle sağlık hizmeti sonuçlarını iyileştirmektir. Gerçekte kanıtı dayalı tıp yaklaşımında, doğru zamanda, doğru yayınları okuyarak en güncel ve güçlü kanıtlara ulaşmak yeterli değildir, önemli olan bu kanıtları eleştirel olarak değerlendirebilmek ve kanıtlar ışığında davranış değişikliğini gerçekleştirmektir.^{15,16} "En iyi" kanıtı bulabilmek için hekimler, araştırma ve yayınların yöntem ve sonuçlarını anlamalı ve araştırmanın kalitesi hakkında tahminde bulunabilmelidir. Bunu yapabilmek için hekimler kritik muhakeme ve değerlendirme yetilerine sahip olmalıdır. Birçok araştırma mükemmel değildir ve bize "doğru" cevabı vermeyebilir, fakat hekime klinik kararlarında yeterli bilgi verip vermeyeceği hakkında fikir verebilir.

Kanıtı dayalı tıp aşamaları; **(a)** hastanın sorununa ilişkin bir klinik soru oluşturulması, **(b)** klinik bilgilerin alınması (öykü, fizik muayene), **(c)** ilişkili kanıtların aranması ve belirlenmesi, **(d)** kanıtların değerlendirilmesi, **(e)** eleştirel değerlendirme; elde edilen bilgiyi klinik deneyim ve hasta değerleriyle birleştirme **(f)** kanıtların uygulanması, **(g)** sürecin ve sonuçların değerlendirilmesi şeklinde özetlenebilir.^{15,17}

Kanıtların gücüne göre sıralanması şu şekildedir:^{2,3,15}

- Randomize kontrollü çalışmalara ilişkin sistematik derlemeler (en güçlü kanıt düzeyi)
- Randomize kontrollü çalışmalar
- Kohort çalışmalarına ilişkin sistematik derlemeler

- Kohort çalışmaları veya zayıf randomize kontrollü çalışmalar
- Vaka-kontrol çalışmalarına ilişkin sistematik derlemeler
- Vaka-kontrol çalışmaları
- Vaka serileri
- Uzman görüşleri (en zayıf kanıt düzeyi)

Literatür taramaları sırasında sıklıkla karşılaşılan ve kanıtların doğru bir şekilde değerlendirilebilmesi ve anlaşılabilmesi için bilinmesi gereken temel terim ve kavramlar şu şekilde sıralanabilir; randomize kontrollü çalışma, sensitivite ve spesifisite, mutlak risk, vaka-kontrol çalışması, rölatif risk, sistematik derleme, p değeri, heterojenite, meta-analiz, yanlılık, kanıt düzeyi, pozitif prediktif değer, güven aralığı, odds ratio, kohort, number needed to treat (NNT), intention to treat, mutlak risk azaltması (ARR), nisbi risk azaltması (RRR).^{1,2,4,15}

Klinik uygulamada kanıta dayalı tıp kavramı doğrultusunda karar verirken bazı güçlüklerle karşılaşılır; hekimlerin dile getirdikleri bazı güçlükler şunlardır:¹⁷⁻¹⁹

- Hastalar, sorunla ilgili etkili kanıtlar olmasa bile tedavi istemekteler,
- Araştırma makalelerini okumak ve değerlendirmek için yeterince vaktim yok,
- Kanıtları değerlendirecek bilgi ve altyapıya sahip değilim,
- Kanıtları araştırarak bilgi ve altyapıya sahip değilim,
- Uygun kanıtlar aramak için yeterli vaktim yok,
- Rutin vizitler sırasında mevcut kanıtları hastalarla tartışacak ve bilgi verecek zamanım yok,
- Kanıta dayalı tıp uygulamaları için gereken kaynaklara ayrılacak maliyet konusunda endişelerim var,
- Genel pratikle ilişkili yeterince kanıt yok,
- Araştırma bulgularıyla ilişkisiz olarak, hastaların, tedavi seçeneklerime yön veren, gerçekçi olmayan beklentileri var,
- Kanıta dayalı tıp yaklaşımını kullanırsam bir günde görebileceğim hasta sayısı çok azalacaktır.

Kanıta dayalı tıp uygulamalarına ilişkin çalışmalarda, hekimlerin başvurduklarını ifade ettikleri kaynaklar sıklık sırasına göre şu şekilde sıralanmaktadır:¹⁶⁻¹⁸

- Kanıta dayalı klinik kılavuzlar
- Güncel araştırma kanıtlarını özetleyen dergiler
- Birinci basamak seminer ve çalışma grupları
- İstek üzerine makale sağlayan dergi servisleri
- Çalıştığım birimdeki internet erişimi
- Çalıştığım birimdeki medline erişimi
- Dergilerdeki orijinal yayınlar
- İstek üzerine literatür hizmetleri veren kütüphaneler
- Sistematik derlemeler veya meta-analizler

Sonuç

Tıbbi bilgi birikiminin değişim ve gelişim hızı dikkate alındığında, tek başına klinik deneyimin hızla güncelliğini yitirme riskine sahip olduğu bir gerçektir. Klinik kanıt ise hiçbir zaman klinik deneyimin yerini tutamaz. Klinik deneyim, klinik kanıtın hastaya nasıl uygulanacağına karar vermede yaşamsal öneme sahiptir. Genelde kullanılan "biz zaten böyle yapmaktayız" yargısı, yapılan çalışmaların, hekimlerin hastalarına uyguladıkları girişimlerde ve hasta değerlerini klinik davranışlara yansıtmakta çok farklılık göstermeleri ile çürütülmektedir. Bu alanda klinisyenlerin karşılaştığı en önemli sorun, literatürü takip etmek için yeterli zamanlarının olmaması ve hekimlerin mevcut kanıtları değerlendirmekle ilgili yeterli bilgisinin olmamasıdır.^{11,13} Bu sorunların aşılabilmesi için hekimlerin KDT uygulamaları içeren kurslara katılımı sağlanmalı ve pratik eğitimlerle kanıta ulaşma yolları pekiştirilmelidir. Hekimlerin KDT uygulamaları sırasındaki bir başka sorun da, klinik karar verme sürecinde her gün yayınlanan binlerce tıbbi makaleyi takip edilmesinde yaşamaktadır. "İkincil yayınlar" olarak tanımlanan ve kanıta dayalı özetler yapan kaynakları takip ederek bu sorunun da üstesinden gelinbilir.

Kaynaklar

1. Doherty S. History of evidence-based medicine. Oranges, chloride of lime and leeches: Barriers to teaching old dogs new tricks. *Emerg Med Australas* 2005; 17: 314-21.
2. Doherty S. Evidence-based medicine: Arguments for and against. *Emerg Med Australas* 2005; 17: 307-13.
3. McAlister FA, Graham I, Karr GW, Laupacis A. Evidence-based medicine and the practicing clinician. *J Gen Intern Med* 1999; 14: 236-42.

4. Young JM, Ward JE. Evidence-based medicine in general practice: beliefs and barriers among Australian GPs. *J Eval Clin Pract* 2001; 7: 201-10.
5. Welsby PD. Evidence-based medicine, guidelines, personality types, relatives and absolutes. *J Eval Clin Pract* 2002; 8: 163-6.
6. Gupta M. A critical appraisal of evidence-based medicine: some ethical considerations. *J Eval Clin Pract* 2003; 9: 111-21.
7. Oliveri RS, Gluud C, Wille-Jorgensen PA. Hospital doctors' self-rated skills in and use of evidence-based medicine- a questionnaire survey. *J Eval Clin Pract* 2004; 10: 219-26.
8. Ross EG, Upshur BA. If not evidence, then what? Or does medicine really need a base? *J Eval Clin Pract* 2002; 8: 113-9.
9. Phillips PA, Kelly S, Best J. Implementing and sustaining evidence-based clinical practice in Australia: the Evidence Based Clinical Practice Research Initiative. *J Eval Clin Pract* 1999; 5: 163-8.
10. Vozeh S. Is the increasing use of evidence-based pharmacotherapy causing the renaissance of complementary medicine? *Br J Clin Pharmacol* 2003; 56: 292-6.
11. Porta M. Is there life after evidence-based medicine? *J Eval Clin Pract* 2004; 10: 147-52.
12. Ghali WA, Saitz R, Eskew A, Gupta M, Quan H, Hershman WY. Successful teaching in evidence-based medicine. *J Med Educ* 2000; 34: 18-22.
13. Michelson J. Critique of (im)pure reason: evidence-based medicine and common sense. *J Eval Clin Pract* 2004; 10: 157-61.
14. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthcare* 2005; 3: 207-16.
15. Wiebe S. The principles of evidence-based medicine. *Cephalalgia* 2000; 20 (Suppl. 2): 10-3.
16. Rosen A, Teesson M. Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 731-46.
17. Rosenfeld JA. The view of evidence-based medicine from the trenches: liberating or authoritarian? *J Eval Clin Pract* 2004; 10: 153-5.
18. Toulkidis V, Donnelly NJ, Ward JE. Engaging Australian physicians in evidence-based medicine: a representative national survey. *Intern Med J* 2005; 35: 9-17.
19. Buetow S. Beyond evidence-based medicine: bridge-building a medicine of meaning. *J Eval Clin Pract* 2002; 8: 103-8.

Geliş tarihi: 22.12.2006

Kabul tarihi: 30.10.2007

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Esra Saatçi

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Balcılı 01330 Adana

Tel: (0322) 338 60 60 / 3087

Fax: (0322) 338 65 72 / 3087

e-posta: esaatci@cu.edu.tr