



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLERİNİN TIBBİ KILAVUZ KULLANMA DURUMLARI VE
KANITA DAYALI TIP KONUSUNDAKİ TUTUMLARI:
KESİTSEL BİR ÇALIŞMA**

Dr. Elif Burcu DENİZLER

UZMANLIK TEZİ

KONYA- 2025

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLERİNİN TIBBİ KILAVUZ KULLANMA DURUMLARI VE
KANITA DAYALI TIP KONUSUNDAKİ TUTUMLARI:
KESİTSEL BİR ÇALIŞMA**

Dr. Elif Burcu DENİZLER

UZMANLIK TEZİ

Danışman
Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ
Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

KONYA – 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde geçirdiğim süre boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, yapmış olduğum çalışmanın ve asistanlık sürecinin her aşamasında desteğini hissettiğim, her yanına gittiğimde sabırla, gülen yüzüyle yardımcı olan, tez sürecimde büyük destek veren, bana hoca öğrenci mesafesini hissettirmeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ hocama ve çalışkanlığını ve pozitifliğini örnek alacağım tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN hocama çok teşekkür ederim. Uzmanlık eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen ve eğitimimiz için çaba sarf eden, burada aile ortamının oluşmasını sağlayan, duruşunu, çalışma disiplinini hep örnek alacağım, anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra YAKA hocalarıma teşekkür ederim.

Asistanlık süresince birçok şeyi paylaştığım SAHU eş kıdemlilerime, tez hazırlık sürecimde bana yardım eden ve her zaman destek olan arkadaşlarım Dr. Sümeysra KENANOĞLU'na, Dr. Ümmühan UMUT'a , Dr. Emine Hilal ŞAHİN'e ve tüm asistan arkadaşlarıma, bölüm sekreterimiz sevgili Birsen BATAŞ'a, bölüm hemşiremiz sevgili Nurcan BÜYÜKDEMİR'e teşekkür ederim. ASM'de beraber çalıştığımız arkadaşlarım Dr. Ethem KAYMAK'a ve Uzm. Dr. Seher SAYIN'a destekleri, sevgileri ve anlayışları için teşekkür ederim.

Benim için büyük fedakarlıklar yapan, her konuda, her an desteklerini hissettiğim, beni bugünlere getiren, emek harcayan, kızları olmaktan gurur duyduğum canım annem Sevgi Kadriye DENİZLER'e ve canım babam Ebubekir DENİZLER'e, her konuda yanımda olan en iyi arkadaşım canım kardeşim Feyza Nur DENİZLER'e teşekkür ederim.

Elif Burcu DENİZLER

EYLÜL - 2025

ÖZET

AİLE HEKİMLERİNİN TIBBİ KILAVUZ KULLANMA DURUMLARI VE KANITA DAYALI TIP KONUSUNDAKİ TUTUMLARI: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Dr. Elif Burcu DENİZLER

UZMANLIK TEZİ

KONYA- 2025

Amaç: Aile hekimliği, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin iç içe geçtiği; çoğu zaman belirgin şekilde ayrıştırılamayan sağlık problemlerinin ön planda olduğu, karmaşık ve çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bu özellikleri nedeniyle, aile hekimlerinin güncel, güvenilir ve bütüncül bilgiye dayalı kararlar alması kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp konusundaki farkındalıklarının değerlendirilmesi, tıbbi kılavuzlara ihtiyaç durumu, yeni tedavi ve uygulamalara yönelik tutumlarının ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu çalışmada Konya ilinde aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerine oluşturulan anket formu Google Forms ile online ve araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Anket formunda; sosyodemografik bilgiler ve Kanıta Dayalı Uygulamalar Tutum Ölçeği (KDUTÖ) yer almaktaydı. Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 20.0 programı kullanılarak analiz edildi. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya 254 aile hekimi katılmış olup, katılımcıların yaş ortalaması $44,2\pm 8,9$ yıl, mesleki deneyim süresi ortalama $18,8\pm 9,2$ yıldır. Katılımcıların %61,4'ü erkek, %84,3'ü pratisyen aile hekimi ve %81,1'i kentsel bölgede çalışmaktaydı. Hekimlerin birimlerine kayıtlı nüfus ortalaması 3144 kişi, günlük bakılan hasta sayısı ise ortalama 60 kişi olarak saptandı.

Katılımcıların %64,6'sı günlük pratiğinde tıbbi kılavuza başvurduğunu belirtirken, son üç ayda en sık başvuru nedeni güncel bilgi edinme (%62,6) olarak bildirildi. Kılavuzlara en çok ihtiyaç duyulan alan 'dahiliye' (%55,5) olup, hekimlerin kılavuzlarda en fazla önem verdiği özellik erişilebilir olmasıydı (%52,4). Kılavuz kullanmama gerekçeleri arasında hasta yoğunluğu (%20,9) ilk sırada yer aldı. Katılımcıların %50,8'i daha önce kanıta dayalı tıp (KDT) hakkında eğitim aldığını ifade etti.

KDUTÖ toplam puanı $36,58 \pm 7,0$ olup Cronbach's alpha değeri 0,768 bulundu. Alt boyut puanları Gereksinim $5,04 \pm 2,83$, İlgisini çekme $10,63 \pm 2,76$, Yeniliğe açıklık $9,55 \pm 2,96$ ve Ayrışma $11,3 \pm 2,7$ şeklinde idi. Meslekte 10 yıldan az deneyimi olanların KDUTÖ Ayrışma alt boyut puanı, daha uzun süre çalışanlara göre yüksekti ($p=0,016$). Biriminde 3000'den az nüfusu olanların KDUTÖ ilgisini çekme ve yeniliğe açıklık puanları anlamlı olarak yüksekti ($p=0,039$; $p=0,023$).

Sonuç: Bu çalışmada 45 yaş altında ve mesleki deneyimi 10 yıldan az olan hekimlerin KDT'ye yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı KDT eğitimi aldığını ifade etmiş, ancak bu eğitimin tutumlara etkisinin sınırlı olduğu görülmüştür. Aile hekimlerinin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının genel olarak orta-üst düzeyde olumlu olduğunu göstermiştir. Cinsiyet ve yerleşim yeri faktörlerinin tutumlar üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı, pratisyen aile hekimlerinin ise tıbbi kılavuzlara daha fazla ihtiyaç duyduğu saptanmıştır. Kılavuz kullanımının önündeki temel engeller ise hasta yoğunluğu, zaman kısıtlılığı ve bilgi eksikliği olarak tanımlanmıştır. Aile hekimleri yeniliklere açık olmakla birlikte KDT ve kılavuz kullanımı ile ilgili daha fazla eğitime ihtiyaç duymakta olup aile hekimliği alanına özel güncel kılavuzlara da ihtiyaç olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Tıbbi kılavuz kullanım durumu, kanıta dayalı tıp, aile hekimliği

ABSTRACT
**CLINICAL GUIDELINE USE AND ATTITUDES TOWARD EVIDENCE-BASED
MEDICINE AMONG FAMILY PHYSICIANS: A CROSS-SECTIONAL STUDY**

Dr. Elif Burcu DENİZLER

THE MASTER THESIS

KONYA-2025

Aim: Family medicine is characterized by an intertwined structure of biological, psychological, and social factors. Health problems that are often indistinguishable from one another take center stage, creating a complex, multidimensional framework. Because of these characteristics, it is crucial for family physicians to base their decisions on reliable, comprehensive, and up-to-date information. The purpose of this study is to evaluate family physicians' knowledge of evidence-based medicine, determine their need for medical guidelines, and examine their attitudes toward new treatments and practices.

Materials and Methods: This descriptive, cross-sectional study involved administering a questionnaire to family physicians working at family health centers in Konya Province. The questionnaire was distributed online via Google Forms and through face-to-face interviews conducted by the researcher. It included sociodemographic questions and the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). The data were analyzed using the 20.0 program of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows. A $p < 0.05$ value was considered statistically significant.

Results: The study included 254 family physicians with an average age of 44.2 years (± 8.9) and an average of 18.8 years (± 9.2) of professional experience. Sixty-one percent of the participants were male, 84.3% were general practitioners, and 81.1% worked in urban areas. On average, the physicians' units had 3,144 registered patients, and the physicians saw an average of 60 patients daily. Although 64.6% of the participants said they referred to medical guidelines in their daily practice, the most frequent reason for referral in the last three months was to obtain up-to-date information (62.6%). Internal medicine was the field where guidelines were most needed (55.5%), and physicians considered accessibility (52.4%) to be the most important feature of guidelines. The most common reason for not using guidelines was patient workload (20.9%). Fifty-point-eight

percent of participants stated that they had previously received training in evidence-based medicine (EBM).

EBPAS was 36.58 ± 7.0 , and the Cronbach's alpha value was 0.768. The subscales were Need (5.04 ± 2.83), Interest (10.63 ± 2.76), Openness to Change (9.55 ± 2.96), and Differentiation (11.3 ± 2.7). Those with less than 10 years of experience had a higher EBPAS differentiation score than those with more experience ($p=0.016$). Those with a population of less than 3000 in their unit had significantly higher EBPAS attraction and openness to innovation scores ($p=0.039$; $p=0.023$).

Conclusion: This study found that physicians under the age of 45 with fewer than 10 years of professional experience had more positive attitudes toward EBM. While approximately half of the participants reported receiving EBM training, this training was found to have a limited effect on attitudes. Family physicians' attitudes toward evidence-based practices were generally moderately to highly positive. Gender and location were found to have no significant effect on attitudes. However, general practitioners were found to have a greater need for medical guidelines. The main barriers to guideline use were identified as patient workload, time constraints, and lack of information. Family physicians are open to innovation; however, more training on evidence-based medicine and guideline use is needed, as well as up-to-date guidelines specific to family medicine.

Keywords: Clinical guideline usage, evidence-based medicine, family medicine

İÇİNDEKİLER	TEŞEKKÜR	iv
ÖZET		v
ABSTRACT		vi
ŞEKİLLER LİSTESİ		xi
TABLolar LİSTESİ		xi
SİMGELER VE KISALTMALAR		xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ		1
2. GENEL BİLGİLER		3
2.1. Kanıta Dayalı Tıp Kavramı.....		3
2.2. Tıbbi Kılavuzlar.....		7
2.3. Birinci Basamakta Kanıta Dayalı Tıp.....		9
3. GEREÇ VE YÖNTEM		11
3.1. Araştırmanın Şekli.....		11
3.2. Araştırmanın Evreni.....		11
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....		11
3.4. Etik Kurul Onayı ve Onam.....		11
3.5. Veri Toplama Araçları.....		11
3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....		11
3.5.2. Kanıta Dayalı Uygulama Tutum Ölçeği (KDUTÖ) Formu.....		12
3.6. Verilerin İstatiksel Analizi.....		13
4. BULGULAR		14
4.1. Sosyodemografik özelliklerin incelenmesi.....		14
4.2. Ölçeğin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri.....		22
4.3. KDUTÖ Alt Boyutları (Gereksinim, İlgisini çekme, Yeniliğe açıklık, Ayrışma) Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....		22
4.4. KDUTÖ Alt Boyutlarından (Gereksinim, İlgisini çekme, Yeniliğe açıklık, Ayrışma) Alınan Puanlar ile Hekimlerin Tıbbi Kılavuzlar ile İlgili Genel Görüşlerinin Karşılaştırılması.....		24
4.5. KDUTÖ Alt boyutlarından alınan puanlar ile Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıp Uygulamaları Konusunda Eğitim Alma Durumunun Karşılaştırılması.....		26
4.6. Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıbbi Karşı Tutumları ile KDUTÖ Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi.....		26
5. TARTIŞMA		28
6. SONUÇ		33

7. ÖNERİLER	34
8. KAYNAKLAR	35
EK 1. Çalışmada Kullanılan Anket Formu	39
EK 2. Etik Kurul Onay Formu	42

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Kanıt Piramidi

Şekil 2. Tıbbi Kılavuz Kullanım Durumu

Şekil 3. Katılımcıların Tıbbi Kılavuz Kullanırken Dikkat Ettiği Durumların Dağılımı

Şekil 4. Katılımcıların Tıbbi Kılavuz Kullanmama Nedenleri

Şekil 5. Katılımcıların Kanıta Dayalı Tıp Alanında Eğitim Alma Durumu

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların Tıbbi Kılavuz Kullanım Durumları ile İlgili Bilgiler

Tablo 3. Katılımcıların Tıbbi Kılavuz Kullanım Amacı

Tablo 4. Katılımcıların Tıbbi Kılavuzlar Hakkındaki Genel Görüşleri

Tablo 5. Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıbbi Yönelik Tutum Puanları

Tablo 6. KDUTÖ'nün Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri

Tablo 7. KDUTÖ Alt Boyutlarından (Gereksinim, İlgisini çekme, Yeniliğe açıklık, Ayrışma) Alınan Puanların Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 8. KDUTÖ Alt Boyutlarından (Gereksinim, İlgisini çekme, Yeniliğe açıklık, Ayrışma) Alınan Puanların Mesleki Deneyimleri ile Karşılaştırılması

Tablo 9. KDUTÖ ile Hekimlerin Tıbbi Kılavuzlar ile İlgili Genel Görüşlerinin Karşılaştırılması

Tablo 10. KDUTÖ ile Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıp Uygulamaları Konusunda Eğitim Alma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 11. Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıbbi Karşı Tutumları ile KDUTÖ Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

SİMGELER VE KISALTMALAR

KDT: Kanıta Dayalı Tıp

KDU: Kanıta Dayalı Uygulama

EBM: Evidence-based medicine

EBPAS-15: Evidence-Based Practice Attitude Scale-15

KDUTÖ: Kanıta Dayalı Uygulamalar Tutum Ölçeği

GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations/
Tavsiyelerin Değerlendirilmesi, Geliştirilmesi ve Derecelendirilmesi

RKÇ: Randomize Kontrollü Çalışmalar

SPSS: Statistical Package for Social Sciences for Windows

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tıbbi bilgi birikimi her geçen gün hızla artmakta ve daha önce kabul görmüş birçok bilgi kısa sürede geçerliliğini yitirmektedir. Bu hızlı bilgi üretimi karşısında, hekimlerin bilimsel gelişmeleri eksiksiz bir şekilde takip etmesi pratikte olanaksız hâle gelmiştir. Hekimlerin, yayımlanan tüm araştırma ve makaleleri gözden geçirmesi için yeterli zamana sahip olmaması önemli bir engeldir (1). Çoğu zaman, klinisyenler mevcut süre içerisinde yalnızca sınırlı sayıda yayını okuyabilmekte; okudukları çalışmaları eleştirel olarak değerlendirecek zamanı ise bulamamaktadırlar. Bu nedenle, tıbbi literatüre ulaşımında zaman kısıtlılığı önemli bir engel oluşturmaktadır. Kanıta dayalı tıp (KDT) yaklaşımı, hekimlere tüm çalışmaları okumaktansa, klinik olarak anlam taşıyan hasta sorunlarına odaklanarak literatürü seçici biçimde taramayı ve değerlendirmeyi önermektedir. Bu sayede hem bilgiye erişim süreci kolaylaştırılmakta hem de klinik kararlar daha sağlam temellere dayandırılabilir (2).

KDT, hastalara tanı ve tedavi uygulamalarında karar verirken mevcut en iyi kanıtların vicdani, mantıklı ve açık bir şekilde kullanılmasını ifade eder. Bu yaklaşım, hasta değerleri ve beklentileri, klinik deneyim ve mevcut en iyi bilimsel kanıtların bütüncül bir şekilde birleştirilmesini temel alır (3). Kanıta dayalı uygulama (KDU); tanı, tedavi ve klinik açıdan bilgi gereksinimi duyulan durumlarda başvuru, yaşam boyu süren, problem temelli bir öğrenme sürecidir. KDT'nin en önemli katkılarından biri, sistematik derlemeler ve meta-analizler gibi yüksek kaliteli bilgi kaynaklarının geliştirilmiş olmasıdır. Bu araçlar, mevcut araştırmaların sentezini sunarak klinik kararların bilimsel temellere dayanmasını kolaylaştırır (4).

KDT, kökenleri 19. yüzyılın ikinci yarısına ve öncesine uzanan; bireysel hasta bakımında karar verilirken, mevcut en iyi bilimsel kanıtların bilinçli, mantıklı ve sistematik biçimde kullanılması esasına dayanan bir yaklaşımdır (5).

Mevcut en iyi bilimsel kanıtların, klinik uzmanlıkla ve hasta değerleriyle bütünleştirilmesini esas alan, klinik problem çözmeye yönelik sistematik bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın temelinde, her hastaya özgü klinik kararların; güvenilir, güncel ve geçerli araştırma verilerine dayandırılarak alınması yer almaktadır. En iyi bilimsel kanıt, genellikle mevcut en etkili tedaviyle karşılaştırmalı olarak bir ilacın etkinliğini, zararlarını ya da etkisizliğini değerlendiren ve yanıtlayıcı sayısı üzerinden sonuçlanan randomize kontrollü klinik çalışmalar aracılığıyla elde edilir (1). KDU, hekimin tanı, tedavi ve diğer sağlık hizmetleriyle ilgili klinik olarak anlamlı

bilgilere ihtiyaç duyduğu anda başvurduğu; yaşam boyu süren, öz-yönetimli bir öğrenme sürecidir. Bu süreç, yalnızca araştırma bulgularına değil, aynı zamanda hekimin klinik deneyimine ve hastanın değer, tercih ve onayına da dayalı olarak yürütülür. Böylece KDT, hem bireyselleştirilmiş hem de bilim temelli sağlık hizmeti sunumunu mümkün kılar (6).

Klinik kılavuzlar, tanı, tedavi ve izlem süreçlerine ilişkin güncel protokolleri içeren ve klinik uygulamalarda karar vermeyi destekleyen kanıta dayalı araçlardır. Kılavuzların kullanımı; morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesi gibi çeşitli faydalar sağlayarak klinik uygulamaların etkinliğini ve kalitesini artırdığı çalışmalarla ortaya konmuştur (7).

Amaç: Aile hekimliği, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin iç içe geçtiği; çoğu zaman belirgin şekilde ayrıştırılamayan sağlık problemlerinin ön planda olduğu, karmaşık ve çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bu özellikleri nedeniyle, aile hekimlerinin güncel, güvenilir ve bütüncül bilgiye dayalı kararlar alması kritik öneme sahiptir. Ülkemizde aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp konusundaki tutumlarını ve tıbbi kılavuz kullanım durumlarını araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma ile aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp konusundaki farkındalıklarının değerlendirilmesi, tıbbi kılavuzlara ihtiyaç durumu, yeni tedavi ve uygulamalara yönelik tutumlarının ortaya konması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanıta Dayalı Tıp Kavramı

Kanıta dayalı tıp yaklaşımı, ilk kez Kanada'daki McMaster Üniversitesi'nden Guyatt ve çalışma arkadaşları tarafından ortaya konmuştur (9). Kanıta dayalı tıp, tıbbi karar alma sürecinde; sezgiler, klinik deneyimler gibi geleneksel yaklaşımları yeterli görmeyen ve bunun yerine sistematik olarak elde edilmiş bilimsel kanıtların esas alınmasını öneren çağdaş bir paradigma olarak tanımlanmıştır (9).

Sackett 1996-1997 yıllarında kanıta dayalı tıp kavramını; 'günlük pratikte hasta bakımı ile ilgili klinik kararların alınmasında, güncel ve geçerli olan en iyi bilimsel kanıtların kullanılmasını ifade eder' şeklinde tanımlamıştır. Bu yaklaşımın, bireysel klinik tecrübe ile sistematik araştırmalardan elde edilen kanıtların bütünleştirilmesine dayandığını belirtmiştir (1).

Greenhalg ve ark. KDT'nin, klinik uygulamayı bilimsel temellere oturtarak güvenli, tutarlı ve maliyet etkin sağlık hizmetleri sunmayı amaçladığını belirtmiştir (3). Burns ve ark. ise KDT'nin araştırmalardan elde edilen bulguların kanıt düzeylerinin sınıflandırıldığı sistem olduğunu ifade etmiştir. Hekimlerin, klinik uygulamalarda sorulara yanıt ararken en yüksek düzeydeki kanıt bulmalarını önermektedir (10). Karıman ve ark. yaptıkları çalışmada KDT yaklaşımını yalnızca en güçlü ve güncel kanıtlara ulaşmak değil; bu kanıtların eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirilmesi ve bu değerlendirme doğrultusunda klinik uygulamalarda davranış değişikliğinin sağlanabilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (11).

KDT, kaliteli bilimsel kanıtların, klinik uzmanlık ve hastanın değer ve görüşlerinin bütünleştirilmesini mümkün kılar. Hasta tedavisine karar verme süreci yalnızca mevcut bilimsel kanıtlara dayanarak yürütülmemelidir. Kişisel deneyim, klinik yargı, mesleki beceriler ve hastanın tercihleri dikkate alınmalıdır. Bu nedenle, KDU'nun temel amacı; mevcut en iyi kanıtlar ile hasta tercihlerini bütünleştirerek en uygun hasta bakımını sunmaktır (12). KDT, güncel araştırma bulgularını sistematik bir şekilde ulaşma, bunları eleştirel biçimde değerlendirme ve karar alma sürecidir. Klinik uygulamadaki pahalı, etkisiz ya da zararlı uygulamaların önlenmesinde ve nitelikli hekimler yetişmesinde etkilidir (13).

KDU, modern sağlık hizmetlerinde bilimsel kanıtlara dayalı karar vermeyi teşvik eder. Uygulamanın başarısı sadece sağlık çalışanlarının eğitimiyle sınırlı kalmamalı, kurumlar ve

toplum da sürece dahil edilmelidir. Bu süreci kolaylaştırmak için sade eğitim materyalleri, kolay erişilebilir bilgi kaynakları ve toplum temelli farkındalık çalışmaları önemlidir (14).

Sackett'a göre KDT, beş temel basamaktan oluşur:

1. Klinik sorunun tanımlanması: KDT uygulamasının ilk adımı, karşılaşılan klinik problemi açık bir araştırma sorusuna dönüştürmektir. "PICO" bu amaçla en sık kullanılan yöntemdir.

P (Patient/Problem- Hasta/Sorun): Hasta grubu veya klinik durum,

I (Intervention-Müdahale): Uygulanacak müdahale,

C (Comparison-Karşılaştırma): Alternatif tedavi veya karşılaştırma grubu,

O (Outcome-Çıktı): Beklenen sonuçlar.

2. İlgili literatürün taranması: Belirlenen klinik soruya yönelik en güncel ve geçerli bilimsel kanıtlar; sistematik derlemeler, randomize kontrollü çalışmalar, kohort çalışmalar, klinik kılavuzlar sistematik bir şekilde taranır.

3. Kanıtların eleştirel değerlendirilmesi: Bulunan araştırma sonuçlarının iç geçerlilik, dış geçerlilik, etki büyüklüğü, risk oranı gibi ölçütler kullanılarak araştırmanın güvenilirliğini, geçerliliğini ve klinik açıdan önemini sorgulanır. Yanlılık riskleri, sonuçların istatistiksel anlamlılığı ve klinik etkileri değerlendirilir.

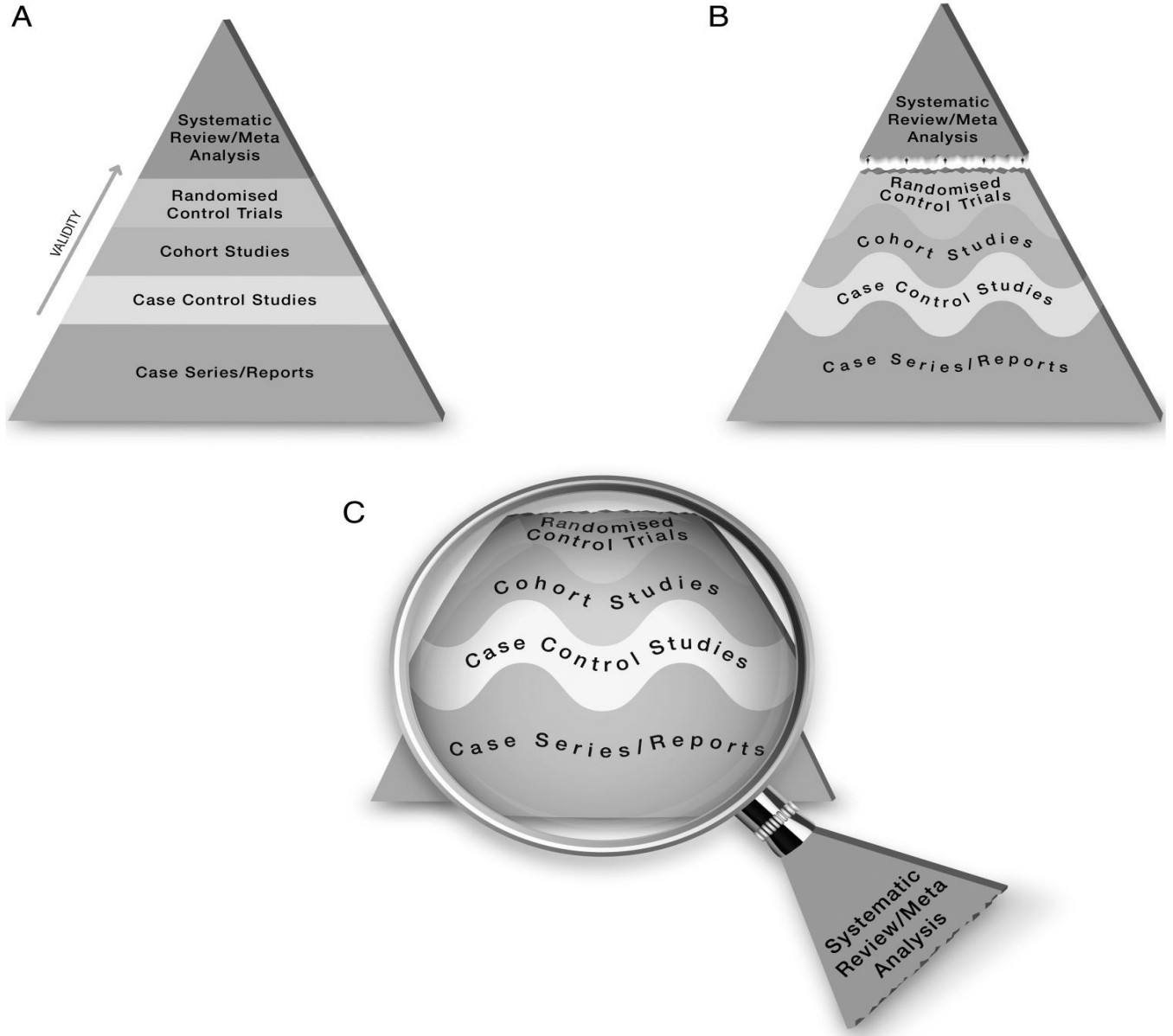
4. En iyi kanıtın hasta özellikleriyle birlikte uygulanması: Elde edilen en iyi kanıt, hekimin klinik deneyimi ve hastanın tercihleri ile birleştirilerek karar verilir.

5. Sürecin değerlendirilmesi: Alınan klinik kararın hasta üzerindeki etkisi izlenir (1).

KDT alanında, kanıtların eşit olmadığı prensibini yansıtmak amacıyla tıbbi kanıtların hiyerarşisi, bir piramit modeli ile tasvir edilmektedir. Geleneksel kanıt piramidi, iç geçerlilik seviyesine göre çalışma tasarımlarını sıralamaktadır. Bu yapıya göre, temel bilim ve vaka serileri en alt katmanda yer alırken, vaka-kontrol ve kohort çalışmaları orta seviyede konumlandırılmıştır. Piramidin üst katmanlarında randomize kontrollü çalışmalar bulunmakta ve en üstte ise sistematik derlemeler ile meta-analizler yer almaktadır. Kanıtların hiyerarşik bir düzene sahip olduğu ilkesi, 1990'ların başlarında hekimlerin temel klinik epidemiyoloji becerilerini edinmeleri ve kanıtları mesleki uygulamalarına dahil etmeye başlamasıyla dünyada yaygınlaşmıştı (Şekil 1) (15).

Günümüze kadar bu basamaklara farklı uyarlamalar getirilmiştir. 2000’li yılların başında geliştirilen GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations/ Tavsiyelerin Değerlendirilmesi, Geliştirilmesi ve Derecelendirilmesi) yaklaşımı, kanıtın kesinliğinin yalnızca çalışma tasarımına bağlı olmadığını, metodolojik sınırlılıklar, hassasiyet eksikliği, tutarsızlık ve dolaylılık gibi birçok faktörden etkilendiğini ortaya koymuştur (16). Bu bakış açısı, geleneksel kanıt piramidi modeline meydan okumakta; kanıt kalitesinin çalışma türünden bağımsız olarak hem aşağı hem de yukarı derecelendirilebileceğini vurgulamaktadır. Örneğin, metodolojik zayıflıkları ve geniş güven aralıkları olan randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) kanıt düzeyi düşürülebilirken, tutarlı ve güçlü bulgular sunan bazı gözlemsel çalışmaların kanıt düzeyi artırılabilir (17). Bu nedenle, piramitteki basamaklar sabit çizgiler yerine dalgalı çizgilerle ifade edilerek, GRADE’in esnek derecelendirme yaklaşımı yansıtılabilir (Şekil 1).

Kanıt piramidinde en üst basamağın sistematik derlemeler ve meta-analizlere ayrılması yaklaşımı da eleştirilmiştir. *JAMA User’s Guide*’da önerilen iki aşamalı modelde, öncelikle sistematik derlemenin metodolojik güvenilirliği (kapsamlı literatür taraması, titiz seçim süreci) değerlendirilir; güvenilir bulunursa, ikinci aşamada GRADE yöntemi ile kanıtın kesinliği belirlenir (15). Bu çerçevede, düşük yanlılık riski olan RKÇ meta-analizleri ile yüksek yanlılık riski taşıyan gözlemsel çalışmaların meta-analizleri eşdeğer kabul edilmemelidir. Yalnızca gözlemsel verilere dayalı bir meta-analiz, önemli ölçüde karıştırıcı faktörler içerebileceği için, RKÇ meta-analizi gibi piramidin tepesinde yer almamalıdır. Dolayısıyla, sistematik derlemeler ve meta-analizler, kanıtın uygulanması ve yorumlanması için bir araç olarak görülmeli, başlı başına en yüksek kanıt düzeyi olarak değerlendirilmemelidir (Şekil 1).



Şekil 1. Kanıt Piramidi A Geleneksel piramit. B Piramidin revize edilmesi: çalışma tasarımlarını ayıran çizgiler dalgalı hale gelir (GRADE), sistematik derlemeler piramitten kesilir. C Revize edilmiş piramit: sistematik derlemeler, kanıtların uygulandığı bir mercektir(15).

Başarılı bir uygulama için hekimlerin literatür tarama, klinik epidemiyoloji ve biyoistatistik bilgisine sahip olması, kanıt gücünü hasta özellikleri ve deneyimiyle birlikte değerlendirerek karar vermesi gerekir (1). KDT'ta yalnızca en güncel ve güçlü kanıtlara ulaşmak yeterli değildir; esas olan bu kanıtların eleştirel değerlendirilmesi ve klinik uygulamada davranış değişikliğine yol açabilmesidir. Bu süreçte bilgi kaynaklarının etkinliği; içeriklerinin bilimsel niteliği, hekimlerin ihtiyaçlarına uygun olmasıyla ilişkilidir (16).

Türkiye'de Kanıta Dayalı Tıp Derneği (KDTD), 2007 yılında kurulmuştur. Dernek, Türkiye'de KDT uygulamalarının yaygınlaştırılması ve sağlık hizmetlerinin bilimsel temellere dayandırılması, hasta bakımında hataları azaltmak, tedavi ve hasta bakım maliyetlerini azaltmak, hasta bakım kalitesini artırmak, klinik uygulamalardaki farklılıkları azaltmak, hekimlere yaşam boyu öğrenme becerilerini kazandırmak amacıyla faaliyet göstermektedir (18).

2.2. Tıbbi kılavuzlar

Tıbbi kılavuzlar, klinisyenlerin ve hastaların belirli klinik durumlarda en uygun kararı vermesine yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir. Artan sağlık maliyetleri, hizmetlerdeki bölgesel farklılıklar ve en uygun tedavi seçeneklerini bulma gibi nedenlerle dünya genelinde ilgi görmektedir. Kılavuzlar, tıbbi kararları daha tutarlı ve etkili hale getirmeyi amaçlar (19).

Hasta yönetiminde tıbbi kılavuzlar, belirli klinik durumlar için en uygun sağlık hizmetini sunmaya yönelik olarak sistematik biçimde geliştirilen önerilerdir. Klinik kararların hastaya özgü, tutarlı, etkili ve bilimsel kanıtlara dayalı olarak verilmesine yardımcı olmayı amaçlarlar (20). Rao ve ark. 2017'de kılavuzların; kanıta dayalı tıbbin bir ürünü olarak, klinikte hasta yönetiminde standardizasyon, kaynak kullanımı ve kaliteyi artırmak amacıyla geliştirildiğini ayrıca hasta eğitimi, hukuki koruma ve sağlık politikalarında da önemli rol oynadığını belirtmiştir (21).

Klinik uygulama kılavuzları, bilim ile pratik arasındaki boşluğu kapatan ve sağlık hizmeti sunucularının kanıta dayalı klinik kararlar almasını destekleyen standartlaştırılmış tedavi araçlarıdır. Kılavuzların kullanımı, klinik uygulama süreçlerinin ve sağlık hizmetlerinin yapısının iyileştirilmesini sağlamaktadır. Kılavuzların klinik uygulamadaki faydaları; morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması, bakım tutarlılığının sağlanması ve sağlık harcamalarının düşürülmesidir (7).

Tıbbi kılavuzlar, hastaya en iyi bakımı sağlamak için kanıtların sistematik

değerlendirilmesiyle hazırlanan önerilerdir. Uluslararası standartlara uygun geliştirildiğinde, uygulamadaki farklılıklarını azaltır, araştırmaların pratiğe geçişini hızlandırır ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır. Hekimlere rehberlik eder, uygulamaları değerlendirmeye yardımcı olur, eğitim sağlar ve hastaların bilinçli karar vermesine destek olur. Etkili sonuçlara ulaşmak için kılavuzların yaygınlaştırılması ve uygulanması gereklidir (22). Wangler ve ark. tıbbi kılavuzların, sağlık hizmeti sunumunun kanıta dayalı ve sistematik bir biçimde gerçekleştirilmesini hedeflediğini belirtmektedir. Özellikle semptom ve klinik tablo çeşitliliğinin geniş olduğu birincil basamak ayaktan tedavi hizmetlerinde, bu kılavuzlar önemli bir rol oynadığını ifade etmişlerdir (23).

Klinik kılavuzlar, hasta bakımını kanıta dayalı şekilde en uygun sağlık hizmeti vermeyi amaçlayan önerilerdir. Hastalara kaliteli, etkili ve tutarlı hizmet sunulmasını sağlar. Güvenilir kılavuzlar; disiplinli uzmanlarca, şeffaf süreçlerle, yeni kanıtları ve hasta tercihlerini dikkate alarak hazırlanmalıdır (24). Teknoloji sürekli olarak gelişmekte ve tedavi seçenekleri daha belirgin şekilde tanımlanmaktadır. Bu gelişmeler, kronik hastalıkların uygun tedavisinin standardize edilmesi ve çok sayıda klinik kılavuzun oluşturulmasına katkı sağlamıştır. Klinik kılavuzlar, mevcut bilgiler ve yeni bilimsel kanıtları ön plana çıkararak hastalık yönetimi, kontrol hedefleri ve bakım standartlarına ilişkin sistematik bir yaklaşım sunmaktadır (25).

Klinik uygulama kılavuzlarının kullanım amaçları; hastalar ve hekimler için klinik karar verme desteği sağlamak; sağlık çalışanlarını eğitmek, bakım kalitesini değerlendirmek ve güvence altına almaktır (26). Kılavuz geliştirirken hekimlerin ihtiyaçları öngörmeli ve hekimlerin kabul edebileceği, ikna edici öneriler sunmalıdır. Bunun için yöntem ve süreçlerin iyileştirilmesi gerekmektedir. Kılavuzlar arasındaki tutarsızlıkların belirlenmesine ve kılavuzların geliştirilmesi önem verilmesi gerekmektedir. Ayrıca maliyet-etkinliği göz önünde bulundurulmalıdır (20).

Tıbbi kılavuzlar, mevcut en iyi kanıtları tedavi önerilerine dönüştürerek hem etkili bakım sunmayı hem de maliyetleri azaltmayı hedefler. Kılavuzlar, hekimler ve hastalar için daha iyi kararlar alınmasını sağlar. Sağlık hizmeti maliyetlerinin artması nedeniyle, sağlık sisteminin iki temel sorumluluğu bulunmaktadır: bireylerin en iyi tedaviyi almasını sağlamak ve gereksiz harcamaları azaltmak (27). Kanıta dayalı uygulama, en iyi araştırma bulgularının, klinik tecrübe ve hastanın tercihleriyle bütünleştirilmesidir. KDU'nun pratikte kullanımını birçok etken etkiler; bunlardan biri de hekimlerin tutumlarıdır (28). Bazı çalışmalar, hekimlerin KDU'ya yönelik genel tutumlarının, yeni bir müdahaleyi denemeye karar verip vermemelerini engelleyebileceğini ya da

kolaylaştırabileceğini göstermiştir (29). KDU'lar uygulanmadan önce uygulayıcıların bu konudaki tutumlarının değerlendirilmesi, yeni bir müdahalenin benimsenmeye hazır olup olmadıkları hakkında yararlı bilgiler sunabilir. Norveç'te hekimlerin bulunan yeni müdahaleleri uygulamaya hazır olma durumunu ölçmek için yapılan çalışmada kadınların genel olarak daha olumlu tutumla, yeni uygulamaları benimsemeye daha istekli olduğunu bulmuştur (28).

2.3. Birinci Basamakta Kanıta Dayalı Tıp

Aile hekimliğinde birinci basamak hizmet yönetimi ve problem çözme becerileri kapsamında kalite iyileştirme temel bir yetkinliktir. Kişi merkezli bilimsel bir disiplin olarak bu alanda, temel yetkinliklerin etkin biçimde uygulanabilmesi için üç tamamlayıcı unsurun dikkate alınması gerekmektedir. Bunlar; hekimin çalıştığı çevresel, toplumsal, kültürel, ekonomik ve yasal koşulları anlayabilmesi; mesleki değerler, etik ilkeler ve tutumlarla şekillenen profesyonel duruşunu sürdürebilmesi; klinik uygulamalarında eleştirel düşünceye dayalı, araştırma temelli bir yaklaşımı benimseyerek sürekli öğrenme ve kalite iyileştirme süreçlerine aktif katılım göstermesidir (30).

Birinci basamak aile hekimliğinde kullanılan ulusal kılavuzlarımıza;

- Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Aile hekimliği rehberi 2025 ”
- TC Sağlık Bakanlığı Tanı ve Tedavi Rehberleri 2003
- Türk Kardiyoloji Derneği – Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği – Diyabetes Mellitus Kılavuzu
- Türkiye Göğüs Hastalıkları Derneği – KOAH Tanı ve Tedavi Kılavuzu
- Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları Derneği – Antibiyotik Kullanım Kılavuzu
- Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği – Menoraji Tanı ve Tedavi Kılavuzu

örnek verebiliriz. Bu kılavuzlara sağlık bakanlığının sitesinden, derneklerin resmi web sitelerinden ücretsiz ulaşılabilir.

Uluslararası kılavuzlardan bazıları şunlardır:

- Amerikan Kalp Derneği (AHA) – Kardiyovasküler Hastalık Önleme Kılavuzları
- Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) – Kalp Yetersizliği Kılavuzları
- Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) – Bağışıklama Takvimleri.

Klinik pratikte kullanılan ulaşabilecek elektronik bilgi kaynaklarına:

- PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- BMJ (British Medical Journal) <https://www.bmj.com/>
- Cochrane Library (The Cochrane Database of Systematic reviews) <https://www.cochranelibrary.com/>
- ClinicalKey <https://www.clinicalkey.com/#/>
- NIH (National library of medicine) <https://www.nlm.nih.gov/>
- Medscape <https://medtube.net/>
- UPTODATE <https://www.uptodate.com/contents/search> şeklinde örnek verebiliriz.

Aile hekimlerinin tıbbi kılavuzları kullanması, bilgi güncellemeleri kaliteli hasta bakımı açısından önemlidir. Bu kılavuzlar internet üzerinden veya basılı materyallerle sunulur ve güncel bilimsel kanıtlara dayanır. Ancak birinci basamakta kılavuzların uygulanması zordur; çünkü genellikle çoklu hastalıkları değil, tek tek tanıları hedef alırlar. Birinci basamak sağlık hizmetleri; çok çeşitli başvuru nedenleri, birbiriyle ilişkili tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunlarla karakterizedir. Bu da klinik uygulamayla kılavuzlar arasında bir uyumsuzluk yaratır (31).

KDT; klinik sorular sorma, uygun çalışmalarını bulma, literatürü eleştirel olarak değerlendirme ve klinik uygulamada yenilikler ortaya çıkaran bir yaklaşımdır. Ancak, çoğu hekim pratikte karşılaştığı soruları eleştirel biçimde yanıtlamak için yeterli zaman ya da altyapıya sahip değildir. Birinci basamak sağlık sorunlarıyla ilgili kanıtlar hızla artmakta ve aile hekimliğinin geniş kapsama alanı önemli zorluklara neden olmaktadır (32). Kanıta dayalı karar vermenin birinci basamaktaki uygulanabilir olması için; tedavi denemeleri, hastanın anamnezine dayalı karar verme, hedef odaklı bakım ve problem çözme teknikleri gibi araçlara ihtiyaç duyulabilir (33). Birinci basamakta aile hekimlerinin tıbbi kılavuzları klinik pratikte etkili biçimde kullanabilmesi için kılavuzların içerik, erişim yönünden uyarlanması, hekimlerin KDT hakkında eğitiminin ve farkındalığının olması, iş yükünün azaltılması gerekmektedir. Böylece KDT uygulamaları sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir biçimde uygulanabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma Mayıs 2023- Ekim 2024 tarihleri arasında yürütülen tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Mayıs 2023- Ekim 2024 tarihleri arasında Konya ilinde birinci basamakta çalışan toplam 732 aile hekimi oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Sağlık Bakanlığının yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 verilerinde Konya ilinde toplam 732 aile hekimliği birimi bulunmaktaydı (34). Buna göre evreni bilinen örneklem hesaplama formülünde hesaplandığında çalışmaya en az 250 aile hekiminin katılması planlandı.

Dahil edilme kriterleri:

1. Anadilinin Türkçe olması
2. Konya ilinde aile sağlığı merkezinde aile hekimi olarak çalışıyor olması

3.4. Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışma 28.04.2023 tarih ve 2023/4292 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Etik Kurulu onaylıdır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplamak için katılımcılardan sosyodemografik bilgi formu ve Kanıta Dayalı Uygulamalar Tutum Ölçeği'ni (KDUTÖ) içeren, 2 bölümden ve toplam 36 sorudan oluşan anket formunu doldurmaları istendi (EK-1).

3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıyı tanıtıcı bilgilerin bulunduğu sosyodemografik form, konuyla ilgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlandı. Formda katılımcılara yaş, cinsiyet, unvan, çalıştığı yerin konumu, meslekte geçirilen yıl, katılımcının birimine kayıtlı toplam nüfus, günlük bakılan ortalama hasta sayısı gibi tanımlayıcı sorular soruldu.

Aile hekimlerinin KDU'ı hakkında eğitim alıp almadığı ve kanıta dayalı tıbbi karşı tutumlarının derecelendirilmesi istendi. Ayrıca 'KDU'ların önündeki engeller nedir?' şeklinde açık uçlu soru soruldu.

3.5.2. Kanıta Dayalı Uygulamalar Tutum Ölçeği (KDUTÖ)

Aarons 2004 yılında sağlık çalışanlarının kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarını değerlendirmek ve bu tutumların; eğitim düzeyi, mesleki deneyim, temel disiplin ve örgütsel bağlam gibi bireysel ve bağlamsal değişkenlerle ilişkisini incelemek için Evidence-Based Practice Attitude Scale-15 (EBPAS-15) ölçeğini geliştirmiştir (5).

Başer ve arkadaşları 2021'de, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimlerinin sosyodemografik özelliklerini, tıbbi kılavuz kullanım durumlarını ve KDU'larına ilişkin tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayarak ölçeği Türkçe'ye uyarlamıştır. Ayrıca, hekimlerin tıbbi kılavuzlara ne sıklıkla başvurdukları, bu kılavuzların klinik karar alma süreçlerindeki etkisi, en sık başvurulan tıp alanları, kılavuzlardan yararlanma amaçları, kılavuz tercihinde dikkate alınan kriterler ve kılavuz kullanmama nedenlerine yönelik görüşleri alınmıştır. Katılımcıların KDT konusunda herhangi bir eğitim alıp almadıkları sorgulanmış; KDT'ye yönelik tutumları derecelendirme ölçeği aracılığıyla değerlendirilmiştir (8).

KDUTÖ ruh sağlığı ve sosyal hizmet uzmanlarının kanıta dayalı müdahalelere yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Beşli Likert tipi (0-4 puan) toplam 15 maddeden oluşan ölçek, kanıta dayalı uygulamaların benimsenmesine ilişkin sağlık çalışanlarının tutumlarını dört temel boyutta ele almıştır. "Gereksinimler" alt boyutu 11, 12 ve 13. Maddeler; "İlgisini çekme" alt boyutu 9, 10, 14 ve 15. Maddeler; "Yeniliğe açıklık" alt boyutu 1, 2, 4 ve 8. Maddelerdir. "Ayrışma" alt boyutu ise 3, 5, 6 ve 7.

Gereksinim; Gerektiğinde kullanımını kabul etme eğilimi.

İlgi çekicilik; Kılavuzun uygun, uygulanabilir, tercih edilir bulunması

Yeniliğe açıklık; Yeni ve yapılandırılmış müdahaleleri denemeye istekli olma

Ayrışma; Kanıta dayalı yaklaşımları klinik deneyimden daha fazla önemli görme eğilimi

Ayrışma boyutundaki maddeler ters puanlandıktan sonra tüm maddelerin ortalaması alınarak toplam puan hesaplanır. Bu puan, kanıta dayalı uygulamalara yönelik genel tutumu yansıtır; yüksek puanlar daha olumlu tutumu göstermektedir. Ölçeğin iç güvenilirliğini test etmek

için hesaplanan Cronbach alfa değeri 0.828 olarak bulunmuştur; alt boyutlar 0.66 ile 0.89 arasında değişmektedir (8).

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0” kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Nümerik değişkenlerde normal dağılıma uyan verilerde ikili gruplarda “Student-t Testi”, üç ve daha fazla olan gruplarda “One Way ANOVA Testi” uygulandı. Verileri normal dağılan ve değişkenleri homojen olan verilerin kendi içinde anlamlılığını değerlendirmek için “Post Hoc Analiz” de “Tukey Testi” kullanıldı. İstatistiksel olarak farkın önemliliği $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Ölçekler arasındaki ilişkileri saptamak için “Pearson” korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayısı (r); 0,000-0,249 arası ise zayıf, 0,250-0,499 arası ise orta, 0,500-0,749 arası ise güçlü, 0,750-1,000 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

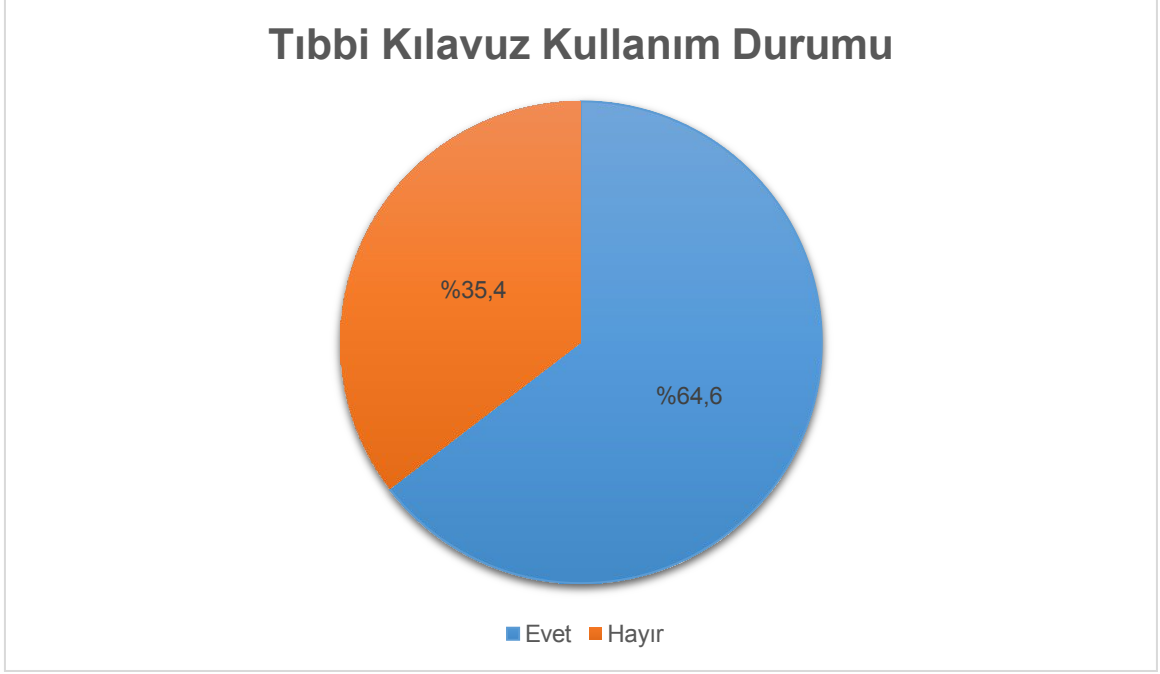
4.1. Sosyodemografik özelliklerin incelenmesi

Çalışmaya dahil edilen 254 anket analiz edildi. Katılımcıların yaş ortalaması $44,23 \pm 8,85$ (min:26, maks:67) yıl, meslekte geçirilen süre ortalama $18,81 \pm 9,24$ (min:2, maks:42) yıl idi. Katılımcıların %61,4'ü (n=156) erkek, %84,3'ü (n=214) pratisyen aile hekimi, %81,1'i (n=206) kentsel bölgede çalışıyordu. Katılımcıların birimine kayıtlı toplam nüfus ortalaması $3144 \pm 634,21$ (min:830, maks:4000) kişi, günlük bakılan ortalama hasta sayısı $60,89 \pm 18,73$ (min:8, maks:120) kişi idi (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Ort \pm SD	Ortanca	Min- Maks
Yaş(yıl)	44,23 \pm 8,85	44	26-67
Meslekte geçirilen süre(yıl)	18,81 \pm 9,24	18	2-42
Birime kayıtlı toplam nüfusu	3144 \pm 634,21	3349	830-4000
Günlük bakılan ortalama hasta sayısı	60,89 \pm 18,73	60	8-120
	n		%
Cinsiyet			
Kadın	98		38,6
Erkek	156		61,4
Unvan			
Aile hekimi	214		84,3
Aile hekimliği uzmanı	40		15,7
Çalıştığı yerin konumu			
Kırsal	48		18,9
Kentsel	206		81,1

Katılımcıların %64,6'sı (n=164) günlük pratiğinde tıbbi kılavuza başvurduğunu belirtti (Şekil 2).



Şekil 2. Tıbbi Kılavuz Kullanım Durumu

Tıbbi kılavuzlara son 3 ayda katılımcıların %55,5'i (n=141) ara sıra, %12,2'si (n=31) çoğunlukla başvurmuş; bunlardan %37,4'ü (n=95) 2-3 kez, %16,9'u (n=43) 4 veya daha fazla, %7,9'u (n=20) 1 kez başvurduğunu belirtirken, %8,7'si (n=22) hiç başvurmadığını belirtti. Katılımcıların %46,1'i (n=117) tıbbi kılavuzdan edinilen bilginin hasta ile ilgili kararı etkilediğini belirtti. En sık kılavuza ihtiyaç duyulan tıp alanı %55,5'i (n=141) sıklıkla dahiliye idi (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Tıbbi Kılavuz Kullanım Durumları ile İlgili Bilgiler

	n	%
Tıbbi kılavuza başvurma sıklığı (n:164)		
Her zaman	7	2,8
Çoğunlukla	31	12,2
Ara sıra	126	49,6
Son 3 ayda tıbbi kılavuza başvurma sayısı (n:164)		
Hiç	18	7,1
1 kere	18	7,1
2-3 kere	87	34,3
4 kez veya daha fazla	41	16,1
Tıbbi kılavuzdan edinilen bilginin hasta ile ilgili kararı etkileme durumu (n:254)		
Evet	117	46,1
Hayır	76	29,9
Bazen	61	24,0
Tıbbi kılavuzlardan en sık başvurulmuş alanı*		
Dahiliye	141	55,5
Cildiye	47	18,5
Pediatri	28	11
Diğer	24	9,4

*birden fazla cevap verilmiştir.

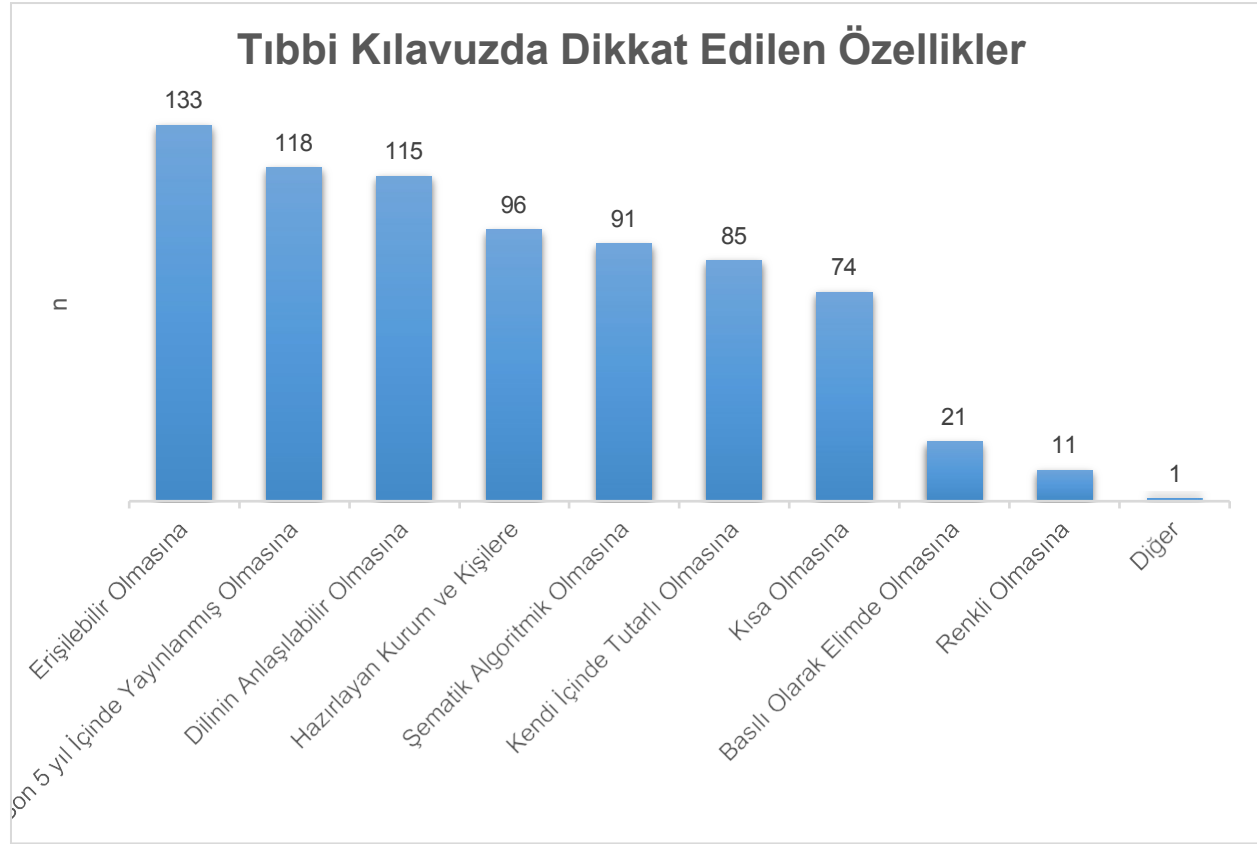
Çalışmamıza katılan hekimlerin tıbbi kılavuz kullanım amaçlarının %62,6'sı (n=159) güncel bilgi edinmek, %37'si (n=94) tedavi etmek, %22,4'ü (n=57) tanı koymak idi (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Tıbbi Kılavuz Kullanım Amacı

	n	%*
Tıbbi kılavuz kullanım amacı		
Tanı koymak	57	22,4
Tedavi etmek	94	37,0
Güncel bilgi edinmek	159	62,6
Diğer	3	1,2

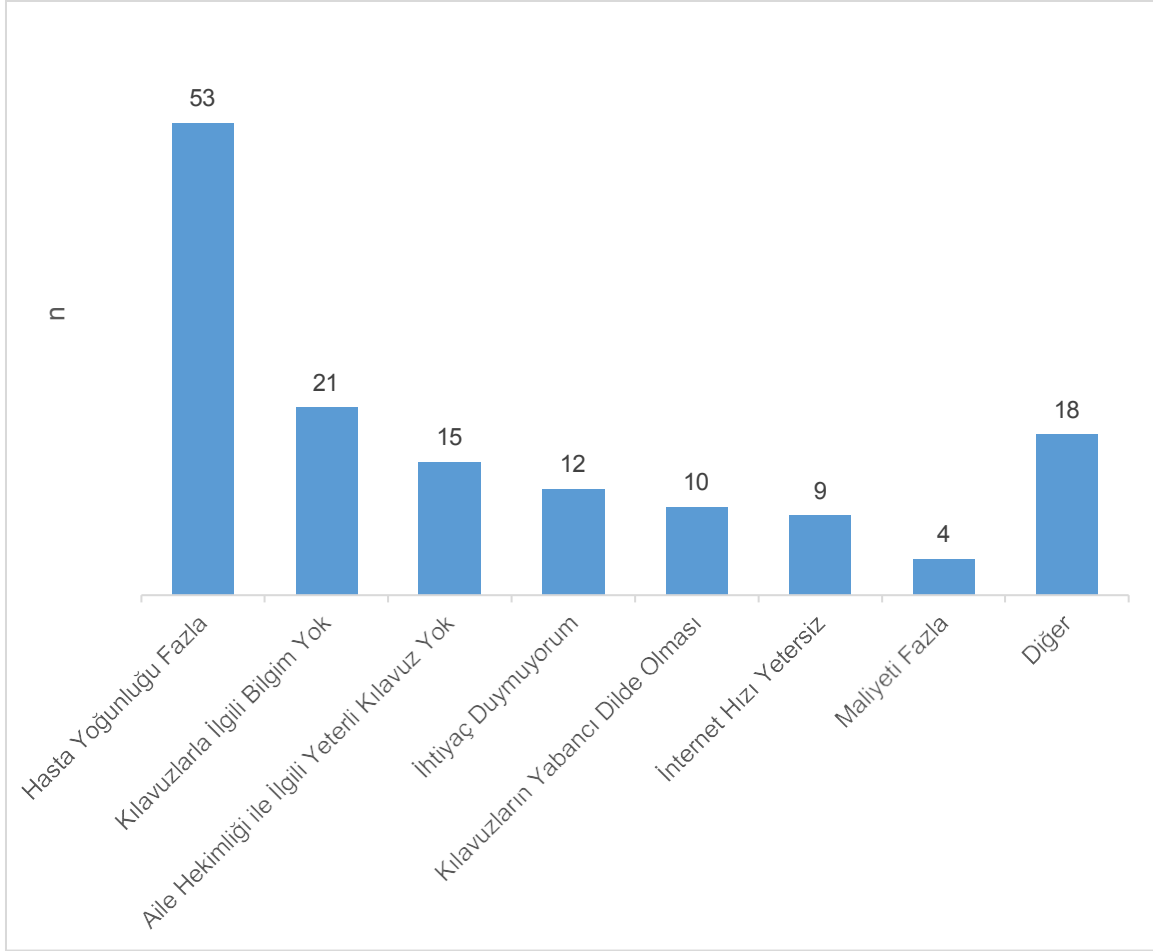
*Çoklu yanıtlar verildiği için toplam sayısı, örneklem sayısını geçer.

Aile hekimlerinin tıbbi kılavuz kullanırken en sık dikkat ettiği kılavuz özelliği %52,4 (n=133) ile “erişilebilir olması”ydı. Diğer dikkat edilen özellikler Şekil 3’te gösterilmiştir.



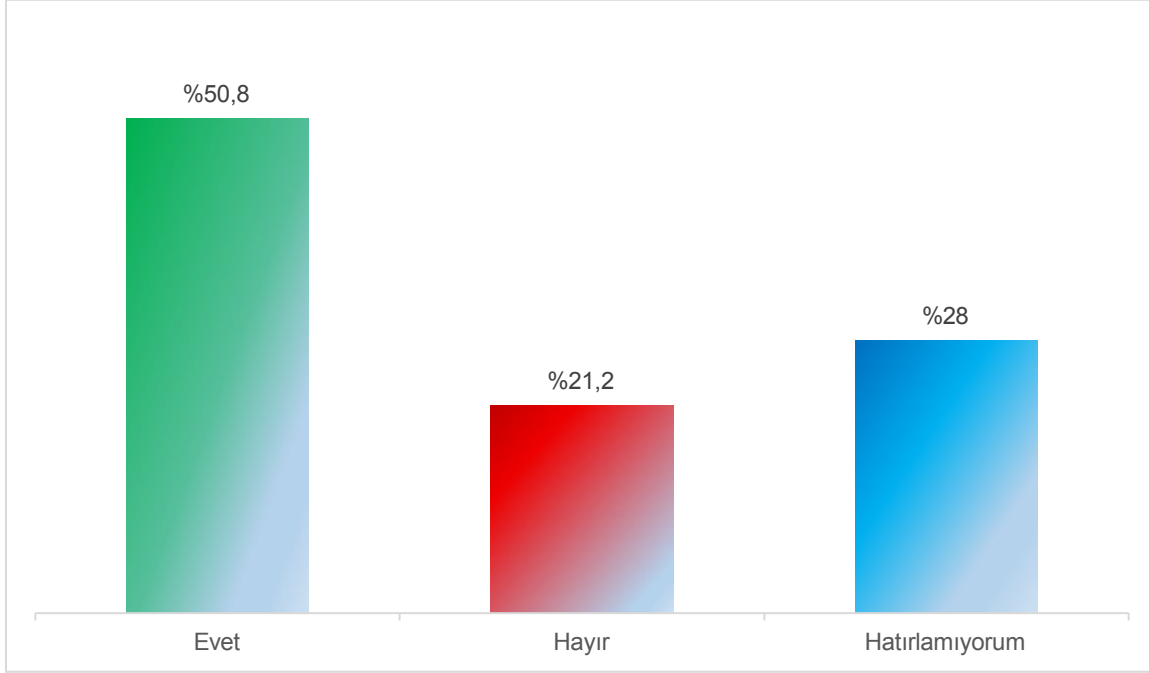
Şekil 3. Katılımcıların Tıbbi Kılavuz Kullanırken Dikkat Ettiği Durumların Dağılımı

Çalışmamıza katılan hekimlerin tıbbi kılavuz kullanmama nedeni en sık %20,9 (n=53) ile hasta yoğunluğu fazla olması iken diğer nedenler Şekil 4’te belirtilmiştir.



Şekil 4. Katılımcıların Tıbbi Kılavuz Kullanmama Nedenleri

Araştırmamızda sorduğumuz ‘Kanıtı dayalı tıp uygulamaları hakkında eğitim aldınız mı?’ sorusuna katılımcıların %50,8’i (n=129) eğitim aldığını, %21,2’si (n=54) eğitim almadığını belirtti (Şekil 5).



Şekil 5. Katılımcıların Kanıtı Dayalı Tıp Alanında Eğitim Alma Durumu

Çalışmaya katılan hekimlerinin %83,1'i (n=211) kılavuzların uygun bir tavsiye kaynağı olduğunu, %81,1'i (n=206) sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabildiğini, %79,9'u (n=198) kılavuzların hastalar ve aileleri ile iletişimi kolaylaştırabildiğini düşünüyordu. Katılımcıların tıbbi kılavuzlar hakkındaki görüşleri Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların Tıbbi Kılavuzlar Hakkındaki Genel Görüşleri

	Kesinlikle katılmıyorum/ Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum/ Kesinlikle katılıyorum
	n(%)	n(%)	n(%)
Kılavuzlar eğitim araçları olarak kullanışlıdır.	30 (11,8)	26 (10,2)	198 (78,0)
Kılavuzlar uygun bir tavsiye kaynağıdır.	27 (10,6)	16 (6,3)	211 (83,1)
Kılavuzlar hastalar ve aileleri ile iletişimi kolaylaştırabilir.	67 (26,4)	79 (31,1)	108 (42,5)
Kılavuzlar sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir.	29 (11,4)	19 (7,5)	206 (81,1)
Kılavuzlar bilimsel kanıtlara dayanmaktadır.	28 (11,0)	23 (9,1)	203 (79,9)
Kılavuzlar uzmanlar tarafından yapılır.	40 (15,7)	31 (12,2)	183 (72,1)
Mesleki deneyimim en son yönergeleri benimsemek için yetersiz.	159 (62,6)	66 (26,0)	29 (11,4)
Kılavuzları bulmak zordur.	138 (54,3)	67 (26,4)	49 (19,3)
Kılavuzlara ulaşmak maliyetlidir.	157 (61,8)	63 (24,8)	34 (13,4)

Çalışmamıza katılan hekimlerden kanıta dayalı tıbbi yönelik tutumlarını 5 üzerinden puanlamaları istendiğinde; kendilerinin tutum puan ortancasını 4 (1-5), diğer aile hekimlerinin kanıta dayalı tıbbi yönelik tutum puanı ortancasını 3 (1-5) olarak değerlendirdiler. Katılımcılar hastaların yönetiminde kanıta dayalı tıp uygulamalarının yararının derecesini 4 olarak değerlendirdiler (Tablo 5).

Tablo 5. Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıbbi Yönelik Tutum Puanları

	Ort±SD	Ortanca	Min-Maks
Kanıta dayalı tıbbi yönelik tutum	3,97±0,884	4	1-5
Aile hekimlerinin çoğunun kanıta dayalı tıbbi karşı tutumu	3,19±0,879	3	1-5
Hastaların yönetiminde kanıta dayalı tıp uygulamalarının yararı	3,85±0,860	4	1-5

Çalışmamıza katılan hekimler kendi kliniklerindeki kanıta dayalı uygulama oranlarını %62 (5-100) olarak belirttiler.

Katılımcılar KDU'nun kullanımının önündeki engellerin en sık nedeni hasta yoğunluğu %24,6'sı (n=37), ikinci en sık nedeni zaman kısıtlılığı %24'ü (n=36), üçüncü en sık nedeni ise ulaşılabilirlik-maliyet %20'si (n=30) olduğunu belirtti.

4.2. KDUTÖ'nin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri

KDUTÖ'nin ortalama puanları ve Cronbach's alpha değerleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. KDUTÖ Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri

	Madde Sayısı	Min – Maks	Ort ± SD	Cronbach's alpha
KDUTÖ*	15	3-59	36,58±7,00	0,768
Gereksinim	3	0-12	5,04±2,83	0,874
İlgisini çekme	4	0-16	10,63±2,76	0,721
Yeniliğe açıklık	4	0-16	9,55±2,96	0,809
Ayrışma	4	3-16	11,35±2,69	0,676

*KDUTÖ: Kanıta Dayalı Uygulamalar Tutum Ölçeği

4.3. KDUTÖ Alt Boyutları (Gereksinim, İlgisini çekme, Yeniliğe açıklık, Ayrışma) Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

KDUTÖ'nin ile katılımcıların yaşı kıyaslandığında; 45 yaş ve altındakilerin aldığı ayrışma alt boyutu puanı (11,72±2,46) ile 46 yaş ve üzerindeki puanından (10,91±2,89) yüksek bulundu (**p=0,017**).

KDUTÖ'nin alt boyutlarından alınan puanlar ile katılımcıların cinsiyet, çalıştığı yerin konumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 7).

Tablo 7. KDUTÖ Alt Boyutlarından (Gereksinim, İlgisini çekme, Yeniliğe açıklık, Ayrışma) Alınan Puanların Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

	Gereksinim	İlgisini çekme	Yeniliğe açıklık	Ayrışma	KDUTÖ** Toplam
	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD
Cinsiyet					
Kadın	5,06±3,11	10,56±2,98	9,80±3,01	11,47±2,71	36,90±7,78
Erkek	5,03±2,65	10,67±2,63	9,39±2,93	11,28±2,68	36,38±6,47
p*	0,937	0,741	0,278	0,570	0,563
Yaş					
≤45 yıl	5,03±2,66	10,83±2,56	9,75±2,96	11,72±2,46	37,34±6,82
≥46 yıl	5,05±3,03	10,38±2,99	9,30±2,95	10,91±2,89	35,65±7,13
p*	0,962	0,199	0,237	0,017	0,056
Çalıştığı yerin konumu					
Kırsal	4,87±2,42	10,95±2,31	9,54±2,37	11,58±2,80	36,95±5,93
Kentsel	5,08±2,92	10,55±2,86	9,55±3,08	11,30±2,67	36,50±7,23
p*	0,649	0,369	0,980	0,521	0,684

*Independent t testi **KDUTÖ: Kanıta Dayalı Uygulamalar Tutum Ölçeği

Katılımcıların meslekte geçirdiği süre ile KDUTÖ'nin ayrışma alt boyutu kıyaslandığında; 11 yıldan fazla çalışanların aldığı puan (11,13±2,71), 10 yıldan az çalışanların aldığı puana (12,10±2,48) göre düşüktü (**p=0,016**).

Biriminde kayıtlı nüfusu 3000'in altında olan katılımcıların ilgisini çekme alt boyutu puanı (11,16±2,54), nüfusu 3001'in üzerinde olanlardan (10,39±2,84) yüksekti (**p=0,039**). Birimindeki nüfusu 3000'in altında olanların aldığı yeniliğe açıklık alt boyutu puanı (10,17±2,86) ile nüfusu 3001'in üzerinde olanların puanı (9,26±2,97) arasında istatistiksel olarak fark vardı (**p=0,023**).

KDUTÖ'nin ilgisini çekme alt boyutu ile katılımcıların unvanı karşılaştırıldığında aile hekimlerinin aldığı puan (10,81±2,57), aile hekimliği uzmanının aldığı puandan (9,67±3,52) anlamlı olarak yüksekti (**p=0,017**) (Tablo 8).

Tablo 8. KDUTÖ Alt Boyutlarından (Gereksinim, İlgisini çekme, Yeniliğe açıklık, Ayrışma) Alınan Puanların Mesleki Deneyimleri ile Karşılaştırılması

	Gereksinim	İlgisini çekme	Yeniliğe açıklık	Ayrışma	KDUTÖ** Toplam
	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD
Unvan					
Aile hekimi	5,03±2,84	10,81±2,57	9,59±2,85	11,29±2,67	36,73±6,52
Aile hekimliği uzmanı	5,07±2,80	9,67±3,52	9,32±3,49	11,70±2,78	35,77±9,21
p*	0,939	0,017	0,600	0,383	0,426
Meslekte geçirilen yıl					
<10	5,18±2,48	11,05±2,17	10,06±3,20	12,10±2,48	38,41±6,58
>11	5,00±2,93	10,51±2,91	9,39±2,87	11,13±2,71	36,04±7,04
p*	0,655	0,191	0,130	0,016	0,023
Nüfus					
<3000	4,97±2,51	11,16±2,54	10,17±2,86	11,28±2,93	37,00±6,88
>3001	5,07±2,97	10,39±2,84	9,26±2,97	11,39±2,58	36,12±7,02
p*	0,795	0,039	0,023	0,777	0,118

*Independent t test **KDUTÖ: Kanıta Dayalı Uygulamalar Tutum Ölçeği

4.4. KDUTÖ Alt Boyutlarından (Gereksinim, İlgisini çekme, Yeniliğe açıklık, Ayrışma) Alınan Puanlar ile Hekimlerin Tıbbi Kılavuzlar ile İlgili Genel Görüşlerinin Karşılaştırılması

KDUTÖ'nin ayrışma alt boyutu ile 'Kılavuzlar iyi bir tavsiye kaynağıdır' ifadesi kıyaslandığında "katılmıyorum" diyenlerin puanı (9,92±2,71), "katılıyorum" (11,44±2,63) diyenlerin puanından anlamlı olarak düşüktü (**p=0,006**).

'Kılavuzlar sağlık hizmetleri kalitesini artırabilir' ifadesine "katılıyorum" diyenlerin yeniliğe açıklık alt boyutu puanı (9,67 ±2,91), kararsız kalanların puanından (7,94 ±3,09) yüksekti (**p=0,039**).

'Kılavuzlar uzmanlar tarafından yapılır' ifadesine katılanların yeniliğe açıklık alt boyutu puanı (9,90±2,93), kararsız kalanların puanından (7,51 ±2,64) yüksekti (**p=0,00**).

'Mesleki yeterliliğim, en son yönergeleri benimsemek için yetersiz' ifadesine katılanların yeniliğe açıklık alt boyutu puanı (11,20 ±2,55), katılmayanların puanından (9,32±2,91) yüksekti (**p=0,014**).

Tablo 9. KDUTÖ ile Hekimlerin Tıbbi Kılavuzlar ile İlgili Genel Görüşlerinin Karşılaştırılması

	Gereksinim	İlgisini çekme	Yeniliğe açıklık	Ayrışma	Toplam
	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD
Kılavuzlar iyi bir tavsiye kaynağıdır.					
Kesinlikle Katılmıyorum/Katılmıyorum ^a	5,40 ±3,42	11,14±3,09	9,70 ±2,99	9,92 ±2,71	38,18 ±9,46
Kararsızım ^b	3,50 ±2,47	9,68 ±2,46	9,43 ±2,94	9,31 ±2,65	31,93 ±5,03
Katılıyorum/Kesinlikle Katılıyorum ^c	5,11 ±2,75	10,63 ±2,74	9,54 ±2,97	11,44 ±2,63	36,73 ±6,64
p	0,070	0,247	0,953	0,006^{ac} ;0,006^{bc}	0,013
Kılavuzlar eğitim araçları olarak kullanışlıdır.					
Kesinlikle Katılmıyorum/Katılmıyorum	5,03 ±3,15	10,76 ±2,83	9,10 ±3,29	12,10 ±2,97	37,00 ±9,41
Kararsızım	5,46 ±2,87	11,57 ±2,15	10,03 ±2,86	10,65 ±3,08	37,73 ±7,16
Katılıyorum/Kesinlikle Katılıyorum	4,98 ±2,79	10,48 ±2,81	9,55 ±2,92	11,33 ±2,57	36,37 ±6,57
p	0,729	0,164	0,499	0,131	0,614
Kılavuzlar hastalar ve aileleri ile iletişimi kolaylaştırabilir.					
Kesinlikle Katılmıyorum/Katılmıyorum	4,89 ±3,01	10,85 ±2,85	9,31 ±3,04	11,37 ±3,04	36,43 ±8,06
Kararsızım	5,21 ±3,01	11,03 ±2,64	9,88 ±2,92	11,29 ±2,75	37,43 ±7,18
Katılıyorum/Kesinlikle Katılıyorum	5,00 ±2,59	10,20 ±2,77	9,45 ±2,94	11,39 ±2,42	36,06 ±6,12
p	0,785	0,095	0,461	0,964	0,413
Kılavuzlar sağlık hizmetleri kalitesini artırabilir.					
Kesinlikle Katılmıyorum/Katılmıyorum ^d	4,96 ±3,13	10,62 ±2,94	9,68 ±2,98	11,72 ±2,96	37,00 ±9,06
Kararsızım ^e	5,26 ±2,60	10,42 ±2,75	7,94 ±3,09	10,42 ±2,26	34,05 ±6,25
Katılıyorum/Kesinlikle Katılıyorum ^f	5,03 ±2,82	10,65 ±2,75	9,67 ±2,91	11,39 ±2,68	36,76 ±6,72
p	0,934	0,940	0,039^{ef}	0,239	0,258
Kılavuzlar bilimsel kanıtlara dayanmaktadır.					
Kesinlikle Katılmıyorum/Katılmıyorum	5,50 ±3,31	10,75 ±3,14	9,67 ±3,16	11,85 ±2,92	37,78 ±9,39
Kararsızım	5,00 ±3,08	10,47 ±2,82	8,26 ±2,75	10,60 ±2,55	34,34 ±6,94
Katılıyorum/Kesinlikle Katılıyorum	4,98 ±2,74	10,63 ±2,76	9,67 ±2,93	11,37 ±2,66	36,67 ±6,60
p	0,666	0,941	0,091	0,254	0,202
Kılavuzlar uzmanlar tarafından yapılır.					
Kesinlikle Katılmıyorum/Katılmıyorum ^g	4,65 ±3,14	10,17 ±2,97	9,50 ±2,73	11,52 ±2,96	35,85 ±8,41
Kararsızım ^h	4,41 ±2,36	10,03 ±2,21	7,51 ±2,64	10,74 ±2,80	32,70 ±4,87
Katılıyorum/Kesinlikle Katılıyorum ⁱ	5,23 ±2,82	10,83 ±2,79	9,90 ±2,93	11,42 ±2,61	37,40 ±6,76
p	0,212	0,171	0,00^{hi}	0,389	0,002
Mesleki yeterliliğim, en son yönergeleri benimsemek için yetersiz.					
Kesinlikle Katılmıyorum/Katılmıyorum ^j	5,13 ±2,79	10,39 ±2,78	9,32 ±2,91	11,32 ±2,75	36,17 ±6,97
Kararsızım ^k	4,93 ±3,01	10,74 ±2,74	9,37 ±3,05	11,37 ±2,50	36,43 ±7,38
Katılıyorum/Kesinlikle Katılıyorum ^l	4,79 ±2,74	11,68 ±2,55	11,20 ±2,55	11,48 ±2,82	39,17 ±5,81
p	0,792	0,064	0,004^{il};0,014^{kl}	0,958	0,104
Kılavuzları bulmak zordur.					
Kesinlikle Katılmıyorum/Katılmıyorum	5,01 ±2,83	10,57 ±2,78	9,67 ±2,87	11,51 ±2,74	36,77 ±7,08
Kararsızım	5,29 ±3,06	10,49 ±2,92	9,22 ±3,22	11,52 ±2,33	36,53 ±7,67
Katılıyorum/Kesinlikle Katılıyorum	4,77 ±2,51	11,00 ±2,51	9,65 ±2,83	10,69 ±2,93	36,12 ±5,81
p	0,610	0,579	0,575	0,158	0,854
Kılavuzlara ulaşmak maliyetlidir.					
Kesinlikle Katılmıyorum/Katılmıyorum	5,22 ±2,93	10,52 ±2,82	9,63 ±3,06	11,51 ±2,81	36,91 ±7,43
Kararsızım	4,95 ±2,80	10,77 ±2,70	9,38 ±2,61	11,20 ±2,41	36,31 ±6,51
Katılıyorum/Kesinlikle Katılıyorum	4,35 ±2,35	10,85 ±2,65	9,47 ±3,15	10,91 ±2,59	35,58 ±5,76
p	0,253	0,739	0,834	0,435	0,573

*KDUTÖ: Kanıta Dayalı Uygulamalar Tutum Ölçeği **Oneway anova testi; posthoc Tukey testi

4.5. KDUTÖ Alt boyutlarından alınan puanlar ile Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıp Uygulamaları Konusunda Eğitim Alma Durumunun Karşılaştırılması

KDUTÖ'nin ayrışma alt boyutundan alınan puanlar ile katılımcıların kanıta dayalı tıp uygulamaları konusunda eğitim alma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Eğitim alanların puanı (11,86±2,59), eğitim almayanların puanından (10,68±2,86) yüksekti (p=0,008).

Tablo 10. KDUTÖ ile Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıp Uygulamaları Konusunda Eğitim Alma Durumunun Karşılaştırılması

	Gereksinim	İlgisini çekme	Yeniliğe açıklık	Ayrışma	Toplam
	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD
Evet	4,91±2,75	10,57±2,71	9,40±3,01	11,86±2,59	36,75±6,66
Hayır	4,92±2,77	10,16±3,11	9,72±2,87	10,68±2,86	35,50±7,88
Hatırlamıyor	5,36±3,03	11,09±2,54	9,69±2,96	10,95±2,59	37,11±6,91
p	0,530	0,166	0,721	0,008	0,414

*KDUTÖ: Kanıta Dayalı Uygulamalar Tutum Ölçeği**One way ANOVA testi

4.6. Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıbbı Karşı Tutumları ile KDUTÖ Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

Araştırmamıza katılan hekimlerin kendilerinin kanıta dayalı tıbbı yönelik tutumları ile ayrışma alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,367$, $p<0,000$) anlamlı korelasyon tespit edildi. Hastaların yönetiminde KDT uygulamalarının yararı ile ayrışma alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,236$, $p<0,001$) anlamlı korelasyon vardı. Kanıta dayalı tıbbı yönelik tutum derecesi ile ayrışma alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,357$, $p<0,001$) ilişki saptandı (Tablo11).

Tablo 11. Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıbbı Karşı Tutumları ile KDUTÖ*'nin Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

		Gereksinim	İlgisini çekme	Yeniliğe açıklık	Ayrışma
Kanıta dayalı tıbbı yönelik tutum	r	-0,028	0,197**	0,170**	0,367**
	p	0,659	0,002	0,007	<0,001
Aile hekimlerinin çoğunun kanıta dayalı tıbbı karşı tutumu	r	0,100	0,138**	0,106	0,173**
	p	0,113	0,028	0,091	0,006
Hastaların yönetiminde kanıta dayalı tıp uygulamalarının yararı	r	0,063	0,168**	0,164**	0,236**
	p	0,321	0,007	0,009	0,000
Kanıta dayalı tıbbı yönelik tutum derecesi (%)	r	0,029	0,214**	0,176**	0,357**
	p	0,649	0,001	0,005	<0,001

*KDUTÖ: Kanıta Dayalı Uygulamalar Tutum Ölçeği **Pearson korelasyon analizi

5. TARTIŞMA

Aile hekimliğinde KDT ve tıbbi kılavuzların kullanımı, kaliteli, güvenli ve etkili sağlık hizmeti sunumunun vazgeçilmez bir parçasıdır. Birinci basamak, sağlık sistemine giriş noktası olması nedeniyle oldukça farklı yaş, sosyoekonomik düzey ve sağlık sorunlarına sahip bireylerden oluşan geniş bir hasta grubuna hizmet vermektedir. Bu çeşitlilik içinde yalnızca tıp eğitimi, kişisel deneyim veya sezgilere dayalı karar verme süreçleri, yanlış tanı ve tedavi riskini beraberinde getirebilmektedir. KDT ise güncel ve güvenilir bilimsel verilerin, hekimin mesleki birikimi ve hastanın tercihleriyle birlikte değerlendirilmesini sağlayarak hem klinik kararların niteliğini yükseltmekte hem de hasta güvenliğini güçlendirmektedir(1).

Bu çalışma, Konya ilinde birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin tıbbi kılavuzları kullanım durumlarını ve KDT uygulamaları konusundaki farkındalıklarının ortaya konması amacıyla yapılmıştır. Literatürde KDT ve kılavuz kullanımı hakkında birçok çalışma bulunmaktadır fakat birinci basamakta çalışan aile hekimleri ile yapılmış olması bu çalışmayı diğerlerinden ayırmaktadır.

Sunulan çalışmanın sonucunda elde edilen en önemli bulgu; aile hekimlerinin KDT'ye genel olarak olumlu yaklaştıkları ancak hasta yoğunluğu ve zaman kısıtlılığı gibi engeller nedeniyle kılavuzları günlük pratikte yeterince kullanamadıklarıdır. Bu sonuç, çalışmanın aile hekimlerinin kanıta dayalı yaklaşımı benimsediğini ama birinci basamaktaki yapısal engellerin aşılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sunulan çalışmaya katılan aile hekimlerinin yaş ortalaması yaklaşık 44 yıl ve meslekte geçirdiği süre ortalama 19 yıldır. Khoja ve Ansary'nin (2007) Suudi Arabistan'da birinci basamak hekimlerinin kanıta dayalı tıbbi yönelik tutumlarını araştırdığı çalışmada yaş ortalaması 39, meslekte geçirdikleri süre ortalama 17 yıldır (35). Nejasmic ve ark.'nın (2022) Hırvatistan'daki aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp konusundaki farkındalıklarını araştıran çalışmasında hekimlerin yaş ortalaması 45'tir (4). Bu sonuçlar birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin orta yaş sınırında olduklarını ve mesleki deneyimlerinin fazla olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların birimine kayıtlı toplam nüfus ortalaması yaklaşık 3350 kişi, günlük bakılan ortalama hasta sayısı yaklaşık 60 kişiydi. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 verilerine göre Türkiye'de Aile Hekimliği Birimi Başına düşen nüfus ortalama 3144 kişi olarak bildirilmiştir (36).

Bu rakamlar oldukça yüksek olup pratikte bir hasta için ayrılan zamanın kısıtlı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlası günlük pratiğinde tıbbi kılavuz kullandığını belirtti. Türkiye’de birinci basamakta çalışan hekimlere yapılan bir çalışmada pratisyen hekimlerin yaklaşık beşte dördü kendi klinik kararlarının en az yarısının KDT’ye dayalı olduğunu ifade etmişti (37). İsveç’te çocuk ve adölesan ruh sağlığı uzmanlarının KDT’ye yönelik tutumlarını araştıran bir çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının günlük pratiklerinde tıbbi kılavuzları düzenli olarak kullandığı tespit edilmiş (38). Başka bir çalışmada hekimlerin üçte birinin klinik bir durumda KDT kaynağına her zaman başvurduğu, katılımcıların dörtte birinin ise hiç başvurmadığı bulunmuştur (39). Çin’de geriatri, dahili tıp ve rehabilitasyon bölümlerinde çalışan hemşirelerin KDT’ye yönelik tutumlarını araştıran çalışmada; klinik uygulama kılavuzlarının her zaman kullanılmadığı, sadece yarısından daha azının kılavuzları kullandığı görülmüş (7). Bu sonuçlar hekimlerin tıbbi kılavuzlara başvuru sıklığının yetersiz olduğunu göstermektedir.

Sunulan çalışmada aile hekimlerinin yaklaşık yarısı kılavuzlardan edinilen bilginin hasta ile ilgili kararını etkilediğini belirtti. Bir çalışmada kılavuzları kullanan hekimlerin yaklaşık üçte ikisi bakım kalitesinde olumlu etkiler gözlemlediklerini, yaklaşık dörtte üçü tanı veya tedavi becerilerinin kalitesinde artış olduğunu bildirmiştir (23). Bu durum hekimlerin kılavuzlara güvendikleri ve günlük pratiklerine yansıtmaya çalıştıklarını düşündürmektedir.

Tıbbi kılavuza başvuran katılımcıların yarısından fazlasının en sık başvurduğu, ihtiyaç duyduğu tıp alanı ‘dahiliye’ idi. Benzer bir çalışmada en sık hipertansiyon, diyabet, tiroit hastalıkları gibi iç hastalıkları kılavuzlarına başvuru olmaktadır(40). Bu durum birinci basamağa en sık iç hastalıkları alanında hasta başvurması ve bu alanın çok geniş bir yelpazeye sahip olması ve sürekli bilgilerin güncellenmesi olabilir. Güncel bilgi edinmek; araştırmamızdaki katılımcıların tıbbi kılavuza en çok başvurma nedeniydi. Başka bir çalışmada da benzer şekilde kılavuz kullanımının en sık nedeni güncel bilgilere erişim olarak bulunmuştur (38).

Tıbbi kılavuz kullanırken hekimlerin en sık dikkat ettiği kılavuz özellikleri; erişilebilir, son 5 yıl içinde yayınlanmış ve dilinin anlaşılır olmasıydı. Toronto’da birinci basamak hekimlerinde basılı eğitim materyalleri kullanımına ilişkin yapılan bir çalışmada; katılımcılar kaynakların net, kolay okunur olması gerektiğini belirtmiş (41). Son yıllarda tıp alanında yaşanan yenilikler,

buluşlar nedeniyle kılavuzlar güncellenmekte ve basılı materyal yerine ulaşılabilmesi için internet ortamında yayınlanmaktadır.

Sunulan çalışmada hekimlerin tıbbi kılavuz kullanmama nedenleri en sık; hasta yoğunluğunun fazla olması ve zaman kısıtlılığı, kılavuz kullanımıyla ilgili bilgilerinin az olması, aile hekimliği ile ilgili yeterli kılavuz olmamasıydı. Katılımcılar KDT uygulamalarının önündeki engellerin en sık nedenleri olarak da hasta yoğunluğu ve zaman kısıtlılığı belirtildi. Birinci basamakta günlük hasta sayısının yüksek olması, hekimin her hasta için kılavuz açıp incelemesine olanak tanımamaktadır. Literatürde de benzer şekilde, Almanya, Türkiye ve Sri Lanka'daki çalışmalar, zaman kısıtlılığını en önemli engel olarak göstermiştir (23,37,39). Kılavuzların kolay ulaşılabilir olmaması, dijital ortamda pratik entegrasyonunun yetersizliği, özellikle yoğun klinik ortamda kullanımı zorlaştırmaktadır. İnternete erişim, format karmaşıklığı veya dil bariyerleri de buna katkı sağlayabilir (19,31,41).

Bu çalışmada hekimlerin yaklaşık yarısı KDT hakkında eğitim aldığını ama klinik pratiğinde deneyime daha fazla önem verdiğini belirtti. Bu durumun nedeni KDT hakkındaki eğitimlerin içeriğinin yetersizliği, hekimlere öneminin tam anlatılamamış olması, zaman kısıtlılığının olması, hasta yoğunluğunun çok olması olabilir. Çin'de sosyal hizmet uzmanlarının kanıta dayalı uygulamaya yönelik tutumlarını inceleyen bir çalışmada KDT ile ilgili eğitim alma durumunun KDT'ye yönelik olumlu tutumu önemli ölçüde etkilediğini ortaya koymuştur (42). KDT eğitimi öncesi ve sonrası asistanların klinik karar alma yaklaşımlarını karşılaştıran bir çalışmada, eğitim sonrasındaki yaklaşımları öncesine kıyasla anlamlı ölçüde arttığını ortaya koymuştur (11). Literatürdeki çalışmalarda KDT ile ilgili eğitimin KDT uygulamalarına karşı tutumu olumlu etkisinin olduğu görülmüştür. Bu çalışmada farklı bir sonuç elde etmemizin sebebi birinci basamakta KDT hakkında bilgi eksikliği, kılavuzların güncel olmaması, pratikte yeterli zamanın olmaması olabilir.

Aile hekimlerinin çoğu tıbbi kılavuzların sağlık hizmetlerinin kalitesini artırdığını, kılavuzların uygun bir tavsiye kaynağı olduğunu, hastalar ve aileleri ile iletişimi kolaylaştırabildiği görüşündeydi. Bu ifadeye katılan hekimlerin güncel tanı ve tedavilerdeki yenilikleri uygulama konusunda daha istekliydi. Bunun nedeni tanılarının daha hızlı konması, geliştirilen yeni tedavilerin daha iyi sonuç vermesi, maliyetinin daha az olması ve hasta memnuniyetinin artışı olabilir. Malezyada aile hekimlerinin KDT hakkındaki bilgilerini araştıran bir çalışmada hekimlerin

yarisından fazlası KDT'nin hasta bakımında karar vermede uygun olduğunu, tamamına yakını KDT'nin hasta sonuçlarını iyileştirdiğini belirtmiş (43). Risahmawati ve ark.'nın 2011'de yaptığı çalışmada katılımcıların onda dokuzu KDT'nin klinik karar vermeye yardımcı olduğunu belirtmiştir (44). Wangler'in 2021'deki birinci basamak sağlık hizmetlerinde kılavuzlara verilen önemi araştırdığı çalışmasında; hekimlerin çoğu kılavuz kullanmanın hasta bakımına önemli fayda sağladığını belirtmiştir (23). KDT'nin kullanımının yaygınlaştırılması ve bu konudaki materyallerin hekimlere ulaştırılması sağlık hizmetleri kalitesini artırabilir.

Sunulan çalışmada aile hekimlerinin kanıta dayalı uygulamalara yönelik genel tutumlarının orta-üst düzeyde olumlu olduğu tespit edildi. Özellikle aile hekimlerinin yeni bilgi ve uygulamaları klinik pratiğe entegre etmeye istekli olduklarını ve kanıta dayalı yaklaşımları klinik deneyimden daha fazla önemli gördükleri saptandı. Literatürde farklı ülkelerde yapılan çalışmalar da benzer şekilde orta-yüksek düzeyde tutum puanları bildirmiştir(5,28,38,45). Türkiye'de aile hekimliği asistanlarıyla yapılan çalışmanın sonuçlarıyla büyük ölçüde örtüşen bulgularımız, aile hekimlerinin KDT'ye olumlu yaklaşımını teyit etmektedir. Ancak, pratik engellerin (zaman kısıtlılığı, hasta yoğunluğu, erişim sorunları) bu olumlu tutumların uygulamaya yansımını sınırladığı anlaşılmaktadır (8).

Bu çalışma, aile hekimlerinin KDT'ye yönelik olumlu tutumları arttıkça kılavuzların daha çok ilgilerini çektiği ve yeniliğe daha açık olduklarını, bireysel tutumların özellikle farklı uygulamaları değerlendirme ve kendi klinik yaklaşımını buna göre uyarlama ile ilişkili olduğunu kanıtlamaktadır. Mesleki çevresinin KDT tutumunu orta düzeyde algılamakta ve bireysel farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Ayrıca, kılavuzların klinik yararının fark edilmesinin yeniliğe açıklık ve bireysel ilgilenim ile ilişkili olduğu ortaya konmaktadır.

Daha kıdemli ve ileri yaştaki hekimler çoğu zaman kendi klinik deneyimlerine güvenirken, genç hekimler kılavuzlara daha yatkın olma eğilimindedirler. Sunulan çalışmada genç hekimlerin kanıta dayalı tıbbı daha fazla güvenmesi bunu desteklemektedir. Benzer bulgu Hırvatistan ve Malezya'da yapılan çalışmalarda da görülmektedir (4,43). Bunun nedeni yaşı ilerlemiş hekimlerin güncel değişiklikleri takip etme isteği veya hasta ile geçirilen zamanının az olmasından kaynaklanabilir. İran'ın İlam kentinde hekimlerin kanıta dayalı tıbbı yönelik bilgi ve tutumlarını araştıran bir çalışmada genç hekimlerin KDT hakkındaki bilgi ve tutumları daha olumlu bulunmuştur (46). Başka bir çalışmada da benzer şekilde genç hekimlerin KDT'ye daha olumlu

yaklaştığını ve kanıta dayalı müdahalelerin klinik deneyime göre daha önemli olduğunu ortaya koymuştur (28). Yaş ilerledikçe hekimin kendi pratiğinde gördüğü vaka sayısının fazla olması ve deneyimine daha çok güvenmesi, kılavuzlara ihtiyaç duymamasından, yeni müdahalelere karşı daha az meraklı olmalarından kaynaklanabilir.

Sunulan çalışmada katılan hekimlerin çoğu mesleki yeterlilik düzeyinin güncel yönergelerin uygulanmasını destekleyecek seviyede olduğunu belirtti. Ancak mesleki yeterliliği olmadığını belirten hekimlerin yeni müdahaleleri denemeye daha istekli olduğu tespit edildi. Bunun nedeni klinik deneyimin az olması ve KDT konusunda eğitimin yetersizliği olabilir. Norveç'te yapılan bir çalışmada mesleki deneyimin ve yaşın artması KDT'ye karşı tutumun daha olumsuz olduğunu göstermiştir (28). İsveç'te yapılan bir çalışmada ise mesleki deneyimi 10 yılın altında olanların kılavuzlara başvurma oranı, 20 yılın üzerinde olanlara kıyasla daha fazla tespit edilmiştir (38). Literatürdeki çalışmalarda mesleki deneyim ile KDT'ye yönelik tutum arasında farklılaşmalar olabileceği görülmüştür. Özellikle genç hekimlerin yeni bilgi ve uygulamalara daha açık olması, deneyim düzeyi ile birlikte değişen bir tutum yapısının olduğunu işaret etmektedir. Bu durum, eğitim sürecinde kanıta dayalı uygulamalara yönelik farkındalığın artırılmasının önemini vurgulamaktadır.

Bu çalışmaya katılan hem erkek hem kadın hekimlerin KDT'ye olan tutumu benzer bulundu. Dubai'deki birinci basamak sağlık hizmetlerinde kanıta dayalı tıbbın uygulanmasını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmada benzer şekilde cinsiyetin KDT farkındalığı konusunda bir fark bulunmamıştır (47).

Sahada çalışan pratisyen aile hekimlerinin, aile hekimliği uzmanlarına göre KDT'ye daha ilgili oldukları bulundu. Norveç'te yapılan bir çalışmada yüksek eğitim seviyesinin KDT'ye karşı isteği azalttığı bulunmuş ve yeni müdahalelere karşı hekimlerin isteksiz olduğu gösterilmiştir (28). Bunun nedeni aile hekimliği uzmanının tıp eğitimi üzerine uzmanlık eğitimi almış olması, pratisyen aile hekiminin ise bazı klinik durumlarda yetersiz olup bu konuda bilgiye ihtiyaç duyması olabilir.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin yaklaşık beşte dördü kentsel bölgede çalışıyordu. Çalıştığı yerin konumu hekimlerin KDT hakkındaki tutumu açısından bir farklılık göstermiyordu. Literatürdeki diğer çalışmalara baktığımızda sonuçlar benzer bulundu.

6. SONUÇ

Bu çalışma, Konya ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimlerinin tıbbi kılavuz kullanım durumlarını ve KDT uygulamaları konusundaki farkındalıklarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Literatürde KDT'ye ilişkin birçok araştırma bulunmakla birlikte, birinci basamak hekimlerine yönelik çalışmaların sınırlı olması bu çalışmayı diğer çalışmalardan ayırmaktadır.

- Genç hekimlerin KDT'ye karşı tutumlarının daha olumlu olduğu bulunmuştur.
- Mesleki deneyimi 10 yılın altında olan hekimlerin KDT hakkındaki tutumunun daha olumlu olduğu saptanmıştır.
- Hekimlerin yaklaşık yarısı KDT hakkında eğitim aldığını ifade etmiş, ancak bu eğitimin tutumlara yansımaları sınırlı kalmıştır.
- Birinci basamakta çalışan kadın ve erkek aile hekimlerinin KDT hakkında tutumunun benzer olduğu bulunmuştur.
- Pratisyen aile hekimlerinin tıbbi kılavuza daha çok ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir.
- Hekimlerin büyük çoğunluğu kentsel bölgede çalışmakta olup, yerleşim yeri faktörü KDT tutumları üzerinde anlamlı bir farka neden olmamıştır.
- Hekimlerin yaklaşık yarısı günlük pratiklerinde tıbbi kılavuz kullandığını, kılavuzlara en çok güncel bilgiye ulaşmak amacıyla başvurduklarını belirtmiştir. Kılavuzların erişilebilir olması, güncel ve anlaşılır dilde yazılması; tıbbi kılavuzlarda tercih edilen özellikler olarak öne çıkmıştır.
- Kılavuz kullanımının önündeki başlıca engeller hasta yoğunluğu, zaman yetersizliği ve bilgi eksikliği olarak tanımlanmıştır. Katılımcılar, KDT'nin hasta yönetimi ve sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde olumlu etkiler sağladığını ifade etmişlerdir.
- Bu çalışmada kullanılan KDUTÖ sonuçları, aile hekimlerinin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının genel olarak orta-yüksek düzeyde olumlu olduğunu göstermiştir. Hekimlerin kanıta dayalı uygulamalarında yeniliklere açık oldukları tespit edilmiştir. Bununla birlikte, olumlu tutumlara rağmen zaman kısıtlılığı, hasta yoğunluğu ve erişim güçlükleri bu yaklaşımın günlük pratiğe tam olarak yansıtılmasını sınırlamaktadır.

7. ÖNERİLER

Aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp konusundaki farkındalıklarının değerlendirilmesi, tıbbi kılavuzlara ihtiyaç durumu, yeni tedavi ve uygulamalara yönelik tutumlarının ortaya konmasını amaçlayan bu çalışma; aile hekimlerinin KDT'ye yönelik olumlu tutumlarına rağmen günlük pratikte uygulamada çeşitli engeller bulunduğunu göstermektedir. Öncelikli olarak aile hekimlerine yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir. Eğitimlerin yalnızca teorik değil, klinik pratikte kullanılabilir ve uygulamalı içeriklerle desteklenmesi, tıbbi kılavuzların aile sağlığı merkezlerinde kullanılan aile hekimliği sistemlerine entegre edilmesi hekimlerin KDT'nin önemini daha iyi kavramasını ve günlük karar süreçlerinde etkin biçimde kullanmasını sağlayacaktır.

KDT'nin aile hekimleri tarafından daha fazla benimsenebilmesi için güncel, erişilebilir ve anlaşılabilir tıbbi kılavuzların hazırlanması büyük önem taşımaktadır. Özellikle aile hekimliği alanına özgü kılavuzların oluşturulması ve bunların Türkçe, anlaşılır bir dille hekimlerin kullanımına sunulması kılavuzlara başvurma oranını artıracaktır.

Hasta yoğunluğu ve zaman kısıtlılığı, hekimlerin KDT uygulamalarını sınırlayan en önemli engellerden biridir. Bu sorunun çözümüne yönelik olarak birinci basamakta hekim başına düşen hasta sayısının azaltılması, hekimlerin tıbbi kılavuzları incelemek ve uygulamak için yeterli zaman bulabilmelerine katkı sağlayacaktır. Bunun yanı sıra kılavuzların pratik, özet ve hızlı kullanılabilecek formatlarda hazırlanması hekimlerin yoğun klinik ortamlarında KDT'ye daha kolay başvurabilmelerine imkân sağlayacaktır.

Son olarak, KDT'nin sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırıcı etkilerinin hekimlere daha fazla anlatılması, farkındalık çalışmalarının artırılması gereklidir. Bu amaçla başarılı uygulama örneklerinin paylaşılması, hekimler arasında deneyim aktarımına olanak tanıyacak platformların oluşturulması ve akademik kurumlarla iş birliği içinde KDT araştırmalarına daha fazla kaynak ayrılması önemlidir. Böylelikle KDT'nin yaygınlaştırılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde standart bir yaklaşım haline gelmesi mümkün olacaktır.

8. KAYNAKLAR

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal Publishing Group; 1996. p. 71-2.
2. Tracy CS, Dantas GC, Upshur RE. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. BMC family practice. 2003;4(1):6.
3. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? Bmj. 2014;348.
4. Nejašmić D, Vrdoljak D, Bralić Lang V, Borovac JA, Marušić A. Awareness, attitudes, barriers, and knowledge about evidence-based medicine among family physicians in Croatia: a cross-sectional study. BMC family practice. 2020;21(1):88.
5. Aarons GA. Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). Mental health services research. 2004;6(2):61-74.
6. Thomas RE, Kreptul D. Systematic review of evidence-based medicine tests for family physician residents. Family medicine. 2015;47(2).
7. Yan W, Chen Q, Zhang X, Elovainio M, Huang Y. The Chinese version of attitudes towards guidelines scale: validity and reliability assessment. BMC medical research methodology. 2019;19(1):40.
8. Ayhan Başer D, Ağadayı E, Gönderen Çakmak S, Kahveci R. Adaptation of the evidence-based practices attitude scale-15 in Turkish family medicine residents. International Journal of Clinical Practice. 2021;75(8):e14354.
9. Guyatt G, Cairns J, Churchill D, Cook D, Haynes B, Hirsh J, et al. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. jama. 1992;268(17):2420-5.
10. Burns PB, Rohrich RJ, Chung KC. The levels of evidence and their role in evidence-based medicine. Plastic and reconstructive surgery. 2011;128(1):305-10.
11. Kariman Z, Kojuri J, Sagheb MM, Mahboudi A, Saber M, Amini M, et al. Comparison of residents' approaches to clinical decisions before and after the implementation of Evidence Based Medicine course. Journal of Advances in Medical Education & Professionalism. 2014;2(4):170.
12. Akobeng AK. Principles of evidence based medicine. Archives of disease in childhood. 2005;90(8):837-40.
13. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. Bmj. 1995;310(6987):1122-6.
14. Suçin S. Kanıta dayalı tıp nedir? EKEV Akademi Dergisi. 2006;10(28):319-332.

15. Murad MH, Asi N, Alsawas M, Alahdab F. New evidence pyramid. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2016;21(4):125-7.
16. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *Bmj*. 2008;336(7650):924-6.
17. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of clinical epidemiology*. 2011;64(4):401-6.
18. Kanıta Dayalı Tıp Derneği. Kanıta Dayalı Tıp Derneği [internet sitesi]. Erişim tarihi: 31 Ağustos 2025. Erişim adresi: <https://www.kanitadayalitip.org.tr/>
19. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *Bmj*. 1999;318(7182):527-30.
20. Medicine Io, Guidelines CoCP, Lohr KN, Field MJ. *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use*: National Academies Press; 1992.
21. Rao TS, Tandon A. *Clinical practice guidelines: Principles for clinical practice*. Medknow; 2017. p. S5-S6.
22. Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies (2019)2019.
23. Wangler J, Jansky M. What is the significance of guidelines in the primary care setting? Results of an exploratory online survey of general practitioners in Germany. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2021;171(13):321-9.
24. Guerra-Farfan E, Garcia-Sanchez Y, Jornet-Gibert M, Nuñez JH, Balaguer-Castro M, Madden K. Clinical practice guidelines: the good, the bad, and the ugly. *Injury*. 2023;54:S26-S9.
25. Jones ES, Rayner BL. The importance of guidelines. *Cardiovascular Journal of Africa*. 2014;25(6):296.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Yayınlarımız [internet sayfası]. Erişim tarihi: 31 Ağustos 2025. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yayinlarimiz.html>
27. Hollon SD, Areán PA, Craske MG, Crawford KA, Kivlahan DR, Magnavita JJ, et al. Development of clinical practice guidelines. *Annual review of clinical psychology*. 2014;10(1):213-41.
28. Egeland KM, Ruud T, Ogden T, Lindstrøm JC, Heiervang KS. Psychometric properties of the Norwegian version of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS): to measure implementation readiness. *Health research policy and systems*. 2016;14(1):47.
29. Nelson TD, Steele RG. Predictors of practitioner self-reported use of evidence-based practices: Practitioner training, clinical setting, and attitudes toward research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2007;34(4):319-30.

30. WONCA Europe. The European Definition of General Practice / Family Medicine, 2023 edition [internet]. WONCA Europe; Revised 2023. Prepared for WONCA Europe [Erişim tarihi: 31 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf
31. Ingemansson M, Bastholm-Rahmner P, Kiessling A. Practice guidelines in the context of primary care, learning and usability in the physicians' decision-making process—a qualitative study. *BMC family practice*. 2014;15(1):141.
32. McWhinney IR. The Family Physician. In: Rakel RE, Rakel DP, editors. *Textbook of Family Medicine*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016. p. 3-13.
33. Pather MK, Mash R. Family physicians' experience and understanding of evidence-based practice and guideline implementation in primary care practice, Cape Town, South Africa. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*. 2019;11(1):1-10.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 [internet sayfası]. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 07 Mayıs 2025 [erişim tarihi: 31 Ağustos 2025]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html>
35. Khoja TA, Al-Ansary LA. Attitudes to evidence-based medicine of primary care physicians in Asir region, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. 2007;13(2):408-19.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 yayınlanmıştır [İnternet sayfası]. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2020 . Erişim Tarihi: 14 Eylül 2025 <https://www.saglik.gov.tr/TR-89801/saglik-istatistikleri-yilligi-2020-yayinlanmistir.html>
37. Kahveci R, Meads C. Is primary care evidence-based in Turkey? A cross-sectional survey of 375 primary care physicians. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2009;2(4):242-51.
38. Santesson AHE, Holmberg R, Bäckström M, Gustafsson P, Jarbin H, Perrin S. Clinician attitudes towards adoption of evidence-based practice: a nationwide multiprofessional cross-sectional study of child and adolescent mental health services in Sweden. *BMC Health Services Research*. 2024;24(1):1432.
39. Abeysena C, Jayawardana P, Wickremasinghe R, Wickramasinghe U. Evidence-based medicine knowledge, attitudes, and practices among doctors in Sri Lanka. *Journal of evidence-based medicine*. 2010;3(2):83-7.
40. Cifci I, Koc EM. Factors Affecting Family Physicians' Use of Clinical Practice Guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2025;31(5):e70228.

41. Grudniewicz A, Bhattacharyya O, McKibbon KA, Straus SE. User-centered design and printed educational materials: a focus group study of primary care physician preferences. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2016;36(4):249-55.
42. Kim M. Exploring factors influencing social workers' attitudes toward evidence-based practice: a Chinese study. *International Social Work*. 2022;65(5):912-26.
43. Zanaridah MN, Norhayati MN, Rosnani Z. Knowledge, attitude and practice of evidence-based medicine among primary care practitioners in Malaysia: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2021;11(6):e044372.
44. Risahmawati RR, Emura SS, Nishi TT, Koizumi SS. Japanese resident physicians' attitudes, knowledge, and perceived barriers on the practice of evidence based medicine: A survey. *BMC research notes*. 2011;4(1):374.
45. Arnadottir SA, Gudjonsdottir B. Icelandic physical therapists' attitudes toward adoption of new knowledge and evidence-based practice: cross-sectional web-based survey. *Physical therapy*. 2016;96(11):1724-33.
46. Rashidbeygi M, Sayehmiri K. Knowledge and attitudes of physicians towards evidence based medicine in Ilam, Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2013;15(9):798.
47. Albarrak AI, Abdulrahim SAA, Mohammed R. Evaluating factors affecting the implementation of evidence based medicine in primary healthcare centers in Dubai. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2014;22(3):207-12.

EK 1. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

Aile Hekimlerinin Tıbbi Kılavuz Kullanma Durumları ve Kanıta Dayalı Tıp Konusundaki Tutumları: Kesitsel Bir Çalışma

Sayın Katılımcı,

Aşağıda size yönlendirilen sorular etik kurul onaylı bir tez çalışması kapsamında; aile hekimlerinin tedavi kılavuzları ve kanıta dayalı tıp uygulamaları konusunda tutumlarını değerlendirmek amacı ile hazırlanmıştır. Ankette isminiz yer almayacaktır ve tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Soruları size uygun yanıtları doldurarak ve kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayabilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: [] Kadın [] Erkek

3. Unvan: [] Aile hekimi [] Aile hekimliği uzmanı

4. Meslekte geçirilen süre(yıl).....

5. Biriminize kayıtlı toplam nüfus sayısı.....

6.Çalıştığınız kurumda kendiniz günlük ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?.....

7. Çalıştığınız yerin konumu: [] Kırsal [] Kentsel

8. Günlük pratiğinizde tıbbi kılavuzları kullanıyor musunuz?

[] Evet [] Hayır [] Bazen

Yanıtınız hayır ise 14. Soruya geçiniz.

9. Tıbbi kılavuzları ne sıklıkla kullanırsınız?

[] Her zaman [] Çoğunlukla [] Ara sıra [] Hiçbir zaman

10. Tıbbi kılavuzları ne amaçla kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

[] Tanı koymak [] Tedavi etmek [] Güncel bilgi edinmek

[] Diğer (lütfen belirtiniz).....

11. Tıbbi kılavuzlardan edindiğiniz bilgi hasta ile ilgili kararınızı etkiliyor mu?

[] Evet [] Hayır [] Bazen

12. Son üç ayda, hastanızın klinik yönetimindeki bir sorunu çözmek için kaç kez bir tıbbi kılavuza başvurduunuz?

[] Hiç [] Bir kere [] 2-3 kez [] 4 kez veya daha fazla

13. Günlük pratiğinizde en sık hangi tıp alanında bir kılavuza başvurma ihtiyacı duyuyorsunuz? (Dahiliye, Cerrahi, Cildiye vb.)

14. 8. Soruya yanıtınız Hayır ise tıbbi kılavuzları kullanmama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

[] İnternet hızı yetersiz [] Hasta yoğunluğu fazla [] Kılavuzlarla ilgili bilgim yok

[] Maliyeti fazla [] İhtiyaç duymuyorum [] Kılavuzların yabancı dilde olması

[] Aile hekimliği ile ilgili yeterli kılavuz yok [] Diğer.....

15. Tıbbi kılavuzları kullanırken aşağıdakilerden hangisi/hangilerine dikkat edersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Son beş yıl içine yayınlanmış olmasına Erişebilir olmasına
 Renkli olmasına Şematik algoritmik olmasına
 Kısa olmasına Dilinin anlaşılabilir olmasına
 Hazırlayan kurum ve kişilere Kendi içinde tutarlı olmasına
 Basılı olarak elimde olmasına Diğer.....

Belirtilen ölçeği kullanarak aşağıdaki tutumlara hangi ölçüde katıldığınızı işaretleyiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Kılavuzlar eğitim araçları olarak kullanışlıdır.					
Kılavuzlar uygun bir tavsiye kaynağıdır.					
Kılavuzlar hastalar ve aileleri ile iletişimi kolaylaştırabilir.					
Kılavuzlar sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir.					
Kılavuzlar bilimsel kanıtlara dayanmaktadır.					
Kılavuzlar uzmanlar tarafından yapılır.					
Mesleki yeterliliğim, en son yönergeleri benimsemek için yetersiz.					
Kılavuzları bulmak zordur.					
Kılavuzlara ulaşmak maliyetlidir.					

Takip eden kısımdaki sorular aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp hakkında bilgi ve tutumları ile ilgili sorular içermektedir.

16. Kanıta dayalı tıp uygulamaları hakkında daha önce eğitim aldınız mı?

- Evet Hayır Hatırlamıyorum

17. Kanıta dayalı tıba yönelik tutumunuzu nasıl derecelendirirsiniz?

(Son derece olumsuz) 1 2 3 4 5 (Son derece olumlu)

18. Aile hekimlerinin çoğunun kanıta dayalı tıba karşı tutumunu nasıl derecelendirirsiniz?

(Son derece olumsuz) 1 2 3 4 5 (Son derece olumlu)

19. Klinik uygulamanızın yüzde kaçının kanıta dayalı olduğunu düşünüyorsunuz?

%.....

20. Sizce hastaların günlük yönetiminde kanıta dayalı tıp uygulamaları ne kadar yararlı derecelendirirsiniz?

(Kesinlikle Yararsız) 1 2 3 4 5 (Kesinlikle Yararlı)

21. Sizce kanıta dayalı tıp uygulamaları kullanımının önündeki engeller nelerdir?

Takip eden kısımdaki sorular yeni tanı, müdahaleler ve tedavileri kullanmak hakkında bakış açınızı sorgulamaktadır. **Kılavuzlaştırılmış tedavi**; bir kılavuzda ana hatlarıyla belirtilen ve/veya yapılandırılmış/önceden belirlenmiş bir şekilde izlenecek spesifik kılavuzlara ve/veya bileşenlere sahip herhangi bir müdahaleyi ifade eder.

Belirtilen ölçeği kullanarak her bir ögeyi ne ölçüde kabul ettiğinizi belirten kutuyu işaretleyiniz					
0	1	2	3	4	
Asla	Küçük Ölçüde	Orta Ölçüde	Büyük Ölçüde	Çok Büyük Ölçüde	
1. Hastalarımaya yardımcı olmak için yeni tedavi/müdahale türlerini kullanmayı severim	0	1	2	3	4
2. Bir tedavi kılavuzunu takip etmem gerekse bile, yeni tedavi / müdahale türlerini denemeye hazırım	0	1	2	3	4
3. Hastalarımaya nasıl bakım vereceğimi akademik araştırmacılarından daha iyi bilirim	0	1	2	3	4
4. Araştırmacılar tarafından geliştirilen yeni ve farklı tedavi/müdahale türlerini kullanmaya hazırım	0	1	2	3	4
5. Bilimsel araştırmaya dayalı tedaviler / müdahaleler klinik olarak yararlı değildir	0	1	2	3	4
6. Klinik deneyim, kılavuzlaştırılmış tedavi / müdahaleler kullanmaktan daha önemlidir	0	1	2	3	4
7. Kılavuzlaştırılmış tedavi / müdahaleleri kullanmam	0	1	2	3	4
8. Alıştığımından çok farklı olsa bile yeni bir tedavi / müdahale denerim	0	1	2	3	4
9–15. sorular için: Sizin için yeni olan tedavi veya müdahale eğitimi alsaydınız, aşağıdaki durumlarda bunu benimseme olasılığınız:					
9. Sezgisel olarak çekici olsaydı?	0	1	2	3	4
10. Size “mantıklı” gelmiş olsaydı?	0	1	2	3	4
11. Amiriniz tarafından talep edilseydi?	0	1	2	3	4
12. İş yeriniz tarafından talep edilseydi?	0	1	2	3	4
13. Devletiniz tarafından talep edilseydi?	0	1	2	3	4
14. Bunu kullanan iş arkadaşlarımız memnun olsaydı?	0	1	2	3	4
15. Doğru kullanmak için yeterli eğitim aldığımızı hissetseydiniz?	0	1	2	3	4

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:174

Toplantı Tarihi: 28 Nisan 2023

Karar Sayısı:2023/4292: (13815) N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ'ın "Aile Hekimlerinin Tedavi Kılavuzlarını Kullanma Durumları ve Kanıta Dayalı Tıp Konusundaki Tutumları: Kesitsel Bir Çalışma" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili 10.04.2023 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü. Arş. Gör. Dr. Elif Burcu DENİZLER'in uzmanlık tez çalışmasının N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ'ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.
Not: Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.
Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ
Yardımcı Araştırmacılar: Arş. Gör. Dr. Elif Burcu DENİZLER, Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

ASLI GİBİDİR
28.04.2023

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı