

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ESKİŞEHİR'DE BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN
GÜNCEL TIBBİ BİLGİYE ERİŞİMLERİ VE KLİNİK
KARAR SÜRECİNDE KULLANIMLARI**

Dr. Fatih YÜKSEL

**Aile Hekimliği
Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ESKİŞEHİR
2010**

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ESKİŞEHİR'DE BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN
GÜNCEL TIBBİ BİLGİYE ERİŞİMLERİ VE KLİNİK
KARAR SÜRECİNDE KULLANIMLARI**

Dr. Fatih YÜKSEL

**Aile Hekimliği
Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Murat ÜNALACAK**

**ESKİŞEHİR
2010**

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Fatih YÜKSEL'e ait "Eskişehir'de Birinci Basamak Hekimlerinin Güncel Tıbbi Bilgiye Erişimleri ve Klinik Karar Sürecinde Kullanımları" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 18.08.2010

Jüri Başkanı Prof.Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Doç.Dr. Murat ÜNALACAK
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. Çağrı Ener DİNLEYİCİ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun2010
Tarih ve Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Zübeyir KILIÇ
Dekan

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında yönlendirmeleri ile destek veren, yapıcı eleştirileriyle yol gösteren, yazdığım cümleleri sabırla okuyup düzelten danışmanım ve hocam Doç. Dr. Sayın Murat ÜNALACAK'a ve tezimin tamamlanmasında her türlü desteği sağlayan, benim aile hekimliği uzmanlığı almama vesile olan, uzmanlık eğitimimin yanında her türlü sosyal, bilimsel ve kişisel desteğiyle motivasyonumu ayakta tutmamda varlığını her zaman yanımda hissettiğim, kişiliği ve erdemli duruşuyla örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Sayın İlhami ÜNLÜOĞLU'na teşekkürlerimi birer borç biliyorum. Tezimin sağlık çalışanlarına ulaşmasında yardımları olan Eskişehir İl Sağlık Müdürü Uzm. Dr. Sayın Hüseyin Seyhan FİDAN'a, çalışmamızın yapıldığı dönemde Eskişehir İl Sağlık Müdür Yardımcısı olan Dr. Sayın Kanber CİRİT'e ve Aile Hekimi Uzm. Dr. Sayın Kazım TIRPAN'a büyük teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Yüksel, F. Eskişehir’de Birinci Basamak Hekimlerinin Güncel Tıbbi Bilgiye Erişimleri ve Klinik Karar Sürecinde Kullanımları. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2010. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hergün giderek artmakta olan bilgi yükünü takip etmesi mümkün gözükmemektedir. Birçok uzmanlık alanında yayımlanan yayınlar, bir şekilde birinci basamak hizmeti sunan hekimleri ilgilendirmektedir. Buna karşın, hekimlerin tıp eğitimi döneminde ve sonrasında kendini güncel tutma becerisini elde edeceği bir eğitim sistemi de bulunmamaktadır. Kanıta dayalı tıp kavramı olarak tarif edilen ve son yıllarda önemi giderek artan, bilgiyi edinme ve değerlendirme yetisinin hekimlere kazandırılması, bilgi yükünün arttığı bu günlerde kaçınılmaz olmuştur. Bu çalışmada, Eskişehir ilinde aile hekimliği uygulamasının başlamasıyla beraber, hekimlerin güncel kalabilme ve bilimsel alt yapılarını geliştirebilme yönleriyle nasıl bir değişimde olduğunu incelemeyi amaçlayarak; güncel bilgiye erişim davranışları, araştırmalara olan ilgi, sürekli tıp eğitimi konusundaki görüşler ve güncel bilgiyi elde etmede hekimlerce önerilen yöntemler sorgulanmıştır. Çalışmada aile hekimliği uygulamasının, hekimlerin bilimsel davranışlarında iyileşme oluşturmadığı, fakat farkındalık sağladığı anlaşılmıştır. Hekimlerin sürekli tıp eğitiminin olması gerekliliğini savunduğu ve bu konuda yabancı dilde olmayan, kolay ulaşılabilir ve özet bilgi sağlayıcıların gerekliliğini önerdikleri anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, birinci basamak, kanıta dayalı tıp, güncel bilgi

Destekleyen Kurumlar: Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü

ABSTRACT

Yuksel, F. Medical Current Information Seeking Behaviour and Using it in Clinical Decision Making Process among Primary Care Physicians in Eskisehir. Eskisehir Osmangazi University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Speciality Thesis, Eskisehir, 2010. It seems impossible for physicians in primary care to follow the progressively increasing load of medical information. Numerous publications in several disciplines are, in a way, relevant for primary care. Despite that, during the medical faculty and afterwards, there is not any educational activity to get the skill of keeping up to date. It is inevitable for physicians to get information seeking, getting and appraisal skill, with increasing importance in last years, which is defined as the evidence based medicine. It is aimed to examine the ability of family physicians to keep up to date and also how their scientific background changed with the beginning of family medicine practice in Eskisehir. Information seeking behaviour, interest about researches, opinions about continuous medical education and the ways recommended by the physicians about obtaining medical information had been asked. It has been agreed that, family medicine implementation has not made improvement in physicians' scientific behaviours, but awareness. It has appeared that physicians think that the sources of information that are in native language, easy accessible and summarized, are needed.

Key Words: family medicine, primary care, evidence based medicine, updated information

Supported by: Provincial Health Directorate of Eskisehir

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hekimlerin Bilgiye Erişimi	3
2.2. Kanıta Dayalı Tıp	8
2.2.1. Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi	17
2.3. Aile Hekimliği	18
2.4. Türkiye’de Kanıta Dayalı Tıp ve Aile Hekimliği	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	23
3.1. Veri Tipi ve Etik Kurul	23
3.2. Formun İçeriği	23
4. BULGULAR	26
4.1. Demografik Dağılım	26
4.2. Çalışma Yoğunluğu	27
4.3. İnternet, Bilimsel Aktivite ve İngilizce	27
4.4. Kanıta Dayalı Tıp ve Sağlık Teknolojilerini Değerlendirme Kavramları	28
4.5. Literatür Tarama ve Yayın Değerlendirme	28
4.6. Çözüm Önerileri	37
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
KAYNAKLAR	60
EKLER	75
EK 1: Anket formu	75

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAFP	American Association of Family Physicians
ACP	American College of Physicians
BMJ	The British Medical Journal
CCTR	Cochrane Controlled Trials Register
DARE	Database of Reviews of Effects
EBM	Evidence Based Medicine
EMBASE	The Excerpta Medica database
EURACT	The European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine
GP/FM	General Practitioner/Family Physician
GRADE	The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HTA	Health Technology Assessment
IF	Impact Factor
KDT	Kanıtı Dayalı Tıp
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NCBI	National Center for Biotechnology Information
NEJM	The New England Journal of Medicine
PDA	Personal Digital Assistant
PICO	Population, Intervention, Comparison, Outcome
PIER	The Physicians' Information and Education Resource
POEM	Patient-Oriented Evidence that Matters
RCT	Randomized Controlled Trial
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SPG/CPD	Sürekli Profesyonel Gelişim / Continuous Professional Development
STD	Sağlık Teknolojilerini Değerlendirme
STE	Sürekli Tıp Eğitimi
TAHUD	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TAHYK	Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu
TUS	Tıpta Uzmanlık Sınavı
ULAKBİM	Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi

USPSTF United States Preventive Services Task Force
WONCA World Organization of National Colleges

ŞEKİLLER

	Sayfa
2.1. İlerleyen yıllarda KDT kavramının uluslararası literatürde görülmesi	9
2.2. En doğru kanıtı elde etmek için taranan veriler soruyu doğru karşılıyor mu?	14
2.3. Sağlık sisteminde sağlık teknolojilerinin değerlendirmesinin yeri	18
4.1. Çalışmaya katılan birinci basamak hekimlerin birinci basamak hizmetlerde geçirdikleri süreye göre dağılımı	26
4.2. Hekim sayısının günde ortalama bakılan hasta sayısına göre dağılımı	27
4.3. Hekimlerin KDT ve STD hakkındaki görüşleri	28
4.4. Literatür tarama ve yayın değerlendirme	29
4.5. Hekimlerin faydalandıkları yayınların kanıt derecesini ölçmelerindeki temel etkenlerin hekim sayısına göre dağılımı	30
4.6. Güncel bilgiye erişim için faydalanılan kaynaklara göre hekim sayısı dağılımı	31
4.7. Birinci basamak hekimlerinin güncel bilgi kaynaklarının kullanımına dair fikirleri	32
4.8. Faydalanılan güncel bilgi kaynaklarına verilen olumlu (olabilir, katılıyorum ve kesinlikle olmalı) yanıtların dağılımı	34
4.9. Hekimlerin KDT uygulamalarına engel olabilecek etkenlere verdiği yanıtların dağılımı	35
4.10. Hekimlerin takip ettiği süreli yayınlar ve takip etme sıklığı	37
4.11. Güncel bilgiye erişimde kolaylık sağlama ve birinci basamakta kaliteyi artırma yollarına göre hekimlerin dağılımı	38

TABLolar

	Sayfa
2.1. Öğrenci merkezli öğrenmenin özellikleri	4
2.2. Hekimler tarafından kullanılan bilgi kaynakları (21)	7
2.3. Kanıt kaynakları ve değerlendirilmesi (67)	12
2.4. Kanıta dayalı tıpta sorunun bileşenleri (67)	13
2.5. Kanıta dayalı tıpta soruya göre ulaşılması gereken çalışma dizaynı (67)	13
2.6. Literatürde, çalışmaların derecelendirmesinde kullanılan sistemlerin kriterlerinin değerlendirilmesi (tablolar kaynağından alınıp birleştirilmiştir) (69)	15
2.7. GRADE önermeleri (76)	16
2.8. Genel pratisyenlik/aile hekimliği disiplinin karakteristikleri (88)	19
4.1. Birinci basamak hekimlerinin güncel bilgi kaynaklarının kullanımına dair fikirleri	33
4.2. Hekimlerin KDT uygulamalarına engel olabilecek etkenlere verdiği yanıtların dağılımı	34
4.3. Hekimlerin takip ettiği süreli yayınların, hekimler tarafından takip edilme sıklığı ve faydalanma durumu	36
4.4. Güncel bilgiye erişimde kolaylık sağlamak ve birinci basamakta kaliteyi artırmak için ileriye dönük düşüncelerin hekimler tarafından değerlendirilme yüzdeleri	39
5.1. Almanya'da, birinci basamakta çalışan hekimlerin kullandıkları kaynakların dağılımı (155)	53

1. GİRİŞ

Tıp biliminin zamanla gelişmesi ve uzmanlık alanlarının artarak bilginin geniş yelpazeye yayılması nedeniyle, günümüz tıp eğitiminin müfredatına tüm bilgilerin sığdırabilmesi olanaksız hale gelmiştir (1). Kesintisiz olarak eğitim sürecinde bulunan hekimler, fakülteye başlamalarından itibaren, hayat boyu bu kültürü bilinçli olarak taşımalıdırlar. Her gün karşılaşılan vakalar, paylaşılan tecrübeler, hekimlere mesleğinden ötürü yönlendirilen sorular ve akla gelen fikirler, problemler gibi, bazen çevreden, bazen de kişinin kendinden gelen uyarılarla tıp eğitimi, hekimin içinde her zaman canlılığını korumaktadır.

Eğitim sürecine bütün bilgilerin sığdırılamaması, zamanla unutulabilir olması, ayrıca bilgilerin her beş yılda bir iki katına çıktığının öngörülmesi nedeniyle, her bir hekime güncelliğini koruyarak, en azından teorik anlamda kendine yetebilme mekanizmasını, tıp eğitimi sırasında kazandırma gerekliliği bulunmaktadır (2). Böylelikle, değişen sistem ve politikaların yanında, hasta kayıt sistemlerinde de, hasta hizmetlerinde de sağlık çalışanı, değişimlere kolaylıkla uyum sağlayabilecektir.

Birçok çalışmada, mezuniyet öncesi tıp eğitimi, bu eğitimin mezuniyet sonrasına projeksiyonu konularının önemi vurgulanmış, ayrıca mezuniyet sonrası bilginin güncel ve sağlam temellere dayanması için sürekli tıp eğitiminin önemi de detaylı olarak incelenmiştir (3). Ülkemizde, hiçbir tıp disiplinde, hekimlerin güncel bilgiyi taşımaları konusunda bir zorunluluk henüz bulunmamaktadır. Prensip olarak, geleneksel eğitim modeliyle, bilgi, öğrenciye o anda dayatıldığından, öğrenci, bilgi kaynaklarını tespit etme ihtiyacını yaşamamakta ve kaynaklardan faydalanma sırasında da, değerlendirme ve klinik uygulamalarında da, bu kaynaklara göre hareket etme sürecini hiç tecrübe edememektedir. Böylece tıp fakültesi eğitimi sürecinde, mezuniyet sonrası kendini geliştirme yetisi kazanılamayarak, hızla değişmekte olan bilgilerin yakalanması zorlaşmaktadır (4). Bunun farkına varan ülkeler, hekimlerini, sürekli tıp eğitimi akreditasyonu uygulaması yoluyla, öğrencilikten başlayarak profesyonel hayatlarına uzanan bir eğitim sürecine sokmuşlardır.

Özellikle multi-disipliner bakış açısıyla sağlık hizmeti veren birinci basamak hekimlerinin, bütün disiplinlerdeki güncel bilgi yoğunluğunu takip etmesinin zorluğu

nedeniyle çözüm seçenekleri üzerindeki çalışmalar yoğunlaşmıştır (5-7). Ülkemizde de bu konu hakkında çalışmalar ve derleme yazılar bulunmaktadır (8-11). Yeni uygulamada, aile hekimlerinin de ilişkili olduğu her bir disiplinle ilgili yeni gelişmeleri ve kritik bilgileri klinik pratiğe doğru zamanda geçirme gerekliliği vardır. Bunun mevcut sistemde uygulanması yöntemine dair sadece bir adet, yayınlanmış tez çalışması bulunmaktadır (12).

Birinci basamak hekimlerinin araştırma kültürünün gelişmesi, hekimlerde güncel bilgiye ulaşma ve güncel bilgi oluşturmayı da sağlayacaktır. Birinci basamak alanındaki yayınlar hakkında yapılan bir tez çalışmasında, kalitatif değerlendirme yapılmak istenmiştir. Buna göre, 2000'li yıllarda uygulamanın başlamasıyla beraber bilimsel yayınlarda artış görülmüştür. Yapılan yorumlara göre; araştırma yapmanın, bakımı iyileştirme ve yenilikler sunma açısından gerekli olduğu belirtilmiş ve bu şekilde de aile hekimliği disiplininin mevcudiyetinin öneminin gösterilebileceği, günlük uygulamalarda kalitenin artacağı vurgulanmıştır (13).

Bu tez çalışmasında elde edilen verilerle, aile hekimliği uygulamasına geçen öncelikli pilot şehirlerden olan Eskişehir ilindeki birinci basamak hekimlerinin tıbbi bilgilerde kendilerini nasıl güncel tuttıkları, hangi kaynaklardan faydalandıkları, kaynakları hangi kriterlere göre değerlendirdikleri ve uygulamaya geçirdikleri ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ayrıca birinci basamak hekimlerinin güncelleme çabalarına paralel olarak klinik araştırmalara müdahil olup olmadıkları ve araştırma yapıp yapmadıkları da incelenmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre amacımız, aile hekimliği uygulaması sunan birinci basamak sağlık hizmetlerinin bilimsel kalitedeki hizmet sunumlarını ortaya koyma yoluyla, mevcut durumu göz önüne alarak, çözüm yöntemleri konusunda hekimlerden de görüş alarak gereken uygulama ve geliştirme yöntemlerini ortaya çıkarmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hekimlerin Bilgiye Erişimi

Eğitim ile ilgili çoğu fikir yeni değildir, fakat eski fikirleri herkes bilmez.

Euclid, Circa MÖ 300

Tıp eğitimi farklı ülkelerde çeşitli şekillerde sunulmaktaysa da temeli usta-çırak ilişkisine dayanan bir meslek olan hekimliğin, tecrübeye ve geniş alana yayılmış bir bilgi zeminine oturmuş olması nedeniyle ömür boyu süregelen bir eğitim ve sağlık hizmetinin sunulduğu konuma göre odaklanma gerektirmektedir. Hekimlerin bilgiye erişimi hakkında literatürde birçok araştırma yazıları ve derleme yayınlar bulunmaktadır.

Öğrenci/eğitilen odaklı öğrenme, çağdaş tıp eğitiminde en sık kullanılan terimlerden bir tanesidir. Tıp eğitiminin bütün evrelerine ve boyutlarına uygulanabilmektedir. Müfredat planlaması, ders sistemleri, öğrenci değerlendirilmesi, internet teknolojisinin uygulanması, hatta sınıf düzeni bu kavramın kullanılabileceği alanlardır. Öğrenci odaklı eğitimi savunanlar, bu öğrenme metoduyla, geleneksel yöntemin ve eğitim metotlarının boşluklarını rahatlıkla görebilmişlerdir. Bu yöntemle öğrenci, öğrenilmesi gereken noktaları bağımsız olarak sentezleyerek kalıcı hale getirmektedir. Böylece, kliniğinde karşılaşacağı problemlerdeki tutumu için de analitik düşünce kabiliyetini geliştirmiş olur. Eğiticinin rolü, geri bildirim yapmak, değerlendirmek ve yönlendirmektir, yani öğrenilmesi gereken noktalarda 'farkındalık' oluşturmaktır (2).

Eğitici ile eğitilen odaklı öğrenmenin farkı, (bilgiyi) itmeye karşılık çekme olarak özetlenebilir. Geleneksel yöntemde bilgiler seçeneksiz olarak sunulur ve beklentiye girilirse de eğitilen odaklı eğitimde gerekli içeriğin seçimi ve incelenmesi otonomisi öğrenciye verilerek aynı zamanda eğitimde motivasyonu kazandırır (2).

Tablo 2.1. Öğrenci merkezli öğrenmenin özellikleri

-
- Öğrenme aktif ve kişiye özeldir
 - Olumlu geri bildirim ve keşifler öğrenmeyi hızlandırır
 - Öğrenme motivasyonu içerdendir
 - Öğrenme aktivitesi sosyal ve işbirliğiyle olduğu gibi kişiseldir
 - Eğitici kolaylaştırıcı görevindedir
 - Öğrenme, öğrenci ve öğretmen arasında paylaşılmış ve ortak bir aktivitedir
 - Öğrenci (öğretmen desteğiyle) kendi hedefini, hedefe ulaşma metodunu ve değerlendirme işlemini belirler
 - Beceri, öğrenmeyi daha da ilerletir
-

Bu yöntemin öğrencide özgüven sağlaması, kişisel gelişiminde güncel tıp yaklaşımını canlı tutmasına yardımcı olacaktır. Fakat geleneksel yöntemin değişimine tıp camiasında direnç ister istemez gelişmektedir. Baskınlığını kaybetmek istemeyen öğretmenler, değişime karşı pozisyon alırlar. Öğrenci de kişisel tedirginliklerini aşamaması nedeniyle geleneksel yöntemin dışına çıkarak özgür davranmamakta, çekingen davranmaktadır. Bu nedenle öğretmen ve öğrencinin eğitim metodundaki rolleri çizilmeli, buna yönelik eğitim verilmelidir.

Çeşitli araştırma grupları tarafından, hekimlerin öğrenmeye yönelme ilgileri birbirinden bağımsız olarak, *özümlü* probleme yönelik ve *genel* probleme yönelik olarak ikiye ayrılmıştır. Jenett ve arkadaşları literatürü değerlendirirken öğrenme biçimlerini, 'özümlü' problemleri çözmeye yönelik olarak "*yarı-yapısal*" (*semi-structured*) (ör. kolayca erişilebilir dergiler veya meslektaşlar yoluyla) ve bilginin 'genel' yapısında iyileşmeye yönelik olarak "*formal*" (ör. planlanmış eğitim projeleri veya uzmanlık toplantılarının kursları yoluyla) olarak iki biçimde tanımlamıştır (14). Bir derleme makalede; bilgi ihtiyacı ortaya çıktığında hekimlerin devamlı olarak iki kaynaktan faydalandığı, bunların da kitaplar ve meslektaşlar olduğu ifade edilmektedir. (15). Hekimler, hastaya özel bir durumla karşılaştıklarında, bilgi ihtiyacı ve destek için meslektaşlarına yönelirken, tıbbi bilgilerinin geliştirilmesi amacıyla, geçerliliği disiplinlerce kabul görmüş kitap ve bilimsel dergilerden faydalanmaktadır (16). Son zamanlarda ise tıbbi bilgiyi edinme yolu olarak hekimler, MEDLINE ve PubMed gibi internet aracılığıyla kabul görmüş kaynaklardan bilgi edinmeyi alışkanlık haline getirmeye başlamışlardır. Bilgiye ulaşma davranışındaki geniş varyasyon, bilgi ihtiyacının ve bilgi kaynaklarının

kategorize edilmesini gerekli kılar. Hekimlerde güncelliği sağlamak ve bilgi transferini iyileştirmek amacıyla bilgi aktarım metotlarının dikkatlice planlanması gerekmektedir (15).

Slotnick, hekimlerin temel ve sürekli tıp eğitimi temasını işleyen birçok çalışma yapmıştır. Çalışmalarındaki temel konular; formal olmayan, şahsi ve süreğen eğitimi formal hale getirme, sürekli tıp eğitimi (STE) kredileriyle organize ederek ilerletme, hekimin profesyonel gelişmesinde STE'nin rolünü ortaya koyma, mezuniyet öncesi ve sonrasındaki asistanlık eğitimi içerisine hekimin kişisel eğitici rolünün kazanma yolları olmuştur. Bunlardan birisi de, hekimin kendi kendine öğrenmesi konusundadır. Fox tarafından, öğrenme ihtiyacının oluşmasından bilgiye sahip olunmasına kadar olan süreç, öğrenme epizotları olarak basamaklandırılmıştır (17-18). En son şekline göre Slotnick, 4 basamak oluşturmuştur. Buna göre;

Evre 0: problemin veya eğitim materyalinin taranması,

Evre 1: problemin veya eğitim materyalinin değerlendirilmesi, ciddiyetinin tespiti,

Evre 2: ilgili bilgi veya yeteneğin elde edinilmesi,

Evre 3: tecrübe sahibi olunarak tutumun belirlenmesi.

Slotnick, herhangi bir klinik problem için bu evrelerin tamamlanmasının hekimlerin kendinde bittiğini belirterek, kişisel gereklilik görüldüğü takdirde sonraki evreye geçişin olabileceğini ifade etmiştir (19). Çalışmanın sonucunda vardığı yargıya göre; 1. hekimin kişisel öğrenme davranışı, problemin doğasıyla ve çözülme evresiyle değişkenlik gösterir, 2. kişisel öğrenme evreleri; hedef, sonuç yargılarıdaki farklılıklar, kaynaklar ve hedefin tamamlanıp tamamlanmamasına göre ayrışır, 3. gerekçesi olsun veya olmasın kişisel öğrenme evreleri sonlanabilirler, sonradan istenirse ilk evreye geçilebilir (20).

Hekimlerin bilgiyi tarama davranışlarıyla ilgili 1996 ile 2006 yılları arasındaki yayınları içeren derleme makalede; hekimlerin hangi bilgilere, hangi ihtiyaçlarla, nasıl ulaştıklarına dair birçok veri sunulmuştur (21). Makaleye göre, bilgi ihtiyacı, literatür taraması ve kaynaklar izole olarak değerlendirilemezler. Eğer açığa çıkan bir bilgi ihtiyacı yoksa, literatür taramasına itecek güç de yok demektir.

İhtiyacın çeşitli tipleri bulunmaktadır, fakat bilgi ihtiyacı olarak değerlendirilebilmesi için dile getirilmeli, ifade edilmelidir (22). İhtiyaç, literatür taramasına iten asıl gücü oluşturan etkidir. Bilgi ihtiyacını negatif olarak etkileyen

en büyük sorun, gereksiz ve tutarsız bilgi yüküdür. Önceleri bilgiye erişim zorluğu yaşanırken artık bilgi seli içinden seçicilik önem kazanmaya başlamıştır. Biyomedikal araştırmalarla elde edilen bilgi yoğunluğunun her yirmi yılda iki katına çıktığı bildirilmektedir (23). Bilgi ihtiyacı, hekimin o andaki hedefine göre çok çeşitlilik gösterir, fakat sırasıyla en çok tedavi, tanı ve ilaçlar konusunda olduğu gösterilmiştir (21).

Bilgi ihtiyacının arzu edilen hedefe göre dağılımı, çeşitli yayınlarda belirtilmiştir. Bir çalışmada, bu hedefler tıbbi gerçekler (ilaç yan etkisi), tıbbi kararlar (hasta yönetimi) ve tıp dışı bilgi olarak üçe ayrılmıştır. Buna göre %80 oranıyla, hasta yönetimine dair bilgi ihtiyacı belirgin olarak üstündür (24). Başka bir çalışmada hasta yönetimine dair bilgi ihtiyacı oranı %98, (25) ve diğer bir çalışmada ise %81,4 hasta bakımı, %9,3 kendini geliştirme ve %4,1 merak (26) olarak tespit edilmiştir. Bir anket çalışmasında da %81 oranında tanı ve/veya tedavi hakkında bilgi ihtiyacı tespit edilmiştir (27). Hekimlerin bilgi tarama amaçlarına göre dağılımının yapıldığı bir çalışmaya göre; hekimler bu zamanlarının %10'u hasta bakımı, %30'u araştırma ve %53'ü de her ikisinin beraber olduğu taramalarla geçirmektedirler (28).

Bilgi ihtiyacının sıklığını ortaya koyan çalışmalar farklılık göstermektedir. Bazı çalışmalar olduğundan fazla gösterildiğini ortaya çıkarsa da, olduğundan az gösterildiğini öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (24, 29). Kırsal ve kentsel ortamlarda hizmet veren hekimlerin, bilgi ihtiyaçları arasında farklılığın olmadığı gösterilmiştir (30-31).

Hekimlerin klinik pratiğinde ortaya çıkan soruların genelde tek cümlelik kısa sorular olduğu gösterilmiştir (24). Bu nedenle bilgisayarda çalışırken veya kaynak seçiminde en hızlı ve pratik kaynaklara odaklanılmaktadır. Buna yönelik, minimal uğraşla ulaşılabilecek kaynaklar önerilmektedir (32). Eldeki kaynaklardan, çeşitli klinik sorulara aranan cevapları yanıtlama başarıları karşılaştırıldığında, primer literatür taramasının, kanıt sentezi yapılmış kaynaklardan daha üstün olduğu görülmüştür (33).

Hekimin bilgiye erişimini engel olabilecek etkenler çeşitli çalışmalarda sorgulanmıştır. Bu değerlendirmelerde zaman kısıtlılığı en yüksek oranda engel

olarak gösterilmiştir. Ayrıca, bilgi teknolojilerini kullanma becerisi, tarama becerileri, maliyet ve ilgi eksikliği de engeller arasında gösterilmiştir (34-38).

Kaynak olarak hekimlerin ortalama 1,2 farklı kaynağı kullandığını gösteren bir makalenin yanında, bir veya iki elektronik kaynağı kullandıklarını gösteren makale de bulunmaktadır (26, 39).

Tablo 2.2. Hekimler tarafından kullanılan bilgi kaynakları (21).

Çalışma	Global kitaplar (textbook)	Bilimsel dergi makaleleri	Hekimler	Bilgisayar taraması	İlaç firmaları
Barrie and Ward (40)	%14		%40	%43	
McAlister ve ark.(41)	%45	%73	%61		
Ely ve ark. (42)	%36*		%36		%25
Cogdill ve ark. (43)	%69		%27		
Green ve ark. (35)	%31	%30	%25		%5
Ramos ve ark. - asistan (44)	%50		%49		
Ramos ve ark. - fakülte (44)	%70		%24		
D'Alessandro ve ark. - kontrol (26)	%48		%27	%15	
D'Alessandro ve ark. - uygulama (26)	%36		%30	%21	
Ely ve ark. (37)	%39	%6	%18	%16	
Schilling ve ark. (45)	%5	%33	%1	%53	

* Tüm yazılan bilgiyi içerir - kitap, dergi ve poster bilgisi.

Tablo 2.2'de, seçilen araştırmalardan hekimlerin bilgi kaynaklarını kullanma yüzdeleri görülmektedir. Sadece, karşılaştırılabilir makaleler seçilmiştir (21). Birçok kaynak, hekimlerin yazılı kaynaklara veya klinik soruyla ilgili güvenilir bir başka hekime başvurulduğunu belirtmiştir (24, 36, 44). Hekimlerin günlük pratiklerinde, en iyi kanıtı kullanmaları için en iyi yöntemin ortaya çıkartılması için yeni araştırmaların yapılması önerilmiştir (21).

Bilgiye erişim kaynaklarının artması üzerine bu bilgilere erişim becerisi konusunda araştırmalar da ortaya çıkmıştır (46). Tecrübesiz olarak tarama yapan kişilerin uygunsuz terimler, yanlış veya uygunsuz veri tabanları, yanlış yazılan terimler, uygunsuz bağlantı araçları ve ilaçların jenerik yerine marka isimlerini kullandıkları ortaya konulmuştur (47). Hekimler, ulaşamadıkları soru için uygun kaynağın bulunmadığını düşünerek tarama stratejilerindeki hatanın farkına varmamaktadırlar (48). Bu yeteneğin gerekliliği konusunda farkındalığın oluşması ile Kanıtı Dayalı Tıp yaklaşımı felsefesi doğmuştur.

2.2. Kanıta Dayalı Tıp

İlk olarak 1981 yılında McMaster üniversitesinden bir grup epidemiyolog tarafından, klinik dergilerin nasıl okunması gerektiği konusunda bir seri makale yayımlanmıştır (49). Bu konuda birkaç yıl eğitim verdikten sonra, kritik değer biçme (critical appraisal) adı verecekleri bir alana, yani sadece literatür taramasıyla yetinmemek gerektiği, bunun üzerine güncel bilgiler ışığında karşılaşılan probleme bulunan yanıtın, klinik uygulamaya geçirilme aşamasında nasıl değer biçileceğinin de ortaya konulması gerektiğini düşünmüşlerdir. Dave Sackett liderliğinde, ‘kritik değer biçme’ (*critical appraisal*) kavramı geliştirilmiş, her bir klinik yargıyı destekleyecek, bilgiye dayalı tıbbi pratik ve medikal literatürün anlaşılması olarak genişletilmiştir (50).

Yeni yaklaşım stratejisini tanımlamak için bilimsel tıp (*scientific medicine*) terimi kullanılmışsa da, karşı fikirde olan kişiler tarafından ortaya konulan, “önceden tıbbın bilimsel olmadığı mı söylenilmeye çalışılıyor?”, yorumu üzerine, yaklaşım felsefesinin adı *kanıta-dayalı tıp (evidence-based medicine)* olarak değiştirilmiştir, böylece aynı zamanda da akılda kalıcılığı sağlanmıştır.

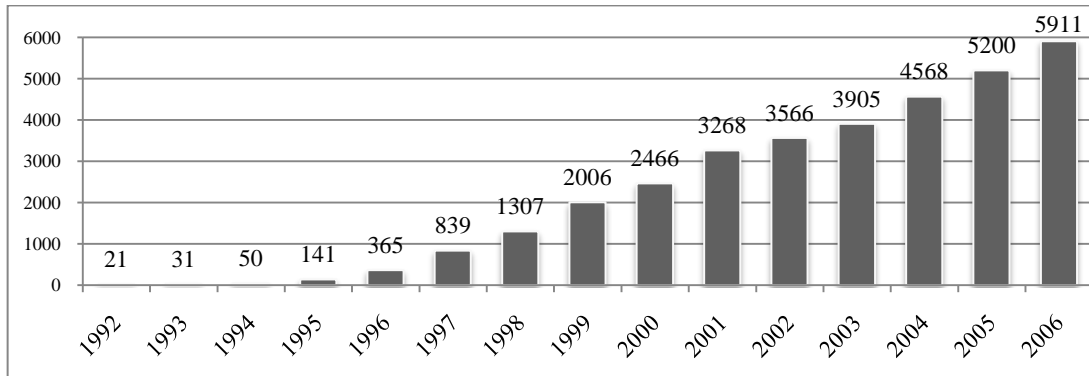
Kanıta Dayalı Tıp (KDT), en çok kabul gören şekliyle; “hastaya özel karar verme sürecinde güncel ve en güçlü kanıtın, vicdan filtresiyle, şüphe kalmadan açık ve akıllıca kullanımını” olarak tanımlanmaktadır. Bu da; “bireysel klinik tecrübeyle, sistemik derlemelerden elde edilen ulaşılabilir en iyi klinik kanıtın entegrasyonu” demektir (51). KDT, sistemik olmayan klinik tecrübelerin değerini düşürür, geleneksel tıp eğitiminin aksine otoriteye karşı durur ve klinik araştırmalardan elde edilen kanıtın değerlendirilmesini gerektirir ki, bu da belirli kuralları gerekli kılar (52).

Literatürde ilk kullanımı;

“Klinisyenler, önceleri hasta yönetimi ile ilgili sorunları çözmede otoriteye bakmaktaydılar (ya bir kaynak kitabı, bir uzman veya bir kıdemli hekim). Kanıta-dayalı tıp ek stratejiler kullanır, bunlar klinik problemle direkt ilgili olan çalışmaların hızlı bir şekilde izini bulmayı, kritik olarak değerlendirmeye tabi tutmayı ve eldeki klinik probleme yönelik en iyi çalışmaların sonuçlarını uygulamayı içerir (53).”

şeklinde olmuştur. Yıllar içinde, bu terim, artan şekilde literatürde görülmeye devam etmiştir (Şekil 2.1).

KDT'da 'kanıt'ın tanımı da geniş olarak tarif edilmektedir. Sistemik olarak elde edilmiş olsun olmasın herhangi bir ampirik gözlem, potansiyel olarak kanıttır. Bu nedenle klinisyenin kişisel, sistematik olmayan gözlemi de, fizyolojik deneyler de kanıtın birer kaynağı olarak değerlendirilebilir (50).



Şekil.2.1. İlerleyen yıllarda KDT kavramının uluslararası literatürde görülmesi (54).

Hekimlerin güçlü kanıtlara dayanarak sağlık hizmeti sunduğu düşünülse de, bazı yayınlarda, gerçekte kanıt değeri olmayan, etkisinin gösterilmediği veya az olduğu tedavi yöntemleriyle hizmet sunulduğu ileri sürülmüştür (55-56). Bunun da beraberinde gereksiz yöntem ve tedavilerin kullanımıyla sağlık giderlerinde artışı getirdiği bilinmektedir (57).

KDT felsefesinin iki temel prensibi tarif edilmiştir (50). Birincisi elde edilen 'kanıtın hiyerarşisi' ve ikincisi de kanıtın tek başına yeterli olmaması nedeniyle, karşılaşılan klinik problemin veya durumun, hastanın isteklerine ve sağlık hizmeti sunulan koşullara özel değerlendirilmesini içine alan 'klinik karar verme' sürecidir. Ayrıca, KDT'nin üç özelliği tanımlanmıştır. Bunlar; kanıtın elde edilmesi, değer biçilmesi ve uygulanmasıdır.

Sağlık sunumunda kanıtın elde edilmesi iki modelde tarif edilmiştir; aktif tarama ve göz geçirme (58). Aktif modelde, hastaya özgül durumla karşılaşıldığında literatürün önceden niyet tespit edilerek taranmasıdır. Göz geçirme modelinde ise, akılda soru işareti olmadan literatürün karıştırılması sırasında kanıtın elde

edilmesidir. KDT çoğunlukla aktif modeli desteklemektedir, çünkü hastaya o an için gerekecektir. Aktif model, 3 önemli yeteneği gerekli kılar;

- Odaklanmış klinik soru nasıl sorulur?
- Literatür, cevaplar için nasıl taranır?
- Gerekli referanslar nasıl süzülür?

Bilgi kaynaklarının dört kategorisi ve bunları, klinisyenlerin nasıl kullandığı en kuvvetli kanıttan zayıfa doğru, aşağıdaki gibidir (4S) (59);

1. Sistemler (Systems): Düzenli güncellenmiş klinik kanıtlar sunarlar, bazen de bunları diğer sağlık verileri ile entegre ederler ve bu şekilde de hasta yönetimi için öneri ve rehberler sağlarlar. Mevcut sistemler; *PIER* (<http://pier.acponline.org/index.html>), *UpToDate* (<http://www.uptodate.com/>), *Clinical Evidence* (<http://www.clinical-evidence.com/ceweb/conditions/index.jsp>) ve *EBM Guidelines: Evidence-Based Medicine* (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/112605734/HOME>) olarak örneklendirilebilir.

2. Sinopsalar (Synopses): Değerlendirme süzgecinden geçmiş kaynak dergileri ve ürünlerdir. Örnek olarak; *ACP Journal Club* (<http://www.acpj.org/>) ve *InfoPOEMs* (<http://www.infopoems.com/>) gösterilebilir. Sinopsalar iki fonksiyona sahiptir; ilk olarak, hekimleri yeni gelişmeler için uyanık tutmak amacıyla alarm sistemi gibidirler, ikincisi de toplanan kaynaklar sayesinde, önemli makaleler için veri tabanını oluştururlar. *The New York Academy of Medicine* buna bir örnektir.

3. Özetler (Synthesis): *Cochrane Collaboration*, sağlık hizmetiyle ilgili uygulamalar hakkında sistematik derlemeler sunar (Cochrane, meta-analizleriyle sistemleri ve derlemeleriyle de sentezleri oluşturur). Bunun yanında *Campbell Collaboration*; sosyal, davranışsal ve eğitim alanlarında benzer derlemeleri sunar. Ayrıca *MEDLINE* gibi diğer veri tabanlarından da derleme elde edilebilir.

4. Çalışmalar (Studies): Orijinal veya primer çalışmalardır. Buradan elde edilen bilginin, bir klinik probleme yanıt olabilmesi için, uygulamaya geçirilmeden önce, başka çalışmalardan elde edilen bilgilerle değerlendirilmesi gerekir (50).

Yukarda açıklanan kaynakların hepsinden olmasa da, ihtiyaç duyulduğunda, klinikte faydalı olabilecek cevaplar alınabilmektedir. Çeşitli çalışmalar, klinisyenlerin bu şekilde bilgi kaynaklarını kullanarak, en iyi kanıtı ancak %50

oranda bulabildiklerini göstermiştir. Buna rağmen, bazı kanıtlar, yapılan bu taramaların hasta sağlığına fayda verdiğini göstermiştir (59-65).

Kaynakların değerlendirilmesinde bazı seçim kriterleri olmalıdır. Bu kriterler, temel başlıklara göre; kaynağın kanıta-dayalı yaklaşımının varlığı, kapsam ve özgünlüğünün olması, kullanımının kolaylığı ve erişilebilirliğidir. Tablo 2.3’de özet olarak sık kullanılan kaynaklar ve özellikleri açıklanmıştır.

Bunların dışında ayrıca, web üzerinden güncelleme ve uyarı sistemleri de bulunmaktadır. Bu şekilde hekimler güncel bilgileri e-posta hesaplarında görebilmektedirler. E-posta ile uyarı ve hatırlatma sistemi ile ilgi duyulan bir konuya ve dergiye odaklanabilme özelliği de sunulmaktadır. PubMed bu hizmeti *My NCBI Service* aracılığı ile yapmaktadır (66). Ayrıca, *The Chinese University of Hong Kong, Bmjupdates plus, InfoPOEMs* ve *Journal Watch Online*, diğer güncel ve önemli makale hatırlatma hizmeti sunan sistemlerdir.

İnternetteki birçok arama motoruyla da (*Google, Yahoo, Ask, MSN*) kolay ulaşılabilir bilgiler elde edilebilir, ayrıca *Search Engine Watch* arama motorlarının sonuçlarını ve anlamlılıklarını değerlendirebilmektedir. *Google Scholar* birçok bilimsel yayını ve hatta MEDLINE’i içine alarak tarama yapar. Ayrıca *SumSearch* ve *TRIP* arama motorlarının bütünleşik taramasını yapma özelliği taşır (50).

Bunların dışında, cep bilgisayar sistemleri de bulunmaktadır fakat yaygınlığı ve kullanım uyumlulukları henüz yeterli değildir.

En iyi kanıtı bulabilmek için, sorunun bileşenlerine bölünmesi, temel bir esastır (68). Çoğu soru bileşenleri, PICO olarak kısaltılan, ve P (Population), populasyon; I (Intervention), etken, müdahale; C (Comparison) karşılaştırılan, kontrol; O (Outcome), netice olarak tanımlanan bölümlerden oluşturulur (Tablo 2.4). Gerektiği durumlarda bu bileşenlere yeni bileşenler veya etkenler katılabileceği gibi, bazı bileşenlerin çıkartılmasıyla da soru oluşturulabilir. Her bir bileşen için kullanılan terimler arama motorunda yerleştirildiğinde, sonuçlardan en fazla ilgili olan literatür veya kaynak bilgisi, tespit edilir. Ayrıca, ‘ilgili makaleler’ seçeneğinin tarama motoru tarafından sunulması halinde de sonuçlar genişletilebilmektedir (67).

Tablo 2.3. Kanıt kaynakları ve değerlendirilmesi (67).

Kategori	KDT yaklaşım	Kapsam	Kullanımı ve Maliyeti
Sistemler			
<i>Clinical Evidence</i>	Güçlü	Sadece tedavi; temel olarak birinci basamak	Kolay kullanım, 300\$/yıl
<i>PIER (The Physicians' Information and Education Resource)</i>	Güçlü	Çoğunlukla tedavi, temelde birinci basamak ve dahiliye alanlarında	Kolay kullanım, ticari 100\$/yıl (PDA)
<i>UpToDate</i>	Orta	2000'den fazla hastalık, birinci basamak ağırlıklı	İnternette erişim, 100\$
<i>Merck Manual</i>	Zayıf	Çoğu klinik alan	Kolay kullanım, ücretsiz
Sinopsalar			
<i>ACP Journal Club</i>	Güçlü	Yeni çıkan iç hastalıkları çalışmaları, bütün çalışma çeşitlerini içerir	Kolay kullanım, 100\$
<i>InfoPOEMs</i>	Güçlü	Yeni çıkan aile hekimliği çalışmaları, bütün çalışma çeşitlerini içerir	Kolay kullanım, 250\$
<i>DARE (Database of Reviews of Effects)</i>	Güçlü	Bütün disiplinleri içerir, özellikle tedavi ve koruyuculuk	Kolay kullanım, ücretsiz
<i>Bandolier</i>	Güçlü	İngiltere'de birinci basamak hekimleri için sınırlı kapsam	Kolay kullanım, 100\$
Kategori	KDT yaklaşım ve Kapsam		Kullanımı ve Maliyeti
Sistemik Derlemeler ve Rehberler			
Sistemik derlemeler	Klinik kullanımı sınırlı alandadır, uygun makalenin varlığı için hızlı tespit gerektirir		Bulunması ve tam metne ulaşılması zordur.
<i>US National Guidelines Clearinghouse</i>	Birçok uluslararası rehberi kapsar, aynı konuda birçok rehber bulunabilir		Taraması kolaydır, rehber karşılaştırması yapılabilir, ücretsizdir, çoğu tam metine ulaşılabilir
<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>	Birçok disiplini kapsar, tedavi ve koruyuculukla sınırlıdır		Bulması kolaydır, derinlik nedeniyle uygulamaya geçirmek zordur, 300\$, özetler ücretsiz
Primer çalışmalar			
<i>MEDLINE</i>	Birçok alanda birçok çalışma türü bulunur		Özgül çalışmayı bulmak zordur, PubMed yoluyla ücretsiz
<i>Cochrane Controlled Trials Registry (CCTR)</i>	Kontrollü çalışmanın uyduğu tüm uzmanlık alanları ve tüm konular		İçerisinde DARE, sistemik derlemeler ve CCTR bulunur, tüm kütüphane 300\$
<i>PubMed Clinical Queries</i>	Direk klinik uygulamaya özel tarama yapılabilir		MEDLINE kullanımından daha kolaydır, sorgulama gereci kullanılmaktadır, ücretsiz
Diğer			
<i>Google</i>	Web üzerindeki en büyük arama motorlarından birisi, yaklaşık herşey		Arananı bulmak kolaydır fakat kanıt değeri ve gücü bilinemez
<i>SumSearch</i>	Ana veri tabanlarını tek kaynaktan tarama, kapsamlı		Kolay kullanım, ücretsiz
<i>TRIP</i>	150 veritabanında birden tek tarama yapar, 27 uzmanlık alanını kapsar		Kolay kullanım, ücretsiz
<i>MEDLINEplus</i>	Geniş kapsam, hasta/tüketici önemini içerir, hekimler için iyi bilgi zemini içerir		Linkler içeren hasta bilgilendirme
<i>EMBASE</i>			Erişim ve kullanım zorluğu nedeniyle klinisyenler pek tercih etmiyor
Kişisel web siteleri	Geniş kapsam fakat dağınık		Sınırsız ve bilinmeyen bilgi, ücretsiz

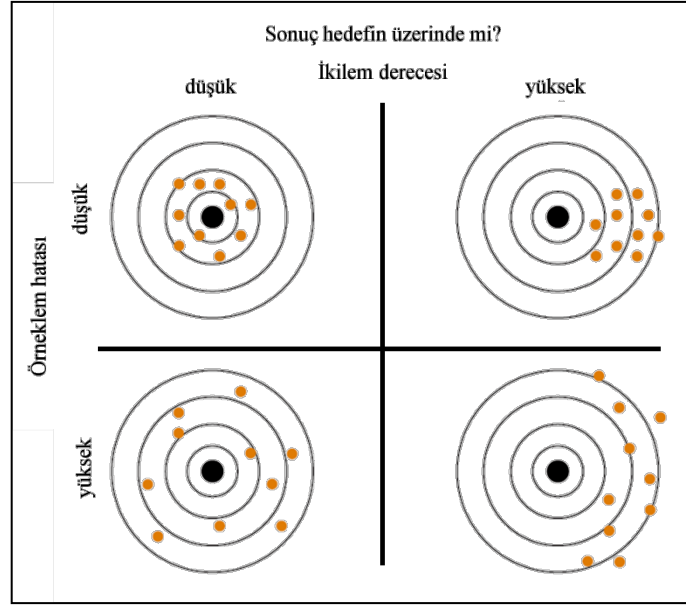
Tablo 2.4. Kanıta dayalı tıpta sorunun bileşenleri (67).

Population;	<ul style="list-style-type: none"> • Popülasyon veya klinik problem • Akıldaki problemle ilgili kişilerin kimler olduğunu belirler, işaret eder, odaklanır.
Intervention;	<ul style="list-style-type: none"> • Karşılaştırılması istenen kontrol etkeni, durum veya test
Comparator;	<ul style="list-style-type: none"> • Karşılaştırılması istenen kontrol etkeni, durum veya test
Outcome;	<ul style="list-style-type: none"> • En fazla ilgi duyulan sonuç olumlu/olumsuz • Hastanın en fazla ilgili olduğu durum

Soruyu oluşturduktan sonra, istenen bilginin türüne göre çalışma dizaynı tespit edilmelidir. Farklı soru çeşitleri için en iyi kanıtlar, farklı çalışma dizaynlarıyla gösterilmektedir (Tablo 2.5). Hangi durum söz konusu olursa olsun, ikilemin en aza indirgenebilmesi için kullanılan metotların fazla olduğu çalışmalar, daha güçlü olarak değerlendirilirler (67).

Tablo 2.5. Kanıta dayalı tıpta soruya göre ulaşılmaması gereken çalışma dizaynı (67).

Soru	En uygun çalışma dizaynı	Açıklama
Müdahale	Randomize kontrollü çalışmalar (RCT)	Karşılaştırılacak gruplar tedavi ve kontrol grubu şeklinde, rastgele seçilir ve sonuçlar değerlendirilir.
Etyoloji ve risk faktörleri	Randomize kontrollü çalışmalar (RCT)	Müdahale sorularına benzerdirler. Fakat zararı değerlendirmek için bu çalışmalar etik ve pratik değildir
	Kohort çalışması	Risk faktörünün olup olmadığı şeklinde eşleştirilmiş sonuçlar karşılaştırılır (prospektif)
	Vaka-kontrol çalışması	Risk faktörüne maruz kalmış kişilerin, ilgili durumu taşıyıp taşıyamaması değerlendirilir (retrospektif)
Frekans ve Oran	Kohort çalışması	(yukarıdaki gibi)
	Kesitsel çalışma	Durumun (tercihen rastgele) temsili bir grupla değerlendirilmesi
Tanı	Randomize veya ardışık örneklem üzerinden kesitsel çalışma	“altın standart” test ile tercihan bağımsız, kör karşılaştırma
Prognoz ve öngörü	Kohort veya sağ kalım çalışması	Temsili kohort ile uzun dönemli takip



Şekil 2.1. En doğru kanıtı elde etmek için taranan veriler soruyu doğru karşılıyor mu?

Uygun soru oluşturulması, uygun kaynağın taranması ve uygun çalışma sonuçlarına ulaşılması ile elde edilen kanıtlar, kritik değerlendirmeye alınmalıdır. Kritik değerlendirme veya değer biçme yolu olarak, kanıtta 3 soru yönlendirilmelidir (67). Bu sorulardan ilki; 'sorunun PICO'su nedir? ve kanıt PICO'ya yakın mıdır?', ikincisi; 'çalışma ne kadar iyi yapılmıştır?' ve üçüncüsü de; 'sonuçlar ne anlama gelmektedir? şans eseri elde edilmiş bulgu olabilir mi?' şeklinde olmalıdır. Çalışmanın örnekleme uygun seçilmiş ve ikilem (bias) en aza indirgenmiş olmalıdır (Şekil 2.1).

Çalışmanın iç dinamikleri de kuvvetini ve güvenilirliğini desteklemek için önem taşımaktadır. Çalışmaya katılacak kişilerin sınırlarının iyi belirlenmesi, ayrıştırılmasında uygun randomizasyon yapılması, metodolojisi (kör ve objektif) temel etkenlerdendir (67).

Elde edilen kanıtın değerlendirilmesi hakkında farklı sistemler kullanılmakta ve önerilmektedir (70-75). Treadwell ve ark. tarafından tıbbi kanıtın derecelendirilmesi hakkında; önemli, fakat ayrıntılı ve zaman isteyen basamaklı bir sistem ortaya konulmuştur (71). Bu sistemle diğerlerinden farklı olarak kanıtların nitelik ve nicelik yönlerinden değerlendirilmeleri ayrıştırılmıştır.

Kanıt gücünün belirlenmesi için belirlenen kriterleri inceleyen bir derlemede, nitelik ve nicelik yönünden ortak değerlendirme kriterlerini kullanan makaleler bir

araya getirilmiştir (Tablo 2.6). Ayrıca, kanıt gövdesinin nitelik, nicelik ve tutarlılık kriterleriyle gücü belirlemede rol aldığını gösteren çalışmalar gösterilmiştir.

Tablo 2.6. Literatürde, çalışmaların derecelendirmesinde kullanılan sistemlerin kriterlerinin değerlendirilmesi (tablolar kaynağından alınıp birleştirilmiştir) (69).

Değerlendirme kriteri	Sistematiik derlemeler	RCT	Gözlemsel çalışmalar	Tanımsal test çalışmaları
<i>Çalışma sorusu</i>	XX	X	X	
<i>Çalışma stratejisi</i>	XX			
<i>Popülasyon seçim kriterleri</i>	XX	XX	X	XX
<i>Veri çıkarılma nedenleri</i>	XX			
<i>Çalışma kalitesi</i>	X			
<i>Veri sentez/analizi</i>	X			
<i>Finansal destek</i>	XX	XX	XX	
<i>Randomizasyon</i>		XX		
<i>Körleme</i>		XX		XX
<i>Müdahale/maruziyet</i>	X	XX	XX	
<i>Bulgu/ölçüm</i>	X	X	XX	
<i>İstatiksel analiz</i>	X	XX	XX	
<i>Katılımcıların karşılaştırılabilirliği</i>			XX	
<i>Testin yeterli açıklanması</i>				XX
<i>Uygun referans standardı</i>				XX
<i>Çeşitleme ikileminin engellenmesi</i>				XX
<i>Tartışma</i>	X	X	X	

(xx: özgün kriterler)

Kanıtın niteliği göz önüne alınmadığı takdirde yanlış öneriler ortaya çıkabilmektedir. Bir müdahalenin (intervention) arzu edilen ve edilmeyen etkileri arasında yüksek nitelikte bir kanıt varsa, önerinin gücü de güçlü olacaktır. Rehberler önerilerinin kanıtlarını zayıf ve güçlü olarak belirtmelidirler (70). *British Medical Journal (BMJ)* tarafından rehber yazarları için oluşturulan, GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation / Önerilerin Değer Biçilmesi, Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesinde Ölçeklendirme) yöntemi ile önceki tüm sistemlerin avantajlarının bir araya getirilmesi ve rehberlerde kullanılması önerilmiştir (Tablo 2.7). Yöntemin diğer sistemlere olan üstünlüğü özetle şu başlıklarla belirtilmiştir (70):

1. Geniş bir uluslararası temsilci grup tarafından hazırlanmıştır.
2. Kanıtın niteliği ve önerinin gücü hakkında net bir ayırım vardır.
3. Alternatif yönetim stratejilerinin ürünleri açık bir şekilde değerlendirilmiştir.

4. Kanıt derecelendirmesinde, yükseltme ve alçaltma kriterleri net olarak belirlenmiştir.
5. Kanıttan öneriye geçiş süreci şeffaftır.

Kanıta Dayalı Tıp basamaklarının sonuncusu da tatmin olunan kanıtın, klinik pratiğe uygulanabilir olup olmadığı kararının verilmesidir. Bunun için de akılda bulunması gereken sorular:

1. Bulduğum yerde uygulanabilir mi?
2. Uygulamak için yapmam gereken birşey daha var mı?
3. Bu önerinin alternatifi var mı?
4. Hasta, kanıttakilere benzer mi?
5. Hastam bu konu hakkında ne düşünüyor?

Tablo 2.7. GRADE Önermeleri (76).

Öneri derecesi	Fayda-zarar ve sorumluluk	Destekleyen kanıtın metodolojik kalitesi	Ne anlam çıkar
Güçlü öneri, yüksek-kalite kanıt	Açıkça fark gösterilmiştir	Önemli sınırlanması olmayan RCT veya gözlemsel çalışmalardan karşı konulmaz kanıt olması durumunda	Çekince olmadan her durumda kullanılabilir
Güçlü öneri, orta kalitede kanıt	Açıkça fark gösterilmiştir	Önemli sınırlamaları (uyumsuz sonuç, metodolojide kusur, dolaylı veya muhtemel ikilem) olan RCT veya güçlü gözlemsel çalışmalar	
Güçlü öneri, düşük veya çok düşük kalitede kanıt	Açıkça fark gösterilmiştir	Gözlemsel çalışmalar veya vaka çalışmaları	Güçlü önerilerdir, fakat yüksek kalitedeki kanıtlara ulaşıldığında değişebilir
Zayıf öneri, yüksek kalitede kanıt	Fayda, risk ve sorumlulukla yakın olarak dengededir	Önemli sınırlanması olmayan RCT	Zayıf önerilerdir, en iyi uygulama duruma veya hastanın sosyal koşullarına göre değişebilir
Zayıf öneri, orta kalite kanıt	Fayda, risk ve sorumlulukla yakın olarak dengededir	Önemli sınırlamaları (uyumsuz sonuç, metodolojide kusur, dolaylı veya muhtemel ikilem) olan RCT	
Zayıf öneri, düşük veya çok düşük kanıt kalitesi	Faydayla, riskle veya sıkıntıyla sonuçlanması kesin değildir, birbirlerine yakındırlar	Gözlemsel çalışmalar veya vaka çalışmaları	Çok zayıf önerilerdir, diğer alternatiflerle eşit güvenlikte olabilirler.

2.2.1. Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın büyümesine ve sağlık teknolojisindeki gelişmelere bağlı olarak artan sağlık harcamalarının son yıllarda kamu bütçeleri üzerinde önemli ölçüde bir yük oluşturduğu görülmektedir. Sağlıkta reform uygulamalarının gerekçesini oluşturan bu sürecin ekonomik olduğu kadar sosyal ve sağlık alanlarındaki gelişmelere dayanan farklı nedenleri de bulunmaktadır.

Kronik hastalıkların takiplerinde artış ve bunların, alternatif olsa da pahalı yöntemlerle tedavi edilmeleri harcamaların kontrolünü zorlaştırmaktadır. Toplumun genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi öncelikli hedef olsa da; özellikle hasta ve hastalıkların çeşitliliği, hastalıkların şiddetinin değişiklik göstermesi, tedavi sürelerinin belirsizliği dikkate alındığında tedavi yöntemleri ile ilgili seçim kararlarının oldukça karmaşık bir süreçten oluştuğu ve birçok faktörden etkilendiği söylenebilir (77).

Bu çerçevede gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde mevcut sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılmasını gerektiren politikalar hızla benimsenmiş, diğer mal ve hizmet piyasalarında olduğu gibi bu alandan kamunun uzaklaştırılması başta olmak üzere sistemi etkin kılacağı varsayılan politikalar hızla uygulamaya konulmuştur. Bazılarının karar vericiler üzerinde önemli baskılar oluşturduğu belirtilmekte ve bunların başlıcalarını hükümet (politik yaklaşım), sağlık hizmeti sağlayıcıları (hastaneler, doktorlar vb.), kamuoyu olarak sıralamaktadır (78).

Sağlık teknolojisi; koruyucu sağlık hizmetlerinde, teşhiste, tedavide ve rehabilitasyonda kullanılan tıbbi cihazlar, ilaç, tıbbi ve cerrahi işlemler; ve hizmetlerin sunulduğu örgütsel ve destek sistemleri ve bunlarla ilişkili bilgi birikimi olarak ele alınmaktadır (79-80). Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi kavramı, ilk kez 1976'da kullanılmış ve çeşitli ülkeler tarafından sağlıkta piyasa ekonomisi, kanıtlar ışığında maliyet-etkinlik analizleri yapılarak gözden geçirilmeye başlanmıştır. Bunun yürütülmesi sistematik derlemeler ve analizlerle sağlık karar vericileri tarafından olur . Bir başka sağlık ekonomisinin sunum felsefesine göre de, bu teknolojiyi kullanan tüm basamaklardaki sağlık hizmeti sunucularının farkındalığı taşıyarak, sağlık hizmetinde kendilerine ait kararları verirken maliyet-etkinlik analizlerini de dikkate almalarıdır (77).

Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi ve sunulmasında hekimlerin pozisyonunu Şekil 2.2’de görebilmekteyiz (80).



Şekil 2.2. Sağlık sisteminde sağlık teknolojilerinin değerlendirmesinin yeri (80).

2.3. Aile Hekimliği

Aile hekimliği; birey ve ailesi için kesintisiz ve bütüncül bir sağlık hizmeti sunan, geniş anlamda biyolojik ve klinik bilimler ve davranış bilimlerini entegre eden bir uzmanlık dalıdır (81).

Birinci basamağın hasta-hekim ilişkisi ve tanı koyma aşamasındaki biyomedikal, bireysel ve bağlamsal derinliği barındırması nedeniyle kendine özgü yaklaşımı bulunmaktadır (üçlü tanı sistemi) (82-83). Aile hekimliği, multidisipliner bilgi içeriğini, iç dinamikleriyle birleştirir ve yoğurarak onu birinci basamak sağlık hizmetini sunmakta kullanır. Buna ek olarak disiplin; aile dinamikleri, kişilerarası ilişkiler, danışmanlık ve psikoterapi gibi alanlarla da ilişkilidir. Alanı tüm yaş, cinsiyet, organ, sistemler ve tüm hastalık olgularını kapsar (84-85).

Aile hekimi tanımı 2002 yılında; *“disiplininin prensipleri doğrultusunda eğitim almış uzman doktordur. Tıbbi bakım isteyen kişiye; yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız, kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı sunmakla sorumludur. Bu bakımı, hastalarının kararlarına da saygı göstererek kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında verir. Yetenek ve değerlerini etkin ve güvenli bir sağlık bakımı vermek üzere geliştirmekle yükümlüdür.”* şeklinde yapılmıştır (86-87). Tablo 2.8’de, WONCA bünyesindeki bir birim olan, Avrupa aile hekimliği eğiticilerinin (EURACT) raporuna göre, disiplinin karakteristikleri sıralanmıştır (88).

Tablo 2.8. Genel pratisyenlik/aile hekimliği disiplinin karakteristikleri (88)

1. Sağlık sistemiyle, ilk tıbbi temas noktasını oluşturur
2. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar.
3. “Kişi” merkezli bir yaklaşım geliştirir.
4. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır.
5. Hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliği sağlamaktan sorumludur.
6. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
7. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
8. Gelişiminin erken evresinde, henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir
9. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
10. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
11. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

Ülkemizde halen pilot uygulaması devam etmekte olan Aile Hekimliği Uygulaması’nda çalışmakta olan pratisyen veya uzman hekimler de Aile Hekimi olarak adlandırılmaktadır. Bu konudaki yasal mevzuata göre, Aile Hekimi: kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir (89).

Bilimdeki gelişmelerin paralelinde, hızla uzmanlaşmanın da etkisiyle, tıpta “*hasta yoktur, hastalık vardır*” görüşü hakim olmuştur. Zamanla her hastalığın kişiye göre değişiklikler gösterebileceği görülünce, olayın sosyal ve psikolojik boyutu ortaya çıktı. Bu gelişmeler sonucu; bu gün insanın fizik ve sosyal çevresi ile bir bütün olduğu, insanı bu bütün içinde değerlendirmek gerektiği, sağlığın ve hastalıkların bir bütün olarak ele alınması gerektiği görüşü kabul edildi (90).

Bunun üzerine, birinci basamakta hizmet sunacak hekimlerin de özel eğitim alması gereği ortaya çıktı. Bu ihtiyaçla birlikte zamanla uzmanlık eğitimi gelişmeye başladı. Bu süreç dahilinde, İngiltere’de aile hekimliği / genel pratisyenlik (AH / GP) uygulamaları 1947 yılında başlamıştır. 1952 yılında ise “Royal College of General

Practitioners (GP Kraliyet Koleji) kurulmuştur. Uzmanlık eğitimi 1979 yılında zorunlu hale getirilmiştir (81).

Avrupa Konseyi 1986 yılında Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alacak hekimlerin tıp fakültesi mezuniyeti sonrası en az 2 yıl aile hekimliği eğitimi almış olması gerektiğini karara bağlamış ve bu uygulamaya başlanması için 1 Ocak 1995 tarihini hedef olarak belirlemiştir. Bu kararda esas önerilen aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresi 3 yıldır (91).

Türkiye’de de Aile Hekimliği 1983 yılında, Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer aldı ve 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kuruldu (81). Uzmanlık eğitimi ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başladı.

Dünyada da AH uzmanlık eğitimi 1 yıl (Yeni Zelanda) ile 6 yıl 9 ay (İsveç) arasında değişmekle birlikte, genel olarak 3-4 yıl arasındadır. Avrupa Birliği ülkelerinde uzmanlık eğitimi süresi asgari üç yıldır. Ülkemizde de uzmanlık eğitimi süresi üç yıl olarak uygulanmaktadır (81, 92).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından 1992 yılında ilki düzenlenen ve çeşitli alanlardan 200’den fazla tıp mensubunun katılımı ile gerçekleşen bir seri çalışmanın sonucunda; “*Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı*” Nisan 1995’te yayınlandı (81).

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), Türkiye’de Yeterlilik Kurulu kuran ve çalışmalarını başlatan öncü uzman derneklerinden biri olup, Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu’nu (TAHYK), kurarak çekirdek müfredat ve uzmanlık eğitim müfredatını hazırlamıştır (93).

1997 yılında yayınlanmaya başlanılan “ Türkiye Aile Hekimliği Dergisi” yayın hayatını düzenli olarak sürdürmekte olup, Türk Tıp Dizinine kayıtlıdır. Ayrıca; ülkemizde aile hekimliği konusunda yayımlanan bilimsel dergi sayısında son yıllarda artış gözlenmektedir (PRN Aile Hekimliği Dergisi, Aile Hekimliği, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care-on line) (81). Ayrıca Türkiye Aile Hekimliği Dergisi ve Konuralp Tıp Dergisi de bu dergiler arasında yer almaktadır.

Akademik yapılanmanın gelişmesi ve kadroların güçlenmesiyle son yıllarda aile hekimliği ile ilgili (orijinal veya çeviri) kitap sayısında bir artış gözlenmektedir (94-100).

2.4. Türkiye’de Kanıta Dayalı Tıp ve Aile Hekimliği

Türkiye’de KDT’nin gelişimine bakıldığında, ilk kez 2000 yılında Arda Demirkan ve arkadaşlarının Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası’ndaki yazılarında gündeme geldiği saptanmıştır. Bu yazıda KDT’nin tanımı, önemi, gelişimi vurgulanmaktadır (101-102). Sonrasında da yıllar içinde yayın sayısında artış gözlenmiştir. 2007 yılında, “Kanıta Dayalı Tıp: Klinik Epidemiyolojik Araştırmaların Eleştirel Değerlendirilmesi” başlıklı bir kitap yayımlanmıştır (102-103).

Ülkemizde KDT’nin tıpta uzmanlık tezlerinde işlenilmesi, yine mutlidisipliner yaklaşımı ve sürekli yenilenen bilgi ihtiyacıyla, aile hekimliğinde olmuştur. Dr. Rabia Kahveci’nin Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde hazırladığı “Birinci basamak hekimlerinin kanıta dayalı tıp yaklaşımları” başlıklı uzmanlık tezinde; ülkemizde hekimlerin KDT’ye yaklaşımları, uygulamaları, uygulamayı etkileyen faktörler ve uzmanlık eğitiminin KDT uygulamalarına etkisi incelenmiştir (102, 104).

KDT son yıllarda tıp fakültelerinin müfredatlarında yer almaya başlamıştır. Öncelikle; Ankara Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi ve Marmara Üniversitesi olmak üzere; KDT yaklaşımın benimsenmesini, kavranmasını ve uygulanmasını sağlamak amacı ile 2002-2003 öğretim yılından itibaren programlar düzenlenmiştir (102).

Ülkemizde, son yıllarda düzenlenen kongrelerde, hekimler ve sağlık çalışanlarında KDT konusunda farkındalığın oluşturulması amaçlanmıştır, ve bu nedenle oturumlar düzenlenmiş ve ayrıca bazı etkinliklerde de KDT kursları açılmıştır. 2008 yılında, KDT başlığıyla ülkemizde ilk kez 23-25 Mart 2008 tarihlerinde Antalya’da (uluslar arası katılımlı) bir sempozyum düzenlenmiştir (102).

Ülkemizde KDT’nin gelişmesini destekleyen faktörlerden biri de; son yıllarda uluslararası atıf endekslerinde yayımlanan, Türkiye kaynaklı yayınlarda artış ve ulusal veri tabanının oluşturulmasıdır. ULAKBİM bu bağlamda dört Türkçe Veri

Tabanı oluşturmuştur. Bu veri tabanlarından birisi de; “Türk Tıp Veri Tabanı”dır (102).

Sağlık Bakanlığı tarafından Aile Hekimliği geçiş eğitimlerinde eğitim materyali olarak hazırlanan, Aile Doktorları için Kurs Notları (Birinci Aşama Kitabı)’nda da KDT konusu vurgulanmaktadır. Bu kitapta, Dünya Sağlık Örgütü’nün 21. yy.da ulaşılmasını vurguladığı ve 21 başlık altında topladığı sağlık hedefleri arasında 19. maddenin; “*Kanıtla dayalı politika ve uygulamalar için bilgi üretmek ve yaymak*” olduğu belirtilmektedir. Aynı kitabın “*Ayrışmamış hastaya yaklaşım*” konusunda ise; ayrışmamış hastalıkların yönetiminde sık yapılan hatalar belirtilirken; “*Kanıtla dayalı tıp ve tanı rehberi kullanım eksikliği*”, “*Tanı ve tedavi rehberlerinin önemi ve geliştirilmeleri*”, “*Örnek olguların tartışılması*” üzerinde durulmaktadır (105). Eğitim kitabının “*Periyodik Sağlık Muayeneleri*” bölümünde, periyodik muayene kılavuzlarının özellikleri belirtilirken; “*Kanıtlara dayanılarak geliştirilmeleri*” ve “*Bilimsel kanıtların düzeyleri*” konularına ağırlık verilmektedir (106). Aynı kitabın “*Bir Makale Nasıl Okunur?*” bölümünde kursiyerlere; “*Kanıtla dayalı tıp yaklaşımı*” ve “*Kanıtın değerlendirilmesi*” konuları işlenmektedir (107).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Veri Tipi ve Etik Kurul

Çalışmamız, Eskişehir ilindeki birinci basamak hizmet veren tüm hekimlere ulaşılması hedef alınarak; kesitsel, tanımlayıcı ve anket yoluyla verilerin elde edildiği bir çalışma olarak kurgulanmıştır. Çalışma için ilgili yönetim makamlarından izin alınmış ve etik kurulu onayı, 23.12.2009 tarih ve 2009/61 yazısıyla Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiştir.

3.2. Formun İçeriği

Anket formunu oluşturan sorular; çoktan seçmeli sorular, çoklu seçmeli sorular ve açık sorular şeklinde tasarlanmıştır. Tabloda tümleşik, çoktan seçmeli soru biçiminden de faydalanılmıştır. Başlık ve beraberindeki çalışma hakkında bilgilendirilme metni sonrasında soru bölümü sunulmuştur (EK 1). Bilgilendirme; *“Çalışmamız, birinci basamakta çalışan hekimlerimizin klinik çalışmalarında ve pratiğinde referans aldıkları bilgi kaynaklarını tespit etmeyi ve bilimsel açıdan güncel kalabilmek için kullandıkları yolları belirlemeyi amaçlamaktadır. Ayrıca, faydalanılan kaynakların karar sürecine uygulanma aşamasında ne şekilde değerlendirdiklerini tespit etmeye çalışmaktayız. Elde edilen verilerden eğitim politikalarında faydalanılması düşünülmektedir. Bu sayede, hekimlerimizin kendi kendilerini değerlendirmeleri şeklinde de ikincil bir kazancın elde edileceği öngörülmüştür.”* şeklinde olmuştur.

Hekimin çalıştığı kurum, açık soru olarak, görev tanımı çoktan seçmeli olarak ve mezuniyet yılı, klinik hizmetlerde aktif çalışılan süre, günde ortalama bakılan hasta sayısı, haftada ortalama çalışma saati sayısal veri halinde doldurulmak üzere tasarlanmıştır.

Kanıtı dayalı tıp ve sağlık teknolojilerini değerlendirme başlıklarıyla açıklayıcı birer tanım yapılmış ve sonrasında farkındalık durumuyla ilgili çoktan seçmeli birer soru yöneltilmiştir. “Yürüttüğünüz bilimsel bir araştırmanız var mı?”, “Tamamladığınız bilimsel bir araştırmanız var mı?”, “İnternette literatür taraması yapmayı biliyor musunuz?”, “Makalelerin eleştirel değerlendirilmesine (critical appraisal) ilişkin bir eğitim aldınız mı?”, “Bir makaleyi eleştirel olarak

değerlendirebilir misiniz?”, “Sağlık Bakanlığı 2003 Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri’ni kullanıyor musunuz?” ve “Sizce birinci basamakta sürekli tıp eğitimi mecburi hale getirilmeli midir?” başlıklarıyla, evet-hayır seçenekli sorular yöneltilmiştir.

“Birinci basamak hekimlerinin güncel bilgiye erişimi hakkında faydalandığınız ve önerdiğiniz yöntemler nelerdir?”, “Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıp (KDT) uygulamalarına engel olabilecek etkenler neler olabilir?”, “Aşağıdaki süreli yayınlardan hangilerini takip etmektesiniz?” ve “Güncel bilgiye erişiminizde kolaylık sağlamak ve birinci basamak sağlık hizmetinde kaliteyi artırmak için ileriye yönelik düşünceleriniz nelerdir?” soruları, tablolar halinde çoktan seçmeli sorular olarak yöneltilmiş, ayrıca sorularda “diğer” seçeneği de eklenerek, serbest seçenekler sunulmuştur.

“Faydalandığınız yayınların kanıt derecesini ölçmenizde temel etken(ler) ne olur?” sorusu çoklu seçmeli olarak sunulmuştur ve yine “diğer” seçeneği de eklenmiştir.

Anket sorularının hazırlığında ve içeriğini belirleme aşamasında, önceden yapılmış benzer bir çalışma ile verilerin karşılaştırılması da düşünülerek, 2007 yılı, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörlüğü’nde Uzman Dr. Rabia KAHVECİ tarafından yapılan “Birinci Basamak Hekimlerinin Kanıta Dayalı Tıp Yaklaşımları” isimli uzmanlık tezinden faydalanılmıştır (104).

3.3. Verilerin Toplanması

Anketlerin hekimlerine ulaştırılmasında birkaç yöntem farklı süreçlerde kullanıldı. İlk olarak, *Adobe® Acrobat 9 Pro Extended® Version 9.0.0* ile anket, aktif PDF (*Portable Document Format / Taşınabilir Belge Biçimi*) formuna dönüştürüldü. Pilot çalışma olarak, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nın kendi mail grubuna atılan form, üniversitemiz aile hekimliği araştırma görevlileri ve öğretim üyeleri tarafından başarılı bir şekilde dolduruldu. Dikkate alınan geri bildirimlerle rötuşlanan anket formu, Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü tarafından ilimizdeki tüm birinci basamak hizmet veren hekimlere e-posta yoluyla 27.08.2009 tarihinde, eklenti yapılarak, beraberinde, PDF formunun nasıl doldurulacağı konusunda bilgilendirme mesajı da iletilerek, gönderildi. Maillerin,

spam (junk) olarak tanınmaması için Sağlık Müdürlüğü tarafından gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

5.11.2009 tarihinde, elimizde olan geri bildirim sayısı 37 adetti. Elde edilen geri bildirim sayısının istenenden çok düşük olması üzerine, hatırlatma mailleri Sağlık Müdürlüğü tarafından 7.11.2009 tarihinden başlayarak, ayrıntılı açıklamalarla formu yanıtlamamış hekimlere iletilmiştir. Ayrıca, bu konuda problem yaşayan hekimler için, çıktısı alınarak gönderilecek doldurulmuş formlar için adresler de verilmiştir.

Sonraki aşamada, yine katılımcı sayısını artırmak için, sahada çalışan hekimlerden olan halk sağlığı uzmanı Sayın Dr Kazım TIRPAN tarafından, 23.11.2009 tarihinden başlamak üzere, meslektaşlarına çeşitli yollarla (mail grubu, dernek vs.) hatırlatmalar yapılmıştır.

Ayrıca, farklı bir format da düşünülerek, *Google Documents* tarafından sanal ortamda hazırlanan anketin doldurulması için forma ulaşılabilecek linkler, önceki formatlarla yanıt alınamamış tüm hekimlere 19.12.2009 tarihinden itibaren şahsım tarafından isme özel e-posta yoluyla iletilerek, geri bildirim konusunda hekimlerden destek talep edilmiştir. Bu tarihe kadar destekleyen hekim sayısı, 57 idi.

Ayrıca, PDF formatında belgeyi açmakta ve doldurarak eklenti halinde posta gönderme problemi yaşayan hekimler için form *Microsoft® Office Word* formu haline dönüştürülerek, sadece cevap atmamış ve cevap atma zorluğu yaşayan 23 hekime form gönderildi. Bu şekilde de iki hekimin verisi elde edildi.

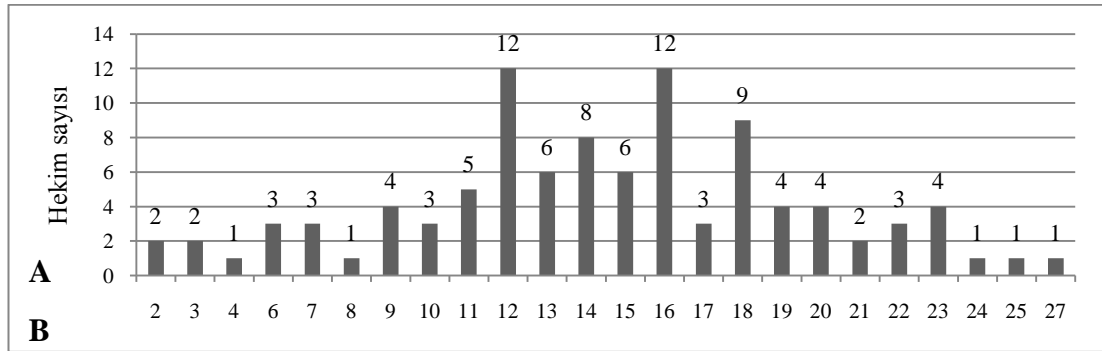
Elde edilen tüm formların aile hekimlerinin mevcut numaralarına göre yapılan incelemesi sonrasında, eksikliğin çokça görüldüğü aile sağlığı merkezlerine ulaşıldı ve elden form dağıtımı yapılarak toplandı.

Toplanan tüm formlar *SPSS 15.0 for Windows®* veri tabanına aktarılarak frekans ve veri analizleri yapıldı.

4. BULGULAR

Çalışmanın yürütüldüğü zaman aralığında, Eskişehir Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı birinci basamak hizmetlerinde çalışan hekim sayısı 213 iken, çalışmamıza yanıt veren hekim sayısı 118'di (%55,4). Elde edilen 118 anketten 16'sı ise sonraki değerlendirme aşamasında; tek tip yanıt verilmesi, tezat gösteren yanıtların bulunması ve soruların önemli bir kısmının yanıtı bırakılması nedenleriyle değerlendirme dışı bırakılmıştır.

4.1. Demografik Dağılım



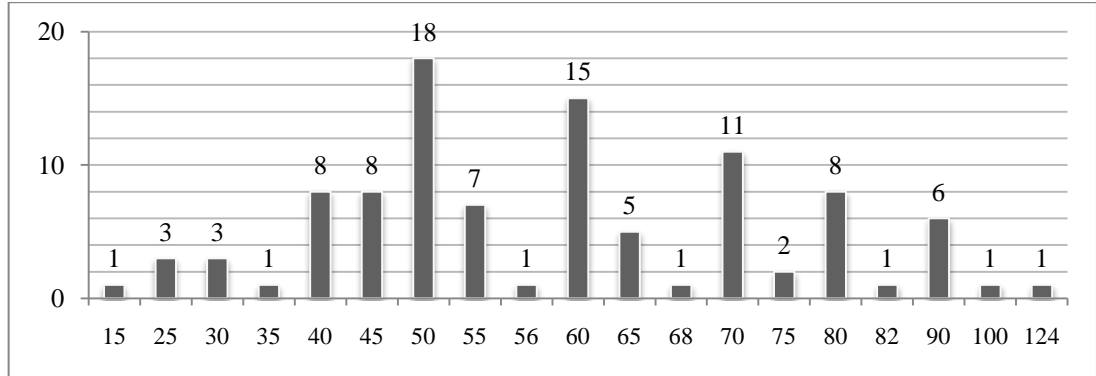
Şekil 4.1. Çalışmaya katılan birinci basamak hekimlerin birinci basamak hizmetlerde geçirdikleri süreye göre dağılımı.

Çalışmaya katılan hekimlerin tümü aile hekimliği hizmeti veren hekimlerdi. Görev tanımlarını anket formunda belirtenlerin dağılımlarına göre 95 (%94,0) aile hekimi, 4 (%4,0) aile hekimi uzmanı ve 2 (%2,0) halk sağlığı uzmanı bulunmaktaydı. Gruplar arasında, istatistiksel olarak normal dağılım olmadığından, elde edilen veriler ile hekimlerin görev tanımı arasında istatistiksel değerlendirilme yapılamamıştır. Hekimlerin mezuniyet yıllarına göre dağılımları, istatistiksel olarak normal dağılım göstermektedir (Lilliefors test, $p=0,20$). Mezuniyet yıllarına göre hekimler; 1990 öncesi (20 hekim, %19,6), 1991 ve 2000 yılı arası (69 hekim, %68,6) ve 2001 yılı ve sonrası (11 hekim, %11,8) şeklinde üç gruba ayrılmıştır.

Katılımcıların birinci basamak hizmetlerde çalışma sürelerinin dağılımı Şekil 4.1'de verilmiştir. Dağılım, istatistiksel olarak normaldir (Lilliefors test, $p=0,20$). Geçersiz sayılan iki kişi dışında, hekimlerin ortalama çalışma süresi, $14,4\pm 0,52$ yıl olarak hesaplanmıştır.

4.2. Çalışma Yoğunluğu

Günde ortalama bakılan hasta sayısına göre, tüm katılımcıların ortalama günde baktığı hasta sayısı, 58,8 idi. Verilen yanıtların hekim sayısına göre dağılımı Şekil 4.2’de verilmiştir (istatistiksel olarak normal, Lilliefors test, $p=0,20$). Dağılımda; ortalama 58,8 , ortanca 60 ve mod 50’dir (18 kişi).



Şekil 4.2. Hekim sayısının günde ortalama bakılan hasta sayısına göre dağılımı.

Haftada, ortalama hasta bakılan saat dağılımına göre, mod 40 (36 kişi) olarak izlendi. Katılımcılar, haftada ortalama 36,2 saat hasta bakmaktaydılar. Bu soruya verilen yanıtlardan 5 tanesi değerlendirilemez kabul edildi (ekstrem veya anlamsız değer belirtilmesi).

4.3. İnternet, Bilimsel Aktivite ve İngilizce

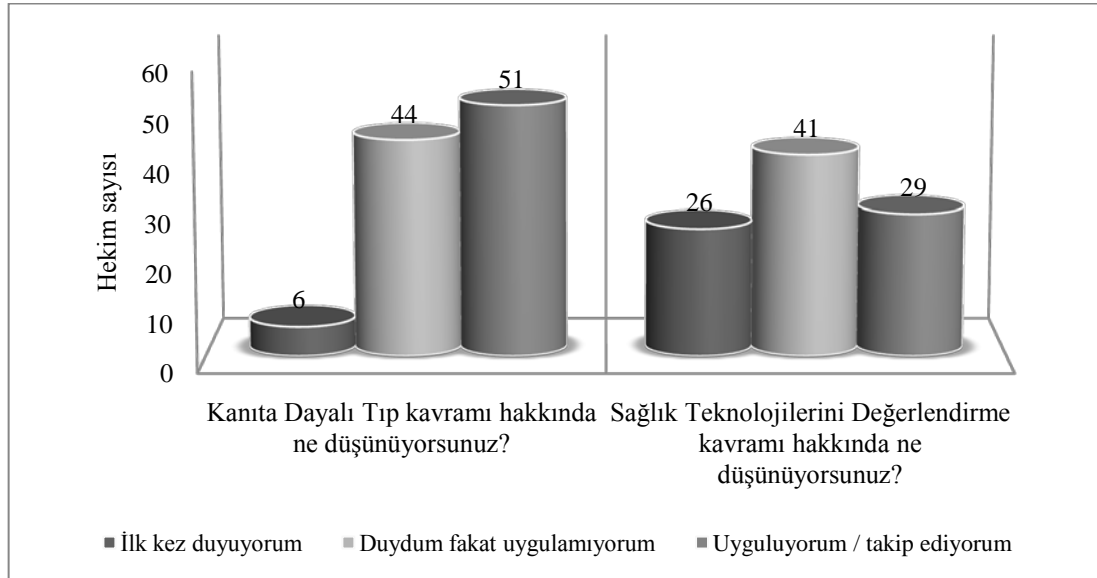
Hekimlerin internet erişimlerine dair sorular, evde ve internette olmak üzere ayrı ayrı yöneltildi. Verilen yanıtlara göre, hekimlerin 96’sı (%95,0) evde ve 98’i (%96,1) iş yerinde internet erişimine sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Bilimsel çalışma aktivitelerine katılım aktivitelerini değerlendirmek üzere Yöneltilen “Yürüttüğünüz çalışma var mı?” sorusuna verilen cevapların 93’ü (%91,2) hayır, diğer 9’u (%8,8) ise evet şeklindedir. Ayrıca, “Tamamladığınız bilimsel çalışma var mı?” sorusuna ise 90 (%89,1) kişi hayır cevabını vermiş iken, 11 (%10,1) kişi ise evet yanıtını vermiştir.

İngilizce seviyeleri konusunda, yöneltilen “İngilizce bilgi seviyenizi nasıl yorumlarsınız?” sorusuna alınan cevapların 50’si (%50,0) az, 43’ü (%42,2) orta ve 8’i (%7,8) ileri şeklinde olmuştur.

4.4. Kanıta Dayalı Tıp ve Sağlık Teknolojilerini Değerlendirme Kavramları

Hekimlerin, Kanıta Dayalı Tıp (KDT) ve Sağlık Teknolojilerini Değerlendirme (STD), kavramları hakkında ne düşündüklerine dair yöneltilen sorulara alınan cevaplara göre dağılım Şekil 4.3’de verilmiştir. Buna göre, KDT konusunda, cevap veren hekimlerin 6’sı (%5,9) kavramı ilk kez duyduğunu belirtmiş, 44’ü (%43,6) duyduğunu fakat uygulamadığını veya takip etmediğini belirtmiş ve 51’i (%50,5) ise KDT pratiğini uyguladığını ve takip ettiğini belirtmiştir. Bir kişi, soruyu boş bırakmıştır. STD kavramı hakkında yöneltilen soruyu ise 6 kişi boş bırakmış, dolduranlardan da 26’sı (%27,1) kavramı ilk kez duyduğunu, 41 (%42,7) kişi duyduğunu fakat uygulamadığını veya takip etmediğini ve 29 (%30,2) kişi de klinik pratiğinde kullandığını belirtmiştir (Şekil 4.4).



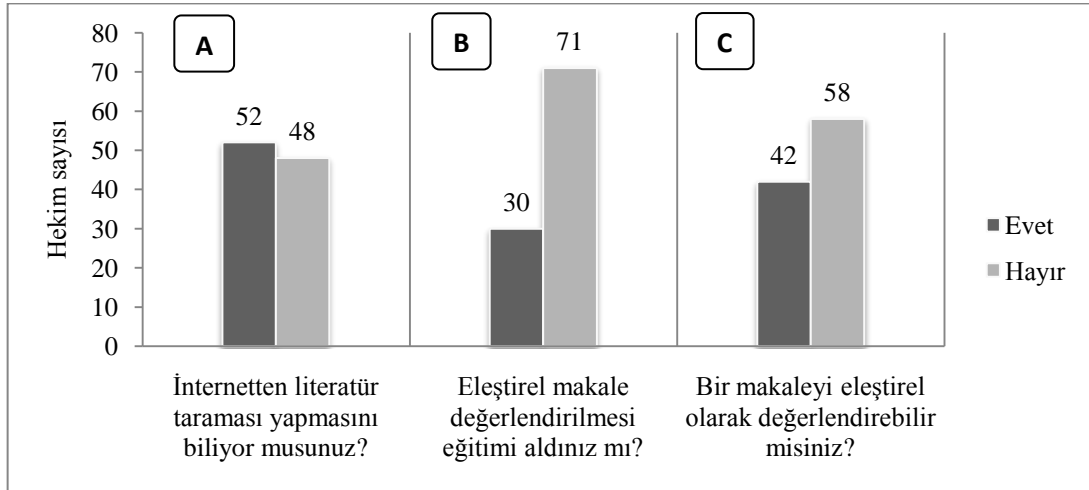
Şekil 4.3. Hekimlerin KDT ve STD hakkındaki görüşleri.

4.5. Literatür Tarama ve Yayın Değerlendirme

“Hekimlere yöneltilen “*İnternette literatür taraması yapmasını biliyor musunuz?*” sorusunun yanıtlarının dağılımına göre, 52 (%52,0) kişi evet ve 48 (%48,0) kişi hayır demiştir (Şekil 4.4-A). Eleştirel makale değerlendirilmesi için eğitim alma durumu sorusuna 30 (%30) kişi olumlu ve 71 (%70) kişi de olumsuz yanıt vermiştir (Şekil 4.4-B). Bir makaleyi eleştirel olarak değerlendirebilirim diyen hekim sayısı 42 (%42,0) iken, değerlendiremem diyenler ise 58 (%58,0) kişi

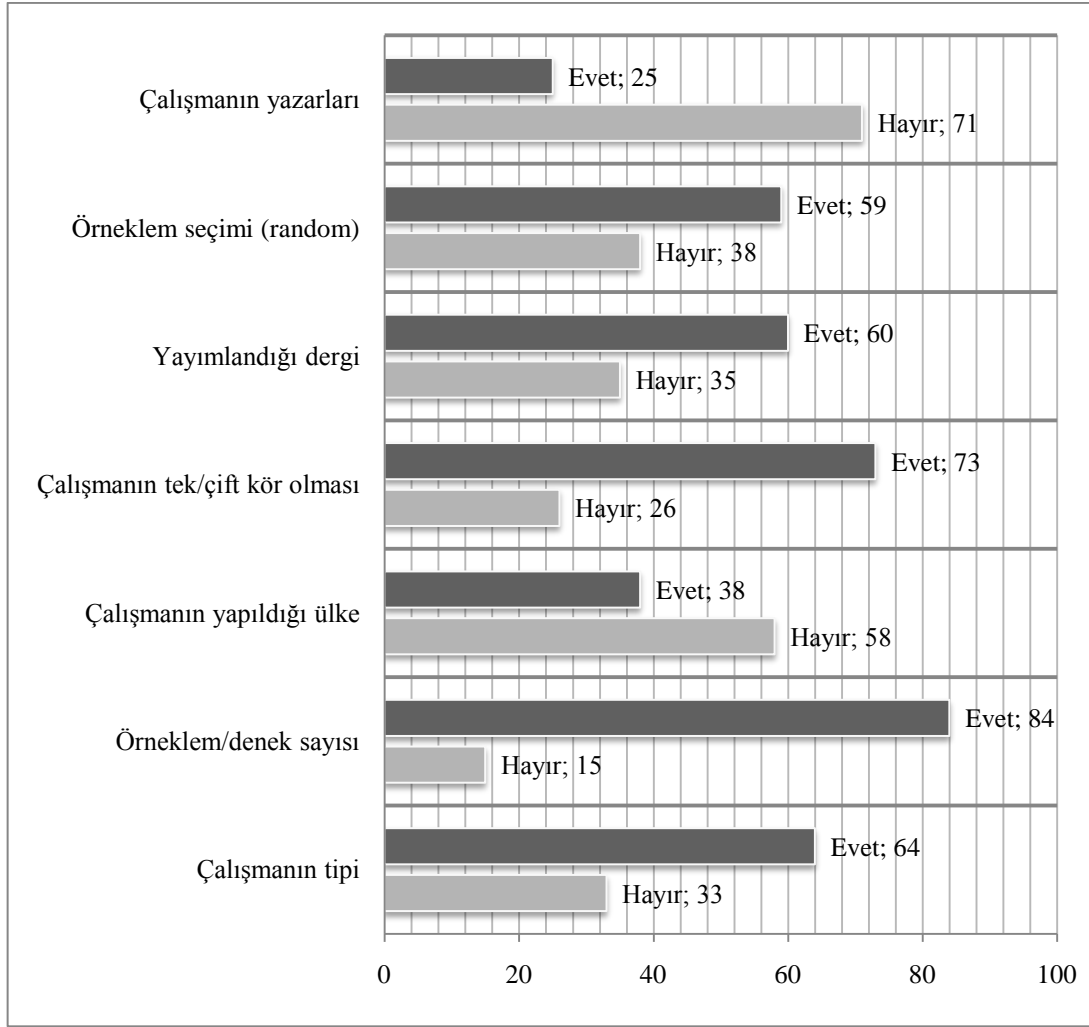
olmuştur (Şekil 4.4-C). Değerlendirebilirim diyen 42 hekimin 22'si (%52,4) eğitim aldığı, 20'si (%47,6) ise eğitim almadığını belirtmişlerdir.

Hekimlerin, faydalandıkları yayınların kanıt derecesini ölçmelerindeki temel etkenlerin hekim sayısına göre dağılımı sorusu, çoklu seçenekli olarak, evet-hayır biçiminde sunulmuştur. Buna göre bazı hekimler seçenekleri tamamen boş bırakmışken, sorulara verilen yanıtlara göre hekimlerin dağılımı Şekil 4.5'de gösterilmiştir.



Hekimler tüm seçeneklerde görüş belirtmediklerinden toplam sayılarda farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Şekil 4.4. Literatür tarama ve yayın değerlendirme **A.** “İnternette literatür taramasını biliyor musunuz?” **B.** “Makalelerin eleştirel değerlendirilmesine (critical appraisal) ilişkin bir eğitim aldınız mı?” **C.** “Bir makaleyi eleştirel olarak değerlendirebilir misiniz?” sorularına verilen yanıtların, hekim sayısına göre dağılımları.



Hekimler tüm seçeneklerde görüş belirtmediklerinden toplam sayılarda farklılıklar ortaya çıkmıştır.

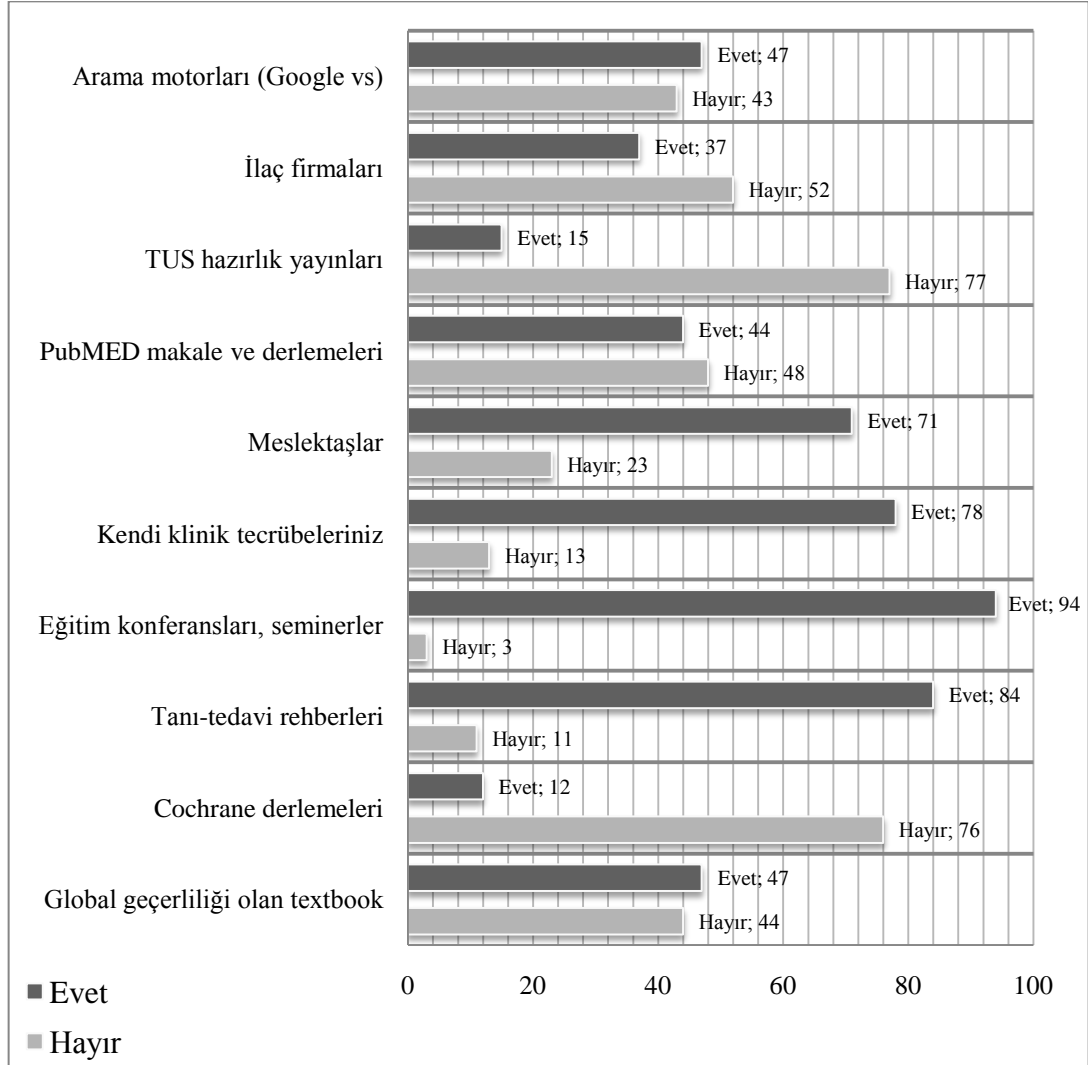
Şekil 4.5. Hekimlerin faydalandıkları yayınların kanıt derecesini ölçmelerindeki temel etkenlerin hekim sayısına göre dağılımı.

Hekimlerin Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan tanı ve tedavi rehberinden faydalanıp faydalanmadıklarının sorulduğu soruya cevap veren yüz hekimden 37'si (%37,0) kullanmadığını belirtirken 63'ü (%63,0) rehberi kullandığını belirtmiştir.

Birinci basamakta hizmet sunan hekimlerin sürekli tıp eğitiminin ülkemizde mecburi hale getirilmesi hakkındaki görüşlerini öğrenmek amacıyla yönelttiğimiz soruya cevap veren 101 kişiden 79'u (%78,3) "evet" derken, 22'si (%21,7) "hayır" demiştir.

"Birinci basamak hekimlerinin güncel bilgiye erişimi hakkında faydalandığınız ve önerdiğiniz yöntemler nelerdir?" sorusu birleşik tablo halinde çok seçenekli biçimde yöneltilmiştir. Tablodaki güncel bilgiye erişim seçeneklerinin karşısındaki ilgili boşluklara tik atılması yoluyla doldurulması beklenmiştir.

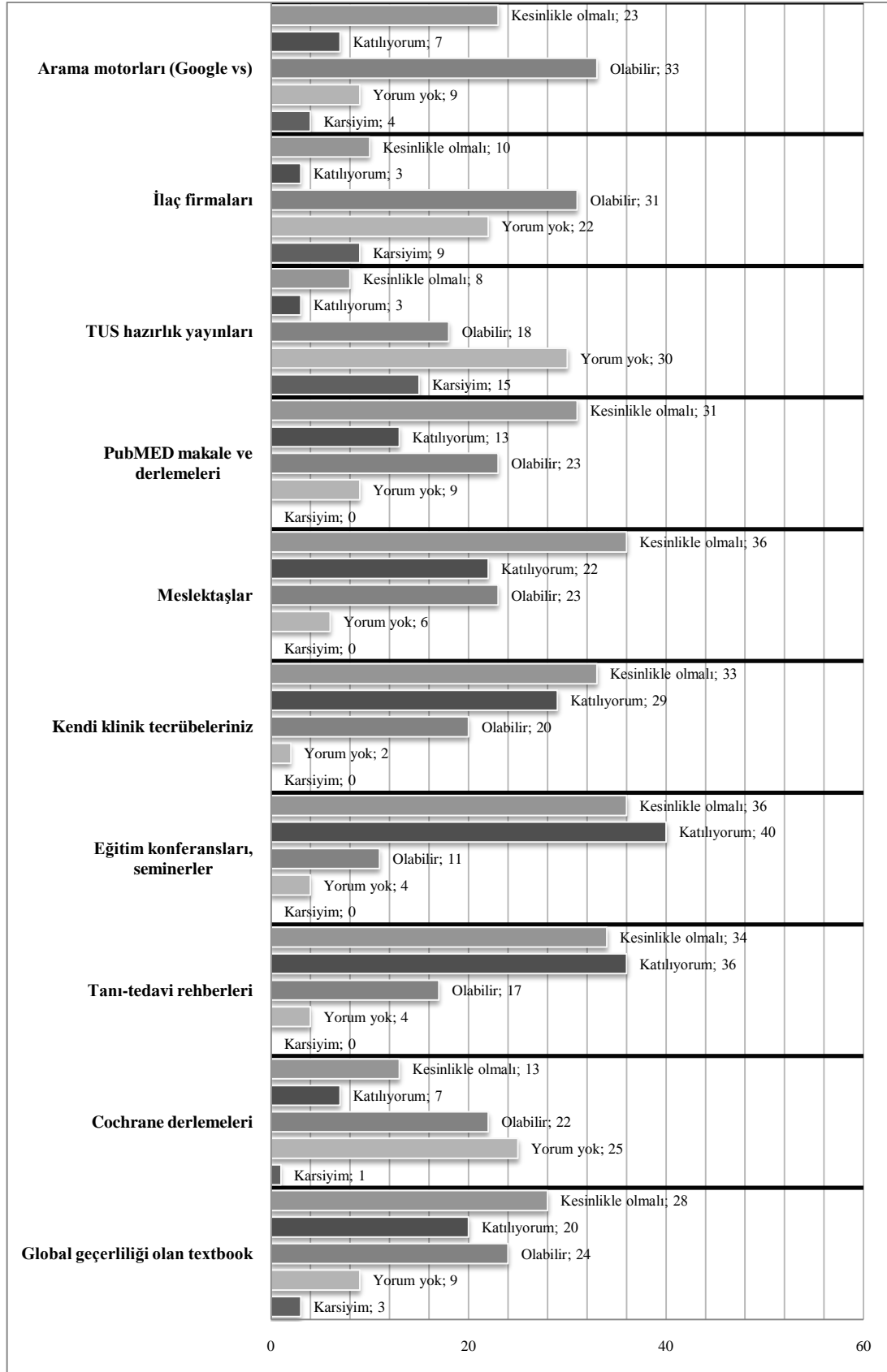
Seçeneklerden tamamen boş bırakılanlar değerlendirmeye alınmamıştır. Verilerin yanıtların hekim sayısına göre dağılımı iki sütun grafiği biçiminde Şekil 4.6 ve Şekil 4.7’de gösterilmiştir.



Hekimler tüm seçeneklerde görüş belirtmediklerinden toplam sayılarda farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Şekil 4.6. Güncel bilgiye erişim için faydalanılan kaynaklara göre hekim sayısı dağılımı.

Şekil 4.6’da görüldüğü gibi faydalanılan kaynaklar seçeneklerinden en fazla sırasıyla, eğitim konferansları ve seminerler, tanı-tedavi rehberleri, hekimlerin kendi klinik tecrübeleri, meslektaşların klinik bilgileri, küresel geçerliliği olan kitaplar, arama motorları, PubMed makale ve derlemeleri, ilaç firmaları ve TUS’a hazırlık kitapları seçeneklerine olumlu yanıt verilmiştir. Bunun yanında da olumsuz yanıt en fazla, TUS’a hazırlık kitapları ve Cochrane derlemelerine verilmiştir.



Şekil 4.7. Birinci basamak hekimlerinin güncel bilgi kaynaklarının kullanımına dair fikirleri.

Şekil 4.7’den anlaşıldığı ve Tablo 4.1’den görüldüğü gibi, en fazla “Karşılım” yanıtı TUS’a hazırlık kitapları için (%20,3), sonrasında da ilaç firmaları, arama motorları, küresel kabul gören kitaplar ve Cochrane derlemeleri için verilmiştir. “Kesinlikle olmalı” seçeneğini işaretleyenler sırasıyla; konferans ve seminerler, meslektaşlar, tanı-tedavi rehberleri, hekimin kendi klinik tecrübeleri, PubMed makale ve derlemeleri, global geçerliliği olan kitaplar, arama motorları, Cochrane derlemeleri, ilaç firmaları ve TUS’a hazırlık kitapları şeklindedir.

Tablo 4.1. Birinci basamak hekimlerinin güncel bilgi kaynaklarının kullanımına dair fikirleri.

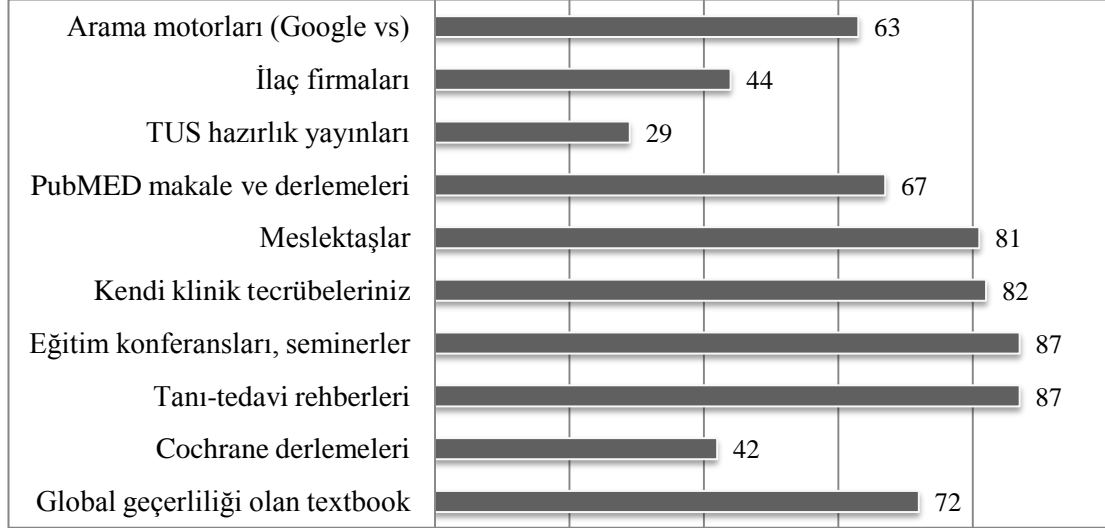
	Kesinlikle olmalı	Katılıyorum	Olabilir	Yorum Yok	Karşılım	Toplam *
Kitaplar	28 (%33,3)	20 (%23,8)	24 (%28,6)	9 (%10,7)	3 (%3,6)	84 (%100,0)
Cochrane	13 (%19,0)	7 (%10,3)	22 (%32,4)	25 (%36,8)	1 (%1,5)	68 (%100,0)
Rehberler	34 (%37,3)	36 (%39,6)	17 (%18,7)	4 (%4,4)	0 (%0,0)	91 (%100,0)
Konferans ve Seminerler	36 (%39,5)	40 (%44,0)	11 (%12,1)	4 (%4,4)	0 (%0,0)	91 (%100,0)
Klinik tecrübeler	33 (%39,3)	29 (%34,5)	20 (%23,8)	2 (%2,4)	0 (%0,0)	84 (%100,0)
Meslektaşlar	36 (%41,4)	22 (%25,3)	23 (%26,4)	6 (%6,9)	0 (%0,0)	87 (%100,0)
PubMed	31 (%40,8)	13 (%17,1)	23 (%30,3)	9 (%11,8)	0 (%0,0)	76 (%100,0)
TUS kitapları	8 (%10,8)	3 (%4,1)	18 (%24,3)	30 (%40,5)	15 (%20,3)	74 (%100,0)
İlaç firmaları	10 (%13,4)	3 (%4,0)	31 (%41,3)	22 (%29,3)	9 (%12,0)	75 (%100,0)
Arama motorları (Google vs)	23 (%30,3)	7 (%9,2)	33 (%43,4)	9 (%11,8)	4 (%5,3)	76 (%100,0)

*: Hekimler tüm seçeneklerde görüş belirtmediklerinden toplam sayıda farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bu nedenle yanıt verenler kendi içinde yüzdelik dilimle ifade edilmiştir.

Şekil 4.7’deki seçeneklerden olumlu olarak algılanan “Olabilir”, “Katılıyorum” ve “Kesinlikle olmalı” seçeneklerini işaretleyen hekimler, tek bir grafikte birleştirildiğinde Şekil 4.8’deki gibi bir dağılım ortaya çıkmaktadır. Buna göre, en fazla desteklenebilecek güncel bilgiye erişim kaynakları tanı-tedavi rehberleri, eğitim konferansları ve seminerleri olarak gözükmektedir.

Hekimlerin KDT uygulamalarına engel olabilecek etkenler de yine seçenekli tablo biçiminde sorulmuştur. Her hekim, bütün seçenekleri doldurmadığından toplam sayı, farklı etkenlerde farklı olmuştur. Hekimlerin KDT uygulamalarına engel olduğunu ifade ettikleri etkenler, Tablo 4.2’de ve Şekil 4.9’da sunulmuştur. Buna göre, engel olacak etkenlere ‘katılıyorum’ seçeneğini verenler çoktan aza doğru;

KDT konusunda eğitim eksikliği (%78,7), yabancı dil yetersizliği (%75,3), ilgi ve motivasyon eksikliği (%73,4), zaman kısıtlılığı (%70,1) şeklindedir.



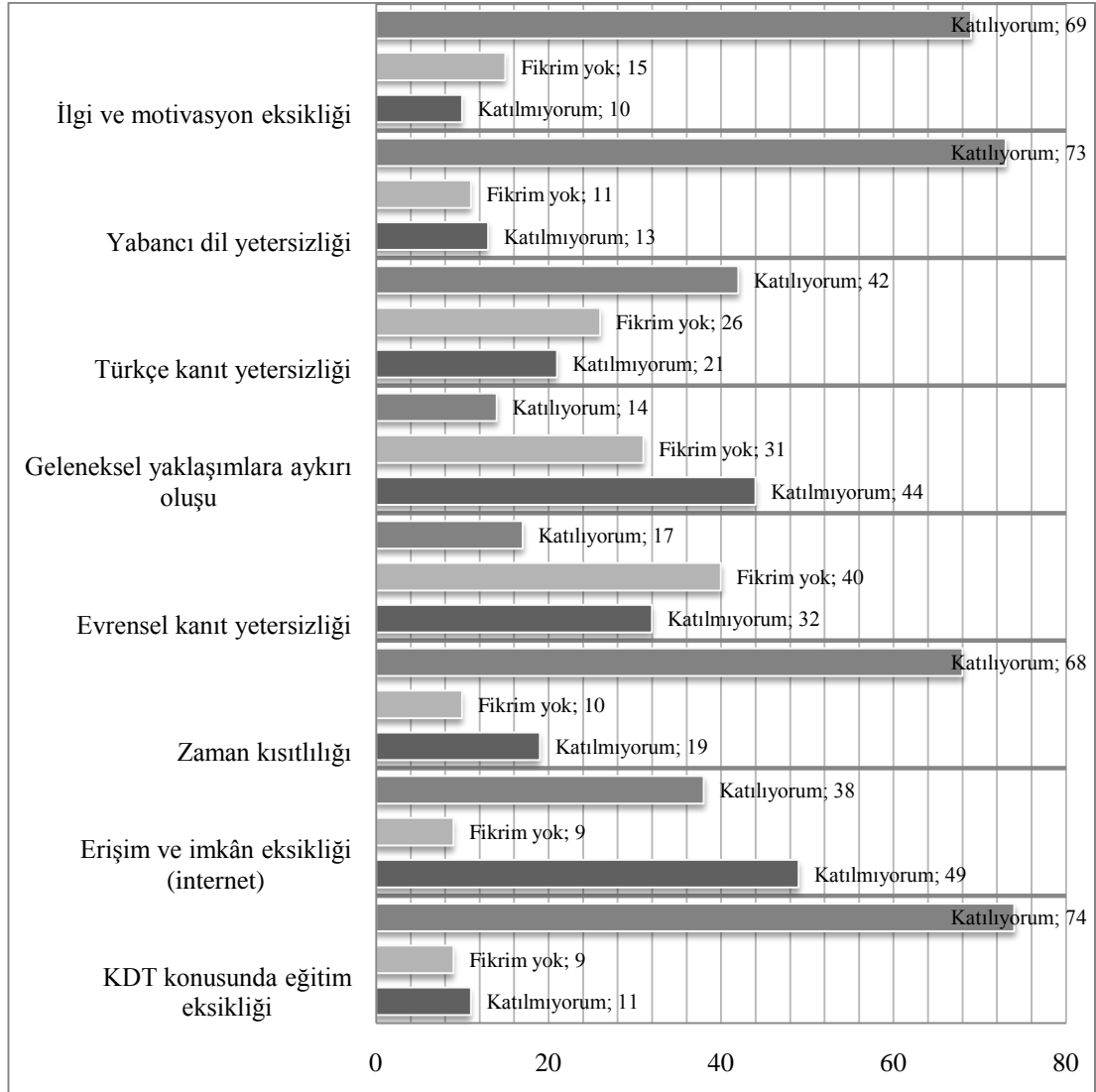
Şekil 4.8. Faydalanılan güncel bilgi kaynaklarına verilen olumlu (olabilir, katılıyorum ve kesinlikle olmalı) yanıtların dağılımı.

Ayrıca etken olarak kabul edilmeyen seçenekler ise çoktan aza doğru; erişim ve imkan eksikliği (%51,0), yeni kanıtların geleneksel yaklaşımlara aykırı oluşu (%49,4), evrensel kanıt yetersizliği (%36,0), Türkçe kanıt yetersizliği (%23,6) şeklindedir.

Tablo 4.2. Hekimlerin KDT uygulamalarına engel olabilecek etkenlere verdiği yanıtların dağılımı.

	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam*
İlgi ve motivasyon eksikliği	69 (%73,4)	15 (%16,0)	10 (%10,6)	94 (%100)
Yabancı dil yetersizliği	73 (%75,3)	11 (%11,3)	13 (%13,4)	97 (%100)
Türkçe kanıt yetersizliği	42 (%47,2)	26 (%29,2)	21 (%23,6)	89 (%100)
Geleneksel yaklaşımlara aykırı oluşu	14 (%15,8)	31 (%34,8)	44 (%49,4)	89 (%100)
Evrensel kanıt yetersizliği	17 (%36,1)	40 (%44,9)	32 (%36,0)	89 (%100)
Zaman kısıtlılığı	68 (%70,1)	10 (%10,3)	19 (%19,6)	97 (%100)
Erişim ve imkân eksikliği (internet)	38 (%39,6)	9 (%9,4)	49 (%51,0)	96 (%100)
KDT konusunda eğitim eksikliği	74 (%78,7)	9 (%9,6)	11 (%11,7)	94 (%100)

*: Hekimler tüm seçeneklerde görüş belirtmediklerinden, toplam sayıda farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bu nedenle yanıt verenler kendi içinde yüzdelerle ifade edilmiştir.



Hekimler tüm seçeneklerde görüş belirtmediklerinden toplam sayılarda farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Şekil 4.9. Hekimlerin KDT uygulamalarına engel olabilecek etkenlere verdiği yanıtların dağılımı.

Sürelî yayınlardan hangilerini, ne sıklıkla takip ettiklerini sorguladığımız diğer bir tümeşik seçeneqli tablo sorusuna verilen yanıtlar, Şekil 4.10'da görülmektedir. Sürelî yayınlardan en fazla takip edildiği görülen dergiler, tüm değerlendirmeye alınana hekimlere oranla sırasıyla, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi (%52,9), Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (%46,1), Aile Hekimliği Dergisi (%40,2), Türkiye Klinikleri (%38,2), PRN Aile Hekimliği Dergisi (%23,5), LANCET (%16,7), New England Journal of Medicine (NEJM) (%3,9) ve American Association of Family Practice (AAFP) (%2,9) oranlarındadır. Sürekli yayınları takip eden hekimlerin toplam sayısına (evet seçeneğini işaretleyen tüm hekimlerin toplamı,

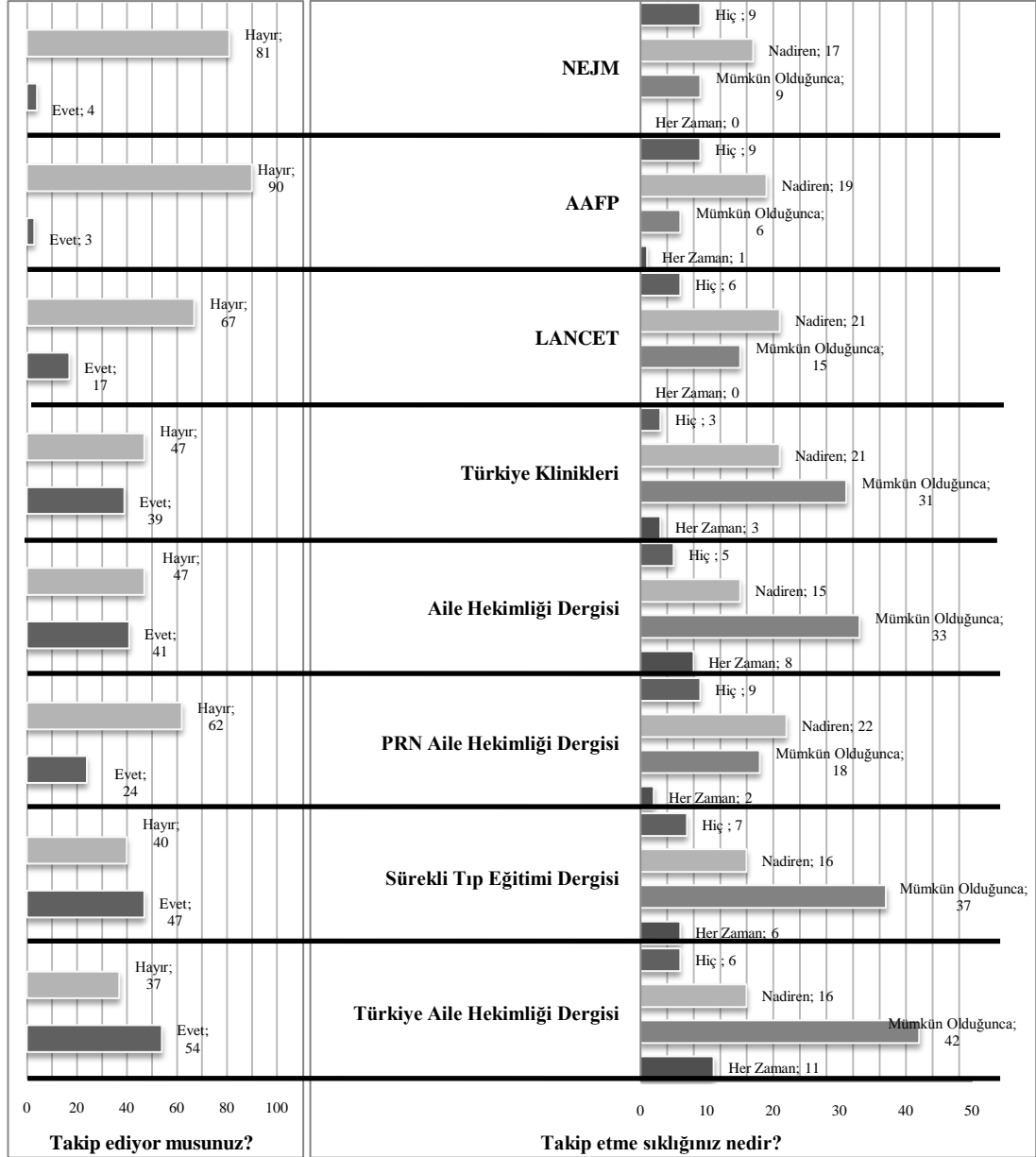
229) oranla hekimler, %89,5 oranında Türkçe ve %10,5 oranında da yabancı dilde yayın takip etmektedirler. Dergileri takip etme sıklığı ise ‘takip edilme sıklığını belirten toplam hekim’ sayısına (423) oranla sırasıyla; mümkün olduğunca (%45,3), nadiren (%34,8), hiç (%12,8), her zaman (%7,3) şeklindedir.

Tablo 4.3. Hekimlerin takip ettiği süreli yayınların, hekimler tarafından takip edilme sıklığı ve faydalanma durumu.

	Hiç (%)	Nadiren (%)	Mümkün olduğunca (%)	Her zaman (%)	Toplam* (%)	Fayda** (%Evet) (%Hayır)
Türkiye Aile Hekimliği Dergisi	6 (%8,0)	16 (%21,3)	42 (%56,0)	11 (%14,7)	75 (%100)	(%59,3) (%40,7)
Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi	7 (%10,6)	16 (%24,2)	37 (%56,1)	6 (%9,1)	66 (%100)	(%54,0) (%46,0)
Aile Hekimliği Dergisi	5 (%8,2)	15 (%24,6)	33 (%54,1)	8 (%13,1)	61 (%100)	(%46,6) (%53,4)
Türkiye Klinikleri	3 (%5,2)	21 (%36,2)	31 (%53,4)	3 (%5,2)	58 (%100)	(%45,3) (%54,7)
PRN Aile Hekimliği Dergisi	9 (%17,6)	22 (%43,1)	18 (%35,3)	2 (%4,0)	51 (%100)	(%27,9) (%72,1)
LANCET	6 (%14,3)	21 (%50,0)	15 (%35,7)	0 (%0,0)	42 (%100)	(%19,3) (%80,7)
NEJM	9 (%25,7)	17 (%48,6)	9 (%25,6)	0 (%0,0)	35 (%100)	(%4,7) (%95,3)
AAFP	9 (%25,7)	19 (%54,3)	6 (%17,1)	1 (%2,9)	35 (%100)	(%3,2) (%96,8)

*: Hekimler tüm seçeneklerde görüş belirtmediklerinden, toplam sayıda farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bu nedenle yanıt verenler kendi içinde yüzdelerle ifade edilmiştir.

** : İlgili seçeneğe yanıt veren hekimlerin yüzdelerle dilimdeki oranı.

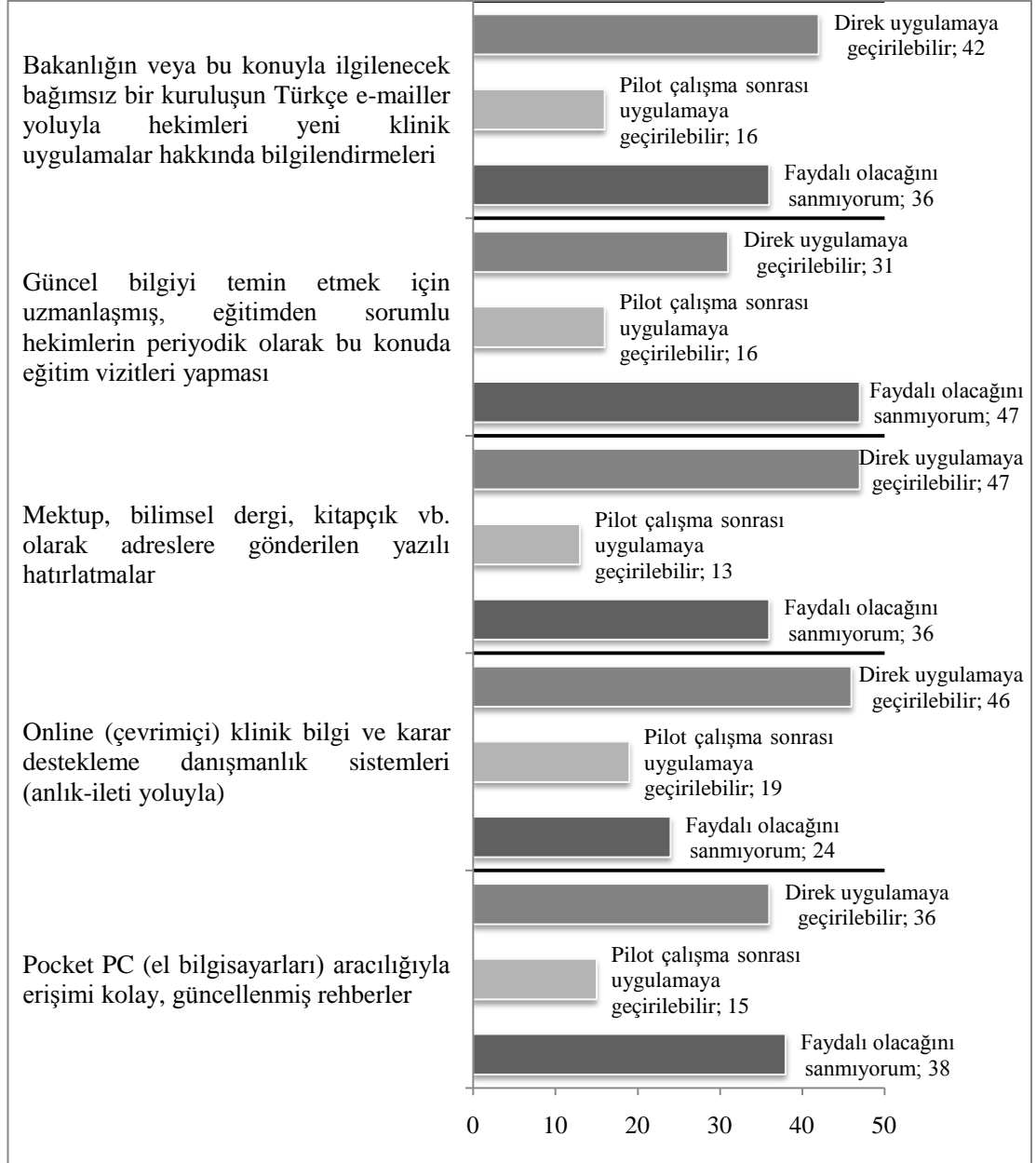


Hekimler tüm seçeneklerde görüş belirtmediklerinden toplam sayılarda farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Şekil 4.10. Hekimlerin takip ettiği süreli yayınlar ve takip etme sıklığı.

4.6. Çözüm Önerileri

Güncel bilgiye erişimde kolaylık sağlamak ve birinci basamak sağlık hizmetinde kaliteyi artırmak için hekimlerin ileriye yönelik düşüncelerini yönelttiğimiz soruya, çözüm metotları sunulmuş ve ayrıca alternatif öneriler de beklenmiştir. Seçeneklere göre hekim dağılımı Şekil 4.11'de görülmektedir.



Hekimler tüm seçeneklerde görüş belirtmediklerinden toplam sayılarda farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Şekil 4.11. Güncel bilgiye erişimde kolaylık sağlama ve birinci basamakta kaliteyi artırma yollarına göre hekimlerin dağılımı.

Alınan yanıtlara göre, her bir seçenek kendi içerisinde yüzdelik dilimlere sokulduğunda “Direk uygulamaya geçilsin” yanıtı verilen seçenekler, Tablo 4.4’te sırasıyla gösterilmiştir. Olumlu görüş olarak algılanan seçenekler toplandığında da, olumlu ve olumsuz görüşlerin oranları arasındaki farka göre de aynı sıra izlenmiştir. Buna göre yüksek orandan düşük orana doğru, desteklenen seçenekler, sırasıyla;

1. Online (çevrimiçi) klinik bilgi ve karar destekleme danışmanlık sistemleri (anlık-ileti yoluyla),
2. Mektup, bilimsel dergi, kitapçık vb. olarak adreslere gönderilen yazılı hatırlatmalar,
3. Bakanlığın veya bu konuyla ilgilenecek bağımsız bir kuruluşun Türkçe e-mailler yoluyla hekimleri yeni klinik uygulamalar hakkında bilgilendirmeleri,
4. Pocket PC (el bilgisayarları) aracılığıyla erişimi kolay, güncellenmiş rehberler,
5. Güncel bilgiyi temin etmek için uzmanlaşmış, eğitimden sorumlu hekimlerin periyodik olarak bu konuda eğitim vizitleri yapması olarak sıralanabilir.

Tablo 4.4. Güncel bilgiye erişimde kolaylık sağlamak ve birinci basamakta kaliteyi artırmak için ileriye dönük düşüncelerin hekimler tarafından değerlendirilme yüzdeleri.

	Direk uygulamaya geçirilebilir	Pilot çalışma sonrası uygulamaya geçirilebilir	Faydalı olacağını sanmıyorum	Toplam* (yüzde)
Online (çevrimiçi) klinik bilgi ve karar destekleme danışmanlık sistemleri (anlık-ileti yoluyla)	46 %51,7	19 %21,3	24 %27,0	89 %100
Mektup, bilimsel dergi, kitapçık vb. olarak adreslere gönderilen yazılı hatırlatmalar	47 %49,0	13 %13,5	36 %37,5	96 %100
Bakanlığın veya bu konuyla ilgilenecek bağımsız bir kuruluşun Türkçe e-mailler yoluyla hekimleri yeni klinik uygulamalar hakkında bilgilendirmeleri	42 %44,7	16 %17,0	36 %38,3	94 %100
Pocket PC (el bilgisayarları) aracılığıyla erişimi kolay, güncellenmiş rehberler	36 %40,4	15 %16,9	38 %42,7	89 %100
Güncel bilgiyi temin etmek için uzmanlaşmış, eğitimden sorumlu hekimlerin periyodik olarak bu konuda eğitim vizitleri yapması	31 %33,0	16 %17,0	47 %50,0	94 %100

*:Hekimler tüm seçeneklerde görüş belirtmediklerinden toplam sayılarda farklılıklar ortaya çıkmıştır.

5. TARTIŞMA

Birinci basamak sağlık çalışanlarının kalitede artış politikası ve Avrupa Birliği uyum kapsamında ülkemizde de uygulamaya konularak pilot illerde başlanan ve hızlı bir şekilde yayılmakta olan Aile Hekimliği Uygulamasında, amaca yönelik olarak hekimlerin klinik uygulamalarında ve karar verme basamaklarında güncel bilgilere ulaşma politikaları, tezin çalışma konusunu oluşturmaktadır. Hekimlerin mevcut bilgilerini ne kadar sıklıkla, hangi kaynaklardan, hangi yöntemlerle takip ederek yenilediklerini tespit etmek, bunun yanı sıra hekimlerin bu konularda karşılaştıkları zorlukları da açığa çıkarıp diğer ülkelerdeki uygulamalardan da örnekler ve referanslardan faydalanarak problem yaşanan noktalara çözümler üretebilmek, tezin temel amacını oluşturmaktadır. Bu sayede, Eskişehir ilindeki tüm birinci basamakta çalışan hekimlerin görüşlerinin değerlendirilerek mevcut durumun tespit edilmesi mümkün olacak ve hekimlerin kendilerini bilgi edinme konusunda sorgulaması sağlanacaktır.

Hekime başvuran hastalar, hekimlerden değerlendirme istediklerinde, onlardan anlaşılabilir, güvenilir temellere dayanan ve sağlam kriterlerle ereve edilen “kanıt”a dayanan bir cevap talep ederler. Bununla beraber her hekim, her koşulda, bazı klinik durumları, en güncel tıbbi kaynaklara dayandıramayabilir. Çoğu hekim için bu yetenek; pratiğin, tecrübenin ve klinik verilerin sonucunda elde edilebilmektedir. Kanıt dayalı elde edilmiş verilerin değerlendirilmesi ve uygulamanın hayata geçirilmesi aşamalarından geçmesi için, hekimin bu konularda değerlendirme yetisinin olması gerekmektedir (108). Hekim, ancak bu sayede pratiğe geçirilecek yeni kanıtların gücünü değerlendirebilir.

Günümüzde bilgisayar teknolojisinin de ilerlemesiyle birlikte tıbbi literatüre erişim çok daha kolay hale gelmiştir (109). Bu sayede kişiler kısa sürede istenilen kaynağa ulaşabilmekte ve bunu, klinik pratiğe yansıtılabilmektedir. Fakat bu aşamada da dikkat edilmesi gereken, kaynağın güvenilirliğidir. Kanıt gücü ve internet veri tabanlarının kullanımı konusunda hekimlerin bilinçli hareket edebilmesi için bu konularla ilgili bilgi sahibi olmalı ve konu ile ilgili eğitimler planlanmalıdır (46, 110-111).

Çalışmanın, Eskişehir iliyle sınırlandırılmasının temel nedeni, aile hekimliğinin uygulanmaya başladığı ilk pilot illerden biri olmasıdır. Eskişehir, 16.02.2006 tarih ve 1538 sayılı, bakanlık oluru ile aile hekimliği pilot ili olarak ilan edilmiştir. 17.07.2006 tarihinde de uygulamaya başlanılmıştır. Böylece, hekimlerdeki değişimin, uygulamaya geçilmemiş bölgelerde yapılan veya geçilmeden önce yapılan çalışmalarla karşılaştırılmasının da sağlanması planlanmıştır.

Anket çalışmalarının, elektronik ortamdan yürütülmesinin, posta ile yapılmasından daha az destek aldığı gösterilmiştir (112). Anketlerin faks yoluyla gönderilmesiyle geri bildirimlerin sahada çalışan hekimler tarafından daha etkin olduğu gösterilmiş, ayrıca internet erişimi nedeniyle, ikilemin önleneceği bildirilmiştir (113). Hekimlere, e-posta yoluyla yapılan anketler üzerine yapılan bir çalışmada, yanıt oranları incelenmiş. Buna göre, ortalama %61 oranında yanıt elde edildiği gösterilmiştir (114). Bizim çalışmamızda ise geri dönme oranı, %55,4 olmuştur. Fakat, bunlardan da %7,5'i ikilem, özensiz doldurma ve ekstrem değerler gibi faktörlerin varlığı nedeniyle yok sayılmıştır. Anket çalışmalarında, hekimlerden geri dönüşü etkileyen faktörleri inceleyen bir literatür derlemesine göre; ön ödemeli teşvikler, etkin kişilerin aracılığı ve özgün format oluşturulması yöntemlerinin olumlu etkisi, anlamlı görülmüştür (115). Çalışmamızda, yüksek sayıda örneklem elde edilmesi için, çeşitli yöntemler denenmiştir. İlk olarak e-posta ile PDF eklentisi olarak veri toplanmış fakat düşük (%17,3) oranda geri bildirim olması nedeniyle, hatırlatma mailleri gönderilmiştir. Yetersiz veriye ulaşılması üzerine, mailler isme hitaben gönderilmiş, sonrasında da, doldurmayan kişilere özel, basit, erişilebilir ve kolay gönderilebilir formatla e-posta atılmıştır (%18,9). Kalan %19,2'lik kısma ise elden götürülerek ulaşılmıştır. Literatürle uyumlu olarak, geri dönüş en fazla oranda sırasıyla; elden götürülen, ismen gönderilen ve kolay doldurulabilir formatta hazırlanan e-posta ile olmuştur.

Katılımın bu oranda olması, çalışmanın hedef grubu temsil etmesi yönüyle zayıf tarafı olmuştur ve birçok sebepten kaynaklandığı düşünülebilir. Bunlar; hekimlerin zaman ayıramaması, yoğun çalışma koşulları ve her bir hekimle görüşme yapılamaması, hekimlerin bilgisayar ve internet teknolojilerine olan mesafesi (geri bildirimlerde not olarak belirten hekimler olmuştur), pratisyen hekimlerin aile

hekimliğine geçişleri sonrasında uzmanlar ve pratisyen aile hekimleri arasında oluşan ayrışma (hekim ziyaretlerinde sözlü olarak iletilmiştir) olarak özetlenebilir.

Çalışmanın katılımcıları, yüksek oranda (%92,0) aile hekimlerinden (sertifika sonrası alınan isimle) oluşmaktadır. Tüm katılımcılar, aile hekimliği hizmeti vermektedir. Uzman sayısı ise çok düşüktür. Bu konuda, ülkemizde yapılan tek çalışma bir tez olarak hazırlanmıştır. Kahveci tarafından, bir bölgeye sınırlı olmadan yapılan “*Birinci Basamak Hekimlerinin Kanıta Dayalı Tıp Yaklaşımları*” isimli uzmanlık tezinde; pratisyen hekim (%36,8), aile hekimliği asistanı (%32,3) ve aile hekimliği uzmanı (%30,9) yakın oranlarda dağılım göstermiştir (12, 104). Hekimlerin bilgiye erişimini ölçen literatür çalışmalarında, görev tanımı çoğunlukla tek tip ve özellikle birinci basamak hekimlerine yönelik olmuştur (116-117). Yaptığımız çalışma, birinci basamak hizmet uygulamasının geçiş döneminde yapıldığından henüz yurt genelinde aile hekimliği uzmanı sayısı çok düşüktür.

Mezuniyet yıllarına göre hekimler; 1990 (%19,6), 1991 ve 2000 yılı arası (%68,6) ve 2001 yılı sonrası (%11,8) şeklinde üç gruba ayrılmıştır. 90 yıllarında mezun olan hekimlerin, şehirde yüksek oranda görülmesi muhtemelen, uzmanlık alan veya mezun olan hekimlerin, doğu illerine zorunlu hizmetle atanmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumun ışığında, hekimlerin yaşlarının bölgesel dağılımı araştırılabilir ve hizmet kalitesi arasındaki korelasyon farklı bir araştırmanın konusu olabilir. Literatürde, bu konuya odaklanan bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Fakat, bölgesel hekim yaş ortalaması sadece bir çalışmada işlenmiş ve bu çalışmada, Sivas'ta hekimlik mesleğinin genel olarak gençler tarafından yürütüldüğü hükmüne varılmıştır (118). İnternet kullanımına olan güvenin, mezuniyet tarihinden sonraki geçen sürenin artmasıyla, azaldığı gösterilmiştir ($p = .0004$) (46).

Genç hekimlerin KDT’da veri tabanlarının tarama stratejileri için eğitim isteği, ilgi ve güven duygusu, ayrıca kritik değerlendirme becerisi daha fazla ilişkili görülmüştür (119). Bu da çalışma yapılan bölgenin yaş ortalamasının bu açıdan dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Örneklemdaki hekimlerin ortalama klinik hizmetlerde çalışma süresi, 14,4 yıl olarak hesaplanmıştır. Eğitim süreciyle doldurulması halinde bu sürenin, Avrupa Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Eğiticileri Akademisi (EURACT) tarafından önerilen en az 3 yıllık tecrübe ve eğitim faaliyetinde bulunma kriterine uyacağı göz

önüne alınır ve buna göre değerlendirilirse, hekimlerin ‘bilgiye erişim’ davranışlarında anlamlı derecede iyilik hali olması beklenir (88).

USPSTF (Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu) önerilerindeki sürelerin değerlendirildiği bir çalışmada, koruyucu önlemler dikkate alındığında, nüfusun ortalama hastalık özelliklerini taşıyan 2500 kişiden sorumlu bir hekimin, günde ortalama olarak en az 7,4 saatini, hastaya başarılı bir koruyucu hekimlik sunmak için ayırması gerektiği belirtilmiştir (120). Bu süre ihtiyacı hakkında birçok yayın yapılmıştır (121-123). Çalışmamızda, günde ortalama bakılan hasta sayısı 58,8 idi. Yani, haftada tam gün, sadece hasta görüşmesinden ibaret, maksimum (45 saat) çalışılması göz önüne alındığında, bir hekimin hasta başına ayıracağı 9,2 dakika olacaktır, ki bu süre zarfında koruyucu hekimlik hizmeti verilmesi mümkün olmayacaktır. Ayrıca, hasta hikayesi, muayenesi ve tedavi planı da dikkate alındığında, önerilen sağlık kontrol süresine, uzak kalınmaktadır. KDT prensiplerine göre, ihtiyaç duyulan kanıt, hasta ayrılmadan incelenir ve bu şekilde gerekli güncel bilgi kaynaklarına ulaşırsa etkili ve kalıcı olmaktadır.

‘Haftada ortalama hasta bakılan saat’ dağılımına göre, 40 saat hasta bakan hekimlerin sayısı (36 kişi) en yüksekti. Katılımcılar, haftada ortalama 36,2 saat hasta bakmaktaydılar. Bu soruya verilen yanıtlardan beşi değerlendirilemez olarak kabul edildi. Sebebinin de sorunun yanlış anlaşılması olabileceği düşünüldü.

İnternet, Bilimsel Aktivite ve İngilizce

Hekimlerin internet erişimlerine dair sorulara verilen yanıtlara göre, evde ve işyerinde, sırasıyla %95,0 ve %96,1 şeklinde, yüksek oranlarda erişim imkanı bulunmaktadır. Ayrıca, mobil telefonlar yardımıyla internet erişiminin daha da kolaylaşması sayesinde, hekimlerin bilgiye erişememe nedenlerinden biri tamamen ortadan kalkmış demektir.

Hemen hemen her hekimin iş yerinde internet erişimi olduğunu belirten 2004 tarihli bir çalışma, internetin klinik açıdan kullanım amaçlarını sırasıyla; belirli konular hakkında yeni araştırmalara ulaşmak (%46,1), hastalık alanında yeni bilgilere ulaşmak (44,4%), hasta odaklı problem için bilgi edinmek (43,7%), ilaç-doza bilgisi edinmek (40,4%) ve yeni ilaç veya tedavi protokolünü incelemek (%38,1) olarak sıralamıştır (46).

Bir başka çalışmada, yaklaşık tüm hekimlerin internet erişimi olduğu, nasıl kullanıldığını bildiği ve medikal bilgi kaynaklarına ulaşabildiği belirtilmiştir. Profesyonel öneminin ise kişisel gelişim ve bilgiyi tarama konusunda olduğu belirtilmiştir. Hasta odaklı problemin, hekimlerde en sık rastlanan tarama nedeni olduğu belirtilmiş ve kaynağın güvenilirliğinin, hızlı, kolay ve her zaman ulaşılabilmesinin hekimler için en önemli faktörler olduğu çıkarımı yapılmıştır. 2001 ile 2003 yılları arasındaki internet kullanım durumunu inceleyen çalışmada, klinik bilgi için internetin kullanımının, haftalık 4,4 saatten 8,6 saate, yani yaklaşık iki katına çıktığı belirtilmiştir ($p < 0.0001$). İnternetin klinik amaçlarla kullanılmasına engel olarak, bilgi yoğunluğu ve ihtiyaç duyulan odaklanmış sorunun cevap bulamaması belirtilmiş, iyileşmenin gerekliliği vurgulanmıştır (124).

Birçok hekimin internet erişiminin olması yanında, kullanımın rapor edildiği kadar sık olmadığını belirten bir çalışmada, sağlık alanındaki kullanımının gerçekte, öngörülenden az olduğu belirtilmiştir (125).

Edindiğimiz verilere göre, hekimlerin %91,2'sinin yürüttüğü veya içinde bulunduğu bilimsel bir çalışma bulunmamaktaydı. Ayrıca, %89,1'inin hiçbir bilimsel yayını bulunmamaktaydı. Bu veriler Kahveci'nin tez çalışmasındaki hekim gruplarına ait verilerle karşılaştırılmıştır. Yürütülen çalışma konusunda; pratisyen hekim grubuyla çalışmamızdaki aile hekimleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamazken ($p=0,8$), aile hekimliği asistanları ve uzmanları ile anlamlı bir fark oluşmuştur (sırasıyla; $p=0,00$ ve $p=0,00$). Buna göre asistan ve uzmanlar, anlamlı olarak daha fazla yürütülen çalışmalara iştirak etmektedirler. Ayrıca, bitirilmiş çalışmaları karşılaştırıldığında da; çalışmamızdaki verilerle pratisyen hekim ve aile hekimliği asistanları arasında anlamlı fark görülmezken (sırasıyla; $p=0,69$ ve $p=0,18$), uzmanların anlamlı olarak daha fazla yayını olduğu görülmüştür ($p=0,00$).

Bu kadar büyük oranda, birinci basamakta çalışan hekimlerin araştırmalara katkı vermemesi (ki araştırma ikilemi olarak, çalışmaya katkı sağlayan hekimlerin araştırmacı kimliği barındırdığı ve buna bağlı olarak da yüksek oranın beklendiği halde), araştırılması gereken ciddi bir noktadır. Bu konuda, aile hekimliğinin bir disiplin olması ve bu nedenle de akademik kaygıların etkisi öngörülebilmektedir.

Klinik pratiğe uygulanabilecek kanıtın oluşturulmasının, direk olarak sağlıkta hizmet kalitesine etki ettiği, fakat bunun sağlanamadığı belirtilmiştir. Birinci

basamakta, nüfusun özel karakteristik yapısını ortaya koymak ve hastalık bulgu ve prevalansının ortaya çıkartılmasını sağlamak için araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır (126).

2003 yılında Lancet tarafından yayımlanan “Birinci basamakta araştırma bir ümitsiz vaka mıdır?” başlıklı editoryal yazısında yapılan, birinci basamakta iddia edilen özgün hasta yaklaşımının gerçekte araştırma konularında yer almadığı ve hasta bakımında iyilik haline neden olmadığı yorumuna cevap olarak, 2004 yılında Oxford Üniversitesi tarafından bir derleme yazı hazırlanmıştır (127). Buna göre; birinci basamakta araştırma gereklidir, çünkü: 1) klinik ve koruyucu bakım, araştırma kanıtlarıyla desteklenmelidir, 2) özellikle daha fakir olmak üzere, çoğu ülkede bu bakım birinci basamak tarafından üstlenmektedir, 3) bu bakım için gerekli olan kanıt, tek başına laboratuvar veya hastane temelli araştırmalardan elde edilemez. Birinci basamakta araştırmanın temel fonksiyonu birinci basamakta klinik yaklaşımı desteklemektir (128).

İngiltere’deki bir hükümet derlemesinde, birinci basamakta araştırma ihtiyacı, dört “kanıt kapısı” olarak karakterize edilmiştir; çoğunlukla birinci basamak tarafından verilen tüm hizmetlerdeki *etkinliği*, hastane temelindeki araştırmanın birinci basamağa *uygulanabilirliği*, birinci basamak pratiğinde en iyi kanıtın *seçimi*, ve topluma ait temel hastalık *bilimi* ve bakımı (129). Benzer olarak Hollanda hükümeti, özgün bir ulusal araştırma kurulu yetkilendirerek, bu açığı görünür kılmış ve birinci basamakta sık karşılaşılan durumların yönetimi için ulusal rehber geliştirilmiştir. Özel olarak, kesin araştırma temeline dayanmayan ve fikir yürütülmesi gereken bölümler ele alınmıştır (130). Birinci basamakta araştırma için engelleri ve fırsatları değerlendiren bir çalışma, yetkili devlet kurumları tarafından desteklenilmesi, motivasyon sağlanması ve araştırma merkezleri kurulması gerekliliğini vurgulamıştır (131).

İngiltere’de birinci basamak araştırma ağı, 1967’de bölgesel bilgilendirme alışverişi temelinde başlamış ve 1998 yılında da, federasyon halini almıştır. Bu şekilde motivasyon sağlanmış, diğer bölgelerdeki hekimlerle iletişim korunmuş, sinerji sağlanmıştır (132). Topluma kaliteli birinci basamak hizmeti verilebilmesi için, ortak sağlık problemleri hakkında hekimlerin bilgi alışverişi gerekliliği mutlakdır. Pratiğe yönelik araştırma ağlarının başarılı iletişim sağlamasıyla, çoğu

sağlık problemine karşı bilgi ve tecrübe temelli klinik bakım hizmeti verilecektir (133). Buna yönelik ülkemizde dernekler ve irtibat halindeki hekimler arasında küçük e-posta grupları oluşmuş olsa da, organizasyon temelini sağlam tutmak ve motivasyonu pekiştirecek geri bildirimlerle güçlendirmek, sonrasında da ülke geneline yaymak gerekli olacaktır.

Çalışmamızda, hekimler, kendi İngilizce seviyelerini, 50'si (%50) az, 43'ü (%42,2) orta ve 8'i (%7,8) ileri şeklinde yorumlamışlardır. Bu şekilde objektif olmayan bir soru yöneltmesinin nedeni, yabancı dil sınavı standardının birinci basamak hekimliği için bir ön koşul olarak bulunmaması ve hekimlerin de düşük oranda yabancı dil sınav sonucuna sahip olduklarının öngörülmesidir. İngilizce seviyelerinin sorgulandığı bir çalışmada; Ege Üniversitesi'nde cerrahi staj yapmakta olan öğrencilerin %80'inin İngilizce bilmediği sonucuna varılmıştır (134).

KDT prensiplerinde, en güçlü kanıtlar çalışma dizaynına göre sırasıyla; meta-analizler, sistematik derlemeler, kanıt sentezleri ve kritik değerlendirme yapılmış makalelerdir (135). Fakat, dilimizde bu yayın çeşitlerine ait bir veri havuzu bulunmamaktadır. Böylece, güçlü kanıta ulaşılabilmesi için yabancı dil bilgisi zaruri olmaktadır.

Hekimlerin tıp eğitiminden mezuniyet sonrası eğitime kadar bütün aşamalarda, kendi dilinde tıp eğitimi alması bütün yönleriyle kolaylık sağlayacaktır. Fakat, ülkemizde yapılan bilimsel çalışmaların ve kabul görülen bilimsel dergilerin henüz kanıt düzeylerinin, klinikte karşılaşılabileceğimiz bilimsel soruların tümünü yanıtlamakta yetersiz kaldığı ve kanıt düzeyi yüksek yayınlarımızın da akademik yükselme kaygılarıyla yabancı dile çevrilerek yayımlanıyor olması gerçeğiyle, tüm hekimlerimizin güçlü kanıtların farkındalığıyla güncel kalabilmeleri için yabancı dillerini geliştirmeleri gerekliliği bulunmaktadır. Ayrıca, yabancı dilde yayımlanan kanıt derecesi yüksek; meta-analiz, sistematik derleme, ve makalelerin hekimlerimize ulaşabilmesi için, çeviri mekanizmalarının kurulması da güncelliğin sağlanması için alternatif olabilecektir. Bütün hekimlere, literatür taraması ve değerlendirme becerisi kazandırmak yerine, kanıtın özetlerine erişimin desteklenip geliştirilmesinin kanıta dayalı birinci basamak yaklaşımı için daha uygun olacağını belirten bir çalışma yapılmıştır. Ayrıca yayında, kanıta ulaşabilen ve yorumlayabilen

pratisyen hekimlerin, lokal kanıta dayalı tıp rehberleri ve önerileri oluşturması cesaretlendirilmelidir denilmiştir (136).

17.07.2006 tarihinden bu yana aile hekimliği uygulamasının olduğu, Eskişehir pilot ilinde yürütülen çalışmamızın verileri, aile hekimliği uygulamasının henüz başlamadığı, Ankara ili merkezli ve Ekim 2006 - Şubat 2007 tarihlerinde yürütülen ulusal bir tez çalışması ile karşılaştırılmıştır. Çalışmamızın bulgular bölümünde de bahsedildiği gibi, katılımcı hekimlerin tamamına yakın kısmı (%94,0) aile hekimliği sertifikası alarak hizmet veren aile hekimleridir. Kahveci'nin çalışmasında ise katılımcılar mesleklerine göre pratisyen hekim, aile hekimliği asistanı ve uzmanı olarak sınıflandırılmıştır (104).

KDT konusunda, çalışmamızdaki aile hekimlerinin %5,9'u kavramı ilk kez duyduğunu belirtmiş, %43,6'sı duyduğunu fakat uygulamadığını ve %50,5'i ise uyguladığını ve takip ettiğini belirtmiştir. Yani, toplam %94,1 oranında KDT hakkında farkındalık bulunmaktaydı. Kahveci tarafından yapılan tez çalışmasında farkındalık; pratisyen hekimlerin %75,4, aile hekimliği asistanlarının %84,3 ve aile hekimliği uzmanlarının da %99,1 oranlarındaydı. Bu çalışmada, hekim grupları arasındaki oranlar, uzmanlar lehine anlamlılık göstermekteydi (104).

Çalışmamızdaki aile hekimlerinin verileriyle, Kahveci'nin çalışmasındaki pratisyen, asistan ve uzman hekim grupları arasında çapraz karşılaştırmalar yapıldı. Buna göre; pratisyen hekim ve aile hekimliği asistanları ile çalışmamızdaki aile hekimleri arasında istatistiksel anlam varken ($p=0,00$ ve $p=0,03$), aile hekimliği uzmanları ile çalışmamızdaki aile hekimleri arasında bulunmamaktadır ($p=0,052$). Buradan anlaşıldığı üzere, aile hekimliği uygulamasına geçiş, pratisyen hekimlerin KDT uygulamaları konusundaki farkındalığına olumlu ve anlamlı bir katkı sağlamıştır.

Hırvatistan'da yapılan 2010 tarihli, KDT kavramının farkındalığı ve hekimlerin kliniğine uygulanıp uygulanmadığını araştıran bir çalışmada %54 oranında KDT veri tabanlarına ulaşıldığı belirtilmiş fakat, kullandıkları kaynakların KDT veri tabanı olmadığı görülmüştür (137). Arabistan'da yapılan 2006 tarihli bir başka çalışmada ise KDT konusunda %97 oranında farkındalık olduğu belirtilmiş ve hekimlerin %48'i düzenli olarak kullandığını, %42'si bazen kullandığını ve %9'u ise hiç bir zaman kullanmadığını belirtmişlerdir (138). Arabistan'ın bir başka bölgesinde

2002’de yapılan bir çalışmada hekimlerin dergi, derleme ve veri tabanı bulma farkındalığının düşük olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, KDT terimlerine kısmen aşina oldukları görülmüş ve buna en büyük engelin, hasta yükü ve zaman kısıtlılığı olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmada, klinik yaklaşımlarının kanıtlarla destekli olabilmesi için KDT değerlendirme yeteneği kazandırılması (%43) ve meslektaşlar tarafından kanıta dayalı rehber geliştirilmesi önerilmiştir (%37) (139).

Sağlık Teknolojilerini Değerlendirme (STD) kavramı hakkında hekimlerin; %27,1’i kavramı ilk kez duyduğunu, %42,7’si duyduğunu fakat uygulamadığını, %30,2’si de klinik pratiğinde kullandığını belirtmişlerdir. Bir makalede, birinci basamak ve toplum sağlığı araştırmalarının bu bağlamda önemlerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca makalede, yapılacak araştırmalar sayesinde, STD programlarının arzu ettiği kanıtların elde edilebileceği, aynı zamanda da bu doğrultuda yeni araştırma konularının ortaya çıkacağı öngörülmüştür. Makale, STD programının bulgularının günlük pratiğe uygulanabilir kabul edilmesi halinde, geniş katılımlı veri kaynaklarının da gerekli olacağına dikkat çekmiştir (140).

Ülkemizde, STD konusunda henüz çalışmalar sadece sağlık ekonomistleri tarafından takip edilmektedirler. Hekimlerin farkındalığı ise, maliyet-etkinlik konularıyla ilgilidir ve kullanılan yeni sağlık teknolojilerin (tıbbi uygulama, ilaç, test vb) maliyet-etkinlik değerleri ve bu konularda yapılan çalışmaların kanıt güçleri konusunda organize bir çalışma bulunmamaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından alınan maliyet-etkinlik analizlerinde ve geri ödeme kararları gibi sağlık teknolojisinin uygulanmasını etkileyecek kararlarda, henüz yeterince ulusal kaynak kullanımı yapılamamaktadır. Bunun için sağlık sisteminde, ulusal araştırma ağlarıyla veritabanları yaygınlaştırılmalıdır.

Hekimlerin %52,0’si internetten literatür taraması yapmasını bildiğini ifade etmiştir. Ayrıca, %42’si eleştirel olarak bir makaleyi değerlendirebileceğini belirtmiştir. Değerlendirebildiğini ifade eden hekimlerin sadece %52,4’ü bu konuda eğitim almıştır. Yani %47,6 oranında eğitim almadan, makale değerlendirme konusunda kendisini yeterli hissedilen hekim bulunmaktadır.

Kahveci’nin çalışmasındaki hekim gruplarıyla verilerimizin karşılaştırılmasında; literatür taramasını bilme durumuna göre ‘pratisyen hekim’ grubuyla verilerimiz arasında fark yok iken ($p=0,23$), aile hekimliği asistanları ve

aile hekimliği uzmanları gruplarıyla verilerimiz arasında anlamlı olarak fark bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,02$ ve $p=0,00$). Buna göre asistan ve uzmanlar daha fazla literatür taramasını bilmektedirler.

Benzer şekilde, eleştirel olarak makale değerlendirebilme eğitimi alma durumlarına göre, gruplar ve çalışmamız karşılaştırılmıştır. Buna göre, aile hekimliği asistanları ile çalışmamız verileri arasında istatistiksel anlamlı fark gözlenmezken ($p=0,54$), pratisyen hekimler grubuyla anlamlı olarak ($p=0,01$), pratisyen hekimlerin daha az eğitim almış oldukları yönünde ve aile hekimliği uzmanları grubuyla da uzmanların anlamlı olarak daha fazla eğitim aldıkları yönünde fark bulunmuştur ($p=0,00$).

Önceki tez çalışmasıyla karşılaştırdığımız diğer bir soru da, hekimlerin bir makaleyi eleştirel olarak değerlendirebilmesine olan inancı konusundadır. Bu konuda çalışmamız verileriyle, Kahveci'nin çalışmasındaki 'pratisyen hekim' ve 'aile hekimliği asistanı' grupları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmazken (sırasıyla; $p=0,28$ ve $p=0,09$), aile hekimliği uzmanları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p=0,00$). Buna göre, uzmanların bir makalenin eleştirel değerlendirilmesine olan inancı daha fazla olmaktadır.

Görüldüğü gibi her üç soruda da, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin getirdiği, literatür tarama becerisi ve bilimsel makalelere olan ilgiye olan faydada artış görölmektedir. Ayrıca, aile hekimliği sertifikasyonu ile bilimsel literatür ve araştırma makalelerine olan ilginin yeterince oluşmadığı, uygulamaya geçiş sonrasında hizmet kalitesinin bilimsel içeriğinde bir iyileşme olmadığı görölebilmektedir. Daha çok sağlık hizmetinin organizasyon ve sunum şekli konusunda uygulamada değişiklik ön planda gözükmemektedir.

Hekimlerin faydalandıkları yayınların kanıt derecesini ölçmelerindeki temel etkenler konusunda sırasıyla; çalışmalarda kullanılan denek sayısı, körleme olup olmaması, çalışmanın dizaynı, çalışmanın yayımlandığı dergi, randomizasyon varlığı, çalışmanın yapıldığı ülke ve yazarlar yanıtları alınmıştır (sırasıyla; %84,8 %73,7 %66,0 %63,2 %60,8 %39,6 %26,0 oranlarında). Kanıta dayalı tıp prensiplerine göre, çalışmaların kanıt derecesini değerlendirirken, öncelik çalışmanın dizaynı olarak belirtilmektedir. Kanıt hiyerarşisi piramidi de bu temelde oluşturulmuştur (135). Ayrıca, şunu da belirtmek gerekir ki bir kanıt,

değerlendirilirken çalışmanın dizaynına göre beklenen özellikler de şekil almaktadır. Kanıt piramidinin en üstündeki faktörler ele alındığında, çalışma dizaynı olarak meta-analiz en güçlü kanıt değerini taşımaktadır. Bu analizlerde de üç kriter üzerinden değerlendirme yapılabilir; bunlar nitelik, nicelik ve tutarlılıktır. Nitelik olarak ikilemin en düşük seviyeye getirilmesi, yani metodolojinin amaca uygun olarak doğru seçilmiş olması gerekmektedir. Nicelik olarak, çalışmaların sayısı, örneklemin büyüklüğü ve gücü, değişkenin büyüklüğü önemlidir. Ayrıca tutarlılık olarak, diğer çalışmalar tarafından da destek gördüğü incelenmelidir (141).

Bir çalışmada, dergilerin 'impact factor' (IF, etki değeri) değerleri ile kanıtın derecesi arasındaki ilişki araştırılmış ve korelasyon izlenmiştir (142). Böylece, derginin IF değerini veren tüm etkenlerin önemi anlaşılmaktadır. IF değeri; dergiden o yıl yapılan alıntılarının tümünün, önceki iki yılda dergide yayınlanan tüm makalelerin sayısına oranı şeklinde hesaplanır. Çeşitli derleme makalelerinde kanıtın gücü için gerekli algoritmalar bulunmaktadır (71). Bunlarda özetle, kanıt değeri incelenecek makalelerdeki motiflerin amaca yönelik olarak incelenmesi sonucunda, standardizasyonu yapılmış bir kanıt algoritması yoluyla gücünün değerlendirilmesi anlatılmaktadır (69-71, 76, 141, 143-145). Çalışmanın yazarı veya ülkesi ile kanıt derecesi arasındaki ilgiyi belirten bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır.

Çalışmamızdaki hekimlerin %63,0'u, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan tanı ve tedavi rehberinden faydalanmaktadırlar. Bu oran, Kahveci'nin verileriyle karşılaştırılmıştır. Buna göre; tüm gruplar (pratisyen, asistan ve uzman), istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde rehberi daha az kullandıklarını belirtmektedirler. En son 2003 yılına ait tanı ve tedavi rehberi olmasına ve dolayısıyla kanıtın güncelliğini daha fazla yitirmiş olmasına rağmen, çalışmamızda hekimler tarafından daha yüksek oranda kullanılıyor olmasının; Türkçe olmasından, sağlık otoritesi tarafından hazırlanmış olmasından ve sorunun tüm güncel bakanlık dokümanlarını içerdiği şeklinde algılanmış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Hekimler, Sürekli Tıp Eğitiminin (STE) ülkemizde mecburi hale getirilmesi hakkında, %78,3 oranında, gerekli olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir. Birinci basamakta, STE'nin Güneydoğu Avrupa bölgesindeki ülkeler arasında sadece Türkiye'de bulunmadığı, 2010 yılındaki bir uluslararası kongrede sözlü olarak belirtilmiştir (146). Ayrıca, Avrupa'da hekimlerin yetkinlik durumlarını

değerlendiren bir çalışma, Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Hollanda, İspanya ve İngiltere ülkelerinde STE olduğunu belirtmiştir. Bu ülkelerde, istenen validasyon periyotları 3 ve 5 yıl arasında değişmekle beraber çoğunlukla 5 yılda bir olmaktadır. Ülkelerin STE isteklerinin yerine getirilmemesi ve başarısızlık durumunda, çeşitli yaptırım ve denetim mekanizmaları ülkelere ve ülke içinde bölgelere göre değişmektedir.

Bir eğitim programından çıktıktan sonra, herhangi bir ileri sürekli tıp eğitimi sorumluluğu olmadan kliniğe devam etmek, bulunduğumuz yüz yılda kabul edilemez bir durumdur. Bakım kalitesi, devam etmekte olan tıp eğitimine bağımlıdır ve zorunlu olması gerekmektedir (147). STE ve Sürekli Profesyonel Gelişim (SPG) kavramları arasında anlam açısından fark vardır. SPG’de hekime saat başına kredi verilmekte ve sayısal olarak hekimin aktiviteleri takip edilmektedir. Fakat STE’de asıl olan sayısal değil, eğitim içeriğidir (148). Avrupa ülkelerinin 12’sinde STE isteğe bağlı, ve 17’sinde de mecburi verilmekte olduğunu gösterilmiştir. Ayrıca 9 ülkede de kredi temelinde STE takip edilmektedir (149).

STE içeriğine, herhangi bir zaman aralığında, herhangi bir ortamda ve zaman planı olmadan ulaşabilmek, hekimin kliniğinde çekici bir tercihtir (150-151) . Fakat e-öğrenmenin, geleneksel öğrenme yollarının yerine tek başına geçmesi mümkün gözükmemektedir. Buna rağmen, öğrencilerin modern teknolojilere ve öğrenme metotlarına adaptasyonunun daha açık olduğu gösterilmiştir (152). Bunun için genç hekimlerin algılamasını artıracak ve adaptasyonunu sağlayacak yeni bir kavram ortaya atılmıştır, (153). “Harmanlanmış öğrenme” denilen bu eğitim sunumunda, hekimlere aynı zamanda internet üzerinden destek eğitimi yapılır ve senaryolar sunulurken geleneksel eğitim de verilir.

Birinci basamak hekimlerinin güncel bilgiye erişimi hakkında faydalandıkları kaynakların yöneltildiği soruya göre hekimlerin %96,9’u eğitim konferansları ve seminerleri, %88,4’ü tanı ve tedavi rehberlerini (guideline), %85,7’si kendi klinik tecrübelerini, %77,5 meslektaşlardan tecrübelerini, %52,2’si arama motorlarını (Google, Yahoo vs), %51,6’sı global geçerliliği olan kitapları (textbook), %47,8’i TUS hazırlık kitaplarını, %13,6’sı da Cochrane derlemelerini göstermişlerdir. Ayrılan “diğer” seçeneğine belirtilenlerden öte başka bir kaynak, hekimler tarafından belirtilmemiştir.

Listelenen kaynakların güncelleme amacıyla kullanımına ilişkin görüşleri için hekimler, farklı oranlarda cevap vermişlerdir. Bazı kaynaklar için 68 kişiden yanıt alınmışken (Cochrane), 91 geri bildirim alınan seçenek (konferans ve seminerler) de bulunmaktadır. Kaynaklar arasında en fazla meslektaşlar, konferans ve seminerler, önerilen kaynaklar olarak işaret edilmiştir. Hekimler, ayrıca en fazla TUS kitaplarının güncelleme aracı olarak kullanılmasına karşı görüş belirtmişlerdir (%20,3). Olumlu yönde alınan seçenekler (olabilir, katlıyorum ve kesinlikle olmalı seçenekleri) toplanarak, en fazla onaylanan bilgi kaynakları sıralandığında; tanıtedavi rehberleri, eğitim konferans-seminerleri, kendi ve meslektaşların klinik tecrübeleri, seçenekleri daha fazla oranda çıkmıştır. Buradan, hekimlerin bu yollarla aldıkları güncel bilgilerden daha fazla faydalandıkları, bu nedenle de önerdikleri sonucu çıkarılabilir. Önerilerde, en az görülen seçenekler ise TUS hazırlık kitapları ve Cochrane derlemeleri olmuştur.

Seçenekleri, KDT rehberlerinin önerdiği kanıt gücü sırasına soktuğumuzda ise, Cochrane derlemeleri ve global geçerliliği olan kitaplar (textbook) ilk sırayı almaktadırlar. Göz önünde bulundurulması gereken bir nokta; PubMed taramalarıyla Cochrane derlemelerine de ulaşılabilmiştir. Klinik kanıtlar KDT prensiplerine göre, hastanın beklenti ve sağlık hizmeti verilen koşulların özellikleri ile ele alınması gerektiğinden hekimin ve meslektaşlarının bu konudaki tecrübeleri de önem kazanmaktadır. Fakat bu paylaşımlar, formal yapıda tasarlanarak, sistematik hale getirilmelidir.

İran kaynaklı bir çalışmada, hekimlerin %67,6'sı kitaplardan, %42,3'ü internetten, %35,7'si uzman hekimlerden, %32,1'si meslektaşlardan, %25,5'i bilimsel dergilerden ve %12,2'si STE seminerlerinden faydalandıklarını belirtmiştir (154). Birinci basamak hekimlerinin bilgiye erişimini Almanya'da araştıran bir yayında; her bir kaynağın kullanımı konusunda hiç, bazen ve sıklıkla yanıtları istenmiştir. Buna göre dağılım, Tablo 5.1'de gösterilmiştir (155). Metinde, kullanım sıklığı olarak en fazla kalite toplantıları (%75,6), bilimsel dergiler (%64,1) ve meslektaşlar (%58,8) olarak sıralanmıştır. Aynı çalışmada, STE için en seçici vasıfların; "günlük kullanıma uygunluk" (çok önemli, %92,5), "güvenilir" (%89,8) ve "kısa,öz" (%71) olması tercih edilmiştir. Az dikkat edilen vasıfların ise "maliyet-etkin", "probleme dayalı", "grafik materyalli" ve "interaktif" olduğu bulunmuştur.

Genel olarak, internetin kullanımının çok yüksek olmasına rağmen, geleneksel yöntemin (dergi, meslektaş ve eğitim toplantıları) tercih edildiği, çalışmanın tartışmasında vurgulanmıştır. Bunun altında yatan nedenin hekimlerin internet kullanımına yetkinliğin az olması olarak gösterilmiştir. Bu bulgular, çalışmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Yine internet kullanımının birinci basamak kliniğinde kaynak olarak düşük oranda kullanıldığına dair bulguları olan çalışmalar literatürde bulunmaktadır (156-157).

Tablo 5.1. Almanya'da, birinci basamakta çalışan hekimlerin kullandıkları kaynakların dağılımı (155).

Kaynak	Hiç/az (%)	Bazen (%)	Sık sık
Meslektaşlar	3 (1.1%)	104 (39.8%)	154 (59%)
Kalite toplantıları	2(0.8%)	62(23.6%)	199 (75.7%)
Konferans/kongreler	10(3.8%)	151(57.6%)	101 (38.5%)
Kitaplar	7 (2.7%)	151 (57.6%)	104(39.7%)
İlaç mümessili	61 (23.4%)	160 (61.3%)	40(15.3%)
Üniversite temsilcisi	91 (38.4)	130 (54.9%)	16 (6.8%)
Bilimsel dergiler	2(0.8%)	91(35.1%)	166 (64.1%)
İnternet	83 (32%)	123(47.5%)	53(20.5%)

İnternet üzerinden interaktif olarak verilen sürekli tıp eğitimi konusunda hekimlerin algı ve tecrübelerini araştıran bir makalede, eğitimin sürekliliğini etkileyen iki yönünden bahsedilmiştir. Bunlardan ilki; programın kalitesi, kişisel ilerlemeye katkısı, ihtiyacı yansıtma gücü ve eğitimin verilme dizaynıdır. İkincisi de, kişiler arası iletişimin nitelik ve niceliğidir (158).

İlaç firmalarının sunduğu veriler, ikilem ve subjektif yorum içerebildiğinden, hekim tarafından kaynakların metodolojisiyle beraber taranarak gözden geçirilmesi gerekmektedir. Literatürde, birinci basamak hekimlerinin %33 oranında Cochrane, %92 oranında MEDLINE ve %20 oranında PubMed kaynaklarını kullandığını gösteren bir çalışma bulunmaktadır (159). Bir çalışma, hekimlerin ancak %40'ının Cochrane derlemeleri hakkında bilgiye sahip olduklarını ve bilgili olsalar da kullanmadıklarını belirtmiştir. Aynı kaynakta, kanıt taramasına asıl engelin zaman olduğu belirtilerek, kanıta dayalı rehberlerin ve uzmanlar tarafından hazırlanan önerilerin daha faydalı olacağını belirtmişlerdir (136).

Anadili İngilizce olan ülkelerde, hekimlerin bilgiye erişimine dair literatür tarandığında ise, elektronik veri tabanlarından azımsanmayacak kadar fayda sağlandığı belirtilmiştir (160). Bu şekildeki kaynak erişim yöntemiyle elde edilen yanıtlar %56 oranında uygun ve %46 oranında açık ve net olarak yorumlanmıştır (161). Ayrıca, kaynak olarak meslektaş ve kitapları gösteren kişilerde tatmin edici yanıtların %70 ile %80 oranına kadar yükseldiği belirtilmiştir (160). İngilizce dilini kullanan Avustralya’da yapılan bir çalışmada ise internetten sorgulama ile %73 oranında cevaba ulaşılabildiği belirtilmiş. Bunda, ihtiyaç çerçevesinde hazırlanmış olan, çevrim içi bir kanıt sistemi olarak “*QuickClinical*” kullanılmıştır. Hekimlerin %83’ü, program sayesinde hasta bakımında iyileşme olduğuna dair güvenlerini belirtmişlerdir ve dörtte biri de bakıda tecrübenin iyileşmesine direkt etkisini rapor etmiştir (162).

Son 13 yıldır birinci basamakta hizmet sunan hekimler, meslektaşlarına telefon açarak veya güncel kitaplardan faydalanarak danışmanlık almaktadırlar. İnternet erişimi ise ülkelerden ülkelere değişmektedir (160). Hollanda’da hekimlerin %93 oranında bilgisayara sahip olduğu, fakat bilgi erişiminde kullanmadıkları 1999 tarihli bir literatür çalışmasında tespit edilmiştir (163). Yeni Zelanda da 2002 yılında yapılan bir çalışmada hekimlerin %48’i, klinik bilgi için interneti kullandığını belirtilmiş ve MEDLINE en fazla kullandıkları kaynak bulunmuştur (164).

‘KDT uygulamalarına engel olabilecek etkenler’ sorusunda da her hekim, bütün seçeneklere yanıt vermediğinden toplam sayı, seçeneklerde farklılık göstermektedir. Belirtilen engeller sırasıyla; eğitim eksikliği (%78,7), yabancı dil yetersizliği (%75,3), ilgi ve motivasyon eksikliği (%73,4), zaman kısıtlılığı (%70,1) olmuştur. ‘Diğer’ seçeneğiyle belirtilen boşluğa, sunulan seçeneklerin dışında bir etken de belirtilmemiştir. Ayrıca, KDT uygulamalarını etkilemeyen faktörler sırasıyla; erişim ve imkan eksikliği (%50,1), yeni kanıtların geleneksel yaklaşımlara aykırı oluşu (%49,4), evrensel kanıt yetersizliği (%36,0) ve Türkçe kanıt yetersizliği (%23,6) olarak belirtilmiştir.

Çalışmada, hekimlerin süreli yayınları takip sıklığı; mümkün olduğunca (%45,3), nadiren (%34,8), hiç (%12,8), her zaman (%7,3) olarak tespit edilerek; bunlardan da çoğunlukla yurtiçi kaynaklı Türkçe (%89,5) kaynakların tercihi ön plandadır. İlgili seçeneğe cevap veren hekimlere oranla, sırasıyla; Türkiye Aile

Hekimliği Dergisi (%59,3), Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (%54,0), Aile Hekimliği Dergisi (%46,6), Türkiye Klinikleri (%45,3), PRN Aile Hekimliği Dergisi (%27,9), LANCET (%19,3), New England Journal of Medicine (NEJM) (%4,7) ve American Association of Family Practice (AAFP) (%3,2) okunmaktadır. Faydalanma sıklığı da faydalanma oranlarıyla aynı sırayı teşkil etmektedir.

Çözüm önerileri, hekimlerin geleceğe olan projeksiyonlarını belirlemek ve birinci basamakta hizmet veren hekimlerin güncel klinik bilgiyi kliniğinde kullanabilmesinde iyileşme oluşturmak için hekimlere yöneltilmiştir.

Geliştirilme düşüncesinde olunan yeni ‘güncel kalma yöntemleri’ olarak sunulan yöntemlere, hekimlerin yanıtının; “direk uygulamaya geçirilebilir”, “pilot çalışma sonrası uygulamaya geçirilebilir” ve “faydalı olacağını sanmıyorum” olarak üç şekilde olacağı öngörülmüştür. Buna göre “direk uygulamaya geçebilir” yanıtını alan yeni güncel kalma yöntemleri sırasıyla; ⁽¹⁾ online (çevrimiçi) klinik bilgi ve karar destekleme danışmanlık sistemleri (anlık-ileti yoluyla) (%51,7); ⁽²⁾ mektup, bilimsel dergi, kitapçık vb. olarak adreslere gönderilen yazılı hatırlatmalar (%49,0), ⁽³⁾ bakanlığın veya bu konuyla ilgilenecek bağımsız bir kuruluşun Türkçe e-mailler yoluyla hekimleri yeni klinik uygulamalar hakkında bilgilendirmeleri (%44,7); ⁽⁴⁾ Pocket PC (el bilgisayarları) aracılığıyla erişimi kolay, güncelleşmiş rehberler (%40,4), ⁽⁵⁾ Güncel bilgiyi temin etmek için uzmanlaşmış, eğitimden sorumlu hekimlerin periyodik olarak bu konuda eğitim vizitleri yapması (%33,0) olmuştur. ‘Faydalı olacağını sanmıyorum’ seçeneğinin seçilme sıklığı da tam olarak, önerilen sıralamanın ayna görüntüsü şeklinde, ters sıralanmasıyla oluşmuştur.

Literatürle karşılaştırıldığında hekimlerin uygulamaya uygun olarak kullanılabileceğini düşündüğü çevrim içi uzman desteği alınması, “harmanlanmış öğrenme” modeliyle benzerlik taşımaktadır (153). Hekimler, bilgisayar teknolojileriyle geleneksel eğitim modelini birleştirmeyi tercih etmişlerdir ve literatürden de görüldüğü gibi geleneksel yöntemlerden vazgeçememektedirler. Bu şekilde, öğrenmenin verimli bir yöntemi olarak, ihtiyacın olduğu anda bilgiye erişim de sağlanabilecektir. Aynı zamanda, STE formasyonu olarak ileriye yönelik eğitimle uyumludur. İkinci sırada uygulamaya geçmesi tercih edilen; yazılı dokümanlarla adreslere gönderilen hatırlatmalar da STE formasyonlarından bazal bilgi ihtiyacının yenilenmesine uymaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Hekimlerin internet erişimleri evde ve işyerinde, (sırasıyla %95,0 ve %96,1) yüksek oranlardadır.
2. Hekimlerin %91,2'sinin yürüttüğü veya içinde bulunduğu bilimsel bir çalışma bulunmamaktaydı. Ayrıca, %89,1'inin hiçbir bilimsel yayını bulunmamaktaydı.
3. Çalışmamızın verileri, Kahveci'nin tez çalışmasıyla karşılaştırılmıştır. Buna göre; yürütülen çalışma konusunda; 'pratisyen hekim' grubuyla çalışmamızdaki aile hekimleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamazken ($p=0,8$), aile hekimliği asistanları ve uzmanları ile anlamlı bir fark oluşmuştur (sırasıyla; $p=0,00$ ve $p=0,00$). Buradan, asistan ve uzmanların anlamlı olarak daha fazla yürütülen çalışmalara iştirak ettiği anlaşılmıştır.
4. Kahveci'nin başka bir verisiyle yapılan karşılaştırmada, çalışmamızdaki aile hekimleriyle 'pratisyen hekim' ve 'aile hekimliği asistanları' arasında bitirilmiş yayın olarak anlamlı fark görülmezken (sırasıyla; $p=0,69$ ve $p=0,18$), uzmanların anlamlı olarak daha fazla yayını olduğu görülmüştür ($p=0,00$).
5. Birinci basamakta çalışan hekimlerin büyük oranda araştırmalara katkı vermemesi (ki araştırma ikilemi olarak, çalışmaya katkı sağlayan hekimlerin araştırmacı kimliği barındırdığı ve buna bağlı olarak da yüksek oranın beklendiği halde), araştırılması gereken ciddi bir nokta olarak gözükmektedir. Uzmanların akademik kaygılarının bu konuda fayda sağladığı öngörülmüştür. Birinci basamakta hizmet veren hekimlerin, araştırma yapmasının motivasyonunu sağlayacak ödüllendirme yöntemleri üzerinde durulmalıdır.
6. Çalışmamızda, hekimler, kendi İngilizce seviyelerini, 50'si (%50) az, 43'ü (%42,2) orta ve 8'i (%7,8) ileri şeklinde yorumlamışlardır. Güncel bilgiye erişimin gerekli olduğu ve bilgi akışının hızlı olduğu bu dönemde İngilizce eğitimi konusunda da motivasyon oluşturacak yöntemler geliştirilmelidir.
7. Toplam %94,1 oranında KDT hakkında farkındalık bulunmaktaydı. Kahveci'nin çalışmasındaki pratisyen, asistan ve uzman hekim grupları arasında çapraz karşılaştırmalar yapıldı. Buna göre; pratisyen hekim ve aile hekimliği asistanları ile çalışmamızdaki aile hekimleri arasında istatistiksel anlam varken ($p=0,00$ ve $p=0,03$), aile hekimliği uzmanları ile çalışmamızdaki aile hekimleri arasında

bulunmamaktadır ($p=0,052$). Buradan anlaşıldığı üzere, aile hekimliği uygulamasına geçiş, pratisyen hekimlerin KDT uygulamaları konusundaki farkındalığına olumlu ve anlamlı bir katkı sağlamıştır.

8. Sağlık Teknolojilerini Değerlendirme (STD) kavramı hakkında hekimlerin; %27,1'i kavramı ilk kez duyduğunu, %42,7'si duyduğunu fakat uygulamadığını %30,2'si de klinik pratiğinde kullandığını belirtmişlerdir.
9. Hekimlerin %52,0'si internetten literatür taraması yapmasını bildiğini ifade etmiştir. Ayrıca, %42'si eleştirel olarak bir makaleyi değerlendirebileceğini belirtmiştir. Değerlendirebildiğini ifade eden hekimlerin sadece %52,4'ü bu konuda eğitim almıştır. Yani %47,6 oranında eğitim almadan, makale değerlendirme konusunda kendisini yeterli hisseden hekim bulunmaktadır.
10. Benzer şekilde, eleştirel olarak makale değerlendirebilme eğitimi alma durumlarına göre, Kahveci'nin tezindeki hekim grupları ve çalışmamız aile hekimleri karşılaştırılmıştır. Buna göre, aile hekimliği asistanları ile çalışmamız verileri arasında istatistiksel anlamlı fark gözlenmezken ($p=0,54$), pratisyen hekimler grubuyla anlamlı olarak ($p=0,01$), pratisyen hekimlerin daha az eğitim almış oldukları yönünde ve aile hekimliği uzmanları grubuyla da uzmanların anlamlı olarak daha fazla eğitim aldıkları yönünde fark bulunmuştur ($p=0,00$).
11. Önceki tez çalışmasıyla karşılaştırdığımız diğer bir soru da, hekimlerin bir makaleyi eleştirel olarak değerlendirebilmesine olan inancı konusundadır. Bu konuda çalışmamız verileriyle, Kahveci'nin çalışmasındaki 'pratisyen hekim' ve 'aile hekimliği asistanı' grupları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmazken (sırasıyla; $p=0,28$ ve $p=0,09$), aile hekimliği uzmanları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p=0,00$). Buna göre, uzmanların bir makalenin eleştirel değerlendirilmesine olan inancı daha fazla olmaktadır.
12. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin getirdiği, literatür tarama becerisi ve bilimsel makalelere olan ilgiye olan faydada artış görülmektedir. Ayrıca, aile hekimliği sertifikasyonu ile bilimsel literatür ve araştırma makalelerine olan ilginin yeterince oluşmadığı, uygulamaya geçiş sonrasında hizmet kalitesinin bilimsel içeriğinde bir iyileşme olmadığı görülebilmektedir. Daha çok sağlık hizmetinin organizasyon ve sunum şekli konusunda uygulamada değişiklik ön planda gözükmektedir.

13. Hekimlerin faydalandıkları yayınların kanıt derecesini ölçmelerindeki temel etkenler konusunda sırasıyla; çalışmalarda kullanılan denek sayısı, körleme olup olmaması, çalışmanın dizaynı, çalışmanın yayımlandığı dergi, randomizasyon varlığı, çalışmanın yapıldığı ülke ve yazarlar yanıtları alınmıştır (sırasıyla; %84,8 %73,7 %66,0 %63,2 %60,8 %39,6 %26,0 oranlarında).
14. Çalışmamızdaki hekimlerin %63,0'u, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan tanı ve tedavi rehberinden faydalanmaktadır.
15. Hekimler, Sürekli Tıp Eğitiminin (STE) ülkemizde mecburi hale getirilmesi hakkında, %78,3 oranında, gerekli olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir.
16. Birinci basamak hekimlerinin güncel bilgiye erişimi hakkında faydalandıkları kaynakların yöneltildiği soruya göre hekimlerin %96,9'u eğitim konferansları ve seminerleri, %88,4'ü tanı ve tedavi rehberlerini (guideline), %85,7'si kendi klinik tecrübelerini, %77,5 meslektaşlardan tecrübelerini, %52,2'si arama motorlarını (Google, Yahoo vs), %51,6'sı global geçerliliği olan kitapları (textbook), %47,8'i TUS hazırlık kitaplarını, %13,6'sı da Cochrane derlemelerini göstermişlerdir.
17. 'KDT uygulamalarına engel olabilecek etkenler' sorusunda da her hekim, bütün seçeneklere yanıt vermediğinden toplam sayı, seçeneklerde farklılık göstermektedir. Belirtilen engeller sırasıyla; eğitim eksikliği (%78,7), yabancı dil yetersizliği (%75,3), ilgi ve motivasyon eksikliği (%73,4), zaman kısıtlılığı (%70,1) olmuştur. 'Diğer' seçeneğiyle belirtilen boşluğa, sunulan seçeneklerin dışında bir etken de belirtilmemiştir.
18. 'Etken olarak görülmeyen' seçenekler sırasıyla; erişim ve imkan eksikliği (%50,1), yeni kanıtların geleneksel yaklaşımlara aykırı oluşu (%49,4), evrensel kanıt yetersizliği (%36,0) ve Türkçe kanıt yetersizliği (%23,6) olarak belirtilmiştir.
19. Çalışmada, hekimlerin süreli yayınlarından çoğunlukla yurtiçi kaynaklı Türkçe (%89,5) kaynakların tercihi ön plandadır.
20. İlgili seçeneğe cevap veren hekimlere oranla, sırasıyla; Türkiye Aile Hekimliği Dergisi (%59,3), Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (%54,0), Aile Hekimliği Dergisi (%46,6), Türkiye Klinikleri (%45,3), PRN Aile Hekimliği Dergisi (%27,9), LANCET (%19,3), New England Journal of Medicine (NEJM) (%4,7) ve

American Association of Family Practice (AAFP) (%3,2) oranlarında faydalanılan dergilerdir. Faydalanma sıklığı da faydalanma oranlarıyla aynı sırayı teşkil etmektedir.

21. Güncel bilgiye erişilmesini kısıtlayan en büyük sorunun eğitim, zaman ve motivasyon olması nedeniyle, zaman kazandırıcı formüllerin de araştırılması ve yöntemlerin geliştirilmesi zaruri hale gelmiştir. Bu konuda bakanlığın ve eğitim kurumlarının bir proje hazırlaması ve bu projenin hayata geçirilerek zamana ayak uyduran hekimlerin geliştirilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Michaud G, McGowan J, Van Der Jagt R, Dugan A, Tugwell P. The introduction of evidence-based medicine as a component of daily practice. *Bulletin-Medical Library Association*. 1996;84:478-81.
2. Amin Z, Eng KH. *Basics in medical education*. Singapore: World Scientific; 2003.
3. Bravata D, Huot S, Abernathy H, Skeff K, Bravata D. The development and implementation of a curriculum to improve clinicians' self-directed learning skills: a pilot project. *BMC Medical Education*. 2003;3(1):7.
4. Quirk M. *Intuition and metacognition in medical education, keys to developing expertise*. New York: Springer Publishing Company; 2006.
5. Slotnick HB, Mejicano G, Passin SM, Bailey A. The epidemiology of physician learning. *Med Teach*. 2002;24(3):304-12.
6. Gruppen L, Wolf F, Van Voorhees C, Stross J. Information-seeking strategies and differences among primary care physicians. *Möbius: A Journal for Continuing Education Professionals in Health Sciences*. 2007;7(3):18-26.
7. Cogdill K. Information needs and information seeking in primary care: a study of nurse practitioners. *Journal of the Medical Library Association*. 2003;91(2):203.
8. Ünalın P, Uzuner A. Türkiye'de aile hekimliğinin geleceğine yönelik planlar. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2005;9(1):37-40.
9. Kahveci R, Özyiğit F. Kanıtı dayalı tıp beceri edindirme yöntemleri. *TAF Prev Med Bull*. 2010;9(3):245-54.
10. Sincan M. Birinci basamak sağlık hizmetleri için bilişim rehberi. *Sted Dergisi*. 2000;9:267-77.
11. Baytemür M. Akılcı antibiyotik kullanımında birinci basamakta sorunlar. *ANKEM Derg*. 2005;19 (Ek 2):182-4.

12. Kahveci R, Meads C. Is primary care evidence-based in Turkey? *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2009;2(4):242-51.
13. Muştu F. Türkiye’de aile hekimliği alanında yapılan yayınların kalitatif değerlendirilmesi. *Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2009.
14. Jennett P, Jones D, Mast T, Egan K, Hotvedt M. The characteristics of self-directed learning. In: D.A. Davis and R.D. Fox, editörler. *The Physician as learner*. Chicago: American Medical Association; 1994.p.40-65.
15. Dawes M, Sampson U. Knowledge management in clinical practice: a systematic review of information seeking behavior in physicians. *Int J Med Inform*. 2003;71(1):9-15.
16. Haug J. Physicians' preferences for information sources: a meta-analytic study. *Bulletin of the Medical Library Association*. 1997;85(3):223.
17. Fox RD, Bennett NL. Learning and change: implications for continuing medical education. *BMJ*. 1998;316(7129):466-8.
18. Fox R, Rankin R, Costie K, Parboosingh J, Smith E. Learning and the adoption of innovations among Canadian radiologists. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 1997;17(3):173-86.
19. Slotnick HB. Physicians' learning strategies. *Chest*. 2000;118(2 Suppl):18S-23S.
20. Slotnick H. How doctors learn: physicians' self-directed learning episodes. *Academic Medicine*. 1999;74(10):1106.
21. Davies K. The information-seeking behaviour of doctors: a review of the evidence. *Health Info Libr J*. 2007;24(2):78-94.
22. Lor PJ. The information needs of the general practitioner: a theoretical model based on an analysis of the general practitioner's cognitive environment. University of South Africa; 1979.
23. Wyatt JC, Sullivan F. Keeping up: learning in the workplace. *BMJ*. 2005;331(7525):1129-32.

24. Arroll B, Pandit S, Kerins D, Tracey J, Kerse N. Use of information sources among New Zealand family physicians with high access to computers. *Journal of Family Practice*. 2002;51(8):706.
25. Shelstad KR, Clevenger FW. Information retrieval patterns and needs among practicing general surgeons: a statewide experience. *Bull Med Libr Assoc*. 1996;84(4):490-7.
26. D'Alessandro DM, Kreiter CD, Peterson MW. An evaluation of information-seeking behaviors of general pediatricians. *Pediatrics*. 2004;113(1 Pt 1):64-9.
27. Sackett DL, Straus SE. Finding and applying evidence during clinical rounds: the "evidence cart". *Jama*. 1998;280(15):1336-8.
28. Darmoni SJ, Benichou J, Thirion B, Hellot MF, Fuss J. A study comparing centralized CD-ROM and decentralized intranet access to MEDLINE. *Bull Med Libr Assoc*. 2000;88(2):152-6.
29. Ebell MH, White L. What is the best way to gather clinical questions from physicians? *J Med Libr Assoc*. 2003;91(3):364-6.
30. Gorman P, Yao P, Seshadri V, editors. *Finding the answers in primary care: information seeking by rural and nonrural clinicians*. 2004: Ios Pr Inc.
31. Dorsch JL. Information needs of rural health professionals: a review of the literature. *Bull Med Libr Assoc*. 2000;88(4):346-54.
32. Holtum EA. Librarians, clinicians, evidence-based medicine, and the division of labor. *Bull Med Libr Assoc*. 1999;87(4):404-7.
33. Koonce TY, Giuse NB, Todd P. Evidence-based databases versus primary medical literature: an in-house investigation on their optimal use. *J Med Libr Assoc*. 2004;92(4):407-11.
34. Scott I, Heyworth R, Fairweather P. The use of evidence-based medicine in the practice of consultant physicians. Results of a questionnaire survey. *Internal Medicine Journal*. 2000;30(3):319-26.
35. Green ML, Ciampi MA, Ellis PJ. Residents' medical information needs in clinic: are they being met? *Am J Med*. 2000;109(3):218-23.

36. Andrews JE, Pearce KA, Ireson C, Love MM. Information-seeking behaviors of practitioners in a primary care practice-based research network (PBRN). *J Med Libr Assoc.* 2005;93(2):206-12.
37. Ely JW, Osheroff JA, Chambliss ML, Ebell MH, Rosenbaum ME. Answering physicians' clinical questions: obstacles and potential solutions. *J Am Med Inform Assoc.* 2005;12(2):217-24.
38. Lappa E. Undertaking an information-needs analysis of the emergency-care physician to inform the role of the clinical librarian: a Greek perspective. *Health Info Libr J.* 2005;22(2):124-32.
39. Potter B, Rotert E. Making evidence-based practice a reality. *WMJ.* 2005;104(3):22-4.
40. Barrie AR, Ward AM. Questioning behaviour in general practice: a pragmatic study. *BMJ.* 1997;315(7121):1512-5.
41. McAlister FA, Graham I, Karr GW, Laupacis A. Evidence-based medicine and the practicing clinician. *J Gen Intern Med.* 1999;14(4):236-42.
42. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Bergus GR, Levy BT, Chambliss ML, et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. *BMJ.* 1999;319(7206):358-61.
43. Cogdill KW, Friedman CP, Jenkins CG, Mays BE, Sharp MC. Information needs and information seeking in community medical education. *Acad Med.* 2000;75(5):484-6.
44. Ramos K, Linscheid R, Schafer S. Real-time information-seeking behavior of residency physicians. *Fam Med.* 2003;35(4):257-60.
45. Schilling LM, Steiner JF, Lundahl K, Anderson RJ. Residents' patient-specific clinical questions: opportunities for evidence-based learning. *Acad Med.* 2005;80(1):51-6.
46. Bennett NL, Casebeer LL, Kristofco RE, Strasser SM. Physicians' Internet information-seeking behaviors. *J Contin Educ Health Prof.* 2004;24(1):31-8.

47. Verhoeven AA, Boerma EJ, Meyboom-de Jong B. Use of information sources by family physicians: a literature survey. *Bull Med Libr Assoc.* 1995;83(1):85-90.
48. Sanders S, Del Mar C. Clever searching for evidence. *BMJ.* 2005;330(7501):1162-3.
49. Dave Sackett B. How to read clinical journals: I. why to read them and how to start reading them critically *CMAJ* 1981;124:555-8.
50. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. *User's Guides to the Medical Literature a Manual for Evidence-Based Clinical Practice.* 2 ed. Guyatt G, editor: McGraw Hill; 2008.
51. Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal.* 1996;312(7023):71.
52. Guyatt G, Rennie D. *Users' guides to the medical literature: a manual for evidence-based clinical practice:* Amer Medical Assn; 2002.
53. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Jama.* 1992;268(17):2420-5.
54. Dans A, Dans L, Silvestre M. *Painless evidence-based medicine:* J. Wiley & Sons; 2008.
55. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med.* 2003;138(4):288-98.
56. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med.* 2003;348(26):2635-45.
57. Mark B. McClellan, J. Michael McGinnis, Elizabeth G. Nabel, Olsen LM. *Evidence-Based Medicine and The Changing Nature of Health Care.* Washington: National Academy of Sciences; 2008.

58. Sackett D. Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 2nd edition.: Churchill Livingstone; 2000.
59. Haynes RB. Of studies, syntheses, synopses, and systems: the "4S" evolution of services for finding current best evidence. *ACP J Club*. 2001;134(2):A11-3.
60. McKibbin KA, Fridsma DB. Effectiveness of clinician-selected electronic information resources for answering primary care physicians' information needs. *J Am Med Inform Assoc*. 2006;13(6):653-9.
61. Hersh WR, Crabtree MK, Hickam DH, Sacherek L, Friedman CP, Tidmarsh P, et al. Factors associated with success in searching MEDLINE and applying evidence to answer clinical questions. *J Am Med Inform Assoc*. 2002;9(3):283-93.
62. Westbrook JI, Coiera EW, Gosling AS. Do online information retrieval systems help experienced clinicians answer clinical questions? *J Am Med Inform Assoc*. 2005;12(3):315-21.
63. Schaafsma F, Verbeek J, Hulshof C, van Dijk F. Caution required when relying on a colleague's advice; a comparison between professional advice and evidence from the literature. *BMC Health Serv Res*. 2005;5:59.
64. Lindberg DA, Siegel ER, Rapp BA, Wallingford KT, Wilson SR. Use of MEDLINE by physicians for clinical problem solving. *Jama*. 1993;269(24):3124-9.
65. Klein MS, Ross FV, Adams DL, Gilbert CM. Effect of online literature searching on length of stay and patient care costs. *Acad Med*. 1994;69(6):489-95.
66. National Center for Biotechnology Information. [06.08.2010]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.
67. Glasziou P, Del Mar C, Salisbury J. Evidence-based practice workbook. Blackwell, Melbourne; 2007.

68. Kenealy T, Arroll B. Review: Mixed signals from trials concerning pharmacological prevention of type 2 diabetes mellitus. *ACP J Club*. 2005;143(2):44.
69. West S, King V, Carey TS, Lohr KN, McKoy N, Sutton SF, et al. Systems to rate the strength of scientific evidence. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2002;(47):1-11.
70. 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.
71. Treadwell JR, Tregear SJ, Reston JT, Turkelson CM. A system for rating the stability and strength of medical evidence. *BMC Med Res Methodol*. 2006;6:52.
72. Newman MG, Weyant R, Hujoel P. JEBDP improves grading system and adopts strength of recommendation taxonomy grading (SORT) for guidelines and systematic reviews. *J Evid Based Dent Pract*. 2007;7(4):147-50.
73. Roddy E, Zhang W, Doherty M, Arden NK, Barlow J, Birrell F, et al. Evidence-based clinical guidelines: a new system to better determine true strength of recommendation. *J Eval Clin Pract*. 2006;12(3):347-52.
74. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *Am Fam Physician*. 2004;69(3):548-56.
75. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Fam Pract*. 2004;17(1):59-67.
76. Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, Addrizzo-Harris D, Hylek EM, Phillips B, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an american college of chest physicians task force. *Chest*. 2006;129(1):174-81.

77. Çalışkan Z. Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemi Olarak Maliyet Etkililik-Analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2009;14(2):311-32.
78. Robinson R. Limits to rationality: economics, economists and priority setting. Health Policy. 1999;49(1-2):13-26.
79. Kwankam Y. Healthcare Technology Policy Framework. WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series 24: Healthcare Technology Management No:1. 2001.
80. Lenel A, Temple-Bird C, Kawohl W, Kaur M. How to Organize A System of Healthcare Technology Management Lewes: Ziken International Consultants Ltd. 2005.
81. Ünlüoğlu İ. Türkiye’de Aile Hekimliği Disiplininin Gelişimi. PRN Aile Hekimliği Dergisi. 2008;2(33):425-9.
82. Fehrsen GS, Henbest RJ. In search of excellence. Expanding the patient-centred clinical method: a three-stage assessment. Fam Pract. 1993;10(1):49-54.
83. McWhinney I. A textbook of family medicine: Oxford University Press, USA; 1996.
84. Aile Hekimi. Elçin M, editor: Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayını; 1998.
85. Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi. Aktüel Tıp Dergisi (Aile hekimliği özel sayısı). 2004;9(6):5-9.
86. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27:412-8.
87. European definition of GP/FM. WONCa; 2002.
88. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European Definitions of General Practice / Family Medicine. 2005.

89. 24.11.2004 Kanun No: 5258, Resmi Gazete Sayı: 25665 Yayın tarihi 09.12.2004.
90. Bir Uzmanlık Dalı Olarak Aile Hekimliği, Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği İstanbul Şubesi, yayın No:1, 3-5, 1994.
91. Saatçi E, Sezer H: Dünyada aile hekimliği uygulamaları. Çağlayaner H (ed), Aile Hekimliği II , İstanbul, İletişim Yayınları, 49-70, 1996.
92. Ünalın P. Aile hekimliğinin tanımı ve temel ilkeleri. Aile doktorları için kurs notları-1 aşama'da Ankara: TC Sağlık Bakanlığı. 2004:9-16.
93. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği- Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board) Faaliyet raporu ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Müfredatı, Haziran 2007, Ankara.
94. Aile hekimliğinin kilometre taşları, Millis ve Willard Raporları, çeviri ed.Aktürk Z., Dağdeviren N., Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, Anadolu Ofset, İstanbul, 2004.
95. Kliniğe giriş; öykü ve fizik muayene, editör; Güldal, A.D., DEÜ Rektörlük Matbaası, İzmir, 2005.
96. Aile hekimliği, ed. Bilgel N., Medikal Tıp Kitabevi, Bursa, 2006.
97. Ulusel B, Can F, Aydemir İ. Birinci basamağın uluslar arası sınıflaması: ICPC-2-R, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları. Ankara: RNA Medikal Yayıncılık Ltd; 2006.
98. Current Aile hekimliği; tanı ve tedavi, çeviri ed. Kut A., Tokalak İ., Eminsoy M.G., Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007.
99. Aile yönelimli birincil bakım. Yaman H., Yüce Yayın, 2007.
100. Aile hekimleri için geriatri el kitabı, Dişçigil G., Tekin N., Adnan Menderes Üniversitesi Yayınları No:24, Aydın, 2007.
101. Demirkan A, Ekici Y, Uçar K, Başkan S. Kanıta Dayalı Tıp. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2000;53(4):221-5.

102. Ünlüoğlu İ, Ünalacak M, Yüksel F, Elçioğlu Ö. The concept of evidence based medicine in various resources, and its integration into medical education in the Turkish context: Review. *Turkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2009;17(3):158-67.
103. Topuzoğlu A, Topuzoğlu PA. Kanıta Dayalı Tıp: Klinik Epidemiyolojik Araştırmaların Eleştirel Değerlendirilmesi. İstanbul: Ege Yayınları; 2007.
104. Kahveci R. Birinci basamak hekimlerinin kanıta dayalı tıp yaklaşımları. Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, 2007.
105. Akpınar E, Şahin E. Ayrışmamış hastaya yaklaşım, T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları için kurs notları, Birinci aşama. Ankara: Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık; 2004.
106. Mazıcıoğlu M, Uzuner A. Periyodik sağlık muayenesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları için kurs notları, Birinci aşama. Ankara: Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık; 2004.
107. Topsever P, Filiz M. Bir makale nasıl okunur?, T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları için kurs notları, Birinci aşama. Ankara: Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık; 2004.
108. Parkes J, Hyde C, Deeks J, Milne R. Teaching critical appraisal skills in health care settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001(3):CD001270.
109. Bates DW, Gawande AA. Improving safety with information technology. *N Engl J Med*. 2003;348(25):2526-34.
110. Greenhalgh T. How to read a paper; The basics of evidence based medicine. London, UK: BMJ; 2001.
111. Hersh WR, Hickam DH. How well do physicians use electronic information retrieval systems? A framework for investigation and systematic review. *Jama*. 1998;280(15):1347-52.
112. Leece P, Bhandari M, Sprague S, Swiontkowski MF, Schemitsch EH, Tornetta P, et al. Internet versus mailed questionnaires: a controlled comparison (2). *J Med Internet Res*. 2004;6(4):e39.

113. Cochran W. Sampling Techniques. John Wiley & Sons. New York. 1977;428.
114. Cummings SM, Savitz LA, Konrad TR. Reported response rates to mailed physician questionnaires. *Health Serv Res.* 2001;35(6):1347-55.
115. Field TS, Cadoret CA, Brown ML, Ford M, Greene SM, Hill D, et al. Surveying physicians: do components of the "Total Design Approach" to optimizing survey response rates apply to physicians? *Med Care.* 2002;40(7):596-605.
116. Bryant S. The information needs and information seeking behaviour of family doctors: a selective literature review. *Health Libraries Review.* 2008;17(2):83-90.
117. Gonzalez-Gonzalez A, Dawes M, Sanchez-Mateos J, Riesgo-Fuertes R, Escortell-Mayor E, Sanz-Cuesta T, et al. Information needs and information-seeking behavior of primary care physicians. *The Annals of Family Medicine.* 2007;5(4):345.
118. Cirhinlioğlu Z. Sivas'ta hekim-hasta ilişkileri-II, 3.Hekim egemen ilişkiler ve sağlık sorunları. *CÜ Sosyal Bilimler Dergisi.* 2001;25(1):49-79.
119. Jette DU, Bacon K, Batty C, Carlson M, Ferland A, Hemingway RD, et al. Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Phys Ther.* 2003;83(9):786-805.
120. Yarnall K, Pollak K, Ostbye T, Krause K, Michener J. Primary care: is there enough time for prevention? *American Journal of Public Health.* 2003;93(4):635.
121. Kottke TE, Brekke ML, Solberg LI. Making "time" for preventive services. *Mayo Clin Proc.* 1993;68(8):785-91.
122. Stange KC, Flocke SA, Goodwin MA. Opportunistic preventive services delivery. Are time limitations and patient satisfaction barriers? *J Fam Pract.* 1998;46(5):419-24.
123. Rafferty M. Prevention services in primary care: taking time, setting priorities. *West J Med.* 1998;169(5):269-75.

124. Casebeer L, Bennett N, Kristofco R, Carillo A, Centor R. Physician Internet medical information seeking and on-line continuing education use patterns. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2002;22(1):33-42.
125. Baker L, Wagner TH, Singer S, Bundorf MK. Use of the Internet and e-mail for health care information: results from a national survey. *Jama*. 2003;289(18):2400-6.
126. De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet*. 2003;362(9392):1314-9.
127. Is primary-care research a lost cause? *Lancet*. 2003;361(9362):977.
128. Mant D, Del Mar C, Glasziou P, Knottnerus A, Wallace P, van Weel C. The state of primary-care research. *Lancet*. 2004;364(9438):1004-6.
129. NHS R&D Strategic review: primary care. Report of Topic Working Group. In: Health UDo, editor. London: Crown; 1999.
130. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225-30.
131. Stange KC. Primary care research: barriers and opportunities. *J Fam Pract*. 1996;42(2):192-8.
132. Thomas P, Griffiths F, Kai J, O'Dwyer A. Networks for research in primary health care. *BMJ*. 2001;322(7286):588-90.
133. Nutting PA, Beasley JW, Werner JJ. Practice-based research networks answer primary care questions. *Jama*. 1999;281(8):686-8.
134. Menteş A. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 2001-2002 ders yılı genel cerrahi stajyerlerinin yabancı dil bilme düzeyi. *Ege Tıp Dergisi*. 2002;41(3):125-8.
135. Traverso L. The state of the highest level of evidence: an overview of systematic reviews of pancreaticobiliary disease customized for the gastroenterologist and GI surgeon. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2008;12(4):617-9.

136. McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ*. 1998;316(7128):361-5.
137. Novak K, Mirić D, Jurin A, Vukojević K, Aljinović J, Čarić A, et al. Awareness and Use of Evidence-based Medicine Databases and Cochrane Library Among Physicians in Croatia. *Croat Med J*. 2010;51:157-64.
138. Al-Omari F, Al-Asmary S. Attitude, awareness and practice of evidence based medicine among consultant physicians in Western region of Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2006;27(12):1887-93.
139. Al-Ansary LA, Khoja TA. The place of evidence-based medicine among primary health care physicians in Riyadh region, Saudi Arabia. *Fam Pract*. 2002;19(5):537-42.
140. Smithies A, Nicholson T, Stein K. Health technology assessment in primary and community care. *Br J Gen Pract*. 2000;50(450):3-4.
141. Lohr KN. Rating the strength of scientific evidence: relevance for quality improvement programs. *Int J Qual Health Care*. 2004;16(1):9-18.
142. Lau SL, Samman N. Levels of evidence and journal impact factor in oral and maxillofacial surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007;36(1):1-5.
143. Weiss BD. SORT: Strength of recommendation taxonomy. *Fam Med*. 2004;36(2):141-3.
144. Coleman CI, Talati R, White CM. A clinician's perspective on rating the strength of evidence in a systematic review. *Pharmacotherapy*. 2009;29(9):1017-29.
145. Shojania KG, Grimshaw JM. Evidence-Based Quality Improvement: The State Of The Science. *Health Aff*. 2005 January 1, 2005;24(1):138-50.
146. Lyubomir K. Current health situation and health systems in South East Europe, Sözlü Sunum. 2nd Congress of Association of General Practice/Family Medicine of South East Europe; 2010; Antalya.

147. Parboosingh J. Revalidation for doctors. Should reflect doctors' performance and continuing professional development. *BMJ*. 1998;317(7166):1094-5.
148. Peck C, McCall M, McLaren B, Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*. 2000;320(7232):432-5.
149. Yaman H. Continuing medical education in Turkey: recent developments. *BMC Med Educ*. 2002;2:6.
150. Schultze-Mosgau S, Zielinski T, Lochner J. Web-based, virtual course units as a didactic concept for medical teaching. *Med Teach*. 2004;26(4):336-42.
151. McKimm J, Jollie C, Cantillon P. ABC of learning and teaching: Web based learning. *BMJ*. 2003;326(7394):870-3.
152. Ruiz JG, Mintzer MJ, Leipzig RM. The impact of E-learning in medical education. *Acad Med*. 2006;81(3):207-12.
153. Shaffer K, Small JE. Blended learning in medical education: use of an integrated approach with web-based small group modules and didactic instruction for teaching radiologic anatomy. *Acad Radiol*. 2004;11(9):1059-70.
154. Barikani A. Sources of information in general physicians. *Journal of Medical Education*. 2007;11(3&4):67-70.
155. Vollmar HC, Rieger MA, Butzlaff ME, Ostermann T. General Practitioners' preferences and use of educational media: a German perspective. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:31.
156. Vollmar HC, Ostermann T, Hinz A, Rieger MA, Butzlaff ME. [Primary care physicians, internet and educational media. Preferences, usages and appraisal in a 6-year comparison]. *Med Klin (Munich)*. 2008;103(6):425-32.
157. Ruf D, Berner MM, Kriston L, Maier I, Harter M. [General practitioners online: the conditions are good, but use of the Internet for continuing medical education found to be poor]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2008;102(5):291-7.

158. Sargeant J, Curran V, Jarvis-Selinger S, Ferrier S, Allen M, Kirby F, et al. Interactive on-line continuing medical education: physicians' perceptions and experiences. *J Contin Educ Health Prof.* 2004;24(4):227-36.
159. Sigouin C, Jadad AR. Awareness of sources of peer-reviewed research evidence on the internet. *Jama.* 2002;287(21):2867-9.
160. Coumou H, Meijman F. How do primary care physicians seek answers to clinical questions? A literature review. *Journal of the Medical Library Association.* 2006;94(1):55-94.
161. Gorman PN, Ash J, Wykoff L. Can primary care physicians' questions be answered using the medical journal literature? *Bull Med Libr Assoc.* 1994;82(2):140-6.
162. Magrabi F, Coiera EW, Westbrook JI, Gosling AS, Vickland V. General practitioners' use of online evidence during consultations. *Int J Med Inform.* 2005;74(1):1-12.
163. Verhoeven A, Van Noort C, Bosveld H, Boerma E, Meyboom-de Jong B. Information use and needs: a survey among Dutch general practitioners. *Information-seeking by general practitioners.* Groningen, Netherlands: Van Denderen BV. 1999.
164. Cullen RJ. In search of evidence: family practitioners' use of the Internet for clinical information. *J Med Libr Assoc.* 2002;90(4):370-9.

EKLER

EK 1: Anket formu

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ESKİŞEHİR'DE BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN GÜNCEL TIBBİ BİLGİYE ERIŞİMLERİ VE KLİNİK KARAR SÜRECİNDE KULLANIMLARI


Çalışmamız, birinci basamakta çalışan hekimlerimizin klinik çalışmalarında ve pratiğinde referans aldıkları bilgi kaynaklarını tespit etmeyi ve bilimsel açıdan güncel kalabilmek için kullandıkları yolları belirlemeyi amaçlamaktadır. Ayrıca, faydalanılan kaynakların karar sürecine uygulanma aşamasında da ne şekilde değerlendirdiklerini tespit etmeye çalışmaktayız. Elde edilen verilerden eğitim politikalarında faydalanılması düşünülmektedir. Bu sayede, hekimlerimizin kendi kendilerini değerlendirmeleri şeklinde de ikincil bir kazancın elde edileceği öngörülmüştür.

***Kırmızı çerçeveli bölgeler, formun gönderilebilirliği için zaruridir.

1. Çalıştığınız kurum: []
2. Görev tanımınız:
 - Aile hekimi
 - Aile hekimliği uzmanı (3 yıllık eğitimle)
 - Pratisyen hekim
 - Halk sağlığı uzmanı
 - Diğer
3. Tıp fakültesi mezuniyet yılınız: []
4. Klinik hizmetlerde aktif olarak çalıştığınız süre (rakamla, yıl): []
5. Günde ortalama kaç hasta bakarsınız? []
6. Haftada ortalama kaç saat aktif olarak hasta bakıyorsunuz? []
7. Evde/işyerinde internetli bilgisayarınız var mı? Evde İşyerinde
8. Yürüttüğünüz bilimsel bir araştırmanız var mı?
 - Evet
 - Hayır
9. Tamamladığınız bilimsel bir araştırmanız var mı?
 - Evet
 - Hayır
10. İngilizce bilgi seviyenizi nasıl yorumlarsınız?
 - Az
 - Orta
 - İleri

Kanıtla Dayalı Tıp (KDT): Güncel ve geçerliliği ispatlanmış tıbbi bilginin sağlık çalışanı tarafından pratiğine, kendi klinik tecrübeleri ve karşılaşılan durumun özelliklerinin de değerlendirilmesiyle akılcı uygulanmasıdır.

Health Technology Assessment (HTA): Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi olarak, kullanıma giren ve girmiş olan yeni ilaçlar, laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri gibi uygulamaların kanıtla dayalı tıp yaklaşımıyla yorumlanarak gerekli analizlerinin yapılmasıdır.

 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sayfa 1

EK 1 Anket formu (devam)

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

11. Kanıt dayalı tıp ve HTA kavramları hakkında ne düşünüyorsunuz?

	KDT	HTA
İlk kez duyuyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duydum fakat uygulamıyorum / takip etmiyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uyguluyorum / takip ediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. İnternette literatür taraması yapmayı biliyor musunuz?

- Evet
 Hayır

13. Makalelerin eleştirel değerlendirilmesine (critical appraisal) ilişkin bir eğitim aldınız mı?

- Evet
 Hayır

14. Bir makaleyi eleştirel olarak değerlendirebilir misiniz?

- Evet
 Hayır

15. Faydalandığınız yayınların kanıt derecesini ölçmenizde temel etken(ler) ne olur?

<input type="checkbox"/> Çalışmanın tipi
<input type="checkbox"/> Örneklem/denek sayısı
<input type="checkbox"/> Çalışmanın yapıldığı ülke
<input type="checkbox"/> Çalışmanın tek/çift kör olması
<input type="checkbox"/> Yayımlandığı dergi
<input type="checkbox"/> Örneklem seçimi (randomizasyon)
<input type="checkbox"/> Çalışmanın yazarları
<input type="checkbox"/> Diğer

16. Sağlık Bakanlığı 2003 Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri'ni kullanıyor musunuz?

- Evet
 Hayır

17. Sizce birinci basamakta sürekli tıp eğitimi mecburi hale getirilmeli midir?

- Evet
 Hayır

18. Birinci basamak hekimlerinin güncel bilgiye erişimi hakkında faydalandığınız ve önerdiğiniz yöntemler nelerdir?

-1=Kaşım, 0=Forum Yok, 1=Olabilir, 2=Kabulorum, 3=Kesinlikle Olmalı	FAYDALANIYOR MUSUNUZ?		GÜNCELLEME AMAÇIYLA KULLANILABİLİR Mİ?				
	EVET	HAYIR	-1	0	1	2	3
Global geçerliliği olan textbooklar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cochrane derlemeleri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanı-tedavi rehberleri (Guidelines)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eğitim konferansları, seminerler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendi klinik tecrübeleriniz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinik tecrübeler (meslektaşlardan)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PubMed-Makale ve derlemeler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TUS'a hazırlık kitapları	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İlaç Firmaları	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arama motorları (Google, Yahoo vs.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diğer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diğer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



EK 1 Anket formu (devam)

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

19. Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıp (KDT) uygulamalarına engel olabilecek etkenler neler olabilir?

	KATILMIYORUM	FİKRİM YOK	KATILYORUM
KDT konusunda eğitim eksikliği	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erişim ve imkân eksikliği (internet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zaman kısıtlılığı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evrensel kanıt yetersizliği	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geleneksel yaklaşımlara aykırı oluşu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Türkçe kanıt yetersizliği	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yabancı dil yetersizliği	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İlgi ve Motivasyon Eksikliği	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diğer			

20. Aşağıdaki süreli yayınlardan hangilerini takip etmektesiniz?

	FAYDALANIYOR MUSUNUZ?		FAYDALANMA SIKLIĞINIZ			
	Evet	Hayır	Hiç	Nadiren	Mümkün Olduğunca	Her Zaman
Türkiye Aile Hekimliği Dergisi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
STED (Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRN Aile Hekimliği Dergisi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aile Hekimliği Dergisi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LANCET	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AAFP (Am. Assoc. of Family Physic.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NEJM (New England J of Medicine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diğer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diğer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diğer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Klinik pratiğinizde öncelikli eğitim ihtiyacı duyduğunuz konular veya alanlar nelerdir?



EK 1 Anket formu (devam)

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

22. Güncel bilgiye erişiminde kolaylık sağlamak ve birinci basamak sağlık hizmetinde kaliteyi artırmak için ileriye yönelik düşünceleriniz nelerdir?

	Faydalı olacağını sanmıyorum	Pilot çalışma sonrası uygulamaya geçirebilir	Direk uygulamaya geçirebilir
Bakanlığın veya bu konuyla ilgilenecek bağımsız bir kuruluşun Türkçe e-mailler yoluyla hekimleri yeni klinik uygulamalar hakkında bilgilendirmeleri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Güncel bilgiyi temin etmek için uzmanlaşmış, eğitimden sorumlu hekimlerin periyodik olarak bu konuda eğitim vizitleri yapması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mektup, bilimsel dergi, kitapçık vb. olarak adreslere gönderilen yazılı hatırlatmalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Online (çevrimiçi) klinik bilgi ve karar destekleme danışmanlık sistemleri (anlık-ileti yoluyla)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pocket PC (el bilgisayarları) aracılığıyla erişimi kolay, güncellenmiş rehberler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diğer			

Çalışmamız hakkında görüş ve yorumlarınızı bizimle paylaşırsanız memnun oluruz:

Destüğünüz için tekrar teşekkür ederiz.

Bu renkli butonu tıklayınız... Kaydedip maille gönderiniz:



Soru ve önerileriniz için;

Dr. Fatih YÜKSEL

Cep: 0-538-3225966

e-mail: bilgiislem@eskisehirsaglik.gov.tr



