



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARI, AİLE HEKİMLERİ VE

UZMAN AİLE HEKİMLERİNİN ONLINE KILAVUZ

KULLANIM TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Uzmanlık Tezi

Dr. Ayşe Gökçen SAYILIR

Ankara, 2016

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARI, AİLE HEKİMLERİ VE
UZMAN AİLE HEKİMLERİNİN ONLİNE KILAVUZ
KULLANIM TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Uzmanlık Tezi

Dr. Ayşe Gökçen SAYILIR

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ

Ankara, 2016

ÖNSÖZ

Hekimlik mesleğimde bana birçok şey katan uzmanlık eğitimimde; tecrübe, bilgi, değerli görüşlerinden faydalandığım ve aile hekimliği vizyonunu öğrendiğim hocalarım Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet UĞURLU ve Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ'ye,

Bu eğitim süreci içerisinde takıldığım her an desteklerini esirgemeyen Başasistan Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY ve Başasistan Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ'a ve Yrd. Doç. Dr. Furkan DAĞCIOĞLU, Yrd. Doç. Dr. Tuncer KILIÇ ve Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESKİN'e,

Uzmanlık eğitimim süresince tanışmış ve arkadaş olduğum bütün Aile Hekimliği asistanı meslektaşlarıma,

Rotasyonlarımızda, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım sevgili hocalarım, uzman ve asistan meslektaşlarım ve tüm sağlık personeline,

Bu günlere gelmemde büyük katkısı olan ve her türlü engelde daima bana destek olan aileme,

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe Gökçen SAYILIR

Ankara, 2016

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
KISALTMALAR.....	vii
TABLO DİZİNİ.....	viii
ŞEKİL DİZİNİ.....	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇLAR.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.DÜNYADA KANITA DAYALI TIP TARİHÇESİ.....	3
2.2.TÜRKİYE'DE KANITA DAYALI TIP TARİHÇESİ.....	4
2.3.AİLE HEKİMLİĞİ TANIMLARI.....	4
2.4.KANITA DAYALI TIP VE KULLANIMI.....	4
2.5.KANITA DAYALI TIP VE BİLGİ TEKNOLOJİSİ.....	6
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	12
3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ VE YERİ.....	12
3.2.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	12
3.3.ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI.....	12
3.4.ARAŞTIRMANIN UYGULAMA ŞEKLİ.....	13
3.5.ÇALIŞMADA KULLANILAN DEĞİŞKENLER.....	13
3.6.VERİ ANALİZİ.....	13
3.7.ARAŞTIRMADAKİ KISITLILIKLAR.....	13
3.8.ARAŞTIRMADA KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR.....	14
3.9.ETİK.....	14
4. İSTATİSTİK VE BULGULAR.....	15

5.TARTIŞMA.....	30
6.SONUÇ.....	36
7.KAYNAKLAR.....	38
8.EKLER.....	41
8.1 EK-1 ANKET FORMU.....	41
8.2 EK-2 ETİK KURUL ONAYI.....	47
9.ÖZGEÇMİŞ.....	48



ÖZET

Giriş ve Amaç: Bireysel tecrübe ile karar verme davranışını içeren geleneksel tıp; sağlık alanında çalışmaların artması, yeni bilgi takibinin zorlaşması nedeniyle yerini kanıta dayalı tıp (KDT) uygulamalarına bırakmıştır. Kanıta dayalı tıp; hekimlerin karar verme aşamasında, mevcut en iyi kanıtların, hekim tecrübeleri ve hastanın seçimleriyle birlikte entegre edilmesi için oluşturulmuş bir yaklaşımdır. Hastaları, en doğru ve güncel bilgi ile değerlendirmek gerektiği için doğru ve kaliteli bilgi arayışında olmak bir alışkanlık olmalıdır. Bu tür kanıtlara ulaşmanın da en hızlı ve kolay yolu teknolojinin de etkisiyle online kaynaklardır. Çalışmadaki amacımız, aile hekimlerinin online kılavuz tutum ve davranışlarının tespit ederek, mevcut durumu ve gerekli ihtiyaçları ortaya çıkarabilmektir.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya; Ankara merkez ilçelerinden olan Mamak, Çankaya ve Etimesgut'taki aile sağlığı merkezleri (ASM), Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve ortak mail grubu ile, aile hekimliği asistanları, aile hekimleri ve uzman aile hekimleri olmak üzere 102 kişi katıldı, formlardaki yanlış işaretleme nedeniyle 2 kişi çalışmadan çıkarılarak 100 kişi ile çalışmaya devam edildi. Katılımcılara hazırlanmış olduğumuz 22 soruluk anket uygulandı ve veriler SPSS for Windows 20.0 programı ile analiz edildi. Gruplar arasındaki niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki kare testi kullanıldı. Değişkenlerden herhangi birisi ordinal veri olduğunda ya da parametrik koşulları taşımayan gruplardaki korelasyon analizleri için Spearman korelasyon analiz testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için tip-1 hata düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlendi. Çalışmamız Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 16.03.2016 tarih ve 95 sayılı kurul kararı ile etik ve bilimsel açıdan uygun bulundu. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan yazılı izin alındı.

Bulgular: Çalışmamıza 100 hekim katılmış olup; %36'sı (n=36) erkek, %64'ü (n=64) kadındır. Günlük bakılan ortalama hasta sayısı olarak en fazla hekim sayısı ile (%37), 41-60 hasta baktıklarını belirtmişlerdir. Katılımcı hekimlerin %82'si online kılavuz kullandıklarını belirtmişlerdir. Online kılavuz kullanan hekimlerin kullanma sıklıkları %31.1'i ayda 1-2 kez olarak bulundu. Hekimlerin baktıkları günlük ortalama hasta sayısı ile online kılavuz kullanma sıklıkları arasında önemsiz derecede negatif

korelasyon mevcuttu ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi ($r = -0.12$ $p = 0.28$). Hekimlerin meslekteki süreleri ile online kılavuz kullanma sıklıkları arasında önemsiz derecede negatif korelasyon olup, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi ($r = -0.024$ $p = 0.83$). Çalışmamıza katılan katılımcılarda uzmanlık eğitimi alanlar ile almayanlar arasında kılavuz kullanım yönünden oluşan farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p = 0.764$). Hekimlerin %68.3 ile en sık bir hastayla ilgili problemle karşılaştıklarında online kılavuzları kullandıkları tespit edildi. Ulaşılan bilginin hastayla ilgili kararlarında değişiklik oluşturma durumuyla ilgili olarak; hekimlerin %74.4'ü ($n = 61$) "bazen" olarak yanıt vermişlerdir. Hekimlerin en sık dahiliye, aile hekimliği ve pediatri konularında online kılavuz kullandıkları bulundu. Online kılavuz kullanmayan hekimlerin kullanmama nedeni olarak en fazla %66.7 ile mevcut basılı rehberleri kullandıkları bulundu. Katılımcı hekimlerin %36'sı; Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Kılavuzları, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği kılavuzları ve Türk Toraks Derneği kılavuzlarını bazen takip ettiklerini belirtti. Bu ulusal kılavuzların birinci basamak sağlık uygulamalarına uygunluğu sorusunu hekimlerin %60'ı ($n = 60$) "Evet" olarak cevaplandırdı. Hekimlere Türkiye'de aile hekimliğine yönelik kullandıkları kılavuz durumu sorusuna; %89'u ($n = 89$) "hayır" olarak cevap verdi. Anketimize katılan hekimlerden, kanıta dayalı tıp uygulamalarının klinik tecrübeyi göz ardı ettiği düşüncesi sorusuna; %63'ü ($n = 63$) "hayır" şeklinde yanıtlandırdı. Çalışmamızda online kaynak olarak en sık Pubmed (%87) kullanıldığı bulundu.

Sonuç: Hekimlerin; poliklinik şartlarında, tıbbi karar verme sürecinde hızlı, güvenilir ve erişimi kolay kaynak kullanmaları önemlidir. Bu yüzden de ülkemizde ihtiyaca uygun, güncellenen, ulaşımı kolay veri tabanlarının oluşturulması ve tanıtımının sağlanması; bu konudaki açığın giderilerek birinci basamakta çalışan hekimlere geçerli kaynaklar sunulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: kanıta dayalı tıp, online, veri tabanı

ABSTRACT

Introduction: Traditional medicine including the individual experience with decision-making behaviour, increasing the health studies, due difficult to track of new information, has given place to evidence-based medicine practices. Evidence- based medicine; at stage of decision making by physicians, is an approach that was created to be integrated with the physicians' experience and patients' elections. Searching accurate and quality information should be a habit to evaluate the patients with the most accurate and current evidence. The fastest and easiest way to achieve this kind of evidence, with the help of technology, are online sources. Our aim in this study, to identify family physicians' attitudes and behaviors of the online sources and reveal the current situation and necessities.

Material and methods: 102 family medicine residents, family physicians and family medicine specialists participated in this survey from Ankara's central districts Mamak, Çankaya, Etimesgut and Ankara Atatürk Research and Training Hospital and family medicine mail group. Due to incorrect markings on the survey, 2 people were removed from the study and continued to work with 100 people. We applied 22-item questionnaire to participants and data were analyzed with SPSS for Windows 20.0 program. Chi-square test was used for the comparison of qualitative data between groups. Spearman correlation analysis was used for any ordinal data or the groups correlation analysis with the nonparametric conditions. Accuracy rate was presumed $p < 0,05$ when result was criticizing. Our study was found ethical and established in 16.03.2016 by Yıldırım Beyazıt University School of Medicine Clinical Research Ethics Committee with the decision no 95. A written permission was taken by Public Health Agency Of Turkey.

Results: In our study, 100 physicians participated and 36% ($n = 36$) were male, 64% ($n = 64$) were female. Looking at the average daily number of patients with the highest number of physicians (37%) indicated that they see 41-60 patients in a day. 82% of physicians indicated that they use online guidelines. The frequency of physicians' using online guidelines found as 31.1% at 1-2 times per month. There was insignificant negative correlation at between the average daily number of patients and using online guidelines frequency was insignificant negative correlation and this result

was not statistically significant ($r = -0.12$ $p = 0.28$). There was insignificant negative correlation at between the profession time of physicians and using online guidelines, and this result was not statistically significant ($r = -0.024$ $p = 0.83$). In our study, among to be or not to be major of family medicine were not statistically significant ($p = 0.764$). About changing mind in the decision about the patient with reached the current information; 74.4% of the physicians ($n = 61$) have responded as “sometimes”. As the reason for not to use online guidelines found that they use existing printed guidelines with up to 66.7%. 36% of physicians said that they sometimes follow Turkish Society of Cardiology national guidelines, Turkey Endocrinology and Metabolism Society guidelines and Turkish Thoracic Society guidelines. 60% of physicians stated that those guidelines applicable at primary health care. 89% of physicians said that there isn't guidelines for family medicine in Turkey. 63% of physicians said that the evidence-based medicine doesn't ignore the physician experience. In our study, PubMed is the most used online resource (%87).

Conclusion: In outpatient, during medical decision-making, it is important that to use fast, reliable and easy access to resources. Therefore, according to the needs of our country, it is necessary to establish and promotion updated, easily accessible guidelines. Also, by eliminating the deficit in this area, available resources should be provided to physicians working in primary care.

Keywords: evidence-based medicine, online, database

KISALTMALAR

AH	Aile Hekimliği
AHUZEM	Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Merkezi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
KDT	Kanıtı Dayalı Tıp
PDRD	Physician's Desk Reference and Database
RKÇ	Randomize Kontrollü Çalışmalar

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Online medikal veri tabanları ve web siteleri	8
Tablo 2: Hekimlerin cinsiyete göre online kılavuz kullanma durumları	18
Tablo 3: Online kılavuz kullanım durumlarının unvanlara göre dağılımı	18
Tablo 4: Hekimlerin unvanlarına göre kullanılan kaynak dilinin dağılımı.....	20
Tablo 5: Hedef konuya ulaşma süresinin unvanlara göre dağılımı	21
Tablo 6: Ulaşılan bilginin hastayla ilgili alınan kararlarda değişiklik yapma durumunun unvanlara göre dağılımı.....	22
Tablo 7: Ulusal kılavuzların* kullanım durumunun unvanlara göre dağılımı	26
Tablo 8: Ulusal kılavuzların* birinci basamağa uygunluk görüşü dağılımı	27
Tablo 9: Türkiyede aile hekimliğine yönelik kullanılan kılavuzların varlığı.....	28
Tablo 10: KDT'nin klinik tecrübeyi göz ardı ettiği algısı dağılımı.....	29

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Hekimlerin meslek süreleri (yıl).....	15
Şekil 2: Hekimlerin baktıkları günlük ortalama hasta sayısı	16
Şekil 3: Katılımcıların unvanları	16
Şekil 4: Hekimlerin online kılavuz kullanma sıklıkları	17
Şekil 5: Hekimlerin online kılavuz kullanma nedenleri	19
Şekil 6: En sık başvuru alan branş dağılımı	22
Şekil 7: En sık 2. sırada başvuru alan branş dağılımı.....	23
Şekil 8: En sık 3. sırada başvuru alan branş dağılımı.....	24
Şekil 9: Katılımcıların online kılavuz kullanmama nedenleri	25
Şekil 10: Ulusal kılavuzların birinci basamağa uygun olmama nedenleri	27
Şekil 11: Kullanılan online veri tabanlarının dağılımı	29
Şekil 12: Bir çalışma değerlendirirken dikkate alınan sorular.....	30

1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Bireysel klinik tecrübeye dayanan görüşe dayalı karar verme yaklaşımı; günümüzde, klinik uygulamalar arasındaki değişkenliklere ve tutarsızlıklara neden olması, sağlık alanında yapılan çalışmaların zamanla büyük bir hızla artması sonucu hızlı büyüyen tıp literatüründe tüm kaynakları takibin zorlaşması ve klinik uygulama ile tıbbi araştırmalar arasında kopukluğa yol açması nedeniyle kanıta dayalı karar verme uygulamasına yerini bırakmıştır (1,2,3).

Kanıta dayalı tıp, hekimlerin kararlarını, mevcut en iyi kanıtın ışığında, kendi deneyimleri ve hastanın özellikleri ve seçimleriyle birleştirerek vermesi için belirlenen sistematik yaklaşımdır (4).

Hastalara verilen sağlık hizmetinde doğru karar verebilmek için; hekimler kendi bireysel bilgilerini, klinik tecrübe, meslektaşları ile olan sıkı işbirliği ve standart işleyiş prosedürleri, protokoller, kılavuzlar, algoritmalar ve internetteki mevcut en iyi kanıtlar gibi kanıta dayalı tıp araçları ile kombine etmelidir. Klinik uzmanlığa ek olarak, bir klinisyenin hastaların kendi kültürleri, kişilikleri ve hayatlarındaki hastalıklarının durumunu anlamak için iyi bir dinleme yeteneğine sahip olmalıdır. Ancak deneyim geçmişle ilgilidir ve hızlı gelişen tıp bilimi yönümüzü hekimlerin bilgi ve uygulamalarındaki en son, en yeni, en kullanışlı düzeltmelere, geleceğe çevirmektedir. Mevcut en iyi kanıtlarla güncel kalmak zordur, mümkün olduğunca en iyi kanıtı aramayı alışkanlık haline getirmek gerekmektedir (5).

Hastaların değerlendirilmesinde en önemli sorun elimizdeki verileri en doğru şekilde değerlendirebilecek kadar güncel bilgiyi yakalayabilmiş olmaktır. Daha önceki tecrübeler göre, bugün sahip olduğumuz bilgilerin beş yıl içerisinde yarısının yanlış olduğu ortaya çıkacaktır. Daha da kötüsü bunun hangi yarısı olduğunu da önceden tahmin etmek imkansızdır (6). Bu nedenle sorunları kavramaya yönelik ve araştırarak öğrenmeye yönelik bir eğitimin çok daha başarılı hekimler yetiştireceği de aşıkardır. En iyi delillere ulaşabilme yeteneği, yüzmek ya da bisiklete binmek gibi okumadan çok pratik uygulamalarla elde edilebilir (6,7,8).

Tıbbi bilgiler erişilebilir, doğru, güvenilir ve güncel olmalıdır. Tıbbi profesyonellerin yüksek kaliteli bilgiye ihtiyaçları nedeniyle, tıbbi kütüphaneler, bilgi ve hizmetleri sağlamak için elektronik kaynakları ilk kullananlar olmuşlardır (9).

Kanıtların önemli bir kısmını online elektronik kaynaklar oluşturmaktadır. Hekimler yılda en az bir kez revize edilen web siteleri ve metinleri kullanmalı, açık bir şekilde kanıtları değerlendirmeli ve klinik hizmetleri destekleyen raporları da hatırlamalıdır (5,10,11,12,13).

Elektronik kaynakların popülaritesi ve kullanımı artmış durumdadır. Bu kaynaklar öğrenmedeki yeniliklere olanak verebilirler ve yeni alanların oluşturulması, bulguları arttırmakla birlikte araştırmada da güncelliği arttırabilirler (14).

Aile hekimleri birçok hastalıkla karşılaşan hekimlerdir (15). Yapılan bir çalışmada birinci basamak hekimlerinin gördükleri her üç hastada, iki önemli klinik soruyla karşılaştıkları gösterilmiştir (16). Bu yüzden hekimler, bir hasta görüşmesinde birden çok kılavuza bakma ihtiyacı duyabilirler (15). Kanıta dayalı tıp, sistematik araştırmalardan elde edilen mevcut klinik kanıtlar ile klinik deneyimi entegre eder (16). Kaynak kitap ve medikal dergilerden gerekli bilgiyi bulmak zordur (17). Son zamanlarda, online kılavuzlar, birinci basamakta çalışan hekimler için yararlı bir kaynak haline gelmiştir (18).

Çalışmamızda aile hekimlerinin tutumları araştırılarak online kılavuz kullanımlarının, ihtiyaçlarının değerlendirilmesi, mevcut kılavuzların düzenlenmesi ve yeni kılavuzların oluşturulması için ön değerlendirme yapabilme imkanı sunulması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 DÜNYADA KANITA DAYALI TIP TARİHÇESİ

İlk olarak 1981 yılında Kanada'da McMaster Tıp Okulu'nda klinik öğrenme yöntemlerini belirlenmesi için bir çalışma grubunun kurulmasıyla şekillenen KDT uygulamalarının 19. yüzyıl ortalarında Paris'te başladığı bilinmektedir. Ancak bu uygulamalar Guyatt tarafından "kanıta dayalı tıp" olarak ilk kez 1991 yılında adlandırılmıştır. Kanıta dayalı tıp uygulamaları öncelikle Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'inde gelişmeye başlamış, daha sonra Avrupa'da, özellikle İngiltere'de yaygınlaşmıştır. KDT' nin geçmişinin eskiye dayanmasına rağmen, özellikle 1990'lı yılların başlarında önem kazanmaya başlayan bir alan olmuştur (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes ve Richardson, 1996; Sackett ve Richardson, 1997; Van Der Weyden, 1999). KDT'nin temelini oluşturulması ve gelişiminde katkısı olan üç İngiliz bilim adamından biri olan Sir Ronald Fisher, 1900'lü yılların başlangıcında modern istatistiksel testlerin teorik temellerini geliştirmiştir. Ayrıca, Sir Austin Bradford Hill, 1937'de biyoistatistiksel yöntemlerin tıp araştırmalarında kullanımı konusunda yaptığı araştırma ve yayınlarla hastalığın tedavisinde kontrol gruplu rastgele deney uygulamalarının standart tedaviye göre daha üstün olduğunu göstermiştir.

KDT' nin oluşumu ve gelişiminde büyük katkısı olan bir diğer araştırmacı Archie Cochrane'in ise sistematik derlemelerin gelişiminde çok önemli rolü olmuştur. Cochrane'in 1971 yılında basılan "Effectiveness and Efficiency" isimli kitabı klinik konularda KDT öğretimi ve uygulamaları konusundaki tartışmaları içermektedir. Cochrane ve grubu önce İngiltere sonra dünya çapında sistematik derlemeler için "Cochrane Kolaborasyonu" adında çok önemli bir çalışma geliştirmiştir ve 1993 yılında Cochrane Kolaborasyonu'nun kurulmasıyla tüm dünyada KDT uygulamaları büyük ölçüde netleşmiş ve yaygınlaşmıştır. Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin tıp dergilerinde yayınlanan makalelere erişimleri, değerlendirmeleri ve kanıt olarak kullanabilmeleri için programlar oluşturulmuş ve konuyla ilgili eğitimler verilmeye başlanmıştır(19).

2.2 TÜRKİYE’DE KANITA DAYALI TIP TARİHÇESİ

Türkiye’deki ilk olarak Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından 2002-2003 öğretim yılında, tıp fakültesi öğrencilerinin KDT uygulamalarını kullanmalarını sağlamak amaçlı, “Kanıt Dayalı Tıp ve Eleştirel Düşünme” programı yürütülmüştür. Sonrasında diğer üniversitelerde de bu konuda gerekli çalışmalar başlatılmış ve konu eğitim programlarına eklenmiştir. 2006 yılında “Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı” ile kanıt dayalı tıp konusu vurgulanmıştır.

2.3 AİLE HEKİMLİĞİ TANIMLARI

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (21). Aile hekimi ise, “Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler” olarak tanımlanabilir (22). Ancak Türkiye’de birinci basamak hekimliği tam olarak bu tanımlı karşılamamaktadır. Genel pratisyenlik; tıp fakültesinden mezun olan her hekim için ifade edilebilirken; aile hekimliği için pratisyen hekimlerin Sağlık Bakanlığı bünyesinde eğitim almaları ve aile hekimliği uzmanlığı için de Tıpta Uzmanlık Sınavı ile üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin aile hekimliği kliniklerini kazanıp, 3 yıllık uzmanlık eğitimlerinin tamamlamaları gerekmektedir. Bu üç grup hekim de birinci basamakta sağlık hizmeti vermektedirler.

2.4 KANITA DAYALI TIP VE KULLANIMI

Kuzey Amerika’daki pratisyen hekimlerle yapılan bir çalışmada, görülen her 3 hastada klinik olarak önemli olan 2 soru ile karşılaştığı bulunmuş (23). Bu yüzden

hekimlerin bir hasta görüşmesinde birçok kılavuzu kontrol etmeleri gerekebilir. Gerekli bilgiler, hızlı bulunabilir ve net bir formatta olmalıdır.

Tıp uygulamaları, bilimsel yöntemlerle yapılmış gözlemleri ve deneyleri içeren araştırmalardan elde edilen bulgulara dayanır. Bu bulgular tıp uygulamalarının kanıtını teşkil eder. Deneyler ve gözlemler belirli amaçlara veya hedeflere ulaşmak için yapılır. Deney ve gözlem sonuçları araştırılan uygulamanın öngörülen amaç ve hedeflerine ulaşmayı sağlayacağını kanıtlar (24).

Kanıt dayalı tıp uygulaması hekimin bireysel klinik deneyimini, mevcut en iyi araştırma kanıtlarını ve sağlık hizmetinde hasta ile ilgili karar verme sürecindeki farklı değerleri entegre eder. Kanıt dayalı tıp etkisiz ya da zararlı uygulamaları elimine etmek ve etkili uygulamaları teşvik etmek ve bakım kalitesini arttırmak için uygulanır. İyi hekimler kendi bireysel klinik deneyimlerini ve mevcut en iyi kanıtları birlikte kullanırlar; çünkü her ikisi de tek başına yeterli değildir (10,11,12).

Bireysel klinik deneyim, her klinisyenin klinik deneyim ve uygulama yoluyla edindiği yeterlilik ve karar verme yetisidir. Kanıt dayalı tıp, hasta bakımında ihtiyaç duyulan tanı, tedavi ve diğer sağlık sorunlarıyla ilgili önemli bilgilerin yaşam boyu süren özyönetimli öğrenme sürecidir (16).

KDT konusunda bazı farklı algılamalar mevcuttur. Bunlardan biri, KDT' nin klinik tecrübe ve klinik önseziyi gözardı ettiği şeklindedir. KDT, tam tersine klinik deneyimin önemini vurgular, bu yaklaşımda tanı ve gözlemde tecrübeli klinisyenlerin deneyimlerini genç meslektaşlarına sistematik bir biçimde aktarmaları önemlidir. Bir başka eleştiri, temel araştırmaların ve hastalıkların fizyopatolojisinin ve fizik muayenenin göz ardı edildiği şeklindedir. Aksine KDT uygulamasında hastalık fizyopatolojisinin iyi anlaşılması gereklidir, fizik muayene ve öykü alma özellikle geçerliliği kanıtlanmış basamaklar ile öğrencilere öğretilir (3, 25).

Tanının etkinliği, güvenliği ve tedavi metotları hakkında sağlam bilgiye sahip olmak; sağlık hizmetlerindeki kararların temelini oluşturmalıdır. Birinci basamaktaki doktorlar için bu bilgiyi bulmak özellikle zordur, çünkü hekimler herhangi bir hastalığı olan ve bütün yaş gruplarındaki hastaları tedavi ederler. Kılavuzlar; eğer çalışma ortamlarına

uygun, kolay ulaşılabilir ve güncellenirse ihtiyaç olan bilgiye cevap verebilirler. Modern kılavuzlar ayrıca hatırlatma ve aktif karar verme desteği de sağlamaktadırlar (15).

Kaliteli kılavuzlarda öneriler genellikle; tek bir hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmaların sistematik derlemelerine dayanır. Aile hekimleri birçok hastalığı olan hastaları görürler ve kararları birden fazla etken nedeniyle etkilenebilir (15).

Ulaşılan kanıtların geçerli ve güvenilir kanıtlar olup olmadığını incelemek KDT'nin konusudur. En iyi araştırma kanıtları; randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ), sistematik derleme, meta-analizler ve rehberlerdir. Bununla birlikte, en iyi tanı yöntemini belirlemek için; tanı testlerinin geçerlilik, güvenilirlik araştırmalarından, sağlığı tehdit eden riskleri belirlemek için zarar araştırmalarından, korunma ve tedavi için deneysel araştırmalardan, yapılan müdahalenin zaman içindeki sonuçlarını değerlendirmek için prognoz çalışmalarından kanıt aranır, bazen de ihtiyaç olan kanıt temel bilimlerden gelebilir (10).

Elbette en iyi kanıtların oluşturulmasında da kısıtlılıklar vardır, örneğin bazı durumlarda RKÇ yapılması mümkün değildir ya da maliyeti yüksektir. Bazı gruplarda az çalışma yapılmaktadır. Alınan destekler de mevcut kanıtları etkileyebilmektedir (26).

Klinik kararlarımızı desteklemek amacı ile çoğunlukla başvurduğumuz kaynakların da hiç kuşkusuz güvenilirliğini, güncelliğini ve geçerliliğini iyi değerlendirmemiz gerekir (8).

2.5 KANITA DAYALI TIP VE BİLGİ TEKNOLOJİSİ

İlk kez 1950'lerde başlayan kullanıcının bilgi arama davranışlarının incelenmesi ile ilgili araştırmalar, özellikle kullanıcının bilgi merkezlerini ve basılı bilgi kaynaklarını kullanım özelliklerini üzerine yoğunlaşmıştır. Kullanıcıların bilgi sistemlerini doğrudan kullanabilmeleriyle birlikte kullanıcı çalışmalarının önemi daha da artmıştır. Kullanıcıların elektronik ortamdan nasıl bilgi aradıkları, elektronik kaynakların nasıl algılandığı ve basılı kaynaklara göre ne ölçüde tercih edildiği, tarama sırasında ne tip hataların ne sıklıkta yapıldığı ve hepsinden önemlisi sistem tasarımcıları ile kullanıcıların konuya yaklaşım farklılıkları ve bunlara getirilebilecek çözüm önerileri

kütüphanecilik ve bilgi bilim açısından üzerinde durulması gereken konular olmuştur. İnternet giderek bilgi erişimde en önemli iletişim kaynağı ve yaşamımızın bir parçası haline gelmiştir (27).

Günümüzde, toplumların gelişmesini etkileyen faktörler arasında bilim adamlarının bilgiyi üretme, derleme, düzenleme ve elde edilen bilginin paylaşımının sağlanması yer almaktadır. Özellikle batı ülkeleri, bilgi üretme çalışmalarıyla, bilgi tabanlı yatırımlar yaparak ve bilim adamlarının da bilgi kaynaklarına ulaşmalarını sağlayarak ülkelerinin ve bilimin ilerlemesine önemli katkılarda bulunmaktadır. Bilgiyi üretme, düzenleme, koruma ve paylaşma gibi süreçler sürekli ve hızlı bir değişim içerisinde. 1450 yılında matbaanın üretilmesiyle başlayan ve sanayi devrimiyle de büyük bir hız kazanan bilgi teknolojilerindeki yenilikler günümüzde de artarak devam etmektedir. Bulduğumuz çağ “bilgi çağı” olarak adlandırılmaktadır. Yaşadığımız bu çağda bilgi teknolojileri, geleneksel kütüphanelerin mevcut yapısını değiştirerek kullanıcıları ve onların bilgi arama davranışlarını da büyük oranda etkilemektedir (28).

Basılı ortamdan dijital ortama geçiş, okuryazarlığın azalması anlamına gelmemektedir. Yeni teknolojiler ve bilgiler okuryazarlık, üretme ve kullanma ortamını bilim adamlarına sunmakta; kullanıcıların bilgi arama davranışlarının değişmesi sürecinde önemli rol oynamaktadır (29).

Kaynak kitap ve medikal dergilerden gerekli bilgiyi bulmak zordur (17). Son zamanlarda, online kılavuzlar, birinci basamakta çalışan hekimler için yararlı bir kaynak haline gelmiştir (18).

KDT, bilgi ve kanıtlara birincil bilgi kaynakları (örneğin; bilimsel makaleler, raporlar ve derlemeler) yayınlandığında elektronik ortamdan hemen ulaşmayı öngörür. Böylece bilgilerin, bunlar henüz kitaplara, formüllerle ve kurumsal kılavuzlara girmeden uygulamaya sokulması, hekimler ve sağlık hizmet planlayıcıları tarafından hastaların ve toplumun yararına kullanılması gecikmeden mümkün olur. KDT uygulayan bir doktor her bir hastası için yaşam kalitesini ve niceliğini artırmayı ve en yüksek düzeye çıkarmayı hedefleyen etkili girişimleri belirler ve uygular. Bu durum tedavinin maliyetini düşürebilir. KTD uygulamalarında tedavi maliyetini düşürmek ve mali kaynak kullanımını azaltmak genellikle birincil amaç değildir (24). Bu durum maliyet-etkinliğin önemli olduğu sağlık sistemleri ile uyumsuz olabileceğinden,

uygulanabilirliği açısından sorgulanmasını da gerektirir. Ayrıca yanlı olabilen çalışmaların elenmesi de önem arz eder.

Kanıtlar için farklı web sitesi kaynakları mevcuttur. En iyi kanıt için araştırma, söz konusu sorun için kullanabilen en st düzey kaynağa bakarak başlamalıdır (30).

Araştırmaya; belirlenen herhangi bir klinik soruyla ilgili verilere ulaşabilmek için, derleme ve diğer kanıtla dayalı materyaller içeren, online bir referans kaynağı olan sistemler ile başlamak yararlı olmaktadır. İdeal bir sistem; klinik görüşme esnasında ihtiyaç duyulan, hasta için en gerekli ve doğru bilgiye ulaşabilmeyi sağlayacak şekilde, elektronik ortamda kayıtlı olan tüm kanıtları ve klinik soruyla ilgili bilgiyi zetlemelidir. Sürekli güncellenen, kanıtla dayalı klinik bilgilerle entegre edilmiş, hekimler tarafından hastalık teşhisi konulması, tedavi planı düzenlenmesi ve klinik bilgilerin hızlı ve etkin şekilde paylaşılmasına olanak verecek şekilde tasarlanan bu sistemler arasında, BMJ Clinical Evidence (<http://www.clinicalevidence.com>), UpToDate (<http://www.uptodate.com>) ve PIER:The Physician's Information and Education Resource (<http://www.pier.acponline.org/index.html>) sayılabilir (30). KDT için kullanılabilir online kaynaklar Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1: Online medikal veri tabanları ve web siteleri

Başlık	Adres	İçerik
Cochrane Collaboration ve Kitaplığı	http://www.cochrane.org/ http://thecochranelibrary.com/	Sağlık alanındaki tedavi girişimleri hakkında sistematik derlemeler yayımlar. Klinik araştırma bulgularını çoğunlukla meta-analizler biçiminde harmanlayarak sunar. Belli kalite kriterlerini sağlayan araştırmaları

		incelemelerine dahil eder (24).
<i>Tablo 1'in devamı</i>		
BMJ Clinical Evidence	http://clinicalevidence.bmj.com/	Özellikle birinci basamak tedavi kurumlarında sık görülen hastalıklarda tedavi kararına yardımcı olacak güncel sistematik derlemeler yayımlar. İlaç yan etkileri hakkında güncel uyarıları yayımlar (24).
TRIP veri tabanı	http://www.tripdatabase.com/	Araştırılan bir konu hakkında KDT uygulamalarıyla ilgili 50 kadar internet sitesinde aynı ayda sorgulama olanağı verir ve bulunan alanlara bağlantı sağlar (24).

Tablo 1'in devamı

Evidence-Based Medicine Online	http://ebm.bmj.com/	En önemli tıbbi dergilerden tedaviye yönelik bilgileri özetleyen makaleler yayımlar (24).
CRD veri tabanı	http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/	DARE, NHS EED ve HTA veri tabanlarında sorgulama olanağı sağlar.
Pubmed	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	Tanı, tedavi, etiyoloji ve prognoz ile ilgili sorulara en uygun çalışmaları tanımlayan filtreli arayüzü ile soru odaklı veri tabanıdır (30).
SUMSearch	http://sumsearch.org/	Bir meta-araştırma hizmetidir (30).
UpToDate	http://www.uptodate.com/home	Klinik karar vermeye destek sağlamak amacıyla güncel derlemelere ulaşım imkanı sunar.
ACP Journal Club	http://annals.org/journalclub.aspx	İç hastalıklarında 130'un üzerinde güncel dergiye ulaşımı sağlar.

<i>Tablo 1'in devamı</i>		
Google Scholer	https://scholar.google.com.tr/	Akademik tezler, kitaplar ile bir çok konuya dair içerikleri ve özetleri arama imkanı sunuyor.

Geleneksel tıpta hekimin, hasta görüşmesinde karşılaştığı sorulara yanıt bulmak için kullandığı kaynaklar, genellikle ders kitaplarıdır. Kanıta dayalı tıpla geleneksel tıp arasındaki farklardan birini de kaynak türündeki fark oluşturur. Kanıta dayalı tıpta en güncel ve en iyi kanıtları kısa zamanda bulmak için elektronik veri tabanlarına girmek esastır (31).

Amerikan tıp derneği 2001 yılındaki çalışmasında 997 hekimin internet kullanımını özetlemiştir. Grubun yaklaşık yarısı, internetin klinik pratikte önemli bir etkisinin olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan çalışma 1997 yılında %20 ile başlayan internet kullanımının sürekli bir artışla %78'lere ulaştığını göstermiştir. Ayrıca hekimlerin internet kullanma sıklıklarının ve kullanma sürelerinin arttığı da gösterilmiştir (32,33).

Bennett ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada; katılımcıların %73.9'u, internetin yararlı ve diğer klinik bilgi kaynaklarıyla karşılaştırıldığında daha kullanışlı olduğunu belirtmişlerdir (34).

Hekimlerin klinik pratikte karşılaştıkları soruları cevaplamak için kaynak olarak internetin rolünün büyük artış gösterdiği yapılan çalışmalarla ortaya çıkmıştır(34).

Uzman hekimlerde olduğu gibi pratisyen ve aile hekimleri için de mevcut en iyi kaynakları kullanmak önemlidir (35).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ VE YERİ

Araştırmamız aile hekimliği asistanları, aile hekimleri ve uzman aile hekimleriyle, Ankara ili merkezinde Mamak, Çankaya, Etimesgut ilçelerindeki ASM'lerde ve Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma hastanesinde yüz yüze; aile hekimliği ortak mail grubundan anket formu ile yapılmış olup kesitsel, prospektif ve tanımlayıcı nitelikte bir anket çalışmasıdır.

3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma örnelemi; 2016 Nisan-Haziran aylarında aile hekimliği asistanları, aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri ve uzman aile hekimleri olmak üzere toplam 102 hekim katılmış olup, 2 kişinin anket formundaki eksik bilgi ve cevaplandırma nedeniyle araştırmadan çıkarılmış ve çalışma 100 katılımcı hekim ile tamamlanmıştır.

3.3 ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI

Çalışmanın hedefleri doğrultusunda; hekimlerin demografik bilgilerini ve online kılavuz kullanım tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla 22 soruluk bir anket formu hazırlanmıştır. Anket öncelikle ön çalışma olarak 10 hekime uygulanmış, geri bildirimler sonucu gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Anket formu hazırlanmasında Mirjana Huić 'in Evidence-based Medicine And Clinical Practice, Jukkapekka Jousimaa ve ark. nın Physicicans' Patterns Of Using A Computerized Collection Of Guidelines For Primary Care, Elif Yılmaz ve ark.'nın Evidence Based Medicine adlı makalelerinden faydalanılmıştır.

Anketin ilk bölümünde; katılımcıların cinsiyeti, meslekteki süreleri, unvanları, günlük bakılan ortalama hasta sayısı bulunmaktadır. Anketin ikinci bölümünde; online kılavuz kullanma durumu, ne sıklıkta kullandıkları, ne amaçla kullandıkları, hangi dilde kaynaklardan faydalandıkları, ulaşmak istedikleri bilgiye ne kadar sürede ulaştıkları, ulaşılan bilginin hastayla ilgili kararlarda değişiklik oluşturma durumu, en sık hangi branşlarda kaynaklardan faydalanıldığı, online kılavuzlara ek kullanılan kaynaklar yer

almaktadır. Anketin üçüncü bölümünde online kılavuz kullanmama nedenleri, online kılavuz yerine kullanılan kaynaklar, ulusal kılavuzların kullanım sıklığı, ulusal kılavuzların birinci basamak sağlık hizmetlerine uygunluk durumu, uygun değilse nedenleri, Türkiye’de kullanılan birinci basamağa yönelik kılavuzların varlığı, kanıta dayalı tıp (KDT) hakkında görüşler, kullanılan veri tabanları ve çalışmaların değerlendirilmesi yer almaktadır.

3.4 ARAŞTIRMANIN UYGULAMA ŞEKLİ

Anket formları Ankara ilinde ASM’lere ve hastanelere bizzat gidilerek tamamen gönüllülük esasıyla yapılmıştır. Aile hekimliği ortak mail grubundan da yönlendirici notları içeren anket formları ile katılım sağlanmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılan her hekim için anketin giriş kısmında katılım onam formuna yer verilmiştir.

3.5 ÇALIŞMADA KULLANILAN DEĞİŞKENLER

Çalışmada bağımlı ve bağımsız değişkenler kullanılmıştır. Bağımlı değişkenler; hekimlerin online kılavuz kullanım tutum ve davranışları ve KDT ile ilgili görüşleri, bağımsız değişkenler ise katılımcıların cinsiyeti, meslek süreleri, unvanları ve günlük bakılan ortalama hasta sayısıdır.

3.6 VERİ ANALİZİ

İstatistiksel analiz için SPSS 20.0 programı kullanıldı. Gruplar arasındaki niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki kare testi kullanılmış olup, veriler sayı ve yüzde olarak sunuldu. Değişkenlerden herhangi birisi ordinal veri olduğunda ya da parametrik koşulları taşımayan gruplardaki korelasyon analizleri için Spearman korelasyon analiz testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için tip-1 hata düzeyi 0.05 olarak belirlendi.

3.7 ARAŞTIRMADAKİ KISITLILIKLAR

Araştırmamızdaki kısıtlılık, çalışmaya katılım sayısının az oluşu ve sadece Ankara merkezindeki ASM’lerde yapılması sonucu örneklem, her ne kadar online form ile

farklı illerden katılım olsa da, Türkiye'deki tüm birinci basamak hekimlerini yansıtmamaktadır.

3.8 ARAŞTIRMADA KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR

Çalışmamızın anket kısmını uygularken, her ne kadar anket doldurma gönüllülük esasına dayansa da, hekimlerin konuya yaklaşımda isteksiz olması ve bazı hekimlerin anket doldurmayı istemediklerini belirtirken göstermiş oldukları bazı olumsuz tavırları bu süreci zorlaştırmıştır.

3.9 ETİK

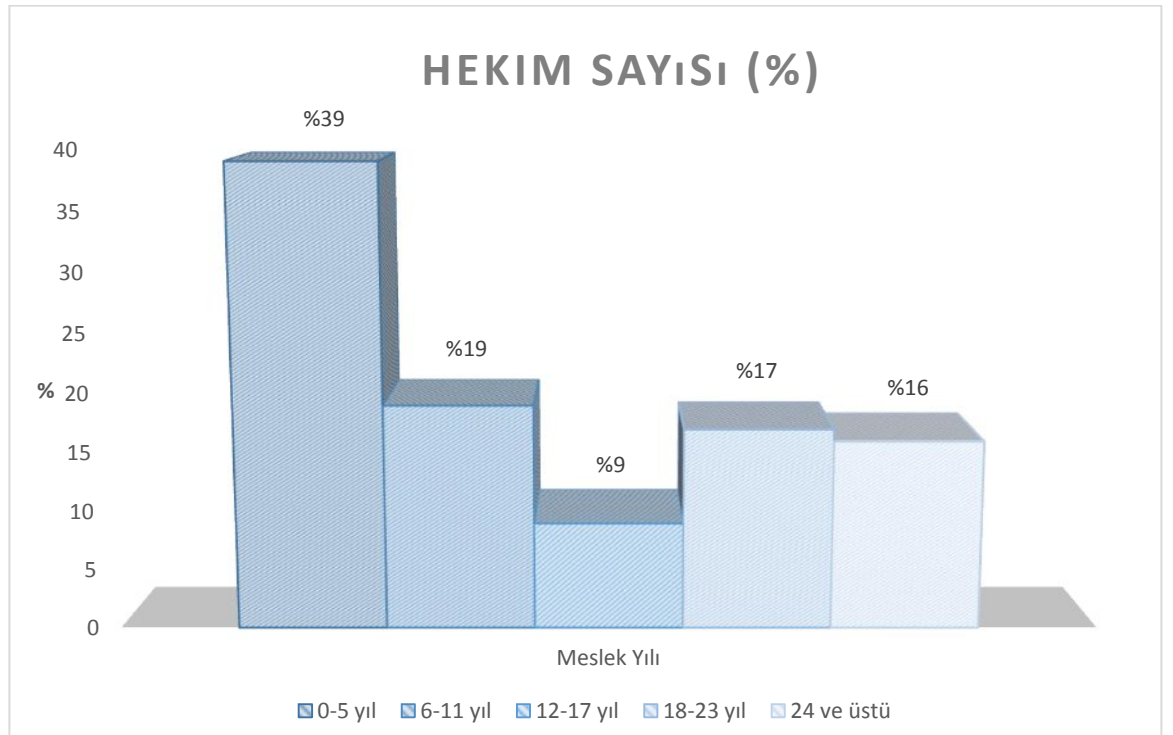
Çalışmanın yapılabilmesi için Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 16.03.2016 tarih ve 95 sayılı kurul kararı ile olur ve Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır.

4. İSTATİSTİK VE BULGULAR

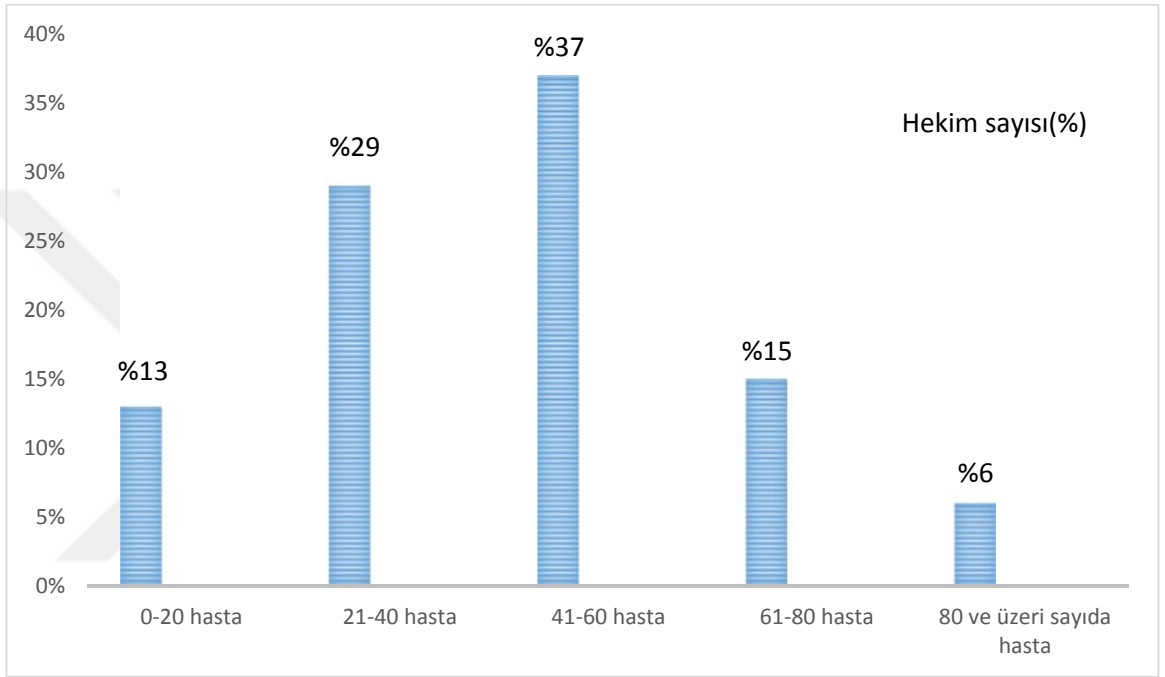
Çalışmamızda istatistiksel analiz için SPSS 20.0 programı kullanıldı. Gruplar arasındaki niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki kare testi kullanıldı, veriler sayı ve yüzde olarak sunuldu. Değişkenlerden herhangi birisi ordinal veri olduğunda ya da parametrik koşulları taşımayan gruplardaki korelasyon analizleri için Spearman korelasyon analiz testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için tip-1 hata düzeyi 0.05 olarak belirlendi.

Anket çalışmamıza; Ankara ili dahilinde yüz yüze ve aile hekimliği ortak mail grubundan anket formu yoluyla toplam 100 hekim katılmış olup; %36'sı (n=36) erkek, %64'ü (n=64) kadındır. Araştırmamıza katılan hekimlerin meslek süreleri Şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1: Hekimlerin meslek süreleri (yıl)

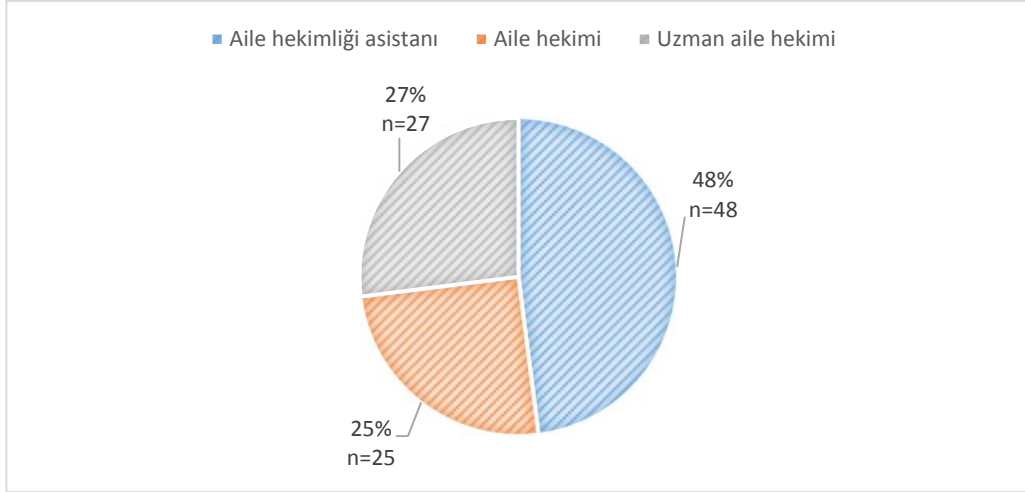


Şekil 2: Hekimlerin baktıkları günlük ortalama hasta sayısı



Katılımcıların unvanları Şekil 3’te belirtilmiştir.

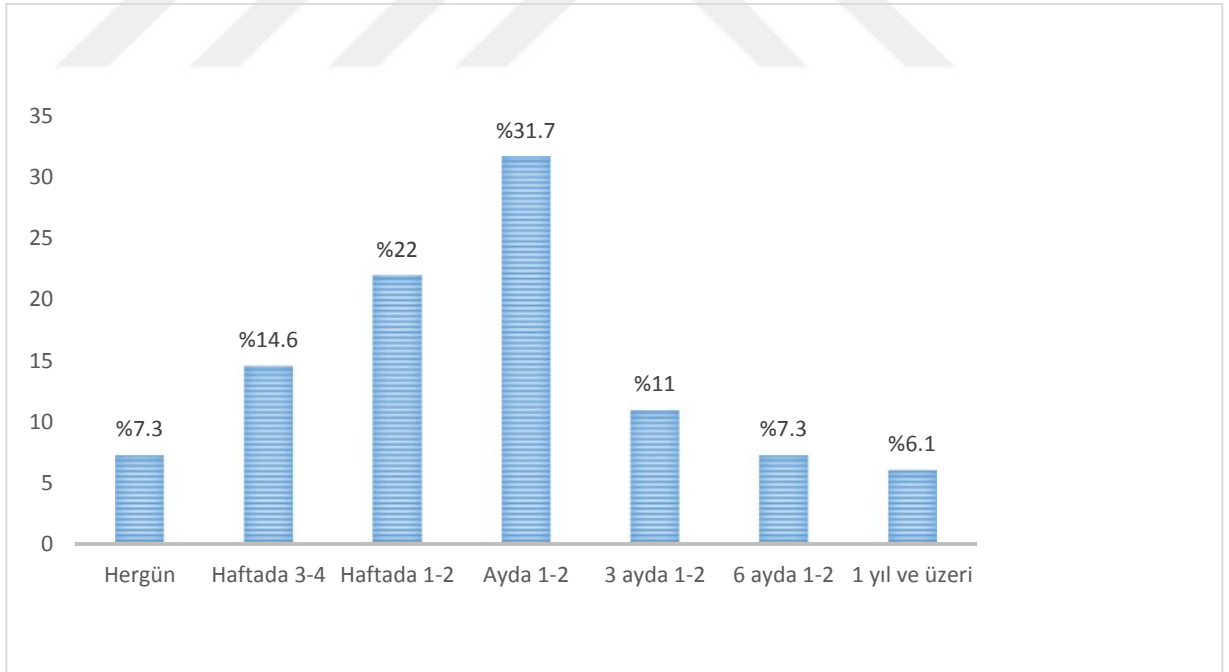
Şekil 3: Katılımcıların unvanları



Araştırmamıza katılan hekimlere sorduğumuz “Online kılavuz kullanır mısınız?” sorusuna %82’si (n=82) „Evet“, %18’i (n=18) „Hayır“ yanıtını vermiştir.

Anketimizde sorduğumuz “Online kılavuz kullanır mısınız?” sorusuna „Evet“ yanıtını veren hekimlerin online kılavuz kullanma sıklıkları Şekil 4’te belirtilmiştir.

Şekil 4: Hekimlerin online kılavuz kullanma sıklıkları



Hekimlerin baktıkları günlük ortalama hasta sayısı ile online kılavuz kullanma sıklıkları arasında önemsiz derecede negatif korelasyon mevcuttur ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r = -0.12$ $p = 0.28$).

Hekimlerin meslekteki süreleri ile online kılavuz kullanma sıklıkları arasında önemsiz derecede negatif korelasyon olup, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r = -0.024$ $p = 0.83$).

Çalışmamızda kadın hekimlerin ($n=58$), erkek hekimlerden ($n=24$) daha fazla kılavuz kullandıkları bulunmuş olup; bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.003$). Bu oranlar Tablo 2’de belirtilmiştir.

Tablo 2:Hekimlerin cinsiyete göre online kılavuz kullanma durumları

		Cinsiyet				
		Kadın		Erkek		
		n	%	n	%	
Online kılavuz kullanır mısınız?	Evet	58	90.6	24	66.7	p=0.003
	Hayır	6	9.4	12	33.3	
Toplam		64	100	36	100	

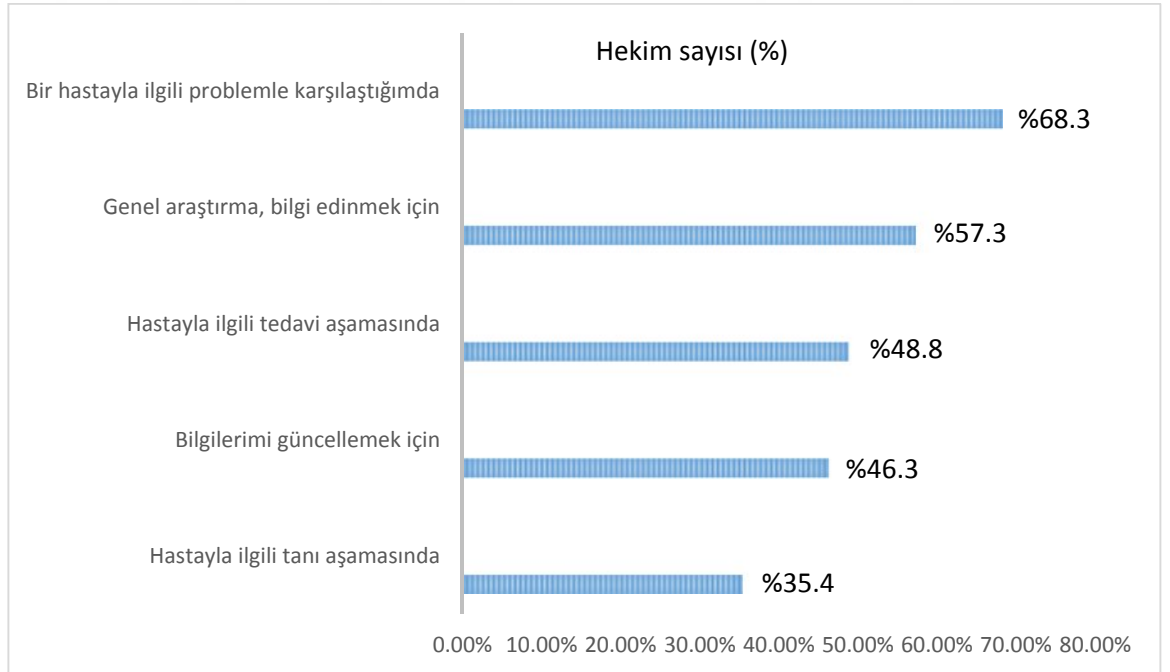
Çalışmamıza katılan katılımcılarda uzmanlık eğitimi alanlar ile almayanlar arasında kılavuz kullanım yönünden oluşan farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.764$). Veriler Tablo 3’te belirtilmiştir.

Tablo 3: Online kılavuz kullanım durumlarının unvanlara göre dağılımı

	Unvan	
--	-------	--

		AH asistanı + AH uzmanı		Aile hekimi		
		n	%	n	%	
Online kılavuz kullanır mısınız?	Evet	62	82.7	20	80	p=0.764
	Hayır	13	17.3	5	20	
Toplam		75	100	25	100	

Şekil 5: Hekimlerin online kılavuz kullanma nedenleri



Hekimlere hangi dilde kaynaklardan faydalandıkları sorulduğunda; %11'i (n=9) "Sadece Türkçe", %37.8'i (n=31) "Ağırlıklı olarak Türkçe", %2.4'ü (n=2) "Sadece

İngilizce”, %2.4’ü (n=2) “Ağırlıklı olarak İngilizce”, %45.1’i (n=37) “Türkçe-İngilizce yaklaşık eşit düzeyde”, %1.2’si (n=1) “Diğer “ olarak işaretlemiş olup, “Diğer” seçeneğini belirten hekim kullandığı dilin “Almanca” olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların unvanlarına göre hangi dilde kaynaklardan faydalandıkları Tablo 4’te belirtilmiştir.

Tablo 4: Hekimlerin unvanlarına göre kullanılan kaynak dilinin dağılımı

		Unvan					
		AH asistanı		Aile hekimi		AH uzmanı	
		n	%	n	%	n	%
Hangi dilde kaynaklardan faydalanıyorsunuz?	Sadece Türkçe	3	8.3	5	25	1	3.8
	Ağırlıklı olarak Türkçe	19	52.8	7	35	5	19.2
	Sadece İngilizce	0	0	0	0	2	7.7
	Ağırlıklı olarak İngilizce	0	0	0	0	2	7.7
	Türkçe-İngilizce	14	38.9	7	35	16	61.5

	yaklaşık eşit düzeyde						
	Diğer	0	0	1	5	0	0
Toplam		36	100	20	100	26	100

Katılımcı hekimlere “ne kadar sürede başvurmak istedikleri konuya ulaşabildikleri” sorulduğunda; %32.9’u (n=27) 0-5 dakika, %45.1’i (n=37) 5-10 dakika, %13.4’ü (n=11) 10-15 dakika, %8.5’i (n=7) 15 dakika ve üzeri sürede ulaşabildiklerini belirttiler. Katılımcıların unvanlarına göre başvurmak istedikleri konuya ulaşma süreleri Tablo 5’te belirtilmiştir.

Tablo 5: Hedef konuya ulaşma süresinin unvanlara göre dağılımı

		Unvan					
		AH asistanı		Aile hekimi		AH uzmanı	
		n	%	n	%	n	%
Ne kadar sürede başvurmak istediğiniz konuya ulaşabiliyorsunuz?	0-5 dakika	11	30.6	6	30	10	38.5
	5-10 dakika	16	44.4	8	40	13	50
	10-15 dakika	5	13.9	4	20	2	7.7
	15 dakika ve üzeri	4	11.1	2	10	1	3.8
Toplam		36	100	20	100	26	100

Ulaşılan bilginin hastayla ilgili kararlarında değişiklik oluşturma durumuyla ilgili olarak; hekimlerin %1.2’si (n=1) “her zaman”, %9.8’i (n=8) “sık sık”, %74.4’ü (n=61) “bazen”, %14.6’sı (n=12) “nadiren” olarak yanıt vermişlerdir. Seçeneklerde bulunan

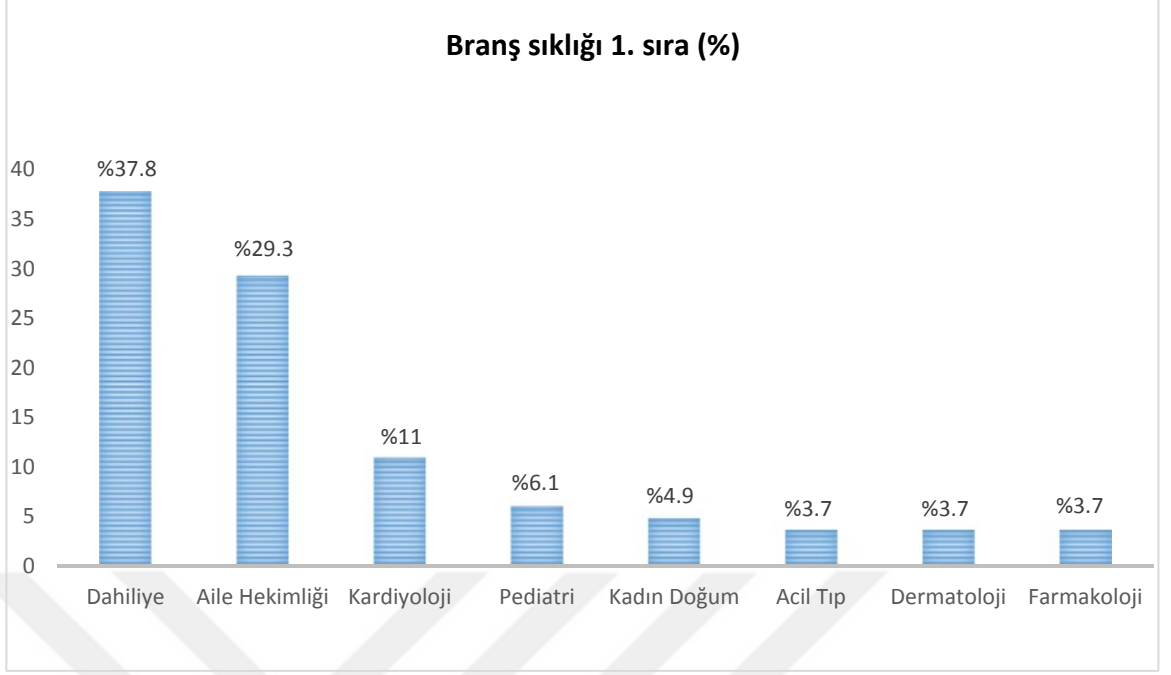
“hiçbir zaman” seçeneğini işaretleyen katılımcı olmamıştır. Cevapların katılımcıların unvanlarına göre dağılımı Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Ulaşılan bilginin hastayla ilgili alınan kararlarda değişiklik yapma durumunun unvanlara göre dağılımı

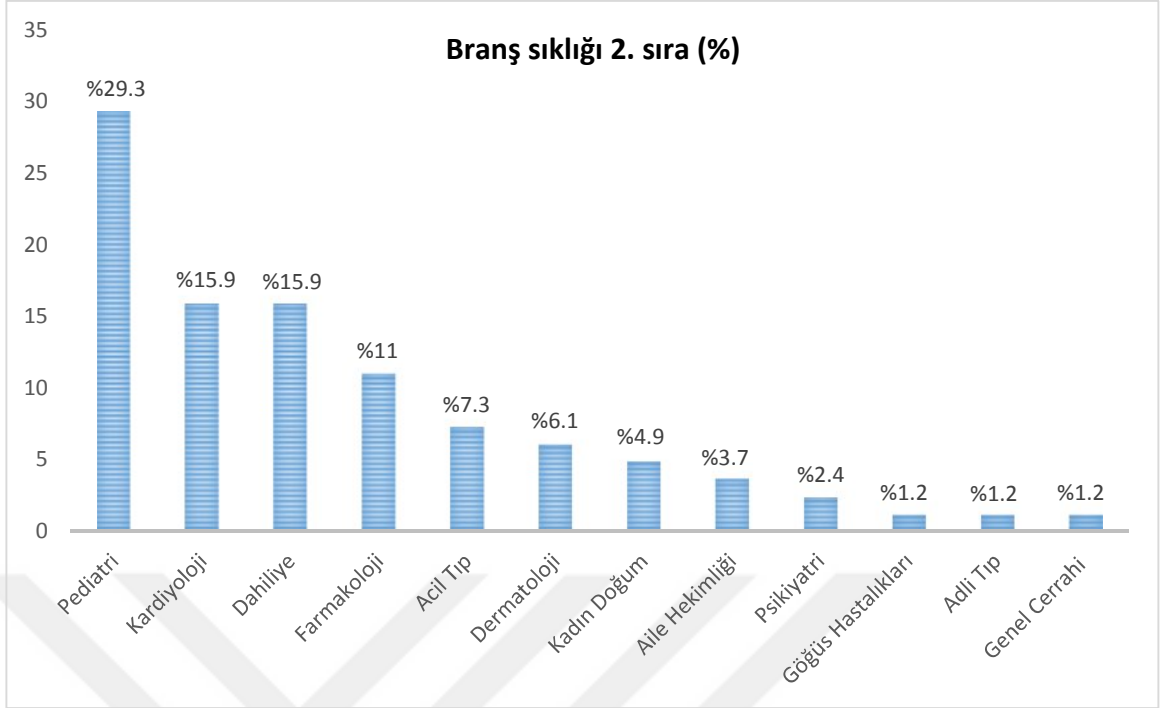
		Unvan					
		AH asistanı		Aile hekimi		AH uzmanı	
		n	%	n	%	n	%
Ulaştığımız bilgi hastayla ilgili kararlarınızda değişiklik oluşturuyor mu?	Her zaman	1	2.8	0	0	0	0
	Sık sık	4	11.1	1	5	3	11.5
	Bazen	27	75	14	70	20	76.9
	Nadiren	4	11.1	5	25	3	11.5
Toplam		36	100	20	100	26	100

Hekimlerden, hangi branşlarda online kılavuz kullandıklarını en sık “1” olmak üzere “1” den “3”e sıralama şeklinde belirtmelerini istedik. Sonuçlar; Şekil 6’da 1. Sırada işaretlenen, şekil 7’de 2. sırada işaretlenen ve Şekil 8’de 3. sırada işaretlenen branşlar belirtilmiştir.

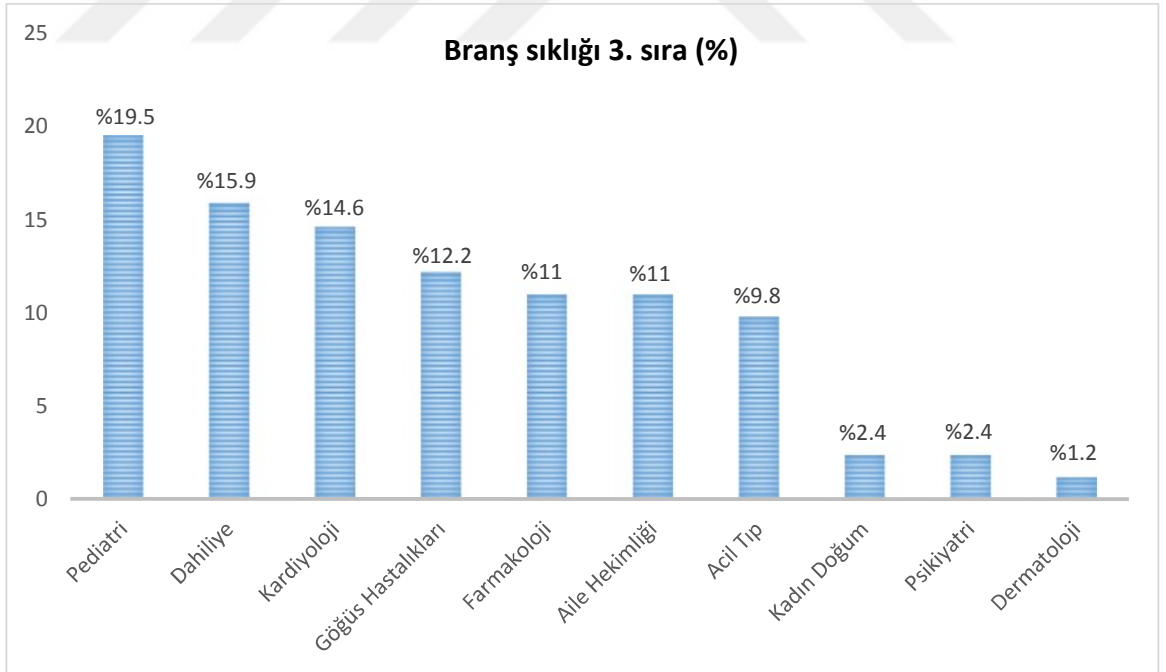
Şekil 6: En sık başvuru alan branş dağılımı



Şekil 7: En sık 2. sırada başvuru yapılan branş dağılımı



Şekil 8: En sık 3. sırada başvuru yapılan branş dağılımı

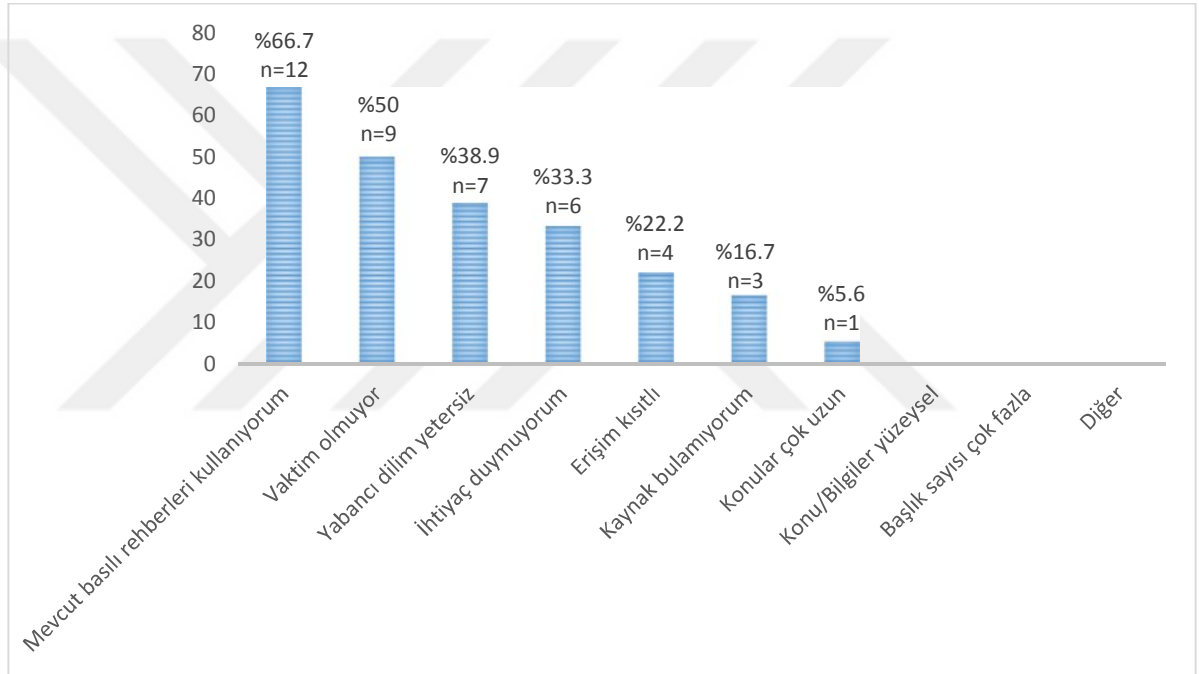


Online kılavuzlara ek olarak kullandıkları kaynaklar sorusuna, birden fazla seçenek işaretleyebilmek, hekimlerin %65.9'u (n=54) "kitap (rehber vb.)", %57.3'ü (n=47)

“medikal yayın/dergi”, %61’i (n=50) “konsültasyon (arkadaşlarımdan/diğer uzmanlardan sözel geribildirim ile)”, %36.6’sı (n=30) ” konsültasyon (diğer uzmanlara resmi sevk yolu ile)”, %1.2’si (n=1) “Ek kaynak kullanmıyorum” şeklinde belirtmişlerdir.

Online kılavuz kullanmadıklarını belirten hekimler kullanmama nedenlerini birden fazla seçenek işaretleyerek yanıtlamış olup, cevaplar Şekil 9’da belirtilmiştir.

Şekil 9: Katılımcıların online kılavuz kullanmama nedenleri



Online kılavuz kullanmayan hekimlere başvurduğu kaynaklar sorulduğunda; birden fazla seçenek işaretleyebilmek; %77.8’i(n=14) “kitap (rehber vb.)”, %27.8’i (n=5) “medikal yayın/dergi”, %55.6’sı (n=10) “konsültasyon (arkadaşlarımdan/diğer uzmanlardan sözel geribildirim ile)”, %38.9’u (n=7) “konsültasyon (diğer uzmanlara resmi sevk yolu ile)” şeklinde cevaplandırmışlardır. Seçeneklerde bulunan “Ek kaynak kullanmıyorum.” seçeneğini işaretleyen katılımcı yoktur

Katılımcı hekimlere; Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Kılavuzları (<http://www.tkd.org.tr/kilavuzlar/ulusal>), Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği kılavuzları (<http://www.turkendokrin.org/icerik.php?id=19>) ve Türk Toraks

Derneği kılavuzları (<http://www.toraks.org.tr/page.aspx?menu=133>)'nı güncel olarak takip etme durumlarının sorulduğu soruya, %3'ü (n=3) “Her zaman”, %31'i (n=31) “Sık sık”, %36'sı (n=36) “Bazen”, %19'u(n=19) “Nadiren”, %11'i (n=11) “hiçbir zaman” şeklinde yanıtladılmışlardır. Cevapların unvanlara göre dağılımı Tablo 7'de belirtilmiştir.

Tablo 7: Ulusal kılavuzların* kullanım durumunun unvanlara göre dağılımı

		Unvan					
		AH asistanı		Aile hekimi		AH uzmanı	
		n	%	n	%	n	%
Derneklerin* ulusal kılavuzlarını güncel olarak takip ediyor musunuz?	Her zaman	1	2.1	0	0	2	7.4
	Sık sık	18	37.5	2	8	11	40.7
	Bazen	16	33.3	9	36	11	40.7
	Nadiren	9	18.8	8	32	2	7.4
	Hiçbir zaman	4	8.3	6	24	1	3.7
Toplam		48	100	25	100	27	100

* *Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği kılavuzları ve Türk Toraks Derneği kılavuzları*

Hekimlerin günlük baktıkları ortalama hasta sayısı ile bu ulusal kılavuzların kullanım sıklıkları arasında pozitif korelasyon olup, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (r=0.72 p=0.47).

Hekimlerin meslekteki süreleri ile ulusal kılavuzları kullanma sıklıkları arasında pozitif korelasyon olup, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (r=0.1 p=0.3).

Bu ulusal kılavuzların birinci basamak sağlık uygulamalarına uygunluğu sorusuna hekimlerin %60'ı(n=60) “Evet”, %40'ı (n=40) “Hayır” olarak cevaplandırmışlardır. Kılavuzların birinci basamağa uygun olmadığını belirten hekimler; nedenlerini içeren soruya yanıtları birden fazla seçenek işaretleyebilmekle yanıtlamış olup, cevaplar Şekil 10'da belirtilmiştir. Seçeneklerde bulunan “diğer” cevabını işaretleyen hekim “fikrim yok” şeklinde cevabını belirtmiştir. Katılımcıların unvanlarına göre dağılıma

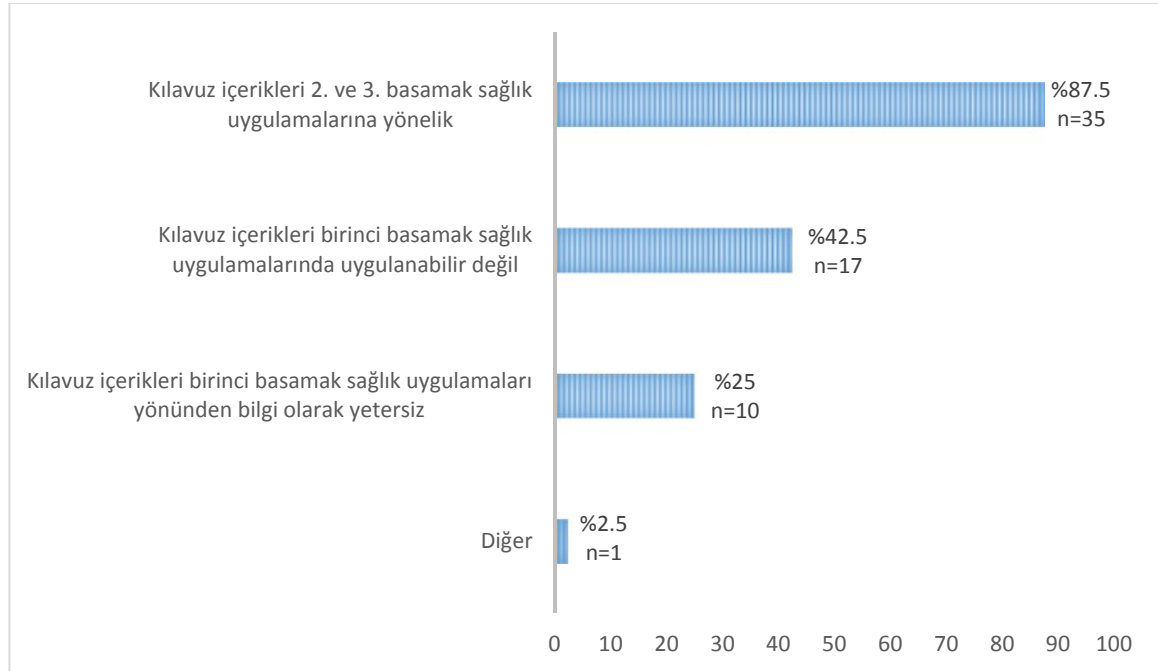
bakıldığında, veriler Tablo 8’de belirtilmiş olup gruplar arası cevaplar istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.346).

Tablo 8: Ulusal kılavuzların* birinci basamağa uygunluk görüşü dağılımı

		Unvan						p=0.346
		AH asistanı		Aile hekimi		AH uzmanı		
		n	%	n	%	n	%	
Derneklerin ulusal kılavuzları* birinci basamağa uygun mu?	Evet	30	62.5	12	48	18	66.7	
	Hayır	18	37.5	13	52	9	33.3	
Toplam		48	100	25	100	27	100	

* Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği kılavuzları ve Türk Toraks Derneği kılavuzları

Şekil 10: Ulusal kılavuzların birinci basamağa uygun olmama nedenleri



Hekimlere Türkiye’de aile hekimliğine yönelik kullandıkları kılavuz durumu sorusuna; %89’u (n=89) “hayır”, %11’i (n=11) “evet” şeklinde yanıt vermişlerdir, “evet” yanıtını verenlerden kullandıkları kılavuzları belirtmeleri istenmiş olup, 11 hekimden 7’si AHUZEM, 2’si Birinci Basamak Tanı ve Tedavi Rehberi, 1’i Ankara Medical Journal ve 1’i Kanıta Dayalı Tıp Rehberini yazılı olarak belirtmişlerdir.

Katılımcılara Türkiye’de kullandıkları aile hekimliğine yönelik kılavuz olup olmadığı sorusuna, hekimlerin unvanlarına göre cevaplarına baktığımızda veriler Tablo 9’da belirtilmiş olup; unvanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,843).

Tablo 9: Türkiye’de aile hekimliğine yönelik kullanılan kılavuzların varlığı

		Unvan						
		AH asistanı		Aile hekimi		AH uzmanı		
		n	%	n	%	n	%	
Türkiye’de aile hekimliğine yönelik kullandığınız kılavuz var mı?	Evet	6	12.5	2	8	3	11.1	p=0.843
	Hayır	42	87.5	23	92	24	88.9	
Toplam		48	100	25	100	27	100	

Anketimize katılan hekimlerden, kanıta dayalı tıp uygulamalarının klinik tecrübeyi gözardı ettiği düşüncesi sorusuna; %37’si (n=37) “evet”, %63’ü (n=63) “hayır” olarak cevaplandırmışlardır.

Çalışmamızda katılımcı hekimlere KDT uygulamalarının klinik tecrübeyi göz ardı edip etmediği sorulduğunda unvanlara göre verilen cevaplar tablo 4’te belirtilmiş olup; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.374).

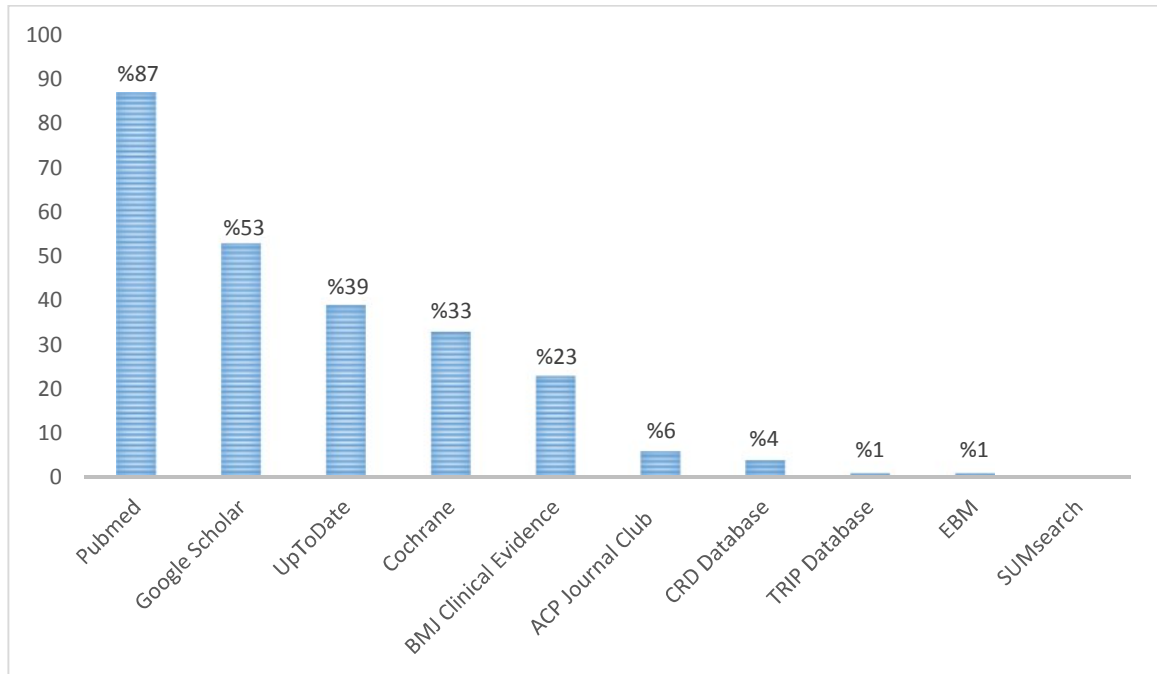
Tablo 10: KDT' nin klinik tecrübeyi göz ardı ettiği algısı dağılımı

			Unvan						p=0.374
			AH asistanı		Aile hekimi		AH uzmanı		
			n	%	n	%	n	%	
KDT, klinik tecrübeyi göz ardı eder mi?	Evet	20	41.7	10	40	7	25.9		
	Hayır	28	58.3	15	60	20	74.1		
Toplam		48	100	25	100	27	100		

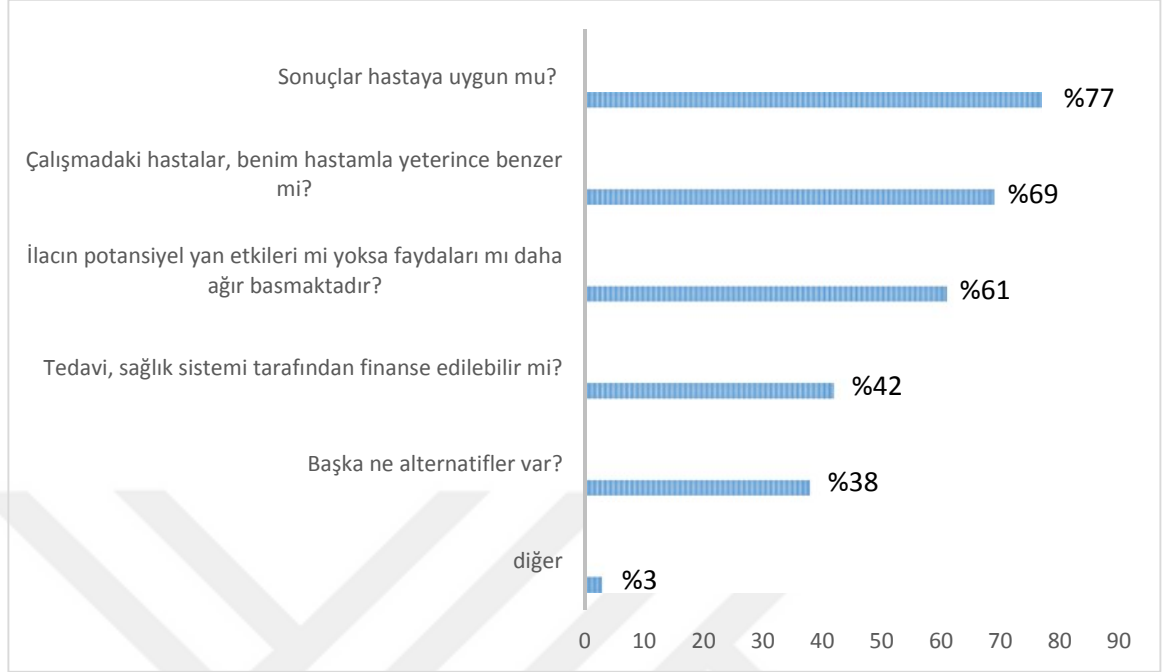
Hekimlerden, kanıta dayalı tıp uygulamalarının hekim inisiyatifi kullanmasını engellediği düşüncesi sorusuna; %30'u (n=30) "evet", %70'i (n=70) "hayır" şeklinde yanıtladılar.

Hekimler, kullandıkları online veri tabanlarının sorulduğu soruya birden fazla seçenek işaretleyerek cevaplandırmış olup, yanıtlar Şekil 11'de belirtilmiştir.

Şekil 11: Kullanılan online veri tabanlarının dağılımı



Şekil 12: Bir çalışma değerlendirirken dikkate alınan sorular



Hekimlere, bir çalışma okurken belirtilen sorulardan hangileriyle çalışmayı değerlendirdikleri sorusunda; tüm seçenekleri işaretleyen hekimlerin sayısı yalnızca %8 (n=8)'dir

5. TARTIŞMA

Sağlık uygulamalarında kılavuz olarak kullanılabilir kaynakların varlığı ve ilgili basamağa uygunluğu hizmetlerin kalitesi için vazgeçilemez unsurlarındandır. Bu araştırma ile birinci basamakta sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin, güncel online kılavuz kullanımı hususunda tutum ve davranışlarının belirlenmesi, böylece bu yönde yapılan/yapılacak kılavuz çalışmalarının geliştirilmesine katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Finlandiya’da (Jousimaa ve ark.’nın 1998 yılı) yapılan çalışmada birinci basamakta çalışan hekimlerin, klinik karar verme desteği sağlayan “Physician’s Desk Reference and Database (PDRD)” sisteminin kullanım paterni araştırılmıştır (17). Türkiye’de de Kahveci ve ark.’nın 2009 yılında 375 birinci basamak hekimiyle yapmış oldukları çalışma birinci basamakta KDT kullanımıyla ilgili aile hekimliği sistemine geçiş öncesi yapılmış ilk çalışmadır(36). 2013 yılında da Saygılı ve ark. aile hekimlerinin KDT uygulamalarını kullanım durumları ve bilgi arama davranışlarını araştıran bir çalışma yapmışlardır(20). Bizim çalışmamız ise Türkiye’de aile hekimlerinin online veri tabanlarını, kılavuzları kullanım tutum ve davranışlarını, kullanmama nedenlerini, Türkiye’deki ulusal ve birinci basamağa yönelik kılavuzların kullanım alışkanlıklarını araştıran ilk çalışmadır.

Chui ve ark.’nın 2009 yılında yapmış oldukları çalışmada hekimlerin araştırma için seçtikleri araçlarda; en sık kullanılanlar, web sayfaları, online veri tabanları ve elektronik dergiler olarak bulunmuştur (37). Yine aynı çalışmada hekimlerin %4’ünden daha az bir kısmının medikal bilgi için hiçbir zaman online veri tabanı kullanmadıkları sonucu ortaya çıkmıştır (37). Saygılı ve ark.’nın çalışmasında ise kanıta dayalı bilgiye erişim için en sık arama motorlarından (%56.8) ve ayrıca açık erişim web sitelerinden (%24.7), veri tabanlarından(%23.5) faydalandığı bulunmuştur (20). Kahveci ve ark.’nın yaptığı çalışmada ise diğer hekimlere göre daha fazla sayıda aile hekiminin literatür taraması yaptıkları ve elektronik veri tabanı kullandıkları, bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (36). Cullen ve Litt’in yapmış olduğu çalışmada ise; katılımcıların %48.6’sının tıbbi bilgi için internet kullandıkları tespit edilmiştir (35). Araştırma bulgularımız değerlendirildiğinde; katılımcıların büyük bir kısmının (%82) online kılavuz kullandıkları belirlenmiştir. Bu çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde; hekimlerin hızlı gelişen teknolojinin getirmiş olduğu bilgiye hızlı

ve kolay erişim gibi kolaylıklar sayesinde, bilgi arama davranışlarının basılı kaynaklardan çok online kaynaklar yönünde olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda hekimlerin baktıkları günlük ortalama hasta sayısı arttığında online kılavuz kullanma sıklıklarının azaldığı görülmüştür ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.28$). Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da bu sonuç, hasta sayısı artıkça, hekimin poliklinik saatleri süresince daha az vakit bulabileceğini düşündürülebilir.

Chiu ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada 50 yaş altındaki hekimlerin, 50 yaş üzerindeki hekimlere oranla daha fazla online veri tabanlarını kullandıkları bulunmuş ve genç meslektaşlarına göre hekimlerin son teknolojiye daha az aşına olabilecekleri şeklinde yorumlanmıştır (37). Bizim çalışmamızda da hekimlerin meslek sürelerinin artmasıyla online kılavuz kullanma sıklıklarının azaldığı tespit edilmiştir ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.83$). Ancak bu, yaşla birlikte meslek tecrübesinin artması ve kılavuz kullanma ihtiyaçlarının daha az sıklıkta olması veya meslek süresi fazla olan hekimlerin üniversite dönemlerinden itibaren kitap ve mevcut basılı rehberleri kullanma alışkanlıklarının devam ediyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Jousimaa ve ark.'nın çalışmasında kadın hekimlerin erkek meslektaşlarına oranla daha sık veri tabanı kullandıkları bulunmuştur(17). Bizim çalışmamızda da kadın hekimlerin, erkek hekimlerden daha fazla online kılavuz kullandıkları bulunmuş olup; bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,003$).

Kahveci ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada birinci basamakta çalışan hekimlerin sıklıkla klinik kılavuzları kullandıkları ve gruplar arasında kullanım açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmiştir (36). Çalışmamıza katılan katılımcılarda da uzmanlık eğitimi alanlar ile almayanlar arasında online kılavuz kullanım yönünden oluşan farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.764$).

Bennett ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise hekimlerin %43.7'sinin bir hastayla ilgili problemle karşılaştıklarında, internette tıbbi bilgi aradıkları bulunmuştur (34). Jousimaa ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada; elektronik, klinik karar verme desteği kullanım nedenlerine bakıldığında, hekimlerin %62'sinin aynı nedenle kullandıkları bulunmuştur

(17). Bizim çalışmamıza katılan hekimlerde de yaklaşık benzer bir oran mevcut olup, çoğunlukla (%68.3) bir hastayla ilgili problemle karşılaştıklarında online kılavuz kullandıklarını belirtmişlerdir. Yine Jousimaa ve ark.'nın çalışmasında hekimlerin %25'inin ise genel araştırma amaçlı bu sistemi kullandıkları tespit edilmiştir (17). Bizim çalışmamızda ise bu oran daha yüksek olup, hekimlerin %57.3'ü online kılavuzları genel araştırma, bilgi edinmek için kullandıkları bulunmuştur. Hekimlerin yalnızca %35.4'ü bilgilerini güncellemek için online kılavuz kullandıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmalardaki ortak sonuç, kolay ulaşılabilir bilgi kaynağı olan online kılavuz ya da veri tabanlarının sıklıkla hasta görüşmesi sırasında, hastayla ilgili bir problemle karşılaşılması gibi kısa sürede sonuç alınması gereken durumlarda kullanıldığıdır.

Hekimlerin %45.1'i kaynak dili olarak Türkçe-İngilizce eşit düzeyde kullandıklarını, %2.4'ü ise sadece İngilizce ya da ağırlıklı olarak İngilizce kaynaklardan yararlandıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin unvanlarına göre kaynak dili dağılımı değerlendirildiğinde aile hekimliği asistanlarının çoğunlukla Türkçe kaynakları tercih ettiği, uzman hekimlerin ise Türkçe-İngilizce yaklaşık eşit düzeyde kaynak kullandıkları tespit edilmiştir.

Hekimlerin %45.1'i başvurmak istedikleri konuya online arama ile 5-10 dakikada, %8.5'i ise 15 dakika ve üzeri sürede ulaşabildiklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamızdaki her üç grupta da 5-10 dakika süresini belirten hekim sayısı çoğunluktadır. 10 dakikalık bir süre, poliklinik şartlarında hasta sayısının fazla olduğu zamanlarda, uzun bir süre olabilir. Bu yüzden erişimin daha kısa sürede ve daha kolay olabileceği kaynaklar oluşturmak, hekimlerin kullanma sıklıklarını arttırabilir.

Jousimaa ve ark.'nın çalışmasında sistemden edindikleri bilgilerin, %31 hekimde hastayla ilgili kararlarında fikir değişikliği oluşturmadığı tespit edilmiştir (17). Bizim çalışmamızda ise anket formunda bulunan "hiçbir zaman" seçeneğini işaretleyen katılımcı olmamıştır. Online kılavuz kullanan hekimlerin tamamı sıklıkları farklı olsa da mutlaka fikir değişikliği yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin %74.4'ü kılavuzlardan edindikleri bilgilerin hastayla ilgili kararlarında bazen değişiklik oluşturduğunu, yalnızca %1.2'si her zaman fikir değişikliği oluşturduğunu belirtmişlerdir. Her üç grupta da "bazen" seçeneğini belirten hekim sayısı

çoğunluktadır. Bu sonuç; ülkemizde KDT kullanımının ve algısının daha olumlu olduğunu ve klinik pratikte uygulandığını gösteriyor olabilir. Ayrıca bulgular; temel tıbbi nosyonun edinilmesi ile ilgili çok merkezli daha geniş katılımlı ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Jousimaa ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada hekimlerin en sık başvurduğu konular dermatoloji olarak bulunmuştur (17). Çalışmamızda ise hekimlerin online kılavuzları dahiliye, aile hekimliği ve pediatri konularında daha sık kullandıkları bulunmuştur.

Kahveci ve ark.'nın çalışmasında aile hekimlerinin %70.7'sinin, aile hekimi uzmanlarının %59.5'inin genellikle araştırma için kitaplardan faydalandıkları bulunmuştur(36). Çalışmamızda ise hekimlerin online kılavuzlara ek olarak çoğunlukla (%65.9) kitap (rehber vb.) kullandıklarını, %1.2'si ise ek kaynak kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

Online kılavuz kullanmayan hekimler bunun nedenleri olarak mevcut yazılı kaynakları kullandıklarını (%66.7), vakit bulamadıklarını (%50) belirtmişlerdir. Kaynak bulamadığını (%16.7), yabancı dilinin yetersiz olduğunu (%38.9), kısıtlı erişim olduğunu (%22.2) belirten hekimlerin bu cevapları göz önüne alındığında Türkiye'de erişimi açık, Türkçe ve birinci basamak sağlık uygulamalarına yönelik, pratik kullanıma uygun, hekimlerin ihtiyacını karşılayacak kılavuzların oluşturulması ve bunların tanıtımının sağlanması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Online kılavuz kullanmayan hekimlerin çoğunlukla (%77.8) kitap (rehber vb.)'lerden faydalandıkları görülmüştür. Çalışmamızda ek kaynak kullanmayan hekim yoktur.

Katılımcı hekimlerin Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Kılavuzları(<http://www.tkd.org.tr/kilavuzlar/ulusal>), Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği kılavuzları (<http://www.turkendokrin.org/icerik.php?id=19>) ve Türk Toraks Derneği kılavuzları (<http://www.toraks.org.tr/page.aspx?menu=133>)' nı bazen (%36) takip ettikleri, %11'inin de hiçbir zaman takip etmedikleri bulunmuştur.

Hekimlerin günlük baktıkları ortalama hasta sayısı arttıkça, bu ulusal kılavuzların kullanım sıklıklarının arttığı bulunmuştur, ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.47).

Çalışmamızda, hekimlerin meslekteki süreleri arttıkça ulusal kılavuzları kullanma sıklıklarının arttığı bulunmuştur, ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.3).

Katılımcı hekimlerin çoğunluğu (%60) bu kılavuzların birinci basamakta kullanıma uygun olduğunu düşünmektedir. Aile hekimliği asistanları ve uzman aile hekimleri çoğunlukla uygun bulmuşlardır ancak çalışmamızdaki üç grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.346). Kılavuzların birinci basamak sağlık uygulamalarına uygun olmadığını düşünen hekimler bunun nedeni olarak kılavuzların içerik olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine uygun olduklarını (%87.5) belirtmişlerdir.

Hekimler, Türkiye’de birinci basamağa yönelik kullandıkları kılavuz olmadığını (%89) belirtmişlerdir. Bu görüşün unvanlara göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.843). Saygılı ve ark.’nın çalışmasında hekimlerin %10’unun Sağlık bakanlığının Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberini hiç duymadıkları ve %10.4’ünün ise bu rehberi sıklıkla kullandıkları bulunmuştur (20). Çalışmamızda ise Türkiye’de birinci basamağa yönelik kılavuz kullandıklarını belirten 11 hekimden; Sağlık bakanlığının Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberini kullanan 2 kişi, kanıta dayalı tıp rehberini kullanan 1 kişi, AHUZEM’i kullanan 7 kişi mevcuttur. Bu sonuç mevcut kaynakların yeterliliği ya da kullanım pratikliliğini gündeme getirmekte ve bu kaynakların ihtiyaca yönelik yeniden yapılandırılması konusunda fikir vermektedir.

Saygılı ve ark.’nın yapmış olduğu çalışmada hekimlerin %66’sının KDT’nin klinik tecrübenin değerini düşürmeyeceği yönünde ifadeleri olmuştur (20). Çalışmamızda da benzer bir sonuç bulunmuş olup, katılımcı hekimlerde kanıta dayalı tıp uygulamalarının klinik tecrübeyi göz ardı etmediği düşüncesi (%63) hakimdir. Bu düşüncenin unvanlara göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.374).

Hekimlerin %70’i kanıta dayalı tıp uygulamalarının hekim inisiyatifini kullanmasını engellemediğini düşünmektedir.

Chiu ve ark.’nın yapmış oldukları çalışmada Cochrane kullanımı %49.9; UpToDate kullanımı ise %36.1 olarak bulunmuştur(37). Saygılı ve ark.’nın çalışmasında ise

Cochrane kullanımı %33.3, UpToDate kullanımı %2.5, Pubmed kullanımı %51.9'dur(20). Çalışmamızda hekimlerin en fazla Pubmed (%87) kullandıkları bulunmuştur ve hekimlerin Pubmed kullanım oranları diğer çalışmalara oranla yüksek bulunmuştur. Cochrane kullanımı (%33) ise Saygılı ve ark.'nın çalışmasındakiyle benzer çıkmıştır(20). UpToDate kullanımı ise %39'dur.

Çalışmamıza katılan her üç grupta da kullandıkları kaynak dili olarak ağırlıklı olarak Türkçe veya Türkçe/İngilizce yaklaşık eşit düzeyde olarak tespit edilmesine rağmen; Pubmed kullanımının Türkçe kaynaklara ulaşılabilen Google Scholar gibi bir web sitesine oranla daha fazla kullanılmasının tespiti ise bulgular arasında tutarsızlık olduğunu ve anket sonuçlarına şüpheyle bakılması gerektiğini de ortaya çıkarmış olabilir. Ya da çalışmaya; konu ile ilgisi olan ve kılavuz veya KDT kullanan hekimlerin daha çok katılım göstermesi de Pubmed kullanımının beklenenden daha fazla oranda çıkmasına neden olabilir.

Huió'in Kanıta Dayalı Tıp ve Klinik Pratik adlı makalesinde yer alan, bir çalışmayı hastaya uygularken sormamız gereken beş sorudan (30), çalışmamızda hekimlerden en sık (%77) "sonuçların hastaya uygunluğu ve tedavinin, hastanın değerleri ve beklentileriyle çatışma durumunun" sorgulanmakta olduğu bulunmuştur. Hekimlerin yalnızca %8'i bu beş soruyu da sorduklarını belirtmişlerdir. Bir çalışmanın kanıt değerinin yüksek olmasına rağmen, bizlerin her hasta için bu kanıtın uygulanabilirliğine karar vermemiz gerekmektedir (30). Çalışmamızdaki bu oranın düşük oluşunun nedeni maliyet ya da çalışılan klinikte bu uygulamanın/tedavinin uygulanabilirliğinden dolayı olabilir. Çünkü tıbbi hizmetler birinci basamak sağlık merkezlerinde veya hastane şartlarında farklılıklar göstermektedir.

6. SONUÇ

Aile hekimliği; her yaşta, her hastalığa sahip ya da potansiyel olarak olabilecek kişilerin başvurduğu; koruyucu sağlık hizmetleriyle birlikte hastalıkların tanı, tedavi ve takip aşamalarında bireyleri bütüncül bir yaklaşımla değerlendiren bir klinikdir. Bu yüzden aile hekimleri poliklinik şartlarında hastalarının her türlü semptom ve sorularıyla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu gibi durumlarda problemi çözebilmek için bilgilerini güncel tutmak ve tıbbi bilgisini en güncel kanıtlarla desteklemek zorundadır.

Bilgi arama davranışları; teknolojinin ilerlemesiyle birlikte, erişimi kolay ve özellikle yoğun poliklinik şartlarında hızlı ulaşım sağlayan online kaynakların kullanımı yönünde artmaktadır. Ayrıca basılı kaynakların, özellikle kitapların güncellenme sıklıkları, online kaynaklara göre daha aralıklı sürelerde olmasında ötürü; güncel bilgi arama aşamasında online kaynaklara başvurmak öncelikli olmaktadır.

Çalışmamız daha önceki yapılan KDT kullanımını ile ilgili çalışmalardan farklı olarak hekimlerin online kılavuz kullanma durumları, kullanmama nedenleri, Türkiye’de var olan derneklerin ulusal kılavuzlarının birinci basamağa uygunluğu gibi konuları araştıran ilk çalışma olup, KDT ile ilgili görüşlerle de diğer çalışmalara destek olmuştur. Çalışmanın aile hekimliğine geçiş sonrası yapılmış olması da önemlidir.

Çalışmamız, Ankara il merkezinde ve aile hekimliği ortak mail grubunda online katılımlı olarak yapılmıştır. Örneklemin yetersiz olmasından ötürü tam olarak Türkiye’deki aile hekimliği profilini yansıtmaması bir kısıtlılık gibi görünse de, farklı bölgelerde yapılan benzer çalışmalardaki sonuçlar değerlendirildiğinde, benzer sonuçların alınması aslında aile hekimlerinin ortak bir görüşte olduklarını ortaya çıkarmaktadır.

Çalışmamızda eğitim sürecindeki ve sahada çalışan aile hekimlerinin katılımlarının birlikte sorgulanması; eğitim sürecindeki aile hekimliği asistanlarının daha sık kılavuz

kullanmak durumunda oldukları için, toplamda kılavuz kullanım oranlarını arttırmış olabilir. Birinci basamakta çalışan aile hekimleriyle bu çalışmanın daha büyük örneklem ile tekrarlanması aile hekimleri profilini görmek açısından fayda sağlayabilir.

Diğer çalışmalarla birlikte çalışmamız değerlendirildiğinde, ülkemizde KDT kullanım oranlarının yüksek olduğu ancak, online erişimle daha kolay ve hızlı ulaşımı sağlamak için, birinci basamağa yönelik mevcut kılavuzların güncellenmesi, Türkiye'deki uygulamalara göre uyarlanması ve bilgiye ulaşım hızını arttırmak için site ara yüzlerinin kolay kullanılabilir hale getirilmesi ve tanıtımlarının yapılması gerekmektedir. Günümüzde tüm aile sağlığı merkezleri ve diğer birinci basamak hizmetlerin verildiği kurumlarda internet erişimi mevcuttur, ancak hekimlerin online kılavuz kullanmama nedenleri arasında yabancı dil yetersizliği, vakit bulamama ya da erişim kısıtlılığı gibi nedenler yer almaktadır. Bu tür engellerin çözülmesiyle, güncel bilginin kullanımının artması ve KDT kullanımının yaygınlaşması olağan olacaktır.

Ayrıca ulusal derneklerin kılavuzlarının birinci basamak sağlık hizmetlerini içermesi de güncellenen bu kılavuzların birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler tarafından kullanımlarını da arttıracaktır.

Bilgi teknolojileri ve kullanım alanlarıyla ilgili birçok çalışmalar yapılmaktadır. Ülkemizde ihtiyaçların belirlenmesi ve gerekli güncellemelerin yapılabilmesi için belirli aralıklarla bu tür çalışmaları daha fazla katılımcı ve çok merkezli olarak yapmak sağlık hizmetlerini geliştirmek için gerekli araçlardan biri olmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Kumar S. Evidence-based medicine: The new paradigm of clinical decision making. *Indian J Urol* 2000;17(1):73-8.
2. Davidoff F, Heynes RB, Sackett DL, Smith R. Evidence-based medicine: A new journal to help doctors identify the information they need. *BMJ* 1995;310(6987):1085-6.
3. Guyatt G, Cairns J, Churchill D, Cook D, Haynes B, et al. (Evidence-Based Working Group) Evidence-Based Medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268(17):2420-5.
4. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-Based Medicine: how to practice and teach EBM*, 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone;2000.
5. Guyatt G, Rennie D, editors. *Users guides to the medical literature*. Chicago: American Medical Association;2002.
6. Sackett DL, Richardson WL, *Evidence Based Medicine*. Churchill-Livingstone, London;1997.
7. Cochrane A, *Databases and Evidence Based Medicine in General Practice*, *MJA* 1999;170: 52-53.
8. Zoccali C, *Evidence Based Medicine: The Clinicians Perspective*, *Nephrol Dial Transplant* 1999;14 Suppl.3:42-45.
9. Renwick S. Knowledge and use of electronic information resources by medical sciences faculty at The University of the West Indies. *J Med Libr Assoc* Jan2005;93(1):21-31.
10. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-72.

11. Straus SE, Richardson WS, Glaziov P, Haynes RB, editors. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone;2005.
12. Akobeng AK. Evidence based child health. Principles of evidence based medicine. Arch Dis Child. 2005;90:837-40.
13. Glasziou P, Del Mar C, Salisbury J, editors. Evidence-based medicine workbook. London: BMJ publishing group;2003.
14. Henderson T, Macewan B. Electronic collections and wired faculty. Libr Trends 1997 Winter;45(3):488-98.
15. Marjukka Mäkelä, Evidence-based Primary Care Through Guidelines, The World Book of Family Medicine – European Edition 2015;169-172.
16. Sackett DL, Strauss SE. Using research findings in clinical practice . BMJ.1998 Aug 1;317(7154):339-342.
17. Jousimaa J, Kunnamo L, Mäkelä M. Physicians' Patterns of using a computerized collection of guidelines for primary care. Int J Technol Assess Health Care, 1998,484-493.
18. Primary care guidelines on consultation practices: the effectiveness of computerized versus paper-based versions. A cluster randomized controlled trial among newly qualified primary care physicians. Int J Technol Assess Health Care, 2002; 18(3):586-96.
19. Uysal EK, Uçak NÖ, Tıp Akademisyenlerinin Kanıta Dayalı Bilgi Gereksinimleri ve Bilgi Arama Davranışları. Bilgi Dünyası,2013;14(1):37-61.
20. Saygılı M, Kaya S, Songur C, Özer Ö. Aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve bilgi arama davranışları. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2013;4(3):104-110.
21. Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, WONCA Avrupa 2002.(<http://www.woncaeurope.org/>)
22. Resmi Gazete. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 6 Temmuz 2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete.
23. Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: are they being met? Ann Intern Med. 1985; 103: 596-599.

24. Babaoğlu M, Yaşar Ü, Dost T, Kayaalp O. Kanıta Dayalı Tıp: Kavramlar, Örnekler ve Görüşler. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2009; 29(5): 1298-1305.
25. Ergör G. Kanıta Dayalı Tıp Nedir? Modern Tıp Seminerleri sayı:27, Kanıta Dayalı Tıp. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2003.
26. Yılmaz E, Çöl M. Evidence Based Medicine. J Clin Anal Med 2104;5(6):537-42.
27. Uçak N, Al U. Türk Kütüphaneciliği 2000;14(3):317-331.
28. Najjari T. Tebriz Üniversitelerindeki Öğretim Üyelerinin Bilgi Arama Davranışları ve Bilgi-İletişim Teknolojilerinin Bu Davranışlar Üzerindeki Etkisi. Bilgi Dünyası, 2010;11(2):390-407.
29. Liu Z. Reading behavior in the digital environment: Changes in reading behavior over the past ten years. Journal of Documentation,2005;61(6):700 – 712.
30. Huić M. Evidence-based medicine and clinical practice. Acta Medica Academica 2008;37(1):29-37.83.
31. Miles A, Polychronis A, Grey JE. The evidence-based health care debate - 2006. Where are we now? J Eval Clin Pract 2006;12(3):239-47.
32. Johnston J. Highlights of the AMA study on physicians' use of the World Wide Web. 2002; 24: 1-2. Alliance for CME. Available at: <http://www.acme-assn.org>. Accessed January 28, 2004.
33. Chetsingh R. CME on the Internet: trends and observations; Current Therapeutics 2002. Available at: www.currentrx.com. Accessed June 11,2003.
34. NL Bennett, LL Casebeer, RE Kristofco, SM Strasser.Physicians' Internet Information-Seeking Behaviors. The Journal ofcontinuing Education in the Health Professions,2004;24:31-38.
35. Cullen RJ, Litt M. In search of evidence: family practitioners' use of the Internet for clinical information. J Med Libr Assoc. Oct 2002;90(4):370-379.
36. Kahveci R, Meads C. Is primary care evidence-based in Turkey? JEBM 2. 2009;242-251.

37. Chiu YW, Weng YH, Lo HL, Ting HW, Hsu CC, Shih YH, Kuo KN. Physicians' characteristics in the usage of online database: A representative nationwide survey of regional hospitals in Taiwan. Sep 2009;34(3):127-135

8. EKLER

8.1. EK-1 ANKET FORMU

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARI, AİLE HEKİMLERİ VE UZMAN AİLE HEKİMLERİNİN ONLİNE KILAVUZ KULLANIM TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Sayın Doktor;

Bu anket çalışması “Aile Hekimliği Asistanları, Aile Hekimleri ve Uzman Aile Hekimlerinin Online Kılavuz Kullanım Tutum ve Davranışları”nın değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Veriler tez çalışması için kullanılacak olup, anket 22 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 5 dakika sürmektedir. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Size ait bilgilerin gizli kalacağını belirtir, katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Ayşe Gökçen SAYILIR

Bu anketin amacı ile ilgili olarak bilgilendirildiğimi, anketi uygulayan kişinin sorularına cevap verdiğini, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi veya kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi, araştırma sonuçları hakkında araştırmacıdan telefon ve/veya e-posta ile bilgi alabileceğimi

biliyorum.

Araştırmaya katılmayı, Onaylıyorum Onaylamıyorum

1) Cinsiyet: Kadın Erkek

2) Meslekteki yılınız:

0-5 6-11 12-17 18-23 24 ve üzeri

3) Ünvan:

Aile hekimliği asistanı Aile hekimi Uzman aile hekimi

4) Günlük bakılan ortalama hasta sayısı:

0-20 21-40 41-60 61-80 80 ve üzeri

5) Online kılavuz kullanır mısınız? (*Eğer cevabınız “hayır” ise 13. soruya geçiniz.*)

Evet Hayır

6) Ne sıklıkta kullanırsınız?

Hergün Haftada 3-4 Haftada 1-2 ayda 1-2

3 ayda 1-2 6 ayda 1-2 1 yıl ve üzeri sıklıkta

7) Ne amaçla kullanırsınız? (*birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.*)

Bir hastayla ilgili problemle karşılaştığımda,

Hastayla ilgili tanı aşamasında,

Hastayla ilgili tedavi aşamasında,

Genel araştırma, bilgi edinmek için,

Bilgilerimi güncellemek için,

Diğer.....

8) Hangi dilde kaynaklardan faydalanıyorsunuz?

Sadece Türkçe Ağırlıklı olarak Türkçe

Sadece İngilizce Ağırlıklı olarak İngilizce

Türkçe-İngilizce yaklaşık eşit düzeyde

Diğer (ağırlık düzeyiyle belirtiniz).....

9) Ne kadar sürede başvurmak istediğiniz konuya ulaşabiliyorsunuz?

0-5 dk

5-10 dk

10-15 dk

15 dk ve üzeri

10) Ulaştığımız bilgi hastayla ilgili kararlarınızda değişiklik oluşturuyor mu?

Her zaman

Sık sık

Bazen

Nadiren

Hiçbir zaman

11) Daha çok hangi branşlarda online kılavuz kullanıyorsunuz?(En sık tercih ettiğiniz

“1” olmak üzere, 1’den 3’e kadar sıklık sıralaması yapınız.)

() Aile Hekimliği

() Acil Tıp

() Adli Tıp

() Dermatoloji

() Kadın Doğum

() Dahiliye

() Genel Cerrahi

() Farmakoloji

() Kardiyoloji

- Pediatri
- Ortopedi
- Göğüs hastalıkları
- FTR
- Psikiyatri
- Diğer (varsa belirtiniz).....

12) Online kılavuzlara ek olarak başvurduğunuz kaynaklar nelerdir? (*birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.*)

- kitap (rehber vb.)
- medikal yayın/dergi
- konsültasyon (arkadaşımdan/diğer uzmanlardan sözel geribildirim ile)
- konsültasyon (diğer uzmanlara resmi sevk yolu ile)
- Ek kaynak kullanmıyorum.
- Diğer (varsa belirtiniz).....

(“Online kılavuz kullanır mısınız?” sorusuna „evet“ yanıtını verdiyseniz 15. Soruya geçiniz.)

13) Online kılavuz kullanmıyorsanız nedeni? (*birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.*)

- Mevcut basılı rehberleri kullanıyorum.
- Kaynak bulamıyorum.
- Yabancı dilim yetersiz.
- Konu/Bilgiler yüzeysel.
- Başlık sayısı çok fazla.
- Erişim kısıtlı.
- Konular çok uzun.

- Vaktim olmuyor.
- İhtiyaç duymuyorum.
- Diğer (varsa belirtiniz).....

14) Eğer online kılavuzlara ulaşamıyorsanız başvurduğunuz kaynaklar nelerdir?
(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- kitap (rehber vb.)
- medikal yayın/dergi
- konsültasyon (arkadaşlarımdan/diğer uzmanlardan sözel geribildirim ile)
- konsültasyon (diğer uzmanlara resmi sevk yolu ile)
- Ek kaynak kullanmıyorum.
- Diğer (varsa belirtiniz).....

15) Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Kılavuzları(

<http://www.tkd.org.tr/kilavuzlar/ulusal>), Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği kılavuzları (<http://www.turkendokrin.org/icerik.php?id=19>) ve Türk Toraks Derneği kılavuzlarını (<http://www.toraks.org.tr/page.aspx?menu=133>) güncel olarak takip ediyor musunuz ?

- Her zaman Sık sık Bazen Nadiren Hiçbir zaman

16) Bu kılavuzların birinci basamak sağlık uygulamalarına yönelik uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet Hayır

(Cevabınız evet ise lütfen 18. soruya geçiniz.)

17) Bu kılavuzların birinci basamak sağlık uygulamalarına uygun olmadığını düşünüyorsanız nedenlerini belirtiniz.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Kılavuz içerikleri 2. ve 3. basamak sağlık uygulamalarına yönelik.

- Kılavuz içerikleri birinci basamak sağlık uygulamaları yönünden bilgi olarak yetersiz
- Kılavuz içerikleri birinci basamak sağlık uygulamalarında uygulanabilir değil.
- Diğer(Varsa belirtiniz).....

18) Türkiye'de aile hekimliğine yönelik kullandığınız bir kılavuz mevcut mu?

- Hayır
- Evet (Varsa belirtiniz).....

19) Kanıta dayalı tıp uygulamasının klinik tecrübeyi gözardı ettiğini düşünüyor musunuz?

- Evet
- Hayır

20) Kanıta dayalı tıp uygulamasının hekim inisiyatifini kullanmasını engellediğini düşünüyor musunuz?

- Evet
- Hayır

21) Aşağıda yer alan online veri tabanlarından hangilerini kullanırsınız?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Cochrane
- CRD database
- Pubmed
- SUMsearch
- TRIP database
- UpToDate
- BMJ Clinical Evidence
- ACP Journal Club
- EBM
- Google Scholar

22) Bir çalışma okurken aşağıda yer alan sorulardan hangileriyle çalışmayı değerlendirirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Çalışmadaki hastalar, benim hastamla yeterince benzer mi?

- Tedavi, sağlık sistemi tarafından finanse edilebilir mi?
- Başka ne alternatifler var?
- İlacın potansiyel yan etkileri mi yoksa faydaları mı daha ağır basmaktadır?
- Sonuçlar hastaya uygun mu? Tedavi, hastanın değerleri ve beklentileriyle çatışıyor mu?
- Diğer (varsa belirtiniz).....

8.2. EK-2 ETİK KURUL ONAYI



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 97

16.03.2016

KONU : 16. 03.2016 Tarih ve 95 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği

Sorumlu Araştırmacılığımı yapmış olduğunuz "Aile Hekimliği Asistanları, Aile Hekimleri ve Uzman Aile Hekimlerinin Online Kılavuz Kullanım Tutum ve Davranışları" isimli Dr. Ayşe Gökçen SAYILIR' ın tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 16/03/2016 tarih ve 95 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Halil KARA
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Başkanı

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Etik Kurul Sekreteryası
Bilkent Yolu 3. Km. Çankaya /Ankara
Telefon: 0(312) 291 25 25 / 36 45

9. ÖZGEÇMİŞ

Ayşe Gökçen SAYILIR 1985 yılı Şubat ayında Samsun’da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Samsun’da tamamladı. 2003 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde başladığı yükseköğrenimini 2009 yılında tamamladı. 2009-2011 yılları arasında Samsun Bafra Toplum Sağlığı Merkezi’nde pratisyen hekim olarak çalıştı. 2013 Temmuz ayından bu yana Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Aile Hekimliği Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

