T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez yöneticisi
Prof. Dr. Serdar ÖZTORA

EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN KLİNİK UYGULAMALARINDA KILAVUZLARI KULLANIM TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Züleyha Güler MEMİ

EDİRNE - 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürecimdeki katkılarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve tez danışman hocam Prof. Dr. Serdar ÖZTORA' ya, Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN' e, Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a, Dr. Öğretim Üyesi Önder SEZER'e, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma ve hayatım boyunca bana destek olan annem Sema MEMİ ve babam Ahmet MEMİ' ye teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **AİLE HEKİMİ KİMDİR?** 3
- **KANITA DAYALI TIP VE KILAVUZLAR** 5
- **KILAVUZ GELİŞTİRME SÜRECİ VE KILAVUZLARA BAKIŞ** 8
- **KILAVUZLARIN GELECEĞİ VE YAPAY ZEKA** 11
- **BİRİNCİ BASAMAK YAKLAŞIMI VE KILAVUZLAR** 12

GEREÇ VE YÖNTEM 15

BULGULAR 17

TARTIŞMA 43

SONUÇLAR 51

ÖZET 54

SUMMARY 55

KAYNAKLAR 57

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

DEGAM : German College of General Practitioners and Family Physicians (Alman Pratisyen Hekimler ve Aile Hekimleri Koleji)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ESC : European Society of Cardiology **(**Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti)

GRADE : The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Önerilerin Değerlendirilmesi, Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesinin Derecelendirilmesi)

IBM : International Business Machines (Uluslararası İş Makineleri)

KDT : Kanıta Dayalı Tıp

SB : Sağlık Bakanlığı

TEMD : Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

TTD : Türk Toraks Derneği

GİRİŞ VE AMAÇ

Hekimlik mesleği günümüzde büyük bir değişim içindedir. Her gün yayınlanan yüzlerce bilimsel makaleye internet aracılığı ile birkaç dakika içinde ulaşabilmek mümkündür. Bilginin artış hızına paralel olarak kaynaklar da çeşitlidir ve bu kaynakların güvenilirlik, kullanım kolaylığı, ulaşılabilirlik, maliyet, etkinlik, kalite gibi unsurların giderek önem kazanması kanıta dayalı tıp uygulamalarını öne çıkarmıştır. Uygulama rehberleri, özellikle belirli klinik koşullarda kullanılmak amacıyla, sağlıkla ilgili karar almada hekimlere yol göstermek amaçlı, belirli düzen içinde bilgi içeren kaynaklar olup, kanıta dayalı tıbbın bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır (1).

Klinik uygulama rehberleri, özgül klinik durumlara yaklaşımda sağlık bakımı açısından en uygun olan, hekim ve hasta kararlarına yardımcı olmak için geliştirilmiş, kanıtların sistematik olarak sunulduğu, bilimsel araçlardır. Son yıllarda, doğru ve güncel sağlık bilgilerini sentezleyerek tedavi ve bakım seçeneklerini sunması, hastaların kendilerine ilişkin kararlara katılımını desteklemesi ile sağlıkta kaliteyi maliyet etkin olarak artırması ile öne çıkmaktadır (2).

Ancak tıpta kanıta dayalı önerilerin pratik uygulamalara ne kadar yansıdığı tartışılabilir bir konudur. Kanıta dayalı tıbbın gelişme sürecinin hastalık merkezli hastane bakımı olduğu göz önüne alınırsa, aile hekimliği gibi ayrışmamış hastalarla ilgilenen ve biyopsikososyal yaklaşımı benimseyen bir uzmanlık dalında uygulanmasının zorluğu kaçınılmazdır. Bu zorlukları aşmak için kanıta dayalı tıp uygulamaları yaygınlaştıkça birinci basamağa yönelik kılavuzların artmasına rağmen multimorbidite gibi konularda karar vermeye katkısı açısından eksiklikleri söz konusudur (3).

Ülkemizde aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp hakkındaki görüşleri ve kılavuzları kullanımı ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalardan da yararlanılarak planlanan çalışmamız ulaşılan bilgiler ışığında konuya ilişkin çözüm önerileri ortaya koymayı ve yeni bir bakış açısı getirmeyi amaçlamaktadır. Çalışmamız, aile hekimliğinde kılavuz kullanımı, ihtiyaç durumu ve bu ihtiyaca yönelik kılavuzların geliştirilmesine dikkat çekmesi amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

AİLE HEKİMİ KİMDİR?

On sekizinci yüzyılda sanayi devriminin dünyayı değiştirmesiyle yarattığı bilgi birikimi tıp dünyasını da etkilemiştir. Günümüzde teknolojinin gelişmesi hayatımıza kolaylıklar ile birlikte yeni sorular getirmiştir. Bu durum tıp öncesi eğitimden, mezuniyet sonrası eğitim hizmette kalite gibi birçok alanında karşımıza çıkmaktadır. Tıp eğitiminin temel aldığı usta çırak ilişkisi önemini korumakla birlikte, tecrübelerin kanıtlarla desteklenmesi şeklinde kanıta dayalı tıp uygulamaları, bilginin de küreselleştiği günümüzde önem taşımaktadır.

Bilgi birikiminin tek kişinin yönetebileceği boyutları aşmasıyla birlikte uzmanlık dallarına ihtiyaç ortaya çıkmıştır. Uzmanlık dalları gelişirken branşlaşma ileri boyutlara ulaşmış, bunun sonucu olarak hekimler insanları iyileştirmekten daha çok hastalıkları iyileştirmeye odaklanmışlar ve bireylerin bir bütün olarak değerlendirilmesini zorlaştırmıştır. Uzmanlaşmış sağlık bakımı ayrışmamış sorunlar ile başvuran bireylere bakım vermekte yetersiz kalmıştır (4). Hastalıkların tedavisi için çok sayıda uzmanlık alanı gelişirken hastayı merkeze alan bir uzmanlık alanı ihtiyacı doğmasıyla 1923 yılında Francis Weld Peabody tarafından hızla genel tababete dönülmesi gerektiği bildirmiştir (5).

Ancak 1950' lere kadar uzmanlaşma eğilimi artmaya devam etmiş, 1960' ların başlarında bu eğilimi tersine çevirebilmek ve birinci basamaktaki hekim sayısının yetersizliği giderebilmek için yeni bir uzmanlığın yapılandırılması savunulmaya başlanmıştır. 1966' da bu yeni uzmanlık bir ay arayla yayınlanan iki ayrı raporda kabul görmüştür (6). İngiltere'de 1952'de Genel Pratisyenlik Akademisi (College of General Practitioners) kurulmuştur. Sonrasında Av-

rupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde birinci basamak hekimliğinin geliştirilmesinin gerekliliği anlaşılarak birinci basamak sağlık hizmetleri sunmak için mezuniyet öncesi tıp eğitiminden sonra özel eğitim alan birinci basamak hekimleri yetiştirilmeye başlanmıştır (4). 1961 yılında kabul edilen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair 224 sayılı yasa ile Türkiye'de yeni bir sağlık hizmeti sunum örgütlenmesi başlatılmıştır. Bu sistem birinci basamağı sağlık hizmetinin merkezine yerleştiren ve sevk zincirini ön planda tutan bir bakış açısına sahip olmasına rağmen gerek yetişmiş uzman hekim yetersizliği gerekse sağlık hizmet arayışının farklı olması gibi nedenlerle istenilen başarıya ulaşamamıştır. Ülkemizde birincil bakımın bu alanda uzman hekimlerce verilmesi amacıyla tıp fakültelerinde anabilim dalları kurulmaya başlamıştır. Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak 1983'de Tababet Uzmanlık Tüzüğüne girmiştir. Üniversitelerdeki akademik kadrolara yansıması ise 1993-1994 yıllarındadır. Aile hekimliği uzmanlığında mesleki örgütlenme ise 1990 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği' nin kurulmasıyla başlamıştır (4).

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 belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri tanımlar (7). WONCA Avrupa' nın tanımına göre Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği; kendine has eğitim içeriği, araştırmaları olan klinik uygulamaları kanıta dayalı olarak ele alan, birinci basamak sağlık hizmeti odaklı akademik ve bilimsel bir klinik uzmanlıktır (8).

Genel Pratisyenlik ve Aile Hekimliği dünyada birlikte ve aynı anlamda kullanılsa da esas anlatılmak istenen, mezuniyet öncesi tıp eğitimi sonrası birinci basamağa özgü uzmanlık eğitimi almış hekimlerdir. Ancak günümüzde ülkemizde mezuniyet öncesi tıp eğitimini tamamladıktan sonra da aile hekimi olarak çalışılabilmektedir (9).

Aile hekimliği disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımlanması, sahip olmaları gereken çekirdek yeterlikleri de beraberinde gündeme getirmektedir. Çekirdek yeterlikler eğitime, araştırmaya ve kalite geliştirmeye yol göstermek amacı güderler ve dikkatli bakıldığında hasta bakımında her birinin iç içe olduğu görülmektedir. Bu yeterlilikler altı tanedir.

Birinci basamak yönetimi, hastayla ilk karşılaşmayı yönetebilme becerisi ve ihtiyaç duyulduğunda, birinci basamak ile diğer uzmanlıklar arasında hasta bakımının koordinasyonu ve

bakımın etkili ve uygun sürdürülmesini sağlamak suretiyle gerektiğinde hasta savunuculuğu rolünü üstlenmek olarak tanımlanabilir.

Kişi merkezli yaklaşımda hastaların birinci basamak değerlendirmesi yapılmasıyla, hastaların gereksinimleri doğrultusunda problemlerle ilgilenirken kişiyi ve ihtiyaçlarını merkeze alan bir yaklaşımla etkili, uzun süreli ve güvene dayalı bir doktor hasta ilişkisini sağlamak esastır.

Özgün problem çözme becerisi, toplumdaki hastalıkların prevalans ve insidansı bilgilerinden yararlanarak ayrışmamış hastalarda ve erken evredeki durumlarda özgün karar verme mekanizmasıyla birinci basamağa özgü bir tutum ve bir diğer çekirdek yeterlilik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kapsamlı yaklaşımda kişideki akut ve kronik sağlık problemlerini eş zamanlı olarak ele almak, uygun stratejiler kullanarak sağlığın korunmasını sağlamak esastır.

Toplum yönelimli bakım birey ve toplumun sağlık gereksinimlerini dengeli bir şekilde ulaşılabilir kaynaklarla sağlamak olarak ifade edilebilir.

Bütüncül model ise biyopsikososyal, kültürel ve varoluşsal yaklaşımı esas alarak hasta bakımını sürdürmektir (8).

Aile hekimliği bu bahsedilen çekirdek yeterlilikler göz önüne alındığında ve tanım gereği ayrışmamış hastalarla uğraşan ve ilgilendiği yaş grubu çok geniş olan bir uzmanlık dalı olması nedeniyle özelliklidir.

KANITA DAYALI TIP VE KILAVUZLAR

Kanıta dayalı tıbbı mevcut en iyi kanıtın hastaların bakımı konusunda kararlar verilmesinde vicdanlı, açık ve mantıklı kullanılması olarak ifade etmek mümkündür (10). Klinik kararların kalitesini artırmada; veri arama becerileri, en iyi kanıtların seçilmesi ve uygulanması yeteneğini geliştirmeyi hedefleyen bir olgudur. Ayrıca, güncel ve güvenilir bilimsel kanıtlardan elde edilen verilerden faydalanarak objektif klinik karar vermede klinisyenlere yol gösterir. Öznel yargı ve güncel olmayan verilerden kaynaklanan çıkarım hatalarını en aza indirmeyi hedefler (11). Klinik kararların temeli olarak en güncel araştırma bulgularını sistematik olarak bulmak, değerlendirmek ve hasta bakımına uygulamak sürecinde tedavi ve hasta ile ilgili diğer uygulamalar hakkında sorular sorulur, bunları yanıtlayacak anlamlı veriler bulunur, onlara değer biçilir ve bunlar günlük klinik uygulamaları düzenlemek için kullanılır (12).

Kanıta dayalı tıp ilk olarak 1980'de Kanada McMaster Tıp Okulu'nda ortaya çıkmış bir kavramdır (11). Birkaç yıl sonrasında Haynes ve ark. tanımı güncellemişlerdir. Tanıma hastanın tercihleri ve ortaya konan önerileri kabul etmesi gibi faktörleri eklenmesiyle sürece hastanın dâhil edilmesi sağlanmıştır (13).

Kanıta dayalı tıp bireysel klinik uzmanlığı, sistematik araştırmalardan elde edilen en iyi harici klinik kanıtlarla birleştirir (13). Eskiden beri uygulanmakta olan geleneksel tıp sisteminde hekimin mesleki birikimi ana bilgi kaynağıdır. Kanıta dayalı tıp, bilgi ve kanıtlara birincil bilgi kaynakları yayınlanır yayınlanmaz hemen ulaşmayı hedefler. Böylece bilgilerin daha erken uygulamaya sokulması, hekimler ve sağlık hizmet planlayıcıları tarafından hastaların ve toplumun yararına kullanılması gecikmeden mümkün olur. Ancak bu durumun hastaları ve toplumu, yeni araç ve yöntemlerin taşıdığı ve bir süre sonra ortaya çıkabilecek risklere maruz bırakma gibi olumsuz yönü de vardır (12).

Kanıta dayalı tıpta klinik deneyimi daha fazla olan klinisyenlerin deneyimlerini genç meslektaşlarına sistematik bir biçimde aktarmaları önemlidir. Hastalıkların fizyopatolojisinin ve fizik muayenenin göz ardı edilmeksizin, hekimin deneyiminden yararlanarak hastanın değerlendirilmesini içermekte ve hasta ile diyalog kurulmasını gerektirmektedir. Ulaşılan kanıtların en geçerli ve güvenilir kanıtlar olup olmadığını incelemek kanıta dayalı tıbbın konusudur (14).

Kanıta dayalı tıp uygulamasını 5 aşamada ele almak mümkündür. Bu aşamalar; klinik sorunun ortaya konması, tedavi programının belirlenmesi için uygun sorular oluşturulması, soruların yanıtının güncel veri tabanlarında araştırılması, kanıtın konuyla ilgisi ve uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi, değerlendirilen kanıtların klinik uygulamadaki karara entegre edilmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi olarak özetlenebilir (12, 13).

Kanıta dayalı tıpta temel hedef en etkili müdahale seçeneklerinin belirlenmesiyle sağlık hizmeti sonuçlarını iyileştirmektir (11). Kanıta dayalı tıp temel olarak eleştirel değerlendirme, sistematik derlemelerin geliştirilmesi ve klinik uygulama kılavuzlarına odaklanmıştır. Ayrıca sistematik incelemeler ve klinik uygulama kılavuzları oluşturmak için yöntemler ve teknikler geliştirerek tıp uygulamasında gelişime katkıda bulunmuştur (15).

Kanıta dayalı tıp uygulamalarının somut hali olarak tanımlanan kılavuzlar hekimlerin klinik karar verme sürecine katkıda bulunma özellikleriyle sürekli mesleki gelişime ve kalite iyileştirmeye de imkân sağlarlar. Bunların yanı sıra klinik uygulamalardaki farklılıkların sağlık

hizmeti kalitesini etkilemesi ve sunulan sağlık hizmetini zora sokabilme riskine karşı bu farklılıkların azaltılmasında da büyük rol alırlar (16). Kılavuzlar hasta bakımını en iyi hale getirmek için sistematik araştırmaya dayalı kanıtlardan ve alternatif bakım seçeneklerinin yarar ve zararlarının değerlendirilmelerinden oluşan öneriler içerir (17).

Kılavuzların ilk ortaya çıkışı, klinik durumların uygun şekilde yönetilmesi veya tedavi endikasyonlarıyla ilgili olarak belli kuruluşlarca ortaya konan resmi beyanlar şeklinde olmuştur(18). Başlangıçta belli kurallara bağlı olmayan görüş birliği şeklinde öneriler içerir şekilde olan kılavuzlar 1980' lere yaklaştıkça kanıt derecesinin kılavuzlardaki önerilerle arasındaki ilişki kurulmasına yönelik çalışmalar öne çıkmıştır ve çeşitli sınıflamalar yapılmıştır (19).

Kanıta dayalı tıptaki kanıt piramidinde artan sırayla; in-vitro araştırmalar, hayvan deneyleri, olgu sunumları, olgu serileri, vaka-kontrol, kohort ve randomize kontrollü çalışmalar ve meta-analizler yer alır (14, 20). Kanıtın düzeyini çalışma türünün yanı sıra başka parametrelerle değerlendiren GRADE yaklaşımı (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) bir diğer örnektir (21).

Tıp alanındaki bilginin hızlı artışına paralel olarak tıbbi bilginin yayınlandığı bilgi kaynakları, kılavuzlar daha dâhil olmak üzere çeşitlilik göstermiştir. Özellikle internet kullanımının yaygınlaşması ile birlikte tıbbi bilginin internet üzerinden zaman ve mekân sınırlaması olmadan erişi mi sağlanması, literatürün sürekli artması, bilginin yarı ömrünün 2-3 yıl gibi bir süreye inmesi söz konusu olmuştur (1).

Günümüzde sağlık hizmetinde en büyük zorluklarından biri de bilgi çevirisidir. Bu süreç; mevcut en iyi kanıtların klinik uygulamaya alınmasını artırmak olarak ifade edilebilir. Artan literatür ve kılavuz sayıları klinisyenlerin mevcut en iyi kanıtları kullanmasını zorlaştırmakta ve arama ve erişim becerileri geliştirmelerini gerektirmektedir. Klinik çalışmalardan kazanılan bilginin giderek artması nedeniyle bilgi çevirisi daha zor hale gelmiştir (22). Kılavuzlar, birçok ülkede kalite iyileştirmenin temel dayanaklarından biri olarak görülmektedir ancak bunların klinikteki uygulama düzeyleri değişkendir (15). İyi kanıtların klinik uygulamaya kolayca kabul edilmemesinin birçok nedeni vardır (22).

Kanıta dayalı tıbbın ve kılavuzların bahsedilen yararlarına rağmen uygulamaya yansımasında bazı engeller söz konusudur (23). Bilgi eksikliği, alışkanlık sahibi olmama, önerilere katılmama başlıca engeller arasında yer almaktadır (24). Kanıtların uygulamaya aktarılmasındaki aksaklıklar kanıtın kendisinin özelliklerinden kaynaklı olabileceği gibi hasta, sağlık ekibi,

kurum veya daha geniş bir çevre düzeyinde gerçekleşebilen faktörlerden de kaynaklanabilir. Kanıtların kendisinden kaynaklı faktörler uygulamaya konulup konulmadığı üzerinde etkili olabilir. Örneğin; değişim kolaysa uygulamayı değiştirmek daha kolaydır. Değişiklik daha karmaşıksa veya daha iyi işbirliği veya organizasyonel değişiklikler gerektiriyorsa, benimsenmesi daha zordur (22).

Kanıta dayalı tıp yaklaşımında sadece en güncel ve güçlü kanıtlara ulaşmak yeterli değildir. Önemli olan bu kanıtları eleştirel olarak değerlendirmek ve bu doğrultuda davranış değişikliği oluşturabilmektir (11). Kullanıcının kaynaklarının tasarımına ve geliştirilmesine dâhil edilmesinin kritik önemi ile insan faktörü ve kullanışlılığın başvuruyu artırmak için kullanıcı tercihleri anlaşılarak tasarlanması ve geliştirilmesinin önemi literatürde vurgulanmıştır (25).

Hekimlerin bu konudaki bilgisi ve tutumları kanıta dayalı tıbbın klinik pratiğe yansımasındaki en kritik faktör olarak gören çalışmalar dikkat çekmektedir (13).

KILAVUZ GELİŞTİRME SÜRECİ VE KILAVUZLARA BAKIŞ

Kılavuzlar tüm dünyada çeşitli bakanlıklar, uluslararası rehber ağları ve sivil toplum kuruluşları tarafından üç yöntem kullanılarak geliştirildiği karşımıza çıkmaktadır.

Bunlardan ilki de novo rehber geliştirme, daha önce üzerinde herhangi bir rehberin geliştirilmediği ya da oluşturulmuş bir rehberdeki kanıtların artık o hastalık için yetersiz kaldığı durumlarda, araştırılan konu ile ilgili uzmanların deneyimlerinden veya başka kaynaklardan bulunan kanıtlardan derlenerek en baştan rehber oluşturma işlemi olarak ifade edilebilir. De novo yöntem ile geliştirilirken temelde belli basamaklardan geçilir. Kılavuz için konu ve çalışma grubu belirlenmesi, kanıtların belirlenmesi ve önerilerin oluşturulması, taslak rehber oluşturularak dış görüşe sunulması, nihai rehber yayınlanması, hedef kitleye ulaştırılması ve kullanılması sağlanması aşamalarından sonra tekrar değerlendirilerek güncellenir.

Bir diğer yöntem ise kılavuzun aynen benimsenmesi/doğrudan tercümedir. Bir ülkede bir konu ile ilgili bir rehbere ihtiyaç duyulduğunda o konu ile ilgili daha önce hazırlanmış olan bir başka rehberin kalitesi, geçerliliği ve güvenilirliğini kabul ederek kullanmak ya da bu rehberi oluşturmak isteyen ülkenin o rehberi birebir tercümesi yöntemine verilen isimdir. Rehber geliştirme yöntemleri arasında zaman, maliyet ve iş gücü anlamında en tasarruflu olan rehber tercümesi yöntemi birçok ülkede sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak kılavuzun tercümesi yönteminde tercüme edilmesinde karar verilen rehberlerin kalitesinin, geçerlilik ve güvenilirliğinin

kabul edilmesi gereklidir. Tercüme edilecek rehber içindeki tüm öneriler adım adım değerlendirilerek rehberin önerilerinin kabul edilmesi önemlidir (17).

Ya da bir diğer yöntem olarak rehberin adaptasyonu yapılabilir. Daha önce oluşturulmuş olan rehberlerin farklı bir kültürel ortamda/ülkede ve/veya kuruluşta farklı şartlarda uygulanması için kültürel ya da konu ile ilgili diğer farklılıklar göz önünde bulundurularak modifikasyonu yöntemidir. Rehber adaptasyonu henüz çoğu ülke ve kurum/kuruluş için yeni bir kavramdır. Çoğu kurum ve kuruluş, çok daha kısa sürede daha fazla klinik uygulama rehberi üretmek arzusundadır. Mevcut rehberlerin avantajından yararlanmak ve bu rehber çoğaltma çabasını azaltmak için; rehber adaptasyonu, diğer rehber geliştirme yöntemlerine alternatif olarak önerilmektedir.

Dünya genelinde rehberlerin büyük çoğunluğu rehberin doğrudan tercümesi yöntemi ile geliştirilmektedir. Bunun nedeni, tercüme rehberlerin zaman, maliyet ve iş gücü anlamında en tasarruflu olan rehber geliştirme yöntemi olmasıdır. Başka ülke ya da kurum/kuruluşta üzerinde zaten gerekli çalışmaların yapılmış olduğu bir rehberi tüm içeriği ile kabul edip kullanmak ya da kullanılacak ülkeye tercüme etmek, eğer şartlar uygunsa, rehberin içeriği tüm ihtiyacı karşılıyorsa ve zaman kısıtlılığı varsa tercih edilebilecek yöntem olabilir. Tercüme rehberlerin dezavantajları da vardır. Bunlar arasında başka bir ülke, kurum ya da kuruluş tarafından oluşturulmuş bir rehberin direk tercümesi sonucu oluşan rehberlerin, hedef kullanıcı tarafından günlük pratikte kullanımında gerek kültürel gerek diğer faktörlerdeki farklılıklardan dolayı uygulama sıkıntısı sayılabilir (15).

Kılavuzların yararlı olmasının kalitesine bağlı olduğu görüşünün önem kazanmasıyla kılavuzları değerlendirmek amaçlı yapılan çalışmalar ön plana çıkmıştır (26). Bu kılavuzların hedef kitlesi tarafından kullanım durumları ya da GRADE gibi değerlendirme yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalar mevcuttur. Yurt dışında kılavuzların kanıt düzeyini değerlendiren ve birbiriyle karşılaştıran çalışmalara bir örnek 2019 yılında Avusturalya' da kılavuzların kanıta dayalı olma açısından değerlendirilmesi amaçlı yapılan, klinik pratik rehberleri veri bankasından 10 en sık ölüm nedeni ile ilgili kılavuzlara ulaşılarak yapılan çalışmadır. GRADE yöntemine uygun olanlar seçilerek 10 rehber üzerinden çalışma yapılarak kanıt düzeyleri araştırılmıştır (27).

Kanıta dayalı tıp uygulamaları ortaya çıktığından bu yana önemi giderek artmasına rağmen tıbbi müdahalelerin yalnızca %15'inin kanıta dayalı olduğu ve kanıtlara ulaşmak isteyen

hekimin karşı karşıya kaldığı bilgi yoğunluğunda bilimsel özenli sonuçları olan çalışmaları ayırmalarındaki zorluk göz ardı edilemez (17).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı' nın oluşturduğu kılavuzlar da kronik hastalıklar, koruyucu hekimlik, bulaşıcı hastalıklar, izlemler gibi çeşitli konularda çok sayıdadır (28-30).

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı kılavuz örnekleri (Hastalık yönetimi ile ilgili kılavuzlar) (28)

	REHBER ADI	SAYFA	YIL
BULAŞICI HASTALIK	Bulaşıcı hastalıklarla mücadele saha rehberi	85	2018
	Kuduz profilaksi rehberi	43	2019
	Sıtma vaka yönetim rehberi	60	2019
	Tüberküloz tanı ve tedavi rehberi	366	2019
	Tularemi saha rehberi	48	2011
GENEL TIP	Birinci basamağa yönelik tanı tedavi rehberi	335-149	2003-2012 revize
GERİYATRİ	Yaşlı sağlığı tanı ve tedavi rehberleri	464	2010
KRONİK HASTALIK	Birinci basamak sağlık kuruluşları tip 1 diyabet rehberi	105	2018
	Çölyak hastalığında aile hekimleri için tanı tedavi	42	2019
	Birinci basamak sağlık kuruluşları obezite ve diyabet klinik rehber	260	2017

Tablo 2. Sağlık Bakanlığı kılavuz örnekleri (Koruyucu hekimlik ile ilgili kılavuzlar) (28)

	REHBER ADI	SAYFA	YIL
BESLENME	Kan şekerini etkileyen besinler	16	2008
	Otizm spektrum bozukluğu olan bireylerde beslenme önerileri	31	2019
ÇOCUK İZLEM	Bebek ve çocuk izlem protokolleri	96	2018
	Ulusal görme taraması rehberi	11	2019
	D vitamini desteği rehberi	3	2018
EGZERSİZ	Çocuk ve ergenlerde kronik hastalıklarda fiziksel aktivite rehberi	272	2018
	Erişkinde kronik hastalıklarda fiziksel aktivite rehberi	288	2018
AİLE PLANLAMASI	Aile planlaması danışmanlığı için resimli rehber	52	2010
	Evlilik öncesi danışmanlık rehberi	124	2014
	Evlilik öncesi hemoglobinopati tarama rehberi	9	2018
GEBELİK	Acil obstetrik bakım rehberi	68	2009
	Doğum öncesi bakım yönetim rehberi	44	2014
	Doğum sonu bakım yönetim rehberi	52	2009
	Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi	68	2010
	Gebelik ve doğumda komplikasyon yönetimi(WHO)	387	2003
	Riskli gebelik yönetim rehberi	86	2014
PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ	Aile hekimliği uygulamasında periyodik sağlık muayeneleri	98	2015
BAĞIMLILIK	Madde bağımlılığı tanı ve tedavi rehberi	322	2012
ZEHİRLENMELER	Birinci basamağa yönelik zehirlenmeler tanı ve tedavi rehberi	282	2007

Sağlık Bakanlığı' nın oluşturduğu kılavuzlardan bir diğeri de Aralık 2019 da Çin' de daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs tanımlanmasıyla sonrası süreçte tüm dünyada ve ülkemizde temel gündem maddesi olan COVID-19 konusundadır. 10 Ocak 2020

de Sağlık Bakanlığı koordinesinde, Koronavirüs Bilim Kurulu ve Operasyon Merkezi kurularak 14 Ocak 2020'de; hastalıkla ilgili bilgilerin tek elden toplanabilmesine yönelik, COVID-19 rehberi hazırlanmıştır (31). Bu rehber 11 Mart' ta kullanıma sunulmuş ve 1 Haziran tarihine kadar beş kez güncellenmiştir (9, 27).

KILAVUZLARIN GELECEĞİ VE YAPAY ZEKÂ

Kanıta dayalı tıp uygulamalarına ulaşma yöntemlerinin de teknolojinin gelişmesiyle çeşitlilik göstermesiyle kılavuzlara ulaşılabilecek veri tabanları, akıllı telefon uygulamaları, karar destek sistemleri gibi birçok farklı konu gündemdedir.

Bu gelişmelerle birçok kılavuzu hastalık ya da belirti ismi ile arama yapmanın mümkün olduğu veri tabanları yaygınlaşmıştır (32). Günümüzde birçok veri tabanına ve kılavuza akıllı telefon uygulamalarıyla ulaşmak mümkündür (33-35).

Bilişim sistemlerindeki gelişime paralel olarak, yüksek kalitede etkileyici özellikte ürünler ortaya çıkmıştır. Örnek olarak; tıbbi cihazlara birçok karar destek cihazları entegre edilmiş ve alanın uzmanı kullanıcılarına veriyi yorumlama ve görselleştirme imkânı sağlamıştır (31).

Tüm bu gelişmelerin hekimlere klinik karar vermede destek olacağı görüşü yanı sıra kanıta dayalı tıbbın karşı karşıya kaldığı hekimlerin özgür karar vermesinde etkisi ve yapay zekânın tıptaki uygulama alanlarına yönelik soruları da beraberinde getirmiştir (14, 36).

Klinisyenler ve akademisyenler bilgisayarların hayatımıza girmesiyle klinik karar vermede hayatımızda yer alacağını öngörmüşlerdir. Literatürde bu konuyla ilgili ilk çalışma yaklaşık 60 yıl önce yayınlanmış ve bilişim alanının önde gelen konularında olmaya devam etmiştir (36). İnsan zekâsı öğrenme yeteneği yaşantılarından ve alışılmadık durumlarla mücadele yeteneğinden geliyorsa, yapay zekâ yüksek düzeyde verileri işleme yönüyle öğrenmenin farklılaştığı söylenebilir (31). Kanıta dayalı tıbbın temeli, mevcut bilgi veri tabanından kalıplar geliştirerek klinik korelasyonlar ve öngörüler oluşturmaktır. Bilgisayarlar bir hastayı teşhis etme sanatını temel olarak akış şemaları ve veri tabanı yaklaşımı ile öğrenir (32).

Yeni veri analiz yöntemlerinin (tıpta yapay zeka, derin öğrenme gibi..) büyük ve karmaşık veri kümelerinin yorumlanmasında faydalı olacağını belirten literatürü baz alarak klinisyenlerin klinik karar destek sistemlerinin interaktif olarak kullanabilmesine olanak sağlayan

sistemler tasarlanmaya başlamıştır (32). Ancak yapay zekâdan destek alan karar destek sistemlerinin derin öğrenme gibi yöntemlerle geliştirilmiş olması bu konuda klinik pratiğin karmaşık doğasından kaynaklı güvenilirlik ve uyum gibi konularda zorluklar ortaya çıkmasına neden olmuştur (36).

Teknolojinin tıbba dâhil olması, tıbbi karar destek sistemlerinden, hasta kayıtlarını tutmaya kadar tıbbi cihazlardaki yazılımlara klinik karar verme ve kılavuzlara ulaşıma kadar dâhil olmuştur (32). Muayene randevularının planlanması, tıbbi kayıtların dijitalleştirilmesi, çocuk ve gebe için takip randevuları için hatırlatma çağrıları, çoklu ilaç reçete edilmesinde doz algoritmaları ve yan etki uyarılarına kadar birçok alanda yapay zekâ ve yazılımların kullanılması mümkün olmaktadır (37). IBM'in Watson Health uygulamasından, kalp hastalığı ve kanser semptomlarını etkili bir şekilde tanımlayan bir program olarak bahsedilmektedir. Stanford Üniversitesi' nin oluşturduğu yapay zekâ destekli bir program tek başına yaşayan yaşlılarda ve yoğun bakım hastalarında olası davranışsal değişiklikleri algılayan konfor destek sistemi olarak tanımlanmıştır (33).

Yapay zekânın tıpta tanı, izlem ve tedaviler konusunda uygulamalarıyla gelecekte önem kazanacağı görüşü hâkimdir. Birinci basamak hekimleri de tıp alanındaki ilerlemelerin gelecekte tıp dünyasının yönelimlerine uyum sağlama sürecinde rol alacaklardır. Yapay zekânın etkin kullanılması, eğitimli birinci basamak hekimlerinin teknoloji ve insan gücü arasında karşılıklı olarak yararlı bir denge kurma yönündeki çabaları açısından önem taşıyacaktır (37).

Bu gelişmeler ışığında; doğrudan olmasa da kanıta dayalı tıp uygulamaları ve kılavuzlar konusunda da teknoloji ve yapay zekânın etkileri ve gelecekteki gelişmeler açısından dünyada ve ülkemizde kılavuzların gelişimi ve klinik karar alma sürecinde rol alacağı söylenebilir.

BİRİNCİ BASAMAK YAKLAŞIMI VE KILAVUZLAR

Aile hekimliğinde, kılavuz kullanıma engel olabilecek faktörler göze çarpmaktadır (24). Bu faktörlerin bir kısmı diğer klinisyenlerle benzer olmakla birlikte önemli bir kısmı da disiplinin özgün yapısından kaynaklıdır (38).

Mevcut klinik çalışmaların çoğu, sıkı kontrollü ve hastalığı merkeze alan kohort çalışmalarından oluşmakta ve kılavuzlar da bu çalışmaları temel alarak oluşturulmaktadır (27). Birinci basamak açısından ele alındığında gerçek popülasyon için tipik olmayan yüksek oranda seçilmiş popülasyonlardan elde edilen kanıtlara dayanır (28). Geriyatrik popülasyonda kronik

hastalık prevalansı yüksek olması nedeniyle kılavuz önerilerinin en olası hedeflerindendir. Ancak; belli yaş üstü bireylerin çalışma dışı kaldığı durumları birinci basamağa uygulanmasında engel oluşturulabileceği akla gelmektedir (28). Hastalığı merkeze alan kılavuzlar, karar verme süreci ve hasta bakımı hastanın bir bütün olarak ihtiyaçlarını anlamada yetersiz kalabileceği kaygısını ortaya çıkarmaktadır (29).

Hastalar genelde birinci basamağa tek bir klinik problemle başvurmazlar (27). Multimorbidite kılavuzların karşılaştığı en büyük zorluklardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (28). Mevcut yönergeler, tedavi önerilerinin ve bireysel faktörlerin insanlar üzerindeki kümülatif etkisini dikkate almak veya göreceli yararların veya risklerin karşılaştırılması için tasarlanmamıştır (28).

Bütüncül yaklaşım bireyin sağlığına etki eden biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal bileşenleri derinlemesine anlamak ve bunlar arasındaki etkileşimin anlaşılarak karmaşık durumların yönetilmesine olanak tanır. Hasta merkezli yaklaşım ise bireyin klinik durumu hakkında karar verirken doktor ve hastanın ortaklaşa hareket etmesi olarak özetlenebilir (27). Hastayı daha geniş bir bakış açısıyla değerlendirmesi gereken ve bütüncül yaklaşım ve hasta merkezli bakım gibi ilkeleri de bünyesinde barındıran aile hekimliği açısından birinci basamakta karşılaş2ılan sorunların birçoğu hakkında araştırma sayısının azlığı da söz konusudur (38).

Kılavuzları bir performans ölçütü olarak algılanmasının hasta merkezli yaklaşımı çarpıtabileceği kaygısı da diğer bir kaçınma nedeni olarak bahsedilmiştir (24).

Sağlık sistemine giriş noktası olma özelliği disiplinin bir diğer özgün yanı olarak karşımıza çıkar. Kapı tutuculuk; birinci basamak hekimlerinin hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarına başvurularını kontrol etme yetkisine sahip olması ve hastaların her türlü sağlık sorunlarında ilk olarak genel pratisyen hekime başvurması, karmaşık ya da çözülemeyen durumlarda ilgili branş hekimine sevk edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Birinci basamak hekimleri sadece hastanın sevk edilmesinden veya hastaya ilk hizmeti vermekten sorumlu olmayıp, ayrıca hastasının sevk sonrası sürecini takip ederek izlemini de gerçekleştirmektedir. Bu durum, birinci basamak hekimine, hastasının sağlık sisteminde birinci basamak dışındaki diğer aşamalarda hizmet kullanımını da kontrol etme imkânı sağlamaktadır (39).

Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım vermekle sorumlu kişisel doktorlardır. Sağlığın korunması ve

geliştirilmesi, rehabilitasyon ve tedavi ile ilgili sağlık hizmetlerini bir bütün olarak sunmaktadır. Bütün bunlar göz önüne alındığında aile hekiminin sınırlı bir nüfusa sağlık hizmeti vermesine rağmen hizmet kapsamı oldukça geniştir (40).

Aile hekimleri, bilimsel bir yaklaşımı sürdürürken ve karşılıklı olarak uyumlu çözümlere ulaşmak için başvuran bireylerle iletişim kurarken kararları hızlı bir şekilde almalıdır (41). Sağlık hizmetlerinin çeşitliliği nedeniyle, kanıta dayalı ve doğru klinik uygulamaların gerçekleştirilmesi için karşılaşılabilecek tıbbi durumlarla ilgili daha fazla kaynağa ihtiyaç duyulacaktır. Bu nedenlerden dolayı uygulama rehberlerinin kanıta dayalı klinik uygulamalarda ve standartların korunmasında hekime yardımcı olması açısından, diğer uzmanlık alanlarına göre aile hekimleri için ayrıca önemli olduğu söylenebilir (40).

Bahsedilen özelliklerden de anlaşılacağı üzere aile hekimliği disiplinin mesleki bilgilerin güncellenmesi açısından özellikli ihtiyaçlara sahip olabileceği ve bu konuda çözüm arayışları olması makul görünmektedir.

Görev tanımı gereği; koruyucu hekimlik, sağlık eğitimi, sağlık danışmanlığı ve yönlendirme, birinci basamak tanı ve tedavi hizmeti, kronik hastalık takibi ve yönetimi, periyodik muayene, veri toplama gibi çeşitlilik gösteren sağlık hizmetlerini üstlenmesi nedeniyle özgündür. Aile hekimliği bu bahsedilen çekirdek yeterlilikler göz önüne alındığında ve ayrışmamış hastalarla ilgilenen ve geniş yaş grubu aralığına sağlık hizmeti sunan bir uzmanlık dalı olması nedeniyle özelliklidir.

Çalışmamız literatürdeki bu bilgiler ve aile hekimliğinin özgün yanları ışığında kılavuzların birinci basamak hekimlerinin kılavuz kullanımını olumsuz yönde etkileyebilecek olası faktörler ve bu konudaki çözüm önerilerine dikkat çekebilecek ‘ Nasıl bir kılavuz ihtiyaçlarınıza cevap verir?’ sorusuna cevap aramak amacıyla planlanmıştır. Kanıta dayalı tıbbın meslek hayatımıza getirdiği değişiklikler, hasta bakımında sağladığı kolaylıklar yanı sıra engeller ve uygulamalarımıza ne kadar yansıyabildiği araştırılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız oluşturulan anket formunun Edirne il merkezinde Aile Sağlığı Merkezleri' nde görev yapan aile hekimlerince cevaplandırması yoluyla yapılmış kesitsel ve tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır. Araştırma örneklemi; Edirne il merkezindeki ASM' lerde görev yapan aile hekimlerinden oluşmakta olup 53 kişidir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 52 kişi ile çalışma tamamlanmıştır.

Ülkemizde aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp hakkındaki görüşleri ve kılavuzların kullanımı ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalardan da yararlanılarak çalışmamız ve anketimiz planlanmıştır. Yapılan literatür araştırması sonucunda bulunan çalışmalar gözden geçirildiğinde kanıta dayalı tıp uygulamaları ile ilgili yapılmış birçok çalışma olduğu ancak bu çalışmaların özellikle güncel olanların çoğunlukla yurtdışı kaynaklı olduğu görülmüş ve hekimlerin biçimsel ve içerik olarak nasıl kılavuzlara ihtiyaç duydukları temel alınarak konuya özgün bir bakış açısı getirilmesine özen gösterilerek planlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda anketimiz; sosyodemografik veriler, kılavuz kullanım durumu, kılavuzlar hakkındaki fikirlerini almaya yönelik sorular olmak üzere üç kısımdan oluşmuştur.

Hekimlerin kullandıkları kılavuzları sorgulayan soruların nasıl olması gerektiği planlanırken yerli ve yabancı ulaşılabilen tüm kılavuzlar taranmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş kılavuzlar ise sınıflandırılmıştır (28). Çalışmada elde edilen veriler düzenlenirken ön çalışmalardan faydalanılmıştır.

Çok sayıda kılavuz olması ve katılımcıların etki altında kalmadan cevap verebilmeleri amacıyla, çoktan seçmeli soru oluşturmak yerine açık uçlu sorular ile çalışma tasarlanmış ve cevaplar sonrasında istatistik için uygun şekilde sınıflandırılmıştır.

İkinci kısımdaki sorular, klinik uygulamalarında kılavuzları ne kadar kullandıkları, hangi konularda, hasta bakımının hangi aşamalarında ihtiyaç duydukları ile ilgili sorulara yer verilmiştir. Bu sorular oluşturulurken mesleki tanımlardan ve Rakel Aile Hekimliği kitabının alt başlıklarından faydalanılarak hazırlanmıştır (6, 8, 9).

Üçüncü kısımdaki sorular iki ayrı alt tipte olup biri hekimlerin ihtiyaçları doğrultusunda olası yeni oluşturulacak kılavuzlar konusunda biçim ve içerik açısından fikirlerini almaya yönelik iki soru mevcuttur. Diğer gruptaki sorular ise; kılavuzlar konusundaki evet-hayır şeklinde cevaplanacak ifadelerden oluşturulmuştur. (Ek-3)

Anket Edirne il merkezindeki ASM' lerde çalışan hekimlere tamamen gönüllülük esasıyla yapılmıştır. Anket formu hekimlere ulaştırılmış ve cevaplamaları sağlanmıştır. Veri toplama sürecinde pandemi olması nedeniyle; kabul eden hekimlere anket formu online olarak ulaştırılmış, bu şekilde katılmakta zorluk çeken hekimlere basılı anket formu götürülerek anket yapılmıştır. Anketin giriş kısmında katılım onam formuna yer verilmiştir.

Veri toplama sürecinde pandemi olması nedeniyle zorluk çekilmiştir.

Çalışmada bağımlı ve bağımsız değişkenler kullanılmıştır. Bağımlı değişkenler; hekimlerin klinik uygulamalarında kılavuz kullanım tutum ve davranışları, kılavuzlarla ilgili fikirleri, bağımsız değişkenler ise hekimlerin cinsiyeti, meslek süreleri, unvanları ve günlük bakılan ortalama hasta sayısı, kayıtlı nüfuslarıdır.

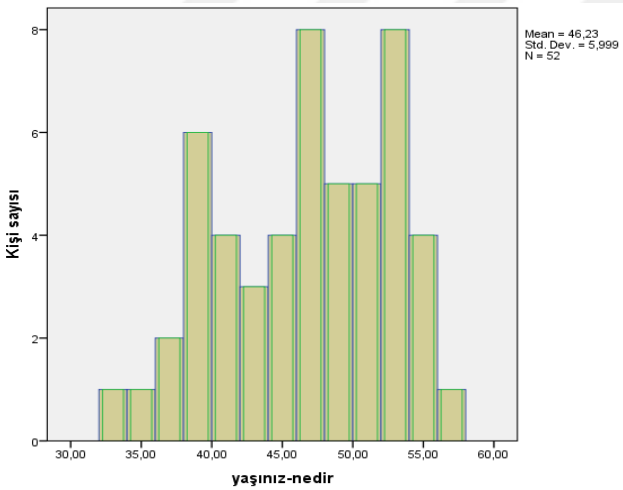
İstatistiksel analiz için SPSS 24.0 kullanılmıştır. İstatistiksel verilerin normal dağılıma uygunluğu araştırıldıktan sonra, gruplar arası kıyaslamalarda normal dağılıma uyuyorsa parametrik testler, uymuyorsa non-parametrik testlerin kullanılmış, ayrıca değişkenler arası ilişki araştırılırken Pearson ya da Spearman rho korelasyon analizlerinden uygun olanı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak aritmetik ortalama standart sapma, ortanca ve yüzdeler kullanıldı ve %95 güvenilirlik aralığında anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu 20.02.2020 tarihli TÜTF-BAEK 2020/33 protokol kodu ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek-1). Edirne Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Birinci Basamak Araştırma Komisyonu tarafından 2020/3 sayı ve karar numarasıyla çalışma yapılması uygun görülmüştür (Ek-2). Etik kurul onay yazısı ve bilgilendirme formu ekte sunulmuştur.

BULGULAR

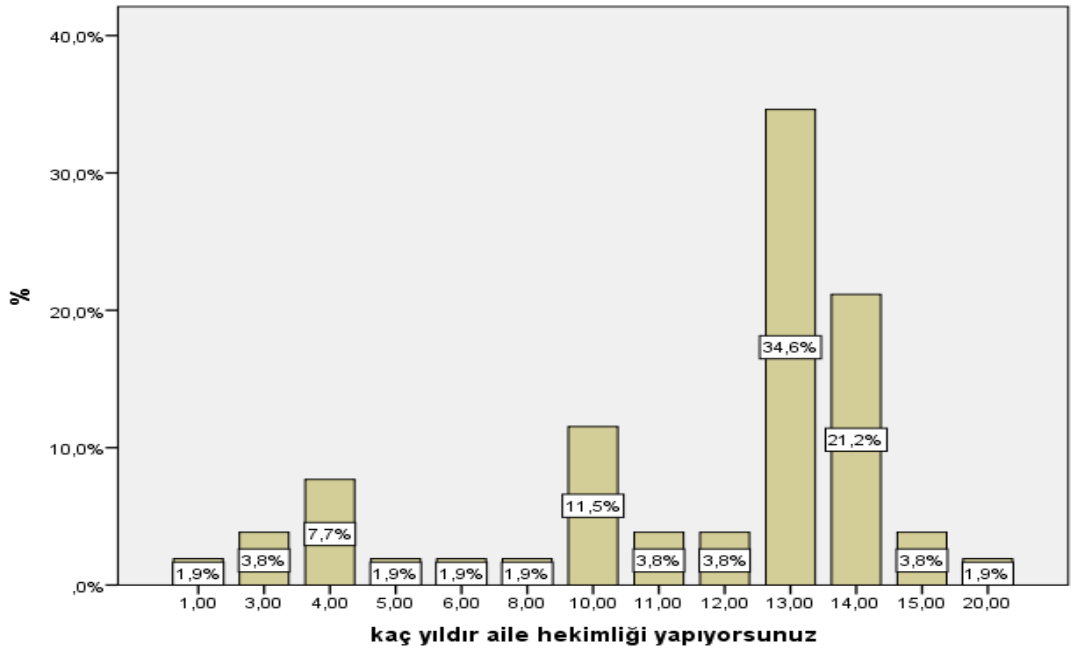
TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Bu araştırmaya Edirne il merkezinde aile hekimi olarak çalışan % 46,2' si kadın (n=24), % 53,8' i erkek (n=28) olmak üzere 52 hekim katılmıştır ve yaş ortalamaları 46,23 yıldır (standart sapma=5,99, minimum:33, maksimum=56). Çalışmaya katılan hekimlerin yaşlarının dağılımı Şekil 1' de gösterilmiştir.



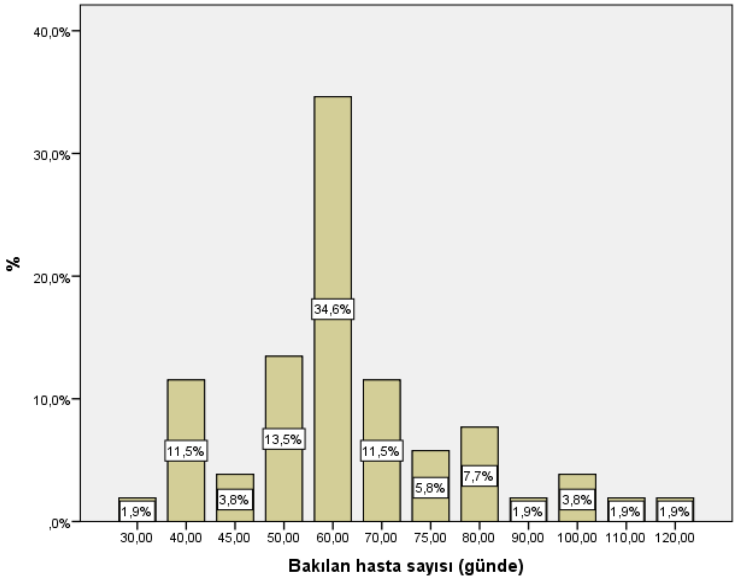
Şekil 1. Çalışmaya katılan hekimlerin yaş değişkeni grafiği

Araştırmamıza katılan hekimlerin aile hekimliği yaptığı süreye bakıldığında ortalama 11 yıldır. Dağılımı Şekil 2 de verilmiştir.

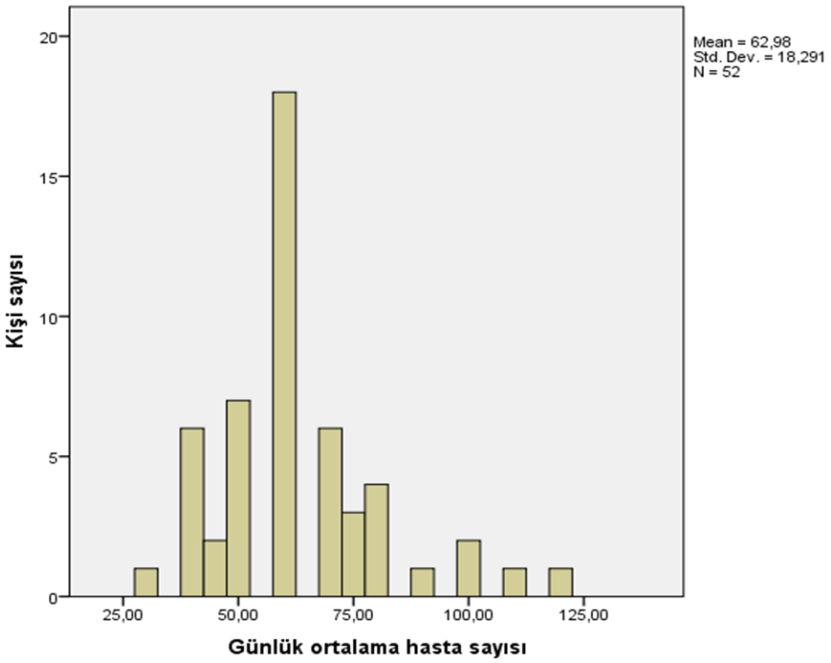


Şekil 2. Hekimlerin çalışma süreleri (yıl) grafiği

Hekimlerin günlük baktıkları ortalama hasta sayıları yüzde ve sayı olarak iki ayrı grafik şeklinde sunulmuştur. Katılımcıların günde baktıkları hasta sayısı ortalaması 62,98' dir. (standart sapma=18,291, minimum=30, maksimum=120).

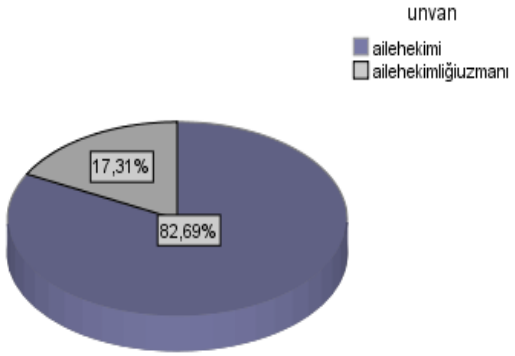


Şekil 3. Hekimlerin günlük hasta sayıları dağılımı (yüzde) grafiği

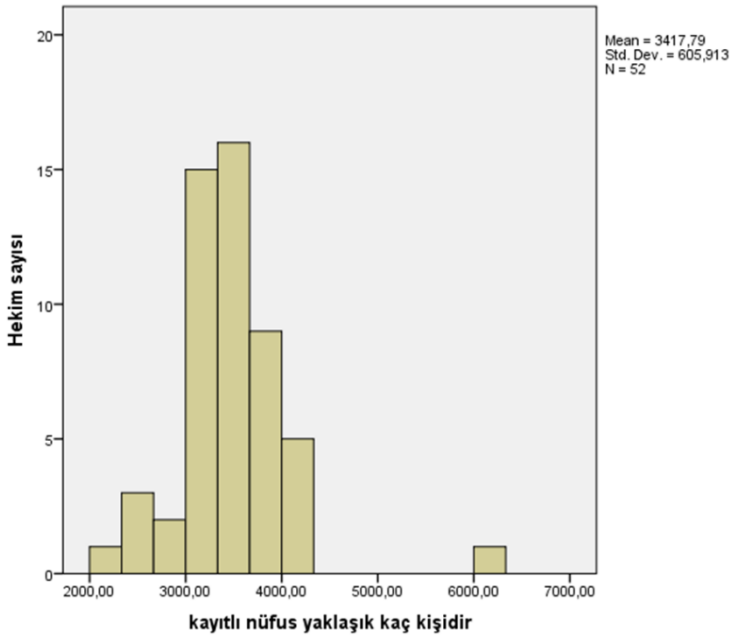


Şekil 4. Hekimlerin günlük hasta sayıları dağılımı (sayı)

Katılımcıların unvanları sorgulandığında %82,69'sının (n=43) aile hekimi, %17,31'inin (n=9) aile hekimliği uzmanı olduğu görülmüştür. Katılımcıların unvanları grafik olarak Şekil-5'te verilmiştir.



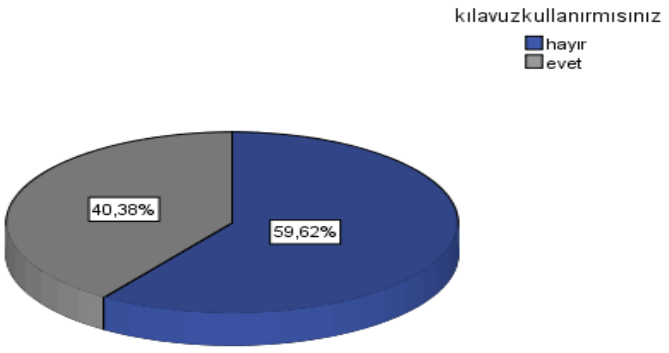
Şekil 5. Katılımcıların unvanları grafiği



Şekil 6. Hekimlere kayıtlı birey sayıları grafiği

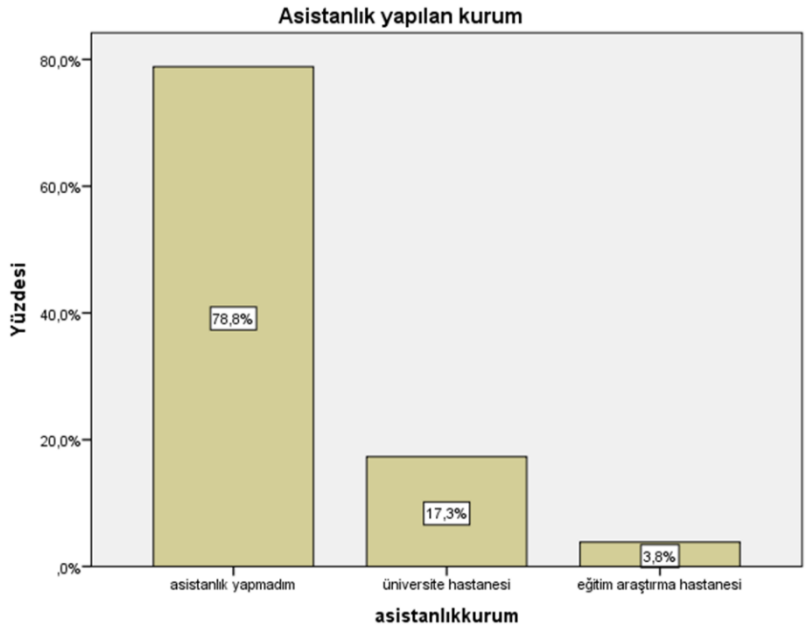
Çalışmaya katılan hekimlere kayıtlı nüfus ortalama 3417± 605 kişidir.

Katılımcılar 'Klinik uygulamalarınızda kılavuzlara başvurur musunuz?' sorusuna %59,62 (n=31) hayır, %40,38 (n=21) evet cevabı vermişlerdir. Araştırmamıza katılan hekimlerin klinik uygulamalarında kılavuz kullanma durumları Şekil 7 de grafik olarak gösterilmiştir.

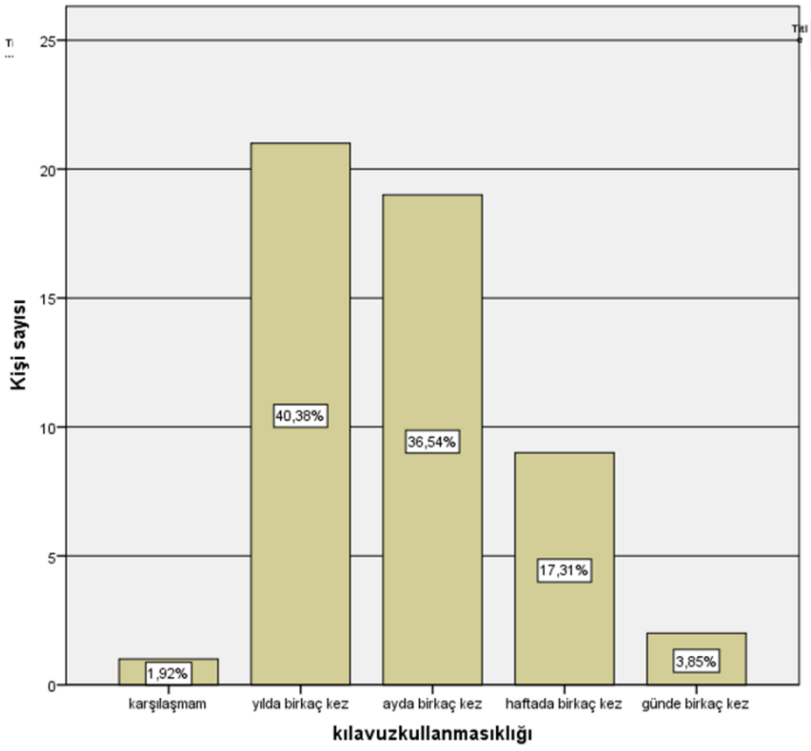


Şekil 7. Hekimlerin kılavuz kullanım oranları grafiği

Katılımcıların asistanlık yapma durumları Şekil 8' de sunulmuştur.



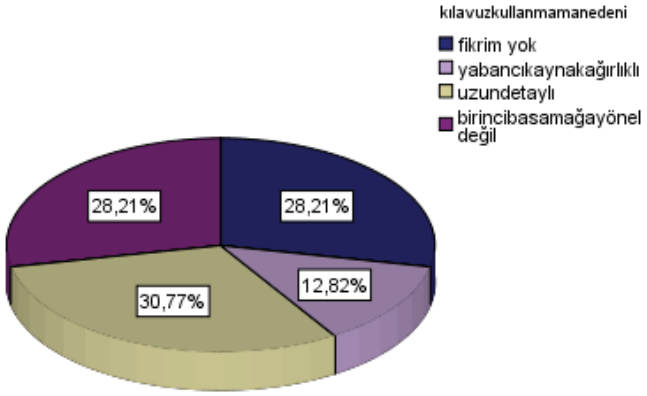
Şekil 8. Çalışmaya katılan hekimlerin asistanlık yaptığı kurum grafiği



Şekil 9. Hekimlerin kılavuz/ek kaynak kullanma sıklıkları

Hekimlerin kılavuz/ek kaynak kullanma sıklıkları ile ilgili sorduğumuz soruya %40,38’ i yılda birkaç kez, %36,54’ ü ayda birkaç kez, % 17,31’ i haftada birkaç kez olarak

cevap vermişlerdir. Karşılaşmam cevabı %1,92, günde birkaç kez cevabı ise %3,85 oranındadır.



Şekil 10. Çalışmaya katılan hekimlerin kılavuz kullanmama nedenleri grafiği

Çalışmaya katılan hekimlerin kılavuz kullanmama nedenleri arasında ise en yüksek oranda verilen cevap %30,77 ile uzun ve detaylı olmasıdır (Şekil 10).

Hekimlerin kılavuzlara başvurdukları branşlar Tablo 3' te belirtilmiştir.

Tablo 3. Hekimlerin en sık kılavuzlara başvurduğu branşlar

Hangi branşların kılavuzlarına başvurursunuz?	**n**	**%**
İç Hastalıkları	14	29,8
Pediatri	8	17
Kadın Hastalıkları ve Doğum	8	17
Kardiyoloji	5	10,6
Aile Hekimliği	4	8,5
Enfeksiyon Hastalıkları	4	8,5
Göğüs Hastalıkları	2	4,3
Dermatoloji	1	2,1
Psikiyatri	1	2,1
Toplam	47	100

Katılımcılar kullandıkları kılavuzları belirtmişlerdir. Bu kılavuzlar; Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu (42), Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği kılavuzları (43), Türk Diyabet Vakfı Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi (44), Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology) Dislipidemi Kılavuzu (45), JNC (America's Joint National Committee) Hipertansiyon Kılavuzu, Sağlık Bakanlığı rehberleri (29, 30), Türk Toraks Derneği Kılavuzları (46)' dır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların kullandığı kılavuzlar

Kılavuz adı	n	%
Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu	5	%13,9
Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Kılavuzları	4	%11,1
Türk Diyabet Vakfı Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi	3	%8,3
JNC Hipertansiyon Kılavuzu	3	%8,3
ESC Dislipidemi Kılavuzu	3	%8,3
Dünya Sağlık Örgütü Kılavuzları	3	%8,3
Sağlık Bakanlığı Periyodik Muayene Rehberi	2	%5,6
Sağlık Bakanlığı Bebek ve Çocuk İzlem Protokolleri	2	%5,6
SB Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi	2	%5,6
SB Aile Planlaması Danışmanlığı Rehberi	2	%5,6
SB Aşı Takvimi	2	%5,6
Türk Hematoloji Derneği B12 Vitamin Eksikliği Tanı ve Tedavi Kılavuzu	2	%5,6
SB Acil Obstetrik Bakım Rehberi	1	%2,8
Türk Toraks Derneği Astım Rehberi	1	%2,8
TTD Pnömoni Rehberi	1	%2,8
TOPLAM	36	%100

'Kullandığınız kılavuzun güçlü ve zayıf yönleri nelerdir?' sorusuna güçlü yanlarında en yüksek oranda verilen kanıta dayalı olması cevabıdır (%11,5, n=6). Zayıf yanı olarak en yüksek oranda bireysel farklılıklar söz konusu olduğunda uygulanma zorluğu olarak cevap verilmiştir (%7,7, n=4).

Hangi tanıda hastaların değerlendirilmesinde kılavuzlara ihtiyaç duydukları sorusuna cevap veren katılımcılar en yüksek oranda hipertansiyon (%28,8, n=15) ikinci sırada diyabet (%9,6, n=5) sonrasında koroner arter hastalıkları (%1,9) ve kronik böbrek hastalığı (%1,9) izlemektedir.

Kılavuzların diğer kaynaklardan farkını sorgulayan bir diğer soruda kanıta dayalı olması cevabı %26,9 (n=14) ile ilk sırada yer alırken, pratik olması cevabı %23,1 (n=12) ile ikinci sıradadır.

Tablo 5. Katılımcıların en sık kılavuzlara başvurduğu konuların dağılımı

Hangi konularda kılavuz ya da ek kaynaklara başvurma ihtiyacı duyarsınız?	**n**	**%**
Kronik hastalık takiplerinde	36	31,9
Ergen, geriyatrik, çocuk hasta gibi özellikli hastaların değerlendirilmesinde	24	21,2
Polifarmasi konusunda	24	21,2
İzlem ve periyodik muayene	23	20,4
Alkol sigara kullanımı ile ilgili	6	5,3
Toplam	113	100

Katılımcıların kılavuzlara ihtiyaç duydukları konular sıklık sırasına göre; kronik hastalık takipleri (%31,9, n=36), polifarmasi (%21,2, n=24), özellikli hastalarda (%21,2, n=24), izlem ve periyodik muayene (%20,4, n=23)' dir.

Tablo 6. Hekimlerin kılavuzlara başvurduğu aşamaların dağılımı

Hangi aşamada kılavuzlara ihtiyaç duyarsınız?	**N**	**%**
Tedavi düzenlerken	37	33
Tanı koymada	28	25
Sevk edilmesi gereken durumlarda	24	21,4
Gerekli tetkikleri isterken	23	20,5
TOPLAM	112	100

(çoklu yanıtlı soru olduğu için cevap sayısı örneklem sayısından fazladır.)

Çalışmaya katılan hekimler hastayı değerlendirme aşamalarında en yüksek oranda tedavi düzenleme (%33. n=37), ikinci sırada tanı koyma (%25, n=28) sırasıyla sevk edilmesi gereken durumlar (%21,4, n=24)ve tetkik isteme (%20,5, n=23) izlemiştir.

Tablo 7. Kılavuzların içeriği konusunda katılımcıların görüşlerinin dağılımı

Kılavuzlar içerik açısından nasıl olmalıdır?	**n**	**%**
Kronik hasta takibine daha çok yer vermelidir.	42	% 21,8
Özel popülasyonlara yönelik bilgi içermelidir.	31	%16,1
Kronik hastalık tedavi protokolleri içermelidir.	27	% 14
Tanı tedavi ve sevk konusunda bilgi vermelidir.	24	% 12,4
Periyodik muayenede yol gösterici olmalıdır.	23	% 11,9
Multimorbidite ve çoklu ilaç konusunda bilgi içermelidir.	23	% 11,9
Birinci basamak yaklaşım ön planda olmalıdır.	23	% 11,9
TOPLAM	193	% 100

(çoklu yanıtlı soru olduğu için cevap sayısı örneklem sayısından fazladır.)

Hekimler kılavuzlar şema ve algoritmadan zengin olmalı ifadesine %84,6 (n=44) evet olarak cevap vermişlerdir. ‘Özet bilgi içeren düz metin şeklinde olmalıdır.’ cevabı veren %15,4 (8) ‘dür.

Tablo 8. Kılavuzların biçimsel olarak nasıl olması gerektiği sorusuna verilen cevaplar

Kılavuz biçimsel olarak nasıl olmalıdır?	**N**	**%**
Basılı kaynak	34	% 44,7
Akıllı telefon uygulaması	23	% 30,3
Online	19	% 25
Toplam	76	% 100

(çoklu yanıtlı soru olduğu için cevap sayısı örneklem sayısından fazladır.)

Hekimlerin kılavuzların içeriği ile ilgili görüşlerini belirten cevaplar Tablo-9' da sunulmuştur.

Tablo 9. 'Kılavuzlar nasıl olmalıdır? ' sorusuna verilen cevapların dağılımı

İfade	İfadeye katılanlar	
	n	%
Birinci basamak yaklaşım ön planda olmalıdır.	41	78,8
Tanı, tedavi, sevk edilmesi gereken durumlarda yol gösterici olmalıdır.	31	59,6
Kronik hastalık tedavi protokollerini içermelidir.	27	51,9
Periyodik muayenede yol gösterici olmalıdır.	26	50
Kronik hastalık takibine daha çok vermelidir.	24	46,2
Multimorbidite ve çoklu ilaç kullanımına ilişkin öneriler içermelidir.	23	44,2
Özel popülasyonlara yönelik bilgi içermelidir.	21	40,4

Hekimlerin en yüksek oranda katıldığı ifade birinci basamak yaklaşımı ön planda olması (%78,8, n=41) olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu cevabı tanı, tetkik, tedavi ve sevk konusunda yol gösterici olması (%59,6, n=31) ve kronik hastalık tedavi protokolleri (%51,9, n=27) cevabı izlemiştir.

Çalışmamızı planlarken hekimlerin kanıta dayalı tıp ve kılavuzlar hakkındaki görüşlerini araştırmak amaçlı planlanan ifadelerden oluşan kısma verilen cevaplar Tablo 10' da sunulmuştur.

Tablo 10. Kılavuzlar ile ilgili ifadeler içeren sorulara verilen cevapların dağılımı

	Hayır	Evet	Fikrim yok
Kılavuzlar klinik karar vermede yardımcıdır.	6 %11,5	46 %88,5	0
Kılavuzların yönerge niteliğinde olması medikolegal açıdan rahat olmayı sağlar.	3 %5,8	43 %82,7	6 %11,5
Kılavuzlar yapılan uygulamalarda bağlayıcılığı olan araçlardır.	10 %19,2	33 %63,5	9 %17,3
Kılavuzlar sağlık bakımının kalitesini artırmak, kaynakların verimli kullanılması açısından faydalıdır.	1 %1,9	51 %98,1	0
Kılavuzlar sağlık konusunda kalite ve standardizasyon açısından objektif ölçüt sağlar.	2 %3,8	48 %92,3	2 %3,8
Klinik rehberler hastaya ve duruma uyarlanarak uygulandığında faydalıdır.	2 %3,8	47 %90,4	3 %5,8
Kılavuzların hekimin özgür karar verme yetisini etkilediğini düşünürüm.	34 %65,4	10 %19,2	8 %15,4
Kılavuzlara ulaşmakta ve aradığımı bulmakta zorlanırım.	25 %48,1	21 %40,4	6 %11,5
Kılavuzlarda basamaklı bakım modeli olması işimi kolaylaştırır.	1 %1,9	43 %82,5	8 %15,4
Veri tabanı olarak hizmet veren siteler den yararlanır mısınız?	30 %57,7	16 %30,8	6 %11,5
Online kılavuz geribildirim verilebilen bir sistem olması kılavuzun yenilenip güncellenmesi açısından faydalıdır.	48 %92.3	0	4 %7,7

KARŞILAŞTIRMALI İSTATİSTİKLER

İstatistiksel anlamlılık normal dağılım araştırıldıktan sonra kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, sayısal ve kategorik değişkenler karşılaştırılırken Mann-Whitney U ve Kruskall-Wallis testleri kullanılmıştır. Sonuçlar tablo ve yazılı metin olarak sunulmuştur.

Tablo 11. Kılavuz kullanma durumu ile yaş, meslekteki yıl, günlük hasta sayısı, kayıtlı nüfus arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

	Klinik uygulamalarınızda kılavuz kullanır mısınız?		**Mann Whitney U**
	Hayır (n=31) ort. ± ss	**Evet (n=21) ort. ± ss**	
Yaş	46,8 ± 5,6	45,2 ± 6,4	p=0,406 Z*=-0,831
Meslekteki yıl	11,1 ±3,4	11,3 ±4,5	p=0,438 Z*=-0,776
Günlük hasta sayısı	60,9 ± 18,9	65,9±17,2	p=0,229 Z*=1,204
Kayıtlı nüfus	3415,3 ±623,6	3421,4±388,1	P=0,844 Z*=-0,197

(n: sayı, ort.: ortalama, ss:standart sapma)

Çalışmamıza katılan hekimlerin kılavuz kullanma durumları ile meslekte çalışma yılları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunamamıştır. Kılavuz kullanma durumları ile yaş, meslekteki yıl, günlük bakılan hasta sayısı, kayıtlı nüfus arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır. Klinik uygulamalarında kılavuz kullandığını belirten katılımcıların günlük baktığı hasta sayıları kullanmayanlara göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 12. Kılavuz kullanımı ile cinsiyet, unvan ve akademik çalışma yapma durumu arasındaki ilişki

		Kılavuz kullanımı		İstatiksel Analiz
		Hayır	**Evet**	
Cinsiyet	**Kadın**	%41,9 (n=13)	%52,4 (n=11)	Fisher's Exact p=0,323
	Erkek	%58,1 (n=18)	%47,6 (n=10)	
Unvan	**Aile Hekimi**	%67,4 (n=29)	%32,6 (n=14)	**Fisher's Exact p=0,022**
	Aile Hekimliği Uzmanı	%22,2 (n=2)	%77,8 (n=7)	
Akademik Çalışma	**Hayır**	%83,9 (n=26)	%47,6 (n=10)	**Pearson χ^2*=7,724 p=0,005**
	Evet	%16,1 (n=5)	%52,4 (n=11)	

Çalışmaya katılan hekimlerin unvanları ile kılavuz kullanma durumları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,022). Aile hekimliği uzmanlarının kılavuz kullanma oranları daha yüksek bulunmuştur. Akademik çalışma yapan hekimlerde kılavuz kullanım oranları yüksek bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bir bulgudur (p=0,005).

Kılavuz kullananlar ve kullanmayanların kullandıkları kaynaklara başvurma sıklıkları karşılaştırılmıştır. Kılavuz kullandıklarını belirten hekimler en yüksek oranda 'ayda birkaç kez' cevabını verirken, kılavuz kullanmadığını belirten hekimler en yüksek oranda 'yılda bir ve daha az' cevabını vermişlerdir. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Hekimlerin kılavuz kullanma sıklıkları ile yaş ortalamaları (p=0,52), çalışma yılı ortalamaları (p=0,77), günlük bakılan hasta sayısı ortalamaları (p=0,39), kayıtlı nüfus ortalamaları (p=0,13), unvan (p=0,81), cinsiyet (p=0,55) gibi değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Tablo 13. Kılavuz kullanma ile kılavuz/ek kaynaklara başvurma sıklığı ilişkisi

		Kılavuz kullanma		
		Hayır	**Evet**	
Kılavuz/ek kaynak başvurma sıklığı	**Yılda bir ve daha az**	%48,4 (n=15)	%33,3 (n=7)	Pearson χ^{2*}=1,17 p=0,55
	Ayda birkaç kez	%32,3 (n=10)	%42,9 (n=9)	
	Haftada birkaç kez ve daha çok	%19,4 (n=6)	%23,8 (n=5)	

'Kılavuz kullanmıyorum.' cevabı veren katılımcıların kılavuz kullanmama nedenleri istatistiksel analizi yapıldığında günlük bakılan hasta sayısı ortalamaları ile kılavuz kullanmama nedenleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ancak yaş ortalamaları, çalışma yılı ortalamaları (p=0,77), kayıtlı nüfus ortalamaları (p=0,13), unvan (p=0,19), cinsiyet (p=0,15) gibi değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Tablo 14. Günlük bakılan hasta sayısı ile kılavuz kullanmama nedenleri arasındaki ilişki

		Günlük bakılan hasta sayısı			Kruskall Wallis
		n	**Ortalama**	**ss**	
Kılavuz kullanmama nedeni	**Fikrim yok**	2	52,72	3,65	KruskalWallis*= **p=0,041**
	Yabancı kaynaklar ağırlıklı	5	84,00	12,5	
	Uzun ve detaylı	12	59,16	4,16	
	Birinci basamağa yönelik değil	11	63,63	3,37	

(n: sayı, ss:standart sapma)

Kılavuz kullanmama nedenleri ile günlük bakılan hasta sayısı arasındaki istatistiksel ilişki bulunmuştur. Yabancı kaynaklar ağırlıklı cevabını verenlerin günlük hasta ortalaması yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo 15. Kılavuzlara başvurulan konular ile cinsiyet arasındaki ilişki

Kılavuzlara başvurulan konular	**Kadın n(%)**	**Erkek n(%)**	**P**
İzlem ve periyodik muayenelerle ilgili	15 (62,5)	8 (37,5)	**0,014**
Kronik hastalık takiplerinde	17 (70,8)	19 (67,9)	0,81
Alkol, sigara kullanımı ile ilgili	4 (16,7)	2 (7,1)	0,28
Ergen, geriyatrik, çocuk hasta gibi özellikli hastalara yaklaşımda	12 (50)	11 (39,3)	0,43
Polifarmasi konusunda	11 (45,8)	13 (46,4)	0,96

Çalışmaya katılan hekimlerin kılavuzlara başvurdukları konular ile unvanları arasındaki ilişkiyi araştırmak için hekimlerin verdikleri cevaplar ve istatistik sonuçları Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Kılavuzlara başvurulan konular ile unvan arasındaki ilişki

Kılavuzlara başvurulan konular	**Aile hekimi n (%)**	**Aile hekimliği uzmanı n (%)**	**P**
İzlem ve periyodik muayenelerle ilgili	19 (44,2)	4 (44,4)	0,98
Kronik hastalık takiplerinde	30 (69,8)	6 (66,7)	0,85
Alkol, sigara kullanımı ile ilgili	4 (9,3)	2 (22,2)	0,27
Ergen, geriyatrik, çocuk hasta gibi özellikli hastalara yaklaşımda	17 (39,5)	6 (66,7)	0,13
Polifarmasi konusunda	18 (41,9)	6 (66,7)	0,17

Alkol, sigara kullanımı ile ilgili, ergen, geriyatrik, çocuk hasta gibi özellikli hastalara yaklaşımda ve polifarmasi konusunda aile hekimliği uzmanları, kronik hastalık takiplerinde ise

aile hekimleri daha yüksek oranda kılavuzlara başvurduklarını belirtmişlerdir. Ancak kılavuzlara başvurulan konularda aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır.

Tablo 17. Kılavuzlara başvurulan konular ile akademik çalışma yapma durumu arasındaki ilişki

Kılavuzlara başvurulan konular	Akademik çalışma yaptım. n (%)	Akademik çalışma yapmadım. n (%)	P
İzlem ve periyodik muayenelerle ilgili	6 (37,5)	17 (47,2)	0,51
Kronik hastalık takiplerinde	12 (75)	24 (66,7)	0,74
Alkol, sigara kullanımı ile ilgili	2 (12,5)	4 (11,1)	0,88
Ergen, geriyatrik, çocuk hasta gibi özellikli hastalara yaklaşımda	9 (56,3)	14 (38,9)	0,24
Polifarmasi konusunda	9 (56,3)	15 (41,7)	0,33

'Akademik çalışma yaptım.' cevabını verenlerde kronik hastalık takipleri, alkol sigara kullanımı ile ilgili, özellikli hastalara yaklaşımda ve polifarmasi konusunda yüzde olarak daha yüksek oranda bu konular ile ilgili kılavuz ya da ek kaynağa başvurma ihtiyacı duyduğunu ifade etmiş olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 18. Yaş ile kılavuzlara başvurulan konular arasındaki ilişki

Kılavuzlara başvurulan konular	Evet n (ort. ± ss)	Hayır n (ort.,ss)	Mann-Whitney U
İzlem ve periyodik muayenelerle ilgili	23 (ort.:46,17±6,11)	29 (ort.:46,27±6,01)	P=1,0 Z=0
Kronik hastalık takiplerinde	36 (ort.:47,33 ±6,18)	16 (43,75 ±5,14)	**P=0,046** Z*=-1,99
Alkol, sigara kullanımı ile ilgili	6 (ort.:45±5,89)	46 (ort.:46,39±6,05)	P=0,59 Z=-0,531
Ergen, geriyatrik, çocuk hasta gibi özellikli hastalara yaklaşımda	23 (ort.:44,60±5,60)	29 (ort.:47,51±6,08)	P=0,054 Z=-1,92
Polifarmasi konusunda	24 (ort.:47,07±6,26)	28 (ort.:45,25±5,64)	P=0,221 Z=-1,223

(n: sayı, ort.: ortalama, ss:standart sapma)

Kılavuzlara başvurulan konular ile yaş, çalışma yılı, günlük bakılan hasta sayısı, kayıtlı nüfus gibi değişkenler arasında yapılan analizler sonucu 'Kronik hastalık takiplerinde ek kaynak kılavuz kullanmak ihtiyacı duyarım.' seçeneğini işaretleyenler ile yaş ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,046, Z=-1,99).

Ergen, geriyatrik, çocuk hasta gibi özellikli hastalara yaklaşımda yaş ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. (p=0,054)

Benzer şekilde hekimlerin meslekteki süresi ile kılavuzlara başvurdukları konular arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 19. Katılımcıların hasta sayısı ile kılavuzlara başvurdukları konular arasındaki ilişki

Kılavuzlara başvurulan konular	**Evet n (ort. ± ss)**	**Hayır n (ort. ± ss)**	**Mann-Whitney U**
İzlem ve periyodik muayenelerle ilgili	23 (65,43±22,95)	29 (61,03±13,65)	P=0,962 Z=-0,017
Kronik hastalık takiplerinde	36 (62,91±18,45)	16 (63,12±18,51)	P=0,959 Z=-0,51
Alkol, sigara kullanımı ile ilgili	6 (90±21.90)	46 (59.45±14.69)	**p=0,001** Z*=-3,18
Ergen, geriyatrik, çocuk hasta gibi özellikli hastalara yaklaşımda	23 (90±21,90)	29 (59,45±14,69)	P=0,326 Z=-0,982
Polifarmasi konusunda	24 (66,95±20,82)	28 (59,82±15,62)	P=0,888 Z=-0,141

(n: sayı, ort.: ortalama, ss:standart sapma)

' Kronik hastalık takiplerinde kılavuzlara ihtiyaç duyarım.' cevabını verenler ile kayıtlı nüfus ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 20. Kayıtlı nüfus ile kılavuzlara başvurdukları konular arasındaki ilişki

Kılavuzlara başvurulan konular	Evet n (ort. ± ss)	Hayır n (ort. ± ss)	Mann-Whitney U
İzlem ve periyodik muayenelerle ilgili	29 (3465±667,93)	23 (3357,43±525,76)	P=0,941 Z=0,074
Kronik hastalık takiplerinde	36 (3538±621,30)	16 (3146±483,59)	**P=0,022** Z*=-2,29
Alkol, sigara kullanımı ile ilgili	6 (3441±620,19)	46 (3239,83±489,85)	P=0,343 Z=-0,949
Ergen, geriyatrik, çocuk hasta gibi özellikli hastalara yaklaşımda	23 (3271,73±432,96)	29 (3533,62±659,99)	P=0,064 Z=-1,850
Polifarmasi konusunda	24 (3449,62±446,005)	28 (3390,50±722,73)	P=0,428 Z=0,793

(n: sayı, ort.: ortalama, ss:standart sapma)

Kronik hastalıkların takibinde kılavuz kullanmaya ihtiyaç duyduğu cevabını verenler(n=36) kayıtlı nüfus ortalamaları (ort: 3538) daha yüksek bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,022, z=-2,29).

Anket formumuzdaki 23.-33. sorular kılavuzlar hakkında ifadelerden oluşmaktadır. Bu ifadelerin bağımsız değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır (Tablo-21-23). İstatistiksel olarak anlamlı bulunan bulgular koyu puntoyla belirtilmiştir.

Tablo 21. Cinsiyet ile kılavuzlar hakkındaki ifadelere verilen cevaplar arasındaki ilişki

(İfadelere verilen evet cevapları baz alınarak yapılan istatistik sonuçlarıdır.)

	Cinsiyet n (%)		İstatistiksel analiz (Ki-kare p değerleri)
	K	E	
Kılavuzlar klinik karar vermede yardımcıdır.	22 (91,7)	24 (85,7)	Pearson χ^2=0,449 p=0,67

(n: sayı)

Tablo 21 (Devamı). Cinsiyet ile kılavuzlar hakkındaki ifadelere verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Cinsiyet n (%)		**İstatistiksel analiz** (Ki-kare p değerleri)
	K	**E**	
Kılavuzların yönerge niteliğinde olması medikolegal açıdan rahat olmayı sağlar.	21 (87,5)	22 (78,6)	Pearson χ^2=0,720 p=0,48
Kılavuzlar yapılan uygulamalarda bağlayıcılığı olan araçlardır.	17 (70,8)	15 (53,6)	Pearson χ^2=3,438 p=0,20
Kılavuzlar sağlık bakımının kalitesini artırmak, kaynakların verimli kullanılması açısından faydalıdır.	24 (100)	27 (96,4)	Pearson χ^2=0,874 p=1,00
Kılavuzlar sağlık konusunda kalite ve standardizasyon açısından objektif ölçüt sağlar.	23 (95,8)	25 (85,7)	Pearson χ^2=1,786 p=0,61
Klinik rehberler hastaya ve duruma uyarlanarak uygulandığında faydalıdır.	23 (95,8)	24 (85,7)	Pearson χ^2=1,523 p=0,35
Kılavuzların hekimin özgür karar verme yetisini etkilediğini düşünürüm.	6 (25)	4 (14,3)	Pearson χ^2=0,955 p=0,48
Kılavuzlara ulaşmakta ve aradığımı bulmakta zorlanırım.	6 (25)	15 (53,6)	Pearson χ^2=4.382 **p=0,036**
Kılavuzlarda basamaklı bakım modeli olması işimi kolaylaştırır.	21 (87,5)	22 (78,6)	Pearson χ^2=0,720 p=0,48
Veri tabanı olarak hizmet veren siteler den yararlanır mısınız?	11 (45.8)	5 (17.9)	Pearson χ^2=4,748 **p=0,029**
Online kılavuz geribildirim verilebilen bir sistem olması kılavuzun yenilenip güncellenmesi açısından faydalıdır.	22 (91,7)	26 (92,9)	Pearson χ^2=0,026 p=0,87

Tablo 22. Meslekteki süre ile kılavuzlar hakkındaki ifadelere verilen cevaplar arasındaki ilişki

(İfadelere verilen evet cevapları baz alınarak yapılan istatistik sonuçlarıdır.)

	Meslekteki süre (n, ort., ss)		**İstatistiksel analiz** (Mann Whitney U için p ve Z değerleri)
	Evet	**Diğer**	
Kılavuzlar klinik karar vermede yardımcıdır.	n=46 ort.=11,08 ss=4,09	n=6 ort.=12,66 ss=1,75	Z=-0,98 p=0,32
Kılavuzların yönerge niteliğinde olması medikolegal açıdan rahat olmayı sağlar.	n=43 ort.=11,58 ss=3,71	n=9 ort.=9,77 ss=4,73	Z=-0,87 p=0,40
Kılavuzlar yapılan uygulamalarda bağlayıcılığı olan araçlardır.	n=32 ort.=11,75 ss=3,75	n=20 ort.=10,5 ss=4,13	Z=-0,87 p=0,38
Kılavuzlar sağlık bakımının kalitesini artırmak, kaynakların verimli kullanılması açısından faydalıdır.	n=51 ort.=11,29 ss=3,95	n=1	Z=-0.89 p=0,37
Kılavuzlar sağlık konusunda kalite ve standardizasyon açısından objektif ölçüt sağlar.	n=49 ort.=11.37 ss=3,99	n=4 ort.=11.08 ss=2,94	Z=-1,28 p=0,19
Klinik rehberler hastaya ve duruma uyarlanarak uygulandığında faydalıdır.	n=47 ort.=11,12 ss=4,07	n=5 ort.=12,6 ss=1,51	Z=-0,40 p=0,66
Kılavuzların hekimin özgür karar verme yetisini etkilediğini düşünürüm.	n=10 ort.=12,00 ss=3,02	n=42 ort.=11,09 ss=4,11	Z=-0,45 p=0,65
Kılavuzlara ulaşmakta ve aradığımı bulmakta zorlanırım.	n=21 ort.=13,33 ss=1,93	n=31 ort.=9,87 ss=4,31	Z=-2,63 **p=0,009**

Tablo 22 (Devamı). Meslekteki süre ile kılavuzlar hakkındaki ifadelere verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Meslekteki süre (n, ort., ss)		**İstatistiksel analiz** (Mann Whitney U için p ve Z değerleri)
	Evet	**Diğer**	
Kılavuzlarda basamaklı bakım modeli olması işimi kolaylaştırır.	n=43 ort.=13,00 ss=1,87	n=9 ort.=10,90 ss=4,14	Z=-1,64 p=0,10
Veritabanı olarak hizmet veren siteler den yararlanır mısınız?	n=16 ort.=10,56 ss=4,99	n=36 ort.=11,58 ss=3,36	Z=-0,79 p=0,42
Online kılavuz geribildirim verilebilen bir sistem olması kılavuzun yenilenip güncellenmesi açısından faydalıdır.	n=48 ort.=11,31 ss=3,97	n=46 ort.=10,75 ss=3,59	Z=-0,35 p=0,72

(n: sayı, ort. : ortalama, ss: standart sapma)

Hasta sayısı ve 23-33. sorular arasındaki ifadelerin karşılaştırmalı istatiksel bulguları Tablo 23' te sunulmuştur.

Tablo 23. Günlük hasta sayısı ile kılavuzlar hakkındaki ifadelere verilen cevaplar arasındaki ilişki

(İfadelere verilen evet cevapları baz alınarak yapılan istatistik sonuçlarıdır.)

	Günlük hasta sayısı (n, ort., ss)		**İstatistiksel analiz** (Mann Whitney U için p, Z değerleri)
	Evet	**Diğer**	
Kılavuzlar klinik karar vermede yardımcıdır.	n=46 ort.: 63,58 ss:18,99	n=6 ort.:58,33 ss: 11,69	Z=-0,98 p=0,69

Tablo 23 (Devamı). Günlük hasta sayısı ile kılavuzlar hakkındaki ifadelere verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Günlük hasta sayısı (n, ort., ss)		**İstatistiksel analiz**
	Evet	**Diğer**	
Kılavuzların yönerge niteliğinde olması medikolegal açıdan rahat olmayı sağlar.	n=43 ort.:65,46 ss:18,15	n=9 ort.:51,11 ss:14,52	Z=-2,305 **p=0,021**
Kılavuzlar yapılan uygulamalarda bağlayıcılığı olan araçlardır.	n=32 ort.:63,12 ss:19,33	n=20 ort.:62,75 ss:16,97	Z=-0,29 p=0,76
Kılavuzlar sağlık bakımının kalitesini artırmak, kaynakların verimli kullanılması açısından faydalıdır.	n=51 ort.: 62,64 ss:18,31	n=1	Z=-1,29 p=0,19
Kılavuzlar sağlık konusunda kalite ve standardizasyon açısından objektif ölçüt sağlar.	n=48 ort.:62,81 ss:18,76	n=4 ort.:65 ss:12,9	Z=-0,98 p=0,69
Klinik rehberler hastaya ve duruma uyarlanarak uygulandığında faydalıdır.	n=47 ort.:62,87 ss:19,07	n=5 ort.:64 ss:8,94	Z=-0,98 p=0,69
Kılavuzların hekimin özgür karar verme yetisini etkilediğini düşünürüm.	n=10 ort.:64,00 ss:19,11	n=42 ort.:62,73 ss:18,31	Z=-0,14 p=0,88
Kılavuzlara ulaşmakta ve aradığımı bulmakta zorlanırım.	n=21 ort.:68,09 ss:18,60	n=31 ort.:59,51 ss:17,52	Z=-1,79 p=0,072
Kılavuzlarda basamaklı bakım modeli olması işimi kolaylaştırır.	n=43 ort.:62,90 ss:19,18	n=9 ort.:63,3 ss:14,14	Z=-0.43 p=0,63
Veritabanı olarak hizmet veren siteler den yararlanır mısınız?	n=16 ort.:73,12 ss:22,05	n=36 ort.:58,4 ss:14,53	Z=-2,31 **p=0,021**

Tablo 23 (Devamı). Günlük hasta sayısı ile kılavuzlar hakkındaki ifadelere verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Günlük hasta sayısı (n, ort., ss)		**İstatiksel Analiz**
	Evet	**Diğer**	
Online kılavuz geribildirim verilebilen bir sistem olması kılavuzun yenilenip güncellenmesi açısından faydalıdır.	n=48 ort.:62.81 ss:18,76	n=4 ort.:65 ss:12,9	Z=-0,54 p=0,60

(n: sayı, ort.: ortalama, ss: standart sapma)

Unvanlar ile 23-33. sorular arasındaki ifadelerin karşılaştırmalı istatiksel bulgular sunulmuştur (Tablo-24).

Tablo 24. Unvan ile kılavuzlar hakkındaki ifadelere verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Unvan n (%)		**İstatistiksel analiz** (Ki-kare p değerleri)
	Aile Hekimi	**Aile Hekimliği Uzmanı**	
Kılavuzlar klinik karar vermede yardımcıdır.	37 (86)	9 (100)	Pearson χ^2=1,42 p=0,57
Kılavuzların yönerge niteliğinde olması medikolegal açıdan rahat olmayı sağlar.	34 (79,1)	9 (100)	Pearson χ^2=2,278 p=0,33
Kılavuzlar yapılan uygulamalarda bağlayıcılığı olan araçlardır.	25 (78,1)	7 (77,8)	Pearson χ^2=1,213 p=0,45

Tablo 24 (Devamı). Unvan ile kılavuzlar hakkındaki ifadelere verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Unvan n (%)		**İstatistiksel analiz**
	Aile Hekimi	**Aile Hekimliği Uzmanı**	
Kılavuzlar sağlık bakımının kalitesini artırmak, kaynakların verimli kullanılması açısından faydalıdır.	42 (97,7)	9 (100)	Pearson χ^2=0,213 p=1,00
Kılavuzlar sağlık konusunda kalite ve standardizasyon açısından objektif ölçüt sağlar.	39 (90,7)	9 (100)	Pearson χ^2=0,907 p=1,00
Klinik rehberler hastaya ve duruma uyarlanarak uygulandığında faydalıdır.	38 (88,4)	9 (100)	Pearson χ^2=1,158 p=0,57
Kılavuzların hekimin özgür karar verme yetisini etkilediğini düşünürüm.	8 (18,6)	2 (22.2)	Pearson χ^2=0,063 p=1,00
Kılavuzlara ulaşmakta ve aradığımı bulmakta zorlanırım.	19 (44,2)	2 (22.2)	Pearson χ^2=1,491 p=0,28
Kılavuzlarda basamaklı bakım modeli olması işimi kolaylaştırır.	35 (81,4)	8 (88.9)	Pearson χ^2=0,292 p=1,00
Veritabanı olarak hizmet veren sitelerden yararlanır mısınız?	10 (23,3)	6 (66.7)	Pearson χ^2=6,584 **p=0,018**

Tablo 24 (Devamı). Unvan ile kılavuzlar hakkındaki ifadelere verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Unvan n (%)		İstatiksel Analiz
	Aile Hekimi	**Aile Hekimliği Uzmanı**	
Online kılavuz geribildirim verilebilen bir sistem olması kılavuzun yenilenip güncellenmesi açısından faydalıdır.	39 90,2	9 (100)	Pearson χ^2=0,907 p=0,34

(n: sayı)

Aile Hekimliği kılavuzlarını kullandıklarını belirten hekimler ile unvan arasındaki istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 26).

Tablo 25. Aile hekimliği kılavuzları kullananlar ile yaş arasındaki ilişki

		Yaş			Mann-Whitney U
		n	**Ortalama**	**SS**	
Aile Hekimliği branşı kılavuz kullanımı	**Hayır**	42	47.19	5.51	**p=0,021** Z*=-2,314
	Evet	10	42.20	6.54	

Tablo 26. Aile Hekimliği kılavuzları kullananlar ile unvan arasındaki ilişki

		Aile Hekimi	**Aile Hekimliği Uzmanı**	
Aile Hekimliği branşı kılavuz kullanımı	**Hayır**	%86 (n=37)	%55.6 (n=5)	**Pearson χ^{2*}=4,455 p=0,035**
	Evet	%14 (n=6)	%44.4 (n=4)	

TARTIŞMA

Aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp hakkındaki görüşleri ve kılavuzların kullanımı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde kanıta dayalı tıp uygulamaları temel alınarak yapılmış çalışmaların daha fazla sayıda olduğu göze çarpmaktadır. Ayrıca; güncel çalışmaların çoğu yurtdışı kaynaklıdır. Birinci basamak hekimleri ile yapılan çalışmaların sayısının da göreceli olarak daha az olması dikkate değerdir.

Hekimlerin kılavuz kullanımı konusundaki tutumlarını araştırmak amacıyla planladığımız anketimiz sosyodemografik veriler, kılavuz kullanım durumu, kılavuzlar hakkındaki fikirleri ile ilgili sorular olmak üzere üç kısımdan oluşmuştur. Çalışmaya katılan hekimlerin biçimsel ve içerik olarak nasıl kılavuzlara ihtiyaç duyduklarını araştırılırken konu özgün ve sonuçlarıyla yol gösterici olması amaçlanarak ele alınmıştır. Verilen cevaplar değerlendirilerek literatür ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin kılavuz kullanma oranları %40,4 (n=21), kullanmayanların oranları ise %59,6 (n=31) 'dır. Benzer çalışmalara göre kılavuzlara başvurma oranının düşük olduğu karşımıza çıkmaktadır (47-49). Saygılı ve ark.' nın (47) Kırıkkale' de yaptığı çalışmada genel olarak kanıta dayalı tıp uygulamalarına klinik karar vermede başvurma oranları %82.7 olarak belirtilmiştir. Kanıta dayalı bilgiye erişim için en fazla kullandıkları bilgi kaynakları ise %56,8 ile arama motorları, %53,1 ile de Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan tanı ve tedavi rehberleri olarak sonuçlanmıştır. Jianan ve ark.'nın (48) Çin' de 2019 yılında yaptığı çalışmada ise hekimlerin günlük pratiklerinde kanıta dayalı tıp uygulamalarına başvurma durumları araştırılmış, katılımcıların %76' sının bazen ya da sıklıkla kanıta dayalı tıbba başvurduğu, başvurmama nedenleri arasında %61 oranıyla bireysel farklılıklara adapte edilme zorluğu

ilk sırada yer almıştır. Kahveci ve ark.'nın (49) yapmış olduğu çalışmada birinci basamakta çalışan hekimlerin sıklıkla klinik kılavuzları kullandıkları tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin kılavuz kullanım durumları ile unvanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Aile hekimliği uzmanlarının kılavuz kullanım oranları yüksek bulunmuştur ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,022). Kahveci ve ark. (49) yaptığı çalışmada gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Akademik çalışma yapmış olan hekimlerin kılavuz kullanım oranları daha yüksektir. Bu bulgu istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,005). Veri tabanı sitelerden faydalanma oranı da aile hekimliği uzmanlarında daha yüksek olarak bulunmuştur. Uzmanlık eğitimi alma ve akademik çalışma yapma durumu hekimlerin kılavuzları kullanma alışkanlıklarını etkilemektedir. Bu bulgular, akademik çalışma yaparken ve asistanlık sürecinde hekimlerin kanıta dayalı tıp ve kılavuzlar konusunda daha fazla bilgiye ulaşmasına bağlanabilir. Kılavuzların dayanağı, konu ile ilgili yazılmış kanıt düzeyi yüksek akademik çalışmalardır. Uzmanlık eğitim sürecindeki tez ve makale yazma gibi akademik faaliyetlerin hekimlerin bu konudaki bakış açısında etkisi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hekimlerin kılavuzları kullanmama nedenleri arasında ilk sırada uzun ve detaylı olması (%30,77) cevabı yer almıştır. Sırasıyla birinci basamak yaklaşımına uygun olmaması (%28,1) ve yabancı kaynaklar ağırlıklı olması (%12,82) cevapları takip etmiştir. 2013 yılında Saygılı ve ark.' nın (47) 81 aile hekimine yaptığı çalışmada kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanmama nedenleri olarak %66,7 ile kanıta dayalı tıp eğitiminin eksikliği ve %45,7 ile zaman yetersizliği olduğu belirlenmiştir. Kılavuz kullanmama nedenleri arasında güncel olarak takip etmek için fazla uzun detaylı cevabının ön sıralarda yer alması hekimlerin bu konudaki ikilemine dikkat çekmektedir. Yabancı kaynakların fazla olması nedeniyle kılavuz kullanmadığını ifade eden hekimlerin günlük baktığı ortalama hasta sayısı daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bir bulgudur (p=0.041). Hekimlerin iş yoğunluğunun bu duruma yol açabileceği düşünülmektedir. Kılavuzların kullanılmasındaki engellerden bir diğeri kaynak sayısının fazla olmasıdır. 2015 yılında Norveç' te yapılmış bir çalışmada model bir hastaya yaklaşım temel alınarak hekimlerin deneyimleri, yerel ve ulusal kılavuzlar ışığında gruplar halinde tartışılmıştır. Açık uçlu ve esnek sorularla sürdürülen tartışma sistematik metin yoğunlaştırma tekniğiyle değerlendirilmiş bir kalitatif çalışmadır. Bu çalışmanın sonucunda hekimler kılavuz kullanmalarına engel olarak tutum, kılavuz sayısı fazlalığı, ulaşılabilirlikle ilgili sorunları göstermişlerdir. Sonuçları açısından çalışmamıza benzerlik göstermektedir. Kılavuzların sayısı daha 1998'de çok sayıda olmakla birlikte o zamandan beri birçok yeni kılavuz geliştirilmiştir.

Kılavuzlardaki sayı artışı bazen her bir hastalığın veya risk faktörünün kendi kılavuzunun olduğu bir durum ortaya çıkarmıştır. Tek bir hastalığa yönelik kılavuzlar başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir. Ancak multimorbid hastalarda kılavuz önerilerine uymak konusunda zorluklar vardır. Yine bu çalışmada multimorbidite, aşırı tedavi ve çoklu ilaç kullanımı açısından kılavuzlara eleştirel bakış açısıyla bu alanda çalışmalar yapılmasına ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Norveç' te ulusal kılavuz hazırlanırken aile hekimlerinin sürece dâhil olmamasının bazı önerilerin birinci basamaktaki uygulanmalarını karmaşıklaştırdığı konusunda eleştiriler yapılmıştır (50).

Son yıllarda multimorbiditenin tedavi ve hastalıkları tek tek ele alan kılavuzlarla olan süreci karmaşıklaştırdığına giderek daha fazla odaklanılmaktadır. Hastayı ve hastalıkları bu şekilde ele alan çağdaş kılavuzların en iyi bakım kalitesini sağlama konusunda yeterli olup olmadığını ele alan çalışmalar göze çarpmaktadır. Bir diğer yandan aile hekimleri bireyi hastalıkları, endişeleri ve tercihleri ile bir bütün olarak ele almak ve hastayı ve hastalığı eş zamanlı olarak ele almak zorundadırlar (50). Yine benzer bir çalışmada; çoğu kılavuzun uzmanlık alanlarınca hazırlanmasının birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarını yönlendirdiği izlenimi oluşturduğundan bahsedilmiştir. Kılavuzların oluşturulma aşamalarında aile hekimlerinin dâhil edilmesine ve birinci basamakta karşı karşıya kalınan sorunların ortaya konulabilmesi için bireyin kendi çevresinde yapılmış çalışmalara ihtiyaç olduğu konusunda görüşler belirtilmiştir(3). Bizim çalışmamız yöntem olarak farklı olsa da açık uçlu sorulara verilen cevaplar bu sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Kılavuzların uzmanlık alanlarına yönelik olması ve birinci basamağa uygun olmaması görüşleri hekimlerin ifadelerinde yer almıştır. Farklı ülke sağlık sistemlerinde çalışan hekimlerce belirtilen sorunların benzerliğinin bu konuya eğilmenin gerekliliğine işaret ettiği düşünülmektedir.

Kılavuzlarla ilgili bir diğer eleştiri konusu olabilecek özgür karar verme yetisini etkileme durumuyla ilgili çalışmamıza katılan hekimlerin %65.4 ü bu fikre katılmamışlardır. Saygılı ve ark. (47) yaptığı çalışmada benzer olarak katılımcıların %66' sı kanıta dayalı tıp uygulamalarının klinik uygulamanın değerini düşürmeyeceği cevabı vermişlerdir.

Hekimlerin hastayı değerlendirirken hangi aşamada kılavuzlara başvurdukları sorusuna en yüksek oranda tedavi düzenlerken cevabı vermişlerdir. Bennett ve ark. (51) yaptığı çalışmada %43.7 hastayla ilgili bir problemle karşılaştıklarında başvurduklarını ifade etmişlerdir.

Kılavuz/ek kaynaklara başvurma sıklıkları 'yılda birkaç kez' cevabını verenler %40.36 ile ilk sırada yer almış, 'ayda birkaç kez' cevabını verenler ve 'haftada birkaç kez' cevabını

verenler izlemiştir. Daha sık kılavuz/ek kaynaklara başvurduklarını ifade edenler göreceli olarak daha az sayıdadır. Kılavuzlara/ek kaynaklara başvurma sıklıklarının az olması bu konuda düşündürücü sonuçlardan biridir. Kılavuzları güncellendiğinde gözden geçirdikleri olarak yorumlanabilir. Ancak 'yılda birkaç kez' cevabı verenlerin yüksek oranda olması düşündürücüdür. Çalışmamıza katılan hekimlerin yaş ve meslekte geçirdikleri sürenin uzun olmasının klinik uygulamalarında kılavuz ya da ek kaynaklara başvurma ihtiyaçlarını azalttığı düşünülebilir. Kılavuz kullanmayanların nedenleri arasında yüksek denebilecek oranda yer alan 'uzun ve detaylı olması' cevabını verenlerin de dikkat çekici olduğu ve bu konuda benzer şekilde etkili bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların ' Hangi branşlarda kılavuz kullanmaya ihtiyaç duyarsınız? ' sorusuna cevapları dikkat çekicidir. Verilen cevaplarda ilk sıraları iç hastalıkları (%29.8), pediatri (%17), kadın hastalıkları ve doğum (%17), kardiyoloji (%10.6) alırken aile hekimliği (% 8.5) cevabı daha geri sıralarda yer almıştır. Aile hekimliğinin yapısı gereği geniş yaş grubunda bireylerle ilgilendiği, başvuran bireylerin kronik hastalıkları dolayısıyla diğer branşlarla ortak yanları olması kaçınılmazdır. Ancak bu bulgu konuları birinci basamak bakış açısıyla ele alan kılavuzların az sayıda olması veya hekimlerce bilinmemesi olarak da yorumlanabilir. Çalışmamız planlanırken öncesinde yerli ve yabancı birçok kılavuzu ve veri tabanını tarayıp incelememiz sonucu da benzer şekilde sonuçlanmıştır. Son yıllarda artan izlem rehberlerinin dışında birinci basamak yaklaşımıyla ele alınan özellikte yerli kılavuzlar az sayıdadır. Hastaya yaklaşımda, birinci basamak bakış açısının ön planda akla gelmediğini düşündürmektedir. Aile hekimliğinin diğer branşların bir karışımı değil de ortak alanları ve ayrı bir bakış açısı olan branş olarak öne çıkması açısından biz hekimlerin algısı ve kanıta dayalı tıp uygulamalarında birinci basamağın bakış açısına sahip kılavuzların varlığının önemini vurgulayan bir bulgu olduğu düşünülmektedir.

İzlem ve periyodik muayene konularında kılavuzlara başvurma ihtiyacı cinsiyet ile karşılaştırıldığında; kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.014). Yangı ve ark. 2018' de yaptığı çalışmada (52) aile hekimlerinin periyodik muayene rehberine yönelik bilgi ve tutumları araştırılmıştır. Davranışa yönelik ifadelerin skorları bilgi ve tutum skorları arasında daha düşük olması istatiksel anlamlı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda diğer konularda kılavuzlara başvurma ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Kronik hastalık takiplerinde kılavuz kullanımı ve yaş arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur (p=0.046). Kronik hastalıkların yaşla artmasına bağlı olarak hekimlerin bu konudaki yaklaşımda empati kurmasına bağlı bir sonuç olabilir.

Alkol ve sigara kullanımı konusunda kılavuzlara başvurduklarını söyleyenler günlük hasta ortalamaları daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Alkol, sigara kullanımı ile günlük bakılan hasta sayısı arasındaki istatistiksel anlamlı ilişki alkol ve sigara kullanımının toplumdaki prevalansı ile ilgili olabilir. Daha çok hasta bakan hekimler bu konularla daha çok karşılaşmasının bilgi güncelleme ihtiyacına yol açtığı şeklinde yorumlanabilir. Vezyridis ve ark. (53) yaptığı çalışmada elektronik sağlık kayıtlarından yola çıkarak yürüttükleri çalışmada sigara kullanımı, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar, psöriyazis, obezite, gebelik ve kanserin birinci basamakta ön plana çıkan konular olarak ortaya koymuşlardır. Bizim çalışmamızda kronik hastalıklar konusunda kılavuzlara başvurma oranlarının yüksek olması benzer bir sonuçtur.

Hekimlere kayıtlı nüfus ortalamaları ile kronik hastalık takiplerinde kılavuz ya da ek kaynaklara başvurma ihtiyaçları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur ancak günlük hasta sayıları ile arasında ilişki bulunamamıştır. Hekimlerin kayıtlı oldukları hasta sayısı daha fazla oldukça bu konudaki takiplerinde güncel kalabilmek için ek kaynaklara/ kılavuzlara daha çok ihtiyaç duydukları olarak yorumlamak mümkündür. Kronik hastalık takiplerinin hekimlere kayıtlı nüfusla arasındaki ilişkiyi daha iyi yansıtmasından kaynaklanabilir.

Katılımcıların klinik pratiklerinde kullandıkları kılavuzlara bakılacak olursa verilen cevaplar arasında ön sıralarda olan Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019 yılında Türk Kardiyoloji Derneği, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Türk Nefroloji Derneği, Türk Hipertansiyon ve Böbrek hastalıkları Derneği üyelerinden oluşan komisyonca, yeni meta-analizler ve yenilenen kılavuzlar ışığında ülkemiz için uyumu amaçlı yapılmış bir çalışma olarak karşımıza çıkmaktadır (42). Çalışmamıza katılan hekimlerin verdiği cevaplar arasında %13,9 ile ilk sırada yer almıştır. Kronik hastalık takiplerinin birinci basamak sağlık hizmetinde önemi göz önünde bulundurulduğunda şaşırtıcı bir sonuç değildir. Katılımcıların hangi konularda kılavuzlara ihtiyaç duydukları ile ilgili bir diğer sonuç da, %31,9 ile ilk sırada olan kronik hastalık takipleri cevabıdır.

Katılımcıların verdikleri cevaplar arasında %11,3 ile ikinci sırada yer alan TEMD kılavuzları olmuştur. TEMD kılavuzları diyabet, hipertansiyon, hipofiz hastalıkları, dislipidemi

gibi birçok ayrı kitapçık şeklinde farklı yıllarda güncellenmiş halleriyle (kılavuzlar arası değişiklik göstermekle birlikte 2019 veya 2020 yılları) mevcuttur (43).

Diğer verilen cevaplar arasında uzmanlık derneklerinin kılavuzları, yabancı kökenli kılavuzlar ve SB izlem kılavuzları yer almaktadır. Verilen cevaplar arasında iç hastalıkları, kardiyoloji, göğüs hastalıkları gibi uzmanlık alanlarının dernek kılavuzlarının göze çarpması, bir önceki sorunun cevabıyla paralel olarak ulusal ve aile hekimliğine özgü yaklaşımda kılavuzların çalışmamıza katılan hekimlerce daha az kullanıldığını göstermektedir. Yabancı kılavuzlara online erişimin mümkün olduğu Amerikan Aile Hekimleri Akademisi ve Genel Pratisyenlik Kraliyet Akademisi sitelerinde özgün kılavuzlar ve genel olarak uzmanlık kılavuzlarının uyarlanmış şekilleri mevcuttur.

Çalışmaya katılan hekimlerin kılavuzların yapısı ile ilgili verdikleri cevaplar arasında basılı kaynaklar (%44,7, n=34) ilk sıradadır. Ancak online ve akıllı telefon cevapları teknolojik imkanlar kullanılan araçlar olarak bir arada ele alınırsa %55,3 (n=42) ile daha ön planda olarak yorumlanabilir. Bakım noktası aracı olarak tanımlanan veri tabanı benzeri karar destek aracının aile hekimlerinin erişim kolaylığı sağladığı ve bireylerin danışma sırasında da yardımcı olduğundan bahsedilmiş, Norveç' te yapılan bir çalışmada hekimlerin ulusal yönergelere ihtiyaç duyduklarında kullanabildikleri karar destek aracı hakkında görüşlerini araştıran kalitatif bir çalışmada bilgileri düzenli ve kısa sürede ulaşmaya olanak sağlama avantajına dikkat çekilmiştir (50). Almanya' da Alman Pratisyen Hekimler ve Aile Hekimleri Koleji'nin (DEGAM) birinci basamak için oluşturduğu kılavuz aile hekimliği öğretiminde merkezi bir rol oynamaktadır. Kılavuz yazarları tarafından cep telefonları için bir uygulama haline getirilerek aile hekimleri ve tıp öğrencileri için ulaşılabilir hale getirilerek tıp öğrencilerinin bu uygulamayı kullanım durumları ile çalışma yapılmıştır. Katılımcılar sürekli yanında taşıyabileceği bir kılavuz olması yönündeki avantaja dikkat çekmişlerdir (32).

Kılavuzların yönerge niteliğinde olması medikolegal açıdan rahat olmayı sağladığı ifadesine katılan hekimlerin günlük hasta sayıları fazladır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,021). Hekimlerin günlük pratiklerindeki iş yoğunluğunun artmasıyla bu konudaki kaynak ihtiyacı daha ön plana çıktığı olarak yorumlanabilir. 2013 yılında yapılan benzer bir çalışmada hekimler kanıta dayalı uygulamaların tedavide daha iyi sonuçlarına ulaşmalarına yardımcı olduğu ifadesine %70,4 katılmışlardır. Kanıta dayalı tıp uygulamalarının doktorların iş yükünü artırdığı yönündeki ifadeye ise % 37 oranında katıldıklarını belirtmişlerdir (47). 2018

yılında Kanada' da aile hekimlerinin astım hastaları konusundaki bilgilerinin davranışa dönüşmesi araştırılmıştır. Dikkat çekici bir sonuç kılavuz önerilerini uygulamadaki engellerin başında zaman eksikliği (%79) gelmektedir (54). Bu açıdan bakıldığında çalışmamızdaki sonuçtan farklı çalışmalar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kılavuzlara ulaşmakta ve aradığımı bulmakta zorlandığı cevabını veren katılımcılar ile meslekteki süre arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (p=0,009). Meslekte daha tecrübeli hekimlerin yeni sayılabilecek uygulamalar konusunda daha zorlanmalarından kaynaklanabilir.

Veri tabanı olarak hizmet veren sitelerden faydalandığını söyleyenlerin günlük ortalama hasta sayıları daha yüksektir (p=0,021) ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu veri tabanlarının hekimlerin bilgiye kolay ve daha az vakit ayırarak ulaşmasını sağlayan araçlar olmasına dikkat çekmektedir. Joussimo ve ark. (55) yaptığı çalışmada online veri tabanları kullanımı kadınlarda daha fazla olarak çıkmıştır. Çalışmamızda da benzer sonuç çıkmıştır. Ancak kılavuz kullanma durumları ile cinsiyet arasında bir ilişki bulunmamıştır. Cullen ve Lit' in (56) yaptığı çalışmada yaş ve online veri tabanı kullanma arasında ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise meslek süresi daha uzun olan hekimlerin kılavuzlara ulaşmakta zorlandıklarını ifade etme oranı daha yüksek bulunmuştur. Veri tabanı kullanımı ile yaş arasında ilişki yoktur ancak ifadeye verilen cevap dikkat çekicidir.

Bu iki sonuç hekimlerin kılavuzları kullanım tutumlarına teknolojik araçların etkisiyle ilgili sonuçlar olarak kabul edilebilir. Daha önce bahsedilen kılavuz kullanım araçlarındaki güncel gelişmelere yönelik çalışmamıza katılan hekimlerin görüşlerinin ve kullanma yönündeki tutumların pozitif olarak değerlendirilebileceği görülmektedir. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte artan bilgi birikimi ve değişen bilgiye ulaşma yöntemlerinin getirdiği zorlukların yine teknolojik gelişmelerden destek alınarak aşılabileceği görüşüyle birlikte her yaştan bireyin uyumu ve değişen bu yöntemlerin güvenirliği gibi konulardaki sorular güncelliğini korumaktadır. Çalışmamızın sonuçlarından yola çıkılarak kılavuzlar ve kanıta dayalı tıp araçlarının gelecekte de her yaştaki hekimin uyum sağlayabileceği ve kullanıcı dostu yapıda olması gerektiği vurgulanabilir.

Çalışmamızda hekimlerin yarısından fazlası kılavuz kullanmadığını ifade etmişlerdir ve kılavuz kullanmama nedenleri arasında ilk sırada kılavuzların uzun ve detaylı olması yer almaktadır. Hekimlerin özellikle hastalık yönetiminde ilgili uzmanlık branş kılavuzlarını kullanmaları, birinci basamağa yönelik kılavuzlar konusunda yapılacak çalışmaların önem taşıdığını

düşündürmektedir. Aile hekimliğinde kılavuz kullanımı konusunun birinci basamak yaklaşımı temel alınarak araştırılması, çalışmaya katılan hekimlerin biçimsel ve içerik olarak nasıl kılavuzlara ihtiyaç duydukları konusundaki sonuçlarıyla konuya ilişkin çözüm önerileri ortaya koyması çalışmamızın güçlü yönleridir. Araştırmanın Edirne il merkezinde yapılması nedeniyle çalışma sonuçlarının Türkiye'deki tüm birinci basamak hekimlerini kapsamaması araştırmanın kısıtlılığıdır. Bu konuda benzer yöntemle farklı merkezlerde ya da çok merkezli yapılacak çalışmalar aile hekimliğinde kılavuzlar konusuna yeni bakış açıları getirecektir.

SONUÇLAR

Çalışmamız kılavuzların hedef kitlesi olan hekimler tarafından kullanılma durumları ve bu konudaki görüşleri temel alarak birinci basamak odaklı özgün bir bakış açısıyla ele alan özelliktedir. Kılavuzlar konusundaki yerli ve yabancı çalışmalar arasındaki yapı ve kapsam açısından farklara yönelik tespitler, çalışma öncesinde ulaşılan kılavuzların incelenerek çalışmanın temellendirilmesi, kılavuzlar konusunda hem güncel hem de geçmişten beri tartışılagelen sorulara yönelik bakış açısı ve değindiği noktalarla zenginleştirilmiştir. Ortaya koyduğu sonuçlarla yol gösterici olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın öne çıkan sonuçları şöyle özetlenebilir.

1- Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlası klinik uygulamalarında kılavuz kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Kullanmama nedenlerinde; uzun ve detaylı olması, birinci basamak yaklaşıma uygun olmaması ve yabancı kaynakların ağırlıklı olması ön sıralarda yer almaktadır. Kılavuz kullanan hekimlerin de kullanma sıklıklarının az olması çarpıcı bir sonuçtur. Katılımcıların kılavuz kullanmalarında engel olarak belirttiği faktörler kılavuz geliştirme çalışmalarında yol gösterici olabilecek özelliktedir.

2- Kılavuz kullanma oranları aile hekimliği uzmanlarında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aile hekimliği branş kılavuzlarını kullanma oranları da benzer olarak yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Akademik çalışma yapan hekimlerde de kılavuz kullanım oranları yüksek bulunmuştur. Uzmanlık eğitim sürecinde ya da akademik çalışma yaparken kanıta

dayalı tıp konusunda daha fazla bilgi sahibi olmalarına bağlı olması mümkündür. Birinci basamak hekimlerinin mesleki gelişmeleri takip etme ve kendini mesleğinde geliştirme açısından imkan ve motivasyonlarını artıracak çalışmalar faydalı olacaktır. Birinci basamak hizmet kalitesinin artırılması amacıyla, hekimlerin mesleki gelişimlerine vakit ayırabilecekleri bir çalışma düzeni sağlanmalı, hekimlerin klinik uygulamalarında özgür karar verme yetkisi korunarak günlük baktıkları hasta ile ilgili en iyi kararı verebilmek için güncel gelişmeleri gözden geçirebilecekleri kılavuz, veri tabanı gibi araçlara ulaşımı kolaylaştırılmalıdır.

3-Kronik hastalık takipleri çalışmamıza katılan hekimlerin kılavuz kullandıkları konular arasında öne çıkmıştır. Hekimlerin başvurdukları kılavuzların ağırlıklı olarak aile hekimliği dışı branş kılavuzları olması ve daha önce bahsedilen birinci basamak hekimlerinin kılavuzların birinci basamak yaklaşımı konusundaki eksikliğe dikkat çekmesi bir diğer kayda değer sonuçtur. Birinci basamak hekimlerinin sık karşılaştığı konularda kılavuz oluşturulma aşamasında aile hekimliği branş uzmanlarının konuya dahil edilerek birinci basamak yaklaşımını temel alan alt bölümler oluşturulması, kılavuzlar oluşturulurken temel alınan klinik çalışmaların hasta popülasyon temelli olmasının birinci basamak yaklaşım ile arasındaki ikilemi çözmek adına gelecekte birinci basamağa başvuran hasta popülasyonların temel alınarak yapılmış klinik çalışmalarca desteklenen birinci basamağa yönelik kılavuzlar oluşturulması faydalı olacaktır.

4-Katılımcıların birinci basamağa yönelik kılavuzların geleceğine dair fikirleri çalışmamızın bir diğer yol gösterici ve özgün yanı olarak öne çıkmaktadır. Çalışmamıza katılan hekimlerin kılavuzların biçimsel olarak günümüzün getirdiği gelişmelere uyum sağlayan kılavuzlara (online kılavuz, akıllı telefon uygulaması..) yönelik olumlu tutumları göz önünde bulundurularak, ulaşılabilir, kullanıcı dostu, yerli, güncel olması gereği gözler önündedir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre hekimlerin kılavuzlarını kullanmalarının özendirilmesi yönünde önlemler alınmalı, mevcut kılavuzlarda yapılacak güncellemelerle birinci basamak yaklaşımı temel alınan bölümlere yer verilmeli, kılavuzlar oluşturulur ve güncellenirken günümüzün getirdiği gelişmelerden (online, sık güncellenebilir kılavuzlar gibi…) faydalanılmalıdır. Birinci basamak, sağlık hizmeti alan bireyle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında köprü görevi görmekle kalmayıp karşılıklı ilişki içindedir. Aile hekimlerinin hasta bakımı, tedavideki güncellemeler gibi konularda olduğu kadar güncel çalışmalardaki hastalıklara özgü risk faktörleri, tarama, koruyucu hekimlik açısından alınabilecek önlemler konularındaki gelişmeleri takip ederek, uygulayabilmeleri için ilgili branş uzmanlarıyla birlikte aile hekimliği

uzmanlarının yaptığı klinik çalışmalar temel alınarak oluşturulan kılavuzlar hayati rol oynayacaktır.

Birinci basamak sağlık bakımındaki kaliteyi artırmaya yönelik çalışmalar zincirleme pozitif bir etkiyle sağlık sisteminin tüm basamaklarının birbiriyle uyumlu iyi işleyen bir bütün olmasına katkı sağlayacak ve ülkemizdeki sağlık bakım kalitesi artacaktır.

ÖZET

Çalışmamız aile hekimliğinde kılavuzların kullanımını Edirne il merkezi örneği üzerinden araştıran kesitsel ve tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır. Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden 52 aile hekiminden anket çalışması yoluyla toplanmıştır. Anket toplam 33 sorudan oluşmakta olup üç bölümdür. Katılımcıların sosyodemografik verileri, kılavuz kullanım durumları ve kılavuzlar hakkındaki görüşlerini araştıran sorular içermektedir.

Katılımcıların %46,2' si kadın (n=24), %53,8' i erkek (n=28) ve yaş ortalamaları 46,23 ± 5,99 idi. Katılımcıların unvanları %82,69'sı (n=43) aile hekimi, %17,31'inin (n=9) aile hekimliği uzmanı şeklindeydi. Katılımcıların %40,38' i kılavuz kullanıyordu (n=21). Kılavuz kullanmama nedenleri arasında ilk sırada uzun ve detaylı olması yer almaktaydı (% 30,77). Aile hekimliği uzmanlarının kılavuz kullanma oranları daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p= 0,022). Akademik çalışma yapan hekimlerde kılavuz kullanım oranı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,005).

Hekimlerin en sık kullandıkları kılavuzlar arasında hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalık kılavuzları ve Sağlık Bakanlığı' nın izlem kılavuzları yer almaktadır. Katılımcılar kılavuzlarda birinci basamak yaklaşımının ön planda olması gerektiği ifadesine en yüksek oranda katılmışlardır (%78,8, n=41).

Hekimlerin kılavuz kullanmalarını artırmak amacıyla mesleki gelişimleri için vakit ayırabilecekleri çalışma düzeninin oluşturulması, kılavuzlara erişimlerinin kolaylaştırılması, sık karşılaşılan konularda birinci basamağa yönelik kılavuzların oluşturulması, mevcut kılavuzların bu yönde güncellenmesinin desteklenmesi faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: aile hekimi, aile hekimliği uzmanı kılavuz, birinci basamak, kanıta dayalı tıp

ASSESSING ATTITUDES AND BEHAVIORS OF FAMILY PHYSICIANS WORKING IN EDIRNE CITY CENTER ABOUT GUIDELINES USE

SUMMARY

Our study is a cross-sectional and descriptive questionnaire study about the use of guidelines in family medicine in Edirne city center. Data was collected from 52 family physicians. Written consent was obtained. The questionnaire consists of three parts with a total of 33 questions. First part has questions investigating the sociodemographic data of the participants, second part is about their use of the guidelines and the third part is about their opinions about the guidelines. The average age of participants 46.23± 5,99 and 46.2% were female (n = 24). The titles of the participants were 82.69% (n = 43) family physicians and 17.31% (n = 9) were family medicine specialists. Of participants, 40.38% (n = 21) were using guidelines.

The first reason for not using the guidelines was being long and detailed (30.77%). Family medicine specialists had higher rates of using Guidelines than family physicians. The rate of guideline use was significantly higher and this difference is statistically significant (p= 0.022). The rate of using the guidelines was significantly higher in physicians having academic studies (p=0.005). Chronic disease guidelines such as hypertension and diabetes and follow-up guidelines of the Ministry of Health are among the most frequently used guidelines by physicians. Participants strongly agreed with the statement that the primary care approach should be at the forefront in guidelines. (78.8%, n = 41).

In order to increase the use of guidelines by physicians, it will be beneficial to establish a working environment that they can devote time for their professional development, to facilitate their access to guidelines, to establish primary care approach based guidelines and to support the updating of existing guidelines in this direction.

Keywords: family physician, family medicine specialist, guideline,primary care, evidence-based medicine

KAYNAKLAR

1. Uysal EK, Özenç NÖ. Tıp Akademisyenlerinin Kanıta Dayalı Bilgi Gereksinimleri ve Bilgi Arama Davranışları. Bilgi Dünyası. 2013;14(1):p37-p61.

2. Çekiç İ, Kahveci R, Başer DA, Koç EM, Artantaş AB. Türkiye'deki sivil toplum kuruluşlarının klinik uygulama rehberleri alanındaki faaliyetleri. Ankara Medical Journal. 2017;17(1):p29-p48.

3. Pather MK, Mash R. Family physicians' experience and understanding of evidence-based practice and guideline implementation in primary care practice, Cape Town, South Africa. African journal of primary health care family medicine. 2019;11(1).

4. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Türkiye'de bir Tıp Disiplini olarak Aile Hekimliği'nin Gelişimi. GeroFam. 2010;1(1).

5. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2007;27(3):412-8.

6. Rakel RE, Rakel DP. Rakel Aile Hekimliği,2019, 9. Baskı. p.4-5.

7. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği, 25.01.2013 tarih ve 28539 tarihli Resmî Gazete.

8. Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, WONCA Avrupa 2002.(Erişim tarihi: 02.06.2020). http://www.woncaeurope.org/

9. TAHUD internet sitesi, (Erişim tarihi: 02.06.2020). https://www.tahud.org.tr/page

10. Akpınar E, Saatçi E, Bozdemir N, Uysal Y. Birinci basamakta kanıta dayalı Tıp: Temel kavramlar ve güçlükler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2008;12(3):149-52.

11. Karıman Z, Kojurı J, Sagheb MM, Mahboudu A, Saber M, Amini M, Deghanı MR. Comparison of residents' approaches to clinical decisions before and after the implementation of Evidence Based Medicine course. Journal of Advances in Medical Education & Professionalism. 2014;2(4):170.

12. Babaoğlu MÖ, Yaşar Ü, Dost T, Kayaalp SO. Kanıta Dayalı Tıp: Kavramlar, Örnekler ve Görüşler. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2009;29(5):1298-305.

13. Alturki A , Alarfaj G, Alturki N, Alturki S. Family Physicians' knowledge and application of evidence based medicine in Al-Wazarat Health Care Center, Prince Sultan Military Medical City, Riyadh 2016. Indo Am. J. P. Sci,2018;05(12).

14. Yılmaz E, Çöl M.Kanıta dayalı tıp. Journal of Clinical and Analytical Medicine.2014,5(6):537-42.

15. Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. The Lancet 390.10092 (2017):415-423.

16. Başer DA, Kahveci R, Aksoy H, Yaşar İ, Koç M, Özkara A. Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Verilerine Göre Türkiye' de En Sık Teşhis Edilen İlk 10 Hastalığın Mevcut Rehberlerinin Haritalaması ve Rehberlerin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 36.2 (2016):65-72.

17. Başer DA, Kahveci R, Aksoy H, Yaşar İ, Koç M, Özkara A. Klinik Uygulama Rehberi Geliştirme Yöntemlerine Bakış. Yeni Tıp Dergisi (2015);32:186-190.

18. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. Bmj (1999):318(7182), 527-530.

19. Benzon HT, Joshi GP, Gan TJ, Vetter TR. Development, reporting, and evaluation of clinical practice guidelines.Anesthesia & Analgesia,(2019);129(6):1771-7.

20. Hayward RS, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G. Users' Guides to the Medical Literature: VIII. How to Use Clinical Practice Guidelines.Are the Recommendations Valid? Jama,(1999);274(7):570-574.

21. Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, Glasziou P, Jaeschke R, Vist GE, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. Bmj (2008);336(7653):1106-10.

22. Doherty S. History of evidence-based medicine. Oranges, chloride of lime and leeches: Barriers to teaching old dogs new tricks. Emergency Medicine Australasia (2005);17(4):314-321

23. Sadeghi-Bazargani H, Tabrizi JS, Azami-Aghdash S. Barriers to evidence-based medicine: a systematic review. Journal of evaluation in clinical practice 2014;20(6):793-802.

24. Abdelhamid A, Howe A, Stokes T, Qureshi N, Steel N. Primary care evidence in clinical guidelines: a mixed methods study of practitioners' views. British Journal of General Practice. 2014;64(628):p719-p27.

25. Grudniewicz A, Bhattacharyya O, McKibbon KA, Straus SE. User-centered design and printed educational materials: a focus group study of primary care physician preferences. Journal of Continuing Education in the Health Professions 2016;36(4):249-55.

26. Brouwers MC, Spithoff K, Kerkvliet K, Alonso-Coello P, Burgers J, Cluzeau F, et al. Development and Validation of a Tool to Assess the Quality of Clinical Practice Guideline Recommendations. JAMA Network Open.2020; 3(5).

27. Venus C, Jamrozik E. Evidence-poor medicine: just how evidence-based are Australian clinical practice guidelines? Internal Medicine Journal 2020;50(1):30-37.

28. Memi ZG, Öztora S. Sağlık Bakanlığı rehberlerinin incelenmesi. 18 Ulusal Aile Hekimliği Kongresi; 31 Ekim-02 Kasım 2019, Ankara.

29. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yayinlarimiz/rehberler.html

30. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/YayinListesi

31. Budak F, Korkmaz Ş. COVID-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme: Türkiye örneği. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi 2020;1:62-79.

32. Waldmann UM, Weckbecker K. Smartphone application of primary care guidelines used in education of medical students. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung.2013; 30(1).

33. https://www.aafp.org/membership/benefits/resources/app.html .

34. https://www.acc.org/tools-and-practice-support/mobile-resources/features/guideline-clinical-app .

35. Uptodate akıllı telefon uygulaması. https://www.uptodate.com/home/how-access-uptodate.

36. Shortliffe EH, Sepúlveda MJ. Clinical decision support in the era of artificial intelligence. Jama 2018;320(21):2199-200.

37. Amisha PM, Pathania M, Rathaur VK. Overview of artificial intelligence in medicine. Journal of family medicine and primary care 2019;8(7):2328.

38. Hansen E, Walters J, Howes F. Whole person care, patient-centred care and clinical practice guidelines in general practice. Health Sociology Review 2016;25(2):157-170.

39. Bulut S, Uğurluoğlu Ö. Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sistemi. Türkiye Klinikleri J Health Sci 2020;5(1):166-82.

40. Yakışan RŞ, Set T. Klinik uygulama rehberleri. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) 2013;7(2):26-8.

41. Bennett NL, Casebeer LL, Kristofco RE, Strasser SM (2004). Physicians' Internet information-seeking behaviors. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 24(1), 31-38.

42. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, et al. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019. 2019;47(6):535-46.

43. Türkiye Endoktinoloji ve Metabolizma Derneği Kılavuzları, http://temd.org.tr/Kilavuzlar, (Erişim tarihi:14.7.20).

44. Türk diyabet vakfı diyabet tanı ve tedavi rehberi. https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2019.pdf (Erişim tarihi:14.07.20).

45. Avrupa Kardiyoloji Derneği dislipidemi kılavuzu. https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of, (Erişim tarihi:14.07.20).

46. Türk Toraks Derneği kılavuzları. https://www.toraks.org.tr/page.aspx?menu=299. (Erişim tarihi:14.07.20).

47. Saygılı M, Kaya S, Sonğur C, Özer Ö. Aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve bilgi arama davranışları. S.D.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2013;4(3):p.104-110

48. Hong J, Chen J. Clinical Physicians' Attitudes towards Evidence-Based Medicine (EBM) and Their Evidence-Based Practice (EBP) in Wuhan, China. International journal of environmental research and public health 2019;16(19):3758.

49. Kahveci R, Meads C. Is primary care evidence-based in Turkey? A cross-sectional survey of 375 primary care physicians. Journal of Evidence-Based Medicine 2009;2(4):242-251.

50. Austad B, Hetlevik I, Mjølstad BP, Helvik AS. General practitioners' experiences with multiple clinical guidelines: A qualitative study from Norway. Quality in Primary Care 2015; 23(2):70-77.

51. Bennett NL, Casebeer LL, Kristofco RE, Strasser SM. Physicians' Internet information-seeking behaviors. Journal of Continuing Education in the Health Professions 2004; 24(1): 31-38.

52. Yangı DT, Top M, Görpelioğlu S. Aile hekimlerinin periyodik muayene rehberine yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018; 22(3):104-117.

53. Vezyridis P, Timmons S. Evolution of primary care databases in UK: a scientometric analysis of research output. BMJ open 2016;6.

54. Gagne ME, Boulet LP. Implementation of asthma clinical practice guidelines in primary care: A cross-sectional study based on the Knowledge-to-Action Cycle. Journal of Asthma (2018);55(3):310-317.

55. Jousimaa J, Kunnamo I, Mäkelä M. Physicians' patterns of using a computerized collection of guidelines for primary care. International journal of technology assessment in health care 1998 14(3):484-493.

56. Cullen RJ. In search of evidence: family practitioners' use of the Internet for clinical information. Journal of the Medical Library Association 2002;90(4):370.

EKLER

Ek-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2020/33	
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezindeki Aile Hekimlerinin Klinik Uygulamalarında Kılavuzları Kullanım Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Serdar ÖZTORA	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:02/03**	**Tarih:20.01.2020**	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Züleyha Güler MEMİ'nin tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	Mazeretli
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E (H)	(E) H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	(E) H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd

Nurgül ARDA
Fakülte Sekreteri

ASLI GİBİDİR

Ek-2

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2020/3

Karar: 2020/3

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 20/02/2020 tarih saat 11:00'da İl Sağlık Müdürlüğü Gülden YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosyaları inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

1- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi Dr.Züleyha Güler MEMİ'nin **"Edirne İl Merkezindeki Aile Hekimlerinin Klinik Uygulamalarında Kılavuzları Kullanım Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi "** konulu Uzmanlık tezi ,

2- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi Dr.Selime KARTAL'ın **" Aile Hekimlerinin Meslek Hastalıkları Konusunda Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi "** konulu Uzmanlık tezi

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN
Dr. Selma HEVES YILMAZ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Dr. Onur ÇAKAR
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısı

Dr. Burcu BAKAR
Toplum Sağlığı Birim Sorumlusu

Uzm. Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN
Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı

Yıldıray ÇETİNTAŞ
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birim Sorumlusu

Ek-3

EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN KLİNİK UYGULAMALARINDA KILAVUZLARI KULLANIM TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

TC. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
Arş. Gör. Dr. Züleyha Güler Memi
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Serdar Öztora

Sayın Meslektaşım

"Edirne İl Merkezindeki Aile Hekimlerinin Klinik Uygulamalarında Kılavuzları Kullanım Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" adlı bu çalışma aile hekimlerinin kılavuz kullanım durumlarını, hangi klinik durumlarda kılavuz kullanmaya ihtiyaç duyduklarını araştırmak ve birinci basamak hekimlerinin nasıl kılavuzlara ihtiyaç duyduğu hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. İstediğiniz anda soruları cevaplamaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durumda cevaplanan bölüm çalışmaya dahil edilmeyecektir. Çalışma kapsamında kimliğinizi ortaya çıkarabilecek hiçbir bilgi istenmeyecektir. Değerlendirme yapabilmek için sadece numaralandırma kullanılacaktır. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

1-Yaşınızı belirtiniz: ……

2-Cinsiyetinizi belirtiniz: 1) Kadın 2) Erkek

3-Unvanınızı belirtiniz: 1) Aile Hekimi 2) Aile Hekimliği Uzmanı

4-Asistan hekim olarak çalıştığınız kurum hangisidir?

0) Asistanlık yapmadım 1) Üniversite Hastanesi 2) Eğitim Araştırma Hastanesi

5-Kaç yıldır aile hekimi olarak çalışıyorsunuz? …… yıl

6- Günlük baktığınız hasta sayısı yaklaşık olarak kaçtır? …… /gün

7-Size kayıtlı nüfus yaklaşık olarak kaç kişidir? …… kişi

8-Daha önce akademik çalışma yaptınız mı?

0) Hayır 1) Evet (poster, sözel bildiri, makale, tez, vs):
……

9-Klinik uygulamalarınızda kılavuzlara başvurur musunuz? (Cevabınız hayırsa 13. soruya geçiniz.)

0) Hayır 1) Evet

10-En sık hangi branşların kılavuzlarını kullanırsınız?

……
……..……..

……
……..

11-Kullandığınız kılavuzları yazınız.

……
……..……..

……
……..

……
……..

12-Kullandığınız kılavuzun güçlü ve zayıf yanları sizce nelerdir?

Güçlü yanları:
……
……..……

Zayıf yanları:
……
……..……..…….

13-Klinik pratiğinizde kılavuz/ek kaynak kullanmanızı gerektirecek durumlarla ne sıklıkla karşılaşırsınız?

0) Karşılaşmam 1) Yılda birkaç kez 2) Ayda birkaç kez

3) Haftada birkaç kez 4) Günde birkaç kez

14-Hangi konularda daha çok kılavuzlara/diğer kaynaklara başvurma ihtiyacı duyarsınız?

(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1) İzlem ve periyodik muayenelerle ilgili

2) Kronik hastalık takiplerinde

3) Alkol, sigara kullanımı ile ilgili

4) Ergen, geriyatrik, çocuk hasta gibi hassas ve özellikli hastalara yaklaşımda

5) Polifarmasi konusunda

6) Diğer:
……..……
……

15-Hastayı değerlendirirken hangi aşamada kılavuzlara/diğer kaynaklara başvurma ihtiyacı duyarsınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1) Hastaya tanı koyma aşamasında

2) Gerekli testleri isterken

3) Tedavi düzenlemede

4) Üst basamak sağlık kurumuna yönlendirme konusunda

5) Diğer…….

16-Hangi tanıda hastaların değerlendirilmesinde kılavuzlara/diğer kaynaklara daha çok ihtiyaç duyarsınız?

……
……

……
……

……
……

17-Kılavuz kullanmıyorsanız, aşağıdaki nedenlerden hangisi daha ön plandadır?

0) Fikrim yok

1) Yabancı kaynakların ağırlıkta olması

2) Güncel olarak takip etmek için fazla uzun, detaylı olması

3) Birinci basamağa yönelik kılavuzlar yok/yeterli bulmuyorum/ulaşamıyorum

4) Diğer (belirtiniz):
……
…….

18-Sizce kılavuzlar diğer kaynaklardan neden farklıdır?

……
……

……
……

19- Aile hekimliği pratiğinde kullanılacak kaynak/kılavuz içerik açısından sizce nasıl olmalıdır?

(sizin için en ön planda olan şık ya da şıkları işaretleyiniz.)

1) Birinci basamak yaklaşım ön planda olmalıdır.

2) Kronik hasta takibine daha çok yer vermelidir.

3) Periyodik muayenede yol gösterici olmalıdır.

4) Tanı tedavi sevk edilmesi gereken durumlar açısından bilgi içermelidir.

5) Özel popülasyonlara (geriyatrik, engelli hasta..) yönelik bilgi içermelidir.

6) Kronik hastalıklarda tedavi protokollerini içermelidir.

7) Multimorbiditesi olan hastalarda çoklu ilaç kullanımına ilişkin öneriler içermelidir.

8) Diğer……
……

20-Aile hekimliği pratiğinde kullanılacak kaynak/kılavuz biçim açısından sizce nasıl olmalıdır?

0) Şema ve algoritmadan zengin

1) Düz metin şeklinde özet bilgi içeren

2) Diğer:
……
……..

21-Aile hekimliğinde kullanılacak kaynak/kılavuz için aşağıdakilerden hangisi/hangileri olmalıdır?

1) Basılı kaynak 2) 0nline 3) Akıllı telefon uygulaması

<u>22-33. sorular için size en uygun ifadeyi işaretleyiniz.</u>

22-Kullandığım kılavuz yol gösterici ve yeterlidir.(Kılavuz kullanmıyorsanız bu soruyu geçiniz.)

0) Hayır 1) Evet 2) Fikrim yok

23-Kılavuz kullanmak klinik karar vermede yardımcı olur.

0) Hayır 1) Evet 2) Fikrim yok

24-Kılavuzların yönerge niteliğinde olması medikolegal açıdan daha rahat olmayı sağlar ve klinik durumu atlama kaygısını azaltır.

0) Hayır 1) Evet 2) Fikrim yok

25-Kılavuzlar yapılan uygulamalarda bağlayıcılığı olan araçlardır.

0) Hayır 1) Evet 2) Fikrim yok

26-Kılavuzlar sağlık bakımının kalitesini artırmak ve kaynakların ve zamanın daha verimli kullanılması aşısından faydalıdır.

0) Hayır 1) Evet 2) Fikrim yok

27-Kılavuzlar sağlık konusunda kalite ve standardizasyon açısından objektif ölçüt sağlar.

0) Hayır 1) Evet 2) Fikrim yok

28-Klinik rehberler hastaya ve duruma uyarlanarak uygulandığında faydalıdır.

0) Hayır 1) Evet 2) Fikrim yok

29-Klinik karar vermede kılavuzların hekimin özgür karar verme yetisini engellediğini düşünürüm.

0) Hayır 1) Evet 2) Fikrim yok

30-Kılavuzlara ulaşmakta ve aradığımı bulmakta zorlanırım.

0) Hayır 1) Evet 2) Fikrim yok

31-Kılavuzlarda basamaklı bakım modeli olması işimi kolaylaştırır.

0) Hayır 1) Evet 2) Fikrim yok

32-Veritabanı olarak hizmet veren sitelerden yararlanır mısınız? (Cochrane library, medscape..)

0) Hayır 1) Evet 2) Fikrim yok

33-Online kılavuz geri bildirim verilebilen bir sistem olması kılavuzun yenilenip güncellenmesi açısından faydalıdır.

0) Hayır 1) Evet 2) Fikrim yok

Anketimiz bitmiştir. Değerli katkılarınız için teşekkür ederiz