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

Türkiye'de Aile Hekimlerinin Kullandıkları Kanıta Dayalı Tıp (KDT) Kaynakları ve Bunların Birinci Basamağa Uygunluğu Hakkındaki Görüşleri: Bir Vinyet Çalışması.

Dr. BASEL ELMASRI

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2024

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

Türkiye'de Aile Hekimlerinin Kullandıkları Kanıta Dayalı Tıp (KDT) Kaynakları ve Bunların Birinci Basamağa Uygunluğu Hakkındaki Görüşleri: Bir Vinyet Çalışması.

Dr. BASEL ELMASRI

UZMANLIK TEZİ

Danışman: **Prof. Dr. SALİHA SERAP ÇİFÇİLİ**

İSTANBUL 2024

İçindekiler

Teşekkür..... i
Özet ii
İnglizce Özet (Abstract) iv
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini vi
Şekiller Dizini viii
Tablolar Dizini ix
1. Giriş ve Amaç 1
2. Genel Bilgiler..... 2
2.1. Kanıta Dayalı Tıp (KDT)..... 2
2.2. Birinci Basamakta KDT..... 3
2.2.1. Birinci Basamakta KDT Kullanımının Önündeki Engeller..... 4
2.2.2. Birinci basamakta KDT'nin geleceği..... 5
2.2.3. Türkiye'de KDT ve birinci basamak sağlık hizmetleri..... 5
2.3. KDT'ın Kaynakları..... 6
2.3.1. Bilgi Ustalığı (Information Mastery)..... 6
2.3.2. KDT Kaynaklarının ve Çalışma Türlerinin Taksonomisi..... 7
2.4. Kanıta Dayalı Kaynağın Birinci Basamağa Uygunluğu..... 9
2.4.1. İlgililik (Hasta Odaklı Kanık) (HOK)..... 9
2.4.2. Genellenebilirlik - Dış Geçerlilik..... 9
2.4.3. Aile Hekimliği yaklaşımının KDT'a entegre edilmesi..... 10
2.4.4. KDT kaynakları için değerlendirme araçları..... 11
3. Gereç ve yöntemler…… 13
3.1 Tasarım..... 13
3.2 Sonuç ölçümleri..... 13
3.3 Çalışma popülasyonu..... 13
3.4 Soru formunun geliştirilmesi..... 14
3.4.1 Vinyetlerin seçilmesi..... 14
3.4.2 Anketin özellikleri..... 15
3.4.3 Anketin dağıtılması..... 16
3.5 Örneklem büyüklüğü..... 16

3.6 AH'leri tarafından sağlanan KDT kaynaklarının taksonomisi..... 17
3.7 AH'ler tarafından sağlanan KUK'ların değerlendirilmesi..... 18
3.8 Araştırma için alınan izinler ve Etik Kurul Onayı..... 18
3.9 İstatistiksel analiz..... 18
4. Bulgular..... 19
4.1. AH'lerin demofrafik özellikleri..... 19
4.2. AH'lerinin kanıta dayalı kaynaklara erişimi..... 21
4.2.1. Vinyet 1..... 21
4.2.2. Vinyet 2..... 24
4.2.3. Vinyet 3..... 26
4.2.4. Vinyet 4..... 28
4.2.5. Vinyet 5..... 30
4.2.6. Kanıta dayalı kaynaklara erişimi ile ilgili bulgularin özeti..... 32
4.3. AH'lerin kullandıkları KDT kaynaklarının birinci basamağa uygunluğuna hakkındaki görüşleri..... 33
4.3.1 Beş vinyet üzerinden toplam yanıtlar..... 35
4.4. AH'ler Tarafından Kullanılan KUK'ların Değerlendirilmesi..... 36
4.4.1. Ulusal KUK'ların güvenirlik Analizi..... 38
4.5 Aile hekimlerinin demografik özellikleri ile kanıta dayalı kaynaklara erişebilirlikleri arasındaki ilişki..... 38
5. Tartışma..... 40
5.1 Temel bulgular..... 40
5.2. Bu çalışmanın güçlü yönleri ve sınırlılıkları..... 41
5.3. Bulgularımızın önceki çalışmalarla karşılaştırılarak yorumlanması..... 42
5.3.1. AH'lerin KDT kaynaklarına erişimi..... 42
5.3.2. AH'lerin KDT kaynaklarının birinci basamağa uygunluğuna hakkındaki..... 43
5.3.3. AH'ler tarafından kullanılan KUK'ların değerlendirilmesi..... 44
5.3.4. AH'lerin demografik özellikleri ile KDT kaynaklarına erişilebilirlik arasındaki ilişki..... 44
6. Sonuç..... 45
7. Ekler..... 46
8. Kaynaklar..... 56

TEŞEKKÜR

Belki bu tezde; düşüncelerimi, gözlemlerimi kağıda aktarmak kolay olabilirdi ve böylece kelimeler, akıldaki fikri daha net ve açık bir şekilde ifade edebilirdi. Belki de; araştırmak ve sonuca varmak benim için kolay olabilirdi. Ancak kalbimi şükre açtığımda dilimi ve kalemimi yetersiz buluyorum. Öncelikle, kardeşlerimle birlikte adetâ kendimi ailemdeymiş gibi hissederek günler geçirdiğim Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Bölümü'ne teşekkürlerimi arz ediyorum. Ve yine teşekkürlerimi; bize nasıl araştırma yapacağımızı, nasıl düsünecegimizi, ve nasıl çıkarım yapacağımızı öğreten değerli hocalarıma sunuyorum. Ayrıca bana; deneyimlerini, geri bildirimlerini ve arkadaşlıklarını sunan meslektaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi iletiyorum. Görevinin ötesine geçerek bize değer veren, yardım eden; bizi önemseyen, eğiten, destekleyen büyük bir kalp ve aydınlatıcı bir zihin olan danışman hocam Prof. Dr. Saliha Serap Çiftçili'ye en büyük teşekkürlerime ek olarak kendilerine kalıcı iyilikler için dualarımı sunuyorum.

Basel Elmasri

Haziran, 2024

Özet

Giriş: Aile hekimliği mümkün olduğunca tıbbi literatürde ve kılavuzlarda yayınlanan ve toplanan bilimsel kanıtlara dayanmalıdır.Türkiye'de Kanıta Dayalı Tıp (KDT) ve birinci basamak sağlık hizmeti arasındaki ilişkiyi değerlendiren çok az çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada, Türkiye'de Aile Hekimlerinin (AH) sık karşılaşılan klinik sorulara yanıt vermek için kullandıkları KDT kaynakları ve bunların birinci basamaktaki uygulamalarına uygunluğu hakkındaki görüşlerini toplamak, gösterilen kaynakları sınıflandırarak klinik uygulama kılavuzları (KUK'lar) olarak sınıflandırılan kaynaklara eleştirel değer biçmektir.

Yöntem: Tanımlayıcı bir çalışma planlanmıştır. Klinik vinyetleri (olgu örnekleri) içeren bir soru formu oluşturmuştur. Demografik veriler ile ilişkili soruların yanı sıra beş vinyetin (olgu örnekleri) her biri için, öykünün sonunda yöneltilen klinik soruyu yanıtlamak amacı ile aile hekimlerinin kullanabilecekleri kanıta dayalı bir kaynak sağlamaları ve bu kaynakların birinci basamak sağlık hizmetine uygunluğuna ilişkin üç soruya cevap vermeleri istenmiştir. Sağlanan kaynaklar, 6 S modeli KDT piramidi tarafından önerilen geniş sınıflandırma kullanılarak sınıflandırılmıştır. Sağlanan ulusal kılavuzlar, KUK'ların güvenilirliğini analiz etmek için yayınlanan "The Institute of Medicine" kriterlerinin bir kısmı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın evrenini Aile Hekimliği uzmanları (AHU) ve Aile Sağlık Merkezlerinde üç aydan fazla çalışmışaile hekimliği asistanları (AHA), ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı (SAHU) asistanları oluşturmaktadır.

Bulgular: Birinci basamakta sık karşılaşılan sorunları olan hastaları tanımlayan vinyetlerle karşılaştıklarında ve klinik soruları yanıtlamak için kanıta dayalı kaynaklar sağlamaları istendiğinde, AH'ler yalnızca %27,6 oranında spesifik kaynak sağlayabilmiştir. Sağlanan kaynakların %52,6'sı KUK'lardir. Bunların çoğu, geliştirilmeleri sırasında kullanılan metodoloji, önerilerin gücüne yönelik derecelendirmelerini ve kanıt kalitesinin derecelendirmelerini sağlamayan ulusal KUK'lardır. AH'ler kullandıkları kaynakların çoğunun hasta odaklı kanıtlara (%77,8), kendilerininkine benzer hasta popülasyonuna (%85,3) ve aile hekimliği değerlerini dikkate alan bir yaklaşıma (%63) dayandığını düşünmektedir. Üç birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcı hekim grubu (AHU, AHA, SAHU) arasında kanıta dayalı kaynaklara erişilebilirlik düzeyi açısından anlamlı bir fark tespit edilmiştir (P=0,038). AHU'ların (%39,1), AHA'ların (%32,6), SAHU'ların ise (%14,9) Kanıta dayalı kaynaklara yüksek erişilebilirliğe sahiptir.

Sonuç: KDT eğitimlerinin uygulanması ve birinci basamağa yönelik kılavuzların geliştirilmesi yoluyla AH'lerin uygun ve güncel KDT kaynaklarına erişiminin iyileştirilmesine ihtiyaç vardır. AH'ler, kanıta dayalı kılavuzlara erişimin sadece ilk adım olduğunun, kanıtların aile hekimliği değerlerine uygun bir şekilde hastaların bakımına entegre edilmesi gerektiğinin farkında olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, Kanıta dayalı tıp kaynakları, Hasta odaklı, Uygunluk, Genellenebilirlik, Vinyet çalışması, Aile hekimleri, Türkiye

Abstract

Background: General practice should be as much as possible based on scientific evidence published and collected in medical literature and guidelines. Very few studies assessed the relationship between Evidence-Based Medicine (EBM) and primary care in Türkiye. In this study, we aim to assess Family Physicians' (FP)s' EBM practice by collecting their resources used to respond to common clinical questions and their views on the appropriateness of these resources to primary care, then classifying them and appraising those who are classified as national Clinical practice guidelines (CPGs).

Method: This is a descriptive study with a primary care survey for data collection. FPs were given vignettes describing patients of different age groups presenting with complaints common to primary care and asked to provide EBM resource(s) for each clinical question and to answer questions related to the relevance and the generalizability of these resources. The provided resources were categorized by using the broad classification suggested by the 6 S model EBM pyramid. National guidelines provided were appraised by using a part of "The Institute of Medicine" published criteria for analysing the reliability of CPGs. Family medicine specialists (FMS), family medicine residents (FMR) who have worked in Family health centers for more than three months, and contracted family medicine residents (CFMR) were included.

Results: When faced with vignettes, describing patients with problems common to primary care and asked to provide evidence-based resources to answer the clinical questions, FPs could provide specific resources only %27,6 of the times. %52,6 of the provided resources were CPGs. Most of these are national CPGs that do not provide their methodological development, ratings for the strength of the recommendations, and ratings of the quality of evidence. FPs thought that most of the resources they used are based on patient oriented evidence (%77,8), on patient population similar to theirs'(%85,3), and on an approach that considers primary care perspective (%63). There was a significant difference among the three primary care provider groups (FMS, FMR, CFMR) in terms of the level of accessibility to evidence-based resources (p=0,038). (39.1%) of FMSs, (32.6%) of FMRs, and only (14.9%) CFMRs have high accessibility to evidence-based resources.

Conclusions: There is a need to improve FPs' accessibility to relevant and updated EBM resources through implementing EBM training and developing guidelines directed to primary

care. FPs should be aware that access to evidence-based guidelines is just the first step, the evidence must be integrated to patients' care in a way relevant to family medicine values.

Keywords: Primary care, Evidence-based practice resources, patient-oriented, Relevance, Generalizability, Vignette study, Family physicians, Türkiye

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini

AAFP: American Academy of Family Physicians

ACG: American College of Gastroenterology

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists.

ADA: American Diabetes Association

AGD: Akademik Geriatri Derneği

AH: Aile Hekimi

AHA: Aile Hekimliği Asistanı

AHU: Aile Hekimliği Uzmanı

AOM: Akut Otitis Media

ASM: Aile Sağlığı Merkezleri

DOE: Disease-oriented evidence

GDM: Gestasyonel Diabetes Mellitus

GÖEH: Gastroözofageal Reflü Hastalığı

GP: Genel Pratisyen

HOK: Hasta Odaklı Kanıt

KDT: Kanıta Dayalı Tıp

KKDA: Klinik Karar Destek Araçları

KKY: konjestif kalp yetmezliğ

KUK: Klinik uygulama kılavuzları

OKV: ortak karar verme

PH: Pratisyen Hekim

POE: Patient-oriented evidence

PPI: Proton pompa inhibitörü

RKÇ: Randomize Kontrollü Çalışmalar

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

STD: Sağlık Teknolojisi Değerlendirmeleri

TDV: Turkiye Diyabet Vakfı

TEMD: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Dergisi

THSK:TC Sağılık bakanlığı Türkiye halk sağılığı kurumu

WHO: World health organization

WONCA: The World Organization of Family Doctors

Şekiller Dizini

Şekil 1. Katılımcıların bulundukları şehirler..... 21

Şekil 2: Vinyet-1 için Kanıta Dayalı Kaynakların kategorileri..... 22

Şekil 3: Vinyet-2 için Kanıta Dayalı Kaynakların kategorileri..... 24

Şekil 4: Vinyet-3 için Kanıta Dayalı Kaynakların kategorileri..... 26

Şekil 5: Vinyet-4 için Kanıta Dayalı Kaynakların kategorileri..... 28

Şekil 6: Vinyet-5 için Kanıta Dayalı Kaynakların kategorileri..... 30

Şekil 7. Katılımcıların tüm vinyetlere verdikleri yanıtların yüzdesi..... 32

Şekil 8. Toplam spesifik kaynakların sınıflandırılması..... 33

Şekil 9. Sonuçlar hasta odaklı mı? Sorusuna toplam yanıtlar..... 35

Şekil 10. Birinci Basamak popülasyonu uygun mu? Sorusuna toplam yanıtlar..... 35

Şekil 11. Aile hekimliği yaklaşımına uygun mu? Sorusuna toplam yanıtlar..... 36

Şekil 12. Aile hekimlerinin kanıta dayalı kaynaklara erişebilirliği derecesi..... 39

Tablolar Dizini

Tablo 1. Vinyetlerin kapsadıkları klinik soru yelpazesi ve hasta özellikleri..... 15

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri..... 20

Tablo 3. Vinyet-1 için Kanıta Dayalı Kaynaklara erişimin genel sınıflandırılması..... 22

Tablo 4. Katılımcıların Vinyet-1 için sağladıkları spesifik kaynaklar..... 23

Tablo 5. Vinyet-2 için Kanıta Dayalı Kaynaklara erişimin genel sınıflandırılması..... 24

Tablo 6: Katılımcıların Vinyet-2 için sağladıkları spesifik kaynaklari..... 25

Tablo 7. Vinyet-3 için Kanıta Dayalı Kaynaklara erişimin genel sınıflandırılması..... 26

Tablo 8. Katılımcıların Vinyet-3 için sağladıkları spesifik kaynaklar..... 27

Tablo 9. Vinyet-4 için Kanıta Dayalı Kaynaklara erişimin genel sınıflandırılması..... 28

Tablo 10. Katılımcıların Vinyet-4 için sağladıkları spesifik kaynaklar..... 29

Tablo 11. Vinyet 5 için Kanıta Dayalı Kaynaklara erişimin genel sınıflandırılması..... 30

Tablo 12. Katılımcıların Vinyet-5 için sağladıkları spesifik kaynaklar..... 31

Tablo 13. Kanıtın birinci basamağu uygunluğu ilişkin sorulara cevapların sıklığı..... 34

Tablo 14. Ulusal KUK'ların değerlendirilmesi..... 37

Tablo 15. AH'lerin demografik özellikleri ile kanıta dayalı kaynaklara erişebilirlikleri arasındaki ilişki..... 40

1- Giriş ve Amaç

Genel pratisyenler (GP'ler)/Aile Hekimleri (AH'leri) "sağladıkları sürekli bakımla ilişkili karmaşıklığı, belirsizliği ve riski yönetirken kişinin bütününe tıbbi hizmet sağlama konusunda farklı bir uzmanlığa ve deneyime sahiptir" [1]. AH'leri **belirsizliği** tolere etseler ve ayrışmamış semptomları diğer uzmanlardan daha fazla yönetseler de, uygulamalarında sıklıkla klinik sorularla karşılaşırlar ve hastalara rasyonel seçenekler sunmak için belirsizlikleri çözmeleri gerekir. Aile hekimliği mümkün olduğunca tıbbi literatürde ve kılavuzlarda yayınlanan ve toplanan bilimsel kanıtlara dayanmalıdır. **Kanıta Dayalı Tıp (KTD),** sağlık hizmeti sağlayıcılarının klinik soruları yanıtlamak için klinik araştırmalardan elde edilen mevcut en iyi bilimsel kanıtları kullandığı sistematik bir tıp yaklaşımıdır. Bir hekimin klinik deneyimi ve hastanın değerleri ve tercihleri de karar vermek için kanıtları kullanma sürecinde önemlidir. Klinik uygulama kılavuzları (KUK'lar) ve sistematik derlemeler gibi önceden değerlendirilmiş materyallerin literatür taraması, kanıta dayalı bir kaynağa hızlı bir şekilde erişmenin muhtemelen en etkili yoludur. Türkiye'de birinci basamak uygulamalarına yönelik ulusal KUK'lar oldukça sınırlıdır [2]. Sağlık Bakanlığı birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberlerinin en son güncellemesi 2012 yılında yapılmıştır. Kahveci ve Meads, Türkiye'de KDT ve birinci basamak arasındaki ilişkiyi araştırmış, yüksek oranda hekim KDT uyguladığını iddia etmiş, ancak nispeten az sayıda hekim literatür taraması, Cochrane Kütüphanesi ve sağlık teknolojisi değerlendirmelerini kullandığını belirtmiştir [3].

"Aile hekimliği gibi herhangi bir disiplinin iki ayırt edici özelliği, bir bilgi bütünü ve aktif bir araştırma alanının tanımlanmasıdır. Aile hekimliğinin bilgi tabanı benzersiz bir klinik dünyaya dayanmaktadır" [4]. Yüksek kaliteli kanıt kaynakları bile birinci basamak uygulamalarına uygun olmayabilir. Aile hekimliği yaklaşımını dikkate alan, hasta odaklı ve genellenebilir kanıtlara erişmek birçok AH için zor olabilir. **İlgili** (relevant) bir kaynak, morbidite, mortalite, yaşam kalitesi ve semptomların azaltılması gibi hasta odaklı sonuçları rapor eder. Aile hekimleri için **dış geçerlilik/genellnebilirlik** (external validity / generalizability) genellikle çalışma popülasyonunun birinci basamak popülasyonuyla karşılaştırılabilir olması anlamına gelir [5]. KDT uygulamasının kişi merkezli tıbbı ve **aile hekimliğinin temel değerlerini** yansıtması da önemlidir.

Kanıtların eksik olduğu konularda boşlukları doldurmak amacı ile birinci basamak için bir

araştırma gündemi oluşturmaya yönelik bir gereksinim vardır. Ancak, halihazırda yanıtlanmış sorulara yönelik KDT kaynaklarının AH'leri için erişilebilir olduğundan ve uygulamadaki ihtiyaçlarını karşılayabildiğinden emin olmak için bir adım geri atılması gerekmektedir. Türkiye'de KDT ve birinci basamak sağlık hizmeti arasındaki ilişkiyi değerlendiren çok az çalışma bulunmaktadır.

Bu çalışmada, Türkiye'de AH'lerinin sık karşılaşılan klinik sorulara yanıt vermek için kullandıkları KDT kaynakları ve bunların birinci basamaktaki uygulamalarına uygunluğu hakkındaki görüşlerini toplamak, gösterilen kaynakları sınıflandırarak KUK'lar olarak sınıflandırılan kaynaklara eleştirel değer biçmektir. Çalışmamızın uzak amaçları Türkiye'deki aile hekimliği araştırma ve KUK geliştirme gündemine aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve sürekli mesleksel gelişimine ve tıp fakültesi müfredatının içeriğine katkı sağlamaktır.

2- Genel Bilgiler

2.1. Kanıta Dayalı Tıp (KDT)

KDT " her bir hastanın bakımı hakkında karar verirken mevcut en iyi kanıtların bilinçli, açık ve mantıklı bir şekilde kullanılmasıdır" [6]. En iyi bilimsel kanıtları hekimin klinik deneyimi ve hastanın değerleri ile entegre ederek uygulanabilir hale getirmesidir. Sackett'in makalesinde yer alan bu tanımı, 'Beş A' olarak adlandırılan beş adıma dönüştürülmüştür. Bunlar, klinisyenlerin sistematik araştırmalardan elde edilen mevcut en iyi uzman kanıtını bulmalarına yardımcı olmak için tasarlanmıştır.

- Adım 1: Sormak (Ask)

PICO (Popülasyon/problem, Müdahale/Intervention, Karşılaştırma/Comparison, Sonuç/Outcomes) çerçevesini kullanarak bir soruyu birkaç parçaya ayırmak, bir arama için yararlı anahtar kelimelerin belirlenmesine yardımcı olabilir ve soruya uygun bir yanıt bulma şansını artıracaktır.

'Sormanın' ikinci kısmı, sorulan **sorunun türünü** tanımlamaktır. Sorular tedavi, teşhis, önleme, prognoz veya tarama ile ilgili olabilir [7].

- Adım 2: Erişme (Accessing)

Arama stratejisi için anahtar kelimeler seçilip birleştirildikten sonra, soruyu yanıtlamak için

yüksek kaliteli ve ilgili bilgileri bulmak için KDT kaynakları kullanılır. Hizmet noktasında bazı kanıtlara erişim olanağı aboneliklerle kısıtlanmaktadır. Bu, uzak ortamlarda veya düşük gelirli ülkelerde bulunanlar veya serbest çalışan uygulayıcılar için bir sorun olabilir.

- Adım 3: Eleştirel değerlendirme (Appraising)

Tüm kanıt türleri geçerlilik, ilgilik ve klinik önem açısından değerlendirilmelidir [8]. Klinik uygulama için doğrudan bir mesajı olan ve önceden belirlenmiş değerlendirme kriterlerini karşılayan makalelerin özetleri, bu adımı uygulayıcılar için daha kolay hale getirmek amacıyla yayınlanmaktadır.

- Adım 4: Uygulama (Applying)

KDT'ı klinik ortamda uygulamanın pratik bir açıklaması, en iyi araştırma bilgilerini hastalarla paylaşmak ve aldıkları sağlık bakımıyla ilgili seçimler yaparken karar verme süreçlerini desteklemektir; bu süreç **ortak karar verme (OKV)** (Shared Decision-Making) (SDM) olarak bilinir [5].

- Adım 5: Değerlendirme (Assessing)

Alınan önlemler üzerinde düşünmek ve iyileştirme yolları aramak.

2.2. Birinci Basamakta KDT

"Yüksek bağlamlı ve çok bireysel odaklı bir disiplin olmasına rağmen, genel pratisyenlik /Aile hekimliği mümkün olduğunca bilimsel kanıtlara dayanmalıdır. Hastaların yönetiminde deneyimlerin kullanılması çok önemli olmaya devam etmektedir, ancak mümkün olan her yerde tıbbi literatürde ve kılavuzlarda yayınlanan ve toplanan sağlam kanıtlarla desteklenmeli ve doğrulanmalıdır" [9].

Ely ve meslektaşları tarafından ABD'li AH'leri üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların sıklıkla hasta bakımıyla ilgili soruları olduğu, ancak çoğu soruya yanıt aramadıkları görülmüştür (%64). Eğer hekim bir cevabın peşine düşerse, o zaman yaklaşık yüzde 80 oranında makul bir cevap alacaktır [10]. Birinci basamak hekimlerinin KDT ile ilgili bilgi, tutum, uygulama ve engellerini değerlendirmek için kesitsel çalışmalar yapılmıştır. Kırıkkale'de çalışan 81 aile hekimine anket uygulanmış, çalışmanın sonunda hekimlerin %84,0'ünün kanıta dayalı tıp uygulamaları hakkında bilgi sahibi olduğu, %67,9'unun bu konuda herhangi bir eğitim almadığı, %82,7'sinin kanıta dayalı tıpla ilgili eğitim almak istediği ve % 82,7'sinin de hastaları hakkında karar verirken kanıta dayalı uygulamalardan yararlandığı belirlenmiştir. Hekimlerin kanıta dayalı bilgiye erişim için en

fazla kullandıkları bilgi kaynakları ise %56,8 ile arama motorları, %53,1 ile de Sağlık Bakanlığınca hazırlanan tanı ve tedavi rehberleridir [11]. Kuzey Suudi Arabistan'da, araştırmaya katılan 300 hekimin yarısından azı KDT konusunda yüksek bilgi (%43,7) ve tutuma (%47,7) sahiptir [12]. Benzer bulgular, aile hekimlerinin %80,7'sinin KDT'nin teşvik edilmesini olumlu karşıladığı, ancak sadece %56,1'inin uygulamada KDT'ı kullandığını bildirdiği Ürdün'den de rapor edilmiştir [13]. Selangor, Malezya'da AH'lerin %32,9'u yüksek düzeyde KDT bilgisine, %12'si KDT'ye karşı olumlu bir tutuma ve %0,4'ü iyi düzeyde uygulamaya sahiptir [14].

2.2.1. Birinci Basamakta KDT Kullanımının Önündeki Engeller

KDT'nin birinci basamakta kullanımının önündeki engeller arasında hastayla ilgili kanıt eksikliği, hizmet noktasında bilgiye hızlı erişim ve tıp sanatı üzerindeki potansiyel olumsuz etkiler yer almaktadır [15][16]. AH'ler bazen KDT kavramına şüpheyle yaklaşmaktadır çünkü kaynaklardan elde edilen bilgi türünün, özellikle de kanıtlar birinci basamak perspektifini dikkate almadan üçüncü basamakta yapılan çalışmalara dayandığında, hastalarına optimal birinci basamak sağlık hizmeti sunma açısından yetersiz olduğunu düşünmektedirler.

Birinci basamakla ilgili kararlar için KUK'ların dikkatle ele alınması gerektiği savunulmaktadır. Kılavuzlar doktoru kontrol etmez veya deneyime dayalı bilginin yerini almaz. Diğer uzmanlar bir tanıya ulaşana kadar araştırma yaparak belirsizliği azaltmaya çalışırken, AH'leri belirsizliği tolere eder. Belirsizlik, klinik bilginin doğasını ve karmaşıklığını tipikleştirir ve özellikle genel pratisyenlikte göze çarpar [17]. AH'ler genel pratisyenliğin öngörülebilir bir eşlikçisi olarak belirsizliği benimsemeden, klinik zorlukların üstesinden gelemez ve birinci basamak bağlamında teşhis çalışmaları için gereken yeterliliği geliştiremezler [18].

Edirne T, birinci basamaktaki karmaşık bağlamın KDT sağlamayı zorlaştırdığını belirtmektedir. Bununla birlikte, en azından bir başlangıç zemini sağlamak için sistematik bir rehber gereklidir. “Kanıta dayalı tıp, hastaya bilgileri, riskleri sunmamıza ve tedavi seçeneklerimizi özetlememize ve "Ahmet Bey, bu bilgilere ve tartışmalarımıza dayanarak, tüm bunlar hakkında ne hissediyorsunuz ve ne yapmak istersiniz?" diyerek devam edebilmemize yardımcı olmalıdır."[19].

2.2.2. Birinci basamakta KDT'nin geleceği

Geleceğin AH'lerin kendi alanlarına özgü sistematik derlemelerin ve KUK'ların geliştirilmesine ve güncellenmesine yardımcı olmaları beklenmektedir. Buna ek olarak, herhangi bir birinci basamak sağlık sistemi ile ilgili olan ve genellikle hastane temelli araştırmaların kapsamına girmeyen bilgi boşluklarını doldurmak için birinci basamak nüfusunu çalışmalara dahil etme sorumluluğunu üstlenmelidirler. Bu tür araştırmalar, **aile hekimliğinin akademik statüsünü ve prestijini** artırmak için de büyük önem taşımaktadır [20].

AH'lerin kendileri, disiplinin temel içeriğinin farklı bölümlerinin çoğunda metodolojik olarak sağlam kanıtlar oluşturabilir. "Kanıt, biyomedikal içerikle ve katı randomize kontrollü çalışmalarla sınırlı değildir. Sürekliliği, iletişim becerileri, başa çıkma, güçlendirme, etkinleştirme, sağlık inançları, sağlığı geliştirme ("salutogenesis"), duyguların somatizasyonu ve kişilik özellikleri gibi kavramları ele alırken de çoğu durumda kanıta dayalı bilimsel bir yaklaşım uygulanabilir" [21]. Hogne Sandvik ve arkadaşları tarafından yapılan ilginç bir çalışmada, uzun süreli ve düzenli AH-hasta ilişkisinin mesai dışı hizmetlerin daha az kullanımı, daha az akut hastane yatışı ve daha düşük mortalite ile önemli ölçüde ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Süreklilik ve bu sonuçlar arasında bir doz-yanıt ilişkisinin varlığı, bu ilişkilerin nedensel olduğunu göstermektedir [22].

2.2.3. Türkiye'de KDT ve birinci basamak sağlık hizmetleri

Aile Hekimliği modeli 2005 yılında pilot program olarak uygulamaya konulmuş ve 2010 yılı sonunda tüm ülkeyi kapsayacak şekilde genişletilmiştir [23] [24]. Şu anda Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) birinci basamak düzeyinde teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin yanı sıra koruyucu bakım hizmetleri de sunmaktadır. Sahada çalışan Aile hekimlerinin (AH) çoğunluğu zaman pratisyen hekimler (PH'ler), aile hekimliği uzmanları (AHU'lar) ve sınırlı sayıda da aile hekimliği asistanlarıdır (AHA'lar). Listelerindeki kişilere birinci basamak sağlık hizmeti sunarlar. Bir hekimin tıp fakültesinden mezun olduktan hemen sonra (PH) ASM'lerde çalışmaya başlaması mümkündür. AHA'lar genellikle 3 yıllık ihtisas programlarının en az beş ayını Eğitim ASM'lerinde çalışarak geçirirler. İlk olarak 2014 yılında, sözleşmeli aile hekimlerinin uzman olarak yetiştirilmesini amaçlayan projenin (SAHU) bir parçası olarak, Türkiye Toplum Sağlığı Kurumu (THSK) 2014 yılında seçmeli

bir sınavla sahada çalışan aile hekimliği asistanlarının çalıştıkları ilde yarı zamanlı uzmanlık eğitimi almalarını sağlamaya başlamıştır[25].
2008 yılında 375 AH ile yapılan kesitsel bir çalışma, KDT'ye yönelik tutumların Türkiye'de birinci basamakta çalışan AHU'lar ve PH'lerin arasında önemli ölçüde farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Önemli ölçüde daha fazla AHU KDT'yi duymuş ve KDT eğitimine katılmış, literatür taraması yapabildiklerini ve elektronik veri tabanı taraması yaptıklarını beyan etmiştir. Türkiye'deki AH'lerinin karşılaştığı engeller sıralandığında, ilk sırada 'KDT konusunda eğitim eksikliği', ikinci sırada 'Türkçe dilinde kanıt eksikliği ve İngilizce literatürün az anlaşılması', üçüncü sırada ise 'ilgi ve motivasyon eksikliği' yer almaktadır [3].

2.3. KDT'ın Kaynakları

Kanıta dayalı tıbbın en büyük başarılarından biri, bir konu hakkında mevcut en iyi kanıtları özetleyen sistematik derlemeler ve meta-analizlerdir. Her yıl 2.000.000'dan fazla makale yayınlanmaktadır ve bir klinik karar vermek için yüzlerce bireysel çalışmayı değerlendirmek AH'leri için olası değildir. Günümüzde, geniş tıbbi araştırma veri tabanlarının ortaya çıkması, kanıta dayalı yeni kaynakların zenginliği, "Bilgi Ustalığının" yükselişi ve internet aracılığıyla bilgiye kolay erişim sayesinde, kanıta dayalı tıp meşgul aile hekimleri için yapılabilir hale gelmektedir [26].

2.3.1. Bilgi Ustalığı (Information Mastery)

Bilgi ustalığı kavramı, günlük tıbbi hizmet uygulamalarında klinik soruların yanıtlanmasında yer alan adımları daha verimli hale getirmek için geliştirilmiştir. "Enfeksiyon hastalıkları pratiğinin mikrobiyolojinin pratik uygulaması olması gibi, bilgi ustalığı da KDT'in pratik uygulamasıdır." [27].

Herhangi bir bilgi kaynağının kullanışlılığı, kaynaktaki bilginin uygunluğuna, bu bilginin geçerliliğine ve bilgiye erişmek için gereken zaman, çaba ve maliyete bağlıdır.

"Bilgi Ustası" olmak için iki araç gerekmektedir: [28]

1- Hizmet noktasında bilgi aramak için bir bilgi kaynağı.

2- Hem ilgili hem de geçerli olan yeni araştırma bulgularını bulan ve sunan bir "takip" kaynağı.

Sonuç olarak "ihtiyacımız olan şey, bireysel bir hastanın ihtiyaçlarına ve klinik

deneyimlerimize göre doğaçlama yapma yeteneğinin üzerine yerleştirilmiş kaliteli sonuçlara dayalı kanıtların sağladığı yapıdır" [29].

2.3.2. KDT Kaynaklarının ve Çalışma Türlerinin Taksonomisi

KDT piramidi, tıbbi kanıtların hiyerarşisi fikrini uzun süredir ifade etmektedir. Eski piramit, birincil çalışmalarını sıralar ve sistematik derlemeler ile meta-analizleri en üste yerleştirirdi. Murad MH. ve arkadaşları, KDT piramidine bakmanın başka bir yolunu önermekte ve sistematik incelemelerin ve meta-analizlerin kanıtları değerlendirmek, sentezlemek ve uygulamak için nasıl araçlar olduğunu açıklamaktadır[30]. 6'S nın model piramidi, birincil çalışmalardan (studies), sinposislere (synposes), sentezlere (synthesis), sentezlerin özetlerine (synposes of synthesis), özetlere (summaries) ve sistemlere (systems) kadar uzanan bir hiyerarşi gösteren başka bir versiyonudur. Bu modele göre, kaynaklar üç geniş kategoride incelenebilir: özetler ve kılavuzlar, önceden değerlendirilmiş araştırmalar ve değerlendirilmemiş birincil çalışmalar [31].

Pratik bir bakış açısıyla, KDT kaynakları aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

1- **Özetler ve Kılavuzlar:** Bu özetler, konu düzeyinde (tek bir soru, müdahale veya sonuçla sınırlı olmayan) kanıt bütününü sağlar. Bunlar şunları içerir.

a) **KUK'lar**: Klinik seçeneğe ilişkin ilgili kanıtları özetleyen ve optimal klinik kararların alınması için rehberlik sağlayan temel araçlardır.Ulusal ve uluslararası kuruluşlar tarafından yayınlanırlar.

b) **Klinik Derleme Makaleleri:** Güncellemeler (Updates) olarak da bilinir. Aşağıda tartışıldığı üzere sistematik derlemelerden ve meta-analizlerden farklıdır. Güncellemeler, tıp literatürünü neredeyse sistematik bir derleme kadar dikkatli bir şekilde gözden geçirir, ancak söz konusu konuyu daha geniş bir şekilde tartışır ve gözden geçirenin uzmanlığına dayalı olarak çok az kesin kanıtın olduğu durumlarda gerekçeli yargılarda bulunur. Yabancı dildeki dergilerden kanıtlar içermeyebilir veya bir konuyla ilgili yayınlanmamış verileri aramayabilir, bu nedenle yerel ekipman veya personel eksikliklerini dikkate alabileceğinden, sistematik bir derlemeye göre yerel duruma daha uygulanabilir olma eğiliminde olacaktır [32].

c) **Klinik Karar Destek Araçları** (KKDA'lar): Sağlık çalışanlarına kanıta dayalı klinik kararlar vermelerinde yardımcı olmak üzere tasarlanmış yazılım veya elektronik araçlar. Bunlar bazen şöyle adlandırılır: Hizmet noktası kaynakları. Örnekler arasında UpToDate, DynaMed ve BMJ Best Practice sayılabilir.

Özetler için diğer kategoriler şunları içerebilir: Klinik Araştırma Kayıtları, Sağlık Teknolojisi Değerlendirmeleri (STD) Raporları, Kanıt Özetleri ve Sentezleri, Klinik Araştırmalar ve Araştırma Veritabanları vb.

2- **Önceden Değerlendirilmiş Kaynaklar**: Orijinal bir çalışmanın değerlendirmesini veya bir dizi çalışmanın özetini sağlar.

a) Sistematik derlemeler: Tanı veya tedaviye en iyi yaklaşımı formüle etmek için ilgili tüm bilgileri belirlemeye ve sentezlemeye çalışarak tıbbi literatürü kapsamlı bir şekilde inceleyen bireysel çalışmaların nitel bir entegrasyonu veya açıklaması.

b) Meta-analiz: Bireysel çalışmalardan elde edilen verilerin istatistiksel teknikler kullanılarak nicel olarak bütünleştirilmesidir. Genellikle bir durumun spesifik tedavisi hakkında dar bir klinik soruyu yanıtlamaya çalışırlar.

3- Değerlendirilmemiş Birincil Araştırma Makaleleri

a- Randomize Kontrollü Çalışmalar (RKÇ): Katılımcıların rastgele bir deney grubuna veya kontrol grubuna ayrıldığı ve ilgilenilen değişkenler/sonuçlar için zaman içinde takip edildiği deneysel çalışmalardır.

b- Kohort Çalışmaları: Belirli bir maruziyete veya risk faktörüne sahip bir grubu, bu tür bir maruziyete sahip olmayan bir grupla karşılaştıran ve daha sonra maruziyetin veya risk faktörünün hastalıkla ilişkili olup olmadığını değerlendiren gözlemsel çalışmalardır.

c- Vaka-Kontrol Çalışmaları: İlgilenilen sonuca sahip bir grup insanı (vakalar) aynı sonuca sahip olmayan bir grupla (kontroller) önceki maruziyet veya risk faktörü oranlarının vaka durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini görmek için karşılaştıran çalışmalardır.

d- Vaka Serileri/Raporları: İlgilenilen bir sonucu olan bir dizi hasta veya tek bir hasta hakkında bir rapor. Herhangi bir kontrol grubu yer almaz.

Temel Tıp Kitapları: Temel tıp kitapları güvenilir bilgi kaynakları olabilir ve özellikle tıp öğrencileri ve asistanlar tarafından bir öğrenme kaynağı olarak kullanıldığında tıp eğitiminin önemli araçlarıdır. Ancak, bu kitaplarda bulunan bilgiler hatalara karşı bağışık değildir. Güncel ve doğru bilgilerle güncellenmeleri gerekir [33].

2.4. Kanıta Dayalı Kaynağın Birinci Basamağa Uygunluğu

Yüksek kaliteli (geçerli) araştırma çalışmaları, yanlılık (Bias) olasılığını en aza indirecek şekilde yürütülür. Ancak, kanıtların gücünün derecelendirilmesinde ilgililik (relevance) (Hasta Odaklı kanıt) (HOK) ve Genellenebilirlik (Dış geçerlilik) gibi kavramlar da dikkate alınmalıdır.

2.4.1. İlgililik (HOK) (POE: Patient-Oriented Evidence)

Tıp literatüründe kanıtların derecelendirilmesine yönelik yaklaşımlar, morbidite, mortalite, yaşam kalitesi veya semptomların azalması gibi sonuçlardaki değişiklikleri ölçen hasta odaklı sonuçların kullanımını vurgulamaktadır [34]. Hastalık odaklı kanıtlar (DOE: Disease-oriented evidence) kan şekeri, kan basıncı, akış hızı, koroner plak kalınlığı gibi sonuçları ifade eder. DOE, hastalık süreçlerini anlamak için önemli olsa da, klinik uygulamalarla ilgili (relevant) olabilir veya olmayabilir. DOE'ye dayalı olarak klinik uygulamayı değiştirmek hastalara zarar verebilir. **HOK ile çelişen ünlü bir DOE örneği şudur:** Beta-blokerler, intrinsik negatif inotropik aktiviteleri nedeniyle konjestif kalp yetmezliğinde (KKY) kontrendikeydi, ancak şimdi Konjestif Kalp Yetmezliğinde morbidite ve mortaliteyi azaltmada etkili oldukları gösterilmiştir [35].

Dünya çapında, birinci basamak uygulamalarına yönelik önerilerin ne ölçüde yüksek kaliteli hasta odaklı kanıtlara dayandığı bilinmemektedir. ABD'de aile hekimleri tarafından kullanılan birinci basamak odaklı bir tıbbi referansta, önerilerin %18'inin tutarlı, yüksek kaliteli hasta odaklı kanıtlara dayandığı, yaklaşık yarısının ise uzman görüşüne, olağan bakıma veya hastalık odaklı kanıtlara dayandığı görülmüştür [36].

2.4.2. Genellenebilirlik - Dış Geçerlilik (Generalizability - External Validity)

Yüksek kalitede, hasta odaklı kanıt bulmaktan daha büyük olan bir diğer sorun ise var olan kanıtların 'bu sonuçların benim hastama uyarlanabilir mi' sorusuna yeterince cevap vermemesidir [37]. Üçüncü basamağa yönlendirilen hastaları içeren ve belirli yaş, cinsiyet veya ırktan hastaları dışlayan çalışmalardan elde edilen sonuçlar sınırlı dış geçerliliğe sahip olabilir [5]. Dış geçerlilik, çalışma sonuçlarının farklı demografik özelliklere veya farklı hastalıklara sahip diğer hasta grupları için ne ölçüde geçerli ve tutarlı olduğu olarak tanımlanabilir [38]. Wang ve arkadaşları, uygulanabilirlik ve aktarılabilirliğin geniş bir kanıt yelpazesine dayalı olarak sistematik bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Aktarılabilirlik/Genellenebilirliği şu şekilde tanımlamaktadırlar: Müdahale

yerel ortamda uygulanacak olsaydı, programın etkinliği çalışma ortamında tespit edilen düzeye benzer olur muydu? [39].

Steel ve arkadaşları, birinci basamak önerilerini desteklemek için atıfta bulunulan yayınların yaklaşık üçte ikisinin (%62) birinci basamaktaki hastalarla ilgisinin belirsiz olduğu sonucuna varmıştır [40].

2.4.3. Aile Hekimliği yaklaşımının KDT'a entegre edilmesi

Sistematik derlemeleri birinci basamak uygulamalarına daha uygun hale getirmek amacıyla, Nasser M. ve arkadaşları sistematik dermelere genellenebilirliği dahil etmek için genel adımlar geliştirmiş ve daha sonra WONCA'nın birinci basamak tanımı ve kişi merkezli tıp tanımında ana hatlarıyla belirtildiği gibi ana birinci basamak ilkelerini bu adımlara entegre etmiştir [37].

Aile hekimliği yaklaşımının KDT adımlarına entegre edilmesi çok önemlidir. AH'ler klinik araştırma geliştirirken ve hastalara KDT önerileri uygularken Aile Hekimliği temel ilkelerini göz önünde bulundurmalıdır. **Kişi merkezli bakımın** entegre edilmesi, KDT önerilerini devam eden yönetim planları ve hasta tercihleriyle uyumlu hale getirerek bakımın sürekliliğini sağlar. Bu, hastaların bakımı hakkında bilinçli kararların işbirliği içinde (ortak karar verme) (OKV) alınmasını sağlar.

Birinci basamakta genellikle çok çeşitli klinik problemler ve hasta demografileri yönetilir. Buna karşılık birinci basamak ortamları kıstlı kaynakla çalışır. Bu ilkenin entegre edilmesi, hekimlerin KDT önerilerini hasta bakımına uygularken uygulanabilirlik, maliyet etkinlik ve kaynak mevcudiyeti gibi faktörleri göz önünde bulundurmalarını sağlar.

AH'nin Özgün Problem Çözme Becerileri, spesifik karar verme süreçlerini toplumdaki hastalık prevalansı ve insidansı ile ilişkilendirme becerisini içerir. Düşük insidanslı ciddi hastalıklarla başa çıkmak için bir kanıt tabanı oluşturmak çok büyük ölçekli çalışmalar gerektirir. AH'lerinin bu soruna ilişkin önerileri dikkatle ele almaları önemlidir. Bu durumda herhangi bir riskin dışlanmaması aşırı teşhis ve tedaviye yol açar. Çok yüksek bir risk eşiğinin benimsenmesi ise geç tanı konulmasına ve vakaların atlanmasına yol açar [41].

Bütüncül Yaklaşım Kültürel, varoluşsal ve çevresel boyutları dikkate alan biyo-psiko-sosyal bir model kullanma becerisini içerir. Gezegensel sağlık, tek sağlık ve sürdürülebilirlik zorluklarına karşı insan yanıtını geliştirmek için hastalar, diğer profesyoneller, halk sağlığı ve politika yapıcılar ile ortaklık içinde çalışmak, **kapsamlı yaklaşımın** önemli bir parçasıdır [9].

Topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri ve toplum hekimliği unsurlarının sistematik olarak geliştirildiği ve koordineli bir uygulamada bir araya getirildiği bir stratejidir. Bu konular genellikle tipik KDT kaynaklarının kapsamı dışındadır. Greenhalgh T., daha fazla dışarı çıkmamız ve diğer disiplinlerden, özellikle de sosyal bilimler ve beşeri bilimlerden öğrenmemiz gerektiğini öne sürmektedir. [42]

2.4.4. KDT kaynakları için değerlendirme araçları

Hekimlerin bir çalışmanın veya bir özetin geçerli olup olmadığına karar vermelerine yardımcı olmak için çok sayıda kontrol listesi geliştirilmiştir. Yaygın değerlendirme ve raporlama kontrol listeleri şunlardır [7]:

- JAMA Kullanıcı Kılavuzu Serisi

- Sistematik derlemeler için PRISMA.

- KUK'lar için GRADE

- RKÇ'ler için CONSORT

- Randomize olmayan gözlemsel çalışmalar için STROBE

Klinik uygulama kılavuzları, hekimlerin tıbbi literatürü gözden geçirirken erişebilecekleri sentezlenmiş bir bilgi biçimidir. Ancak, tüm KUK'lar eşit derecede ilgili veya geçerli değildir.

Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine), KUK'ların güvenilirliğini analiz etmek için kriterler [43] yayınlamıştır. Kriterlerine göre, kılavuzların güvenilir olması için

1. Mevcut kanıtların sistematik olarak gözden geçirilmesine dayanmalıdır;

2. Bilgili, multidisipliner bir uzmanlar paneli ve etkilenen kilit gruplardan temsilciler tarafından geliştirilmelidir;

3. Önemli hasta alt gruplarını ve hasta tercihlerini uygun şekilde dikkate almalıdır;

4. Çarpıtmaları, önyargıları ve çıkar çatışmalarını en aza indiren açık ve şeffaf bir sürece dayanmalıdır;

5. Alternatif bakım seçenekleri ile sağlık sonuçları arasındaki mantıksal ilişkilerin net bir açıklamasını sunmalı ve hem kanıtların kalitesine hem de tavsiyelerin gücüne ilişkin derecelendirmeler sağlamalıdır;

6. Önemli yeni kanıtlar tavsiyelerde değişiklik yapılmasını gerektirdiğinde uygun şekilde yeniden değerlendirilmeli ve revize edilmelidir.

Tıpkı KUK'lar gibi, tüm klinik özetler ve sistematik derlemeler eşit derecede ilgili veya geçerli değildir. Meta-analizin gerçekleştirilmesi ve yorumlanmasında birçok kritik uyarı bulunmaktadır ve dolayısıyla meta-analizlerin yanıltıcı bilgi sağlayabileceği birçok yol vardır [44].

Gereç ve yöntemler:

3.1. Tasarım:

Tanımlayıcı bir çalışmadır.

Veri toplama Aralık 2023'te başlamış ve Mayıs 2024'te tamamlanmıştır.

Türkiye'deki AH'lere birinci basamakta sık görülen sorunlarla başvuran hastaları tanımlayan klinik vinyetler (örnek olgular) sağlanmış ve katılımcılardan her biri için sorulan klinik soruları yanıtlamak amacı ile hangi kaynakları kullandıklarını belirtmeleri istenmiştir.

3.2. Sonuç ölçümleri:

Birincil sonuçlar:

1. AH'lerin KDT kaynaklara erişimi ve kullandıkları KDT kaynaklarının sınıflandırılması.
2. AH'lerin bu kaynakların aile hekimliği yaklaşımını dikkate alan, hasta odaklı (ilgili), genellenebilir (dış geçerliliği olan) kanıtlara dayanıp dayanmadığına ilişkin görüşleri.
3. KUK'lar olarak sınıflandırılanlan kaynakların eleştirel değer biçme yöntemi ile değerlendirilmesi.

İkincil sonuçlar:

Aile hekimlerinin demografik özellikleri ile kanıta dayalı kaynaklara erişebilirlikleri arasındaki ilişki.

3.3. Çalışma popülasyonu

Çalışmamıza **AHU'lar**, ASM'lerde üç aydan fazla çalışmış **AHA'lar** ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencileri **(SAHU)** davet edilmiştir.

Katılımcı tercihi, AHU'lar ve PH'ler arasında KDT'ye yönelik tutumlarda anlamli farklılıklar olduğunu gösteren önceki bir çalışmaya dayanmaktadır [3]. Bölüm 2.2.3'te tartışıldığı gibi, Türkiye'de PH'ler aile hekimliği alanında uzmanlaşmamış olmaları rağmen AH olarak çalışmaktadır. WONCA aile hekimliğini/Genel pratisyenliği " kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır." [9] olarak tanımladığından, çalışmamıza **aile hekimliği asistanlık eğitimi almış veya alan, aynı zamanda birinci basamakta**

çalışma deneyimi olan hekimler dahil edilmiştir. SAHU asistanlarını dahil etmenin bir başka avantajı da şudur: 2014'ten itibaren yeni başlamış bir uygulama olduğu için Türkiye'de KDT ile ilgili önceki çalışmalara dahil edilmemişlerdir.

3.4. Soru formunun geliştirilmesi

Klinik uygulamanın bir ölçüsü olarak doğrulanmış oldukları için, klinik vinyetlerin (olgu örnekleri) kullanılması planlanmıştır [45] [46].

Literatür taramasının ardından, birinci basamak ortamında yaygın şikayetlerle başvuran farklı yaş gruplarındaki hastalar üzerinde beş klinik vinyet içeren bir soru formu geliştirilmiştir **(EK-1).** Her vinyeti bir klinik soru takip etmektedir. Beş klinik soru hem akut hem de kronik sağlık sorunlarının tedavisi, tanısı, taraması, önlenmesi ve prognozu ile ilgilidir. Soru formu, AH'lerin demografik bilgilerini, kanıta dayalı kaynaklara erişimlerini ve bu kaynakların birinci basamağa uygunluğu hakkındaki görüşlerini ortaya çıkarmak amacıyla tasarlanmıştır. Beş klinik vinyetten oluşan anket, 6 AHU ve 2 AHA'ya pilot olarak uygulanmıştur. Bu uygulamada katılımcıların anketin anlaşılabilirliği, yanıtlama kolaylığı ve vinyetlerin uygunluğu hakkındaki görüşleri alınmıştır. Pilot uygulama sonunda demografik sorularda az sayıda değişiklik yapılmış ve vinyetleri daha kısa hale getirmek için çıkarmalar yapılmıştır.

3.4.1. Vinyetlerin seçilmesi

Birinci basamakta çok çeşitli özellikte hastalar ve klinik tablolar bulunmaktadır. Tüm bunları klinik vinyetlerde ele almak mümkün değildir. Literatür taramasının ardından, çalışmamız için klinik vinyetleri seçmek için geliştirdiğimiz strateji aşağıda özetlenmiştir:

1- Günlük pratikte çok sık karşılaşılan ve yaklaşım konusunda farklı görüşlerin olduğu klinik durumlar seçilmiştir. Bu klinik durumların, AH'ler tarafından daha önce araştırılmış olabileceği ve anketi doldurmak için daha az zamana ihtiyaç duyulabileceği düşünülmüştür.

2- Bu çalışmadaki amaçlarımızdan biri, halihazırda araştırılmış sorulara yönelik KDT kaynaklarının AH'ler için erişilebilir olduğundan ve uygulamadaki ihtiyaçlarını karşılayabildiğinden emin olmaktır. Bu nedenle bilgi elsikliği nedeni ile araştırma ihtiyacı en yüksek olan kas-iskelet sistemi sorunları, psikolojik sorunlar, cilt sorunları ve genel ve spesifik olmayan sorunlar [47] vinyetlere dahil edilmemiştir.

3- Mümkün olduğunca geniş bir klinik soru yelpazesini ve hasta demografisinin kapsanması hedeflenmiştir. **Tablo 1**'de gösterildiği gibi, her klinik vinyet farklı bir klinik soru türünü, organ sistemini ve yaş grubunu temsil etmektedir. Her iki cinsiyet ve hastalık süreci (Akut ve kronik) de temsil edilmiştir.

Tablo 1: 5 Vinyetlerin kapsadıkları klinik soru yelpazesini ve hasta özellikleri

Vinyet	**Klink soru türü**	**Organ Sistem/ Alan**	**Hastalık süreci**	**Hastanın yaşı**	**Hastanın cinsiyeti**
Vinyet 1	Önleme	Kardiyovasküler Endokrin	Kronik	Orta yaş (59)	Kadın
Vinyet 2	Tedavi	Otolaringoloji enfeksiyon Pediatri	Akut	Çocuk (2)	Kız
Vinyet 3	Tarama	Geriatri Psikiyatri	Akut	Yaşlı (80)	Erkek
Vinyet 4	Teşhis	Obstetrik Endokrin	Akut/Kronik	Gebe/Ergen (32)	Kadın
Vinyet 5	Prognoz	Gastrointistinal	Kronik	Adolesen (19)	Erkek

3.4.2. Anketin özellikleri (Ek-1)

Anket 30 maddeden oluşmaktadır. Gönüllü bir onam formu ile tanıtılmıştır.

Demografik sorular şunları içermektedir: Yaş, cinsiyet, hekimlik süresi, AH olarak çalışma süresi , şehir, kurum türü, ASM türü: kentsel/kısral, unvan ve hizmet noktasında KDT kaynaklarına erişilebilirlik.

Bu sorulardan sonra, KDT kavramı Sacketts tanımını içeren bilgilerle açıklanmıştır.

Beş vinyetin her biri için, öykünün sonunda yöneltilen klinik soruyu yanıtlamak amacı ile AH'lerin kullanabilecekleri kanıta dayalı kaynak sağlamaları istenmiştir. Katılımcılardan olguya ilişkin sorulan soruya cevap vermeleri değil bu cevabi vermek için hangi kaynakları kullandıkları, bu kaynağın adı ve tarihi veya doi numarası veya erişim linkini belirtmeleri istenmiştir. Ardından sağlanan seçeneklerden kaynağın kategorisini seçmeleri istenmiştir. Kaynak bulamayanlar için "**Kaynak bulamıyorum**" seçeneği verilmiştir.

Vinyetlerin özeti:

1. Aspirin kullanarak 59 yaşında diyabetik bir kadında kardiyovasküler hastalığın önlenmesi.

2. İki yaşında bir çocukta tekrarlayan Akut Otitis Media (AOM) tedavisi.

3. Akut depresyonu olan 80 yaşındaki bir erkeğin değerlendirilmesi için kullanılacak geriatrik tarama araçları.

4. Tarama testi pozitif çıkan ve bir sonraki rutin testi yaptırmak istemeyen 32 yaşındaki gebede Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM) teşhisi.

5. Uzun süreli Proton pompa inhibitörü (PPI) idame tedavisi ile 19 yaşındaki erkekte Gastroözofageal Reflü Hastalığının (GÖRH) prognozu.

Eğer bir katılımcı sistematik araştırmalardan elde edilen klinik kanıta erişebiliyorsa, bu kanıt ile ilgili üç soru soruyu yanıtlaması istenmiştir:
• Kaynak, morbidite, mortalite, yaşam kalitesi veya semptomların azalması gibi hasta odaklı sonuçları rapor ediyor mu?
• Kaynağın hasta popülasyonu sizin hasta popülasyonunuza benzer mi?
• Kaynak aile hekimliği yaklaşımı dikkate alıyor mu?
Anketin bir versiyonu Ek 1'de verilmiştir. Anket **anonimdir**, çünkü bunun hassas kabul edilebilecek sorulara verilen yanıtların dürüstlüğünü artırdığı gösterilmiştir [48].

3.4.3. Anketin dağıtılması

Anket google forms kullanılarak tasarlanmıştır. Anketin çevrimiçi dağıtımı kullanılmıştır. Bu metodoloji daha önce birinci basamak sağlık çalışanlarını içeren araştırmalarda başarıyla kullanılmıştır [47] [48].

3.5. Örneklem büyüklüğü

Araştırmanın evreninin kesin sayısı bilinmemek ile birlikte yaklaşık 4000 kişi olduğu hesaplanmıştır. Güven düzeyi %90, ve %7 hata oranı ile 134 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Bu örneklem büyüklüğünü kullanmak pragmatik bir karardır. Aile hekimleri üzerinde daha önce yapılmış vinyet tabanlı bir çevrimiçi anket bulunmadığı için bu sayıdan daha fazlasına ulaşama konusunda tahmin türütmek olası değildir. Türkiye'deki tüm AH'lerini kapsayan bir

iletişim veri tabanı bulunmamaktadır. Bu nedenle anketi ülke çapında bir örnekleme üzerinden e-posta yoluyla dağıtmak mümkün olmamıştır. Bunun yerine Türkiye genelindeki aile hekimliği klinik sorumlusu hocalara kendi bölgerlerindeki, uygunluk kriterlerimizi karşılayan AH'lerini çalışmaya katılmaya davet etmeleri için e-posta gönderilmiş, yine tüm Aile Hekimliği klinikleri öğretim üyelerinin üye olduğu whatsapp grubu aracılığı ile anketiilgili katılımcılara iletmeleri istenmiştir. Anketin tamamlanmasını teşvik etmek için üç takip hatırlatması gönderilmiştir. Bunların yanı sıra çalışmamızın ön bulguları araştırma odaklı ulusal bir aile hekimliği kongresinde sunulmuş ve katılımcılar anketi doldurmaya davet edilmiştir.
Anketimize 148 yanıt alınmıştır. Bunlardan 9'u (%0.5) uygunluk kriterlerimizi karşılamadığı veya anketin %80'inden fazlasını tamamlayamadığı için çalışma dışı bırakılmıştır**. Toplam 139 AH'nin anketi değerlendirilmiştir.**

3.6. AH'leri tarafından sağlanan KDT kaynaklarının taksonomisi

AH'ler tarafından sağlanan kaynaklar, 6 S modeli KDT piramidi tarafından önerilen geniş sınıflandırma ve bölüm 2.2.3'te tartışılan literatür kullanılarak kategorize edilmiştir.
Ankette AH'lerden kaynaklarını daha az karmaşık bir kaynak türleri listesi kullanarak kategorize etmeleri istenmiştir. Bunun amacı, kaynağı ve kategorisini belirlememize yardımcı olmaktır. Ancak, çalışmamızın amaçlarını karşılamak için önerdiğimiz kriterleri kullanarak kaynaklar yeniden aşağıdaki taksonmiye uygun olarak sınıflandırılmıştır

1- KUK'lar
2- Sistematik derlemeler ve Meta-Analizler
3- Klinik Karar Destek Araçları
4- Klinik Derleme Dergileri/Makaleleri
5- Primer Araştırma Makaleleri
6- Temel Tıp Kitapları
Sağlanan kaynakları inceledikten sonra iki kategorinin eklenmesine gereksinim duyulmuştur:
7- Yayımlanmamış materyallerden elde edilen bilgiler.
8- Spesifik Olmayan Kaynaklar: Bunlar, belirli bir kaynaktan bahsetmeden bir dergi veya web sitesinden bahsetmeyi içerir. Bunlara örnek olarak şunlar verilebilir: pubmed, ulusal kulavuz, türkiye kardiyoloji derneği....

AH'lerin kanıta dayalı kaynaklara erişimi her bir klinik vinyet için aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır:
1- Bir kaynağa erişilemedi
2- Bir kaynağa erişildi: Yukarıdaki sınıflamada 1'den 6'ya kadar herhangi bir kaynağın sağlanması "erişildi" olarak kabul edildi.
3- Spesifik olmayan bir kaynak veya yayınlanmamış materyalden bir kaynak sağlandı.

3.7. AH'ler tarafından sağlanan KUK'ların değerlendirilmesi

Çalışmamızın amaçlarından biri, birinci basamakta kullanılan KUK'ların geliştirilmesi gündemine katkıda bulunmak amacıyla AH'ler tarafından kullanılan KUK'ları değerlendirmektir.
KUK'lar ayrıca sınıflandırılmıştır. Tanım gereği, iyi bir KUK, önerilerin dayandığı kanıtları derecelendirir ve klavuzun geliştirilme metodolojisini tarif eder. Ulusal KUK olarak sınıflandırılan kaynakların, kalite ve uygunluklarını değerlendirmek Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine) tarafından KUK'ların güvenilirliğini analiz etmek üzere önerilmiş olan belirlekriterler [44] kullanılmıştır.

3.8. Araştırma için alınan izinler ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 09.2023.1617 protokol koduyla onay alınmıştır **(Ek-2)**. Her katılımcı araştırma hakkında bilgilendirilmiş olup onamları alınmıştır.

3.9. İstatistiksel analiz

Demografik sorular, AH'ler tarafından sağlanan kanıta dayalı kaynak kategorileri, ve bu kaynakların birinci basamağa uygunluğuna ilişkin görüşleri tanımlayıcı istatistikler kullanılarak analiz edilmiştir.

Her bir AH için, beş ayrı vinyet yanıtından vinyetle ilgili kaynak erişilebilirlik puanı hesaplanmıştır. Diğer yazarlar, farklı vinyetlerin eylemleri üzerindeki etkisini karşılaştırmak yerine, bu çalışmada olduğu gibi farklı sağlık çalışanı gruplarının eylemlerini karşılaştırmayı amaçlayan vinyet verilerini **birleştirmiştir** [50] [51] [52].

Vinyetle ilgili **kaynak erişilebilirliği puanı**, AH'ler tarafından erişilen her bir **spesifik kaynak** için 1 puan verilerek hesaplanmıştır (taksonomi bölümünde belirtilen kriterler kullanılarak). Bir kaynağa erişemeyen, spesifik olmayan bir kaynak sağlayan veya yayınlanmamış bir materyalden kaynak sağlayanlara 0 puan verilmiştir.

AH'lerin kaynaklara erişebilirliği toplam puanlar kullanılarak aşağıdaki şekilde kategorize edilmiştir:

1- Yüksek erişilebilirlik: 3 ila 5 arasında puan alanlar

2- Düşük erişilebilirlik: 1-2 puan alanlar

3- Erişim yok: 0 puan alanlar.

Anket verileri IBM SPSS Statistics 29.0.2.0 kullanılarak analiz edilmiştir. Aile hekimlerinin demografik özellikleri ile kanıta dayalı kaynaklara erişebilirlikleri arasındaki ilişkiyi araştırmak için kategorik veriler ki-kare kullanılarak karşılaştırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık eşiği $P < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

3- Bulgular

4.1. AH'lerin demofrafik özellikleri

Toplam 139 AH anketi tamamlamıştır. Bunların 46'sı AHU (%33,1), 46'sı AHA (%33,1) ve 47'si SAHU-A (%33,8)dır. Katılımcıların %58 kadın ,%42 erkektir. Yaş ortancası 33, yaş ortalaması 35,8 ±8,6 (min: 25-maks: 59), hekimlik süresi ortancası 8 (min: 1-maks: 40), ortalaması ise 10,8 ±8,8'dir**. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir**.

Katılmcıların %46,4'ü ASM'de, %24,6'si EAH'de, %20,3 Üniversitesi hastanesi'nde, %6,5'i Devlet hastanesi'nde, %2,2'si Sağılık müdürlüğü'nda çalışmaktadır.

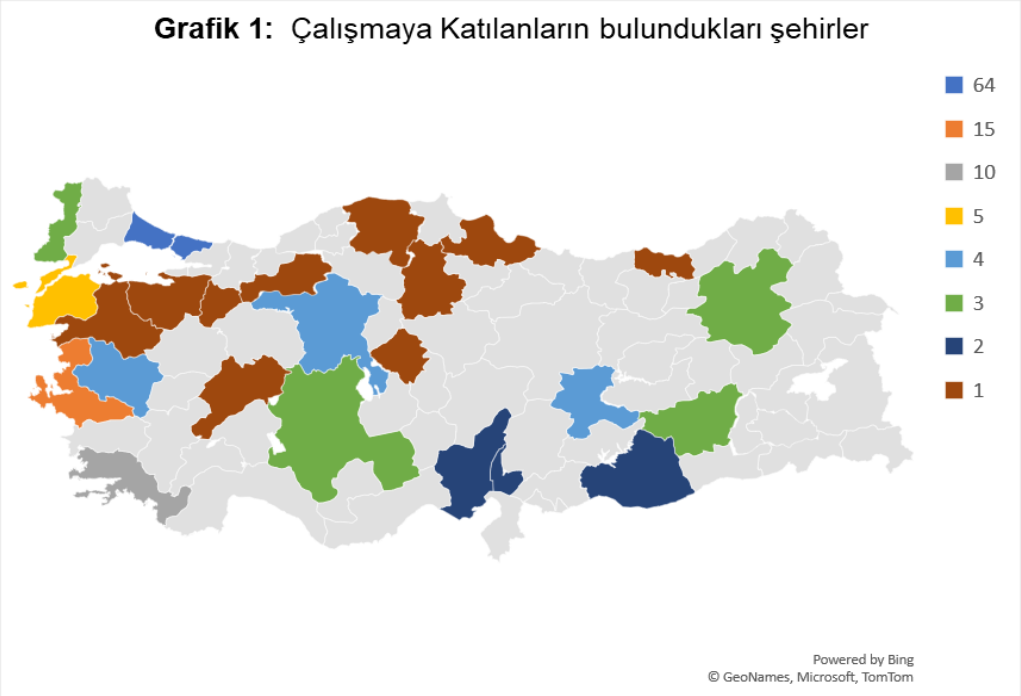
ASM'lerin %85,9'u kentsel, %14,1'si kırsal yerleşimlidir. Katılamcılarının %82,7'si hizmet noktalarında KDT kaynaklarına erişebildiklerini belirtmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n (%)
Unvan (n=139)	Aile Hekimliği Uzmanı	46 (33,1)
	Aile Hekimliği Asistanı	46 (33,1)
	SAHU Asistanı	47 (33,8)
Cinsiyet (n=138)	Kadın	80 (58)
	Erkek	58 (42)
Kurum (n= 139)	Aile Sağılığı Merkezi	64 (46,4)
	EAH	34 (24,6)
	Üniversite Hastanesi	28 (20,3)
	Devlet Hastanesi	9 (6,5)
	Sağlık müdürlüğü	3 (2,2)
Hizmet Noktasında KDT kaynaklarına erişibilirliği (n=139)	Evet	115 (82,7)
	Hayır	24 (17,3)
ASM'nin türü (n=64)	Kentsel	55 (85,9)
	Kırsal	9 (14,1)
Yaş (n=139)	<31	50 (36)
	31–40	57 (41)
	>40	32 (23)
Kaç yıllık hekim (n=139)	<10	89 (64)
	10–19	26 (18,7)
	20–29	24 (17,3)

Çalışmaya Katılanların bulundukları şehirlere göre dağılımı aşağıdaki şekildedir: **(Şekil 1)**

- Istanbul 64 (%46.0), İzmir 15 (%10.8), Muğla 10 (%7.2), Çanakkale 5 (%3.6).
- Ankara, Malatya, Manisa: 4'er katılımcı.
- Konya, Erzurum, Diyarbakır: Edirne 3'er katılımcı.
- Urfa, Osmaniye, Adana: 2'er katılımcı
- Siverek, Bursa, Bilecik, Kars-kağızman, Afyon, Kastamonu, Balıkesir, Bergama, Trabzon, Van, Samsun, Bolu, Çorum, Kırşehir: 1'er katılmcı.



Şekil 1. Katılımcıların bulundukları şehirler

4.2. AH'lerin kanıta dayalı kaynaklara erişimi

4.2.1. Vinyet 1

"59 yaşında, kadın hasta tip 2 Diabetes Mellitus (T2DM) takibi için ASM'ye baş vurur. Kendisine 8 yıl önce T2DM tanısı konulmuş ve oral antidiyabetiklerle hastalığın kontrolü değişken bir şekilde sağlanmıştır. Sigara ve alkol kullanmayan hastanın ailesinde kalp-damar hastalığı öyküsü yoktur. Kan Basıncı: 110/70 mmHg.
HbA1c: %8, LDL: 100 mg/dL, HDL:44 mg/dL, Total kolesterol: 184 mg/dL (Avrupa Kardiyoloji Derneği 10 yıllık kardiyovasküler hastalık riski: %12,5)."

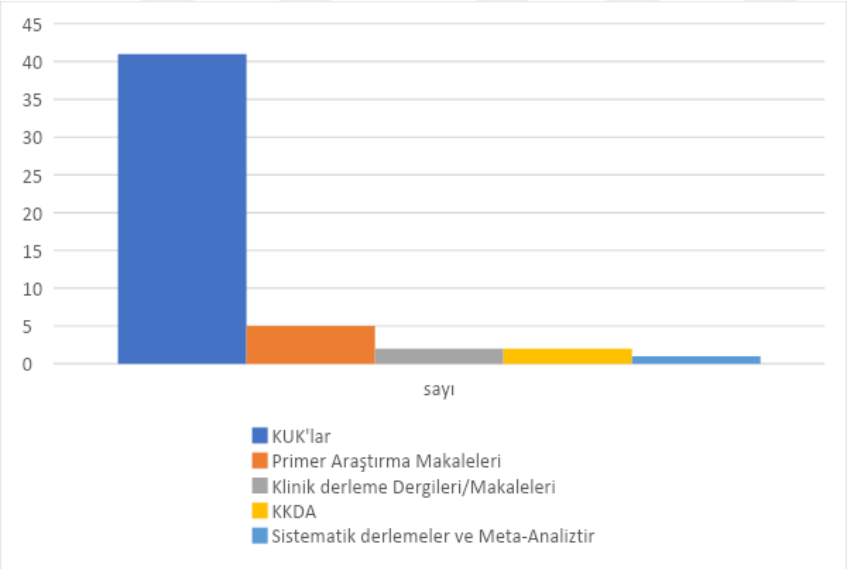
Kalp-damar hastalıklarından korunmak için günlük Asetil Salisilk Asit kullanımını önerir misiniz?

- Katılmcılarının 34'ü (%24,5) Vinyet 1'in klinik sorusunu yanıtlamaya yardımcı olacak kaynak bulamadığını belirtirken, **51'i (%36,7) spesifik kaynak sağlamış,** 54'ü (%38,8) spesifik olmayan (n=48) veya yayınlanmamış materyalden (n=6) kaynak sağlamıştır.

Tablo 3. Vinyet-1 için Kanıta Dayalı Kaynaklara erişimin genel sınıflandırılması

Erişim	n (%)
Kanıta dayalı kaynak bulamadığını belirtti	34 (24,5)
Spesifik kaynak sağladı	51 (36,7)
Spesifik olmayan/yayınlanmamış materyaldan kaynak sağladı	54 (38,8)

Katılımcıların Vinyet-1 için sağladıkları **spesifik kaynakların** 41'i (80%) KUK'lar, 5'i (%9,8) Primer Araştırma Makaleleri, 2'si (%3,9) Klinik derleme Dergileri/Makaleleri, 2'si (%3,9) Klinik Karar Destek Araçları, 1'i (%1,9) Sistematik derlemeler ve Meta-Analizdir. **Sağlanan spesifik kaynaklar kategorize halde Tablo-4'te ve Şekil 2. de gösterilmiştir.**



Şekil 2: Vinyet-1 için sağlanan KDTlerin kategorileri

Tablo 4. Katılımcıların Vinyet-1 için sağladıkları spesifik kaynaklar

Kategori	Spesifik kaynaklar (n)	n (%)
KUK'lar	- Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2022. **Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD)** (22) -Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2023. **Turkiye Diyabet Vakfı (TDV). Ulusal Diyabet Consensus Grubu** (4) -Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. **TC Sağılık bakanlığı Türkiye halk sağılığı kurumu (THSK)** 2015. (3) **-USPSTF** Final Recommendation Statement: Aspirin to Prevent Cardiovascular Disease. (3) -2021 **ESC** Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. **European Society of Cardiology** -2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. **ESC Clinical Practice Guidelines.** -European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. **European Heart Journal** -Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin 2016 ESC/EAS Kılavuzu. Avrupa Kalp Dergisi. **European Heart Journal** -Type 1 diabetes in adults: diagnosis and management **NICE guideline** Published: 26 August 2015 Last updated: 17 August 2022 -2019 **ACC/AHA Guideline** on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. Circulation. **American College of Cardiology/American Heart Association** -Aspirin for primary prevention of cardiovascular disease: What do the current **USPSTF guidelines** say? Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2023 **- Türk Kardiyoloji Derneği** (**TKD)** Arşivi. Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu (Versiyon 2012) - Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuz . **TEMD** 2021.	41 (80)
Sistematik derlemeler ve Meta-Analiz	-Acetylsalicylic Acid (Aspirin) for Primary Prevention of Cardiovascular Events in Patients with Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **Curr Vasc Pharmacol.** 2023;	1 (1,9)
KKDA	-UpToDate -Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Kronik Hastalıkların Yönetimi . Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı. **THSM.** Hastalık Yönetim Platformu (HYP).	2 (3,9)
Klinik derleme Dergileri/Makaleleri	-Comprehensive Management of Cardiovascular Risk Factors for Adults with Type 2 Diabetes: A Scientific Statement From **the AHA** 2022. -Aspirin for Primary Cardiovascular Risk Prevention and Beyond in Diabetes Mellitus. **Circulation**. 2016	2 (3,9)
Primer Araştırma Makaleleri	-Aterosklerotik Hastalığın Primer Korumasında Aspirin Kullanımının Uygunluğu: ASSOS Çalışmasının Altgrup Analizi. **Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi** 2021 (3) -The ASCEND Study Collaborative Group' Effects of Aspirin for Primary Prevention in Persons with Diabetes Mellitus. **2018 N Engl J Med.** -Low-Dose Aspirin for Primary Prevention of Atherosclerotic Events in Patients with Type 2 Diabetes. A Randomized Controlled Trial. ***JAMA***. 2008.	5(9,8)

4.2.2. Vinyet 2

"İki yaşında bir kız çocuğu, iki gündür devam eden ateş, irritabilite ve burun akıntısı öyküsüyle ASM'nize başvurur. Muayenede vücüt sıcaklığının 38 C olduğunu, kulak zarının eritematöz ve donuk olduğunu gördünüz. Fizik muayenenin geri kalanında patolojik bulgu saptamadınız. Bir ay önce de benzer belirti ve bulguları olan hasta yedi gün süre ile amoksisilin/klavulanat tedavisi almıştır."

Bu çocuğun tedavisini nasıl planlarsınız?

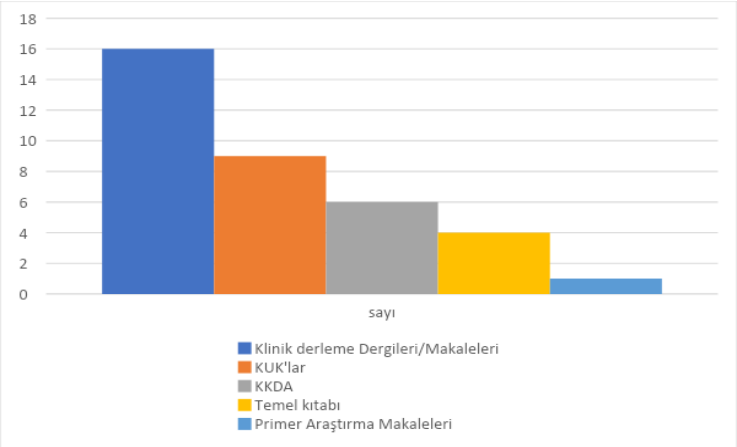
-Vinyet-2'nin klinik sorusunu yanıtlamak amacı ile katılmcılarının 59'u (%42.4) kanıta dayalı kaynak bulamadığını belirtirken, **36'sı (%26.1) spesifik kaynak sağlamış**, 43'ü (%30.9) ise spesifik olmayan (n=38) veya yayınlanmamış materyaldan (n=5) kaynak sağlamıştır. Bir katılımcı bu soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 5. Vinyet-2 için Kanıta Dayalı Kaynaklara erişimin genel sınıflandırılması

Erişim	n (%)
Kanıta dayalı kaynak bulamadığını belirtti.	59 (42.4)
Spesifik kaynak sağladı	36 (26.1)
Spesifik olmayan/yayınlanmamış materyaldan kaynak sağladı.	43 (30.9)

Katılımcıların Vinyet-2 için sağladıkları **spesifik kaynakların** 16'sı (%44,5) Klinik derleme Dergileri/Makaleleri, 9'u (%25) KUK'lar, 6'sı (%16,6) Klinik Karar Destek Araçları, 4'ü (%11,1) temel tıp kitabı, 1'i (%2,8) ise Primer Araştırma Makalesidir.

Sağlanan spesifik kaynaklar kategorize halde tablo 6'da ve şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3: Vinyet-2 için sağlanan KDTlerin kategorileri

Tablo 6: Katılımcıların Vinyet-2 için sağladıkları spesifik kaynaklar

Kategori	Spesifik Kaynaklar (n)	n (%)
KUK'lar	1- **Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derneği**-2019 *Otit Klavuzu* (6) 2- American Academy of Pediatrics; American Academy of Family Physicians. **AAP, AAFP** release guideline on diagnosis and management of acute otitis media. ***Am FamPhyscian****.* 2004.(2) 3- Sağlık Bakanlığı 1.Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi 2012. **TC sağılık Bakanlığı hıfzıssıha mektebi müdürlüğü**.	9 (25)
KKDA	Uptodate (6)	6 (16,6)
Klnik Derleme Dergileri/Makaleleri	1- Otitis Media: Diagnosis and Treatment. ***Am Fam Physcian*** 2013. (3) 2- Çocuklarda Akut Otitis Media. Güncel Pediatri 2003. (3) 3- Otitis Media Tedavisi **ANKEM Derg.** (1999) (2) 4- Çocuklarda akut otitis medya. Solunum Yolu Enfeksiyonları. 1. Baskı. Ankara: **Türkiye Klinikleri**; 2020. (2) 5- Çocukluk Çağında Ateşli Hastaya Yaklaşım. **Turkiye Klinikler**i J Inf Dis-Special Topics. 2009. 6- Acute Otitis Media in Children. **Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.** 2017. 7- From Evidence to Clinical Guidelines in Antibiotic Treatment in Acute Otitis Media in Children. **Antibiotics** (Basel). 2021. 8- Recurrent Acute Otitis Media: What Are the Options for Treatment and Prevention**? Curr Otorhinolaryngol Rep**. 2017. 9- Ateşli çocuğa yaklaşım**. Türk Aile Hek Derg** 2009. 10- Efüzyonlu Otitis Media: Tanı ve Tedavi Yaklaşımlarına Genel Bakış, **Pediatric Practice and Research** 2016.	16 (44,5)
Primer Araştırma Makaleleri	1- Treatment of Acute Otitis Media in Children under 2 Years of Age. **N Engl J Med**.	1 (2,8)
Temel Kitapları	1- Olcay Neyzi Pediatri kitabı. 2- Acute Otitis Media. StatPearls [Internet]. Last Update: April 15, 2023. 3- Nelson Textbook of Pediatrics, 2-Volume Set, 21st Edition. 4- Örnek Reçete 2022-2023. Acil Yaklaşımlar ve EKG Örnekleri Cep Kitabı Doç. Dr. İlyas Yolbaş. İstanbul Tıp Kitabevleri	4 (11,1)

4.2.3. Vinyet 3

"Hipertansiyon ve atriyal fibrilasyon öyküsü olan 80 yaşındaki erkek hastanın ev ziyaretine çağrıldınız. Muayene sırasında hasta ağlıyor ve "Ölmek istiyorum" diyor. Eşi size hastanın nadiren yemek yediğini ve ilaçlarını almayı bıraktığını söylüyor. Hasta kaşektik ve bakımsız görünüyor."

Bu hastaya yönelik müdahaleleri planlamak için hangi kısa geriatrik tarama araçları kullanılabilir?

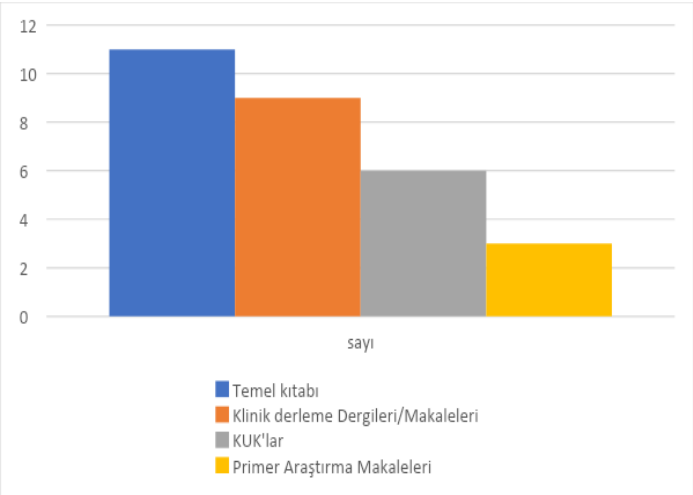
-Vinyet-3'ün klinik sorusunu yanıtlamak amacı ile katılmcıların 64'ü (%46) kanıta dayalı kaynak bulamadığını belirtirken, **29'u (%20,9) spesifik kaynak sağlamış**, 46'sı ise (%33,1) spesifik olmayan (n=40) veya yayınlanmamış materyaldan (n=6) kaynak sağlamıştır.

Tablo 7. Vinyet-3 için KDT'ye erişimin genel sınıflandırılması

Erişim	n (%)
Kanıta dayalı kaynak bulamadığını belirtti	64 (46)
Spesifik kaynak sağladı	29 (20,9)
Spesifik olmayan/yayınlanmamış materyaldan kaynak sağladı	46 (33,1)

Katılımcıların Vinyet-3 için sağladıkları spesifik kaynakların 11'i (%38) Temel tıp kitabı, 9'u (%31), Klinik derleme Dergileri/Makaleleri, 6'sı KUK'lar (%20,7), 3'ü (%10,3) ise Primer Araştırma Makaleleridir.

Sağlanan spesifik kaynaklar kategorize halde tablo 8'de ve şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4: Vinyet-3 için sağlan KDT'lerinkategorileri

Tablo 8: Katılımcıların Vinyet-3 için sağladıkları spesifik kaynaklar

Kategori	Spesifik kaynaklar (n)	n (%)
KUK'lar	1. Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi ve İzlem Kılavuzu**. THSM**, 2019 (3) 2. Yaşlılarda Malnutrisyon Kılavuzu **Akademik Geriatri Derneği**. 2013. (2) 3. Yaşlılıkta Endokrinolojik Hastalıkların Tedavi Kılavuzu . **TEMD**. 2019	6 (20,7)
Klinik Derleme Dergileri/Makaleleri	1- Yaşlılarda Depresyon ve Tedavisi **Klinik Psikiyatri** 2004. (2) 2- Kapsamlı geriatrik değerlendirme. **Ege Tıp Dergisi** 2010. (2) 3- Geriatrik Depresyon Ölçeği Sağduyu A. **Türk Psikiyatri Dergisi** 1997 4- Kronik Hastalık ve Depresyon Klinik Psikiyatri 2008 5- Geriatric Assessment: An Office-Based Approach. ***Am Fam Physician***. 2018 6- The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. **Int Psychogeriatr**, 1996 7- Geriatric Depression in Primary Care. **Psychiatr Clin North Am.** 2011.	9 (31)
Primer Araştırma Makaleleri	1. Minimum geriatric screening tools to detect common geriatric problems. **The Journal of Nutrition Health and Aging**. 2008. 2. Validity and reliability of the G8 Screening Test in older non-cancer patients. **Eur Geriatr Med.** 2021. 3. Prevalence of Malnutrition and Depression in Older Adults Living in Nursing Homes in Mexico City. ***Nutrients*** 2020.	3 (10,3)
Temel Kitapları	1- Aile Hekimleri için Yaşlı Sağlığına Bütüncül Yaklaşım. Ed. Serap Çifçili 2011. (5) 2- Ahmet Turan Işık, Pınar Soysal. *Geriatri Pratiğinde Ölçekler*. 2016 (2) 3- Atrial Fibrillation. StatPearls Publishing; 2024 Jan. 4- Birinci Basamak İçin Temel Geriatri İ. Ankara Tabip Odası, **Türk Geriatri Derneği ve Pratisyen Hekimlik Derneği.** Ankara 2012. 5- Rakel Aile hekimliği 6- Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026. THSM. 2021	11 (38)

4.2.4. vinyet 4

“32 yaşında, 29 haftalık multigravida gebe, gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) için 1 saatlik 50 gramlık OGTT taramasından geçti. Kan glikoz değeri 175 mg/dL çıktı. Gebelik süresince 11,7 kg almış olduğu saptandı. Önceki gebeliği sırasında yurt dışında olan hasta GDM olup olmadığını hatırlamıyor. Kendisi ve bebeği için zararlı olabileceğini düşündüğü için 3 saatlik 100 gr OGTT yapmaktan çekiniyor.”

Bu hasta için bir sonraki tanısal adım nedir?

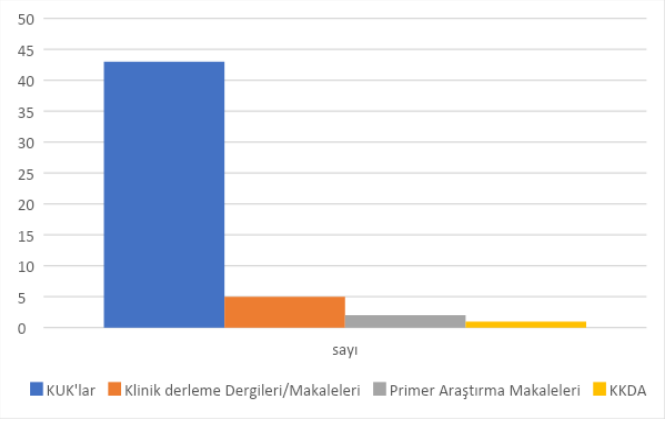
-Vinyet-4 Klinik sorusuna yanıtlamak amacı ile katılmcılarının 49’u (%35,3) kanıta dayalı kaynak bulamadığını belirtirken, **51’si (%36,7) spesifik kaynak sağladı**, 38’i (%27,3) spesifik olmayan (n=37) veya yayınlanmamış materyaldan(n=1) kaynak sağladı, Bir katılımcı bu soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 9. Vinyet-4 için KDTye erişimin genel sınıflandırılması

Erişim	n (%)
Kanıta dayalı kaynak bulamadığını belirtti	49 (35,3)
Spesifik kaynak sağladı	51 (36,7)
Spesifik olmayan/yayınlanmamış materyaldan kaynak sağladı	38 (27,3)

Katılımcıların Vinyet-4 için sağladıkları spesifik kaynakların 43’ü (%84,3) KUK'lar, 5’i (%9,8) Klinik derleme Dergileri/Makaleleri, 2’si (%4) Primer Araştırma Makaleleri, 1’i (%1,9) Klinik Karar Destek Araçlarıdır.

Sağlanan spesifik kaynaklar kategorize halde tablo 10’da ve şekil 4’te gösterilmiştir.



Şekil 5: Vinyet-4 için Kanıta Dayalı Kaynakların kategorileri

Tablo 10: Katılımcıların Vinyet-4 için sağladıkları spesifik kaynaklar

Kategori	Spesifik Kaynaklar (n)	n (%)
KUK'lar	1- Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2022 **TEMD** (34) 2- Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. **THSM** Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara, 2018. (2) 3- Riskli Gebelikler Yönetimi. **THSM** Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. 2014. (2) 4- Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2023 **TDV.** (2) 5- Gestational Diabetes Mellitus **ACOG** Practice Bulletin. The American College of Obstetricians and Gynecologists 2018. 6- Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. 2013 Guideline. World health organization (**WHO).** 7- **American Diabetes Association (ADA)** Releases Standards of Care in Diabetes to Guide Prevention, Diagnosis and Treatment for People Living with Diabetes. 2023	43 (84,3)
KKDA	UpToDate	1 (1,9)
Klinik Derleme Dergileri/Makaleleri	1- Gestasyonel Diabetes Mellitus. The **Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital**, 2015 2- A Review of the Pathophysiology and Management of Diabetes in Pregnancy. **Mayo Clin Proc**. 2020. 3- Gestasyonel Diyabet Güncel Tarama ve Tanı Yöntemleri. **Turkiye Klinikleri** J Endocrin-Special Topics. 2010. 4- Gestasyonel Diabetes Mellitus2018. **Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği.** 5- Tip 2 Diyabet ve Beslenme. **Klinik Tıp Bilimleri Dergisi.** 2019	5 (9,8)
Primer Araştırma Makaleleri	1- Gebelerin gestasyonel diyabet tarama testine yaklaşımlarının değerlendirilmesi. **The Journal of Turkish Family Physician** 2020. 2- Glucose Levels of the Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) Can Predict Adverse Pregnancy Outcomes in Women with Gestational Diabetes (GDM). ***J. Clin. Med.*** 2023.	2 (%4)

4.2.5. Vinyet 5

"Endoskopide Gastroözofageal reflü hastalığı tanısı konan 19 yaşında erkek hasta, 5 aydır tedavi dozunda Proton Pompa İnhibitörü (PPİ) alıyor. Bu süreçte ara ara PPİ kullanımını kesen hastanın ilacı kesmesiyle birlikte şikayetleri tekrarlıyor. Hasta, özellikle bir ay önce 62 yaşındaki amcasına özofagus kanseri tanısı konulduğunu öğrendikten sonra, tedaviye rağmen hastalığının ilerlemesinden endişe ediyor."

Bu hastaya uzun süreli PPİ idame tedavisi ile hastalığın prognozu açısından ne söylenebilir?

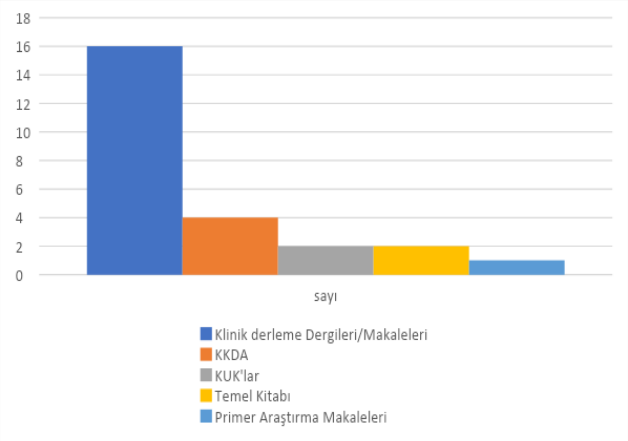
Vinyet-5'in klinik sorusunu yanıtlamak amacı ile katılmcılarının 72'si (%51,8) kanıta dayalı kaynak bulamadığını belirtirken, **25'i (%18) spesifik kaynak sağlamış**, 40'ı (%28,8) spesifik olmayan (n=38) veya yayınlanmamış materyaldan (n=2) kaynak sağlamış, 2'si (%1,4) cevap vermemiştir**.**

Tablo 11. Vinyet 5 için KDT'ye erişimin genel sınıflandırılması

Erişim	n (%)
kanıta dayalı kaynak bulamadığını belirtti.	72 (51,8)
Spesifik kaynak sağladı	25 (18)
Spesifik olmayan/yayınlanmamış materyaldan kaynak sağladı	40 (28,8)

Katılımcıların Vinyet-5 için sağladıkları spesifik kaynakların 16'sı (%64) Klinik derleme Dergileri/Makaleleri, 4'ü (%16) Klinik Karar Destek Araçları, 2'si (%8) KUK'lar, 2'si (%8) temel tıp kitabıdır, 1'si (%4) Primer Araştırma Makaleleridir.

Sağlanan spesifik Kaynaklar kategorize halde tablo-12'de ve şekil 6'da gösterilmiştir.



Şekil 6: Vinyet-5 için Kanıta Dayalı Kaynakların kategorileri

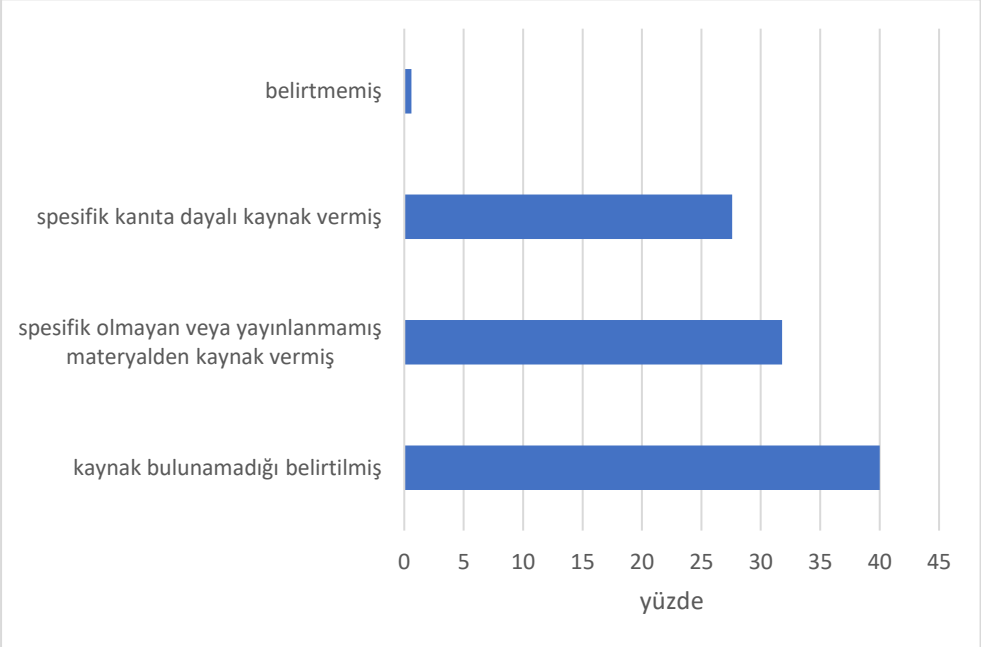
Tablo 12: Katılımcıların Vinyet-5 için sağladıkları spesifik kaynaklar

Kategori	Spesifik Kaynaklar (n)	N (%)
KUK'lar	1- Updated American college of Gastroenterology (**ACG)** Guidelines for Diagnosis and Treatment of GERD. ***AAFP*** 2005. 2- ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. **Am J Gastroenterol** 2022.	2 (8)
KKDA	1- UpToDate	4 (16)
Klinik Derlenme Dergileri/Makaleleri	1- Uzun Süre Proton Pompa İnhibitörleri (PPI) Kullanılacaksa, Hangi PPI Tercih Edilmelidir? Nelere Dikkat Edilmelidir? **Güncel gastroenteroloji** 2013**.** (4) 2- Uzun Süreli Proton Pompa İnhibitörü Kullanımı ve Komplikasyonları Long-Term Proton Pump Inhibitor Use and Complications **Boğaziçi Tıp Dergesi** 2015. (2) 3- Cancer Prevention in Patients with GERD and Barrett's Esophagus-Medicine. **Foregut**. 2021 4- Gastroözofageal Reflü Hastalığı Tedavisinde Yeni Yaklaşım Ne Olmalıdır: Proton Pompası İnhibitörleri Tahttan İndiriliyor mu? **güncel gastroenteroloji.** 2017. 5- The Safety of Long-term Daily Usage of a Proton Pump Inhibitor: A Literature Review. **Cureus.** 2019 6- Mide Tümörleri Özel Sayısı. **Türkiye Klinikleri** Tıbbi Onkoloji - Özel Konular 2012 7- Gastroözofageal Reflü Hastalığı**. Güncel gastroenteroloji** 2016. 8- Proton Pump Inhibitor–Refractory Gastroesophageal Reflux Disease**. Medical Clinics of North America** 2019. 9- Barret Özofagusunda Takip ve Tedavi. **güncel gastroenteroloji** 2010 10- Gastroözofageal Reflü Hastalığı. **güncel gastroenteroloji.** 2012 11- Mistakes in the use of PPIs and how to avoid them **United European Gastroeneterology** Education. 2017	16 (64)
Primer Araştırma Makaleleri	1- Possible Association between the Use of Proton Pump Inhibitors and H_2 Receptor Antagonists, and Oesophageal Cancer: A Nested Case–Control Study Using a Korean National Health Screening Cohort. **Pharmaceuticals** (Basel). 2022.	1 (4)
Temel Kitapları	1- Rakel Aile Hekimliği. 2- Cecil Medicine.	2 (8)

4.2.6. Kanıta dayalı kaynaklara erişim ile ilgili bulguların özeti

Katılımcıların tüm vinyetlere verdikleri yanıtlar toplanarak (**695 yanıt) değerlendirildiğinde,**

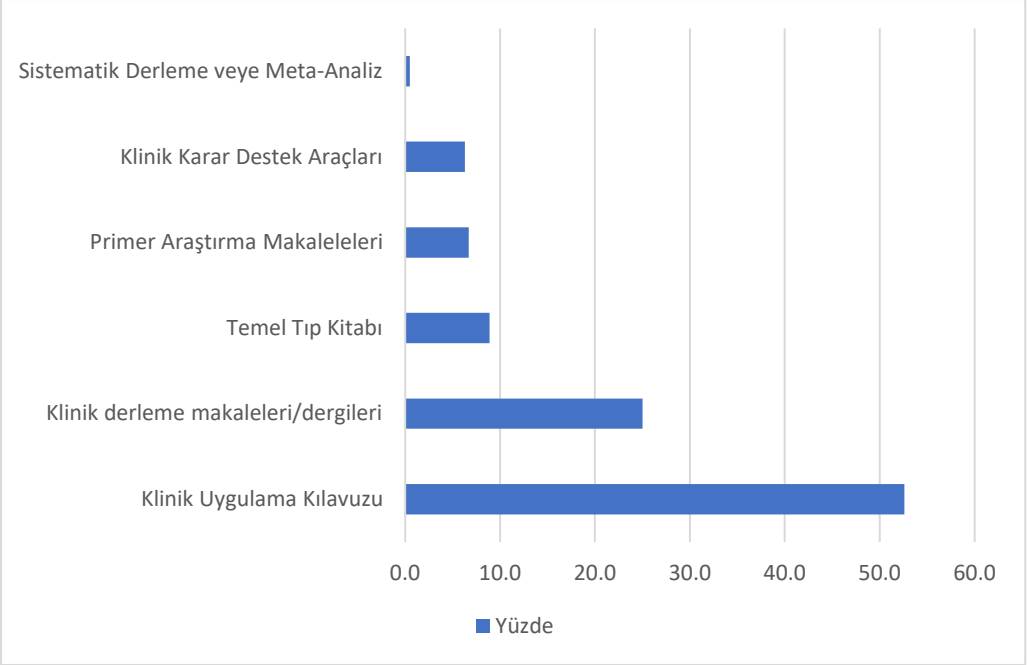
a) 278'inde (%40) kaynak bulunamadığı belirtilmiş,
b) 221'inde (%31,8) spesifik olmayan veya yayınlanmamış materyalden kaynak vermiş,
c) **192'sinde (%27,6) spesifik kanıta dayalı kaynak vermiş,**
d) 4'ü (%0,6) ise belirtmemiştir.



Şekil 7. Katılımcıların tüm vinyetlere verdikleri yanıtların yüzdesi

Spesifik kaynakların (n=192) sınıflandırılması:

a. **101 (%52,6): Klinik ugulama klavuzlar**
b. 48 (%25): Klinik derleme makaleleri/Dergileri
c. 17 (%8,9): Temel kitabı
d. 13 (%6,7): Primer araştırma makaleleri
e. 12 (%6,25): Klinik karar destek araçları
f. 1 (%0,5): Sistematik derlemeler ve meta-analiz



Şekil 8. Toplam spesifik kaynakların sınıfladırılması

4.3. AH'lerin kullandıkları KDT kaynaklarının birinci basamağa uygunluğuna hakkındaki görüşleri

Erişilen her **spesifik kanıta dayalı kaynak** için AH'lere kullandıkları kaynakların birinci basamağa uygunluğuna ilişkin görüşlerini almak üzere 3 soru yönelttik. "Evet", "Hayır" veya "kararsızım" seçenekler olarak verilmiştir..

Her bir vinyet için yanıtların sıklığı **tablo 13'de** sunulmuştur.

Tablo 13: Kanıtın birinci basamağu uygunluğu ilişkin sorulara cevapların sıklığı

Vinyet	Cevap	**Sonuçlar hasta odaklı mı?**	**Birinci Basamak Populasyonuna uygun mu?**	**Aile Hekimliği Yaklaşımına uygun mu?**
Vinyet 1 **n=51**	**Evet n (%)** **Hayır (n (%)** **Karsızım n (%)**	38 (74,5) 10 (19,6) 3 (5,9)	44 (86,3) 2 (3,9) 5 (9,8)	28 (54,9) 11 (21,5) 12 (23,6)
Vinyet 2 **n=35**	**Evet n (%)** **Hayır n (%)** **Karsızım n (%)**	24 (68,5) 7 (20) 4 (11,5)	28 (80) 4 (11,5) 3 (8,5)	23 (65,7) 9 (25,7) 3 (4,6)
Vinyet 3 **n=29**	**Evet n (%)** **Hayır n (%)** **Karsızım n (%)**	25 (89,2) 0 3 (10,8) 1 biriltilmemiş	27 (93,1) 0 2 (6,9)	21 (72,4) 5 (17,2) 3 (10,4)
Vinyet 4 **n=51**	**Evet n (%)** **Hayır n (%)** **Karsızım n (%)**	41 (80,4) 3 (5,9) 7 (13,7)	46 (90,2) 0 5 (9,8)	34 (66,7) 10 (19,6) 7 (13,7)
Vinyet 5 **n=24**	**Evet n (%)** **Hayır n (%)** **Karsızım n (%)**	20 (83,3) 3 (12,5) 1 (4,2)	17 (70,8) 3 (12,5) 4 (16,7)	12 (50) 7 (29,1) 5 (20,9)

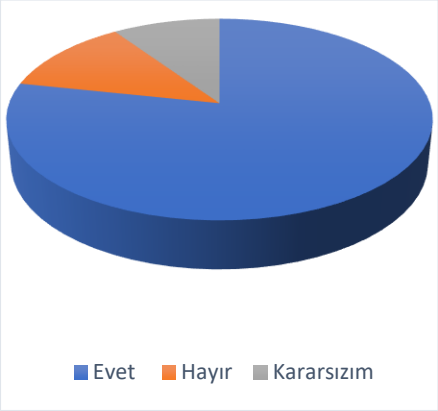
4.3.1 Beş vinyet üzerinden toplam yanıtlar

• Kaynak, morbidite, mortalite, yaşam kalitesi veya semptomların azalması gibi hasta odaklı sonuçları rapor ediyor mu? Sorusuna toplam yanıtları (n=189):

Evet 148 (%78)

Hayır 23 (%12,3)

Kararsızım 18 (%9,7)



Şekil 9. Sonuçlar hasta odaklı mı? Sorusuna tolam yanıtlar

• Kaynağın hasta popülasyonu sizin hasta popülasyonunuza benzer mi? Sorusuna toplam yaıntları (n=190):

Evet 162 (%85,3)

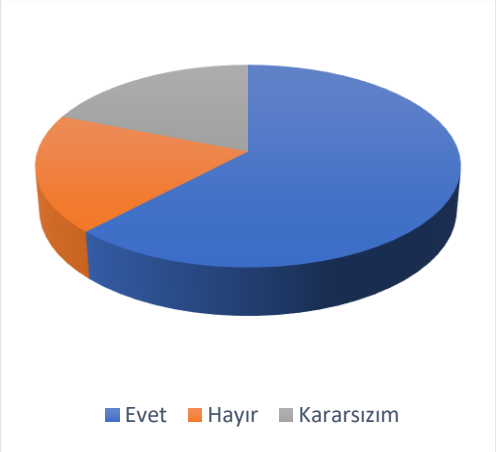
Hayır 9 (%4,7)

Kararsızım 19 (%10)



Şekil 10. Birinci Basamak popülasyonu uygun mu? Sorusuna tolpam yanıtlar

• Kaynak aile hekimliği yaklaşımı dikkate alıyor mu? Sorusuna toplam yanıtları (n=190):
Evet 118 (%62)
Hayır 36 (%19)
Karsızım 36 (%19).



Şekil 11. Aile hekimliği yaklaşımına uygun mu? Sorusuna toplam yanıtlar

Özetle, **AH'lere göre:** Kullandıkları toplam kanıta dayalı kaynakların %78'i hasta odaklı (ilgili) kanıta dayanmaktadır, %85,3'ü birinci basamak popülasyonuna benzer çalışma popülasyonuna dayanmaktadır (Genellenebilir/dışsal olarak geçerli) ve %62'si aile hekimliği yaklaşımını dikkate almaktadır.

4.4 AH'ler Tarafından Kullanılan KUK'ların Değerlendirilmesi

AH'ler tarafından erişilen 101 KUK'un 83'ünün **(%82,1) ulusal KUK**, 16'sının (%15,8) uluslararası KUK ve 2'sinin (%2,1) Türkçeye çevrilmiş uluslararası KUK olduğu saptanmıştır.
Ulusal kılavuzlar, kullanım sıklıkları, yayın yılı, yayıncısı ve vinyetlerdeki klinik sorularla ilgili önerilerin kanıt derecesi ile birlikte **tablo-13'te** gösterilmiştir.

Tablo-14: Ulusal KUK değerlendirilmesi

KUK	n	yıl	Yayıncı	Önerinin Kanıt Derecesi	
1- Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı ve Tedavi ve İzlem Kılavuzu.	55 Vin1:21 Vin4:34	2022	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD)	Vin1: **D***	Vin4: **A****
2- Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi	6 Vin1:4 Vin2:2	2023	Turkiye Diyabet Vakfı. Ulusal Diyabet Consensus Grubu	Belirtilmemiş	
3- Otit Kılavuzu	6	2019	Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derneği	Belirtilmemiş	
4- Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri.	3	2015	TC Sağılık bakanlığı Türkiye halk sağılığı kurumu (THSK)	Belirtilmemiş	
5- Çok Yönlü Yaşlı Değerlendismese ve İzlem Kılavuzu.	3	2019	THSK	Belirtilmemiş	
6- Yaşlılarda Malnütrisyon Kılavuzu.	2	2013	Akademik Geriatri Derneği	Belirtilmemiş	
7- Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi.	2	2018	THSK	Belirtilmemiş	
8- Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi.	2	2013	THSK	Belirtilmemiş	
9- TEMD Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu	1	2021	TEMD	Belirtilmemiş	
10- Sağlık Bakanlığı 1.Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi.	1	2012	TC sağılık Bakanlığı hıfzıssıha mektebi müdürlüğü	Belirtilmemiş	
11- Yaşlılıkta Endokrinolojik Hastalıkların Tedavi Kılavuzu.	1	2019	TEMD	Belirtilmemiş	

***D**: Uzman görüşü ya da klinik deneyimlere dayanan kanıtlar.

****A:** Yeterli güçte tasarlanmış, iyi yürütülmüş ve sonuçları genele uyarlanabilir.

4.4.1 Ulusal KUK'ların Güvenirlik Analizi:

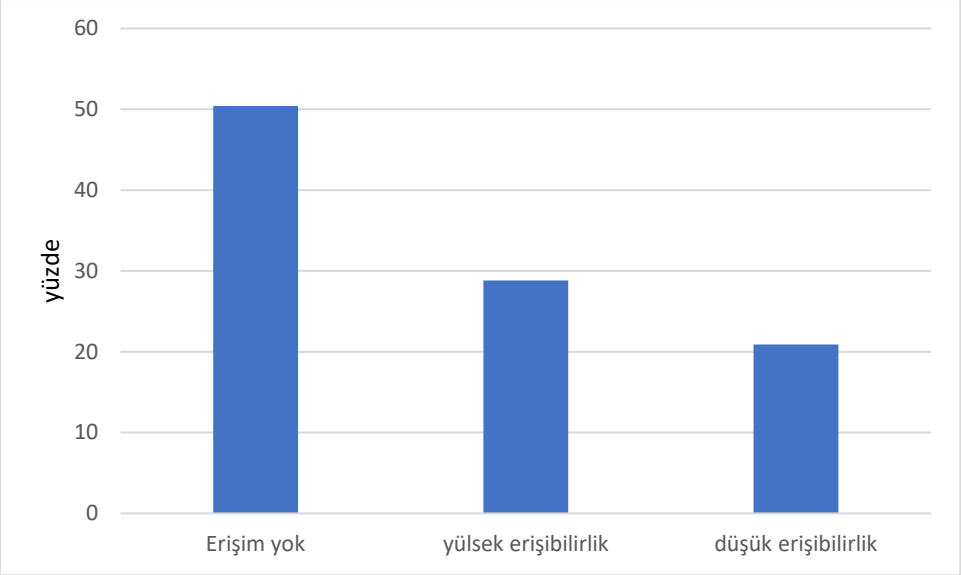
AH'ler tarafından sağlanan ulusal KUK'lar içinde bu kılavuzların geliştirilmesi sırasında kullanılan metodoloji açıklanmadığı için "The Institute of Medicine"'ın KUK'ların güvenilirliğini analiz etmek için yayınladığı (2.4.4'te açıklanmıştır), ilk dört kriteri karşılamadıkları söylenebilir.

Kriter 5, (Hem kanıt kalitesine hem de önerilerin gücüne ilişkin derecelendirmeler sunmak): Sağlanan tüm ulusal KUK'larden hiçbiri önerilerin gücü için derecelendirme sağlamamıştır ve yalnızca "Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuz" kanıt kalitesi için derecelendirme sağlamıştır.
Birinci vinyet ile ilgili öneri için kanıt gücü D (Uzman görüşü ya da klinik deneyimlere dayanan kanıtlar), dördüncü vinyet ile ilgili öneri için A (Yeterli güçte tasarlanmış, iyi yürütülmüş ve sonuçları genele uyarlanabilir) olarak derecelendirilmiştir.

Kriter 6, (Değişiklik yapılması gerektirdiğinde kılavuzlar uygun şekilde revize edilmeli): Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) ve Turkiye Diyabet Vakfı-Ulusal Diyabet Consensus Grubu (TDV) tarafından yayınlalnan kılavuzlar dışında sağlanan tüm KUK'lar 2020'den önce yayınlanmıştır. Güncellenmiş versiyonları bulunmamaktadır.

4.5 Aile hekimlerinin demografik özellikleri ile kanıta dayalı kaynaklara erişebilirlikleri arasındaki ilişki

Vinyetle ilgili kaynak erişilebilirlik puanı, bir AH tarafından erişilen her bir spesifik kaynak için 1 puan verilerek hesaplanmıştır. AH'lerin kaynaklara erişebilirliği toplam puanlar kullanılarak kategorize edilmiştir (Bölüm 4'te açıklanmıştır).
139 katılımcının 70'inin **(%50,4) kaynaklara erişimi yoktu** (0 puan), 29'unun **(%20,9) düşük erişilebilirliği** vardı (1 veya 2 puan) ve 49'unun **(%28,8) yüksek erişilebilirliği** vardı (3 ila 5 puan).



Şekil 12. Aile hekimlerinin kanıta dayalı kaynaklara erişebilirliği derecesi

Tablo-14'da AH'lerin demografik özellikleri ile kanıta dayalı kaynaklara erişebilirlikleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Sadece AH'lerin unvanları ile erişilebilirlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Pearson Ki-Kare testi **p=0.038)**

- **AHU'ların (%39,1)'inin yüksek erişilebilirliğe** sahip olduğu, (%27,7)'sinin düşük erişilebilirliğe sahip olduğu ve (%39,1)'inin kanıta dayalı kaynaklara erişimi olmadığı görülmüştür.
- **AHA'lar arasında (%32,6) yüksek erişilebilirliğe** sahipken (%23,9) düşük erişilebilirliğe sahiptir ve (%43,5) kanıta dayalı kaynaklara erişimi yoktur.
- **SAHU'ların (%14,9)'u yüksek erişilebilirliğe** sahipken (%17)'si düşük erişilebilirliğe sahiptir ve (%68,1)'sinin kanıta dayalı kaynaklara erişimi yoktur.

Tablo-15: AH'lerin demografik özellikleri ile kanıta dayalı kaynaklara erişebilirlikleri arasındaki ilişki.

Demografik özellikleri	Seçenek	Erişim yok n (%)	Düşük Erişim n (%)	Yüksek Erişim n (%)	P değeri
Unvan (n=139)	AHU AHA SAHU Asistanı	18 (39,1) 20 (43,5) 32 (68,1)	10 (27,7) 11 (23,9) 8 (17)	18 (39,1) 15 (32,6) 7 (14,9)	**0,038***
Cinsiyet (n=138)	Erkek Kadın	33 (56,9) 36 (45)	11 (19) 18 (22,5)	14 (24,1) 26 (32,5)	0,375
Hizmet Noktasında KDT kaynaklarına erişibilirliği (n=139)	Evet Hayır	55 (47,8) 15 (62,5)	24 (20,9) 5 (20,8)	36 (31,3) 4 (16,7)	0,312
Yaş (n=139)	<31 31–40 >40	22 (44) 28 (49,1) 20 (62,5)	10 (20) 13 (22,8) 6 (18,8)	18 (36) 16 (28,1) 6 (18,8)	0,466
Kaç yıllık hekim (n=139)	<10 10–19 20–29	39 (43,8) 15 (57,7) 16 (66,7)	19 (21,3) 6 (23,1) 4 (16,7)	31 (34,8) 5 (19,2) 4 (16,7)	0.218

*Pearson Ki-kare testi

5. Tartışma

5.1. Temel bulgular

Birinci basamakta sık karşılaşılan sorunları olan hastaları tanımlayan vinyetlerle karşılaştıklarında ve klinik soruları yanıtlamak için kanıta dayalı kaynaklar sağlamaları istendiğinde, AH'ler yalnızca %27,6 oranında spesifik kaynaklar sağlayabilmiştir. Sağlanan kaynakların çoğu ulusal kılavuzlardır. Bunların çoğu geliştirilme metodolojisini , önerilerin gücüne ilişkin derecelendirmeleri ve kanıt kalitesine ilişkin derecelendirmeleri

sağlamamaktadır. Çalışmamızda bildirilen kaynakların çoğu birinci basamakla ilgili kılavuzlardan ve dergilerden elde edilmemiş olsa da AH'ler kullandıkları kaynakların çoğunun hasta odaklı kanıtlara (%77,8), kendilerininkine benzer hasta popülasyonuna (%85,3) ve aile hekimliği değerlerini dikkate alan bir yaklaşıma (%63) dayandığını düşünmektedir. Üç birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcı grubu (AHU, AHA, SAHU) arasında kanıta dayalı kaynaklara erişilebilirlik düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmuştur (**p=0.038)**.

5.2. Bu çalışmanın güçlü yönleri ve sınırlılıkları

Bu çalışma, Türkiye'de KDT ve birinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki ilişkiye dair önceki çalışmalardan [3] [11] [54] [55] elde edilen sınırlı miktardaki bilgiye katkıda bulunmaktadır.
Bu çalışmada **yeni bir yaklaşım** benimsenmiştir:

- AH'ler tarafından yaygın klinik soruları yanıtlamak için kullanılan **spesifik** KDT kaynaklarını toplar.
- Kullanılan kaynakları sınıflandırır ve ulusal KUK'lar olarak sınıflandırılanları değerlendirir.
- AH'lerin kaynaklarının birinci basamağa uygunluğuna hakkındaki görüşlerini toplar.
- SAHU asistanlarını bu konuda ilk kez araştırılacak bir grup olarak dahil eder.

Önceki çalışmalarda yapılan kesitsel anketlerin en önemli kısıtlamalarından biri, cevapların **gerçek uygulamadan** ziyade katılımcıların araştırmacıların duymak istediklerini düşündüklerini yansıtabilmesidir. Kahveci ve Meads'in bazı anket sonuçlarının çelişkili göründüğü sonucuna varmasının bir nedeni bu olabilir. Örneğin, hekimlerin büyük bir kısmı kanıta dayalı tıp uyguladıklarını iddia etmiş, ancak nispeten azı literatür taramalarını, Cochrane Kütüphanesini ve sağlık teknolojisi değerlendirmelerini kullanmıştır [3]. Çalışmamızda daha güvenilir bir yöntem kullanmayı tercih ettik. Anketlerde vinyetlere verilen yanıtların **klinik uygulamalarla iyi bir şekilde örtüştüğüne dair kanıtlar bulunmaktadır** [56]. Ancak, bildiğimiz kadarıyla vinyetler daha önce AH'lerin KDT'a erişebilirliğini değerlendirmek ve bu konudaki görüşlerini toplamak için kullanılmamıştır.

Türkiye'nin dört bir yanından yanıtlar toplayarak yeni bir yaklaşım benimsemeye çalıştık, ancak birçok şehir için yanıt oranı çok düşüktür. Tüm AH'lerin iletişim bilgilerini içeren bir

veri tabanının bulunmaması, yanıt oranının hesaplanamamasına katkıda bulunmuş ve sonuçların genellenebilirliğini etkilemiştir. Çalışmamızın sonuçlarının genellenebilirliği iki açıdan sorgulanabilir:

- İncelenen örneklem, Türkiye'de aile hekimliği eğitimini tamamlamış veya devam eden ve birinci basamakta çalışma deneyimi olan az sayıda AH'yi temsil etmektedir.
- Mümkün olduğunca geniş bir klinik soru yelpazesini ve hastaların demografik özelliklerini kapsamak için elimizden geleni yapmamıza rağmen, beş vinyet gerçek uygulamayı temsil etmek için yeterli olmayabilir.

5.3. Bulgularımızın önceki çalışmalarla karşılaştırılarak yorumlanması:

5.3.1. AH'lerin KDT kaynaklarına erişimi

Önceki çalışmalarda [3,12,13,14,57] AH'lerin KDT kullanımına yönelik olumlu tutumları olduğu ve KDT'ın hasta hizmetini iyileştirdiği konusunda hemfikir oldukları sonucuna varılmıştır. AH'lerin KDT kaynaklarına erişimini araştırmak ve kullandıkları kaynakları değerlendirmek için daha pratik bir adım atmaya ihtiyaç vardır. Çalışmamızda, klinik soruları yanıtlamak için kanıta dayalı kaynaklar sağlamaları istendiğinde, **AH'ler yalnızca %27,6** oranında spesifik kaynaklar sağlayabilmiştir. Bu durum Ely ve meslektaşlarının çalışmalarında vardıkları sonuçla açıklanabilir: AH'ler sıklıkla klinik sorular sormakta ancak çoğu soruya (%64) yanıt aramamaktadır [10]. Ancak bir başka açıklama da şu olabilir: AH'ler cevap aramaya istekli olsalar da iyi kaynaklar bulamamaktadırlar. Çalışmamızda sunulan farklı vinyetler arasında AH'lerin KDT kaynaklarına erişebilirliğindeki farklılık, ikinci açıklamayı daha olası hale getirebilir. **KDT kaynaklarına erişim oranı vinyet 1 ve 4'te en yüksektir** (her ikisinde de %36,7). Bu durum, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) tarafından geliştirilen güncellenmiş KUK'larının varlığına bağlanabilir. Bu vinyetlerdeki klinik sorular kardiyovasküler veya obstetrik olarak da sınıflandırılabilse de, AH'ler aile hekimliği, kardiyoloji veya obstetrikteki diğer kaynaklar yerine (TEMD) kılavuzlarını kullanmayı tercih etmiştir. Bu durum, kolay erişilen, güvenilir ve güncellenmiş ulusal kılavuzların varlığının AH'lerin KDT kaynaklarını uygulamalarına dahil etme becerilerinin geliştirdiğini göstermektedir.

KUK'lar AH'lerin kullandığı KDT kaynakları arasında en çok tercih edilen kategoridir (%52,6). Bu sonuç Kahveci ve Meads tarafından verilen yüzdeye benzerdir (Birinci basamak

hekimlerinin %50'sinden fazlası klinik uygulama kılavuzlarını sıklıkla kullandıklarını söylemiştir) (3).

Klinik soruyu yanıtlamak için KUK bulamadıklarında, **AH'ler temel kitaplarını (vinyet 3'te en çok kullanılan kategori) veya klinik derleme dergilerini (vinyet-2 ve vinyet 5'te en çok kullanılan kategori**) kullanmışlardır.

2013 yılında yapılan bir çalışmada AH'lerin %53,1'inin "Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan tanı ve tedavi kılavuzlarını" kullandığı bulunmuştur [11]. Bu kaynak bizim çalışmamızda sadece bir kez kullanılmıştır. Bu durum, en son güncellemesinin 2012 yılında yapılmış olmasına bağlanabilir.

UpToDate'in nispeten sık kullanılmasının (%6,25) nedeni muhtemelen Türkiye'deki birçok kurumun doktorlara bu klinik karar destek aracına ücretsiz abonelik sağlamasıdır.

Sistematik derlemeler ve meta-analizler yüksek kaliteli değerli klinik bilgi kaynakları olmasına rağmen, bu kategori çalışmamızda yalnızca bir kez (%0,5) sağlanmıştır. Bunun bir açıklaması, eğitim ve çevrimiçi arama becerilerinin eksikliği olabilir. Bu kategorinin daha fazla rapor edilmesini bekliyorduk çünkü katılımcılardan %44,9'u genellikle Cochrane kütüphanesi ve benzeri araştırma motorlarına abonelik sağlayan üniversite ve EAH'lerinde çalışmaktadır. Buna ek olarak, katılımcıların çoğu (%82,7) KDT kaynaklarının kendi hizmet noktalarında erişilebilir olduğunu bildirmiştir.

5.3.2 AH'lerin KDT kaynaklarının birinci basamağa uygunluğuna hakkındaki görüşleri

Daha önce yapılan birçok gözlemsel çalışma, hekim kararlarının ne ölçüde yüksek kaliteli kanıtlara dayandığını araştırmıştır [58] [59] [60] [61]. Türkiye'de yapılan bir tez çalışmasında, 'Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Klinik Uygulama Rehberleri' kitapçığında yer alan çeşitli hastalıklar arasından 14 konunun kanıt kalitesi AGREE kriterlerine göre değerlendirilmiştir (57). Ebell ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, kanıtların ne ölçüde hasta odaklı sonuçlara dayandığını değerlendiren yeni bir yaklaşım benimsenmiştir [36]. Çalışmamız, AH'lerin kanıta dayalı kaynakların kalitesinden ziyade uygunluğu ve genellenebilirliği hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesine odaklanmıştır. Çalışmamızda bildirilen kaynakların çoğu birinci basamakla ilgili kılavuzlardan ve dergilerden elde edilmemiş olsa da AH'ler bu kaynakların %62'sinin aile hekimliği yaklaşımını dikkate aldığını düşünmektedir. AH'ler kullandıkları kaynakların çoğunun hasta odaklı kanıtlara (%77,8) ve kendilerine benzer bir hasta popülasyonuna

(%85,3) dayandığını bildirmiştir. Ebell ve arkadaşları, çalışmalarında incelenen önerilerin yalnızca %18'inin tutarlı, yüksek kaliteli hasta odaklı kanıtlara dayandığını, yaklaşık yarısının ise uzman görüşüne, olağan bakıma veya hastalık odaklı kanıtlara dayandığını tespit etmiştir [36]. Başka bir çalışmada Steel ve arkadaşları, birinci basamak önerilerini desteklemek için atıfta bulunulan yayınların yaklaşık üçte ikisinin (%62) birinci basamaktaki hastalarla **ilgisinin (relevance) belirsiz** olduğu sonucuna varmıştır [40]. Katılımcı AH'lerin kanıtların uygunluğu ve genellenebilirliği konusunda bu kadar yüksek düzeyde emin olmalarını beklemiyorduk. Bunun bir açıklaması, vinyetlerin farklı ortamlarda ve farklı sonuçlar için kapsamlı bir şekilde araştırılmış olan çok yaygın durumları temsil etmesidir. Bir diğer açıklama ise AH'lerin, önerilerin yalnızca küçük bir kısmının birinci basamaktaki hastalarla belirli bir ilgisi olan yüksek kaliteli, hasta odaklı kanıtlara dayandığının **farkında olmamasıdır**. Gelecekteki araştırmaların, uygunluk ve genellenebilirliği objektif olarak araştıracak stratejiler geliştirmesi gerekmektedir.

5.3.3 AH'ler tarafından kullanılan KUK'ların değerlendirilmesi

“Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tenı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu” haricinde, AH'ler tarafından sağlanan **ulusal KUK'ların** metodolojik bir kanıt derleme ve konsensüs oluşturma süreci ile geliştirilmediği görülmektedir. Bunun yerine, bireysel yazarlar veya editör ekipleri tarafından derlenmişlerdir ve önerilerini destekleyen kanıt düzeyi belirsizdir. Bu kaynakları, çeşitli tıbbi konularda değerli hızlı referans bilgileri **sağlayan "tıbbi el kitapları"** olarak kategorize etmek muhtemelen daha doğrudur.

Kılavuzlar sık sık değiştiği ve sıklıkla çeliştiği için güncel en iyi KUK’ların takip edilmesi gerekmektedir. Çalışmada AH'ler tarafından kullanılan kılavuzların bazılarının güncelliğini yitirmiş olduğu görülmüştür. Klinik karar verme sürecinde güncelliğini yitirmiş kılavuzlara güvenmek hizmet kalitesini düşürebilir ve hastalara zarar verebilir.

Katılımcılar uluslararası KUK'ları nispeten daha az kullanmıştır. Bunun nedeni muhtemelen dil engeli veya AH'lerin ulusal önerilerin kendi toplumları için daha uygun olduğunu düşünmeleri olabilir. Yüksek kaliteli olarak kabul edilen KUK’lar, örneğin USPSTF, ESC, AHA kullanılmıştır.

5.3.4. AH'lerin demografik özellikleri ile KDT kaynaklarına erişilebilirlik arasındaki ilişki

Önceki çalışmalar, Türkiye'de birinci basamakta çalışan AHU'lar, AHA'lar ve PH'ler arasında KDT'a yönelik tutumların önemli ölçüde farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. SAHU asistanları önceki çalışmalara dahil edilmemiştir. Bizim çalışmamızda da AH'ların unvanları

ile KDT kaynaklarına erişim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. AHA'ların (%32,6), SAHU'ların ise (%14,9) Kanıta dayalı kaynaklara yüksek erişilebilirliğe sahiptir. Hem AHA hem de SAHU aile hekimliği asistanları olarak kabul edilse de, eğitim programları önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Gözlemlenen farklılığın nedeni bu olabilir. Bir başka neden de, çalışmamıza katılan AHA'ların çoğunun kıdemli asistanlar olması olabilir, çünkü ASM'de en az 3 ay çalışmış olan AHA'ları çalışmaya dahil ettik. SAHU zaten ASM'de çalıştığından, AHA'ya göre daha az kıdemli SAHUlar dahil edilmiş ve böylece gözlemlenen farka katkıda bulunmuş olabilir. Cinsiyet, mezuniyetten bu yana geçen yıl sayısı, ve kanıta dayalı kaynaklara bakım noktasından erişilebilirlik, KDT kaynaklarına erişilebilirliği etkilememiştir.

6. Sonuç

Mevcut en iyi KUK’ların takip edilmesini ve öneriler değiştikçe tedavi rejimlerinin güncellenmesini sağlamak birinci basamak için büyük bir zorluktur. AH'lerin KDT uygulamak üzere eğitilmesi ve AH'lere yönelik kılavuzların geliştirilmesi yoluyla AH'lerin uygun ve güncellenmiş kanıta dayalı kaynaklara erişiminin iyileştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu aynı zamanda, özellikle Türkiye gibi aile hekimliği modelinin faydalarının hala tartışmalı olduğu ülkelerde, aile hekimliğinin statüsünün ve prestijinin artırılması açısından da önemlidir. AH'ler, kanıta dayalı kılavuzlara erişimin sadece ilk adım olduğunun, bu kanıtların aile hekimliği değerlerine uygun bir şekilde hasta bakımına entegre edilmesi gerektiğinin farkında olmalıdır.

7. Ekler

EK-1

Türkiye'de Aile Hekimlerinin kullandıkları kanıta dayalı tıp (KDT) kaynakları ve bunların birinci basamağa uygunluğu hakkındaki görüşleri: Bir vinyet çalışması Soru Formu

Aile hekimlerinin kullandıkları KDT kaynakları ve bu kaynaklardaki kanıtların gücüne ilişkin görüşleri hakkında güncel veri bulunmamaktadır. Bu çalışmamızda, Türkiye'de aile hekimlerinin kullandıkları KDT kaynakları ve bu kaynakların birinci basamağa uygunluğu; ne ölçüde hasta odaklı ve genellenebilir kanıtlara dayandığına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamıza, aile hekimliği uzmanları ve Aile Sağlık Merkezlerinde üç aydan fazla çalışmış aile hekimliği asistanları davet edilmektedir.

Bu soru formunda, demografik veriler ile ilişkili soruların yanı sıra beş vinyetin (olgu örnekleri) her biri için, öykünün sonunda yöneltilen klinik soruyu yanıtlamak amacı ile kullanabileceğiniz kanıta dayalı bir kaynak sağlamanız ve bu kaynakların birinci basamak sağlık hizmetine uygunluğuna ilişkin üç soruya cevap vermeniz istenecektir.

Soru formu anonimdir. Araştırmaya katılmayı reddetme veya cevaplama sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Reddetmenizin ya da araştırmadan ayrılmanızın size olumsuz bir yansıması olmayacaktır. Araştırmaya katılanlara herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi kendilerinden de herhangi bir maddi talepte bulunulmayacaktır. Bu koşullarda soru formunu yanıtlamanızı isteriz. Formu yanıtlarken sorularınız olması durumunda, Dr. Basel Elmasri'ye 0552 681 24 71 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili
Araştırma Ekibi Adına Araştırma Danışmanı

1- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyor musunuz?
- Evet
- Hayır

Demografik sorular:

2- Kaç yıllık hekimsiniz?

Your answer

3- Aile Hekimi olarak kaç yıldır çalışıyorsunuz?

Your answer

4- Cinsiyetiniz?

Erkek
Kadın

5- Yaşınız?

Your answer

6- Ne tür bir kurumda çalışıyorsunuz?

1) Aile Sağlığı merkezi
2) Devlet hastanesi
3) Eğitim ve araştırma hastanesi
4) Üniversite hastanesi (afiliye hastaneler dahil)
Other:

7- Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde çalışıyorsanız ne tür bir ASM'de çalışıyorsunuz?

1) Kentsel
2) Kırsal

8- Hizmet noktanızda Kanıta Dayalı Tıp (KDT) kaynaklarına erişilebiliyor mu?

1) Evet
2) Hayır.

9- Hangi şehirde çalışıyorsunuz?

Your answer

10- Unvanınız?

1) Aile hekimliği uzmanı
2) Aile hekimliği asistanı
Other

Lütfen aşağıdaki açıklamayı okuyarak soru formunu yanıtlayınız.

Aile hekimliği mümkün olduğunca tıbbi literatürde ve kılavuzlarda yayınlanan ve toplanan bilimsel kanıtlara dayanmalıdır. Kanıta dayalı tıp (KDT), en iyi bilimsel kanıtları hekimin klinik deneyimi ve hastanın değerleri ile entegre ederek klinikte uygulanabilir hale getirmesidir. KDT'yi uygulamanın pratik bir yolu, literatürü özetleyen ve size kanıtlara dayalı olarak yararlı, uygulanabilir bir sonuç veren iyi kaynaklar bulmaktır. Bu kaynaklar dergileri, kanıt özetlerini, klinik kılavuzları ve bazı temel kitapları içerir. İyi bir öneri geçerli, kaliteli ve hasta odaklı kanıtlara dayanmalıdır. KDT sadece neyin işe yaradığına dair kanıtları bulmakla değil, aynı zamanda hastalar için önemli olan kanıtları bulmakla da ilgilidir.

Aşağıdaki beş vinyetin (olgu örnekleri) her biri için, öykünün sonunda yöneltilen klinik soruyu yanıtlamak amacı ile kullanabileceğiniz kanıta dayalı kaynak(lar) sağlayınız. Olgu ile ilgili sorulan soruya cevap vermeniz değil bu cevabi vermek için hangi kaynakları kullandığınız sorulmaktadır. Basılı materyal kullanıyorsanız, kaynağın adını ve tarihini belirtiniz (gerekirse sayfa vb. bilgileri de dahil edebilirsiniz). Çevrimiçi bir kaynak kullanıyorsanız doi numarasını veya erişim linki de ekleyebilirsiniz. Ardından sağlanan seçeneklerden kaynağın türünü seçiniz.

Eğer kaynak bulamıyorsanız “**Kaynak bulamıyorum**”u seçebilirsiniz.

Bir kaynak bulursanız tabloda sunulan kanıtların gücüyle ilgili soruları yanıtlayınız.

Soru formunu bir hafta süre içinde tamamlayabilir ve kaynakları bulmak için zaman ayırabilirsiniz.

Vinyet 1: Önleme

59 yaşında, kadın hasta tip 2 Diabetes Mellitus (T2DM) takibi için ASM'ye baş vurur. Kendisine 8 yıl önce T2DM tanısı konulmuş ve oral antidiyabetiklerle hastalığın kontrolü değişken bir şekilde sağlanmıştır. Sigara ve alkol kullanmayan hastanın ailesinde kalp-damar hastalığı öyküsü yoktur. Kan Basıncı: 110/70 mmHg.
HbA1c: %8, LDL: 100 mg/dL, HDL:44 mg/dL, Total kolesterol: 184 mg/dL (Avrupa Kardiyoloji Derneği 10 yıllık kardiyovasküler hastalık riski: %12,5).

“Kalp-damar hastalıklarından korunmak için günlük Asetil Salisilk Asit kullanımını önerir misiniz?”

11- Öykünün sonunda yöneltilen klinik soruyu yanıtlamak amacı ile kullanabileceğiniz kanıta dayalı bir kaynak sağlayınız. **Olgu ile ilgili sorulan soruya cevap vermeniz değil bu cevabi vermek için hangi kaynakları kullandığınız sorulmaktadır.**
Eğer kaynak bulamıyorsanız “**Kaynak bulamıyorum**”u seçebilirsiniz.
Kaynağın Linki veya doi numarası veya kaynağın tam ismini ve tarihini belirtiniz.

Your answer

12- Eğer kaynak bulamıyorsanız “**Kaynak bulamıyorum**”u seçebilirsiniz.

kaynak bulamıyorum

13- Kaynak Tipi:
(kaynak bulamıyorsanız boş bırakınız)

1) Ulusal klinik kılavuzlar:
2) Uluslararası klinik kılavuzlar:
3) Ulusal dergi:
4) Uluslararası dergi:
5) İkincil Kanıt özeti web siteleri (örneğin: Cochrane, Uptodate,....)
6) Temel Kitabı
Other:

14- Bir kaynak bulursanız tabloda sunulan kanıtların gücüyle ilgili soruları yanıtlayınız.
(kaynak bulamıyorsanız boş bırakınız)

1- Kaynak, morbidite, mortalite, yaşam kalitesi veya semptomların azalması gibi hasta odaklı sonuçları rapor ediyor mu?
   Evet Hayır Kararsızım
2- Kaynakta bahsedilen çalışmaların hasta popülasyonu sizin hasta popülasyonunuzla benzer mi?
   Evet Hayır Kararsızım
3- Kaynak aile hekimliği yaklaşımını dikkate alıyor mu?
   Evet Hayır Kararsızım

Vinyet 2: Tedavi

İki yaşında bir kız çocuğu, iki gündür devam eden ateş, irritabilite ve burun akıntısı öyküsüyle ASM'nize başvurur. Muayenede vücüt sıcaklığının 38 C olduğunu, kulak zarının eritematöz ve donuk olduğunu gördünüz. Fizik muayenenin geri kalanında patolojik bulgu saptamadınız. Bir ay önce de benzer belirti ve bulguları olan hasta yedi gün süre ile amoksisilin/klavulanat tedavisi almıştır.

Bu çocuğun tedavisini nasıl planlarsınız?

15- Öykünün sonunda yöneltilen klinik soruyu yanıtlamak amacı ile kullanabileceğiniz kanıta dayalı bir kaynak sağlayınız
Kaynağın Linki veya doi numarası veya kaynağın tam ismini ve tarihini belirtiniz.

Your answer

16- Eğer kaynak bulamıyorsanız "**Kaynak bulamıyorum**"u seçebilirsiniz.

kaynak bulamıyorum

17- Kaynak Tipi:
(kaynak bulamıyorsanız boş bırakınız)

1) Ulusal klinik kılavuzlar:
2) Uluslararası klinik kılavuzlar:
3) Ulusal dergi:
4) Uluslararası dergi:
5) İkincil Kanıt özeti web siteleri (örneğin: Cochrane, Uptodate,....)
6) Temel Kitabı
Other:

18- Bir kaynak bulursanız tabloda sunulan kanıtların gücüyle ilgili soruları yanıtlayınız.
(kaynak bulamıyorsanız boş bırakınız)

1- Kaynak, morbidite, mortalite, yaşam kalitesi veya semptomların azalması gibi hasta odaklı sonuçları rapor ediyor mu?
Evet Hayır Kararsızım

2- Kaynakta bahsedilen çalışmaların hasta popülasyonu sizin hasta popülasyonunuzla benzer mi?
Evet Hayır Kararsızım

3- Kaynak aile hekimliği yaklaşımını dikkate alıyor mu?
Evet Hayır Kararsızım

Vinyet 3: Tarama

Hipertansiyon ve atriyal fibrilasyon öyküsü olan 80 yaşındaki erkek hastanın ev ziyaretine çağrıldınız. Muayene sırasında hasta ağlıyor ve "Ölmek istiyorum" diyor. Eşi size hastanın nadiren yemek yediğini ve ilaçlarını almayı bıraktığını söylüyor. Hasta kaşektik ve bakımsız görünüyor.

Bu hastaya yönelik müdahaleleri planlamak için hangi kısa geriatrik tarama araçları kullanılabilir?

19- Öykünün sonunda yöneltilen klinik soruyu yanıtlamak amacı ile kullanabileceğiniz kanıta dayalı bir kaynak sağlayınız
Kaynağın Linki veya doi numarası veya kaynağın tam ismini ve tarihini belirtiniz.

Your answer

20- Eğer kaynak bulamıyorsanız "**Kaynak bulamıyorum**"u seçebilirsiniz.

kaynak bulamıyorum

21- Kaynak Tipi:
(kaynak bulamıyorsanız boş bırakınız)

1) Ulusal klinik kılavuzlar:
2) Uluslararası klinik kılavuzlar:
3) Ulusal dergi:
4) Uluslararası dergi:
5) İkincil Kanıt özeti web siteleri (örneğin: Cochrane, Uptodate,....)
6) Temel Kitabı
Other:

22- Bir kaynak bulursanız tabloda sunulan kanıtların gücüyle ilgili soruları yanıtlayınız.
(kaynak bulamıyorsanız boş bırakınız)

1- Kaynak, morbidite, mortalite, yaşam kalitesi veya semptomların azalması gibi hasta odaklı sonuçları rapor ediyor mu?
Evet Hayır Kararsızım

2- Kaynakta bahsedilen çalışmaların hasta popülasyonu sizin hasta popülasyonunuzla benzer mi?
Evet Hayır Kararsızım

3- Kaynak aile hekimliği yaklaşımını dikkate alıyor mu?
Evet Hayır Kararsızım

Vinyet 4: Tanı

32 yaşında, 29 haftalık multigravida gebe, gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) için 1 saatlik 50 gramlık OGTT taramasından geçti. Kan glikoz değeri 175 mg/dL çıktı. Gebelik süresince 11,7 kg almış olduğu saptandı. Önceki gebeliği sırasında yurt dışında olan hasta GDM olup olmadığını hatırlamıyor. Kendisi ve bebeği için zararlı olabileceğini düşündüğü için 3 saatlik 100 gr OGTT yapmaktan çekiniyor.

Bu hasta için bir sonraki tanısal adım nedir?

23- Öykünün sonunda yöneltilen klinik soruyu yanıtlamak amacı ile kullanabileceğiniz kanıta dayalı bir kaynak sağlayınız
Kaynağın Linki veya doi numarası veya kaynağın tam ismini ve tarihini belirtiniz.

Your answer

24- Eğer kaynak bulamıyorsanız "**Kaynak bulamıyorum**"u seçebilirsiniz.

Kaynak bulamıyorum

25- Kaynak Tipi:
(kaynak bulamıyorsanız boş bırakınız)

1) Ulusal klinik kılavuzlar:
2) Uluslararası klinik kılavuzlar:
3) Ulusal dergi:
4) Uluslararası dergi:
5) İkincil Kanıt özeti web siteleri (örneğin: Cochrane, Uptodate,....)
6) Temel Kitabı
Other:

26- Bir kaynak bulursanız tabloda sunulan kanıtların gücüyle ilgili soruları yanıtlayınız.
(kaynak bulamıyorsanız boş bırakınız)

1- Kaynak, morbidite, mortalite, yaşam kalitesi veya semptomların azalması gibi hasta odaklı sonuçları rapor ediyor mu?
Evet Hayır Kararsızım

2- Kaynakta bahsedilen çalışmaların hasta popülasyonu sizin hasta popülasyonunuzla benzer mi?
Evet Hayır Kararsızım

3- Kaynak aile hekimliği yaklaşımını dikkate alıyor mu?
Evet Hayır Kararsızım

Vinyet 5: Prognoz

Endoskopide Gastroözofageal reflü hastalığı tanısı konan 19 yaşında erkek hasta, 5 aydır tedavi dozunda Proton Pompa İnhibitörü (PPİ) alıyor. Bu süreçte ara ara PPİ kullanımını kesen hastanın ilacı kesmesiyle birlikte şikayetleri tekrarlıyor. Hasta, özellikle bir ay önce 62 yaşındaki amcasına özofagus kanseri tanısı konulduğunu öğrendikten sonra, tedaviye rağmen hastalığının ilerlemesinden endişe ediyor.

Bu hastaya uzun süreli PPİ idame tedavisi ile hastalığın prognozu açısından ne söylenebilir?

27- Öykünün sonunda yöneltilen klinik soruyu yanıtlamak amacı ile kullanabileceğiniz kanıta dayalı bir kaynak sağlayınız
Kaynağın Linki veya doi numarası veya kaynağın tam ismini ve tarihini belirtiniz.

Your answer

28- Eğer kaynak bulamıyorsanız "**Kaynak bulamıyorum**"u seçebilirsiniz.

Kaynak bulamıyorum

29- Kaynak Tipi:
(kaynak bulamıyorsanız boş bırakınız)

1) Ulusal klinik kılavuzlar:
2) Uluslararası klinik kılavuzlar:
3) Ulusal dergi:
4) Uluslararası dergi:
5) İkincil Kanıt özeti web siteleri (örneğin: Cochrane, Uptodate,....)
6) Temel Kitabı
Other:

30- Bir kaynak bulursanız tabloda sunulan kanıtların gücüyle ilgili soruları yanıtlayınız. (kaynak bulamıyorsanız boş bırakınız)

1- Kaynak, morbidite, mortalite, yaşam kalitesi veya semptomların azalması gibi hasta odaklı sonuçları rapor ediyor mu?
Evet Hayır Kararsızım

2- Kaynakta bahsedilen çalışmaların hasta popülasyonu sizin hasta popülasyonunuzla benzer mi?
Evet Hayır Kararsızım

3- Kaynak aile hekimliği yaklaşımını dikkate alıyor mu?
Evet Hayır Kararsızım

8. Kaynaklar

[1] "https://www.rcgp.org.uk/about.," Definition of a GP: Royal College of General Practitioners, 2023. [Online]. [Accessed 22 April 2024].

[2] Kahveci R, Koç EM, Aksoy H, Başer DA. T.C Sağlık Bakanlığı'nın Klink Uygulama Rehberleri Alanındaki Faaleyetleri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2020; 23(4): 737-755.

[3] Kahveci R, CatherineM. Is primary care evidence-based in Turkey? A cross-sectional survey of 375 primary care physicians. J Evid Based Med. 2009 ;2(4):242-51.

[4] T. R. Freeman, McWhinney's Textbook of Family Medicine. 4th Ed., Oxford University Press, 2016, p. 481.

[5] R. T. Paul M. Paulman, Family Medicine Principles and Practice, 7th ed., Springer Reference, 2017, p. 51.

[6] Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ 1996, 13;312(7023):71-2.*.

[7] Kulkrani K, Harrison J, Baguneid M, Prendergast B. Oxford handbook of key clinical evidence., second ed., Oxford Medical Publications, pp. Part1 1, Chapter 2, page 36-44.

[8] Shaughnessy AF, Evaluating and Understanding Articles About Treatment. Am Fam Physician. 2009;79(8):668-670.

[9] "The European Defenition of General Practice / Family Medicine. 23 ed," *WONCA EUROPE*, p. 27, 2023.

[10] JW Ely, "Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care," *BMJ. 1999 Aug 7; 319(7206): 358–361.*

[11] 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. Cilt 4 / Sayı 3 / 2013.

[12] Alruwaili BF et al. Knowledge, Attitude, and Practice towards Evidence-Based Medicine among Northern Saudi Primary Care Physicians: A Cross-Sectional Study. Healthcare (Basel). 2022 14;10(11):2285.

[13] Al Omari M, Khader Y, Jadallah K, Dauod AS, Al-Shdifat ALK. Awareness, attitude and practice of evidence-based medicine among primary health care doctors in Jordan. J Eval Clin Pract. 2009; 55(7): e6–e13.

[14] Zanaridah MN, Mohd Norhayati MN, Rosnani Z. Knowledge, attitude and practice of

evidence-based medicine among primary care practitioners in Malaysia: a cross-sectional study. BMJ Open. 2021 1;11(6):e044372.

[15] McAlister FA, Graham I, Karr GW, Laupacis A. Evidence-based medicine and the practicing clinician. J Gen Intern Med 1999;14(4):236-42.

[16] Rakel RE, Rakel DP. Textbook of Family Medicine, 9th ed., Elsevier, 2016, p. 110.

[17] Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. Lancet 2001; 4;358(9279):397-400.

[18] Malterud K, Guassora AD, Reventlow S, Jutel A. Embracing uncertainty to advance diagnosis in general practice. Br J Gen Pract/ 2017; 67(659): 244–245.

[19] Edirne T. Is Evidence-Based Medicine Appropriate in Primary Care? Primary Health Care. 2012; 2:5.

[20] Vinkera S, Ungana M. Research agenda in family medicine—should we adopt the Dutch approach? Eur J Gen Pract. 2019; 25(1): 5–6.

[21] Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice—time for a new definition. BMJ 2000;320:354.

[22] Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. 2021; 72(715): e84–e90.

[23] Tatar M, Mollahaliloğlu S, Sahin B, et al. Turkey. Health system review. Health Syst Transit. 011;13(6):1-186, xiii-xiv.

[24] Öcek et al. Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspective of primary care workers. BMC Family Practice 2014, 15:38.

[25] Bulut S. Türkiye'de Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi. TJFP & PC Year 2017, Volume: 11 Issue: 2, 67 - 70, 20.06.2017.

[26] B. White, "Making Evidence-Based Medicine Doable in Everyday Practice," *Fam Pract Manag. 2004;11(2):51-58.*

[27] Slawson DC, Shaughnessy AF, Bennett JH. Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything. J Fam Pract, 1994 ;38(5):505-13.

[28] "https://medicine.tufts.edu/about/academic-departments/clinical-departments/family-medicine/center-information-mastery," Center for Information Mastery. [Online]. [Accessed May 2024].

[29] Shaughnessy AF, Slawson DC, Becker L. Clinical jazz: harmonizing clinical experience

and evidence-based medicine. J Fam Pract. 1998 ;47(6):425-8.

[30] Murad MH, Asi N, Alsawas M, Alahdab F. New evidence pyramid. Evid Based Med. 2016 ;21(4):125-7.

[31] DiCenso A, Bayley L, Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. Evid. Based Nurs. 2009;12;99-101.

[32] Vetter N. Reviews in Clinical Gerontology, Volume 13 , Issue 2 , May 2003 , pp. 103-105.

[33] Tez M, How Reliable Are Medical Textbooks? J Grad Med Educ. 2017; 9(4): 550.

[34] Ebell MH et al. Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. Am Fam Physician. 2004;69(3):548-556.

[35] Jafri SM. The effects of beta blockers on morbidity and mortality in heart failure. Heart Fail Rev. 2004 ;9(2):115-21.

[36] Ebell MH, Sokol R, Lee A, Simons C. How good is the evidence to support primary care practice? Evid Based Med. 2017;22(3):88-92.

[37] Nasser M, Van Weel C, Van Binsbergen JJ, van de Laar FA. Generalizability of systematic reviews of the effectiveness of health care interventions to primary health care: concepts, methods and future research. Fam Pract. 2012 :29 Suppl 1:i94-i103.

[38] Dekkers OM, Von Elm E, Algra A, Romijn JA, Vandenbroucke JP. How to assess the external validity of therapeutic trials: a conceptual approach. Int J Epidemiol 2010 ;39(1):89-94.

[39] Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. Health Promot Int. 2005; 21(1):76-83.

[40] Nicholas Steel et al. A review of clinical practice guidelines found that they were often based on evidence of uncertain relevance to primary care patients. J Clin Epidemiol 2014; 67(11):1251-7.

[41] Buntinx F, Mant D, Van den Bruel A, Donner-Banzhof N, Dinant GJ. Dealing with low-incidence serious diseases in general practice. Br J Gen Pract. 2011 ;61(582):43-6.

[42] Greenhalgh T. Why do we always end up here? Evidence-based medicine's conceptual cul-de-sacs and some off-road alternative routes. J Prim Health Care. 2012 1;4(2):92-7.

[43] Institute of Medicine. Clinical practice guidelines we trust. Washington, DC. The National Academies Press; 2011.

[44] Walker E, Hernandez AV, Kattan MW. Meta-analysis: Its strengths and limitations. Cleve Clin J Med. 2008 ;75(6):431-9.

[45] Peabody JW, Luck J, Glassman P, et al. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. JAMA. 2000;283:1715–22.

[46] Peabody JW, Luck J, Glassman P, et al. Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: a prospective validation study. Ann Intern Med 2004;141:771–80.

[47] Burgers JS, Wittenberg J, Keuken DG. Development of a research agenda for general practice based on knowledge gaps identified in Dutch guidelines and input from 48 stakeholders. Eur J Gen Pract. 2019 ;25(1):19-24.

[48] Gnambs T, Kaspar K. Disclosure of sensitive behaviors across self-administered survey modes: a meta-analysis. Behav Res Methods. 2015 ;47(4):1237-1259.

[49] Walker S, Hyde C, Hamilton W. Risk of breast cancer in symptomatic women in primary care: a case-control study using electronic records. Br J Gen Pract 2014;64:e788–93.

[50] Dobrow MJ, Orchard MC, Golden B, et al. Response audit of an Internet survey of health care providers and administrators: implications for determination of response rates. J Med Internet Res 2008;10:e30.

[51] Harris M, Brekke M, Dinant GJ et al. Primary care practitioners' diagnostic action when the patient may have cancer: an exploratory vignette study in 20 European countries. 2020 31;10(10):e035678.

[52] Aydin S, Crone MR, Siebelink BM, et al. Recognition of anxiety disorders in children: a cross-sectional vignette-based survey among General Practitioners. BMJ Open 2020; 10(4):e035799.

[53] Hudelson P, Junod Perron N, Perneger T. Using clinical vignettes to assess doctors' and medical students' ability to identify sociocultural factors affecting health and health care. Med Teach. 2011;33(10):e564-71.

[54] Baydar A, Akkus MA. Biricin basamak tanı ve tedavı rehberlerinin değerlendirlmesi. Aile Hekimliği Uzmanlık tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara EAH. 2008.

[55] Sayılır AG, Üstü Y. Aile Hekimliği Asistanları, Aile Hekimleri Ve Uzman Aile Hekimlerinin Online Kılavuz Kullanım Tutum ve Davranışları. Uzmanlık Tez. T.C

Sağılık Bakanlığı YIıldırım Beyazit Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2016.

[56] Rose PW, Rubin G, Perera-Salazar R, et al. Explaining variation in cancer survival between 11 jurisdictions in the International cancer benchmarking partnership: a primary care vignette survey. BMJ Open 2015;5:e007212.

[57] Nejašmić D,et al. Awareness, attitudes, barriers, and knowledge about evidence-based medicine among family physicians in Croatia: a cross-sectional study. BMC Fam Pract. 2020 16;21(1):88.

[58] Nordin-Johansson A, Asplund K. Randomized controlled trials and consensus as a basis for interventions in internal medicine. J Intern Med 2000;247:94–104.

[59] Lee HY, Ahn HS, Jang JA, et al. Comparison of evidence-based therapeutic intervention between community- and hospital based primary care clinics. Int J Clin Pract 2005;59:975–80.

[60] Lai TY, Wong VW, Leung GM. Is ophthalmology evidence based? A clinical audit of the emergency unit of a regional eye hospital. Br J Ophthalmol 2003;87:385–90.

[61] Good P, Stafford B. Inpatient palliative medicine is evidence based. Palliat Med 2001;15:493–8.