

Araştırma Makalesi

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Asistan Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıp Farkındalık Düzeyleri

Evidence-Based Medicine Awareness Levels of Residents in a Training and Research Hospital

Cem Kutlu ^{a,*}, Esra Meltem Koç ^b, Emre Şen ^c, Gülseren Pamuk ^d

^a Uzm. Dr., Manisa Turgutlu İlçe Sağlık Müdürlüğü, Manisa, Türkiye, 0000-0002-0643-8949.

^b Prof. Dr., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Aile Hekimliği Bilim Dalı, İzmir, Türkiye, 0000-0003-3620-1261.

^c (sorumlu yazar) Uzm. Dr., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Aile Hekimliği Bilim Dalı, İzmir, Türkiye, 0009-0001-8973-809X, emresen506@hotmail.com.

^d Doç. Dr., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Aile Hekimliği Bilim Dalı, İzmir, Türkiye, 0000-0001-5556-9630.

ABSTRACT

Aim: This study aimed to assess the attitudes, awareness, evidence-seeking behaviors, and perceived barriers related to evidence-based medicine (EBM) among resident physicians working at a tertiary training and research hospital in İzmir, Türkiye.

Methods: The study was designed as a cross-sectional research. Data were collected between December 1, 2020, and May 31, 2021, using a 17-item online questionnaire. The responses were analyzed using SPSS version 25.0.

Results: A total of 211 resident physicians participated in the study. The mean age of participants was 28.38 ± 2.41 years. Of the participants, 99.1% had previously heard of the concept of EBM. The most commonly used databases were PubMed (73.0%) and Google Scholar (53.6%). The main barriers to EBM practice were reported as lack of time (74.9%) and insufficient Turkish-language resources (72.5%). Most participants believed EBM improves the quality of healthcare delivery (94.7%) and reduces malpractice risk (92.4%).

Conclusion: Resident physicians demonstrated a generally positive attitude toward EBM and showed a strong willingness to learn more. To increase the integration of EBM into clinical practice, the number of EBM-focused courses should be expanded during both undergraduate and postgraduate medical education. Institutional support and improvements in workload management are also essential to enable physicians to engage more effectively with evidence-based practices.

Keywords: Residents Physicians; Evidence-Based Medicine; Evidence-Based Practice; Attitude to Evidence-Based Practice; Types of Evidence

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimlerin kanıta dayalı tıp (KDT) uygulamalarına yönelik tutumlarını, farkındalık düzeylerini, bilgiye erişim davranışlarını ve karşılaştıkları engelleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Received: 10.06.2025; **Accepted:** 23.07.2025.

Cite for: Kutlu, C., Koç, E. M., Şen, E., Pamuk, G. (2025). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Asistan Hekimlerin Kanıta Dayalı Tıp Farkındalık Düzeyleri. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 6(3), 368–383. <https://doi.org/10.70813/ssd.1637499>

Yöntem: Araştırma kesitsel bir nitelik taşımaktadır. 1 Aralık 2020 ile 31 Mayıs 2021 tarihleri arasında yürütülen çalışmada, 17 sorudan oluşan çevrim içi bir anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 25.0 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 211 asistan hekim katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $28,38 \pm 2,41$ yıl olup %99,1'i KDT kavramını daha önce duyduğunu belirtmiştir. Veri tabanı kullanımında en sık tercih edilen kaynaklar PubMed (%73,0) ve Google Scholar (%53,6) olmuştur. Katılımcılar, KDT uygulamalarının önündeki başlıca engelleri zaman yetersizliği (%74,9) ve Türkçe kaynak eksikliği (%72,5) olarak ifade etmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu, KDT'nin sağlık hizmetinin kalitesini artıracağı (%94,7) ve malpraktis riskini azaltacağı (%92,4) görüşündedir.

Sonuç: Asistan hekimlerin KDT'ye yönelik tutumları genel olarak olumludur. KDT'nin klinik uygulamalarda daha etkin biçimde kullanılabilmesi için, tıp eğitimi sürecinde bu alana yönelik içeriklerin artırılması ve klinik pratikte hekimlere zaman kazandıracak düzenlemelerin yapılması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Asistan Hekimler; Kanıta Dayalı Tıp; Kanıta Dayalı Uygulama; Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarına Karşı Tutum; Kanıt Türleri

1. Giriş

İlk çağ hekimleri hastalarını iyileştirmek için farklı yöntemlere başvurmuşlardır. Deneme yanılma metodları, dini ayinler, mistik inançlar, bitkilerden ve hayvanlardan elde ettikleri kürler ile şifa aramışlardır. Hastalıklara iyi gelen yöntemler nesilden nesile iletilmiş, her gelen nesil yeni ilavelerde bulunmuştur. Bu bilgi birikimi günümüze kadar gelmiş ve gelecek nesillere de aktarılacaktır (Yılmaz, Koç, Çil ve Kahveci, 2017).

Günümüzde hasta ve hasta olmayan bireyler, sağlık hizmetlerinden profesyonel düzeyde hizmet beklemektedirler. Hekimler; hastaları için en iyi sonucu elde etmek, klinik uygulamalar arasındaki farkı en aza indirmek, daha kaliteleri ve daha uygun maliyetli hizmet sunmak için çaba gösterirler. Hekimler bu profesyonelliğe erişebilmek için kendilerine kılavuz olarak bilimsel araştırmaları örnek alırlar. Sağlam temelli bilimsel araştırmalar sayesinde sunulan sağlık hizmetinin kalitesini arttırmaya çalışırlar. Sağlık alanındaki hızlı gelişmeler ile bu ihtiyaçların karşılanabilmesi için kanıta dayalı sağlık politikası oraya çıkmıştır. Kanıta dayalı tıp kavramı yaklaşık 30 yıldır tıp dünyasının hayatındadır. Kanıta dayalı tıp, tıp öğrencilerinin, sağlık profesyonellerinin, politikacıların, ilaç şirketlerinin tüm dünyada ve ülkemizde her geçen gün daha fazla ilgisini çeken bir alan olmuştur (Yılmaz ve diğerleri, 2017).

Kişisel klinik tecrübelerle dayalı karar alma uygulamaları, kişiler arası değişkenlik ve tutarsızlık olması nedeniyle günümüzde terk edilmeye başlanmıştır. Hekimler gün içinde karşılaştıkları sorulara yanıt aramak için meslektaşlarına, kitaplara, dergilere, internet kaynaklarına başvurumaktadırlar. Modern tıp uygulamaları; bilimsel gözlem ve deneylerden elde edilen sonuçların ışığında uygulanmaktadır. Sistematik derlemelerden, meta-analizlerden ve randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen bu bulgular klinik uygulamaların kanıtını oluşturur (Babaoğlu, Yaşar, Dost ve Kayaalp, 2009).

Kanıta Dayalı Tıp; hekimlerin en güncel ve doğru bilgileri değerlendirerek, kendi kişisel tecrübeleriyle sentez ederek, hastaların değerleri doğrultusunda hastanın sağlık hizmeti sürecine uygulama sürecidir (Babaoğlu ve diğerleri, 2009).

Hekimler; hastaların tanı ve tedavi süreçlerini belirlemek için; ilk olarak hastaların şikâyetlerini dinlerler. Hastalarına şikâyetleriyle ilgili sorular sorarlar. Uygun gördükleri laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri isteyebilirler. Uygun bir tanıyla tedavilerine başlarlar. Hekim tüm bu süreç boyunca hastanın yaşam kalitesini arttırmak, mevcut en iyi tedaviyi alması için

uğraş gösterir. Kanıta dayalı uygulamalarda hekim mükemmeliyetçi ve idealist bir yaklaşım uygular. Hastalar için daha kaliteli hizmet ve bakım uygulanmasını amaçlar (Babaoğlu ve diğerleri, 2009).

Bu çalışmanın amacı; İzmir ilinde bulunan bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan asistan hekimlerin kanıta dayalı tıpa yönelik tutumları ve farkındalıkları, mesleki uygulamalarında kanıta dayalı tıp kullanımına ilişkin algıları, bilgi arama davranışlarını ve önlerindeki engelleri belirlemektir.

2. Gereç ve Yöntemler

Bu çalışma, İzmir ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan asistan hekimlerin kanıta dayalı tıpa (KDT) ilişkin tutumları, farkındalık düzeyleri, mesleki uygulamalarında KDT kullanımına yönelik algıları, bilgi arama davranışları ve karşılaştıkları engelleyici faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte tasarlanmıştır. Araştırma, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiş olup, kurumun Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.12.2020 tarih ve 1089 sayılı onay alındıktan sonra 1 Aralık 2020 ile 31 Mayıs 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler, gönüllü katılımcılar tarafından çevrimiçi anket formu aracılığıyla toplanmıştır.

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında hastanede görev yapmakta olan 433 asistan hekim oluşturmaktadır. %80 güç, %5 hata payı, %50 bilinmeyen prevalans ve %5 sapma ile yapılan örneklem hesabına göre, en az 204 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Toplam 211 asistan hekimin ankete yanıt vermesiyle evrenin %48,7'sine ulaşılmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriteri olarak yalnızca hastanede aktif görev yapan asistan hekim olma şartı aranmıştır. Dışlama kriterleri ise asistan hekim olmamak ve anketi doldurmayı reddetmek şeklinde belirlenmiştir.

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen, toplam 17 sorudan oluşan yapılandırılmış bir anket kullanılmıştır. Anket, Google Forms aracılığıyla çevrimiçi olarak uygulanmıştır. Anketin hazırlanma sürecinde ilgili literatür taranmış, UpToDate, MEDLINE, Google Scholar ve ULAKBİM veri tabanları incelenmiş; Türkiye'de ve yurt dışında yapılmış benzer araştırmalardan, özellikle de 1992 yılında Sackett ve arkadaşları tarafından yayınlanan temel KDT makalesinden yararlanılmıştır. Anketin ilk bölümünde katılımcıların demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, bölüm, meslekte ve asistanlıkta geçirilen süre) ilişkin 5 soru yer almaktadır. İkinci bölümde günlük hasta sayısı ve internet kullanım

alışkanlıklarına yönelik 3 soru, üçüncü bölümde KDT'ye ilişkin tutum, bilgi ve farkındalık düzeyleri ile bilgi erişim kaynakları ve karşılaşılan engelleri değerlendirmeye yönelik 8 soru bulunmaktadır. Son bölümde ise, asistan hekimlerin KDT'ye ilişkin kişisel görüşlerini ölçmeye yönelik beşli Likert tipinde oluşturulmuş 20 soru yer almaktadır.

Verilerin analizi SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal değişkenler için ortalama, medyan,

standart sapma, minimum ve maksimum değerler; kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş; gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanılmıştır. $P < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3. Bulgular

Tablo 1. Katılımcı Profili ve İnternet Kullanım Özellikleri

	Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	105	49,8
	Erkek	106	50,2
Bölüm	Cerrahi Tıp Bilimleri	55	26,1
	Dahili Tıp Bilimleri	156	73,9
Yaş		28,38 ± 2,41	
Meslekte Geçirilen Süre (yıl)		3,39 ± 1,69	
Asistanlıkta Geçirilen Süre (yıl)		2,16 ± 1,21	
Meslekte Geçirilen Süre Dağılımı	1. Yıl	27	12,8
	2. Yıl	38	18
	3. Yıl	52	24,6
	4. Yıl	51	24,2
	5. yıl ve üzeri	43	20,4
Asistanlık Yılı Dağılımı	1. Yıl	82	38,9
	2. Yıl	45	21,3
	3. Yıl	61	28,9
	4. yıl ve üzeri	23	10,9
Günlük Bakılan Hasta Sayısı		38,09 ± 2,54	
Haftalık İnternet Kullanım Süresi (saat)		33,10 ± 1,40	
Tıbbi Bilgi Amaçlı İnternet Kullanımı (saat)		5,94 ± 0,55	

Çalışmaya toplam 211 asistan hekim katılmıştır. Katılımcıların %49,8'i (n=105) kadın, %50,2'si (n=106) erkektir. Asistan hekimlerin %26,1'i (n=55) cerrahi tıp bilimlerinde, %73,9'u (n=156) ise dahili tıp bilimlerinde görev yapmaktadır.

Katılımcıların yaş ortalaması 28,38±2,41 olarak hesaplanmıştır. Meslekte geçirilen ortalama süre 3,39±1,69 yıl, asistanlıkta geçirilen ortalama süre ise 2,16±1,21 yıldır. Meslekte geçirilen süreye göre dağılım incelendiğinde, katılımcıların %12,8'i (n=27) birinci yılda, %18,0'i (n=38) ikinci yılda, %24,6'sı (n=52)

üçüncü yılda, %24,2'si (n=51) dördüncü yılda, %20,4'ü (n=43) ise beşinci yıl ve üzerinde yer almaktadır. Asistanlık yılına göre dağılımda ise katılımcıların %38,9'u (n=82) birinci yılda, %21,3'ü (n=45) ikinci yılda, %28,9'u (n=61) üçüncü yılda ve %10,9'u (n=23) dördüncü yıl ve üzerinde bulunmaktadır.

Katılımcıların günlük bakılan ortalama hasta sayısı 38,09±2,54'tür. Haftalık internet kullanım süresi ortalama 33,10±1,40 saat olarak belirlenmiş; tıbbi bilgi edinme amaçlı internet kullanım süresi ise ortalama 5,94±0,55 saat olarak saptanmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların Kanıta Dayalı Tıp Bilgi Düzeyi, Eğitim Geçmişi ve Veri Tabanı Kullanım Alışkanlıkları

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kanıta Dayalı Tıp Kavramını Duydunuz mu?		
Evet	209	99,1
Hayır	2	0,9
Daha Önce Kanıta Dayalı Tıp Toplantısına Katıldınız mı?		
Evet	124	58,8
Hayır	87	41,2
Kanıta Dayalı Tıp Eğitimi Alınan Yerler*		
Tıp Fakültesinde Öğrenciyken	114	54
Uzmanlık Eğitimi Sırasında	45	21,3
Sivil toplum kuruluşu tarafından düzenlenen toplantılar	9	4,3
Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği eğitim	6	2,8
İlaç veya tıbbi cihaz firmalarının düzenlediği toplantı	5	2,4
Diğer	0	0
Kullanılan Veri Tabanları*		
Hiçbir veri tabanını kullanmıyorum	32	15,2
MEDLINE	21	10
EMBASE	12	5,7
PubMed	154	73
Medscape	77	36,5
The Cochrane Library	26	12,3
OVID	10	4,7
ULAKBİM	21	10
Scopus	11	5,2
Google Akademik	113	53,6
Diğer	29	13,7
Veri Tabanı Kullanım Sıklığı (n=177)		
İhtiyacım olduğunda	118	66,7
Ayda birden az	17	9,6
Haftada birden az	17	9,6
Haftada iki veya daha fazla	25	14,1
Sağlık Bakanlığı Kanıta Dayalı Tıp Rehberleri'ne İlişkin Bilgi Durumu		
Hiç duymadım	114	54
Haberi var ancak incelemedi	66	31,3
Web sayfasını inceledi ama uygulamalarında kullanmıyor	18	8,5
Sıklıkla başvurarak uygulamalarına yansıtan	13	6,2

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

Katılımcıların %99,1'i (n=209) kanıta dayalı tıp kavramını daha önce duyduğunu, %0,9'u (n=2) ise duymadığını belirtmiştir. Katılımcıların %58,8'i (n=124) daha önce kanıta dayalı tıp ile ilgili bir eğitim toplantısına katıldığını, %41,2'si (n=87) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Kanıta dayalı tıp eğitimi alınan yerler değerlendirildiğinde, katılımcıların %54,0'u (n=114) tıp fakültesinde öğrenciyken, %21,3'ü (n=45) uzmanlık eğitimi sırasında, %4,3'ü (n=9) bir sivil toplum kuruluşu tarafından düzenlenen toplantılarda, %2,8'i

(n=6) Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği bir eğitimde, %2,4'ü (n=5) ise ilaç veya tıbbi cihaz firmalarının düzenlediği toplantılarda bu eğitimi aldığını belirtmiştir. "Diğer" seçeneğini işaretleyen katılımcı bulunmamaktadır.

Katılımcıların %15,2'si (n=32) hiçbir veri tabanı kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %10,0'u (n=21) MEDLINE, %5,7'si (n=12) EMBASE, %73,0'ü (n=154) PubMed, %36,5'i (n=77) Medscape, %12,3'ü (n=26) The Cochrane Library, %4,7'si (n=10) OVID, %10,0'u (n=21) ULAKBİM, %5,2'si (n=11)

Scopus, %53,6'sı (n=113) Google Akademik ve %13,7'si (n=29) diğer veri tabanlarını kullandığını belirtmiştir.

Veri tabanı kullanım sıklığı değerlendirildiğinde (n=177), %66,7'si (n=118) "ihtiyacım olduğunda", %9,6'sı (n=17) "ayda birden az", %9,6'sı (n=17) "haftada birden az" ve %14,1'i (n=25) "haftada iki veya daha fazla" şeklinde yanıt vermiştir.

Katılımcıların %54,0'ü (n=114) Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan kanıta dayalı tıp rehberlerini hiç duymadığını, %31,3'ü (n=66) haberdar olduğunu ancak incelemeyi, %8,5'i (n=18) web sayfasını incelediğini ancak uygulamalarında kullanmadığını, %6,2'si (n=13) ise sıklıkla başvurarak klinik uygulamalarında kullandığını ifade etmiştir.

Tablo 3. Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller

Engel Faktörü*	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim eksikliği	122	57,8
Kaynaklara erişim bilgisi eksikliği	124	58,8
Zaman kısıtlılığı	158	74,9
Evrensel kanıt yetersizliği	43	20,4
Geleneksel yaklaşıma aykırılık	29	13,7
Türkçe kaynak yetersizliği	153	72,5
Güncel olmayan kaynaklar	65	30,8
İlgi ve motivasyon eksikliği	129	61,1
Ulaşılan bilgiden şüphe duyma	62	29,4
Diğer	5	2,4

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

Katılımcıların kanıta dayalı tıp (KDT) uygulamalarına yönelik engel olarak gördükleri faktörler değerlendirildiğinde, en sık belirtilen engel %74,9 oranı ile zaman kısıtlılığıdır (n=158). Bunu sırasıyla %72,5 (n=153) ile Türkçe kaynak yetersizliği ve %61,1 (n=129) ile ilgi ve motivasyon eksikliği izlemektedir. Kaynaklara nasıl erişileceği konusunda bilgi eksikliği %58,8 (n=124), eğitim eksikliği ise %57,8 (n=122) oranında belirtilmiştir. Bu durum, katılımcıların önemli bir kısmının hem bilgiye ulaşım hem de eğitimsel destek konusunda yetersizlik hissettiğini göstermektedir.

Katılımcıların %30,8'i (n=65) güncel olmayan kaynakları, %29,4'ü (n=62) ulaşılabilir bilgilerin güvenilirliğini sorguladığını, %20,4'ü (n=43) evrensel kanıtların yetersizliğini, %13,7'si (n=29) ise KDT'nin geleneksel yaklaşımlarla uyumsuzluğunu engel olarak değerlendirmiştir. "Diğer" seçeneğini işaretleyen %2,4'lük (n=5) küçük bir grup ise serbest yanıtlarında; KDT'ye ihtiyaç duymama, uygulama güçlüğü, iş yükü fazlalığı ve yerli bilimsel üretim eksikliği gibi nedenleri belirtmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Klinik Kararlarına Destek Amaçlı Kullandıkları Kaynakların Dağılımı

Kaynak	Her zaman(%)	Sıklıkla(%)	Bazen(%)	Hiçbir zaman(%)
Textbook	16,1	36	38,4	9,5
Textbook Harici Kitaplar	14,2	26,5	51,2	14,2
Yazar Derlemeleri	6,6	24,6	42,2	26,5
Cochrane Sistematiik Derlemeleri	5,2	15,6	28,4	50,7
Araştırma Makaleleri	12,3	34,1	42,7	10,9
SB Tanı-Tedavi Rehberleri	16,6	37,4	32,7	13,3
Eğitim Konferansları	13,3	34,6	37,4	14,7
Klinik Tecrübe	30,8	49,3	17,5	2,4
Konsültasyon	28	42,7	24,2	5,2
İnternet Arama Motorları	33,6	36,5	23,7	6,2
Tıbbi Dergiler	7,1	25,6	48,3	19

Katılımcıların klinik kararlarını verirken başvurdukları bilgi kaynakları incelendiğinde, en sık kullanılan kaynakların başında klinik tecrübe gelmektedir. Katılımcıların %30,8'i klinik tecrübeyi her zaman, %49,3'ü sıklıkla kullandığını belirtmiştir. Bu oranlar, klinik deneyimin önemli bir bilgi kaynağı olarak öne çıktığını göstermektedir. Konsültasyon (%28,0 her zaman; %42,7 sıklıkla) ve internet arama motorları (%33,6 her zaman; %36,5 sıklıkla) da klinik kararları desteklemek amacıyla yaygın olarak kullanılan diğer kaynaklardır.

Textbook (ders kitapları) kullanım oranı %16,1 ile “her zaman” düzeyinde, %36,0 ile ise “sıklıkla” kullanım düzeyinde belirtilmiştir. Buna karşılık, textbook harici kitaplar için “bazen” seçeneği %51,2 ile en yüksek oranda işaretlenmiştir.

Yazar derlemeleri ve Cochrane sistematik derlemeleri gibi ikincil kaynakların kullanım düzeyi daha düşüktür. Özellikle Cochrane derlemeleri için “hiçbir zaman” yanıtı %50,7 gibi yüksek bir oranla dikkat çekmektedir. Bu, sistematik derlemelerin klinik karar destek süreçlerinde daha az tercih edildiğini göstermektedir.

Araştırma makaleleri, katılımcıların %12,3'ü tarafından her zaman, %34,1'i tarafından ise sıklıkla kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı Tanı-Tedavi Rehberleri ise %16,6 oranında “her zaman” ve %37,4 oranında “sıklıkla” kullanılan resmi kaynaklardır.

Tıbbi dergiler, %48,3 oranında “bazen” seçeneği ile en yüksek kullanım düzeyine sahiptir ve sadece %7,1'i tarafından “her zaman” kullanılan kaynaklar arasında yer almaktadır.

Tablo 5. Katılımcıların Veri Tabanı Kullanım Sıklıkları ve Sağlık Bakanlığı Kanıta Dayalı Tıp Rehberlerine Yönelik Bilgi

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Veri tabanlarına erişim sıklığı (n=177)		
İhtiyacım olduğunda	118	66,7
Ayda birden az	17	9,6
Haftada birden az	17	9,6
Haftada iki veya daha fazla	25	14,1
SB Kanıta Dayalı Tıp Rehberlerine ilişkin bilgi düzeyi		
Hiç duymadım	114	54
Haberi var ancak incelemedi	66	31,3
Web sayfasını inceledi fakat uygulamalarında kullanmıyor	18	8,5
Sıklıkla başvurarak uygulamalarına yansıtan	13	6,2

Katılımcıların kanıta dayalı bilgi kaynaklarına erişim sıklığı değerlendirildiğinde, veri tabanı kullanımına ilişkin soruya yanıt veren 177 kişiden %66,7'sinin (n=118) ihtiyaç duyduğu zaman erişim sağladığı, %14,1'inin (n=25) haftada iki veya daha fazla sıklıkla, %9,6'sının (n=17) haftada birden az ve yine %9,6'sının (n=17) ayda birden az sıklıkla veri tabanlarını kullandığı bildirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Kanıta Dayalı Tıp Rehberleri'ne yönelik bilgi düzeyi

incelendiğinde, katılımcıların %54,0'ü (n=114) bu rehberleri daha önce hiç duymadığını belirtmiştir. Katılımcıların %31,3'ü (n=66) rehberlerden haberdar olduğunu ancak içeriğini incelemediğini ifade ederken, %8,5'i (n=18) rehberlerin web sayfasını incelediğini fakat uygulamalarında kullanmadığını, %6,2'si (n=13) ise rehberlere sıklıkla başvurduğunu ve klinik uygulamalarına yansıttığını belirtmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Görüş Dağılımları

Görüş	Katılıyorum n(%)	Kısmen Katılıyorum n(%)	Kararsızım n(%)	Kısmen Katılmıyorum n(%)	Katılmıyorum n(%)
KDT uygulamaları sadece akademisyenler içindir.	29 (13,7)	24 (11,4)	18 (8,5)	21 (10,0)	119 (56,4)
KDT uygulamaları; sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırır.	148 (70,1%)	52 (24,6)	7 (3,3)	3 (1,4)	1 (0,5)
KDT uygulamaları; malpraktis riskini azaltır.	154 (73,0)	41 (19,4)	14 (6,6)	2 (0,9)	0 (0,0)
KDT uygulamaları; sağlık harcamalarını azaltır.	108 (51,2)	50 (23,7)	28 (13,3)	14 (6,6)	11 (5,2)
KDT uygulamaları; hastaların hekimlere güvenini artırır.	123 (58,3)	66 (31,3)	14 (6,6)	5 (2,4)	3 (1,4)
KDT uygulamaları; hekimlere mesleki başarı ve özgüven getirir.	143 (67,8)	59 (28,0)	8 (3,8)	1 (0,5)	0 (0,0)
Tecrübe, en büyük kanıt kadar değerlidir.	88 (41,7)	75 (35,5)	28 (13,3)	10 (4,7)	10 (4,7)
Uzmanlık eğitimim sırasında güncel ve kanıt değeri en yüksek bilgileri öğrendim.	45 (21,3)	73 (34,6)	56 (26,5)	22 (10,4)	15 (7,1)
Hastalara yaklaşımında uzmanların/hocaların görüşlerine literatürden daha çok güvenirim.	50 (23,7)	61 (28,9)	43 (20,4)	35 (16,6)	22 (10,4)
Tedaviyi belirleyen kanıt genellikle kıdemli hekimlerdir.	36 (17,1)	70 (33,2)	43 (20,4)	39 (18,5)	23 (10,9)
Tıbbi kanıtlar bana aktarılırken bilgi kaybı yaşanır.	46 (21,8)	69 (32,7)	46 (21,8)	35 (16,6)	15 (7,1)
Geleneksel tıp kitaplarının kanıt değeri düşüktür.	35 (16,6)	41 (19,4)	64 (30,3)	38 (18,0)	33 (15,6)
KDT uygulamaları; günlük pratik için uygun değildir.	23 (10,9)	58 (27,5)	34 (16,1)	42 (19,9)	54 (25,6)
Klinik uygulamalarımın tamamı kanıta dayalıdır.	24 (11,4)	65 (30,8)	44 (20,9)	52 (24,6)	26 (12,3)
Kanıt değeri en yüksek bilgiye sahip olsam bile pratikte uyguladığım farklı olabilir.	69 (32,7)	91 (43,1)	30 (14,2)	14 (6,6)	7 (3,3)
Hastanın görüşlerini ve seçimlerini dikkate alırım.	59 (28,0)	89 (42,2)	35 (16,6)	20 (9,5)	8 (3,8)
Hastanın isteği ne olursa olsun en son kanıt uygulamam.	28 (13,3)	54 (25,6)	60 (28,4)	39 (18,5)	30 (14,2)
Literatürde kanıtlanmasa da bazen hastanın istediği tedaviyi uygulamam.	10 (4,7)	43 (20,4)	37 (17,5)	56 (26,5)	65 (30,8)
Hasta tedavi olduysa uygulanan tedavinin kanıt değeri önemli değildir.	34 (16,1)	46 (21,8)	56 (26,5)	36 (17,1)	39 (18,5)
KDT ile ilgili daha fazla bilgi edinmek isterim.	150 (71,1)	42 (19,9)	15 (7,1)	2 (0,9)	2 (0,9)

Katılımcıların kanıta dayalı tıp (KDT) uygulamalarına yönelik tutum ve görüşleri değerlendirildiğinde, genel olarak KDT'nin sağlık hizmeti sunumuna olumlu katkı sağladığı yönünde güçlü bir eğilim olduğu görülmektedir. Katılımcıların %70,1'i KDT'nin sağlık hizmetinin kalitesini artırdığını, %73,0'ü malpraktis riskini azalttığını ve %67,8'i hekimlere mesleki başarı ve özgüven

sağladığını belirtmiştir. Bu ifadeler en yüksek "katılıyorum" oranlarına sahip görüşler arasında yer almaktadır.

KDT'nin ekonomik etkilerine ilişkin olarak %51,2'lik bir oran sağlık harcamalarını azalttığını düşünürken, %58,3'ü hastaların hekimlere güvenini artırdığı görüşündedir. Ayrıca, katılımcıların %71,1'i

KDT hakkında daha fazla bilgi edinme isteğinde olduğunu ifade etmiştir.

Öte yandan, %41,7'si "tecrübe, en büyük kanıt kadar değerlidir" ifadesine katıldığını, %35,5'i ise kısmen katıldığını belirtmiştir. Bu durum, klinik karar süreçlerinde deneyimin önemli bir etken olarak değerlendirildiğini göstermektedir. Benzer şekilde, "kanıt değeri en yüksek bilgiye sahip olsam bile bazen pratikte uygulayabileceğim bilgi farklıdır" ifadesine %32,7 oranında katılım, %43,1 oranında ise kısmen katılım görülmektedir. Bu bulgu, teorik bilginin pratikle her zaman örtüşmediği algısına işaret etmektedir.

KDT'nin günlük pratik için uygun olmadığı yönündeki görüşe %10,9'luk bir kesim tamamen katılırken, %25,6'lık bir grup bu görüşe katılmadığını belirtmiştir. Klinik uygulamalarının tamamının KDT'ye dayalı olduğunu düşünenlerin oranı ise %11,4 ile düşük düzeydedir.

Hasta merkezli yaklaşımlara dair ifadelere bakıldığında, %28,0'lık bir oran hastanın görüşlerini dikkate aldığını belirtirken, %42,2'si bu duruma kısmen katıldığını ifade etmiştir. Ancak "literatürde doğruluğu kanıtlanmasa bile bazen hastanın istediği tedaviyi uygulamam" ifadesine

%30,8 oranında "katılmıyorum" yanıtı verilmiş, yalnızca %4,7'si bu ifadeye katıldığını belirtmiştir.

Tablo 7. KDT uygulamaları; sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırır." ifadesine katılım durumuna göre demografik özellikler

Değişken	Katılanlar n (%)	Katılmayanlar n (%)	p
Cinsiyet	Kadın: 100 (96,2) Erkek: 100 (100)	Kadın: 4 (3,8) Erkek: 0 (0)	0,048
Yaş Grubu	≤28: 110 (99,1) ≥29: 90 (96,8)	≤28: 1 (0,9) ≥29: 3 (3,2)	0,233
Bölüm	Dahili: 150 (98,7) Cerrahi: 50 (96,2)	Dahili: 2 (1,3)C Cerrahi: 2 (3,8)	0,256
Meslek Yılı	1.yıl: 25 (100) 2.yıl: 33 (97,1) 3.yıl: 51 (98,1) 4.yıl: 48 (96,0) ≥5.yıl: 43 (100)	0 (0) 1 (2,9) 1 (1,9) 2 (4,0) 0 (0)	0,625
Asistanlık Yılı	1.yıl: 76 (100) 2.yıl: 43 (95,6) 3.yıl: 58 (96,7) ≥4.yıl: 23 (100)	0 (0) 2 (4,4) 2 (3,3) 0 (0)	0,26
Günlük Hasta Sayısı	≤30: 119 (98,3) >30: 81 (97,6)	≤30: 2 (1,7) >30: 2 (2,4)	0,702

Araştırmada "Kanıt dayalı tıp uygulamaları; sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırır." ifadesine katılım durumuna göre yapılan Ki-kare analizinde, cinsiyet değişkeni ile bu ifadeye katılım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p = 0,048$). Erkek katılımcıların tamamı (%100) bu ifadeye katıldığını belirtirken, kadınların %96,2'si katıldığını, %3,8'i ise katılmadığını ifade etmiştir.

Yaş grubu, bölüm, meslekte geçirilen yıl, asistanlık yılı ve günlük bakılan hasta sayısı gibi diğer demografik değişkenlerle bu ifadeye katılım arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bu bulgular, kanıt dayalı tıp uygulamalarının sağlık hizmeti kalitesini artırdığına yönelik yaygın bir kabul

olduğunu göstermekte, ancak cinsiyet değişkeninin bu görüşe katılımda etkili olabileceğine işaret etmektedir.

Tablo 8. KDT uygulamaları; sağlık harcamalarını azaltır." ifadesine katılım durumuna göre demografik özellikler

Değişken	Katılanlar n (%)	Katılmayanlar n (%)	p
Cinsiyet	Kadın: 81 (86,2) Erkek: 77 (86,5)	Kadın: 13 (13,8) Erkek: 12 (13,5)	0,946
Yaş Grubu	≤28: 85 (85,0) ≥29: 73 (88,0)	≤28: 15 (15,0) ≥29: 10 (12,0)	0,563
Bölüm	Dahili: 122 (91,0) Cerrahi: 36 (73,5)	Dahili: 12 (9,0) Cerrahi: 13 (26,5)	0,946
Meslek Yılı	1: 22 (88,0) 2: 21 (77,8) 3: 39 (83,0) 4: 41 (85,4) ≥5: 35 (97,2)	3 (12,0) 6 (22,2) 8 (17,0) 7 (14,6) 1 (2,8)	0,212
Asistanlık Yılı	1: 63 (88,7) 2: 28 (82,4) 3: 49 (84,5) ≥4: 18 (90,0)	8 (11,3) 6 (17,6) 9 (15,5) 2 (10,0)	0,753
Günlük Hasta Sayısı	≤30: 89 (84,8) >30: 69 (88,5)	≤30: 16 (15,2) >30: 9 (11,5)	0,471

“Kanıtı dayalı tıp uygulamaları; sağlık harcamalarını azaltır.” ifadesine katılım durumuna göre yapılan Ki-kare analizinde, cinsiyet, yaş grubu, bölüm, meslek yılı, asistanlık yılı ve günlük bakılan hasta sayısı değişkenleri ile bu ifadeye katılım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Kadın ve erkek katılımcıların yaklaşık %86’sı bu ifadeye katıldığını belirtmiş, benzer şekilde yaş gruplarına göre de yüksek oranda katılım gözlenmiştir (≤ 28 yaş: %85, ≥ 29 yaş: %88). Bölümlere göre dağılım incelendiğinde dahili tıp bilimleri asistanlarının %91’i, cerrahi tıp bilimleri asistanlarının ise %73,5’i bu ifadeye katıldığını ifade etmiştir. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bu bulgular, katılımcıların büyük çoğunluğunun kanıtı dayalı tıp uygulamalarının sağlık harcamalarını azaltacağı yönündeki görüşe katıldığını göstermekte; ancak demografik değişkenlerin bu görüş üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını ortaya koymaktadır.

4. Tartışma

Bu çalışma, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan asistan hekimlerin kanıtı dayalı tıba (KDT) yönelik tutumlarını ve farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı bir yöntemle yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini 433 asistan hekim oluşturmuş; çevrim içi ortamda, 17 sorudan oluşan bir anket formu aracılığıyla veri toplanmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılan 211 asistan hekimin verileri değerlendirmeye alınmıştır.

Katılımcıların %99,1’i KDT kavramını daha önce duyduğunu, %58,8’i daha önce KDT konulu bir toplantıya katıldığını ve %42,2’sinin günlük klinik pratikte KDT’yi kullandığını belirtmiştir. KDT uygulamalarına engel olarak katılımcıların %74,9’u zaman kısıtlılığını, %72,5’i ise Türkçe kaynak eksikliğini işaret etmiştir. Ayrıca, katılımcıların %91,0’ı KDT hakkında daha fazla bilgi edinmek istediğini ifade etmiştir.

Önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında; Risahmawati ve arkadaşlarının (2011) Japonya’da gerçekleştirdiği ve 40 asistan hekimin katıldığı çalışmada benzer bir konu ele alınmıştır. Barghouti ve arkadaşlarının (2009) Ürdün’de gerçekleştirdiği çalışmada 141 aile hekiminin KDT’ye ilişkin tutumları değerlendirilmiş, Worku ve arkadaşlarının (2019) Etiyopya’da yürüttüğü çalışmada ise 124 hekimin KDT’ye yönelik görüşleri analiz edilmiştir. Bu bağlamda, örneklem sayısı açısından çalışmamızın daha geniş bir grubu kapsadığı görülmektedir.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların yaş ortalaması $28,38 \pm 2,41$ yıl olarak belirlenmiştir. Worku ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında hekimlerin yaş ortalaması 29 olup bu değer çalışmamızla büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. Öte yandan, Khoja ve Ansary’nin (2007) Suudi Arabistan’da gerçekleştirdiği araştırmada birinci basamak hekimlerinin yaş ortalaması 39,2 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızdaki yaş ortalamasının daha düşük olması, evrenimizin yalnızca asistan hekimlerden oluşmasından kaynaklanabilir.

Katılımcıların %26,1'i cerrahi tıp bilimlerinde, %73,9'u ise dahili tıp bilimlerinde görev yapmaktadır. Bu dağılım, Worku ve arkadaşlarının (2019) çalışmasındaki klinik dağılımla benzerlik göstermektedir; söz konusu çalışmada cerrahi klinikte görev yapan hekim oranı %23,4 olarak bildirilmiştir.

Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %49,8'i kadın, %50,2'si erkektir. Worku ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında bu oran kadınlar için %29 iken, Albarrak ve arkadaşlarının (2014) Dubai'de gerçekleştirdiği çalışmada kadın katılımcı oranı %64,6'dır. Çalışmamızda kadın ve erkek sayısının dengeli olmasının nedeni, daha büyük ve temsili bir evrenden örneklem seçilmesi olabilir.

Katılımcıların meslekte geçirdikleri süre ortalaması $3,39 \pm 1,69$ yıl, asistanlıkta geçirdikleri süre ise $2,16 \pm 1,21$ yıl olarak saptanmıştır. Khoja ve Ansary'nin (2007) çalışmasında bu sürenin ortalaması 17,2 yıl olarak bildirilmiştir. Bu fark, çalışmamızdaki hekimlerin daha genç yaş grubunda olmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmada yer alan tüm katılımcıların internet erişimi olduğu belirlenmiştir. Haftalık internet kullanım süresi en az 2 saat olarak kaydedilmiştir. McColl ve arkadaşlarının (1998) İngiltere'de, Al-Ansary ve arkadaşlarının (2002) ile Al-Almaie ve arkadaşlarının (2004) Suudi Arabistan'da yürüttükleri çalışmalarda ise internet erişimi olmayan hekimlerin varlığı bildirilmiştir. Günümüzde teknolojinin gelişimi sayesinde hekimlerin bilgiye erişimi kolaylaşmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü hastanede 24 saat internet bağlantılı bilgisayarların bulunması ve çalışmanın yürütüldüğü üniversitenin çevrimiçi kütüphane sistemine erişim sağlanması bu durumu desteklemektedir.

Katılımcıların %99,1'inin KDT terimini daha önce duymuş olması dikkate değerdir. Al-Almaie ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında bu oran %39,6, Chan ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında %77,5, Abeysena ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise %87 olarak bildirilmiştir. Saygılı ve arkadaşlarının (2013) Türkiye'de yaptığı çalışmada aile hekimlerinin %84'ünün KDT kavramını bildiği belirlenmiştir. Bu fark, zamanla KDT eğitiminin tıp fakültelerinde daha yaygın hale gelmesi ile açıklanabilir.

Katılımcıların %58,8'i daha önce KDT eğitimi içeren bir toplantıya katıldığını belirtirken, %41,2'si bu konuda herhangi bir eğitim almadığını ifade etmiştir. Saygılı ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında bu oran %32,1, Khoja ve Ansary'nin (2007) çalışmasında %2,2, Abeysena ve arkadaşlarının (2009) araştırmasında ise %24 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda daha yüksek

oranlar elde edilmesi, evrenin tıp fakültesinden yeni mezun olan ve eğitimi yakın zamanda almış asistan hekimlerden oluşması ile ilişkilendirilebilir. Bu görüş, Davies'in (2007) araştırmasında da desteklenmiştir; söz konusu çalışmada, tıp fakültesinden yeni mezun olan hekimlerin KDT kavramına daha aşina olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde, Kahveci ve Meads'in (2009) Türkiye'de yaptığı çalışmada, aile hekimi uzmanlarının %81,9'u, asistanlarının %99,1'i ve pratisyen hekimlerin %75,4'ü KDT konusunda eğitim aldığını belirtmiştir.

Çalışmamızda, katılımcıların %15,2'si herhangi bir elektronik veri tabanı kullanmadığını belirtmiştir. Buna karşın, elektronik veri tabanı kullanan asistan hekimlerin oranı %84,8 olarak saptanmıştır. Ebell ve arkadaşlarının (2011) ABD'de yürüttükleri çalışmada, hekimlerin %81'inin yaygın olarak elektronik bilgi kaynaklarını kullandıkları bildirilmiştir. Bu bağlamda, çalışmamızın bulguları ile Ebell ve arkadaşlarının sonuçları benzerlik göstermektedir.

Veri tabanı tercihlerine bakıldığında, katılımcıların %73,0'u PubMed, %53,6'sı Google Scholar, %36,5'i Medscape, %12,3'ü Cochrane Library, %10,0'u MEDLINE, %10,0'u ULAKBİM, %8,1'i UpToDate, %5,7'si EMBASE, %5,2'si Scopus ve %4,7'si Ovid'i kullandığını bildirmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, asistan hekimlerin en sık tercih ettikleri kaynakların sırasıyla PubMed, Google Scholar, Medscape, Cochrane Library ve ULAKBİM olduğu görülmüştür.

Ghahremanfard ve arkadaşlarının (2014) İran'da tıp fakültesi öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmada da benzer şekilde katılımcıların en aşina oldukları veri tabanları Google Scholar ve PubMed olarak belirlenmiş; Cochrane, DARE ve Bandolier gibi kaynaklara ise hiç erişim sağlanmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları bu yönüyle Ghahremanfard ve arkadaşlarının (2014) bulgularıyla örtüşmektedir.

Davies'in (2011) Birleşik Krallık'ta gerçekleştirdiği çalışmada, hekimlerin en çok bilinen KDT kaynağının MEDLINE/PubMed olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların %88'i MEDLINE/PubMed, %73,3'ü Cochrane sistematik derlemeleri ve %63'ü Clinical Evidence'i ara sıra veya düzenli olarak kullandığını ifade etmiştir. Ayrıca, %75,2'si UpToDate'i, %89,7'si ise DynaMed'i hiç duymamıştır. Özellikle PubMed kullanım oranları açısından çalışmamız Davies (2011) ile benzerlik göstermektedir. Cochrane Kütüphanesi'nin Birleşik Krallık'ta daha sık kullanılmasının nedeni, bu kaynağın ulusal kütüphane statüsünde olması olabilir.

Çalışmamızda, asistan hekimlerin klinik kararlarında en çok başvurdukları kaynakların başında kişisel klinik

tecrübeler yer almakta, bunu sırasıyla konsültasyonlar ve internet arama motorları izlemektedir. Saygılı ve arkadaşlarının (2013) Kırıkkale’de aile hekimleri ile yaptığı çalışmada da benzer şekilde, bilgiye erişim için en sık kullanılan kaynaklar %56,8 ile arama motorları ve %53,1 ile Sağlık Bakanlığı tanı ve tedavi kılavuzları olmuştur. Trevena ve arkadaşlarının (2007) Avustralya’da pratisyen hekimlerle gerçekleştirdiği çalışmada, hekimlerin yarısı hasta ile ilgili kararlarını kişisel deneyim ve meslektaş görüşleri doğrultusunda verdiğini belirtmiştir. McAlister ve arkadaşlarının (1999) Kanada’da dahiliye hekimleriyle yaptığı çalışmada ise, katılımcıların %93’ü klinik deneyimlerini, %73’ü araştırma makalelerini, %61’i meslektaş görüşlerini, %45’i ders kitaplarını ve %27’si klinik uygulama kılavuzlarını bilgi kaynağı olarak kullandığını ifade etmiştir. Bu sonuçlar, çalışmamızda da gözlenen kanıt düzeyi düşük bilgi kaynaklarının yaygın kullanımını desteklemektedir. Arama motorlarından elde edilen bilgilerin doğruluğu çoğu zaman tartışmalı olup, bu durum hasta bakımında olumsuz sonuçlar doğurabilir. Young ve Ward’un (2001) Avustralya’da pratisyen hekimlerle gerçekleştirdiği çalışmada da hekimlerin %74’ü uzman görüşünü, %36’sı ders kitaplarını ve sadece %12’si interneti bilgi kaynağı olarak kullandıklarını belirtmiştir.

Çalışmamızda, katılımcıların %50,7’si sistematik derlemeler ve meta-analizler içeren Cochrane Kütüphanesi’ni hiç kullanmadığını, yalnızca %5,2’sinin bu kaynağı her zaman kullandığını belirtmiştir. Trevena ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da hekimlerin en az başvurduğu kaynaklar klinik kılavuzlar, veri tabanları ve Cochrane sistematik derlemeleri olmuştur. Al Omari ve arkadaşlarının (2009) Ürdün’de yaptığı çalışmada ise yalnızca %7’lik bir kesim klinik karar verirken Cochrane veri tabanını kullandığını belirtmiştir. McAlister ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında Cochrane kullanımı %5 olarak bildirilmiştir. Dolayısıyla, çalışmamızdaki Cochrane kullanımı önceki çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Katılımcılar tarafından bildirilen başlıca KDT uygulama engelleri; %74,9 ile zaman kısıtlılığı, %72,5 ile Türkçe kaynak eksikliği, %61,1 ile ilgi ve motivasyon eksikliği, %58,8 ile kaynaklara erişim bilgisinin yetersizliği ve %57,8 ile eğitim eksikliği olarak sıralanmıştır. Van Dijk ve Hooft’un (2010) sistematik derlemesinde de asistan hekimlerin karşılaştığı en büyük engel zaman kısıtlılığı olarak belirlenmiştir. Çalışmamız bu açıdan literatür ile uyumludur. Risahmawati ve arkadaşlarının (2011) Japonya’da yaptığı çalışmada da zaman kısıtlılığı, ana dilde kaynak eksikliği ve beceri yetersizliği en yaygın üç engel olarak

rapor edilmiştir. Benzer biçimde, Kahveci ve Meads’in (2009) Türkiye’de aile hekimleriyle yaptığı çalışmada en büyük engel KDT konusunda eğitim eksikliği olarak saptanmıştır. Ancak, çalışmamızda asistan hekimlerin büyük çoğunluğunun (%99,1) KDT eğitimi almış olması nedeniyle bu faktör daha az oranda engel olarak değerlendirilmiştir. Cerrahi branşların ve yoğun çalışma saatlerinin yer aldığı bir asistan grubunun incelenmesi, zaman kısıtlılığı unsurunun daha fazla ön plana çıkmasına neden olmuş olabilir.

Letelier’in (2007) İspanya’da yaptığı çalışmada, asistan hekimlerin kendi dillerindeki kaynakları daha kolay anladıkları, İngilizce kaynakların ise KDT uygulamalarında engel teşkil ettiği belirlenmiştir. Bu sonuç, çalışmamızla da örtüşmektedir. Attar ve arkadaşlarının (2014) Suudi Arabistan’da yürüttüğü çalışmada, en büyük engel bilgi eksikliği, ardından zaman yetersizliği ve üçüncü sırada kaynak eksikliği olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada KDT eğitimi alma oranı %63,4 iken, bizim çalışmamızda bu oran %99,1’dir. Dolayısıyla, bilgi eksikliği çalışmamızda daha az oranda engel olarak görülmüştür.

Abeyseena ve arkadaşlarının (2009) Sri Lanka’da yaptığı çalışmada, KDT uygulamalarının önündeki en büyük engel yetersiz kaynaklar, ikinci sırada ise aşırı hasta yükü yer almıştır. Bu farkın, iki ülke arasındaki sosyoekonomik koşullardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Josefsson ve arkadaşlarının (2012) İsveç’te yaptığı çalışmada ise, sağlık personelinin araştırma yapma ve değerlendirme sürecinde karşılaştığı en büyük engelin zaman kısıtlılığı olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada, doktorların diğer sağlık personeline kıyasla internet kullanımında ve kılavuzlara erişimde daha yüksek beceriye sahip oldukları da bildirilmiştir. Bu sonuçlar da çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Katılımcıların %25,1’i KDT uygulamalarının yalnızca akademisyenlere yönelik olduğu düşüncesindedir. Kahveci ve Meads’in (2009) çalışmasında, bu görüş aile hekimi uzmanlarının %7,8’i, aile hekimliği asistanlarının %36,4’ü ve pratisyen hekimlerin %40,6’sı tarafından paylaşılmıştır. McAlister ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında, KDT’nin henüz yeni bir kavram olması nedeniyle hekimlerin bu uygulamalara mesafeli yaklaştığı ve uygulamanın daha çok akademisyenlerin sorumluluğunda olduğu görüşünün yaygın olduğu görülmüştür.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%94,7), KDT uygulamalarının sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artıracaklarını düşünmektedir. Ayrıca, %92,4’ü malpraktis riskini azaltacağına, %74,9’u sağlık harcamalarını

azaltacağına, %89,6'sı hastaların hekimlere güvenini artıracığına ve %95,8'i mesleki başarı ve özgüven kazandıracağına inanmaktadır. Bu sonuçlar, daha önce yapılan çeşitli çalışmalarla uyumludur (Khoja & Ansary, 2007; Al-Almaie & Al-Baghlie, 2004; Alshehri ve diğerleri, 2018; Al Omari ve diğerleri, 2009; Kahveci & Meads, 2009; Davies, 2007; Ghahremanfard ve diğerleri, 2014).

Ayrıca, katılımcıların %77,2'si "Tecrübe, en büyük kanıt kadar değerlidir." ifadesine katıldığını veya kısmen katıldığını belirtmiştir. Klinik tecrübe, KDT'nin temel bileşenlerinden biri olsa da, en iyi kalitede sağlık hizmeti ancak doğru bilimsel kanıtların ve hasta tercihleriyle birlikte kullanılmasıyla mümkündür. Tecrübe tek başına yeterli değildir (Negrini, 2014). Son olarak, katılımcıların %55,9'u uzmanlık eğitimi sırasında güncel ve yüksek kanıt düzeyine sahip bilgiler öğrendiğini düşünürken, %17,5'i bu görüşe katılmadığını belirtmiştir. Bu bulgu, çalışmamızda KDT uygulamalarının önünde yer alan engellerle ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların %52,6'sı "Hastalara yaklaşımında uzmanların ve hocaların görüşlerine literatürden daha çok güvenirim." ifadesine katılıyorum ya da kısmen katılıyorum şeklinde yanıt vermiştir. Oysa kanıta dayalı tıp (KDT) piramidinde en üst basamakta sistematik derlemeler ve meta-analizler, en alt basamakta ise klinik tecrübe yer almaktadır. Bu durum, katılımcıların bilimsel kanıttan ziyade otoriteye dayalı bilgiye yönelme eğiliminde olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların %50,3'ü, hastalara verilen tedavinin belirlenmesinde asıl kanıt kaynağının genellikle kıdemli hekimler (uzmanlar, kıdemli asistanlar, öğretim üyeleri) olduğunu ifade etmiştir. Bhandari ve arkadaşlarının (2003) cerrahi asistanlarıyla yaptıkları nitel araştırmada, katılımcıların KDT uygulamalarına direnç gösterdiği ve bunun nedeninin, geleneksel yöntemlerin zaten başarılı olduğu inancı ile yeniliğe duyulan ihtiyacın azlığı olduğu tespit edilmiştir. Cerrahi asistanları, literatür bilgisinden ziyade kıdemli uzmanlardan öğrendikleri uygulamaları benimsediklerini, bunun temel nedeninin ise üst otoritelerden onay alamama kaygısı olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, günlük iş yükünün fazlalığı, KDT uygulamalarının zaman alıcı olması, literatürde cerrahiye yönelik yeterli kanıt bulunmaması, sık nöbetler ve yetersiz sağlık bütçesi gibi etmenler de bu direnci artıran faktörler arasında yer almaktadır.

Katılımcıların %36,0'ı geleneksel tıp kitaplarının kanıt düzeyinin düşük olduğunu ifade etmiştir. %9,5'i ders kitaplarını, %14,2'si ise ders kitabı dışındaki basılı kaynakları hiç kullanmadığını; %38,4'ü ders kitaplarını,

%51,2'si ders kitabı dışı kaynakları bazen kullandığını bildirmiştir. Abhari ve arkadaşlarının (2008) İran'da yaptığı çalışmada, en çok başvurulan bilgi kaynakları arasında ders kitapları ve uzman danışmanlar yer almıştır. Al-Almaie ve arkadaşlarının (2004) Suudi Arabistan'daki çalışmasında ise hekimlerin %79'unun klinik kararlarında ders kitaplarından yararlandığı belirtilmiştir. Çalışmamızda bu oranların daha düşük olması, teknolojiyle birlikte dijital kaynaklara yönelimin artması ve ders kitaplarının bilgi güncelliğine dair duyulan güvensizlik ile açıklanabilir.

Asistan hekimlerin %38,4'ü KDT uygulamalarının günlük pratik için uygun olmadığını düşünmektedir. %75,8'i ise, kanıt değeri en yüksek bilgiye sahip olsalar bile, pratikte uyguladıkları tedavinin bu bilgilerden farklı olabileceğini ifade etmiştir. Al-Almaie ve Al-Baghlie'nin (2004) Suudi Arabistan'da yürüttüğü çalışmada hekimlerin %50'si, Alshehri ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ise %63,5'i KDT uygulamalarının iş yükünü artıracığı ve günlük pratiğe uygun olmadığı görüşünü paylaşmıştır. Kahveci ve Meads'in (2009) araştırmasında da pratisyen hekimlerin benzer gerekçelerle KDT'ye mesafeli olduğu, KDT'nin klinik deneyimi değersizleştirebileceğini düşündükleri rapor edilmiştir. Bulgularımız, bu çalışmalarla örtüşmektedir.

Günlük pratikte KDT kullandığını belirten katılımcı oranı %42,2'dir. Khoja ve Ansary (2007) bu oranı %52, Ulvenes ve arkadaşları (2009) %40, Beshir ve arkadaşları (2017) ise %53 olarak bildirmiştir. Bu veriler, farklı ülkelerdeki oranların benzer düzeylerde olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların %70,2'si klinik kararlarında hastaların görüşlerini dikkate aldığını, %13,3'ü bu görüşleri dikkate almadığını, %38,9'u ise hastanın görüşü ne olursa olsun kanıta dayalı en güncel bilgiyi uygulayacağını belirtmiştir. KDT'nin temel üç bileşeninden biri hasta değer ve tercihleridir. Hastanın görüşlerinin dışlandığı bir sağlık hizmeti, hem etik hem de klinik açıdan yetersiz sonuçlara yol açabilir. Trevena ve arkadaşlarının (2007) Avustralya'da yaptığı araştırmada, hekimlerin %72'si klinik karar sürecine hastanın da katılması gerektiğini ifade etmiştir. Bu sonuç, çalışmamızın bulgularıyla paralellik göstermektedir. Ayrıca, katılımcıların %25,1'i "Literatürde doğruluğu kanıtlanmasa bile bazen hastanın istediği tedaviyi uygulayım." ifadesine; %37,9'u ise "Hasta tedavi olduysa uyguladığım tedavinin kanıt değeri önemli değildir." ifadesine katıldığını veya kısmen katıldığını belirtmiştir. Bu durum, bazı asistan hekimlerde KDT'ye yönelik olumsuz tutumların halen mevcut olduğunu

göstermektedir. Katılımcıların %91'i KDT hakkında daha fazla bilgi edinmek istediğini ifade etmiştir. Khoja ve Ansary (2007) çalışmasında bu oran %95, Saygılı ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında %82,7, Al-Almaie ve Al-Baghlie'nin (2004) çalışmasında %92,7 ve Chan ve arkadaşlarının (2005) Malezya'daki çalışmasında ise %95 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızın bulguları, literatürdeki bu verilerle büyük ölçüde örtüşmektedir. Asistan hekimlerin günlük baktıkları hasta sayısı ile KDT uygulamasında zaman kısıtlılığını engel olarak görenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hasta sayısı arttıkça, KDT'ye zaman ayırmak zorlaşmaktadır. Albarqouni ve Elessi'nin (2017) Filistin'de yaptığı çalışmada da günlük hasta yoğunluğunun KDT uygulamalarında önemli bir engel oluşturduğu belirtilmiştir. Ayrıca, çalışmamızda asistanlığının 3. yılı ve üzerindeki katılımcıların, ilk 3 yıldaki asistanlara kıyasla elektronik veri tabanı kullanma oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, meslek yaşamında 3 yıl ve üzeri deneyime sahip hekimlerin de veri tabanı kullanım oranları anlamlı biçimde daha yüksektir. Bu bulgular, Davies'in (2011) çalışmasıyla da örtüşmektedir. Bu durum, kıdemli asistanların uzmanlık eğitimi sürecinde daha fazla KDT eğitimi alması ve tez çalışmaları nedeniyle bilimsel kaynaklara yönelme sıklığının artması ile açıklanabilir.

5. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan asistan hekimlerin kanıta dayalı tıp (KDT) farkındalıkları, tutumları ve uygulama engelleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu KDT kavramını bildiklerini ve bu konuda daha fazla bilgi edinmek istediklerini belirtmiştir. Ancak zaman yetersizliği, Türkçe kaynak eksikliği ve motivasyon düşüklüğü gibi faktörler, KDT'nin günlük klinik uygulamalara entegrasyonunu sınırlamaktadır.

KDT'nin daha etkin kullanılabilmesi için;

Tıp ve uzmanlık eğitiminde KDT içeriklerine daha fazla yer verilmesi,

Hekimlere zaman kazandıracak düzenlemelerin yapılması,

Güncel, erişilebilir ve Türkçe kaynakların artırılması önerilmektedir.

Asistan hekimlerin olumlu tutumları göz önüne alındığında, uygun eğitim ve yapısal destek ile KDT uygulamalarının yaygınlaştırılması mümkündür.

Kısıtlılık

Bu araştırma yalnızca İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimlerle sınırlıdır.

Tek merkezli olması ve tabakalı örnekleme yönteminin kullanılmamış olması, sonuçların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Ayrıca çalışma, yalnızca katılımcıların öznel beyanlarına dayalıdır ve veri toplama aracı olarak sadece anket kullanılmıştır. Bu durum çalışmanın diğer sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

Destekleyen Kuruluş

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.

Çıkar Çatışması

Yazarların herhangi bir çıkar dayalı çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

Abeyseena, C., Jayawardana, P., Wickremasinghe, R., & Wickramasinghe, U. (2010). Evidence-based medicine knowledge, attitudes, and practices among doctors in Sri Lanka. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 3(2), 83–87.

Ahmadi-Abhari, S., Soltani, A., & Hosseiniapanah, F. (2008). Knowledge and attitudes of trainee physicians regarding evidence-based medicine: A questionnaire survey in Tehran, Iran. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 775–779.

Al Omari, M., Khader, Y., Jadallah, K., Dauod, A. S., & Al-Shdifat, A. A. K. (2009). Awareness, attitude and practice of evidence-based medicine among primary health care doctors in Jordan. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(6), 1131–1136.

Al-Almaie, S. M., & Al-Baghli, N. (2004). Barriers facing physicians practicing evidence-based medicine in Saudi Arabia. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 24(3), 163–170.

Al-Ansary, L. A., & Khoja, T. A. (2002). The place of evidence-based medicine among primary health care physicians in Riyadh region, Saudi Arabia. *Family Practice*, 19(5), 537–542.

Al-Baghlie, N., & Al-Almaie, S. M. (2004). Physician attitudes towards evidence-based medicine in eastern Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, 24(6), 425–428.

Albarqouni, L., & Elessi, K. (2017). Awareness, attitudes, and knowledge of Palestinian doctors about evidence-based medicine: A cross-sectional survey. *The Lancet*, 390(S14). [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32065-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32065-2)

Albarrak, A. I., Abdurrahim, S. A. A., & Mohammed, R. (2014). Evaluating factors affecting the implementation of evidence based medicine in primary healthcare centers in Dubai. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 22(3), 207–212.

Alshehri, A. A., Al-Khowailed, M. S., Alnuaymah, F. M., Alharbi, A. S., Alromaihi, M. S., Alghofaili, R.

- S., et al. (2018). Knowledge, attitude, and practice toward evidence-based medicine among hospital physicians in Qassim Region, Saudi Arabia. *International Journal of Health Sciences (Qassim)*, 12(2), 9–15. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29599688>
- Attar, A. A., Khereldeem, M. M., Refaat, B., & Saleh, H. A. (2014). Knowledge and attitude of physicians toward evidence-based medicine. *International Journal of Pure and Applied Sciences and Technology*, 21(2), 17–27. Retrieved from www.ijopaasat.in
- Babaoğlu, M. Ö., Yaşar, Ü., Dost, T., & Kayaalp, S. O. (2009). Kanıta dayalı tıp: kavramlar, örnekler ve görüşler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(5), 1298–1305.
- Barghouti, F., Halaseh, L., Said, T., Mousa, A. H., & Dabdoub, A. (2009). Evidence-based medicine among Jordanian family physicians: Awareness, attitude, and knowledge. *Canadian Family Physician*, 55(7), e6–e13.
- Beshir, M. A., Woreta, S. A., & Kebede, M. (2017). Evidence-based practice among health professionals in hospitals of Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 15(4), 161–170.
- Bhandari, M., Montori, V., Devereaux, P. J., Dosanjh, S., Sprague, S., & Guyatt, G. H. (2003). Challenges to the practice of evidence-based medicine during residents' surgical training: A qualitative study using grounded theory. *Academic Medicine*, 78(11), 1183–1190.
- Chan, G. C., & Teng, C. L. (2005). Primary care doctors' perceptions towards evidence-based medicine in Melaka State: A questionnaire study. *Medical Journal of Malaysia*, 60(2), 130.
- Davies, K. (2011). UK doctors awareness and use of specified electronic evidence-based medicine resources. *Informatics for Health and Social Care*, 36(1), 1–19.
- Davies, K. S. (2011). Evidence-based medicine: UK doctors' attitudes and understanding. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(3), 265–273.
- Ebell, M. H., Cervero, R., & Joaquin, E. (2011). Questions asked by physicians as the basis for continuing education needs assessment. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 31(1), 3–14.
- Ghahremanfard, F., Nassaji, M., Mirmohammadkhani, M., Tanha, A., Mosavi, M., Ghaemi, A., et al. (2014). Knowledge and attitude toward evidence-based medicine among medical students in Semnan, Iran. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 7(1), 32–37.
- Josefsson, K. A., Kammerlind, A. S. C., & Sund-Levander, M. (2012). Evidence-based practice in a multiprofessional context. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10(2), 117–125.
- Kahveci, R., & Meads, C. (2009). Is primary care evidence-based in Turkey? A cross-sectional survey of 375 primary care physicians. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 2(4), 242–251.
- Khoja, T. A., & Al-Ansary, L. A. (2007). Attitudes to evidence-based medicine of primary care physicians in Asir region, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 13(2), 408–419.
- Letelier, L. M., Zamarin, N., Andrade, M., Gabrielli, L., Caiozzi, G., Viviani, P., et al. (2007). Exploring language barriers to evidence-based health care (EBHC) in post-graduate medical students: A randomised trial. *Education for Health*, 20(3), 1–6.
- McAlister, F. A., Graham, I., & Karr, G. W. (1999). Evidence-based medicine and the practicing clinician. *Journal of General Internal Medicine*, 14, 236–242. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29599688>
- Mccoll, A., Smith, H., White, P., & Field, J. (1998). Information in practice based medicine: A questionnaire survey. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 316, 361–367. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674320>
- Negrini, S. (2014). Why evidence-based medicine is a good approach in physical and rehabilitation medicine. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 50(5), 585–590.
- Negrini, S. (2014). Why evidence-based medicine is a good approach in physical and rehabilitation medicine: Thesis. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 50(5), 585–591.
- Risahmawati, R. R., Emura, S. S., Nishi, T. T., & Koizumi, S. S. (2011). Japanese resident physicians' attitudes, knowledge, and perceived barriers on the practice of evidence based medicine: A survey. *BMC Research Notes*, 4, 1–9.
- Rosner, A. L. (2012). Evidence-based medicine: Revisiting the pyramid of priorities. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 16(1), 42–49.
- Saygılı, M., Kaya, S., Songur, C., & Özer, Ö. (2013). Aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve bilgi arama davranışları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 104–110.
- Trevena, L. J., Irwig, L., Isaacs, A., & Barratt, A. (2007). GPs want tailored, user friendly evidence

summaries. *Australian Family Physician*, 36(12), 1065–1069.

Ulvenes, L. V., Aasland, O., Nylenna, M., & Kristiansen, I. S. (2009). Norwegian physicians' knowledge of and opinions about evidence-based medicine: Cross-sectional study. *PLoS ONE*, 4(11), e7828.

Van Dijk, N., Hooft, L., & Wieringa-de Waard, M. (2010). What are the barriers to residents' practicing evidence-based medicine? A systematic review. *Academic Medicine*, 85(7), 1163–1170.

Worku, T., Yeshitila, M., Feto, T., Leta, S., Mesfin, F., & Mezmur, H. (2019). Evidence-based medicine among physicians working in selected public hospitals in eastern Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19, 1–8.

Yılmaz, F. O., Koç, E. M., Çil, V. D., & Kahveci, R. (2017). Evidence-based medicine and health technology assessments. *Family Practice and Palliative Care*, 2(1), 17–22.

Young, J. M., & Ward, J. E. (2001). Evidence-based medicine in general practice: Beliefs and barriers among Australian GPs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 7(2), 201–210. |