

Birinci Basamakta Kanıta Dayalı Tıp: Kuramsal Temeller, Uygulamalar ve Gelecek Perspektifi

Harun Köseoğlu¹

Özet

Kanıta dayalı tıp (KDT), en iyi mevcut bilimsel kanıtın klinik uzmanlık ve hasta değerleriyle bütünleştirilmesini hedefleyen bir yaklaşımdır. Birinci basamakta KDT; geniş hasta popülasyonuna ilk temas noktası olması nedeniyle klinik sonuçların iyileştirilmesi, gereksiz müdahalelerin azaltılması ve maliyet etkinliğin artırılmasında kritik rol oynar. Bu bölüm, KDT'nin kuramsal temellerini (kanıt hiyerarşisi, GRADE), birinci basamaktaki önemini ve başlıca uygulama alanlarını (klinik rehberler, kronik hastalık yönetimi, tarama programları, aşılama ve antimikrobiyal dirençle mücadele) özetlemektedir. Kanıta dayalı rehberlerin hipertansiyon, diyabet, astım ve KOAH gibi hastalıklarda morbidite ve mortaliteyi azalttığı; servikal, meme ve kolorektal kanser taramalarının erken tanı ve prognozu iyileştirdiği vurgulanmaktadır. Uygulamadaki engeller arasında zaman kısıtı, güncel kanıtlara erişim güçlüğü, rehberlerin yerel uyarlanması, dil bariyerleri ve mesleki alışkanlıklar öne çıkmaktadır. Çözüm olarak, özet rehberler, mobil karar destek araçları, elektronik sağlık kayıtlarına gömülü uyarılar ve sürekli tıp eğitimi önerilmektedir. Dijitalleşme, kanıtın bakım noktasında hızlı ve bağlama duyarlı biçimde kullanılmasını kolaylaştırırken, veri güvenliği ve mahremiyet gibi riskler dikkatle yönetilmelidir. Sonuç olarak KDT, birinci basamakta hasta güvenliği ve hizmet kalitesini artırmanın vazgeçilmez yoludur; sistem düzeyinde destek, eğitim ve güvenilir dijital altyapı başarı için gereklidir.

1 Uzman Doktor, Kızılcamam İlçe Sağlık Müdürlüğü, drharunkoseoglu@gmail.com, ORCID ID: 0009-0002-8649-8008

1. Giriş

Kanıta dayalı tıp (KDT), modern tıp uygulamalarının temelini oluşturan ve klinik kararların bilimsel kanıtlarla desteklenmesini hedefleyen bir yaklaşımdır. Klinik pratiğin yalnızca hekim deneyimine, geleneksel uygulamalara veya uzman görüşüne dayanması, zaman zaman hasta güvenliğini tehdit eden ve kaynak kullanımını verimsizleştiren sonuçlara yol açabilmektedir. Bu bağlamda KDT, hekimlerin karar verme sürecine sistematik bir çerçeve kazandırarak hasta bakımında kaliteyi yükseltmeyi amaçlamaktadır (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996).

KDT'nin merkezinde üç temel unsur yer alır: en iyi mevcut bilimsel kanıt, klinik uzmanlık ve hasta değerleri. Bu üçlü, birbirini tamamlayan bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Bilimsel kanıt, klinik araştırmalardan elde edilen en güncel ve güvenilir bilgiyi temsil eder. Klinik uzmanlık, hekimlerin deneyimlerine dayalı olarak hasta özelinde doğru kararları verebilme becerisidir. Hasta değerleri ise bireyin tercihleri, yaşam koşulları ve kültürel faktörlerini içerir. Dolayısıyla KDT yalnızca sayısal verilerden ibaret bir yaklaşım değil, aynı zamanda hasta merkezli bakımın da temelini oluşturmaktadır (Greenhalgh, Howick, & Maskrey, 2014).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun sağlık sistemiyle ilk ve en yaygın temas noktasıdır. Burada verilen kararların etkisi yalnızca bireysel hastalarla sınırlı kalmaz, aynı zamanda toplum sağlığını da doğrudan etkiler. Birinci basamakta sık karşılaşılan kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, tarama ve koruyucu hizmetler, KDT'nin uygulanabileceği en geniş alanı oluşturmaktadır. Örneğin, hipertansiyon yönetiminde antihipertansif tedavi seçiminden servikal kanser tarama sıklığına kadar pek çok klinik karar, güncel kanıtlara dayandırıldığında daha etkili ve güvenilir sonuçlar elde edilmektedir (U.S. Preventive Services Task Force [USPSTF], 2023).

KDT'nin birinci basamakta uygulanması, aynı zamanda maliyet etkinliğinin artırılmasına da katkı sağlar. Gereksiz laboratuvar tetkikleri, görüntüleme yöntemleri veya antibiyotik reçeteleri hem hasta hem de sağlık sistemi için yük oluşturur. Kanıta dayalı uygulamalar, bu tür gereksiz müdahaleleri azaltarak sağlık hizmetlerinin verimliliğini yükseltir (World Health Organization [WHO], 2023).

Bununla birlikte, KDT'nin birinci basamakta yaygınlaşmasının önünde çeşitli engeller bulunmaktadır. Hekimlerin zaman kısıtlılığı, güncel kanıtlara erişimde yaşanan güçlükler, rehberlerin yerel koşullara uyumsuzluğu ve hasta beklentileri, bu süreci zorlaştıran başlıca faktörlerdir. Ayrıca sağlık sisteminin

yapısal sorunları da kanıta dayalı uygulamaların sahada etkili biçimde kullanılmasını sınırlandırabilmektedir (Elwyn et al., 2012).

2. Kanıta Dayalı Tıbbın Kuramsal Temelleri

2.1. Tanım ve Tarihsel Gelişim

Kanıta dayalı tıp (KDT), en güncel bilimsel kanıtların klinik karar verme süreçlerine sistematik şekilde entegre edilmesini sağlayan bir paradigma değişimidir. Kavram, 1990'lı yıllarda David Sackett ve arkadaşlarının çalışmalarıyla literatüre kazandırılmış ve “hastaların bakımında en iyi mevcut kanıtların bilinçli, açık ve özenli bir şekilde kullanılması” olarak tanımlanmıştır (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996).

KDT'nin kökenleri ise daha eskilere uzanır. James Lind'in 1747'de iskorbüt üzerine yaptığı kontrollü deney, turunçgillerin hastalık üzerindeki etkisini sistematik biçimde göstermiştir (Lind, 1753/2011). Florence Nightingale'in Kırım Savaşı sırasında hijyen koşullarını istatistiksel yöntemlerle inceleyerek asker ölümlerini azaltması da kanıta dayalı yaklaşımın erken örneklerinden biridir (Dossey, 2010).

Yirminci yüzyılda klinik epidemiyoloji, randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) gelişmesi ve meta-analizlerin yaygınlaşması, KDT'nin modern anlamda kurumsallaşmasını sağlamıştır (Murad, Asi, Alsawas, & Alahdab, 2016).

2.2. Kanıt Hiyerarşisi

KDT'de bilimsel kanıtlar güvenilirlik düzeylerine göre sınıflandırılır. En güçlü kanıtlar sistematik derlemeler ve meta-analizlerdir; bunları randomize kontrollü çalışmalar, kohort çalışmaları, vaka-kontrol araştırmaları ve kesitsel çalışmalar izler. Daha alt düzeyde olgu sunumları ve uzman görüşleri bulunur (Murad et al., 2016).

Birinci basamak hekimliği açısından, güçlü randomize kontrollü çalışmalar ve meta-analizlerin sonuçları tercih edilse de, klinik pratikte her zaman bu düzeyde kanıt bulunmayabilir. Bu durumda hekimler, mevcut kanıtları kendi klinik deneyimleri ve hasta değerleriyle birleştirerek karar vermek durumundadır (Greenhalgh, Howick, & Maskrey, 2014).

2.3. GRADE Yaklaşımı

Kanıtların niteliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilen **GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)** sistemi, günümüzde en yaygın kullanılan metodolojilerden

biridir. GRADE, yalnızca araştırma tasarımını değil, kanıtların tutarlılığı, kesinliği, doğrudanlığı ve yayın yanlılığı gibi faktörleri de değerlendirir (Guyatt et al., 2008).

Bu sisteme göre kanıt kalitesi “yüksek, orta, düşük, çok düşük” olarak sınıflandırılır. Randomize kontrollü çalışmalar genellikle yüksek kalite ile başlar; fakat metodolojik sınırlılıklar bu düzeyi düşürebilir. Gözlemsel çalışmalar ise düşük düzeyden başlar; ancak güçlü ilişki, doz-yanıt etkisi veya karıştırıcı faktörlerin ortadan kaldırılması gibi unsurlar olduğunda kanıt kalitesi yükseltebilir (Guyatt et al., 2011).

Önerilerin gücü ise “güçlü” ya da “zayıf/koşullu” olarak belirlenir. Güçlü öneriler klinisyenler tarafından evrensel olarak benimsenirken, zayıf öneriler bağlama, hasta tercihlerine ve kaynaklara göre değişkenlik gösterebilir. Birinci basamakta bu ayrım, hekimin karar süreçlerinde yol gösterici olur.

2.4. Felsefi Boyut

KDT yalnızca yöntemsel bir araç değil, aynı zamanda bir düşünce biçimidir. Klinik kararların alışkanlıklara ya da otorite görüşlerine dayalı olmaktan çıkarp sürekli sorgulama ve güncel bilgi ışığında verilmesi gerektiğini savunur. Bununla birlikte, hasta değerleri ve kültürel faktörleri de göz önünde bulundurur (Greenhalgh et al., 2014).

3. Birinci Basamakta Kanıta Dayalı Tıbbın Önemi

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık sistemi ile ilk temas noktası olması nedeniyle kanıta dayalı tıp uygulamaları açısından kritik bir konumdadır. Burada alınan kararlar yalnızca tek bir hastanın değil, toplumun geneline yayılan sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle kanıta dayalı yaklaşımların en yoğun ve etkili şekilde kullanılması gereken alanlardan biri birinci basamaktır (Starfield, Shi, & Macinko, 2005).

Kanıta dayalı tıbbın birinci basamakta en önemli katkılarından biri, **kronik hastalık yönetiminde** ortaya çıkar. Hipertansiyon, diyabet, astım ve KOAH gibi yaygın kronik hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerinde, güncel klinik rehberlerin kullanılması mortaliteyi ve morbiditeyi azaltmaktadır (Williams et al., 2018). Örneğin, hipertansiyon yönetiminde antihipertansif tedaviye başlama eşikleri, yaşam tarzı değişikliklerinin önceliği ve tedavi hedefleri kanıta dayalı kılavuzlara göre belirlenmektedir (Whelton et al., 2018). Birinci basamak hekimlerinin bu kılavuzlara uyumu hem komplikasyonları önlemekte hem de sağlık sistemi maliyetlerini azaltmaktadır.

İkinci olarak, **tarama ve erken tanı programları** birinci basamakta kanıta dayalı uygulamaların en görünür alanıdır. Servikal, meme ve kolorektal kanser taramaları, diyabet taraması veya depresyon taraması gibi uygulamalar, yalnızca bilimsel kanıtların güçlü şekilde desteklediği alanlarda önerilmektedir (US Preventive Services Task Force [USPSTF], 2021). Böylece gereksiz taramalarla hasta yükü artırılmamakta, aynı zamanda erken evrede tanı konulan hastalarda prognoz belirgin şekilde iyileştirilmektedir.

Kanıta dayalı yaklaşım, birinci basamakta ayrıca **gereksiz müdahalelerin önlenmesi** açısından da kritik öneme sahiptir. Özellikle antibiyotiklerin uygunsuz kullanımı, global düzeyde antibiyotik direncinin en önemli nedenlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2023 verilerine göre, antibiyotiklerin yaklaşık %50'si gereksiz veya uygunsuz endikasyonlarda kullanılmaktadır (WHO, 2023). Birinci basamak hekimlerinin kanıta dayalı reçeteleme alışkanlıkları, bu küresel sağlık tehdidinin azaltılmasında kilit bir role sahiptir.

Birinci basamakta kanıta dayalı tıbbın önemi yalnızca klinik kararlarla sınırlı değildir; aynı zamanda **sağlık hizmeti planlaması ve politika geliştirme** süreçlerinde de kendini göstermektedir. Bir bölgede hangi tarama programlarının öncelikli olacağı, hangi aşılardan rutin bağışıklama takvimine ekleneceği veya hangi kronik hastalık yönetim modellerinin uygulanacağı, kanıta dayalı veriler ışığında kararlaştırılmaktadır (OECD, 2020).

Son olarak, KDT'nin birinci basamaktaki uygulanaşı, **hasta merkezli bakım ve paylaşılan karar verme** sürecini de güçlendirir. Kanıtlar, hasta değerleriyle birleştğinde, bireyler kendi sağlık kararlarına daha aktif katılabilmekte ve tedaviye uyum artmaktadır (Elwyn et al., 2012). Örneğin, menopoza sonrası hormon replasman tedavisinde risk ve yararların hastayla birlikte değerlendirilmesi, kanıta dayalı tıbbın hasta merkezli yönünün güçlü bir örneğidir.

4. Kanıta Dayalı Tıbbın Uygulama Alanları

4.1. Klinik Rehberler ve Karar Destek Araçları

Kanıta dayalı tıbbın en görünür uygulama alanı, klinik uygulama rehberleridir. Rehberler, belirli bir klinik soruya yönelik sistematik olarak gözden geçirilmiş kanıtları ve bunlara dayalı önerileri içerir. Uluslararası düzeyde U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ve Cochrane Collaboration, birinci basamak hekimleri için en sık başvuru kaynaqlardır (Schünemann et al.,

2022). Bu kuruluşların yayımladığı rehberler; tarama, tanı, tedavi ve önleme konularında güncel bilimsel kanıtları özetler.

Birinci basamak hekimleri için bu rehberler, günlük klinik pratikte yol gösterici bir araç niteliğindedir. Örneğin, hipertansiyonun evde kan basıncı ölçümleri ile doğrulanması, diyabet taramasında HbA1c'nin tercih edilmesi veya depresyon taramasında Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) gibi ölçeklerin önerilmesi, rehberlerin kanıt temelli önerileriyle belirlenmektedir (NICE, 2022).

4.2. Kronik Hastalık Yönetimi

Birinci basamakta kanıta dayalı tıbbın uygulama alanlarından biri de kronik hastalık yönetimidir. Diyabet, hipertansiyon, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve astım gibi hastalıklarda kanıta dayalı protokoller tedavi başarısını artırmaktadır. Örneğin, diyabetli hastalarda kardiyovasküler riskin azaltılması amacıyla metformin ile başlanması ve gerektiğinde SGLT-2 inhibitörleri veya GLP-1 analogları ile tedavinin desteklenmesi, güncel randomize kontrollü çalışmalarla kanıtlanmış bir yaklaşımdır (American Diabetes Association [ADA], 2023).

Astım yönetiminde de benzer şekilde GINA (Global Initiative for Asthma) rehberi, inhale kortikosteroidlerin erken dönemde kullanılması gerektiğini güçlü kanıtlarla vurgular (GINA, 2023). Bu tür rehberler, birinci basamak hekimlerinin hasta yönetiminde kanıta dayalı kararlar almasını kolaylaştırır.

4.3. Tarama Programları ve Önleyici Hizmetler

Kanıta dayalı tıp, tarama programlarının düzenlenmesinde de kritik rol oynar. Servikal kanser taramasında HPV testinin etkinliği, kolorektal kanserde gaitada gizli kan testleri veya kolonoskopiyle yapılan taramaların mortaliteyi azalttığı, güçlü kanıtlarla desteklenmektedir (USPSTF, 2021). Öte yandan, pankreas kanseri gibi bazı tarama girişimleri kanıt yetersizliği nedeniyle önerilmemektedir. Bu durum, KDT'nin yalnızca etkili değil, aynı zamanda gereksiz girişimleri de önleyen bir araç olduğunu göstermektedir.

Ayrıca aşılama programları da kanıta dayalı tıbbın birincil uygulama alanıdır. Özellikle çocukluk çağı aşıları, influenza ve COVID-19 gibi erişkin aşılamaları, toplum düzeyinde morbidite ve mortaliteyi azaltan güçlü kanıtlarla desteklenmektedir (WHO, 2022).

4.4. Gereksiz Müdahalelerin Önlenmesi

KDT'nin en önemli katkılarından biri, tıbbi uygulamalarda aşırı ve gereksiz müdahalelerin önüne geçmesidir. Örneğin, üst solunum yolu

enfeksiyonlarının büyük çoğunluğu viral kökenli olmasına rağmen, birinci basamakta antibiyotik reçetelenme oranları hala yüksektir. Kanıta dayalı rehberler, bu tür durumlarda antibiyotiklerin yalnızca bakteriyel enfeksiyonlarda kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2023). Bu yaklaşım, hem hasta güvenliğini artırır hem de antimikrobiyal dirençle mücadelede kritik rol oynar.

Benzer şekilde, bel ağrısı yönetiminde gereksiz görüntüleme tetkiklerinin önlenmesi de kanıta dayalı tıbbın pratik yansımalarındandır. Kanıtlara göre, akut bel ağrısı hastalarında ilk altı hafta içinde ciddi nörolojik bulgu yoksa BT veya MR çekilmesi önerilmez (Qaseem et al., 2017). Bu yaklaşım, sağlık sistemi maliyetlerini azaltmakta ve hastaların gereksiz radyasyona maruziyetini önlemektedir.

5. Kanıta Dayalı Tıbbın Uygulanmasında Karşılaşılan Engeller ve Çözüm Önerileri

Kanıta dayalı tıp (KDT), teorik olarak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için güçlü bir araçtır; ancak uygulamada bir dizi engelle karşılaşılmaktadır. Birinci basamakta çalışan hekimler, yoğun hasta yükü, kısıtlı süre ve kaynak yetersizliği nedeniyle güncel kanıtları takip etme ve uygulama konusunda güçlük yaşayabilmektedir. Örneğin birçok aile hekimi, günde 60–80 hasta görebilmektedir ve bu yoğunluk altında klinik kararları en güncel sistematik derlemelere dayandırmak pratikte her zaman mümkün olmamaktadır (Greenhalgh et al., 2014).

Bir diğer sorun bilgiye erişimdir. Uluslararası dergilere veya veri tabanlarına abonelik gerekliliği, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli bir bariyer oluşturmaktadır. Türkiye’de ise açık erişimli kaynakların artması ve Sağlık Bakanlığı’nın bazı klinik rehberleri çevrim içi erişime sunması bu engeli kısmen azaltmaktadır (Özdemir & Öcek, 2021). Ancak hekimlerin İngilizce literatüre erişim ve yorumlama konusundaki zorlukları halen geçerliliğini korumaktadır.

Kültürel ve mesleki alışkanlıklar da KDT’nin önünde bir başka engeldir. Klinik kararların çoğu zaman kıdemli hekimlerin deneyimlerine göre şekillenmesi, güncel kanıtların ikinci planda kalmasına yol açabilmektedir. Ayrıca bazı hekimler, kanıtların bireysel hasta farklılıklarını yeterince yansıtmadığı düşüncesiyle KDT uygulamalarına mesafeli yaklaşmaktadır (Haynes et al., 2002).

Çözüm önerileri arasında, birinci basamak hekimleri için pratik ve hızlı kullanılabilecek kanıta dayalı araçların geliştirilmesi yer almaktadır. Cep telefonu uygulamaları, özet klinik rehberler ve elektronik karar destek

sistemleri bu noktada faydalı olabilir. Ayrıca sürekli tıp eğitimi programlarında KDT'ye daha fazla yer verilmesi, genç hekimlerin bu yaklaşımı klinik pratiğe entegre etmesini kolaylaştıracaktır (Djulgovic & Guyatt, 2017).

Sonuç olarak, kanıta dayalı tıbbın önündeki engeller yalnızca bilgi eksikliğiyle sınırlı değildir; sistemsel, kültürel ve lojistik boyutları da vardır. Ancak uygun politikalar, dijital çözümler ve eğitim programları ile bu engeller aşılabılır ve KDT birinci basamakta etkin şekilde uygulanabilir.

6. Dijitalleşme ve Gelecek Perspektifi

Dijital sağlık teknolojilerinin hızla gelişmesi, kanıta dayalı tıbbın (KDT) birinci basamakta uygulanabilirliğini büyük ölçüde değiştirmiştir. Artık hekimler, güncel kanıtlara ulaşmak için yalnızca basılı rehberlere değil, çevrim içi veri tabanlarına, mobil uygulamalara ve elektronik sağlık kayıtlarına dayalı karar destek sistemlerine erişebilmektedir. Bu gelişmeler, klinik kararların hızını ve doğruluğunu artırma potansiyeli taşımaktadır (Bates et al., 2018).

Elektronik sağlık kayıtları (EHR) ve yapay zekâ tabanlı karar destek sistemleri, hasta verilerini analiz ederek hekime en uygun tanı veya tedavi seçeneklerini sunabilmektedir. Örneğin, birinci basamakta sık görülen hipertansiyon veya diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde, dijital algoritmalar hekimin kararlarını kanıta dayalı önerilerle desteklemektedir (Dash et al., 2019). Ayrıca mobil uygulamalar sayesinde hekimler, klinik sorularına dakikalar içinde yanıt bulabilmekte, hastalar da yaşam tarzı değişiklikleri konusunda anlık öneriler alabilmektedir.

Geleceğe yönelik en önemli beklentilerden biri, kanıta dayalı bilginin kişiselleştirilmiş tıp ile daha bütünleşik hale gelmesidir. Genetik ve biyoinformatik veriler, bireysel hasta farklılıklarını dikkate alan kanıta dayalı yaklaşımların önünü açmaktadır. Bunun yanı sıra, büyük veri (big data) analizleri ve yapay zekâ, yalnızca bireysel klinik kararları değil, aynı zamanda toplum sağlığına yönelik politikaların geliştirilmesini de destekleyecektir (Topol, 2019).

Bununla birlikte, dijitalleşmenin getirdiği fırsatların yanında veri güvenliği, hasta mahremiyeti ve hekimlerin teknolojiyi benimseme süreci gibi önemli zorluklar da vardır. Sağlık sistemlerinin bu riskleri dikkate alarak düzenleyici çerçeveler oluşturması ve hekimleri dijital sağlık okuryazarlığı konusunda desteklemesi büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, dijitalleşme KDT'nin birinci basamakta daha etkin kullanılmasını sağlayacak güçlü bir araçtır. Önümüzdeki yıllarda teknoloji

ile bütünleşmiş kanıta dayalı tıp uygulamalarının hem klinik kararları güçlendirmesi hem de toplum sağlığını iyileştirmesi beklenmektedir.

7. Sonuç ve Öneriler

Kanıta dayalı tıp (KDT), modern tıp pratiğinin temel taşlarından biri haline gelmiş ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kritik bir rol üstlenmiştir. Klinik kararların yalnızca geleneksel deneyimlere değil, sistematik olarak elde edilmiş en güncel bilimsel kanıtlara dayanması; hem hasta güvenliği hem de sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır (Sackett et al., 1996). Birinci basamak hekimleri, geniş hasta popülasyonu ile ilk temas noktası olmaları nedeniyle, KDT'nin sahadaki uygulayıcıları olarak benzersiz bir konuma sahiptirler (Greenhalgh et al., 2014).

Ancak uygulamada bir dizi güçlük vardır. Zaman kısıtlılığı, bilgiye erişimde yaşanan engeller, kültürel ve mesleki alışkanlıklar KDT'nin yaygınlaşmasının önünde önemli bariyerler oluşturmaktadır (Djulbegovic & Guyatt, 2017). Buna karşın dijital sağlık uygulamaları, açık erişim kaynakların artması ve sürekli tıp eğitimi programları, bu engellerin aşılmasında umut verici çözümler sunmaktadır (Greenhalgh et al., 2014). Özellikle elektronik karar destek sistemleri, klinik rehberlerin çevrim içi versiyonları ve mobil uygulamalar, birinci basamak hekimlerinin güncel kanıtlara hızlı ve kolay biçimde ulaşmasını sağlamaktadır (Topol, 2019).

KDT'nin gelecekteki başarısı, yalnızca bireysel hekimlerin çabalarıyla değil, sağlık sistemlerinin yapısal desteği ile de yakından ilişkilidir. Bu bağlamda; sağlık politikalarında kanıta dayalı uygulamaların teşvik edilmesi, birinci basamak hekimlerine yönelik düzenli eğitimlerin planlanması ve klinik karar destek sistemlerinin yaygınlaştırılması öncelikli adımlar olmalıdır (Djulbegovic & Guyatt, 2017). Ayrıca, hasta ve toplumun KDT'nin değerine dair bilgilendirilmesi, hekim-hasta iş birliğini güçlendirecek ve tedavi süreçlerinin başarısını artıracaktır (Sackett et al., 1996).

Sonuç olarak, birinci basamakta kanıta dayalı tıbbın etkin uygulanması; sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek, kaynak kullanımını daha verimli hale getirmek ve toplum sağlığını iyileştirmek açısından vazgeçilmezdir. Gelecekte dijitalleşmenin sunduğu olanaklarla birleşen KDT'nin, bireysel hasta bakımından ulusal sağlık politikalarına kadar geniş bir etki alanına sahip olması beklenmektedir (Topol, 2019).

8. Kaynakça

- American Diabetes Association (ADA). (2023). Standards of medical care in diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Suppl. 1), S1–S154. <https://doi.org/10.2337/dc23-SINT>
- Bates, D. W., Saria, S., Ohno-Machado, L., Shah, A., & Escobar, G. (2018). Big data in health care: Using analytics to identify and manage high-risk and high-cost patients. *Health Affairs*, 33(7), 1123–1131. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0041>
- Dash, S., Shakyawar, S. K., Sharma, M., & Kaushik, S. (2019). Big data in healthcare: Management, analysis and future prospects. *Journal of Big Data*, 6(54). <https://doi.org/10.1186/s40537-019-0217-0>
- Djulbegovic, B., & Guyatt, G. H. (2017). Progress in evidence-based medicine: A quarter century on. *The Lancet*, 390(10092), 415–423. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31592-6)
- Dossey, B. M. (2010). *Florence Nightingale: Mystic, visionary, healer*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Global Initiative for Asthma (GINA). (2023). *Global strategy for asthma management and prevention*. Retrieved from <https://ginasthma.org>
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*, 348, g3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Schünemann, H. J., Tugwell, P., & Knottnerus, A. (2011). GRADE guidelines: A new series of articles in the *Journal of Clinical Epidemiology*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 380–382. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.09.011>
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336(7650), 924–926. <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J., & Guyatt, G. H. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence-based practice. *BMJ*, 324(7350), 1350. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7350.1350>
- Lind, J. (2011). *A treatise of the scurvy* (Reprint of 1753 edition). Cambridge: Cambridge University Press.

- Murad, M. H., Asi, N., Alsawas, M., & Alahdab, F. (2016). New evidence pyramid. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 21(4), 125–127. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110401>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Depression in adults: Treatment and management*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance>
- OECD. (2020). *Health at a glance: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., & Forciea, M. A. (2017). Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514–530. <https://doi.org/10.7326/M16-2367>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Schünemann, H. J., Al-Ansary, L. A., Forland, F., Kersten, S., Komulainen, J., Kopp, I., ... & Williams, J. W. (2022). Guidelines international network: Principles for disclosure of interests and management of conflicts in guidelines. *Annals of Internal Medicine*, 176(1), 88–95. <https://doi.org/10.7326/M21-2529>
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Topol, E. (2019). High-performance medicine: The convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 25, 44–56. <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7>
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). (2021). *Final recommendation statements*. Retrieved from <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). (2023). *Cervical cancer: Screening*. Retrieved from <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Jr., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., ... & Wright, J. T., Jr. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Hypertension*, 71(6), e13–e115. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., ... & Coca, A. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

- World Health Organization (WHO). (2022). *Immunization agenda 2030: A global strategy to leave no one behind*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Antimicrobial resistance: Global report on surveillance*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int>
- World Health Organization (WHO). (2023). *WHO AWaRe classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int>
- Özdemir, R., & Öcek, Z. (2021). Türkiye’de kanıta dayalı tıp uygulamalarına bir bakış. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 29(1), 33–40. <https://doi.org/10.5336/mdethic.2020-79014>