

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

**SAĞLIK BİLİMLERİ KANITA DAYALI UYGULAMA ANKETİ'NİN
TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

**HAZIRLAYAN
AYŞE NUR ŞAHİN**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA – 2023

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

**SAĞLIK BİLİMLERİ KANITA DAYALI UYGULAMA ANKETİ'NİN
TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

**HAZIRLAYAN
AYŞE NUR ŞAHİN**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR.ÜYESİ MANOLYA ACAR**

ANKARA- 2023

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Fzt. Ayşe Nur Şahin tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28/07/2023

Tez Adı: Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi' nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı- Soyadı, Kurumu)

İmza

Asil Üyeler

.....
.....
.....
.....
.....

ONAY

Enstitü Müdürü

Tarih: ... / ... /

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK
LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**

Tarih: 20 /07 / 2023

Öğrencinin Adı, Soyadı: Ayşe Nur ŞAHİN

Öğrencinin Numarası:

Anabilim Dalı: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

Programı: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:

Tez Başlığı: Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 77 sayfalık kısmına ilişkin, 20/07/2023 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 13'dür. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç “Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:

ONAY

Tarih: ... / ... /

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezim boyunca, beni her adımda aydınlatan ve sabırla yol gösteren, kendi saygı, sevgi ve disiplini ile örnek olabilecek, anlayışlı sabırlı, başarılı ve bir o kadar da mütevazı olan, hem mesleki hem de insani olarak yüksek değerlere sahip ve bu yolda bana eşlik ederken öğrencisi olarak kendimi şanslı olarak gördüğüm sevgili ve saygıdeğer hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Manolya ACAR'a,

Başkent Üniversitesi'nde eğitim gördüğüm süre boyunca bilgileri ve vizyonlarıyla beni etkileyen, bana çok şey öğreten öğretmenim, Sayın Prof. Dr. Hayri Baran YOSMAOĞLU'na,

Katılımlarından ve tüm katkılarından dolayı yüksek lisans tez savunma jüri üyelerim. Sayın Doç.Dr.Emel SÖNMEZER'e, Sayın Doç.Dr.Özge ÇINAR MEDENİ'ye, Sayın Dr.Öğr.Üyesi Cemile Bozdemir ÖZEL'e, Doç. Dr. Mustafa GÜLŞEN'e ve Doç.Dr.Bahar Anaforoğlu Küllünkoğlu'na, istatistik analiz aşamasında yardımlarını esirgemeyen Sayın Mert Demirsöz'e,

Bütün öğrenim hayatım boyunca desteklerini eksik etmeyen sevgili aileme, her koşulda yanımda olan canım anneme ve kendisinin yolundan gittiğim ideol olarak gördüğüm sevgili babama, bu süreçte yanımda olan ve beni destekleyen nişanlıma,

Tez sürecim boyunca yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşlarıma, sabır ve özveri ile tez çalışmama dahil olan tüm meslektaşlarıma,

İçtenlikle sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Şahin A. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023.

Kanıta dayalı uygulama (KDU), bilimsel kanıtlara dayanan ve belirli bir amacı veya hedefi gerçekleştirmek için kullanılan, hasta beklentilerini ve uzmanlık alanını kapsayan bir yaklaşımdır. Fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında sağlık hizmeti kalitesinin artmasında KDU kullanımının yaygınlaşmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Bunun için KDU'nun bilgi, beceri, tutum ve inançlarının mesleki alanda değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Çalışmamızın amacı Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama (SB-KDU) Anketi'nin Türkçeye dil uyarlamasının yapılması ve Türkiye'deki fizyoterapistler üzerinde geçerliliğin ve güvenirliliğin incelenmesidir. Çalışmamızın dil uyarlamasının gerçekleşmesi için anketi geliştiren araştırmacılardan gerekli izin alındı ve sözleşme imzalandı. Ölçeğin Türkçe uyarlamasını gerçekleştirirken sırasıyla ileri çeviri, uzman paneli geri çevirisi, pilot çalışma, bilişsel görüşmeler ve son versiyon aşamaları izlendi. Çalışmaya Türkiye'de bulunan, en az 6 aylık klinik ya da akademik deneyime sahip olan, yaş ortalaması $28,50 \pm 3,99$ yıl olan 268 fizyoterapist dahil edildi. İlk uygulamada geçerliği test etmek için, Türkçe dil uyarlamasını gerçekleştirdiğimiz SB-KDU Anketi ile sosyodemografik bilgi ve KDU kullanımı bilgilerini içeren değerlendirme formu, Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ), Değişime Karşı Direnç Ölçeği (DKDÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTE) ve Bilgi Okuryazarlığı Özyeterlik Ölçeği (BOÖYAÖ) Google Forms aracılığı ile doldurulması için fizyoterapistlere ulaştırıldı. Çalışmaya katılan fizyoterapistler arasından basit rastgele seçim yöntemiyle seçilen 35 fizyoterapistte ilk değerlendirme yapıldıktan iki hafta sonra test-tekrar güvenirliliğini sağlamak için SB-KDU anketi tekrar uygulandı. Ölçeğin iç tutarlılık (Cronbach alfa) katsayısı 0.985 bulundu. Ölçek maddelerinin madde-toplam korelasyonları 0,528 ile 0,867 arasında değerler aldı. 2.değerlendirme korelasyon katsayısı 0,992 idi. KMO değeri 0,968 ve Barlett testi anlamlı ($p < 0,05$) bulundu. SB-KDU Anketi'nin benzer ölçek geçerlik analizi sonucunda; ankete ait üç alt ölçek arasında ilişkiyi değerlendirmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi modeli oluşturuldu. Tüm faktörler ölçeğin toplam varyansının 68,374'ünü açıkladı. Uyum indeksleri (χ^2/sd) 2.331, RMSEA 0.071, SRMR 0.062, IFI 0.907, CFI 0.906, GFI 0.862 ve TLI 0.917 olarak bulundu. SB-KDU Anketi ile

alt boyutları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($p<0,05$). SB- KDU Anketinin toplam puanı ile ÇYKÖ toplam puanı arasında pozitif, DKDÖ toplam puanı arasında negatif, MTE toplam puanı arasında negatif, BOÖYAÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistik olarak anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,05$). Sonuç olarak, SB-KDU Anketi Türkçe versiyonu, fizyoterapistlerin KDU kullanım bilgi, beceri, inanç ve tutumlarını ölçen, pratik, geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Bu anketin fizyoterapistlerin KDU'yu yeterliliğini arttırıp anlamlandıracağı, sağlık hizmetlerinin kötüye, aşırı ve yetersiz kullanımını önlemeye yardımcı olacağı ve sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesinde KDU'nun eğitim müfredatındaki önemini arttıracacağı kanısındayız. Ayrıca ileride diğer sağlık meslek gruplarında yapılacak KDU çalışmalarına da yol gösterecek bir araştırma olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Fizyoterapi, Kanıta Dayalı Uygulama, Sağlık Bilimleri, Ölçek

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Proje No: KA23/77).

ABSTRACT

Şahin A.N The Validity and Reliability of the Turkish Version of the Health Sciences Evidence-Based Practice Questionnaire Başkent University, Institute of Health Sciences, Physical Therapy and Rehabilitation Program, Master Thesis, Ankara, 2023.

Evidence-based practice (EBP) is an approach based on scientific evidence, used to achieve specific goals and objectives, encompassing patient expectations and expertise. In the field of physiotherapy and rehabilitation, there is a need to promote the use of EBP to improve the quality of health services. Therefore, it is crucial to assess the knowledge, skills, attitudes, and beliefs of EBP in the professional field. The purpose of this study is to adapt the Health Sciences Evidence-Based Practice (HS-EBP) Questionnaire into Turkish and examine its validity and reliability among physiotherapists in Turkey. To achieve the adaptation of the questionnaire, permission was obtained from the developers of the original questionnaire, and a contract was signed. The process involved forward translation, expert panel back-translation, pilot study, cognitive interviews, and final version stages. 268 physiotherapists with a mean age of 20.35 ± 5.12 years, at least 6 months of clinical or academic experience in Turkey were included in the study. To test the validity in the first application, physiotherapists were provided with the Turkish version of the HS-EBP Questionnaire, along with a form including sociodemographic information and EBP usage data, Quality of Professional life (QPL), the Resistance to Change Scale (RCS), the Maslach Burnout Inventory (MBI), and the Information Literacy Self-Efficacy Scale (ILSSS), all of which were filled out via Google Forms. A subsample of 35 physiotherapists randomly selected from the participants underwent a retest of the HS-EBP Questionnaire after two weeks to establish test-retest reliability. The internal consistency (Cronbach's alpha) coefficient of the scale was found to be 0.985, and the item-total correlations ranged from 0.528 to 0.867. The correlation coefficient for the second evaluation was 0.992. The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) value was 0.968, and the Bartlett test was significant ($p < 0.05$). Confirmatory factor analysis was performed to assess the relationship between the three subscales of the HS-EBP Questionnaire, which explained 68.374% of the total variance. The fit indices (χ^2/sd) were 2.331, RMSEA 0.071, SRMR 0.062, IFI 0.907, CFI 0.906, GFI 0.862, and TLI 0.917. There was a statistically significant positive relationship between the HS-EBP Questionnaire and its subscales ($p < 0.05$). There was a positive statistically significant correlation between HS-

EBP Questionnaire total score and QPL total score, a negative correlation between RCS total score, a negative correlation between MBI total score, and a positive correlation between ILSSS total score ($p<0,05$). In conclusion, the HS-EBP Questionnaire is a practical, valid, and reliable scale that measures the knowledge, skills, beliefs, and attitudes of physiotherapists towards EBP. We believe that this questionnaire will increase sufficiency and make sense of EBP, help prevent abuse, overuse, and underuse of health services, and increase the importance of EBP in the education curriculum in training of health professionals. Furthermore, we consider it a research that will guide future EBP studies in other health professions.

Keywords: Physiotherapy, Evidence-Based Practice, Health Sciences, Scale

This study was approved by the Institutional Review Board and Ethics Committee of Başkent University Medical and Health Sciences Research Board (Project No: KA23/77).

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kanıt Nedir?	5
2.2. Kanıt Dayalı Uygulama Kavramı.....	5
2.2.1. Kanıt dayalı uygulamanın tarihçesi	6
2.2.2. Kanıt dayalı uygulama bileşenleri.....	7
2.2.3. Araştırma bilgileri	8
2.2.4. Hasta değerleri ve tercihleri.....	10
2.2.5. Klinik deneyim	10
2.3. Kanıt Dayalı Uygulama Piramidi.....	11
2.3.1. Meta-Analiz	12
2.3.2. Sistematiik derleme.....	13
2.3.3. Randomize kontrollü çalışma	13
2.3.4. Kohort çalışmaları	14
2.3.5. Vaka-kontrol çalışmaları.....	15
2.3.6. Olgu raporları ve olgu serileri	15
2.3.7. Laboratuvar ve hayvan çalışmaları	16
2.3.8. In vitro çalışmaları.....	16
2.4. Araştırmalarda Kalite Tanımlaması.....	16
2.4.1. Delphi listesi.....	17
2.4.2. Consort listesi	18
2.4.3. PEDro ölçeği	19
2.5. Kanıt Dayalı Uygulama Süreçleri	19
2.6. Kanıt Dayalı Uygulama ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	22

2.6.1. Fizyoterapistlerin kanıta dayalı uygulama bilgisi.....	22
2.6.2. Dünya’da fizyoterapi ve rehabilitasyon ve kanıta dayalı uygulama	23
2.6.3. Türkiye’de fizyoterapi ve rehabilitasyon ve kanıta dayalı uygulama	24
2.7. Kanıta Dayalı Uygulama Eğitimi	25
2.8. Kanıta Dayalı Uygulama Bilgi ve Tutum Düzeyini Değerlendiren Ölçüm Araçları.....	27
2.9. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi (SB-KDU).....	29
2.10. Ölçek Uyarlama	30
2.11. Geçerlik.....	33
2.11.1. İçerik (kapsam) geçerliği.....	33
2.11.2. Kestirimsel geçerlik (yordama geçerliği)	34
2.11.3. Uyum geçerliği.....	34
2.11.4. Yapı geçerliği.....	34
2.11.5. Faktör analizi	34
2.11.6. Görünüş geçerliği.....	35
2.12. Güvenirlik.....	35
2.12.1. İç tutarlılık.....	35
2.12.1.1. Cronbach alpha (α) katsayısı.....	36
2.12.2. Kararlılık	36
2.12.2.1. Test-tekrar test güvenirliliği	36
2.13. Ölçümcü güvenirliliği	37
2.13.1. Gözlemciler arası güvenirliliği	37
2.13.2. Gözlemci içi güvenirlilik	37
3. BİREYLER VE YÖNTEM	38
3.1. Bireyler	38
3.2. Yöntem.....	39
3.2.1. Sağlık bilimleri kanıta dayalı uygulama anketi’nin dil uyarlamasının yapılması	41
3.2.2. Sağlık bilimleri kanıta dayalı uygulama anketi’nin psikometrik özelliklerinin incelenmesi	42
3.2.2.1. Sağlık bilimleri kanıta dayalı uygulama engelleri anketi’nin güvenirliliğinin incelenmesi.....	42

3.2.2.2. Sağlık bilimleri kanıta dayalı uygulama ölçeği'nin geçerliğinin incelenmesi.....	43
3.2.3. Veri toplama araçları	43
3.2.3.1. SB-KDU anketinde sosyodemografik bilgi formu	43
3.2.3.2. Sağlık bilimleri kanıta dayalı uygulama anketi.....	43
3.2.3.3. Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği	44
3.2.3.4. Değişime karşı direnç ölçeği	45
3.2.3.5. Maslach tükenmişlik ölçeği.....	45
3.2.3.6. Bilgi okuryazarlığı özyeterlik ölçeği	46
3.3. İstatistiksel Analiz.....	46
4. BULGULAR	48
4.1 Olguların Demografik Özellikleri	48
4.2. Psikometrik Özellikler.....	50
4.2.1. Güvenirlik analiz sonuçları.....	50
4.2.2. Geçerlik Analiz Sonuçları	54
5. TARTIŞMA.....	65
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	76
KAYNAKLAR.....	78
EKLER	
EK 1: Güç Analizi Sonucu	
EK 2: Etik Kurul Onayı	
EK 3: Aydınlatılmış Onam Formu	
EK 4: Anket İzin Belgeleri	
EK 5: Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi (SB-KDU)	
EK6: Sosyodemografik Bilgi Formu	
EK 7: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ)	
EK 8: Değişime Karşı Direnç Ölçeği	
EK 9: Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTE)	
EK 10: Bilgi Okuryazarlığı Özyeterlik Algı Ölçeği (BOÖÖ)	
EK 11: Orjinallik Raporu	

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Sık kullanılan veritabanları, ulaşım linkleri ve açıklamaları	9
Tablo 2.2. Delphi listesi.....	18
Tablo 2.3. PICO formatı ve örneği	20
Tablo 4.1. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin demografik özellikleri	49
Tablo 4.2. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin mesleklerine ve kanıta dayalı uygulamaya ilişkin tanıtıcı istatistikleri	50
Tablo 4.3. Ölçek boyutlarının Cronbach alfa değerleri	51
Tablo 4.4. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama anketi güvenilirlik sonuçları	52
Tablo 4.5. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama anketi geçerlilik sonuçları.....	55
Tablo 4.6. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anket modelinin uyumuna ilişkin istatistiksel değerler	56
Tablo 4.7. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama anketinin tanıtıcı istatistikleri	58
Tablo 4.8. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi ve alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkisi	70
Tablo 4.9. Tüm ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri	71
Tablo 4.10. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi ile diğer ölçekler arasındaki ilişkiler.....	61
Tablo 4.11. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi toplam puan ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler	62
Tablo 4.12. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi toplam puanının demografik özelliklere göre karşılaştırılması.....	64

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Kanıta dayalı uygulama bileşenleri	8
Şekil 2.2. Kanıt piramidi	12
Şekil 2.3. Kanıta Dayalı Uygulama Basamakları	20
Şekil 2.4. Kanıt arama basamağında 6S modeli	21
Şekil 2.5. WHO'ya göre dil ve kültürel uyarlama ve ölçek çeviri aşamaları	31
Şekil 2.6. Güvenirliği oluşturan 3 temel kavram	35
Şekil 3.1. Çalışmanın akış diyagramı	40
Şekil 4.1. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi doğrulayıcı faktör analizi modeli	57

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AFA	açıklayıcı faktör analizi
APA	Amerikan Psikoloji Birliği
APTA	Amerikan Fizik Tedavi Derneği
BAE	Birleşik Arap Emirlikleri
BARRIERS	Araştırma Kullanımının Önündeki Engeller Ölçeği
BOÖÖ	Bilgi Okuryazarlığı Özyeterlik Algı Ölçeği
CAPTE	Fizyoterapi Eğitimi Akreditasyon Komisyonu
CFI	karşılaştırmalı uyum indeksi
ÇYKÖ	Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği
DFA	doğrulayıcı faktör analizi
DKDÖ	Değişime Karşı Direnç Ölçeği
EBASE	Kanıt Dayalı Uygulama Tutum ve Kullanım Anketi
EBPAS	Kanıt Dayalı Uygulama Tutum Ölçeği
EBP-B	Kanıt Dayalı Uygulama İnanç Ölçeği
EBP-I	Kanıt Dayalı Uygulama Uyarılma Ölçeği
EBPP-S	Kanıt Dayalı Profesyonel Uygulama Ölçeği
EBPQ	Kanıt Dayalı Uygulama Anketi
ENPHE	Yüksek Öğrenimde Avrupa Fizyoterapi Ağı
EPBAS-36	Kanıt Dayalı Uygulama Tutum Ölçeği-36
EPIC	Kanıt Dayalı Uygulama Güveni Ölçeği
GYA	günlük yaşam aktivitesi
HS-EBP	Sağlık Bilimleri Kanıt Dayalı Uygulama Anketi
ITC	Uluslararası Test Komisyonu
KDU	kanıt dayalı uygulama
K-REC	Araştırma Kanıt Yeterlilikleri Bilgisi Ölçeği
MEDLINE	Tıbbi Literatür Analizi ve Erişim Sistemi
MTE	Maslach Tükenmişlik Envanteri
PEDro	Fizyoterapi Kanıt Veri Tabanı
PICO	patient/problem – intervention – comparison/control – outcome
RMSEA	ortalama hata karekök yaklaşımı
RKÇ	randomize kontrollü çalışma
SB-KDU	Sağlık Bilimleri Kanıt Dayalı Uygulama Anketi
YÖK	Yüksek Öğretim Kurulu
WCPT	Dünya Fizyoterapi Konfederasyonu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Kanıt dayalı uygulama (KDU), hasta bakımında kaliteyi artırmak ve güvenliği sağlamak amacıyla bilimsel kanıtların, hasta tercihleri ve klinik deneyimlerle birleştirildiği bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürmeyi hedefleyen yenilikçi bir sağlık modeli olarak benimsenmektedir (1). Kanıt, araştırmalardan elde edilen gerçekler ve bulgular anlamına gelir (2). KDU ise mevcut en iyi araştırma kanıtlarının, klinik uzmanlık ve hastaların özel ihtiyaçları ve tercihleriyle birleştirilerek uygulama sürecini yönlendirmesini amaçlar. Dolayısıyla kanıt tek başına KDU'yu değerlendirmek adına yeterli olmayacaktır (3).

Genel olarak sağlık meslekleri, özellikle fizyoterapi ve rehabilitasyon olmak üzere KDU ilkelerini benimsemeye teşvik edilmiştir. Fizyoterapide KDU'nun değerlendirilmesine odaklanan, konuyla ilgili bazı sistematik incelemeler yayınlanmıştır (3). Son yıllarda, araştırma kanıtlarının fizyoterapi pratiğine entegrasyonu, KDU kavramı yoluyla teşvik edilmiştir; öyle ki, tüm uygulama alanlarından fizyoterapistler, tedavi yaklaşımlarında araştırma kanıtlarının kullanımını artırmaya devam etmektedir (3,4). Fizyoterapistler için KDU normatif verileri, farklı uygulama ortamlarını ve etkili sağlık hizmetlerini karşılaştırmak için önemli bir bilgi kaynağıdır. Bu veriler, hem öğrenci eğitim programlarını hem de profesyonel uygulamayı geliştirmeye yönelik stratejilerin belirlenmesine katkıda bulunur ve sağlık sistemlerinin etkin yönetimine katkı sağlar (5). Ayrıca, araştırma kanıtlarına dayalı olarak yapılan klinik kararlar, tedavi etkinliğini artırır, yan etkileri azaltır ve hasta sonuçlarını iyileştirir (3). Fizyoterapi mesleği, KDU'nun profesyonel eğitim müfredatının bir parçası haline getirilmesini desteklemektedir (6). Dünya Fizyoterapi Konfederasyonu (WCPT), fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin KDU prensiplerini eğitim süreçlerine dahil etmelerini önermektedir (7).

Fizyoterapistlerin KDU'ları kullanımını, uyum ve etkilerini değerlendiren Türkiye'de sadece bir tez çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada fizyoterapistlere yönlendirilen anket sorularının yazarın kendisi tarafından oluşturduğu görülmüştür. Dolayısıyla yapılan bu anketin geçerliliği ve güvenilirliği mevcut değildir ve nitel analiz yöntemlerine başvurulmadığı bilinmektedir (8). Bu durum uygun KDU yapısının işlevselleştirilmesine ilişkin önemli eksiklikler ortaya çıkarmıştır. Başka bir Türkiye bazlı tez çalışmada, beşli

likert ölçek tipinde ve 36 maddeden oluşan 12 alt boyut içeren Kanıta Dayalı Uygulama Tutum Ölçeği-36'nın Türkçe geçerliliği ve güvenirliği incelenmiş olup, hemşireler üzerinde analiz yapılmıştır. Fakat araştırmada bu anketin sadece hemşire ve hekimlere uygun olduğu sonucu ortaya konulmuştur (9). 2020 yılında yapılan bir çalışmada ise, Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini incelemişlerdir ve kullanmış oldukları anket kanıta dayalı uygulama bilgi, tutum ve kullanımını ölçen, 4 alt boyutu (gelecekte kullanım, tutum, bilgi, kişisel kullanım) içermektedir. Bu anket sosyal hizmet uzmanlarına uygulanmış ve sosyal hizmet uzmanı ifadesini içeren sorular yer aldığı için sadece sosyal hizmet uzmanlarında kullanılması önerilmektedir (10).

Literatürde bulunan kanıta dayalı uygulama anketlerinin ana dezavantajları temel olarak kanıtların uygulanmasında, uygulamanın kullanımına engel olan durumlarda ve uygulama sonrasındaki sonuçların değerlendirilmesindeki süreçlerde KDU'nun kendisiyle ilgili yönlerinin dahil edilmemesidir. Ayrıca, önerilen ölçme araçlarının birçoğunun, maddelerinin psikometrik özelliklerine, gizli yapılarına veya kullanımda olan uluslararası standartların gerektirdiği diğer geçerlilik kanıtlarına ilişkin yeterli kalitede kanıt sunmadığı görülmektedir (11,12). Son olarak, farklı sağlık bilimleri meslekleri arasında karşılaştırmalara olanak sağlayan standartlaştırılmış bir KDU ölçümüne sahip olmanın yararı ve buna olan ilgi yüksek oranda tavsiye edilmiş olmasına rağmen, bu araçların birçoğu disiplinler arası bir yaklaşımla oluşturulmamıştır (13).

Ülkemizde tüm sağlık profesyonellerinde kullanılabilecek KDU'lar hakkındaki bilgi ve tutumlarını anlamayı, KDU'ya ilişkin sorunları, engelleri ve kolaylaştırıcıları ele alan bir ölçme aracına rastlanmamıştır. Özellikle fizyoterapistlerin KDU ile ilgili bilgi ve davranışlarını ölçen Türkiye'de psikometrik özelliklerinin incelendiği bir ölçme aracı henüz geliştirilmemiştir. Tüm bu belirtilen sebeplerle, İspanyol sağlık profesyonelleri 2017 yılında Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama (SB-KDU) Anketini çok yönlü olarak ele almış olup 3 başlık altında toplamışlardır. Bunlar; inançlar ve tutumlar, uygulama ve engeller-kolaylaştırıcılarıdır. Bu başlıkların birbirlerine bağlılığı ve uyumu değerlendirilmektedir (14). Anketin ilk bölümü olan inançlar ve tutumlar kısmı; fizyoterapistlerin kanıta dayalı olarak kullandığı uygulamaların kullanımı ve bunların neler olduğu, bu uygulamaların mesleki roldeki önemini, KDU'nun mesleki uygulamada karar vermeye yardımcı olma durumunu ve mesleki uygulamalar ile KDU arasında ilişkileri saptamaya yöneliktir. Anketin ikinci bölümü olan uygulama ise; mesleki uygulamalarda kullanılan bilimsel araştırma yöntemlerini ve bu

yöntemleri kullanım becerilerini, mesleki uygulamanın geliştirilmesini, mesleki uygulamada kullanılması tercih edilen yöntemlerin kararını verirken etkilenilen durumları, seçenekleri ve sonuçları değerlendirirken; değerlendirme araçlarının kullanımını da sorgulamaktadır. Son kısım olan engeller-kolaylaştırıcılar bölümünde ise; iş yerlerinde bilimsel araştırmalara ulaşma imkanları, KDU'nun kullanılabilirliği, engelleri ve ulaşılabilirlik durumunu içeren sorular yer almaktadır (14). Dolayısıyla SB-KDU Anketi 3 ana başlık altında, çok yönlü bir değerlendirme içermektedir. SB-KDU Anketinin İspanyol ve İngilizce versiyonu, delphi tekniği kullanılarak, içerik ve yapı geçerliliği uygulanarak geliştirilmiştir. SB-KDU Anketi, KDU yapısının kapsamlı bir teorik analizini, işlevselleştirilmesini içerir ve uluslararası test geliştirme ve doğrulama standartlarının gerekliliklerine uygun olarak psikometrik geçerliliğe dair yeterli kalitede kanıt sağlamaktadır (1,14). Bu anket, tüm sağlık mesleklerine uygulanmak üzere tasarlanmıştır. Tüm bu özellikler, SB-KDU Anketinin sağlık profesyonellerinde KDU'yu iyileştirmeye yönelik belirli müdahalelerin etkisini değerlendirmek için kullanılabileceğini ve hatta sağlıkla ilgili üniversite eğitim müfredatında KDU yönetimi için bir rehber olarak hizmet edebileceği anlamına gelir. Anketin kendisini oluşturan Fernández ve ark (2022) İspanya'daki fizyoterapistlere anketi uygulamışlardır. Anketin sonucunda İspanyol fizyoterapistlerin KDU hakkında güçlü, olumlu tutumlar ve inançlar sergilediğini ve özellikle klinik sağlık hizmetleri faaliyetine odaklanan profesyoneller için kurumsal faktörlerin KDU uygulamasının önündeki ana engel olarak kabul edildiğini ortaya koymuşlardır (1). Daha spesifik olarak, SB-KDU Anketinin, Dünya Fizyoterapi akreditasyon sisteminin gerekliliklerini karşıladığı için fizyoterapistlerin de KDU'nun mesleki roldeki önemini, tedavideki karar verme sürecine doğrudan ya da dolaylı etkisini değerlendirmek, tedavide kullanılabilecek yararı olmayan uygulamaların önüne geçilmesi adına yararlı olabileceğini bildirmişlerdir (3,14).

SB-KDU'nun kültürler arası adaptasyonu dünya çapında başlatılmıştır. 2017 yılında yapılan bir çalışmada; Çince versiyonunda geçerlilik ve güvenilirlik araştırılmıştır. Bu çalışma Tayvan'daki bir hastanede hemşireler üzerinde uygulanmıştır ve sonucunda içerik geçerliliğine ilişkin ön kanıtlar oluşturulmuştur (15). Takasaki ve ark (2021), bu anketin Japonca geçerlilik ve güvenilirliğini inceledikleri çalışmaya, hemşire (%36.7), ergoterapist (%26.6) ve fizyoterapistleri (%36.7) dahil etmişlerdir. Sonuca göre bu mesleklerde yeterli iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliğine dair ön kanıtlar sağlanmıştır (16). 2023 yılında bu anketinin Vietnam dilinde geçerlik ve güvenilirliği test edilmiştir. Çalışma 343 ebe üzerinde gerçekleştirilmiş olup, SB-KDU Anketinin Vietnamlı sağlık uzmanları arasında KDU'nun

yeterliliğini ve uygulamasını değerlendirmek için güvenilir ve doğrulanmış bir araç olarak kabul edildiği sonucuna ulaşılmıştır (17).

Şu anda Türkçe versiyonu bulunmayan SB-KDU Anketi, Türk popülasyonu dahil olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri için kullanılabilecek bir ölçektir. Bu ölçek sayesinde KDU'nun tanı ve tedavi sürecindeki etkileri belirlenebilir ve hastanın yararına olmayan yaklaşımların önüne geçilerek doğru sağlık harcamaları, etkili zaman kullanımı ve tedaviye olanak sağlanabilir. Ayrıca, sağlık uzmanlarının eğitiminde KDU'nun önemi vurgulanarak, KDU bilgi ve becerilerini geliştiren stratejiler ve hedefler belirlenebilir. Bir ölçeğin farklı kültürlerde kullanılabilmesi için sadece dil çevirisi yeterli olmayıp, aynı zamanda kültürler arası adaptasyon da gereklidir (18). Bu nedenle, SB-KDU Anketinin Türkçe versiyonunun geliştirilmesi ve kültüre uyumlandırılması önemlidir. Bu şekilde, Türk sağlık profesyonellerinin KDU ile ilgili bilgi ve davranışlarını ölçmek, KDU'nun önemini vurgulamak ve KDU becerilerini geliştirmeye yönelik stratejiler oluşturmak mümkün olacaktır. Aynı zamanda, gereksiz iş gücünün azaltılması ve sağlık harcamalarının doğru yönlendirilmesi açısından da büyük fayda sağlayacaktır. Yukarıdaki bilgiler ışığında Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketinin (SB-KDU) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini fizyoterapist popülasyonunda belirlemek istedik. Çalışmamızın amacı, SB-KDU Anketinin kültürler arası Türkçe uyarlamasını sağlamak ve Türkçe SB-KDU anketinin, fizyoterapist popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirliğini ölçmektir.

Çalışmada öngörülen hipotezler:

H₀: Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama (SB-KDU) Anketi Türkçe versiyonu fizyoterapist popülasyonunda geçerli ve güvenilir bir ölçek değildir.

H₁: Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama (SB-KDU) Anketi Türkçe versiyonu fizyoterapist popülasyonunda geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanıt Nedir?

Kanıt, bilimsel yöntemler kullanılarak elde edilen bilgi ve verilerin birleşimiyle, bir iddianın doğruluğunu veya bir müdahalenin etkililiğini göstermek için kullanılan bir kavramdır. Kanıt kelimesini etimolojik olarak tanımlayacak olursak bu tanım deneyim kavramını ifade etmektedir (19). Türk Dil Kurumu kanıt kelimesini bir şeyin doğruluğu, gerçekliği konusunda kanaat verici belge, delil, iz vb. olarak tanımlamıştır (20).

Sağlık alanında kanıt kavramı, güvenilir ve geçerli bilgilerin kullanılmasıyla bir uygulamanın etkinliğini, güvenliğini ve kalitesini desteklemeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda, sağlık alanında kanıt, bir uygulamanın sağlık sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirmek için bilimsel yöntemlerle elde edilen güvenilir verileri temsil etmektedir (21). Klinik kararlar için bir rehberlik kaynağı olan kanıt ve hasta güvenliği, tedavi sonuçları ve sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Kanıt kavramının gelişimi birçok alanda etkin olmakla beraber sağlık hizmetlerinin sunumunda da bilginin nasıl değerlendirildiği, kullanıldığı ve paylaşıldığı konularında özellikle kritik bir rol oynamaktadır (22).

2.2. Kanıta Dayalı Uygulama Kavramı

Kanıta dayalı uygulama (KDU), sağlık alanında klinik kararların bilimsel kanıtlara dayandırılması ilkesini ifade eder. Bu yaklaşım, hasta bakımıyla ilgili kararların, güncel ve en güvenilir bilimsel kanıtlara dayandırılması gerektiğini vurgular. KDU sürecini tanımlayacak olursak, sorunların belirlenmesi, bilimsel araştırmanın gerçekleştirilmesi, elde edilen kanıtların dikkatli bir şekilde, uygulanabilirliğin değerlendirilmesi, uygulamanın takibi ve sonuçların sistematik bir şekilde değerlendirilmesi gibi adımları içerir. Bu süreç, güncel bilimsel kanıtların doğru bir şekilde uygulanmasını sağlayarak, en etkili ve güvenilir tedavi yaklaşımlarının belirlenmesine katkıda bulunur (23). ‘Sicilya Bildirisi’ olarak adlandırılan çalışma, 2005 yılında Sicilya’da düzenlenen bir konferansta gerçekleştirilmiş ve kanıta dayalı uygulamanın, en iyi araştırma kanıtlarını mevcut klinik deneyim ve hasta

değerleriyle birleştirerek, hastaların en etkili ve güvenilir yöntemlerle bakımının belirlenmesi süreci olduğunu vurgulamıştır. Bu çalışma, sağlık çalışanları ve sağlık sistemleri için kanıta dayalı uygulamanın önemini vurgulamaktadır (24). Archie Cochrane'ın tanımına göre ise, kanıta dayalı tıp öncelikle "tıbbın sanatı"nın yerine geçmesi amacıyla ortaya çıkmamıştır. Aksine, en iyi mevcut dışsal kanıtlardan yararlanmak için hekimin güncel ve ilgili araştırmalar hakkında bilgili olması gerektiği vurgulanmıştır. Kanıta dayalı tıp, hastaya en iyi bakım yolunu bulmayı hedeflerken, aslında tıbbın uzun süredir ayrılmaz bir parçası olan bir ilkeyi temsil etmektedir. Bu nedenle, hekim ve sağlık çalışanının müdahalenin seyrini ve etkilerini dikkatlice değerlendirmesi ve gerektiğinde ayarlamalar yapması büyük önem taşır. KDU her hasta için özelleştirilmiş bir yaklaşım gerektirir; çünkü her hasta farklı özelliklere, tercihlere ve ihtiyaçlara sahiptir. Bu nedenle, kanıtlara dayalı tedavi kararları, hasta ile paylaşılan kararlar ve bireysel hasta değerlerine saygı çerçevesinde yapılmalıdır. Kanıta dayalı tıp uygulamasının etkinliği ve önemi her geçen gün artmakta ve güncel araştırmalar ile desteklenmektedir (25).

2.2.1. Kanıta dayalı uygulamanın tarihçesi

Kanıta dayalı tıbbın felsefi kökenleri 19. yüzyılın ortalarında Parisli hekimler tarafından ortaya atılan bir prensibe dayanır. O dönemde bazı hekimler, aynı hastalığa sahip bireylere farklı tedavi yöntemleri uygulayarak istenilen sonuçları elde edemediklerini fark etmişlerdir. Bu durum, tedavi ve prognoz kararlarının istatistiksel hesaplamalara dayandığı kanıta dayalı tıbbın ortaya çıkmasına yol açmış, böylece hekimler hastaların prognozunu kendi deneyim ve bilgi birikimlerine dayanarak verilen sezgisel tıbbın yerine daha güvenilir bir yaklaşımı benimsemişlerdir (26). 1970'lerde, Archie Cochrane ve diğer araştırmacılar, klinik uygulamanın bilimsel kanıtlara dayanması gerektiğini vurgulayan önemli çalışmalar gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışmalar, o zamandan beri tıbbi uygulamalarda kanıta dayalı yaklaşımın fikirlerini "Etkinlik ve Verimlilik: Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkili Düşünceler" adlı kitabında net bir şekilde ifade etmiştir (25).

Tıbbi literatürde ise 1990 yılında ilk defa "Kanıta Dayalı" sözcüğü David Eddy tarafından kullanılmıştır (27). 1990'ların başlarında, Gordon Guyatt ve meslektaşları tarafından "kanıta dayalı uygulama" terimi popüler hale gelmiştir. Bu dönemde, kanıta dayalı uygulama felsefesi, tanımı ve yaklaşımı, tıp eğitiminde ve klinik uygulamalarda

oldukça fazla önem kazanmıştır (4). 1996 yılında ise David Sackett tarafından kanıta dayalı tıp, yeni bir bilgi edinme, bu bilgiyi değerlendirme ve uygulama yöntemi olarak ortaya konulmuştur. Bu yıllarda eğitim reformları ve tıp eğitimindeki değişimler, deneysel yaklaşımları teşvik etmeye başlamıştır. Deneysel yöntemlerin kullanımı, klinik uygulamaların gelişmesinde önemli bir dönüm noktası olmuştur (19).

Bu çalışmaların sonucunda, sistemli olmayan klinik deneyim ve patofizyolojik temellere olan vurgu oldukça azalmış ve klinik araştırmalardan elde edilen kanıtların incelenmesine teşvik edilmiştir. Bu nedenle, kanıta dayalı tıp, etkili literatür araştırması yapabilme ve klinik literatürü kanıt kurallarına göre değerlendirme gibi yeni beceriler gerektirmiştir (28).

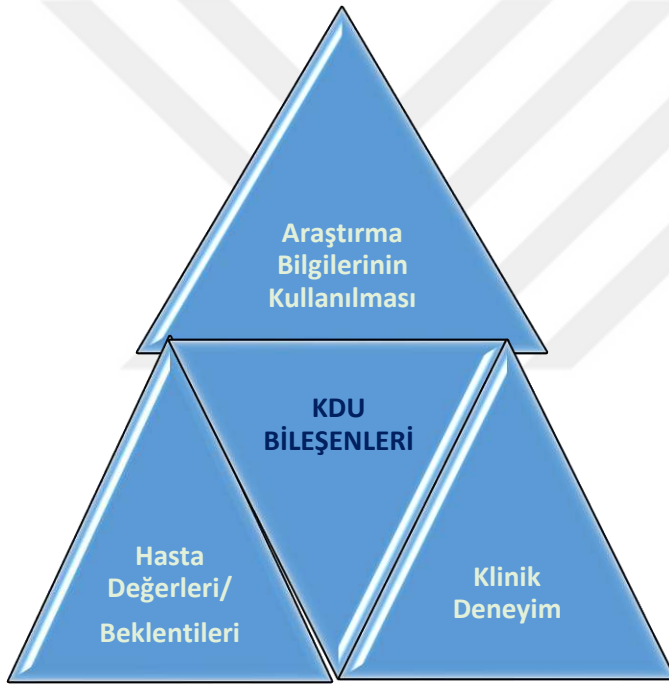
Sonraki on yıl boyunca kanıta dayalı tıpta bir dizi önemli gelişme yaşanmıştır. Bu gelişmeler arasında yapılandırılmış çalışmaların, yüksek ilgi ve kaliteye sahip çalışmaları özetleyen ikincil dergilerin popülerlik kazanması, Cochrane İşbirliği'nin kurulması ve sistematik derlemelerin yapılması, kanıta dayalı karar verme vurgusu yapan yenilikçi tıp metinlerinin yayınlanması yer almaktadır. Tüm bunlar, kanıta dayalı tıba yeni bir kapı aralamıştır. Kanıta dayalı tıbbın prensipleri, lisansüstü, mezuniyet sonrası ve sürekli tıp eğitiminin temel kavramları haline gelmiş ve kurslar, çalışmalar, çevrimiçi kaynaklar çoğalmıştır. Bu süreçte kanıta dayalı tıbbın felsefesi de evrim geçirmiştir (29).

20. yüzyıl tıp araştırmaları ve bilimsel yayınlar arttıkça, kanıta dayalı tıbbi uygulamanın temelleri güçlenmiştir. Rastgele randomize kontrollü klinik çalışmalar gibi güçlü araştırma yöntemleri geliştirilmiştir ve literatür destekli çalışmalar çoğalmıştır (30).

2.2.2. Kanıta dayalı uygulama bileşenleri

KDU, güçlü araştırma kanıtlarının klinik uzmanlıkla birleştirilerek, bireysel hastanın gereksinimlerine dayalı klinik kararlar alınmasını ifade eder. Her geçen gün, KDU'nun uygulayanlar arasında bir uzlaşma aracı olması ve klinik kılavuzların uygulamaya rehberlik etme amacıyla bilgi sağladığı kabul edilmektedir (31).

KDU modelinin 3 tane önemli temel bileşeni bulunmaktadır. Her bir bileşen kendi başına oldukça değerli olmasına rağmen; tam anlamıyla KDU'yu tanımlayabilmek ve etkili bir şekilde fayda görebilmek adına üçünün bir araya gelmesi gerekmektedir. Bu modeli üç bacaklı bir tabure olarak düşünebiliriz. İlk bacak, en iyi mevcut müdahaleleri destekleyen araştırma kanıtlarının kullanılmasını temsil eder. İkinci bacak, klinik deneyimi ve uzmanlığı dikkate alarak uygulayıcının katkısını ifade eder. Üçüncü bacak ise hastanın kültürü, değerleri ve tercihlerini göz önünde bulundurarak müdahale seçimindeki kişiselleştirme sürecini temsil eder (32). Johnson, C. (2008)' göre KDU bileşenleri, araştırma bilgilerinin kullanılması, hasta değerleri/beklentileri ve klinik deneyim bileşenleridir (33). Bu KDU bileşenleri Şekil 2.1 de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Kanıta dayalı uygulama bileşenleri

2.2.3. Araştırma bilgileri

Son yıllarda, bir klinik sorun yelpazesinde kanıta hızlı erişimi kolaylaştırmak amacıyla birçok yeni kaynak geliştirilmiştir. Özellikle internet kullanımının ve erişiminin yaygınlaşması ile beraber elektronik veri tabanları oldukça popüler hale gelmiştir. Bunlardan sık kullanılanları; Web of Knowledge, Medline, PubMed, Scopus, Embase, PEDro, Google Scholar, Web of Science, Cochrane Library, OMICS International, NICE Evidence,

DergiPark ve YÖK Ulusal Tez Merkezi'dir (34). Tablo 2.1'de sık kullanılan bu veritabanların ve arama motorlarının açıklamaları ve ulaşım linkleri verilmiştir (34-36).

Tablo 2.1. Sık kullanılan veritabanları, ulaşım linkleri ve açıklamaları

Medline (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)	Birleşik Devletler Ulusal Tıp Kütüphanesi tarafından oluşturulan veri tabanıdır. Dünyanın en geniş kapsamlı veri tabanı olma özelliğini taşımaktadır.
PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.org/pubmed)	MEDLINE veri tabanı üzerinden arama yapmaya yardımcı arama motorudur. Medline'a ulaşım sağlamak PubMed arama motoru ile mümkün olabilmektedir. Bundan dolayı kendi başına bir veri tabanı değildir.
Scopus (www.scopus.com)	2004 yılında kullanıma açılmış olan çok geniş kapsama sahip yaygın olarak tercih edilen bir veri tabanıdır. Sadece tıp alanına özgü olmayıp birçok farklı alanlarda (kimya, fizik, matematik, sosyal bilimler, biyoloji) yayın ve dergi içermektedir
Embase (www.embase.com)	Embase (Excerpta Medica) veri tabanı 5.000 civarında dergi ve 11 milyon üzerinde makale içeren oldukça geniş çaplı veri tabanıdır. Medline ile karşılaştırıldığında İngilizce dili dışındaki dil verilerindeki oranı daha yüksektir. Bu nedenle İngilizce olmayan literatüre ulaşım daha kolaydır.
PEDro (Physiotherapy Evidence Database/Fizyoterapi Kanıt Veri tabanı) (https://pedro.org.au)	Kanıtı dayalı fizyoterapi uygulamalarını desteklemek amacıyla kurulmuştur. Öncelik amacı ise çalışmaların kalitelerini değerlendirmesidir.
Google Scholar (https://scholar.google.com)	2004 yılından Google tarafından kurulmuştur. Google akademik, tam metin dergi makaleleri, ön baskılar, tezler, kitaplardan oluşan bir arama motorudur.
Web of Science (https://mjl.clarivate.com/)	Dünyanın önde gelen atıf veritabanlarına erişim sağlar. Farklı alanları içermekle beraber özellikle fizik, sağlık, matematik, sosyal bilimler, sanat ve gibi alanlarda geniş arşive sahip veri tabanıdır.
Cochrane Library (https://www.cochranelibrary.com/)	Kanıtı dayalı sağlık hizmetlerini kapsayan bir veritabanıdır. Bu veritabanı sistematik incelemeler, meta-analizler, randomize kontrollü deneyler ve klinik cevaplar hakkında bilgi içermektedir.
OMICS International (https://www.omicsonline.org/)	Açık erişim yayınları ve bilimsel konferanslara ev sahipliği yapmaktadır. Özellikle tıp, ilaç, işletme, mühendislik ve teknoloji gibi alanları kapsamaktadır.
NICE Evidence (https://www.nice.org.uk/)	NICE Evidence arama motoru, birinci basamak sağlık hizmeti ve halk sağlığı ile ilgili yaygın olarak kullanılan bir veritabanıdır. Ayrıca teknoloji değerlendirme klavuzu ve klinik yönergeleri kapsamaktadır.
DergiPark (https://www.dergipark.org.tr)	Dergipark, Türkiye'de akademik hakemli dergilerin çok önemli bir bölümünün bulunduğu ve dergilerin tüm çalışma arşivi, bilgileri, çalışma gönderme sistemleri gibi uygulamalarını da kapsayan önemli bir portaldır.
YÖK Ulusal Tez Merkezi (https://tez.yok.gov.tr)	YÖK Ulusal Tez Merkezi, Türkiye'deki yükseköğretim kurumlarında tamamlanan lisansüstü tezlerin (yüksek lisans ve doktora tezleri) dijital olarak toplandığı ve erişime açıldığı bir elektronik veritabanıdır.

2.2.4. Hasta değerleri ve tercihleri

Kanıtı dayalı uygulama sürecinde üçüncü ve yadsınamayacak başlıklardan biri ise hasta değerleri ve beklentileridir. Bu tercihlerin değerlendirilmeye alınması bireysel müdahale yöntemindeki kişiselleştirme sürecini anlatmaktadır (30). 2008 yılında hasta değerleri ve beklentisi ile ilgili hazırlanan kapsamlı listeye göre maddeler; başvuran kişinin hastalık ya da problemlerinde bulunan farklılıklar, eşlik eden hastalıklar, yaş, cinsiyet, yaşam evreleri, ırk, sosyal sınıf, din, istihdam durumu ve dünya görüşü gibi konuları içermektedir (37). Johnson, C. (2008)' göre KDU bileşenlerinden hasta değerleri aşağıda maddeler halinde anlatmıştır (33).

- Hasta değerleri, ihtiyaçları ve istekleri konu alır.
- Hasta değerleri kültür, cinsiyet, yaş, sosyoekonomik, psikolojik, dini ve ruhsal faktörleri içerir.
- Uygulayıcı, her hastanın benzersiz olduğunu kabul eder.
- Odak noktası, hastanın beklentileri üzerinde olmalıdır.
- Uygulayıcı, hastanın ihtiyaçlarını öncelik sırasına almalıdır.

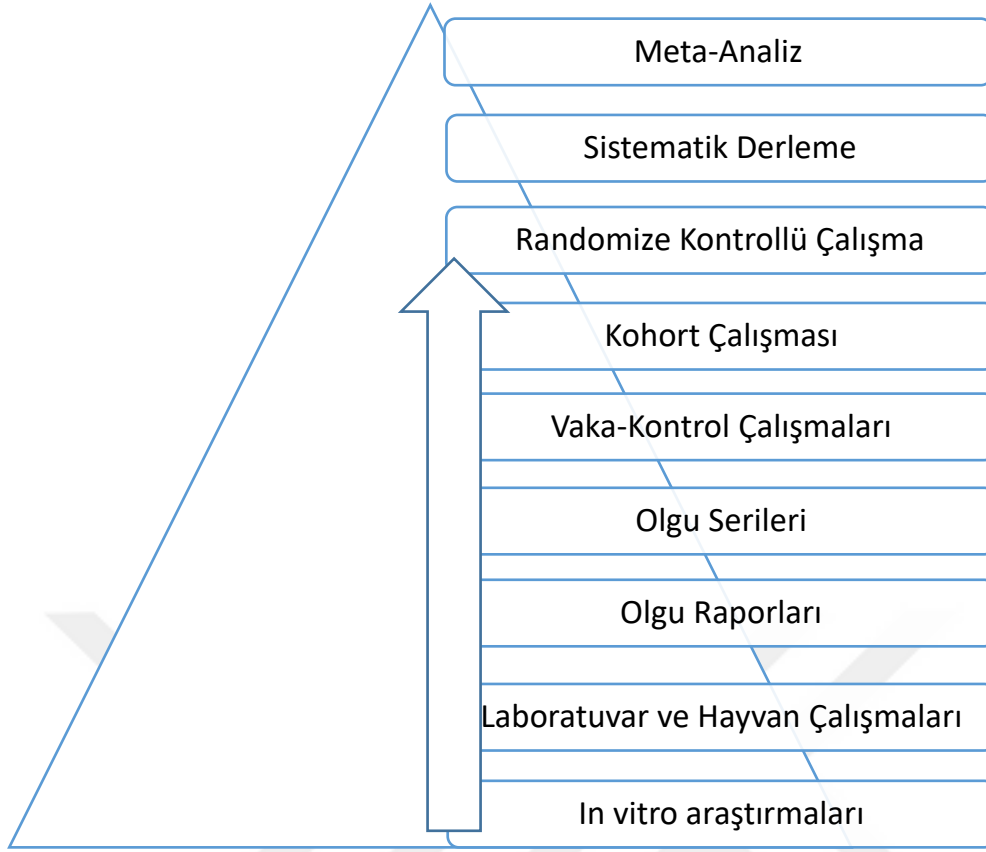
2.2.5. Klinik deneyim

Klinik uzmanlık, bir uygulayıcının hastalar hakkında profesyonel bilgi ve deneyim biriktirmesi olarak açıklanabilir (38). Amerikan Psikoloji Birliği, uzmanların bilgilerini uygulama şekillerinin incelenmesi gerektiğini önermiştir. Araştırma yaparken uzmanların bilgi, deneyim, eleştirel düşünme, tahmin, karar verme, öz eleştiri, elde etmiş olduğu deneyimlerin ileriye dönük tablo oluşturabilmesi, karşılaştırma, teknik ve ilişkisel becerileri sağlama yeteneğine sahip olmaları tanımlamaya yardımcı faktörlerdir. Ayrıca ileri düzeyde eğitim almak, deneyim kazanabilmek için yeterli zaman tanınması, profesyoneller için uzmanlığın gelişmesine olanak sağlar (39). Dünya Fizyoterapi Konfederasyonu'na göre ise; mümkün olan en yüksek kalitede fizyoterapi hizmetlerinin sunumunu sağlamak için gerekli olan kaynaklara erişim imkanının yüksek tutulması, öğrenme ve deneyim fırsatlarının sağlanması gerektiği yönündedir (40). Johnson, C. (2008)'ye göre KDU bileşenlerinden klinik deneyim aşağıdaki 5 madde ile açıklanmıştır (33).

- Uygulayıcının güvenilir, güncel akademik ve klinik eğitimi vardır.
- Klinik deneyimde, uzmanlık mevcuttur ve uygulanması gerekir.
- Uygulayıcı, klinik olarak düşünebilmeli ve bilgisini en etkin şekilde uyguluyor olması gerekir.
- Uygulayıcı, literatürü eleştirel olarak değerlendirebilir.
- Uygulayıcı, klinik karar verme sürecinde aktif olarak rol oynamaktadır.

2.3. Kanıta Dayalı Uygulama Piramidi

Klinik uygulamaların temelini oluşturan kanıtların kalitesi, etkili kararlar almak açısından hayati bir öneme sahiptir. Yüksek kaliteli kanıtlar, güvenilir, doğru ve geçerli bilgiler sunar ve bu da klinik kararların daha sağlam bir temele dayanmasını sağlar. Araştırma tasarımı, yöntemleri, örnekleme, veri analizi ve sonuçların güvenilirliği gibi faktörler, kanıt kalitesini etkiler. Kanıt kalitesi aynı zamanda klinik uygulamalara etki eder ve sağlık profesyonellerine hasta bakımında en iyi kararları verebilmeleri için doğru bilgilere dayandırma imkânı sağlar. Bu nedenle, kanıt kalitesinin değerlendirilmesi ve anlaşılması büyük önem taşır (41). Kanıt piramidi hiyerarşik bir sisteme sahiptir. Bu sistemde deneysel kanıt (meta-analiz ve sistematik derlemeler ve RKÇ), deneysel olmayan kanıt (gözlemsel) ve uzman görüşü olarak sınıflandırılmaktadır (2). Piramide göre en alttan yukarı doğru çıktıkça (in vitro çalışmaları, laboratuvar ve hayvan çalışmaları, olgu raporları, olgu serileri, vaka kontrol çalışmaları, kohort çalışmaları, randomize kontrollü çalışmalar, sistematik derleme ve meta-analiz) kanıt düzeyi artmaktadır (Şekil 2.2).



şekil 2.2. Kanıt piramidi

2.3.1. Meta-Analiz

Meta-analiz, bağımsız çalışma bulgularını bir araya getirerek istatistiksel bir teknik kullanılarak yapılmaktadır. Bu genellikle sağık hizmeti müdahalelerinin klinik etkinliğini değerlendirmek için kullanılır. Meta-analiz, iki veya daha fazla rastgele kontrollü deneyden elde edilen verileri birleştirerek tedavi etkisinin kesin bir tahminini sağlar. Meta-analizin geçerliliği, temel aldığı sistemik derlemenin kalitesine bağlıdır. İyi yapılmış meta-analizler, tüm ilgili çalışmaları kapsar, heterojenlik durumunu değerlendirir ve ana bulguların güvenilirliğini araştırmak için duyarlılık analizinde kullanır (42).

2.3.2. Sistematik derleme

Sistematik derleme yöntemi, meta-analizin temelini oluşturur. Bu yöntemde, belirli bir alanda yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalar kapsamlı bir şekilde incelenir ve kabul-red kriterleri kullanılarak hangi çalışmaların derlemeye dahil edileceği belirlenir. Bu çalışmaların bilgileri sentezlenir ve analiz edilerek sonuçlar elde edilir. Sistematik derleme için bir araştırma sorusu belirlendikten sonra protokol hazırlanır, makaleler seçilir, çalışma kaliteleri bağımsız araştırmacılar tarafından değerlendirilir, veriler çıkarılır, analiz yapılır, sonuçlar yorumlanır ve rapor yazılır. Bu nedenle, sistematik derleme daha objektif bir yaklaşıma ve kurallara bağlı olarak yapılan literatür taraması daha kapsamlı bir içeriğe sahiptir (43). Cochrane derleme yazımı, sağlık araştırmaları alanında sistematik derlemelerin düzenlenmesi ve raporlanması için yaygın olarak kullanılan bir formattır. Bu format, bir sağlık sorununu veya tedavi yöntemini incelemek için yapılan sistematik bir derleme süreci ile oluşturulur. Derlemenin amacı, mevcut araştırmaların niteliklerini değerlendirmek, sonuçları sentezlemek ve kanıtlara dayalı kararlar vermek için güçlü bir şekilde yönlendirilmiş bir yaklaşım kullanmaktır (44).

2.3.3. Randomize kontrollü çalışma

Randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ), yeni bir müdahalenin veya tedavinin etkinliğini ölçmek için yapılan ileriye dönük çalışmalardır. RKÇ, müdahale ile sonuç arasındaki neden-sonuç ilişkisini incelemek için güvenilir ve geçerli bir araç sunar. Bunun nedeni, randomizasyonun, çalışma müdahalesine atfedilen herhangi bir farklılığın sonuca etkisini dengelemesi ve gruplar arasında katılımcı özelliklerini (hem gözlemlenen hem de gözlemlenmeyen) dengelemesidir. Bu dengeleme özelliği yalnızca RKÇ'lere özgüdür. CONSORT listesi, RKÇ denemelerin raporlanmasında kullanılan bir rehberdir. Bu rehber, randomize kontrollü denemelerin raporlama kalitesini artırmayı amaçlar ve bu tür çalışmaların sonuçlarının doğru bir şekilde değerlendirilmesini kolaylaştırır (45). Randomize kontrollü çalışmaların birkaç önemli özelliği vardır. Bunlar;

- Katılımcılar rastgele olarak tedavi gruplarına atanır.
- Çift kör çalışma; hem hastalar hem de araştırmacılar, hangi tedavinin verildiğini çalışma tamamlanana kadar bilmezler. Ancak, her zaman mümkün veya uygun olmayabilir.
- Tek kör çalışma; hastaların tedavi durumunu bilmediği ancak araştırmacıların tedavi durumunu bildiği çalışmalardır. Böylece, hastaların tedaviye olan beklenti ve tutumlarının sonuçları etkilemesi engellenir.
- Paralel grup çalışması; katılımcıların farklı tedavi gruplarına rastgele atanarak eş zamanlı olarak tedavi almasıdır. Bu yöntem, tedavi grupları arasındaki farklılıkları değerlendirmek ve tedavinin etkinliğini belirlemek için kullanılır.
- Tüm müdahale grupları aynı şekilde tedavi edilir, deneysel tedavi dışında diğer faktörler aynı kalır.
- Hastalar, planlanan müdahaleyi deneyimlemiş olsalar da olmasalar da tahsis edildikleri grupta analiz edilir.
- Analiz, önceden belirlenmiş sonuç farkının büyüklüğünü tahmin etmek için müdahale grupları arasında odaklanır (46).

2.3.4. Kohort çalışmaları

Bir kohort çalışması, üzerinde çalışılmak istenilen popülasyonu temsil etmek üzere seçilen bir grup deneğin zaman içinde çalışıldığı bir yöntemdir. Kohort çalışmaları, katılımcıların bir başlangıç noktasından başlayarak belirli bir süre boyunca takip edildiği ve ilgili sonuç ölçütleri üzerinden veri toplandığı çalışmalardır. Bu sonuçlar arasında ölüm, hastalık insidansı, biyolojik değişiklikler veya genel sağlık durumu gözlemi bulunabilir. Kohort çalışmalarının amacı, belirli bir hipotezi test etmek, tanımlayıcı amaçlar için veri toplamak veya hastalıkla ilgili çoklu hipotezlerin test edilmesini kolaylaştırmaktır. Denekler çalışmanın başlangıcında hastalık durumuna sahip değildir ve zamanın farklı noktalarında sağlık sonuçları ve risk faktörlerine maruz kalma ile ilgili veriler toplanır. Bu tür bir çalışma gözlemseldir ve nedensellik faktörlerini incelemek için tercih edilir. Kohort çalışmaları prospektif çalışmalardır (47).

2.3.5. Vaka-kontrol çalışmaları

Vaka-kontrol çalışmaları, vaka ve kontrol gruplarının geriye dönük yöntemlerle elde edilen maruziyet geçmişlerinin karşılaştırıldığı bir yöntemdir. Son yıllarda, bu yöntem geçerli ve maliyet-etkin bir alternatif olarak daha fazla tercih edilmektedir. Araştırmacı, geriye dönük olarak, hangi bireylerin bir olaya veya tedaviye maruz kaldığını veya her bir çalışma grubundaki bir değişkenin yaygınlığını belirler. Nadir bir sonuç olduğunda, vaka-kontrol çalışmaları genellikle tek uygun yaklaşımdır. Bu tür çalışmalar, bir öngörücü değişkenin hastalığın varlığı veya yokluğuyla ilişkili göreceli önemini belirler. Ancak vaka-kontrol çalışmaları geriye dönük olduğundan, göreceli riski hesaplamak için kullanılamazlar. Planlama süresince ilerlenmesi gereken temel basamaklar; deneklerin etkin seçimi, ölçüm ve analiz yöntemleri için değişkenlerin seçimi, durum ve kontrol gruplarının benzerliğinin eşleştirme yoluyla sağlanma seviyesi ve durum ve kontrol grubunun örneklerinin büyüklüğüdür. Bu aşamada dikkatlice planlanmış ve tasarlanmış bir vaka-kontrol çalışması için bu konuların göz önünde bulundurulması önemlidir (48).

2.3.6. Olgu raporları ve olgu serileri

Vaka olgu/serisi, bir hastalığın, tedavinin veya tanısal prosedürlerin bazı klinik, patofizyolojik veya operasyonel yönlerini tanımlamak için kullanılan ortak özelliklere sahip hasta koleksiyonu olarak tanımlanır. Bu hem gözlemsel hem de tanımlayıcı bir araştırma deseni olarak kabul edilir. Vaka serileri, yeni müdahalelerin potansiyel etkinliğini, nadir teşhislerde müdahalenin etkinliğini ve müdahalelere karşı alışılmadık yanıtları tanımlamak için son derece yararlıdır. Bu nedenle, klinik araştırmalarda vaka serileri önemli bir rol oynamaktadır. Vaka serileri retrospektif veya prospektif olarak gerçekleştirilebilir. Vaka raporu/serilerinin benzersiz bir özelliği, kontrollü veya karşılaştırmalı olmamaları ve genellikle göreceli olarak küçük bir hasta sayısına sahip olmalarıdır. Vaka raporları/serileri ve tek öznel deney arasındaki temel fark, vaka raporlarında/serilerinde araştırmacının müdahaleyi kontrol etme veya karşılaştırma grupları oluşturma yeteneğinin olmamasıdır. Bu nedenle, kesin sonuçlar çıkarmak veya tedavinin etkinliğini değerlendirmek için yetersizdirler (49).

2.3.7. Laboratuvar ve hayvan alışmaları

Laboratuvar ve hayvan çalışmaları, bilimsel araştırmalarda önemli bir rol oynayan ve bilgi sağlamak için kullanılan yöntemlerdir. Laboratuvar alışmaları, kontrollü ortamlarda yapılan deneylerdir. Bu çalışmalarda, hücre kültürleri veya doku örnekleri kullanarak moleküler ve hücresel düzeyde araştırmalar yapılır. Hayvan alışmaları ise, canlı organizmalar üzerinde yapılan araştırmalardır. Bu alışmalar, hastalıkların nedenlerini, mekanizmalarını ve tedavi seçeneklerini anlamak için önemli bir araçtır. İnsan anatomisini anlamak ve anlamlandırmak adına önemli bir zemin oluştırmaktadır. Fakat kanıt düzeyinin düşük olması sebebiyle sadece hipotez üreten ve insan çalışmalarına öncülük eden çalışmalardır (50).

2.3.8. In vitro alışmaları

In vitro çalışması, laboratuvar ortamında gerçekleştirilen bir araştırma yöntemidir. Bu alışma tipinde, canlı organizmalar yerine hücre kültürleri veya dokular kullanılır. Bu tür çalışmaların amacı biyolojik süreçleri anlamak, ilaçların etkisini değerlendirmek, hastalıkların mekanizmalarını incelemek ve yeni tedavi yöntemleri geliştirmektir. In vitro çalışmaları farmasötik endüstri, akademi ve düzenleyici sektörlerin gelişimi açısından önem sağladığı için biyoyararlılık verilerini yansıtan in vitro testler geliştirmek arzu edilen bir durumdur. Fakat kanıt derecesi çok düşüktür (51).

2.4. Araştırmalarda Kalite Tanımlaması

Klinik araştırma kalitesi, bir klinik çalışma yönteminin, metodolojik olarak ne kadar sağlam ve güvenilir olduğunu ifade etmektedir. Bu çalışmanın tasarımı, veri toplama yöntemleri, örnekleme stratejisi, analiz yöntemleri ve sonuçların yorumlanması gibi faktörleri içerir. Kaliteli bir klinik araştırma, doğru ve güvenilir sonuçlar elde etmek için uygun yöntemlerin kullanıldığı ve önyargıların minimize edildiğı bir çalışma olarak kabul edilir (52).

Klinik çalışmaların kalitesini değerlendirmek için üç yöntem vardır; bireysel işaretler, kontrol listeleri ve ölçeklerdir. Ölçekler, diğer yöntemlere göre avantaj sağlar çünkü kalite nicel olarak tahmin edebilir, bu tahminler kolayca çoğaltılabilir ve değerlendirme sürecine, sistemik incelemelere resmi olarak dahil edilebilir (53). İlk ölçek 1981 yılında yayımlanmış ve 1993 yılına kadar ek olarak 24 ölçek geliştirilmiştir (54). 1995 yılında 25 ölçek ve 9 onay listesinin varlığı bildirilmiştir (52). Günümüze bu sayı artarak devam etmiştir. En sık ve güvenilerek kullanılan iki onay listesi olan Delphi ve Consort listeleridir. Fizyoterapiyi konu alan randomize kontrollü klinik araştırmalar ve sistematik derlemeler ile hazırlanan bir web-veri tabanı PEDro ise alanında yapılan bilimsel çalışmaların kalite düzeyinin belirlemek amacı ile oluşturulmuş özel bir ölçektir (55).

2.4.1. Delphi listesi

Delphi yöntemi Olaf Helmer, Nicholas Rescher, Norman Dalkey ve diğer araştırmacılar tarafından oluşturulmuş ve geliştirilmiş bir yöntemdir. Bu yöntem, iletişim sürecini yapılandırarak, problem çözümünü kolaylaştırmak ve modelleri oluşturmak için kullanılan bir yöntemdir (56).

Delphi listesi, Delphi yöntemiyle kullanılan bir araştırma aracıdır. Bu liste bir dizi açık uçlu veya kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır ve katılımcılardan bu sorulara cevap vermeleri istenmektedir. Her bir soru, konuyla ilgili uzman görüşlerini ve tahminlerini yansıtır. Katılımcılar, Delphi listesindeki her bir maddenin değerlendirmesini yapar, fikirlerini paylaşır ve gerektiğinde açıklamalar yapar. Bu süreç, katılımcıların anonim kalmasını sağlayarak, kişisel ön yargıların veya dış etkilerin etkisini azaltmayı hedefler (57). 1998 yılında Maastricht Üniversitesinden bir grup araştırmacının oluşturduğu Delphi liste içeriği Tablo 2.2’de yer almaktadır (58).

Tablo 2.2. Delphi listesi

1)Tedavi aşaması a) Randomizasyon yöntemi uygulandı mı? b) Tedavinin ataması gizli tutuldu mu?	Evet	Hayır	Bilmiyorum
2)Araştırma başlangıcında grupların önemli prognostik çeşitlilik açısından benzer yönleri var mıydı?	Evet	Hayır	Bilmiyorum
3)Çalışmaya kabul edilme kriterleri gösterildi mi?	Evet	Hayır	Bilmiyorum
4)Çalışma sonucunu değerlendirmeye alan kişi körleştirildi mi?	Evet	Hayır	Bilmiyorum
5)Tedavi sağlayan kişi körleştirildi mi?	Evet	Hayır	Bilmiyorum
6)Çalışmada yer alan hasta/lar körleştirildi mi?	Evet	Hayır	Bilmiyorum
7)Temel sonuç ölçütleri için nokta tahminleri ve değişkenlik ölçüleri sunuldu mu?	Evet	Hayır	Bilmiyorum
8)Yapılan analiz tedavinin amacına yönelik uygunluk içeriyor mu?	Evet	Hayır	Bilmiyorum

2.4.2. Consort listesi

CONSORT listesi, randomize kontrollü klinik denemelerin raporlanmasında kullanılan bir rehberdir. Bu rehber, randomize kontrollü denemelerin raporlama kalitesini artırmayı amaçlar ve bu tür çalışmaların sonuçlarının doğru bir şekilde değerlendirilmesini kolaylaştırır. CONSORT oluşturulması ile ilgili ilk çabalar 1990'ların ortasında başlamış olup 30 maddelik bir liste yayınlanmıştır (59). Zaman içinde listenin daha güçlenmesi için çalışmalar yapılmış olup 2001'de, 22 maddelik son liste oluşturulmuştur. Liste başlık, özet, giriş, yöntemler, sonuçlar ve tartışma bölümlerinden oluşmaktadır. Ayrıca bir akış şeması (kayıt, tedavi tahsisi, takip ve veri analizi) içermektedir. Kontrol listesi ve şeması bütün olarak CONSORT olarak adlandırılmaktadır (60). Yapılan son yıllardaki çalışmalarda randomize kontrollü araştırmalarda CONSORT kontrol listesini ve akış şemasını kullanımlarının, kaliteyi arttırdığını ve katılımcıların ilerlemesini kolayca takip edilebilme sürecini sağladığını bildirmişlerdir (61).

2.4.3. PEDro ölçeği

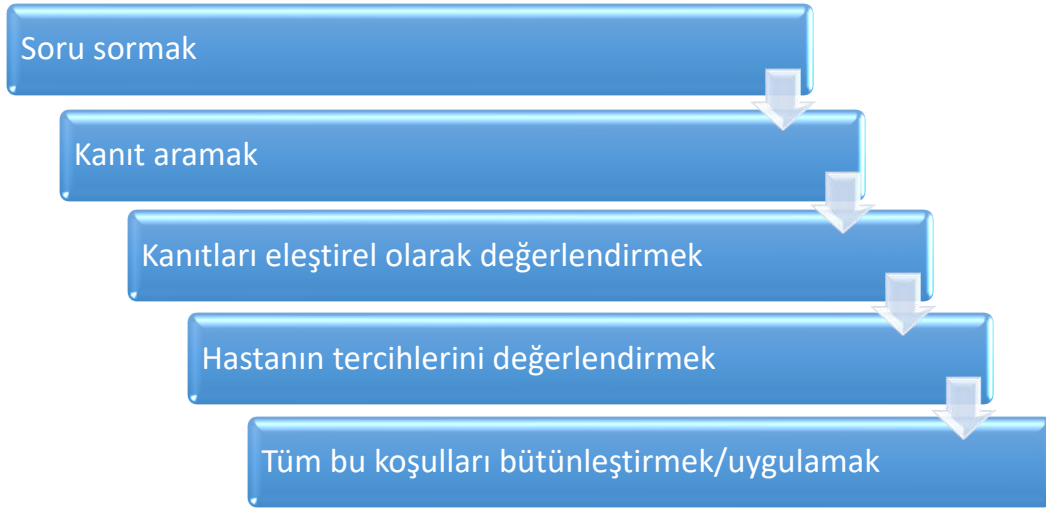
Klinik çalışmaların kalitesini değerlendirmek için birden fazla ölçek bulunmaktadır. Fakat PEDro ölçeği yaygın olarak kullanılan bir ölçek türüdür. "Physiotherapy Evidence Database"nin kısaltmasıdır. Özellikle ve öncelikle fizyoterapi alanında yapılan çalışmaların etkinliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. PEDro ölçeği CONSORT ölçeğine ek maddelerden oluşmaktadır. Bunlar; rastgele seçim yöntemi, tedavide gizli atama, çalışma başındaki benzerlik oranı, katılımcı körleştirmesi, terapist/uygulayıcı körleştirme, değerlendirici körleştirme, en az bir temel sonuç için başlangıçtaki olguların %85'e kadar takibi, amacına uygun olarak yapılan analiz yöntemi, gruplar arası istatistiksel karşılaştırma için en az bir temel sonuç ve prognostik değişkenlik ölçütleridir. Maddeler ya mevcut (1) (Evet) ya da yok (0)(Hayır) olarak puanlanmaktadır. Sonuç verileri ise genel kapsamda 10 üzerinden puanlanmaktadır. PEDro'nun klinik çalışmalarda metodolojik kaliteyi değerlendirmek için kullanılması etkin bir yöntem olduğu bildirilmiştir (62).

2.5. Kanıta Dayalı Uygulama Süreçleri

Dünya Fizyoterapi Konfederasyonu (WCPT) , kanıta dayalı fizyoterapi uygulamasının giriş seviyesi fizyoterapi eğitim programlarında başlamasını ve sürekli mesleki gelişim fırsatlarıyla devam edecek şekilde yaşam boyu öğrenme faaliyetlerinin sağlanmasını, kolaylaştırmayı ve teşvik etmeyi önermektedir (40). Sackett ve arkadaşları KDU süreçlerini 5 başlıkta toplamışlardır (63). Bunlar;

1. İlk olarak karşılaşılan problem ya da soruna uygun bir soru oluşturulması,
2. En uygun ve doğru kanıt araştırması için kapsamlı olarak yapılan literatür taraması,
3. Bulunan kanıtların her yönüyle değerlendirilmeye alınması,
4. Elde edilen en uygun kanıtın hastanın özellikleri, hasta beklentileri ve değerleri ile birleştirilerek uygun karara ulaşılması,
5. Tüm bu 4 basamağın oluşturduğu sürecin takip edilmesi ve objektif olarak değerlendirilme yapılmasıdır.

KDU'yu etkili bir şekilde uygulamak için oluşturulan beş adım Şekil 2.3'de gösterilmiştir.



Şekil 2.3. Kanıta Dayalı Uygulama Basamakları

KDU'nun ilk adımı, klinik uygulamayla ilgili sorular sormaktır. Sorular, hastanın tanısı, prognozu, tedavisi, diğer klinik ve sağlık sorunları hakkında bilgi edinmeyi amaçlar. Soru sorma basamağı kendi içinden 2'ye ayrılmaktadır. Bunlar arka plan soruları ve ön plan sorularıdır. Arka plan sorularındaki temel amaç; hastalık veya durum hakkındaki genel bilgileri içermektedir. Bunlar kim, ne zaman, nerede, nasıl, neden ve ne sorularıdır. Ön plandaki sorunlar ise mevcut halde bulunan hastalık ya da durumu hakkında klinik olarak karar verme esasına dayanmaktadır. Bu sorular "PICO" formatı formüle edilir. Tablo 2.4'de PICO formatı ve örneği gösterilmiştir (64).

Tablo 2.3. PICO formatı ve örneği

Soru: Kronik boyun ağrısı olan yetişkinlerde fiziksel terapinin etkisi nedir?	
P(Patients/Population)/ Hastalar/Popülasyon	Kronik boyun ağrısı olan yetişkin bireyler
I(Intervention)/ Müdahale, test	Fizyoterapi Yaklaşımları
C(Comparison)/ Karşılaştırma	Plasebo ya da uygulanan standart tedavi
O(Outcomes)/ Sonuçlar	Ağrı şiddeti, günlük yaşam aktiviteleri ve fonksiyonel hareketlilik

Tablo oluşturulurken yapılan çalışmalardan esinlenilmiştir (63,65).

2.Adım olan kanıt arama basamağını tanımlamak için 2001 yılında 4S piramidi tanımlanmıştır. Piramidin en altındaki basamak çalışma, yukarıya doğru sentez, özet ve en üstteki sistem basamağını oluşturmaktadır (66). 2006 yılında ise 4S modeli 5S modeli ile güncellenmiştir. Aynı araştırmacı tarafından oluşturulan 5S modeli ise 4S modeline ek olarak alt katmanlardan en iyi mevcut kanıtları birleştirerek kanıta dayalı uygulama yönergeleri geliştirmek adına sonuçlar basamağı konulmuştur (67). 5S modeli 2009 yılında 6S modeline dönüştürülmüştür. En alttan ikinci katmanda çalışmaların özetleri ve en alttan dördüncü katmanda sentezlerin özetleri dahil edilmiştir (68) (Şekil 2.6).



Şekil 2.4. Kanıt arama basamağında 6S modeli

3. Adım olan kanıtları eleştirisel olarak değerlendirme basamağı için klinik olan kanıtların geçerliliğinin bilinmesi gerekmektedir. Bu adımda, makalelerin geçerliliği (gerçeğe yakınlık) ve kullanılabilirliği (klinik uygulanabilirlik) açısından eleştirilmesi gerekmektedir. Araştırmanın yöntemi, örneklemin büyüklüğü, sonuçların istatistiksel anlamlılığı gibi faktörler dikkate alınır, kanıtların güvenilirliği ve etkinliği değerlendirilir. Bu birkaç soru ile özetlenebilir; Denekler tedavi grubuna rastgele olarak mı atandı? Çalışmanın sonucunda bütün konular açıklığa kavuştu mu? Çalışma "kör" müydü? Başlangıcında çalışma grupları benzer miydi? Çalışma gruplarına eşit olarak davranıldı mı? Tedavinin etkisinin büyüklüğü ne kadar? Tedavi etkisinin tahmini ne kadarı kesinleşti? gibi sorular ile kanıtların güvenilirliği ve etkinliği değerlendirilir (69).

4. adım ise hasta tercihlerini değerlendirmektir. Burada, hastanın kendi tercihleri, inançları, kültürel ve sosyal faktörleri göz önünde bulundurularak tedavi seçeneklerinin hastaya sunulması ve hasta ile paylaşılması önemlidir. Hasta ve klinisyen arasında etkileşim ve ortak karar verme süreci bu adımda gerçekleşir (64).

5. ve son adım olan tüm koşulları bütünleştirme ve değerlendirme basamağı ise; ilk 4 basamak sonucunda toplanan bütün verilerin tümünü birleştirilerek, dış etkenlerden bağımsız olarak değerlendirilmeye alınması ve bu değerlendirme sürecinin ilk basamaktan itibaren başlamasını sağlamak, bu süreci etkin olarak yöneterek sonuca ulaştırmaktadır. Bu adımda, hasta bireysel özellikleri, tercihleri ve değerleri dikkate alınarak uygun tedavi seçenekleri belirlenir ve uygulanır (63).

2.6. Kanıta Dayalı Uygulama ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

2.6.1. Fizyoterapistlerin kanıta dayalı uygulama bilgisi

KDU, sağlık sektörü tarafından güvenli ve yararlı sağlık hizmetlerinin sağlanması için altın standart olarak kabul edilmiştir. Özellikle fizyoterapi ve rehabilitasyon olmak üzere KDU ilkelerini kullanımının benimsenmesi tüm sağlık alanlarında teşvik edilmiştir. Son yıllarda, araştırma kanıtlarının fizyoterapi pratiğine entegrasyonu, KDU kavramı yoluyla teşvik edilmiştir; öyle ki, tüm uygulama alanlarından fizyoterapistler, tedavi yaklaşımlarında araştırma kanıtlarının kullanımını artırmaya devam etmektedir (4). Bu bağlamda, KDU değerlendirmesi, genellikle kişisel bildirim araçları kullanılarak yapılmakta ve literatür 15 yılı aşkın bir süredir çok sayıda aracın kullanıldığını göstermektedir (70). Fizyoterapistlerin ve ergoterapistlerin diğer sağlık meslekleri çalışanlarına kıyasla daha sık araştırmaları okuduğu ve incelediği bunun sonucu olarak da KDU karar verme sürecine yardımcı olduğunu belirtme olasılığının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (71). İngiltere’de yapılan bir çalışmada, fizyoterapistlerle diğer sağlık meslek çalışanları arasında bazı farklılıklar saptanmıştır. Fizyoterapistlerin, belirlenen araştırmayı saptama gibi birkaç yönde daha başarılı olduğu bildirilirken, bilgi eksikliklerini saptama ve inceleme gibi diğer yönlerde daha az başarılı olduğu tespit edilmiştir (72). Finlandiya ve Hollandaki sağlık meslek grupları arasında KDU kullanımını araştıran bir çalışmada ise çıkan sonuca göre fizyoterapistlerin KDU’yu daha sıklıkla kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (73). 2003 yılında

İngiltere’de yapılan bir çalışmada hemşireler ile fizyoterapistler arasında KDU kullanımı ile ilgili etkin bir karşılaştırılma yapılmış olup, her iki meslek grubu içinde zaman bariyeri istatistikleri çok yüksek iken fizyoterapistlerin hemşirelere göre KDU kullanım yeteneklerinin daha fazla olduğu görülmüştür (74). Suudi-Arabistan’da yapılan başka bir çalışmada ise KDU’nun fizyoterapistler üzerindeki etkileri araştırılmış olup genel olarak sonuçlar fizyoterapistlerin KDU kullanımına karşı olumlu bir tutum sergilediğini göstermiştir. Aynı zamanda, sonuçlara göre lisansüstü akademik derecelere sahip fizyoterapistlerin bilimsel literatürün önemi konusunda daha olumlu tutumlara sahip olma eğiliminde olduklarını ve KDU’ya yardımcı olarak gördükleri sonucuna varılmıştır (75).

2.6.2. Dünya’da fizyoterapi ve rehabilitasyon ve kanıta dayalı uygulama

KDU fikri fizyoterapi klinik uygulamasında son yirmi yılda önem kazanmıştır. Dünya’da fizyoterapistlerin KDU hakkındaki fikir, tutum, inanç ve engellerini inceleyen çalışmalar mevcuttur (76). APTA, derneğe üye olan fizyoterapistlerin KDU ile ilgili inançlarını, tutumlarını, bilgi düzeylerini ve davranışlarını incelemek için çalışma yapmıştır. Yaptıkları çalışmada kullandıkları anketi doktorların kanıta dayalı tıp konusundaki tutumlarını incelemek için kullanılan bir anketten esinlenerek oluşturmuşlardır. 488 fizyoterapist de uyguladıkları bu anketin sonucuna göre ise; kanıt kullanımının uygulamada önemli bir yere sahip olduğunu, literatürün uygulamalara oldukça yardımcı olduğunu ve KDU’nun kullanıldığı durumlarda hasta bakımının kalitesinin arttığını belirtmişlerdir. Katılımcıların çoğunun çevrimiçi bilgilere erişim olduğunu fakat zamanın bu konuda bir numaralı engel olduğunu belirtmişlerdir (77). Belçika’daki fizyoterapistler üzerine yapılan bir çalışmada ise, yüksek iş yükü nedeniyle ilgili literatüre başvurmanın zor olduğunu ve buna zaman bulamadıklarını; dolayısıyla erişim zorluğundan çok özellikle klinikte zaman ayıramadıklarını belirtmişlerdir (78). Birleşik Arap Emirlikleri (BAE), 258 fizyoterapist üzerinde KDU’nun davranış, tutum, farkındalık, bilgi ve engellerini araştırmışlardır. Araştırma sonuçlarına göre ise katılımcılar, araştırma ve literatür taramanın güncel olması gerektiğini, KDU hakkında bilgi ve becerilerin yeterli düzeyde olmadığını, özellikle eğitim konusunda eksiklerin olduğunu belirtmişlerdir (79). İtalyan Fizyoterapist Derneği üyelerinden oluşan 370 fizyoterapist üzerinde KDU’nun bilgi, kullanım, tutum ve fizyoterapistler arasında yayılmasının önündeki algılanan engelleri keşfetmek amacıyla yapılan araştırmada, literatürde bildirilen anketlere benzer olarak kendilerine özgün anket

uygulamışlardır. Sonuçlara göre KDU'nun klinik uygulamalar için yararlı ve gerekli olduğu, KDU ilkelerine oldukça aşina oldukları, veritabanı ve istatistik analiz kullanabildiklerini saptanmış olup; zaman faktörünün engel olarak ilk sırada yer aldığını belirtmişlerdir. Ek olarak KDU'ya ilişkin tutum incelenirken yüksek lisans ve doktora derecesine sahip fizyoterapistlerin KDU modelini daha fazla tanıma eğiliminde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (80). Japon fizyoterapistlerin KDU ve klinik uygulama kılavuzlarına yönelik tutumlarını araştırmak için 384 fizyoterapistle kendilerine özgün olarak oluşturdukları 42 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Sonuçlara göre ise KDU'nun öneminin kavranmış olduğu ve fizyoterapistlerin %11'lik oranın KDU konusunda eğitim aldığı gösterilmiştir (70). Malezya, Nepal, Suudi Arabistan, Vietnam, Avustralya ve Kolombiyalı fizyoterapistlerin KDU'ya karşı bilgi ve becerileri, araştırmacıların kendileri tarafından oluşturdukları anketler ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar bir önceki çalışmalara benzer olup; Malezya'da ki araştırmada elektronik veritabanına erişim ve araştırma kanıtlarının genelleştirilebilirliğinin eksikliğini, Nepal'de en büyük engelin yetersiz zaman olduğunu ve KDU'yu içeren sürekli mesleki gelişim eğitimlerinin büyük önem taşıdığı rapor edilmiştir (81,82). Suudi Arabistan'da KDU'nın önündeki en büyük engelin, eğitimde yetersiz öğretim (%1 ile araştırma bilgisi ve %36.4 beceri eksikliği) olduğunu, Vietnam'da genel olarak fizyoterapistlerin KDU'ya karşı olumlu tutum sergiledikleri, KDU bilgisi ve kullanımı arasındaki uyumsuzluğun akademik eğitimde KDU eksikliğinden kaynaklanabileceği gösterilmiştir (5,83). Avustralya'da yapılan çalışmada KDU'ya karşı genel olarak olumlu tutum sergilediklerini ancak güncel literatüre bağlı kalmak için gereken sürenin olmadığı, literatür tarama ve araştırma becerilerinin yeterli olmadığı; Kolombiyalı fizyoterapistlerin ise araştırma becerilerinin eksikliği, istatistiksel hesaplarda yorum yapamama ve zaman yetersizliği olarak KDU engellerini tanımladıkları belirtilmiştir (84,85).

2.6.3. Türkiye'de fizyoterapi ve rehabilitasyon ve kanıta dayalı uygulama

Başlıca sağlık bilimleri olmak üzere fizyoterapi ve rehabilitasyonun birçok alanında tedavi yaklaşımları ile ilgili kanıta dayalı uygulama derleme çalışmaları mevcuttur. Ancak kanıta dayalı uygulama sürecini geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı kullanarak fizyoterapistlerde değerlendiren çalışma mevcut değildir. Fizyoterapistlerin KDU'ları kullanıp kullanmadığını, uyum ve etkilerini değerlendiren Türkiye'de sadece bir tez çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada fizyoterapistlere yönlendirilen anket sorularının yazarın

kendisi tarafından oluşturduğu görülmüştür. Dolayısıyla yapılan bu anketin geçerliliği ve güvenilirliği mevcut değildir ve nitel ve nicel analiz yöntemlerine başvurulmadığı bilinmektedir (8).

2.7. Kanıta Dayalı Uygulama Eğitimi

KDU, fizyoterapinin hem tanısal süreçlerinde hem de tedavi planlarının oluşturulmasında başarıyla kullanılarak hastaların sağlık sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahiptir. Fizyoterapi uygulaması, hastaların ihtiyaçlarına göre belirlendiği ve özel tedavi planlarına dahil edildiği ölçüde gelişmekte, hastaların daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmalarına yardımcı olmakta ve bu da KDU aracılığıyla gerçekleşmektedir. Fizyoterapistler KDU'yu kullanarak mesleki olarak önemli deneyimler elde etmektedir (86). Fizyoterapi öğrencilerinin KDU içerikli dersleri alıp, aldıkları ders sonrasında klinik pratiğe uygulamaları ile KDU tutum, bilgi ve beceri davranışlarında olumlu ve önemli değişiklikler olduğu saptanmıştır (87).

WCPT, fizyoterapistlerin kanıt arama ve araştırma makalelerini eleştirel bir şekilde değerlendirme gibi belirli becerilere ihtiyaç duyduklarını vurgulayarak, KDU'nun uygulanmasında bilgi ve beceri gerektiğini belirtmiştir (40). Bu nedenle, fizyoterapistlere KDU ve araştırma yöntemleri konusunda eğitim vermek, mesleğin güncel kanıtlarla aşına olmasını sağlamak için önemli bir fırsat sunmaktadır. Bu bağlamda, lisans ve lisansüstü programlarda KDU eğitimi, sağlık profesyonellerinin ihtiyaçlarına odaklanmayı ve KDU becerilerini geliştirmeyi hedeflemelidir (5). Eğitim içerikleri hazırlanırken ulusal ve uluslararası akreditasyon kriterlerine uygun olarak kalite ve yönetim süreçlerine odaklanılmalıdır. Aynı zamanda, KDU yaklaşımının eğitim ve öğretim süreçlerinde yer alması için planlamalar yapılmalıdır. Dünya genelinde, fizyoterapi ve rehabilitasyon eğitimi müfredatlarında KDU'nun zorunlu hale getirilmesi giderek yaygınlaşmaktadır (88). Avrupa'daki bulunan fizyoterapistleri ve fizyoterapi öğrencilerini bir araya getiren bir organizasyon olan ENPHE fizyoterapi de bulunan eğitim programlarını düzenlemek, tartışmak, eğitim standartlarını yüksek kaliteye taşımak için KDU'yu teşvik etmektedir (89). APTA, Amerika Birleşik Devletleri'nde fizyoterapistlerin mesleki çıkarlarını korumak, mesleki standartları geliştirmek ve fizyoterapi hizmetlerinin kalitesini artırmak amacıyla kurulmuş bir meslek örgütüdür. APTA, fizyoterapistlerin eğitimini desteklemek, mesleki

gelişimlerini teşvik etmek, etik standartları belirlemek, politika oluşturma süreçlerinde etkin rol oynamak, araştırmaları desteklemek ve kamuoyunu fizyoterapi hakkında bilinçlendirmek gibi birçok faaliyet yürütmektedir. 2014'te Doktor Fizik Tedavi Eğitimi Kanıta Dayalı Uygulama müfredatı yönergeleri, kanıta dayalı uygulama özel grubu tarafından yayınlanmıştır. KDU müfredat yönergelerinde KDU için önerilen minimum standartlar ve fizyoterapist eğitim müfredatına bütünleştiren içerik tanımlanmaktadır (90). CAPTE, Fizyoterapi Eğitimi Akreditasyon Komisyonu, Amerika Birleşik Devletleri'nde fizyoterapi eğitimi programlarını akredite eden ve denetleyen bir kuruluştur. CAPTE, ABD'deki lisans düzeyinde fizyoterapi eğitimi programlarının kalitesini değerlendirir ve akreditasyon sürecini yönetir (91).

Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tarafından belirlenen Fizyoterapi Rehabilitasyon Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (2016), KDU yaklaşımının ve ölçüm araçlarının kullanımının değerlendirildiği bir yapıya sahiptir. Bu ulusal çekirdek programıda, fizyoterapistlerin KDU alanında sahip olmaları gereken yeterlilikler saptanmıştır. Fizyoterapistlerin temel tıp bilimleri kavramlarını ve prensiplerini, fizyoterapi değerlendirme süreçlerinin temel unsurlarını ve yöntemsel uygulama prensiplerini tanımlamaları, verileri analiz ederek akıl yürütme ve problem çözme süreçleri doğrultusunda klinik değerlendirme araç ve yöntemlerini doğru şekilde sıralamaları beklenmektedir (8). Türkiye'de Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Sağlık Bilimleri Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (SABAK)'ın tarafından değerlendirilmekte ve akredite edilmektedir. Türkiye'de Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümlerinde çekirdek müfredat programı bulunmaktadır. Bu program kapsamında ulusal ve uluslararası akreditasyon süreçlerinin uygulanması, fizyoterapi ve rehabilitasyon eğitiminde güçlü bir temel oluşturmaktadır. Ülkemizde birçok üniversitede bu bilgi ve beceri hedeflerinin KDU temelli olarak kazandırılması için doğrudan zorunlu KDU dersleri açılmıştır. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümlerinin internet siteleri üzerinden yapılan incelemelerde, "kanıta dayalı" ismiyle zorunlu ders açan üniversitelerin oranının %5,2 olduğunu göstermektedir (92). Bu oran oldukça düşük bir oran olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.8. Kanıta Dayalı Uygulama Bilgi ve Tutum Düzeyini Değerlendiren Ölçüm Araçları

Kanıta dayalı uygulama bilgi, tutum, davranış, engeller ve kolaylaştırıcıları değerlendiren dünyada birçok ölçek geliştirilmiştir. Bunlar; Kanıta dayalı uygulama anketi (Evidence-based practice questionnaire (EBPQ)), Araştırma kullanımının önündeki engeller ölçeği (Barriers to research utilization scale (BARRIERS)), Kanıta dayalı uygulama tutum ve kullanım anketi (Evidence-based practice attitude and utilization survey (EBASE)), Kanıta dayalı uygulama süreci değerlendirme ölçeği (EBP Process Assessment Scale), Kanıta dayalı profesyonel uygulama ölçeği (Evidence-based Professional Practice Scale (EBPP-S)), Fresno Anketi, Kanıta dayalı uygulama inanç ölçeği (Evidence-Based Practice Beliefs Scale (EBP-B)) ve Kanıta dayalı uygulama ölçeği (Evidence-Based Practice Implementation Scale (EBP-I)) ölçeğidir. KDU'yu değerlendiren bu anketlerin geçerliği ve güvenilirliği mevcuttur fakat fizyoterapist popülasyonu üzerinde incelenme yapılmamıştır (93-100).

Fizyoterapistler üzerinde KDU'yu inceleyen anketler ise; Kanıta Dayalı Uygulama Tutum Ölçeği (Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)) ölçeği; sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcıların kanıta dayalı uygulamaları benimsemeye yönelik tutumlarını değerlendiren 4 alt parametreden (gereksinimler, çekicilik, açıklık ve sapma) oluşmaktadır. Amerika'da geçerliği ve güvenilirliği sağlanmış olan bu anket İzlanda'da fizyoterapistler üzerine analiz edilmiş olup; sonuçlar, KDU'ya yönelik tutum olgusunun anlaşılmasını kolaylaştırdığını ve bu tutumların potansiyel olarak değiştirilebilir boyutlarını ve fizyoterapistlerin çalışma ortamları ile ilişkili özelliklerini gösterebileceği sonucuna ulaşmışlardır (101, 102).

ABD'de fizyoterapistlerin bilgi ve becerisini değerlendirmek için geliştirilmiş Modifiye FRESNO Anketi; geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna varılmıştır (103).

Kanıta Dayalı Uygulama Güveni (Evidence-Based Practice Confidence Scale) Ölçeği (EPIC), sağlık çalışanları için oluşturulmuş KDU adımlarını inceleyen ve 11 maddeden oluşan bir ölçektir. Kanada'da fizyoterapistler üzerinde incelenmiş olan anketin geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış ve fizyoterapistlerin KDU kullanımındaki öz-yeterlilik ölçümünü test etmekte uygulanabilir olduğu saptanmıştır (104).

Araştırma Kanıt Yeterlilikleri Bilgisi (Knowledge of Research Evidence Competencies (K-REC); bilişsel becerileri, bilginin uygulanması konusundaki yetenekleri değerlendiren maddelerin kombinasyonunu içermektedir. Avustralya’da fizyoterapi öğrencilerine uygulanan bu anketin KDU’nun ilk 3 bileşeni olan soru sorma, bilgi edinme ve değerlendirme için geçerli ve kullanılabilir olduğu sonucuna varmışlardır (105).

Amerika’da fizyoterapistlerin KDU dayalı bilgi ve tutumunu değerlendirmek için kendilerine öz (Evidence-Based Practice (EBP) Questionnaire) isimli KDU ölçeği oluşturmuşlardır. Ancak bu anketin geçerlilik ve güvenirliği psikometrik analizlerle incelenmemiştir (106).

Birleşik Arap Emirliklerinde’ki araştırmacılar, kendi oluşturdukları KDU anketini fizyoterapistler üzerinde incelenmiştir. Ankette KDU davranış, tutum, farkındalık, bilgi, örgün eğitim ve engellerini sorgulayan 15 adet kapalı uçlu soru yer almaktadır. Anketin geçerliliği, 0.92 cronbach alfa katsayısı ile rapor edilmiştir ve orijinal anket ile uyumlu korelasyon göstermiştir. Anketin güvenirliği ile ilgili gerekli inceleme yapılmamıştır (5).

Türkiye’de KDU değerlendirme aracı olarak kullanılan ölçekler; Kanıta Dayalı Uygulama Tutum Ölçeği-36 (EPBAS-36 Ölçeği); ruh sağlığı ve sosyal hizmet sağlayıcılarının KDU’yu benimsemeye yönelik tutumlarını değerlendirmek için geliştirilmiş 36 maddelik bir araçtır (107). Türkiye bazlı tez çalışmasında Kanıta Dayalı Uygulama Tutum Ölçeği-36’nın Türkçe geçerliliği ve güvenirliği incelenmiş olup, hemşireler üzerinde analiz yapılmıştır. Fakat araştırmada bu anketin sadece hemşire ve hekimlere uygun olduğu sonucu ortaya konulmuştur (9). Bilgimiz dahilinde henüz yayın haline getirilmemiştir. Diğer bir ölçek olan Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği; 2020 yılında sosyal hizmet uzmanlarında Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği incelenmiştir. Bu anketde sosyal hizmet uzmanı ifadesini içeren sorular yer aldığı için sosyal hizmet uzmanlarında kullanılması önerilmektedir (10). Türkiye’ de KDU bilgi, beceri, kullanımını ayrıntılı inceleyen ve tüm sağlık personellerine uygulanmasının yanısıra fizyoterapistlere uygulanan KDU anketinin mevcut olmadığı görülmektedir. Hem tüm sağlık meslek gruplarına uygulanabilen ve fizyoterapi mesleğindeki KDU etkinliğini değerlendiren ölçme araçlarına ihtiyaç vardır.

2.9. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi (SB-KDU)

İspanyol sağlık profesyonelleri tarafından oluşturulan Sağlık Bilimleri-Kanıta Dayalı Uygulama anketi (Health Sciences-Evidence Based Practice Questionnaire); KDU ile ilgili bilgi ve davranışları ölçen psikometrik özelliklerinin incelendiği bir ölçme aracıdır. SB-KDU Anketi çok yönlü olarak ele alınmış olup 3 başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar; inançlar ve tutumlar, uygulama ve engeller-kolaylaştırıcılarıdır. Bu başlıkların birbirlerine bağlılığı ve uyumu değerlendirilmektedir. Anketin ilk bölümü olan inançlar ve tutumlar kısmı; fizyoterapistlerin kanıta dayalı olarak kullandığı uygulamaların kullanımı ve bunların neler olduğu, bu uygulamalarının mesleki roldeki önemi, KDU'ların mesleki uygulamada karar vermeye yardımcı olma durumunu ve mesleki uygulamalar ile KDU arasında ilişkileri saptamaya yöneliktir. Anketin ikinci bölümü olan uygulama ise; mesleki uygulamalarda kullanılan bilimsel araştırma yöntemlerini ve bu yöntemleri kullanma becerisini, mesleki uygulamanın geliştirilmesi; mesleki uygulamada kullanılması tercih edilen yöntemlerin kararını verirken etkilenilen durumları, seçenekleri ve sonuçları değerlendirirken değerlendirme araçlarının kullanımını sorgulamaktadır. Son kısım olan engeller-kolaylaştırıcılar bölümünde ise; iş yerlerinde bilimsel araştırmalara ulaşma imkanları ve kanıta dayalı uygulamaların kullanılabilirliği ve ulaşılabilirlik durumunu içeren sorular yer almaktadır (12). SB-KDU, Likert tip ölçeği yanıt biçimine sahip, 1 "Kesinlikle katılmıyorum" ile 10 "Tamamen katılıyorum" arasında, 60 maddeden oluşan bir ankettir. 3 alt parametresi olan anket; (1) İnançlar-Tutumlar (toplam puanları 12 ile 120 arasında değişen 12 madde), (2) Uygulama (puanları 36 ile 360 arasında değişen 36 madde), ve (3) Engeller-Kolaylaştırıcılar (12 ile 120 arasında değişen puanlarla 12 madde) dir. Daha yüksek puanlar, klinik uygulamada KDU' nun uygulanmasına yönelik daha fazla destekleyici tutum veya davranışı gösterir. Dolayısıyla SB-KDU anketi 3 ana başlık altında, çok yönlü bir değerlendirme içermektedir. SB-KDU anketinin İspanyol ve İngilizce versiyonu, delphi tekniği kullanılarak, içerik ve yapı geçerliliği yapılarak geliştirilmiştir. SB-KDU Anketi, KDU yapısının kapsamlı bir teorik analizini ve işlevselleştirilmesini içerir ve uluslararası test geliştirme ve doğrulama standartlarının gerekliliklerine uygun olarak psikometrik geçerliliğe dair yeterli kalitede kanıt sağlamaktadır (14).

SB-KDU Anketi, KDU'larının engellerini/kolaylaştırıcılarının ölçümünü içeren bir bölüme sahiptir ve tüm sağlık mesleklerine uygulanmak üzere tasarlanmıştır. Tüm bu özellikler, SB-KDU'nun sağlık profesyonellerinde KDU'yu iyileştirmeye yönelik belirli

müdahalelerin etkisini değerlendirmek için kullanılabileceğini ve hatta sağlıkla ilgili üniversite eğitim müfredatında KDU yönetimi için bir rehber olarak hizmet edebileceği anlamına gelir (1,14). Anketin kendisini oluşturan Fernández ve ark (2022) İspanya'daki fizyoterapistlere anketi uygulamışlardır. Anketin sonucunda İspanyol fizyoterapistlerin KDU hakkında güçlü olumlu tutumlar ve inançlar sergilediği ve özellikle klinik sağlık hizmetleri faaliyetine odaklanan profesyoneller için kurumsal faktörlerin KDU uygulamasının önündeki ana engel olarak kabul edildiği ortaya konulmaktadır. Daha spesifik olarak, SB-KDU Anketinin, Dünya Fizyoterapi akreditasyon sisteminin gerekliliklerini karşıladığı için fizyoterapistlerin de KDU'nun mesleki roldeki önemini, tedavideki karar verme sürecine doğrudan ya da dolaylı etkisini değerlendirmek, tedavide kullanılabilecek hasta yararına olmayan uygulamaların önüne geçilmesi adına yararlı olabileceğini bildirmişlerdir (1).

SB-KDU Anketinin kültürler arası adaptasyonu dünya çapında başlatılmıştır. 2017 yılında yapılan bir çalışmada; Çince versiyonun da geçerlilik ve güvenilirlik araştırılmıştır. Bu çalışma Tayvan'daki bir hastanede hemşireler üzerinde uygulanmıştır ve sonucunda içerik geçerliliğine ilişkin ön kanıtlar oluşturulmuştur (15). Takasaki ve ark (2021), bu anketin Japonca geçerlilik ve güvenilirliğini inceledikleri çalışmaya, hemşire (%36.7), ergoterapist (%26.6) ve fizyoterapistleri (%36.7) dahil etmişlerdir. Bu mesleklerde yeterli iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliğine dair ön kanıtlar sağlanmıştır (16). 2023 yılında bu anketinin Vietnam dilinde geçerlik ve güvenilirliği test edilmiştir. Çalışma 343 ebe üzerinde gerçekleştirilmiş olup, SB-KDU Anketinin Vietnamlı sağlık uzmanları arasında KDU'nun yeterliliğini ve uygulamasını değerlendirmek için güvenilir ve doğrulanmış bir araç olarak kabul edildiği sonucuna ulaşılmıştır (17). Tüm sağlık çalışanlarına uygulanan SB-KDU Anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik versiyonu hiçbir meslek grubunda yapılmamıştır ve ilk versiyon çalışmasıdır.

2.10. Ölçek Uyarlama

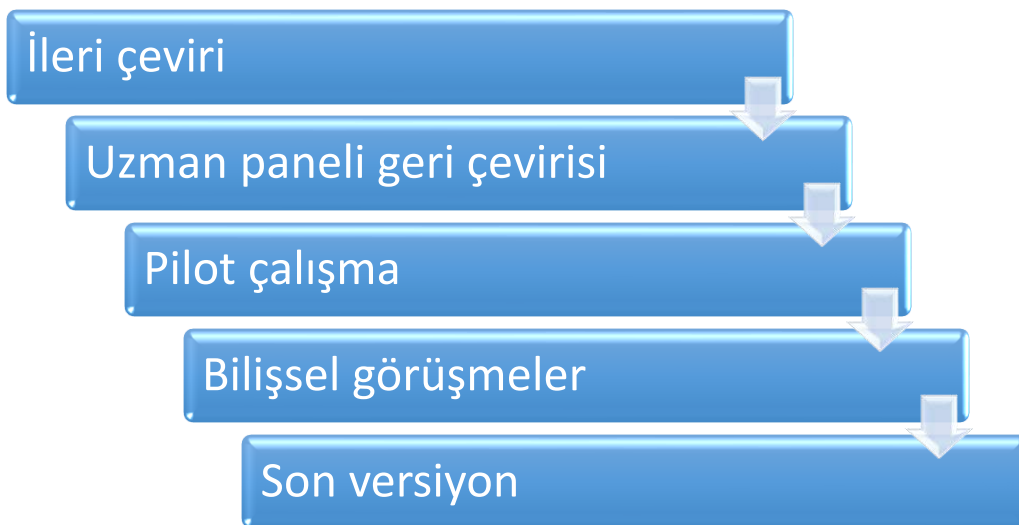
Laboratuvar tanı testlerinde ve tedavi yöntemlerinde olduğu gibi sağlık bilgi düzeyi, tutum ve davranışlarını değerlendiren ölçüm araçlarının da psikometrik ölçümleri duyarlı, seçici, geçerli ve güvenilir olması gerekir. Bu ölçüm araçları, bireyin kültürel çevresine göre

şekillenen sağlık bilgisi, tutum ve davranışlarını standardize etmek ve veri güvenilirliğini sağlamak için rehberler ve algoritmalarından oluşmaktadır. Bu sayede ölçüm sonuçları güvenilir bir şekilde değerlendirilebilir ve karşılaştırılabilir hale gelmektedir (108).

Ölçeğin başka bir dile veya kültüre uyarlanması işlemi, ölçeğin farklı bir dilden ve kültürden, farklı bir dile ve kültüre aktarılması anlamına gelir. Bu nedenle, çevirinin mümkün olduğunca orijinaline uygun olmasına dikkat edilmesi gerekmektedir. Uyarlama çalışması yapmanın avantajları yeni bir test geliştirmekten daha kolay olması ve mevcut durumda bulunan testin kültür ve dil adaptasyonu sağlanmasının hızlı olmasıdır (109). Uluslararası Test Komisyonu (International Test Commission - ITC), ölçek uyarlama sürecini temel adımlardan oluşan bir dizi basamağa ayırmaktadır. Bunlar; ilk değerlendirme, uyarlama incelemesi, ön-test, ölçme özelliklerinin analizi ve son raporlamadır (12).

1) İlk Değerlendirme: Ölçeğin uyarlama ihtiyacı belirlenir; hedef popülasyon ve kültürel bağlam hakkında ön değerlendirme yapılır. Bu adımda, ölçeğin amaçları, kullanılacağı dil ve kültürel bağlam hakkında bilgi toplanır ve ölçeğe dil ve kültürel uyarlama yapılır.

Ölçeğin hedef dile ve kültürel bağlama uyumlu hale getirilmesi için dil ve kültürel uyarlama adımları izlenir. Bu adımda, ölçek hedef dile çevrilmeli, dil ve ifade biçimi uyarlanmalı ve kültürel farklılıklara dikkat edilmelidir. WHO'ya göre dil ve kültürel uyarlama ve ölçek çeviri aşamaları Şekil 2.7'de gösterilmiştir.



Şekil 2.5. WHO'ya göre dil ve kültürel uyarlama ve ölçek çeviri aşamaları

İleri çeviri; sağlık profesyoneli olarak seçilmesi öngörülen, sağlık alanına dair terminolojiye sahip, İngilizce konuşan, kültüre adaptasyon sağlamış fakat ana dili Türkçe olan biri tarafından gerçekleştirilmelidir. Çeviri yaparken kelimenin birebir karşılığının kullanılması yerine daha geniş anlamlarla geniş kitleye hitaben kabul edilebilir olması gerekmektedir. Anlaşılır ve kelimeler herkes tarafından geçerli olmalıdır. Çevirmenlerin her iki dildeki kültürel, psikolojik ve yapıya ait olan farklılıklarını dikkate almaları gerekmektedir (12).

2. Uyarlama incelemesi: Uzman paneli geri çevirisinin, bir editörün başkanlık yaptığı; İngilizce ve çeviri için hedeflenen dile sahip uzmanlardan oluşan grubun, ileri çevirinin yetersiz ifadelerine karşın diğer versiyonlarla aralarındaki uyumsuzlukları belirleyip çözüme ulaştırdığı süreçtir (110). Bu süreç sonunda anketin tamamlanmış versiyonu ortaya çıkmaktadır. İlk çeviride olduğu gibi, geri çeviride önemli olan nokta kavramsal ve kültürel denge üzerinde durabilmektedir. Terminolojik ifadeden çok kültür dengesi adına uyumsuzluklar ortadan kalkana kadar geri çeviriler tekrarlanabilmektedir (18).

3.Ön-Test: Pilot çalışma ve bilişsel görüşmelerin amacı ölçeğin hedeflenen popülasyona ön-test olarak uygulanmasıdır. Yapılan çalışmadaki her bölüm için en az 10 ön test katılımcısı olmalı ve tüm yaş gruplarından (18 yaş ve üzeri) ve farklı sosyoekonomik gruplardan erkek ve kadınları temsil eden popülasyona uygulanmalıdır. Ön test katılımcılarına ölçek uygulanmalı ve son olarak geri bildirim alınmalıdır. Bu geri bildirimde, katılımcılardan sorunun neyi ifade ettiğini düşündüklerini, soruyu kendi kelimeleriyle tekrarlayıp tekrarlayamayacaklarını, belirli bir ifade veya terimi duyduklarında akıllarına ne geldiğini, anlayamadıkları ya da anlamakta zorlandıkları bir ifade olup olmadığı sorulmalı ve yanıtlar kayıt altına alınmalıdır. Son versiyon yukarıda açıklanan tüm maddeleri uyguladıktan sonra ortaya çıkan versiyondur (111). Bir uyarlama çalışması sürecinde ilk adımın çeviri ile değil, orijinal araştırmacılardan izin alınması ile başlanması gerektiğini önerilmektedir. Araştırmacılar, orijinal test için bütün telif hakkı yasalarına ve anlaşmalarına saygı göstermelidir ve gerekli izinleri almaları gerekmektedir (12).

4.Ölçme özelliklerinin analizi: Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik özellikleri analiz edilir. Bu adımda, ölçeğin faktör yapısı, iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenirliği gibi özellikleri değerlendirilir (12).

5.Son raporlama: Uyarlama sürecinin ayrıntıları, yapılan değişiklikler ve sonuçlar raporlanır. Bu rapor, ölçeğin uyarlama sürecinin şeffaflığını sağlar ve başkalarının uyarlama çalışmasını tekrarlayabilmesini sağlar (12).

2.11. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçme aracının amaçladığı ölçüm özelliğini, bu özellikten bağımsız herhangi bir özelliğin dahil edilmediği, direkt olarak ölçebilme derecesidir. Geçerlik, ölçüme tabi tutulan değişkenin ölçülebiliyor olma durumunu kapsamaktadır (112). Bir ölçeğin geçerliliğini saptayan alt kategoriler aşağıdaki başlıklarda yer almaktadır.

2.11.1. İçerik (kapsam) geçerliği

Kapsam geçerliği, ölçeğin tamamının ve ölçekteki her bir maddenin hedefe ne derece hizmet ediyor olduğunu tanımlanmaktadır. Bu geçerlik 2 yoldan incelenmektedir.

Birincisi, mantıki yoldan ölçeğin kapsam geçerliğini araştırmaktır. Bu yaklaşım ölçek uygulanmadan önce ölçeğin geçerli olup olmayacağını tahmin etme esasına dayanmaktadır. Tanımlanmış olan kavramlar doğrudan ölçülemeyeceği için ölçekte bulunan madde ve bu maddelerinin dağılımlarının ölçüm konusunu örnekleyip örnekleyemeyeceği araştırılır. Kapsam geçerliği ölçülen konudaki tüm boyutlardaki olası tüm maddelerden meydana gelen evreni örnekleme niteliği taşımaktadır. İkincisi, istatistiki yoldan ölçeğin kapsam geçerliğini araştırmaktır. Araştırılan alana uygun geçerli olarak kabul edilmiş olan standart bir ölçek ile yeni geliştirilen ölçek aynı katılımcılara uygulanır. Bireylerin iki ölçek içinde aldıkları puanlar arasında bir ilişki saptanır. Hesaplanan kat sayı sonucuna göre kapsam geçerliği sonucuna varılmaktadır ve buna göre de örneklemin uyumlu olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (113).

2.11.2. Kestirimsel geçerlik (yordama geçerliği)

Kestirimsel geçerliğin belirlenmesinde ilk olarak ölçme aracı uygulanarak sonuçlar alınır. Daha sonra ölçülen nitelik için gerekli olan süre kapsamında beklenir, değerlendirmeler yapılır ve geliştirilmiş olan testin sonuçları ile ölçüt değişken sonuçları arasında anlamlı bir ilişki var ise, testin tahmin geçerliği olduğu kabul edilmektedir (114).

2.11.3. Uyum geçerliği

Geliştirilen ölçekten elde edilen puanlarla, aynı zamanda belirlenen kriterler arasındaki korelasyon uyum geçerliği olarak değerlendirilmektedir. Uyum geçerliğinde, ölçme aracı ile ölçüt değişkenin değerlendirmesi aynı zamanda yapılır (114).

2.11.4. Yapı geçerliği

Yapı geçerliği, ölçeğin ilgili kavramı ölçme yeteneğini gösterir. Öncelikle ölçülen kavramı tanımlayan kuramlardan biri seçilerek bu kavramın yapısı belirlenir. Sonra bu yapıya göre gözlemlenebilir değişkenler seçilir ve bu değişkenleri açıklayan maddeler yazılarak ölçek haline getirilir. Yani teorik yapıya bağlı olarak ölçek yapısı oluşturulur (112).

2.11.5. Faktör analizi

Uygulanacak olan veriler, "faktör analizi" istatistik tekniği kullanılarak hesaplamalara dahil edilmektedir. Birden fazla faktör analizi vardır. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), ölçekteki maddelerin yapısı hakkında varolan bir hipotezi sınıadığı için ölçek uyarlama çalışmalarında daha çok kullanılır. DFA' da uyarlanan ölçeğin faktör yapısı, orijinal ölçeğin faktör yapısıyla karşılaştırılır, benzerlik ve farklılıklar belirlenir. Temel olarak maddelerin birbirleri arasında olabilecek tüm ilişkiler hesaplanıp bir korelasyon matrisi oluşturulmaktadır. Maddeler aralarında belirlenen farklılık oranları kadar faktörlerini belirlerler. Her maddenin her faktör içindeki ağırlığını ifade eden katsayılardan oluşan bir skala belirlenir. Bu skalaya göre hangi faktörün olduğu belirlenmektedir (112).

2.11.6. Görünüş geçerliği

Amacı, kullanılan ölçme aracının neyi ölçtüğündense neyi ölçüyor göründüğünü belirlemektir. Bir ölçeğin görünüş geçerliliği araştırılan çalışmada kullanılacak olan ölçüm aracının neyi ölçmek amacıyla olduğunu göstermesi demektir (113).

2.12. Güvenirlik

Güvenirlik, bir ölçme aracının veya testin, aynı ölçüm veya testin tekrar uygulandığında tutarlı sonuçlar üretme yeteneğidir. Yani güvenilirlik, bir testin sonuçlarının sürekli ve istikrarlı olmasıyla ilgilidir (115). Bir testin güvenilir olması, aynı kişi veya nesne üzerinde birden çok kez uygulandığında benzer sonuçlar vermesi ve ölçülen özelliğin gerçek durumunu doğru bir şekilde yansıtmaya anlamına gelir. Güvenirlik sadece ölçme aracına olarak tanımlanan bir özellikten ibaret olmayıp, ölçme aracı ve aracın sonuçları ile ilişkilendirildiği bir özelliktir (113). Güvenirliği oluşturan 3 temel kavram Şekil 2.8’de gösterilmiştir.



Şekil 2.6. Güvenirliği oluşturan 3 temel kavram

2.12.1. İç tutarlılık

Ölçekte bulunan maddelerin kendi aralarındaki homojen dağılımını ve soruların hedef kaynağa hitap edip etmediğinin ölçen önemli bir ölçüdür (116). Birbirini takip eden ölçmelerde, grup içindeki bireyin durumunda tutarlılık aranır. Bu yaklaşım ile iki ölçüm arasında korelasyon hesaplanır ve bu aynı nesneleri kapsar. Sonuç olarak bulunan

korelasyon katsayısına güvenilirlik katsayısı denilmektedir. Ölçek uyarlama ve geliştirme çalışmalarında iç tutarlılık katsayısı ile güvenilirlik hesaplanmaktadır. En yaygın olarak kullanılan iç tutarlılık kat sayısı, Cronbach Alpha (α) katsayısıdır (112).

2.12.1.1. Cronbach alpha (α) katsayısı

Cronbach Alfa, ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirmek için kullanılan bir güvenilirlik katsayısıdır. Bu katsayı, ölçüm aracının farklı öğelerinin birbiriyle ne kadar tutarlılık gösterdiğini ölçer. Cronbach Alfa katsayısı, genellikle Likert tipi maddelerden oluşan çoklu maddeli ölçeklerin güvenilirliğini değerlendirmek için kullanılır. Bu tür ölçekler, bir konu veya kavram hakkındaki katılımcıların düşüncelerini ölçmek için kullanılan maddelerden oluşur. Yüksek bir Cronbach Alfa değeri, maddelerin birbirleriyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ve ölçeğin bir bütün olarak iç tutarlılığı olduğunu gösterir. Genellikle 0 ile 1 arasında bir değer alır ve ne kadar yüksekse güvenilirlik o kadar yüksektir. Tüm maddeler için elde edilen α değeri o ölçeğin toplam güvenilirliğini göstermektedir. 0.9 ve üzeri mükemmel, 0.7 ile 0.9 arası iyi, 0.6 ile 0.7 arası kabul edilebilir, 0.5 ile 0.6 arası zayıf, 0.5 altı kabul edilemez değerleri gösterir (117).

2.12.2. Kararlılık

Araştırma yapılan ölçeğin farklı zaman dilimlerinde, aynı ölçme aracını kullanarak, birden fazla ölçüm yapılarak aynı sonuçların ortaya çıkması şeklinde ifade edilir. Zamana göre değişmezliğin en sık kullanılan ve önerilen ölçütü test-tekrar test güvenilirliğidir (115).

2.12.2.1. Test-tekrar test güvenilirliği

Test-tekrar test yöntemi, uygulanan bir ölçme aracının aynı araştırma grubuna aynı koşullarda uygulanmasıdır. İki farklı zaman noktasında uygulanır ve elde edilen sonuçlar karşılaştırılır. Karşılaştırma sonuçları, Pearson korelasyon katsayısı veya intraklas korelasyon katsayısı gibi istatistiksel yöntemlerle değerlendirilir. Tekrar test yöntemi için önemli olan nokta bu testin süresinin belirlenmesidir. Bu süre ölçülen uygulama, davranış

ya da biçime ve hedef kitleye göre değişmektedir. Fakat ortalama olarak 2-4 haftalık sürenin yeterli olduğu belirtilmektedir. Test-tekrar test yönteminde en az 30 çift veriye ihtiyaç olduğu bildirilmektedir (113).

2.13. Ölçümcü güvenirliliği

2.13.1. Gözlemciler arası güvenirliliği

Bir ölçümün veya değerlendirmenin birden fazla gözlemci içerdiği, birbirlerinden haberleri olmadan, aynı durum veya koşulu, aynı gözlemlene aracı kullanarak gözlemlendiği bir güvenirlilik ölçütüdür. Gözlemciler arası güvenirlilik, ölçme veya değerlendirme sürecinin objektifliğini ve tutarlılığını değerlendirmek için kullanılır. Gözlemciler arası güvenirliliği değerlendirmek için genellikle korelasyon katsayıları kullanılır. Yüksek bir korelasyon katsayısı, farklı gözlemcilerin veya değerlendiricilerin birbirlerine yakın sonuçlar verdiğini gösterirken, düşük bir korelasyon katsayısı, farklı gözlemciler arasında tutarsızlık olduğunu işaret eder (114).

2.13.2. Gözlemci içi güvenirlilik

Birden fazla gözlemin aynı uygulamacı tarafından yapılması sonucunda ölçümlerin ve değerlendirmelerin birbirleri arasında olan tutarlılığıdır. Bir gözlemcinin aynı ölçme aracını veya değerlendirme kriterlerini kullanarak farklı zamanlarda uygulama yapıldığında benzer sonuçlar üretmesi önemlidir. Gözlemci içi güvenirlilik, ölçek kategorik bir ölçüm yapıyorsa Cohen Kappa katsayısına, ölçek numerik bir ölçüm yapıyorsa sınıf içi korelasyon katsayısına (intraclass correlation coefficient (ICC)) bakılarak değerlendirme yapılabilir. Yüksek bir korelasyon katsayısı, gözlemcinin kendi ölçümleri veya değerlendirmeleri arasında bir tutarlılık olduğunu gösterirken, düşük bir korelasyon katsayısı, gözlemcinin tutarsızlık gösterdiğini işaret eder. ICC değerinin 0.60-0.80 arasında olması istatistiksel olarak anlamlı ve iyi düzeyde güvenilir kabul edilir (114).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

Çalışmamızda sağlık bilimlerinde KDU'nun kullanım, beceri, tutum, inanç ve engellerini inceleyen SB-KDU Anketinin Türkçe uyarlamasını yaparak kültürel adaptasyonu sağlamayı, geçerlik ve güvenirliğini ölçmeyi amaçladık. Araştırmamız Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilimi tarafından gerçekleştirildi.

3.1. Bireyler

Bu çalışma, fizyoterapi ve rehabilitasyon lisans eğitimini tamamlamış, en az 6 ay klinik veya akademik deneyime sahip, gönüllü fizyoterapistler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma hipotezinin test edilebilmesi için gerekli örnek genişliği hesaplanırken Cohen'in* tanımladığı etki genişlikleri kullanılmış olup hesaplamalar G*Power 3.1.9.4 programı ile yapıldı. Popülasyona ilişkin oran tahmini için gerekli örneklem genişliğinin hesaplanmasında N bilinmiyorken; $n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$ formülü kullanılmıştır. Buna göre, çalışmaya alınması gerekli minimum örneklem genişliği; $\alpha=0.05$, $d=0.06$ ve $p=0.50$ * olmak üzere %95 güven düzeyinde toplam 267 kişi olmaktadır (Ek 1).

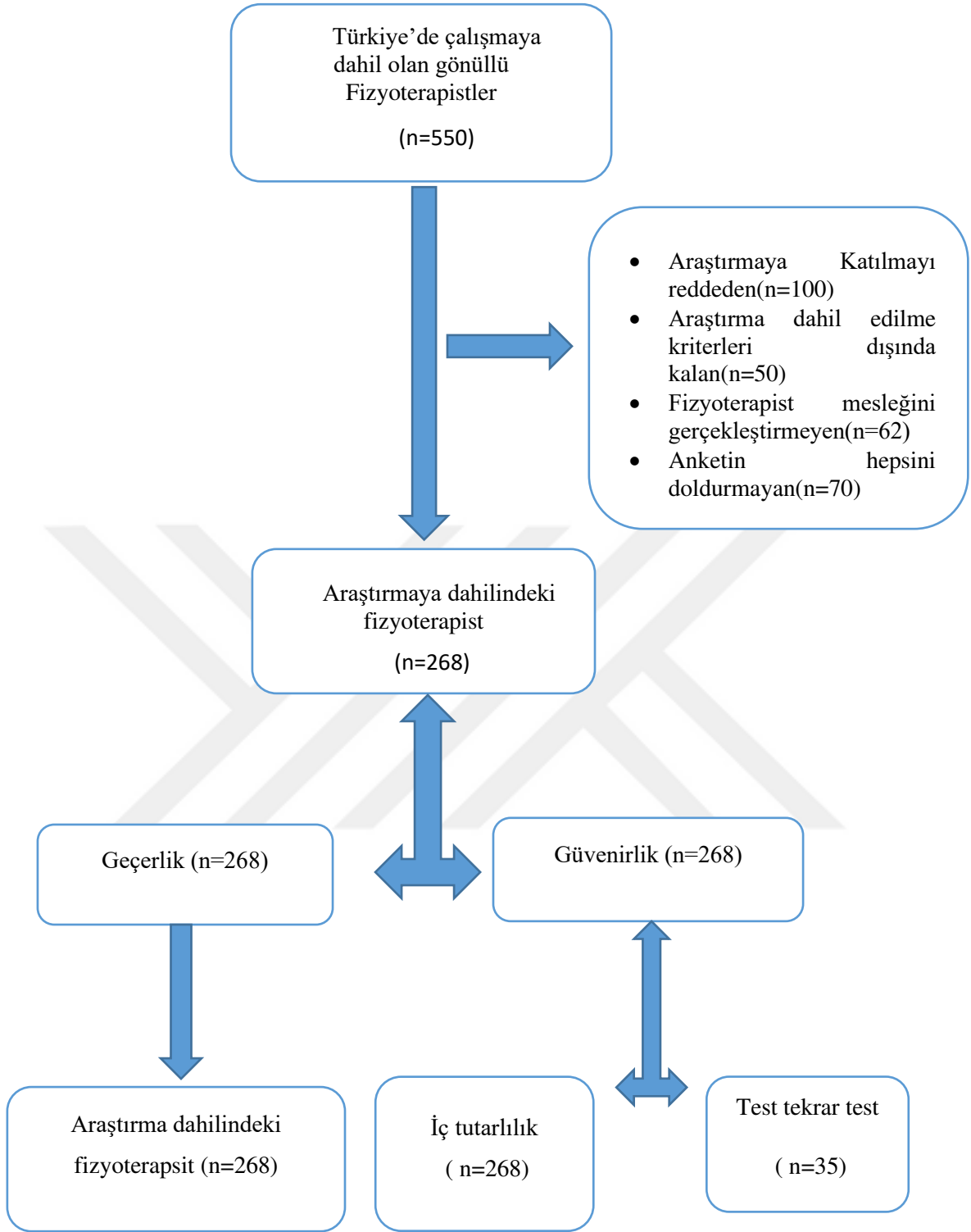
Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından 07.03.2023 tarihinde onaylandı (Etik Onay Numarası: KA23/77). (Ek 2)

Çalışmaya Fizyoterapist ünvanına sahip, Türkiye'de fizyoterapist olarak hastane, klinik veya akademik birimlerde en az 6 aydır görev yapmakta olan 268 birey dahil edildi. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri ise; 6 aydan daha az klinik veya akademik deneyime sahip olması, herhangi bir sağlık kuruluşu veya akademik birimlerde çalışmıyor olmak, anket cevaplamaya engel olacak psikiyatrik ve nörolojik hastalığa sahip olmasıdır. Çalışmaya katılmaya uygun gönüllü fizyoterapistlere, değerlendirmeler öncesinde gerekli bilgilendirmeler yapılarak aydınlatılmış onam alındı (Ek 3).

3.2. Yöntem

Araştırmada kullanılacak Health Sciences-Evidence Based Practice Questionnaire (HS-EBP) isimli ölçeğin Türkçeye çeviri ve psikometrik çalışmaları için anketi geliştiren Juan Carlos Fernández Domínguez'den gerekli izin e-posta yoluyla alındı ve sözleşme formu imzalandı (Ek 4).

Çalışma iki aşamada gerçekleştirildi. İlk aşamada, HS-EBP Anketi'nin Türkçeye dil uyarlaması için uygun prosedürler gerçekleştirildi. İkinci aşamada dil uyarlaması yapılan ölçeğin psikometrik özellikleri incelendi. Bunun için Türkçeye dil uyarlaması yapılan SB-KDU Anketi ile birlikte Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, Değişime Karşı Direnç Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Envanteri ve Bilgi Okuryazarlığı Özyeterlik Algı Ölçeği anketleri ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yeri ve çalışma saatleri, kanıta dayalı uygulamaları kullanımını, değerlendirmesi ve kanıta dayalı uygulama hakkındaki bilgi durumu ve mesleki memnuniyetini içeren sosyodemografik bilgi formu araştırmaya katılan 268 fizyoterapist Google Forms internet linki aracılığıyla uygulandı. İlk değerlendirmeden 15 gün sonra, çalışmaya katılan 268 fizyoterapist arasından basit rastgele seçilen 35 gönüllü fizyoterapist test-tekrar test güvenirliği için sadece SB-KDU Anketi Google Forms aracılığıyla tekrar doldurdu.



Şekil 3.1. Çalışmanın akış diyagramı

3.2.1. Sağlık bilimleri kanıta dayalı uygulama anketi'nin dil uyarlamasının yapılması

Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketinin dil uyarlaması, ITC, DSÖ ve Beaton ve ark.'nın tarafından yayınlanan kılavuzdaki kriterlere göre gerçekleştirilmiştir. (12,18,118).

Anadili Türkçe olan ve İngilizce bilen iki kişi sağlık alanından, ana dili Türkçe olan bir profesyonel çevirmen sağlık alanı dışından olmak üzere toplam bağımsız üç çevirmen tarafından kullanılacak 'Health Sciences-Evidence Based Practice questionnaire (HS-EBP)' isimli anketin İngilizceden Türkçeye çevirisi yapılmıştır. Anketin çevirisi, bir dizi adımda gerçekleştirildi ve ölçeğin son haline gelmesi için uzmanların ve çalışmaya katılan gönüllü bireylerin geri bildirimleri dikkate alındı. Aşağıda, çeviri sürecinin adımlarını ve uzmanlar tarafından yapılan değerlendirmeleri içeren bir özet bulunmaktadır.

1. İlk Çeviri: İlk olarak, ölçeğin orijinal metni temel alınarak Türkçe'ye çevrildi. Bu çeviri sürecinde çeviri grup üyeleri ve araştırmacılar yer aldı.
2. Geri Çeviri: İlk Türkçe metin, çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılarak iki bağımsız çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrildi. Bu adım, çevirinin doğruluğunu ve ölçeğin orijinal amacına uygunluğunu değerlendirmek için yapıldı.
3. Uzman Grubu Değerlendirmesi: İleri ve geri çeviriler karşılaştırılmak üzere bir uzman grubu oluşturuldu. Bu uzman grubunda çeviri yapan çevirmenler, sağlık alanından akademisyenler ve araştırmacılar yer aldı. Uzmanlar, çevirileri değerlendirirken direk olarak İngilizceden Türkçeye çevrilmeyip, Türk kültürü ve sosyal yapısını göz önünde bulundurarak anlaşılır bir şekilde çeviri yapmaya çalıştı.
4. İkinci Türkçe Metin: Uzman grubunun ortak kararlarına dayanarak ikinci bir Türkçe metin oluşturuldu. Bu metin, ölçekte yer alan soruları ve cevapları, fizyoterapistlerin anlamasını sağlamak için hedef kitleye yönelik pilot bir grup üzerinde test edildi.
5. Fizyoterapist Geri Bildirimleri: Hedef kitleden rastgele seçilen 35 fizyoterapistten oluşan pilot grup üzerinde uygulanan ölçekle ilgili gönüllü fizyoterapistler geri bildirimleri topladı. Bu geri bildirimler, ölçeğin anlaşılabilirliğini ve fizyoterapistlerin deneyimlerini değerlendirmek için kullanıldı.

6. Son Hali: Pilot gruba dahil olan bireylerin geri bildirimleri dikkate alınarak ölçeğin son hali oluşturuldu. Bu aşamada, aynı anlam taşıyan farklı cümleler kullanılarak; ölçeğin ifadesinin çeşitlendirilmesi ve anlaşılabilirliğinin artabilmesi hedeflendi (Ek 5).

3.2.2. Sağlık bilimleri kanıta dayalı uygulama anketi'nin psikometrik özelliklerinin incelenmesi

Çalışmanın ikinci aşamasında dil uyarlaması gerçekleştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenirliği incelendi.

3.2.2.1. Sağlık bilimleri kanıta dayalı uygulama engelleri anketi'nin güvenirliğinin incelenmesi

SB-KDU Anketinin güvenirliğini değerlendirmek için, ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach alfa), madde-toplam korelasyonu, test-tekrar test güvenirliği incelendi. Yüksek bir Cronbach alfa katsayısı, maddelerin birbirleriyle uyumlu ve tutarlı olduğunu göstermektedir. Yüksek madde-toplam korelasyonları, maddenin ölçeğin amaçlarına uygun olduğunu ve bir maddenin ölçeğin genel özelliğini ne kadar iyi yansıttığını gösterir. Yüksek bir test-tekrar test korelasyonu, ölçeğin zaman içinde tutarlı olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda her bir madde ile toplam puan arasındaki korelasyon değerleri incelendi. Bu değerlendirme için, aynı katılımcılara aynı ölçek iki farklı zamanda uygulandı. İki ölçüm arasında geçen süre, ölçülen özelliğin değişmesine neden olacak kadar uzun olmamalıdır. Bu süre değişmekle beraber genelde 2 ile 4 hafta arasında bir süre tercih edilebilir. (112).

Literatürdeki bilgiler ışığında, çalışmamızın test-tekrar test güvenirliği için araştırmaya katılan 268 kişiden (test grubu) basit rastgele seçilen 35 kişiye (tekrar test grubu), 2 hafta sonra SB-KDU Anketi tekrar yapılarak test-tekrar test verileri aynı fizyoterapist tarafından toplandı.

3.2.2.2. Sağlık bilimleri kanıta dayalı uygulama ölçeği'nin geçerliğinin incelenmesi

SB-KDU Anketi'nin geçerliği test etmek amacıyla çalışmamıza katılan 268 gönüllü fizyoterapist ilk uygulamada SB-KDU Anketi ile birlikte aynı anda sosyodemografik bilgi formu, Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği olan Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, Değişime Karşı Direnç Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Envanteri ve Bilgi Okuryazarlığı Özyeterlik Algı Ölçeği anketleri doldurtuldu ve SB-KDU Anketi puanları ile bu anket puanlarının ilişkisi incelendi.

3.2.3. Veri toplama araçları

3.2.3.1. SB-KDU anketinde sosyodemografik bilgi formu

Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yeri, çalışma saatleri, çalıştığı kurum (özel, kamu, karma) kanıta dayalı uygulamaları kullanımını, değerlendirmesi, kanıta dayalı uygulama hakkındaki bilgiler ve mesleki menunüyet düzeyleri sosyodemografik form ile sorgulandı (Ek 6).

3.2.3.2. Sağlık bilimleri kanıta dayalı uygulama anketi

SB-KDU Anketi sağlık profesyonellerinin KDU kullanımına ilişkin bilgi, tutum, davranış, engelleri ve kolaylaştırıcılarını incelemek için Juan Carlos Fernández Domínguez ve ark. Tarafından oluşturulan 60 maddeden oluşan bir ölçektir. SB-KDU Anketi KDU'yu çok yönlü olarak ele almış olup 3 başlık altında toplamışlardır. Bunlar; inançlar ve tutumlar(12 madde), uygulama (36 madde) ve engeller-kolaylaştırıcılarıdır (12 madde). Başlıkların birbirlerine bağlılığı ve uyumu değerlendirilmektedir. Anketin ilk bölümü olan inançlar ve tutumlar kısmı; fizyoterapistlerin kanıta dayalı uygulamaları kullanımı, mesleki roldeki önemi, kanıta dayalı uygulamaların mesleki uygulamada karar vermeye yardımcı olma durumu ve mesleki uygulamalar ile KDU arasında ilişkileri saptamaya yöneliktir. Anketin ikinci bölümü olan uygulama ise; mesleki uygulamalarda kullanılan bilimsel araştırma yöntemleri ve bu yöntemleri kullanma becerisi, mesleki uygulamanın

geliştirilmesi, mesleki uygulamada kullanılması tercih edilen yöntemlerin kararını verirken etkilenilen durumları, seçenekleri ve sonuçları değerlendirirken ek olarak; değerlendirme araçlarının kullanımını, KDU kullanımı tercih ederken hasta beklentilerini de sorgulamaktadır. Son kısım olan engeller-kolaylaştırıcılar bölümünde ise; iş yerlerinde bilimsel araştırmalara ulaşma imkanları ve kanıta dayalı uygulamaların kullanılabilirliği ve ulaşılabilirlik durumunu içeren sorular yer almaktadır.

SB-KDU, Likert ölçeği yanıt biçimine sahip, 1 "Kesinlikle katılmıyorum" ile 10 "Tamamen katılıyorum" arasında, 60 maddeden oluşan bir ankettir. Anket 3 alan içerir: (1) İnançlar-Tutumlar (toplam puanları 12 ile 120 arasında değişen 12 madde), (2) Uygulama (puanları 36 ile 360 arasında değişen 36 madde), ve (3) Engeller-Kolaylaştırıcılar (12 ile 120 arasında değişen puanlarla 12 madde) dir. Daha yüksek puanlar, klinik uygulamada KDU'nun uygulanmasına yönelik daha fazla destekleyici tutum veya davranışı göstermektedir (14).

3.2.3.3. Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği

Yeşil ve ark (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olan ölçek; otuz madde ve üç alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar; mesleki tatmin, tükenmişlik ve eş duyum yorgunluğudur. Mesleki tatmin alt ölçeği 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeleri kapsamaktadır. Çalışanın mesleği ile ilgili bir alanda yardıma ihtiyacı olan bir kişiye yardım etmesi sonucunda tatmin ve memnuniyet duygu düzeyini ölçmeyi ifade eder ve alınan yüksek puan yardım eden olarak mesleki memnuniyetin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Tükenmişlik alt ölçeği, 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. maddeleri kapsamaktadır. Bu alt ölçek; mesleki hayatta karşılaşılan sorunlarla başa çıkmada zorluk yaşanması; bunun sonucunda oluşan tükenmişlik duygusunu ölçmektedir ve alınan yüksek puan tükenmişlik düzeyinin fazla olduğunu göstermektedir. Üçüncü alt ölçek olan eş duyum yorgunluğu ise; 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. maddelerini kapsamaktadır. Bu alt ölçek stres verici olaylarla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan tepkileri ve durumu ölçmektedir. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan sonucunda çalışanın bir yardım veya destek alması önerilmektedir. Ölçekteki 1, 4, 15, 17 ve 29. maddelerin ters çevrilerek hesaplanması ve değerlendirmeye alınması gerekmektedir. 5'li Likert yapıya sahip olan ölçek "Hiçbir zaman" (0) ile "Çok sık" (5) arasında değişen bir değerlendirme skalasından oluşmaktadır (119)(Ek 7).

3.2.3.4. Değişime karşı direnç ölçeği

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Çalışkan (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 15 maddeden oluşmaktadır ve üç alt boyuta sahiptir. Bunlar sırasıyla bilişsel tepki, duysal tepki ve davranışsal tepkidir. Ölçekte yer alan ifadeler “değişimi gerçekleştirmenin olumsuz bir şey olduğunu düşünüyorum”, “değişimden korkarım”, “değişimin gerçekleşmesini engellemek için yollar ararım” ‘arkadaşlarıma yapılan değişimden övgüyle bahsederim’ şeklindedir. Ölçek değerlendirmesinde en düşük puan 15, en yüksek puan 75’dir. Ölçek ve alt boyutlarından alınan toplam puanların yüksek olması, kişinin değişime karşı direnç düzeyinin yüksek olduğunu; düşük olması ise kişinin değişime karşı direnç düzeyinin düşük olduğunu ifade etmektedir. Ölçekte bulunan 4, 5, 8 ve 15. maddeler ters kodlanarak hesaplanmalı ve değerlendirmeye dahil edilmelidir. Değişime Karşı Direnç Ölçeği beşli likert yapısına sahip; 1=Hiç Katılmıyorum, 5= Tamamen Katılıyorum arasında değişen bir değerlendirme çizelgesinden oluşmaktadır (120) (Ek 8).

3.2.3.5. Maslach tükenmişlik ölçeği

Ergin (1992) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 22 maddeden oluşmakta ve 3 alt ölçeğe sahiptir. Bunlar sırasıyla duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlıktır. Duygusal tükenme alt boyutu, 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16. ve 20. Maddeleri kapsamakta ve kişinin mesleki olarak tükenmişliğini ve yorgun, bıkkın olma duygularını ifade etmektedir. Duyarsızlaşma alt boyutu, 5, 10, 11, 15. ve 22. maddeleri kapsamakta ve kişinin mesleğini uyguladığı bireylere karşı duygusuz olma, yok sayma ve saygı duymama davranışlarını ifade etmektedir. Kişisel başarısızlık alt boyutu ise, 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19. ve 21. maddeleri kapsamakta ve hem mesleki hem de bireysel olarak yetersizlik ve başarısızlık duygularını tanımlamaktadır. Alt ölçeklerden alınan toplam puanlar arttıkça duygusal tükenmenin, duyarsızlaşmanın ve kişisel başarısızlığın da arttığı ifade edilmektedir. Ölçek, 5 basamaklı cevap seçeneğinden oluşmaktadır. Alt boyutlar; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarının maddeleri, ‘Her Zaman=4’ ve ‘Hiçbir Zaman=0’ ile puanlanırken kişisel başarısızlık alt boyutunun maddeleri, tam tersine ‘Hiçbir Zaman=4’ ve ‘Her Zaman=0’ olarak puanlanmıştır (121)(Ek 9).

3.2.3.6. Bilgi okuryazarlığı özyeterlik ölçeği

Bilgi Okuryazarlığı Özyeterlik Ölçeği, Kurbanoglu ve Akkoyunlu (2006) tarafından geliştirilmiş ve 40 maddeden oluşmaktadır. 2008 yılında ise Demiralay tarafından yapılan çalışmada anket; 28 maddeye indirgenmiştir. Ölçeğin 7 alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla bilgi ihtiyacını tanımlama; arama stratejisini başlatmak; kaynakları bulma ve erişme; bilgiyi değerlendirme ve anlama; bilgiyi yorumlama, sentezleme ve kullanma; bilgi iletişim; ürün ve sürecin değerlendirilmesidir. Toplam puan arttıkça arama stratejisini başlatmak; kaynakları bulma ve erişme; bilgiyi değerlendirme ve anlama; bilgiyi yorumlama, sentezleme ve kullanma; bilgi iletişim becerilerinin arttığı kabul edilmektedir. Ölçek yedili Likert tipine sahiptir ve ‘Neredeyse Her Zaman Doğru=7’ ve ‘Neredeyse Hiç Doğru Değil=1’ şeklinde puanlanmaktadır (122)(Ek 10).

3.3. İstatistiksel Analiz

Açıklayıcı faktör analizinde, gözlemlenmiş değişkenlerin oluşturduğu faktörler belirlenmiştir. Faktörler, varsayımsal değişkenlerdir. Verilerin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesinde korelasyon matrisinin incelenmiştir. Korelasyon matrisinde yer alan katsayıların 0.30’ dan büyük olmaması soruların bulunduğu faktör yapısına uygun olduğu belirlenmiştir. Veri matrisindeki değişkenler arasındaki korelasyonun istatistiksel olarak sınanmasında Bartlett küresellik testi (Bartlett test of sphericity) kullanılmıştır. Bartlett küresellik testinde sorular arasındaki oluşturulan matrisin birim matris olup olmadığı test edilmiştir. Ayrıca korelasyon ve kısmi korelasyon katsayılarından yararlanılarak elde edilen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ölçütü de verilerin faktör analizine uygunluğu değerlendirilmiştir. Örneklem yeterlilik ölçütü olan KMO, 0-1 arasında değer almaktadır. KMO değeri 0,5’ ten büyük olması yeterli kabul edilmiştir. Çalışmada faktörlerin elde edilmesinde temel bileşenler yöntemi kullanılmıştır. Uygun faktör sayısının belirlenmesinde, birden büyük özdeğer sayısı kadar faktör seçim kriteri dikkate alınmıştır. Ayrıca faktör döndürülmesi yapılarak her bir ortak faktör oluşmasına katkıda bulunan değişkenlerin belirginleşmesi sağlanmıştır. Söz konusu işlem için varimax yöntemi uygulanmıştır. Gözlemci içi uyumun sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ile değerlendirildi ve 0,70 ve üzerinde güvenilir olduğunu şeklinde değerlendirildi. Madde-toplam korelasyon katsayısı değerinin ise 0,20 ve üzerinde değer alması maddenin ölçeğin

geneliyle uyumlu şekilde yorumlanır. Ölçek geliştirme ve yapı geçerliliğini sınaama sürecinden önce genellikle açıklayıcı faktör analizi uygulanır.

Doğrulayıcı faktör analizi ise açıklayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen yapıyı ya da kuramsal faktör yapısını doğrulamak için kullanılmaktadır. Açıklayıcı faktör analizinde veri matrisinden hareketle temel yapıyı tanımlayacak uygun faktör sayısı ortaya konulurken, doğrulayıcı faktör analizinde faktör sayısı önsel olarak bilinmektedir. Çalışmada doğrulayıcı faktör analizi için IBM SPSS Statistics for Windows (Version 25.0) and Amos (Version 24.0) paket programı kullanılmıştır.

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programlarında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama (Ort), standart sapma (SS), medyan (M) ve minimum (min), maksimum (max) değerleri olarak verildi. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirildi. İki grubun karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenler için Bağımsız Örneklerde t Testi kullanılmıştır. İki den fazla kategorili değişkenler için karşılaştırmaları Varyans Analizi ile yapıldı. Varyans Analizi sonucunun önemli ise çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. Pearson korelasyon katsayısı (r) değeri <0.2 ise çok zayıf korelasyon, 0,2-0,4 arasında zayıf korelasyon, 0,4-0,6 arasında ise orta şiddet korelasyon, 0,6-0,8 arasında yüksek korelasyon ve >0,8 ise çok yüksek korelasyon olarak yorumlandı. $p<0,05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1 Olguların Demografik Özellikleri

Çalışmamıza katılan 268 fizyoterapistin medyan yaşları 28 yıl olup, en küçük 20 ve en büyük 45 yaşındadır. Bireylerin medyan çalışma süresi haftada 45 saattir. Çalıştıkları yıl en az 1 ve en fazla 40 olup, medyanı 5 yıldır. Fizyoterapistlerin iş memnuniyet düzeyi ortalaması $6,47 \pm 1,71$ puandı. Çalışmaya katılan bireylerin %66'sı kadın, %34'ü erkektir. Fizyoterapistlerin %69,8'i lisans mezunu, %26,5'i lisansüstü mezunu ve %3,7'si doktora mezunuydu. Olguların %41,4'ü evli, %56'sının bekâr ve %3,7'sinin boşanmış olduğu tespit edildi. Fizyoterapistlerin çalıştığı kurumların %9,3'ü kamu, %78'i özel ve %12,7'si karma kurumlardır. Fizyoterapistlerin %5,2'si kardiyopulmer rehabilitasyon, %18,7'si geriatri, %20,1'i pediatri, %17,2'si sporcu sağlığı, %22,4'ü genel FTR alanında çalışmakta olduğu görüldü. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin demografik özellikleri Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin demografik özellikleri

n:268	İstatistikler
Yaş (yıl)	
<i>Ort±SS</i>	28,50±3,99
<i>M (min-max)</i>	28 (20-45)
Cinsiyet n(%)	
Kadın	177 (%66)
Erkek	91 (%34)
Akademik Derece n(%)	
Lisans	187 (%69,8)
Lisansüstü	71 (%26,5)
Doktora	10 (%3,7)
Medeni Durum n(%)	
Evli	111 (%41,4)
Bekâr	150 (%56)
Boşanmış	7 (%2,6)
Kurum Tipi n(%)	
Kamu	25 (%9,3)
Özel	209 (%78)
Karma	34 (%12,7)
Haftalık çalışma saati n(%)	
<i>Ort±SS</i>	43,43±6,76
<i>M (min-max)</i>	45 (8-70)
Çalışma süresi (yıl)	
<i>Ort±SS</i>	5,31±4,30
<i>M (min-max)</i>	5 (1-40)
İş memnuniyet düzeyi	
<i>Ort±SS</i>	6,47±1,71
<i>M (min-max)</i>	7 (1-10)
Çalışma alanı n(%)	
Kardiyopulmoner Fizyoterapi	14 (%5,2)
Gerontoloji/Geriatri	50 (%18,7)
Pediyatri	54 (%20,1)
Sporcu Sağlığı	46 (%17,2)
Genel FTR	60 (%22,4)
Diğer	44 (%16,4)

Ort: ortalama, SS: standart sapma, M: Medyan, min: minimum, max: maksimum.

Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin %6'sının mesleki gelişimi için eğitim kursu verdikleri; %94'ünün vermedikleri ve mesleki gelişim için eğitim kursu veren fizyoterapistlerin % 41 temel seviye, %35,8 orta seviye ve %2,1 ileri seviye kurslar verdiği saptanmıştır. Fizyoterapistlerin %56,3'ü KDU eğitimi almış olup; %43,7'sinin ise almadığı; KDU eğitim seviyelerinin ise %41'i temel seviye, %35,8'i orta seviye ve %23,1'i ileri seviye KDU eğitimi olduğu; %44'ünün mesleki dergi/yayın takip ettikleri, %9'unun etmediği ve %47'sinin kısmen ettiği sonucu görülmüştür. Fizyoterapistlerin %30,6'sının mesleği ile ilgili yayın yaptığı, %69,4'ünün yapmadığı; %87,7'sinin klinikte KDU kullandıklarını ve %12,3'ünün kullanmadığı incelendi. Fizyoterapistlerin KDU bilgi düzeyi ortalaması

6,17±2,04 puandı. Mesleki uygulamalarının kalite ortalaması 7,26±1,42 birimdi. Fizyoterapistlerin mesleklerine ve KDU'ya ilişkin tanıtıcı istatistikleri Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin mesleklerine ve kanıta dayalı uygulamaya ilişkin tanıtıcı istatistikleri

n:268	İstatistikler
Mesleki gelişiminiz için eğitim kursları verme durumu n(%)	
Evet	16 (%6)
Hayır	252 (%94)
Kanıta Dayalı Uygulama eğitimi alma durumu n(%)	
Evet	151 (%56,3)
Hayır	117 (%43,7)
Kanıta Dayalı Uygulama Bilgi Düzeyi	
<i>Ort±SS</i>	6,17±2,04
<i>M (min-max)</i>	6 (1-10)
Kanıta Dayalı Uygulama eğitimi seviyesi n(%)	
Temel	110 (%41)
Orta seviye	96 (%35,8)
İleri	62 (%23,1)
Mesleki dergi/yayınları takip etme durumu n(%)	
Evet	118 (%44)
Hayır	24 (%9)
Kısmen	126 (%47)
Mesleğiniz ile ilgili yayın varlığı n(%)	
Evet	82 (%30,6)
Hayır	186 (%69,4)
Kanıta Dayalı Uygulama kullanımı n(%)	
Evet	235 (%87,7)
Hayır	33 (%12,3)
Mesleki uygulamalarının kalitesi	
<i>Ort±SS</i>	7,26±1,42
<i>M (min-max)</i>	7 (1-10)

Ort: ortalama, SS: standart sapma, M:Medyan, min: minimum, max: maksimum, n:birey sayısı, %:yüzde

4.2. Psikometrik Özellikler

4.2.1. Güvenirlik analiz sonuçları

SB-KDU Anketi için elde edilen Cronbach alpha (α) değeri 0.985 olarak bulundu. Bu değerlere göre, Cronbach alpha (α) 0.70'nin üzerinde olması ölçeğin güvenilirliğini gösterdi (112). Dolayısıyla, SB-KDU Ölçeği'nin 3 alt boyut özelliklerini ölçtüğü söylenebilir. Bu sonuçlara dayanarak, geliştirilen anket güvenilir bir ölçüm aracı olarak

saptandı. Tüm ölçek boyutlarının fizyoterapistler üzerindeki iç tutarlılık değerlerini ölçmek için hesaplanan Cronbach alpha değerleri Tablo 4.3'te gösterildi.

Tablo 4.3. Ölçek boyutlarının Cronbach alfa değerleri

	Madde Sayısı	Cronbach Alfa Değeri
SB-KDU Anketi	60	0.985
İnançlar ve Tutumlar	12	0.964
Uygulama	36	0.982
Engeller ve Kolaylaştırıcılar	12	0.970
Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği	30	0.753
Değişime Karşı Direnç Ölçeği	15	0.917
Maslach Tükenmişlik Envanteri Ölçeği	22	0,904
Bilgi Okuryazarlığı Özyeterlik Ölçeği.	28	0,979

SB-KDU: Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama.

SB-KDU Anketi'nin test-tekrar test güvenilirliği incelenmiş olup, bu değer için gerekli ölçüm yöntemi sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) kullanıldı. ICC değeri 0,80 ve üzeri çok iyi düzeyde güvenilirliği ifade etmektedir (112). SB-KDU Anketi için 1.değerlendirme ve 2.değerlendirme toplam puan için hesaplanan ICC katsayısı 0.992 olarak bulundu. Güçlü ve istatistik olarak kabul edilebilir korelasyon katsayısı vardır ($p<0,05$). İnançlar-Tutumlar alt boyutu için ICC Katsayısı 0.986, Uygulama alt boyutu için ICC katsayısı 0.975, Engeller-Kolaylaştırıcılar alt boyutu için ICC katsayısı 0,992 olarak bulundu. Güçlü ve istatistik olarak kabul edilebilir korelasyon katsayısı bulundu ($p<0,05$).

Toplam Korelasyon 0,20 üzerinde olması maddenin soru için önemli olduğunu göstermektedir (113). Elde edilen sonuçlara göre toplam korelasyon değerleri 0,528 ile 0,867 arasındadır. Bu sonuçlara göre oluşturulmuş olan anket güvenilir bir ölçüm aracıdır. SB-KDU anketi güvenilirlik sonuçları Tablo 4.4'de gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama anketi güvenilirlik sonuçları

Faktör	Madde No	İstatistikler Ort±SS	Toplam Korelasyon	ICC (%95 GA)
İnançlar-Tutumlar	1	8,23±1,43	0,652	0,980 (0,959-0,990)
	2	8,10±1,51	0,754	0,978 (0,956-0,989)
	3	8,10±1,54	0,709	0,964 (0,927-0,982)
	4	8,21±1,53	0,705	0,963 (0,925-0,982)
	5	8,19±1,51	0,658	0,984 (0,968-0,992)
	6	8,01±1,57	0,692	0,975 (0,950-0,988)
	7	7,83±1,85	0,650	0,944 (0,887-0,972)
	8	8,15±1,57	0,749	0,976 (0,951-0,988)
	9	7,74±1,82	0,755	0,925 (0,849-0,963)
	10	8,00±1,78	0,695	0,952 (0,902-0,976)
	11	7,88±1,87	0,735	0,959 (0,917-0,980)
	12	8,64±1,57	0,599	0,962 (0,922-0,981)
Toplam		97,09±16,63	-	0,993 (0,986-0,997)
Uygulama	13	7,76±1,49	0,776	0,982 (0,964-0,991)
	14	7,71±1,61	0,805	0,972 (0,943-0,986)
	15	7,87±1,49	0,807	0,964 (0,927-0,982)
	16	7,98±1,55	0,763	0,980 (0,959-0,99)
	17	7,39±1,84	0,772	0,966 (0,931-0,983)
	18	7,24±1,78	0,822	0,959 (0,917-0,980)
	19	7,16±1,96	0,811	0,973 (0,946-0,987)
	20	7,21±1,90	0,794	0,952 (0,904-0,976)
	21	7,24±1,84	0,798	0,934 (0,867-0,968)
	22	7,09±1,93	0,753	0,943 (0,884-0,972)
	23	6,91±1,88	0,729	0,957 (0,913-0,979)
	24	7,26±1,80	0,840	0,894 (0,786-0,948)
	25	7,31±1,81	0,848	0,928 (0,855-0,965)
	26	7,45±1,76	0,852	0,895 (0,787-0,948)
	27	7,43±1,76	0,867	0,933 (0,864-0,967)
	28	7,49±1,78	0,741	0,838 (0,671-0,920)
	29	7,40±1,83	0,626	0,908 (0,814-0,955)
	30	8,26±1,39	0,589	0,933 (0,863-0,967)

	31	8,31±1,44	0,605	0,917 (0,831-0,959)
	32	7,31±1,92	0,533	0,963 (0,926-0,982)
	33	7,85±1,49	0,692	0,921 (0,839-0,961)
	34	8,03±1,47	0,641	0,925 (0,848-0,963)
	35	7,85±1,47	0,600	0,939 (0,877-0,970)
	36	7,56±1,72	0,550	0,896 (0,790-0,949)
	37	7,79±1,49	0,806	0,957 (0,912-0,979)
	38	7,57±1,78	0,787	0,962 (0,924-0,981)
	39	7,79±1,64	0,805	0,979 (0,958-0,990)
	40	7,66±1,75	0,829	0,966 (0,931-0,983)
	41	7,83±1,60	0,786	0,932 (0,863-0,967)
	42	7,71±1,81	0,756	0,965 (0,930-0,983)
	43	7,83±1,81	0,760	0,976 (0,951-0,988)
	44	7,64±1,85	0,772	0,952 (0,904-0,977)
	45	7,90±1,80	0,797	0,973 (0,945-0,987)
	46	8,15±1,49	0,772	0,951 (0,900-0,976)
	47	8,25±1,59	0,690	0,965 (0,929-0,983)
	48	8,27±1,58	0,696	0,975 (0,949-0,988)
Toplam		275,43±48,10	-	0,987 (0,974-0,994)
Engeller- Kolaylaştırıcılar	49	6,80±2,38	0,715	0,994 (0,988-0,997)
	50	6,11±2,63	0,744	0,994 (0,987-0,997)
	51	6,62±2,40	0,747	0,981 (0,962-0,991)
	52	6,66±2,39	0,735	0,995 (0,990-0,998)
	53	6,72±2,31	0,758	0,988 (0,977-0,994)
	54	5,87±2,43	0,687	0,981 (0,961-0,991)
	55	6,27±2,37	0,683	0,974 (0,947-0,987)
	56	6,26±2,45	0,768	0,979 (0,957-0,99)
	57	5,98±2,62	0,789	0,985 (0,97-0,993)
	58	5,67±2,73	0,703	0,959 (0,916-0,98)
	59	5,17±2,90	0,696	0,987 (0,974-0,994)
	60	4,95±2,90	0,528	0,985 (0,969-0,993)
Toplam		73,07±26,54	-	0,996 (0,992-0,998)
Genel		445,59±82,25	-	0,992 (0,983-0,996)

ICC: Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı, Ort: ortalama, SS: standart sapma

4.2.2. Geçerlik Analiz Sonuçları

Veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) testi kullanılmaktadır. KMO değeri 0,5' ten büyük olması yeterli kabul edilmiştir. Bu test, veri matrisindeki değişkenler arasındaki korelasyonun yeterli düzeyde olduğunu göstermekte ve 0,90 üzeri mükemmel olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamızdaki KMO değeri 0,968 bulundu ve çok iyi düzeyde olduğu saptandı. Barlett testi χ^2 değeri 20891,344 ($p<0,05$) olarak anlamlı elde edildi. Bu sonuç, yapılan ölçümün evren parametresinde büyük ölçüde değişkenlik gösterdiğini ifade etmektedir.

Ölçeğin geçerliliği için ortak faktör varyansları ve faktör yükleri incelendi. Birinci boyutta (İnançlar-Tutumlar) yer alan soruların faktör yükleri 0,625 ile 0,834 aralığında, ikinci boyutta (Uygulama) yer alan soruların faktör yükleri 0,487 ile 0,773 aralığında, üçüncü boyutta (Engeller-Kolaylaştırıcılar) yer alan soruların faktör yükleri 0,701 ile 0,889 aralığında değişim göstermektedir. Bu bulgular, üç faktörde de faktör yüklerinin kabul edilen minimum değer olan 0,45'in üzerinde olduğunu göstermektedir. Değişen varyans oranları faktör analizinde %60 ile %80 aralığında ideal olarak kabul edildiği düşünüldüğünde bu araştırmada elde edilen varyans miktarının 68.374 ile yeterli düzeyde olduğu bulundu. SB-KDU anketinde faktör analizi sonuçlarına göre, inanç-tutumlar, uygulama ve engeller-kolaylaştırıcılar alt boyutlarının öz değerleri sırasıyla 4.562, 33.420 ve 3.043 olarak bulundu. Öz değerlerin 1 ve 1'den büyük olması, faktörlerin kabul edilebilirliğini gösterir ve bu sonuçlara göre 3 alt boyutun kabul edilebilir düzeyde olduğu saptandı. SB-KDU ölçeği güvenirlik sonuçları Tablo 4.5'de gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama anketi geçerlilik sonuçları

Faktör	Madde no	Faktör Yükleri			Açıklanan Varyans %	Eigen değerleri
		1	2	3		
İnançlar-Tutumlar	1	0,625			21,94	4.562
	2	0,725				
	3	0,821				
	4	0,809				
	5	0,795				
	6	0,815				
	7	0,770				
	8	0,800				
	9	0,745				
	10	0,834				
	11	0,730				
	12	0,652				
Uygulama	13		0,555		27,08	33.420
	14		0,487			
	15		0,512			
	16		0,645			
	17		0,587			
	18		0,604			
	19		0,587			
	20		0,488			
	21		0,562			
	22		0,513			
	23		0,586			
	24		0,617			
	25		0,606			
	26		0,583			
	27		0,646			
	28		0,565			
	29		0,572			
	30		0,659			
	31		0,656			
	32		0,586			
	33		0,733			
	34		0,773			
	35		0,692			
	36		0,498			
	37		0,706			
	38		0,661			
	39		0,699			
	40		0,674			
	41		0,649			
	42		0,596			
	43		0,685			
	44		0,630			
	45		0,717			
	46		0,747			
	47		0,738			
	48		0,696			
Engeller-Kolaylaştırıcılar	49			0,740	19,35	3.043
	50			0,821		
	51			0,775		
	52			0,741		
	53			0,706		
	54			0,764		
	55			0,701		
	56			0,834		
	57			0,889		
	58			0,870		
	59			0,876		
	60			0,803		
				Ölçek	68,37	
$KMO=0,968$ $DF=1770$ $\chi^2=20891,344$ $p<0,001$						

$p<0,001$. KMO: Kaiser–Meyer–Olkin test; χ^2 : ki kare Df: Serbestlik Derecesi

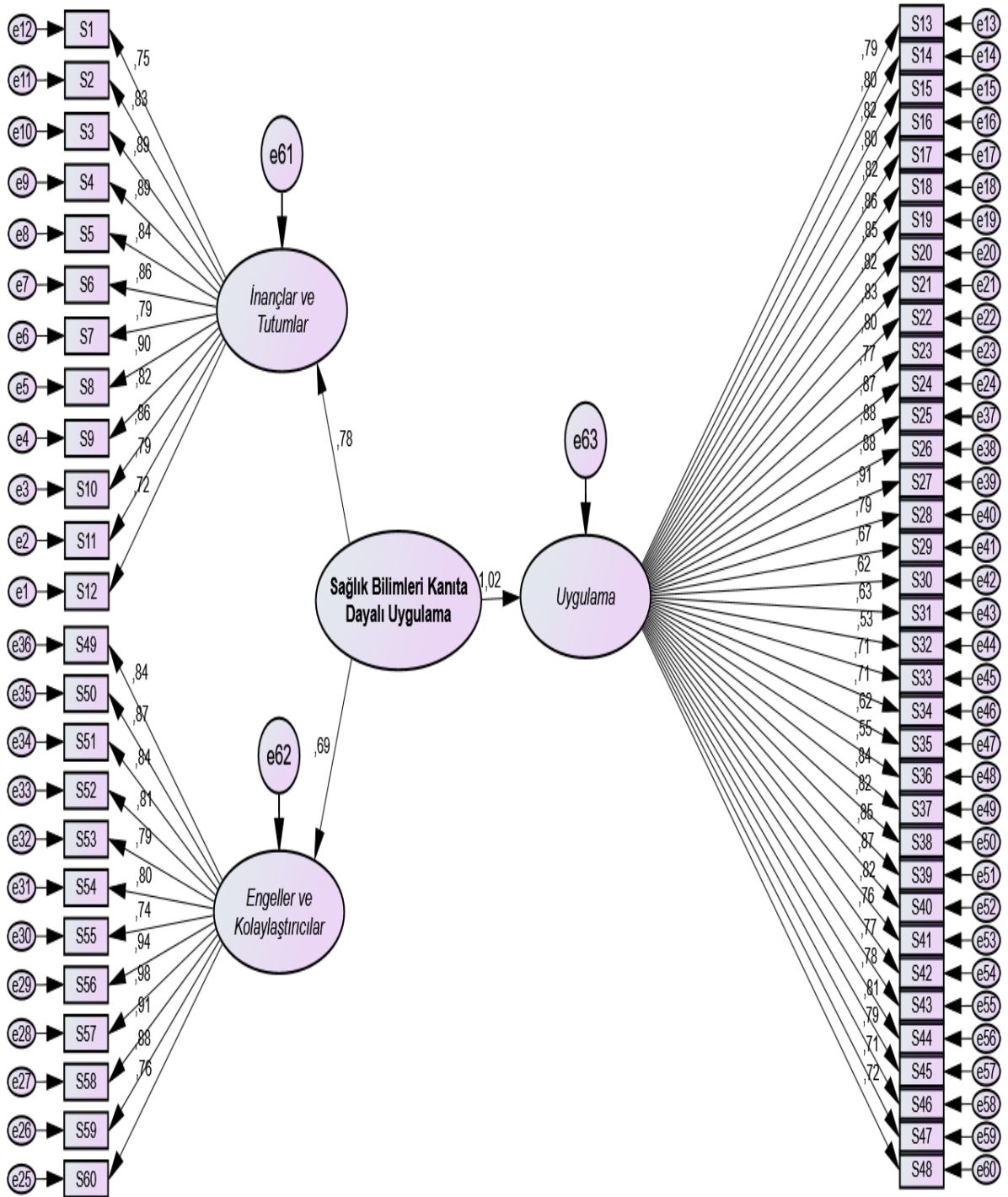
Çalışmada doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kapsamında modellerin faktör geçerliğini değerlendirmek için χ^2/df , RMSEA, SRMR, IFI, TLI, CFI ve GFI kullanılmıştır. χ^2/df değerinin 2 ve 3 arasında olması modelin kabul edilebilir düzeyde uyum gösterdiğini ifade eder. RMSEA, örneklem büyüklüğünden en az etkilenen bir indekstir. Bununla birlikte, farklı literatürlerde RMSEA uyum indeksi kriterleri tutarsızdır. Bu alanda genellikle 0,06 veya 0,08'e yakın bir kesme değerinin kabul edilebilir olduğu düşünülmektedir. IFI, TLI, CFI uyum indekslerinin 0,90'ı aşması, yeterli model uyumunun kanıtı olarak kabul edilir. Bu çalışmada RMSEA $\geq 0,05$, SRMR $< 0,1$, IFI, TLI, CFI $\geq 0,90$ ve GFI $\geq 0,95$ kabul edilebilir olarak belirlendi. SB-KDU anketi modelinin uyumuna ilişkin istatistiksel değerleri Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anket modelinin uyumuna ilişkin istatistiksel değerler

Ölçek	(χ^2/sd)	RMSEA	SRMR	IFI	CFI	GFI	TLI
Model	2,331	0,071*	0,062*	0,907*	0,906*	0,862	0,917*

* **Kabul edilebilir uyum** χ^2/df oranı-Ki-Kare/serbestlik derecesi, RMSEA: (Root Mean Square Error of Approximation) Ortalama hata karekök yaklaşımı, SRMR (standardized root mean square residual) standartlaştırılmış kök ortalama kare, IFI: (Incremental Fix Index) Artımlı Uyum İndeksi, CFI: (Comparative Fit Index) Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, GFI: (goodness-of-fit index) uyum iyiliği indeksi. TLI: (Tucker-Lewis index) Tucker- Lewis indeks.

SB-KDU anketi için elde edilen model ($\chi^2=3797,636$, $df=1629$) üç boyuttan oluşmaktadır. Bu modele ilişkin uyum indeksleri modelin kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğunu göstermektedir. 60 madde ve 3 alt boyuttan oluşan SB-KDU ölçeğine, DFA uygulanmıştır. Model Şekil 4.1'de görsel olarak sunulmuştur. Alt boyutların 60 soru üzerindeki yol katsayılarının her biri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Buna göre inançlar ve tutumlar boyutu 1-12 sorulardan, uygulama boyut 13-48 sorulardan ve engeller ve kolaylaştırıcılar boyut 49-60 sorulardan oluşmaktadır. Tüm alt boyutlar sorular üzerinde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahiptir. SB-KDU anketinin üzerinde inançlar ve tutumlar, uygulama ve engeller ve kolaylaştırıcılar alt boyutlarının yol katsayılarının her biri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).



Şekil 4.1. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi doğrulayıcı faktör analizi modeli

SB-KDU Anketin'in, inançlar ve tutumlar boyutunun ortalaması $97,09 \pm 16,63$, uygulama boyut ortalaması $275,43 \pm 48,10$ puan ve engeller ve kolaylaştırıcılar boyutunun ortalaması $73,07 \pm 26,54$ puandı. SB-KDU ortalaması ise $445,59 \pm 82,25$ puan olarak bulundu. SB-KDU anketinin tanıtıcı istatistikleri Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama anketinin tanıtıcı istatistikleri

SB-KDU anketi alt boyutları (n:268)	İstatistikler
İnançlar ve Tutumlar	
<i>Ort±SS</i>	97,09±16,63
<i>M (min-max)</i>	100 (30-120)
Uygulama	
<i>Ort±SS</i>	275,43±48,10
<i>M (min-max)</i>	275,5 (126-360)
Engeller ve Kolaylaştırıcılar	
<i>Ort±SS</i>	73,07±26,54
<i>M (min-max)</i>	72 (12-120)
SB-KDU	
<i>Ort±SS</i>	445,59±82,25
<i>M (min-max)</i>	448,5 (251-595)

Ort: ortalama, SS: standart sapma, M: Medyan, min: minimum, max: maksimum. SB-KDU: Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama

SB-KDU anketi ile alt boyutları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($p < 0,05$). En yüksek ilişki inançlar-tutumlar alt ölçeği ile uygulama alt ölçeği arasındadır. En düşük ilişki ise inançlar-tutumlar alt ölçeği ile engeller-kolaylaştırıcılar alt ölçeği arasında olduğu bulundu. SB-KDU anketi ve alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkisi Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi ve alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkisi

SB-KDU alt parametreleri	İnançlar ve Tutumlar	Uygulama	Engeller ve Kolaylaştırıcılar
İnançlar ve Tutumlar	1		
Uygulama r(p)	0,775 (0,001)	1	
Engeller ve Kolaylaştırıcılar r(p)	0,543 (0,001)	0,686 (0,001)	1
SB-KDU toplam r(p)	0,831 (0,001)	0,963 (0,001)	0,833 (0,001)

$p < 0,05$, r: Pearson Korelasyon Katsayısı, SB-KDU: Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama

Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği toplam skor ortalaması 75,09±13,75 puandı. Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,753 olarak bulundu. Değişime karşı direnç ölçeği toplam skor ortalaması 35,22±11,25 puandı. Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,917 olarak bulundu. Maslach tükenmişlik ölçeği toplam skor ortalaması 38,04±13,92 puandı. Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,904 olarak bulundu. Bilgi okuryazarlığı öz-yeterlik algı ölçeği toplam skor ortalaması 149,03±28,20 puandı. Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,979 olarak bulundu. Tüm ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.9'da gösterilmiştir

Tablo 4.9. Tüm ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri

n:268	M (min-max)	Ort±SS	Cronbach Alfa
Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği	76 (31-115)	75,09±13,75	0,753
Mesleki Tatmin	36 (0-50)	34,93±10,27	0,947
Tükenmişlik	22 (7-40)	21,37±5,41	0,677
Eş duyum yorgunluğu	20 (0-42)	19,10±8,16	0,856
Değişime Karşı Direnç Ölçeği	34,5 (15-61)	35,22±11,25	0,917
Bilişsel tepki	12 (5-23)	11,72±4,48	0,891
Duyusal tepki	12 (5-25)	12,00±4,31	0,830
Davranışsal tepki	12 (5-21)	11,50±3,81	0,731
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	40 (7-71)	38,04±13,92	0,904
Duyusal tükenme	19 (0-36)	19,03±7,85	0,908
Duyarsızlaşma	9 (0-20)	8,73±4,41	0,793
Kişisel başarısızlık	11 (0-24)	10,27±5,03	0,803
Bilgi Okuryazarlığı Öz-yeterlik Algı Ölçeği	146 (42-196)	149,03±28,20	0,979
Bilgi ihtiyacını tanımlama	6 (2-7)	5,93±1,15	-
Arama stratejisini başlatma	17 (4-21)	16,93±3,04	0,868
Kaynakları bulma ve erişme	39 (12-56)	40,41±8,84	0,939
Bilgiyi değerlendirme ve anlama	27 (7-35)	26,79±5,41	0,945
Bilgiyi yorumlama, Sentezleme ve Kullanma	11 (2-14)	10,8±2,26	0,895
Bilgi iletişimi	37,5 (7-49)	36,84±8,83	0,969
Ürün ve sürecin değerlendirilmesi	12 (3-14)	11,34±2,07	0,872

Ort: ortalama, SS: standart sapma, M:Medyan, min:minimum, max: maksimum.

SB-KDU anketi ve alt boyutları ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Pearson korelasyon katsayısı (r) değeri <0.2 ise çok zayıf korelasyon, $0.2-0.4$ arasında zayıf korelasyon, $0.4-0.6$ arasında ise orta şiddet korelasyon, $0.6-0.8$ arasında yüksek korelasyon ve >0.8 ise çok yüksek korelasyonu ifade eder. SB-KDU anketi ve alt boyutları ile çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu mesleki tatmin arasında pozitif yönlü orta şiddet korelasyon, tükenmişlik arasında negatif yönlü zayıf korelasyon ve ÇYKÖ toplam puan arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki varken ($p<0,05$); eşduyum yorgunluğu alt boyutu arasında pozitif yönlü istatistik olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptandı ($p<0.005$). SB-KDU anketi ve alt boyutları ile değişime karşı direnç ölçeği ve alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($p<0,05$). SB-KDU anketi ve alt boyutları ile Maslach tükenmişlik ölçeği ve alt boyutları arasında negatif yönlü orta şiddet korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($p<0,05$). SB-KDU anketi ve alt boyutları ile bilgi okuryazarlığı öz-yeterlik algı ölçeği ve alt boyutları arasında pozitif yönlü yüksek korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($p<0,05$).

Tablo 4.10. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi ile diğer ölçekler arasındaki ilişkiler

	İnançlar ve Tutumlar r(p)	Uygulama r(p)	Engeller ve Kolaylaştırıcıları r(p)	SB-KDU Anketi Toplam r(p)
Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği	0,254 (0,001)	0,276 (0,001)	0,368 (0,001)	0,332 (0,001)
Mesleki Tatmin	0,350 (0,001)	0,494 (0,001)	0,615 (0,001)	0,558 (0,001)
Tükenmişlik	-0,186 (0,002)	-0,305 (0,001)	-0,374 (0,001)	-0,337 (0,001)
Eş duyum yorgunluğu	0,078 (0,201)	0,009 (0,887)	0,047 (0,446)	0,036 (0,557)
Değişime Karşı Direnç Ölçeği	-0,232 (0,001)	-0,306 (0,001)	-0,275 (0,001)	-0,315 (0,001)
Bilişsel tepki	-0,228 (0,001)	-0,301 (0,001)	-0,289 (0,001)	-0,316 (0,001)
Duyusal tepki	-0,197 (0,001)	-0,261 (0,001)	-0,241 (0,001)	-0,270 (0,001)
Davranışsal tepki	-0,195 (0,001)	-0,255 (0,001)	-0,199 (0,001)	-0,253 (0,001)
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	-0,280 (0,001)	-0,435 (0,001)	-0,562 (0,001)	-0,492 (0,001)
Duygusal tükenme	-0,246 (0,001)	-0,396 (0,001)	-0,555 (0,001)	-0,460 (0,001)
Duyarsızlaşma	-0,162 (0,001)	-0,295 (0,001)	-0,384 (0,001)	-0,329 (0,001)
Kişisel başarısızlık	-0,249 (0,001)	-0,326 (0,001)	-0,353 (0,001)	-0,355 (0,001)
Bilgi Okuryazarlığı Öz-yeterlik Algı Ölçeği	0,441 (0,001)	0,634 (0,001)	0,490 (0,001)	0,618 (0,001)
Bilgi ihtiyacını tanımlama	0,355 (0,001)	0,340 (0,001)	0,272 (0,001)	0,358 (0,001)
Arama stratejisini başlatma	0,463 (0,001)	0,579 (0,001)	0,454 (0,001)	0,579 (0,001)
Kaynakları bulma ve erişme	0,356 (0,001)	0,524 (0,001)	0,431 (0,001)	0,518 (0,001)
Bilgiyi değerlendirme ve anlama	0,390 (0,001)	0,597 (0,001)	0,467 (0,001)	0,579 (0,001)
Bilgiyi yorumlama, Sentezleme ve Kullanma	0,386 (0,001)	0,569 (0,001)	0,421 (0,001)	0,547 (0,001)
Bilgi iletişimi	0,405 (0,001)	0,611 (0,001)	0,446 (0,001)	0,583 (0,001)
Ürün ve sürecin değerlendirilmesi	0,438 (0,001)	0,569 (0,001)	0,432 (0,001)	0,561 (0,001)

$p < 0,05$, r : Pearson Korelasyon Katsayısı. SB-KDU: Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama

SB-KDU anketi ve alt boyutları ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler incelendiğinde; SB-KDU ve alt boyutları ile yaş arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki, çalışma süresi arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki, iş memnuniyet düzeyi arasında pozitif yönlü orta şiddette korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki, kanıta dayalı uygulama bilgi düzeyi arasında pozitif yönlü orta şiddette korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki, mesleki uygulamalarının kalitesi arasında pozitif yönlü orta şiddette korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). SB-KDU ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi toplam puan ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler

	İnançlar ve Tutumlar r(p)	Uygulama r(p)	Engeller ve Kolaylaştırıcılar r(p)	SB-KDU Toplam r(p)
Yaş (yıl)	0,239 (0,009)	0,294 (0,001)	0,274 (0,001)	0,309 (0,001)
Haftalık çalışma saati	0,018 (0,7669)	-0,057 (0,356)	-0,046 (0,453)	-0,044 (0,471)
Çalışma süresi (yıl)	0,237 (0,001)	0,297 (0,001)	0,305 (0,001)	0,320 (0,001)
İş memnuniyet düzeyi	0,421 (0,001)	0,465 (0,001)	0,541 (0,001)	0,532 (0,001)
Kanıta Dayalı Uygulama Bilgi Düzeyi	0,596 (0,001)	0,553 (0,001)	0,400 (0,001)	0,573 (0,001)
Mesleki uygulamalarının kalitesi	0,430 (0,001)	0,443 (0,001)	0,540 (0,001)	0,520 (0,001)

$p<0,05$, r : Pearson Korelasyon Katsayısı. SB-KDU: Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama

SB-KDU anketi ortalaması lisans mezunu olanlarda istatistiksel olarak düşüktü ($F=43,063$ $p<0,001$). SB-KDU anketi ortalaması bekâr olanlarda istatistiksel olarak düşüktü ($F=14,824$ $p<0,001$). SB-KDU anketi ortalaması karma çalışanlarda istatistiksel olarak düşüktü ($F=6,261$ $p<0,001$). SB-KDU anketi ortalaması mesleki gelişiminiz için eğitim kursları verenlerde istatistiksel olarak yüksekti ($t=2,658$ $p=0,008$). SB-KDU ölçeği ortalaması KDU eğitimi alanlarda istatistiksel olarak yüksekti ($t=8,748$ $p<0,001$). SB-KDU

anketi ortalaması temel seviye KDU eğitimi alanlarda istatistiksel olarak düşüktü ($F=66,636$ $p<0,001$). SB-KDU anketi ortalaması mesleki dergi/yayınları takip etmeyenlerde istatistiksel olarak düşüktü ($F=50,172$ $p<0,001$). SB-KDU anketi ortalaması meslek ile ilgili yayını olanlarda istatistiksel olarak yüksekti ($t=8,203$ $p<0,001$). SB-KDU anketi ortalaması KDU kullananlarda istatistiksel olarak yüksek olarak bulundu ($t=5,264$ $p<0,001$). SB-KDU anketi toplam puanının demografik özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 4.12’de gösterilmiştir.



Tablo 4.12. Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi toplam puanının demografik özelliklere göre karşılaştırılması

	Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi <i>Ort±SS</i>	Test istatistikleri
Cinsiyet F(p)		0,485 (0,628)
Kadın	447,34±82,50	
Erkek	442,19±82,10	
Akademik Derece F(p)		43,063(<0,001)
Lisans	419,73±75,07 ^b	
Lisansüstü	498,17±64,88 ^a	
Doktora	555,90±47,63 ^a	
Medeni Durum F(p)		14,824 (0,001)
Evli	467,07±75,44 ^a	
Bekâr	425,11±81,57 ^b	
Boşanmış	543,86±34,15 ^a	
Kurum Tipi F(p)		3,755 (0,025)
Kamu	466,84±79,43 ^a	
Özel	448,40±84,33 ^a	
Karma	412,68±61,76 ^b	
Çalışma alanı F(p)		6,261(0,001)
Kardiyopulmoner Fizyoterapi	484,86±80,79 ^a	
Gerontoloji/Geriatri	461,56±69,01 ^a	
Pediyatri	404,54±80,32 ^b	
Sporcu Sağlığı	478,15±71,94 ^a	
Genel FTR	429,30±75,27 ^a	
Diğer	453,50±94,77 ^a	
Mesleki gelişiminiz için eğitim kursları verme durumu t(p)		2,658 (0,008)
Evet	498,00±104,16 ^a	
Hayır	442,26±79,76 ^b	
Kanıta Dayalı Uygulama eğitimi alma durumu t(p)		8,748(0,001)
Evet	479,75±76,38 ^a	
Hayır	401,50±67,43 ^b	
Kanıta Dayalı Uygulama eğitimi seviyesi F(p)		66,636(0,001)
Temel	394,35±72,64 ^b	
Orta seviye	459,64±63,59 ^a	
İleri	514,76±63,07 ^a	
Mesleki dergi/yayınları takip etme durumu F(p)		50,172(0,001)
Evet	489,39±69,41 ^a	
Hayır	354,50±70,83 ^b	
Kısmen	421,92±71,05 ^a	
Mesleğiniz ile ilgili yayın varlığı t(p)		8,203(0,001)
Evet	501,15±73,20 ^a	
Hayır	421,10±73,80 ^b	
Kanıta Dayalı Uygulama kullanımı t(p)		5,264 (0,001)
Evet	455,04±77,78 ^a	
Hayır	378,30±82,93 ^b	

$p<0,05$, t: Bağımsız Örneklem t Test; F: ANOVA, Ort: ortalama, SS: standart sapma. $a>b$: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı.

5. TARTIŞMA

Günümüzde bilim ve teknoloji hızla ilerlemektedir ve hayatımızın birçok alanında dönüşümler yaşanmaktadır. Bu dönüşümlerden biri de kanıta dayalı uygulamaların ortaya çıkmasıdır. KDU, bilimsel araştırmaların ve kanıtların temel alındığı yöntemdir (19,28). KDU, sağlık hizmetlerinden eğitim sistemine, kamu politikalarından iş dünyasına kadar birçok alanda kullanılmaktadır. Bu uygulamaların temel prensibi, bilimsel yöntemlerle elde edilen kanıtların doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve bu kanıtların pratik yaşama entegre edilmesidir. KDU'nun önemli bir avantajı, kararların objektif ve bilimsel verilere dayandırılmasıyla daha iyi sonuçlar elde edilmesidir (29).

Sağlık hizmetleri alanında KDU'lar, tedavi yöntemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve en iyi uygulamaların belirlenmesi için kullanılmaktadır. Bu sayede hastalara en uygun tedavi yöntemleri sunulabilmekte ve sağlık sonuçları iyileştirilebilmektedir (24).

Fizyoterapistler, insanların fiziksel sağlığını iyileştirerek, hareket kabiliyetini artırarak ve ağrıyı azaltarak, fonksiyonelliği artırıp, yaşam kalitesini iyileştirmede önemli rol oynamaktadırlar. Bu nedenle, fizyoterapistlerin uyguladıkları tedavi yöntemlerinin etkinliği ve güvenilirliği büyük önem taşımaktadır. KDU, fizyoterapistlerin tedavi kararlarını bilimsel kanıtlara dayandırmalarını, en iyi klinik uygulamaları takip etmelerini, tedavi yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmelerini ve hastalara en iyi tedavi seçeneklerini sunmayı sağlayan bir yaklaşımdır (77). KDU, klinik deneyimlerin yanı sıra bilimsel araştırmalara dayanan bilgileri kullanarak tedavi seçimlerini destekler. Bu sayede fizyoterapistler, hastalarına kanıta dayalı, etkili ve güvenilir tedavi yöntemleri sunabilirler (76). Ayrıca KDU, fizyoterapistlerin mesleki gelişimlerine de katkı sağlar. Sürekli olarak yeni bilimsel araştırmaların ve kanıtların takip edilmesi, fizyoterapistlerin güncel bilgilere sahip olmalarını ve tedavi yaklaşımlarını sürekli olarak gözden geçirebilmelerini sağlar. Bu da onlara daha etkili ve verimli bir şekilde çalışma imkânı tanır (69,72).

Tüm bu sebeplerden dolayı KDU bilgi, beceri, tutum, davranış, engeller ve kolaylaştırıcıların kapsamlı olarak değerlendirmesi gerektiğini ve fizyoterapistlere uygun olabilecek bir değerlendirme aracı kullanılması gerektiği kanısına vardık. Health Sciences

Evidence-Based Practice Questionnaire (HS-EBP) isimli ölçek İspanyol sağlık profesyonelleri tarafından oluşturulmuş; KDU ile ilgili bilgi ve davranışlarını ölçen tüm sağlık profesyonellerine uygulanabilen, psikometrik özelliklerinin incelendiği bir ölçme aracıdır. SB-KDU'nun kültürler arası adaptasyonu dünya çapında başlamış, Çince ve Japonca ve Vietnamca versiyonlarının geçerlik ve güvenilirliği doğrulanmış olup, fizyoterapistler üzerinde de çalışmalar yapılmıştır (15,16,17). Ancak Türkiye'de tüm sağlık profesyonellerinin kullanabileceği bir KDU ölçme aracı olmadığı gibi sadece fizyoterapistler üzerinde KDU ölçme araçlarının psikometrik çalışmalarının yapıldığı bir araştırma literatürde yer almamaktadır. Çalışmamız SB-KDU Anketi'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik versiyon çalışmasıdır.

Çalışmaya fizyoterapist ünvanına sahip olan, Türkiye'de fizyoterapist olarak hastane, klinik veya akademik birimlerde en az 6 aydır görev yapıyor olan 268 gönüllü fizyoterapist dahil edildi. Bu sayının geçerlik ve güvenilirlik incelenmesinin yapılması için güç analizi sonucuna göre yeterli büyüklüğe sahip olduğu belirlendi (Ek 1). Çalışmadaki veri setinin faktör analizi için uygunluğu KMO katsayısı ve Barlett testi ile değerlendirildi. KMO katsayısının 0.50'den yüksek olması, veri setinin faktör analizi için yeterli örnekleme uygunluğuna sahip olduğunu gösterir. Çalışmadaki KMO değeri 0,968 olarak bulundu. Bartlett testi, veri setinin içerdiği değişkenler arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu belirlemeye yardımcı olur. Barlett testi χ^2 değeri 20891,344 olarak anlamlı elde edildi. Sonuçlara göre araştırmamızın faktör analizi için uygun olduğu sonucuna varıldı.

Anketi geliştiren Fernandez ve ark. sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirmiş oldukları çalışma, anketinin ilk versiyonunu 5 alt boyut olarak incelemişlerdir. Çalışma katılımcıları 211 sağlık profesyonelleri kapsayan; hemşire, psikolog, fizyoterapist, doktor ve diğer sağlık çalışanlarını içeriyordu (14). SB-KDU Anketi'nin Japonca geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına 52 kişi dahil edilmiş olup; hemşire, fizyoterapis ve ergoterapi öğrencileri üzerinde inceleme yapılmıştır (16). 2023 yılında yapılan Vietnamca geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise 343 ebe üzerinde inceleme yapılmıştır (17). SB-KDU Anketi'nin Çince versiyonunda ise; çalışmaya 235 klinik hemşire dahil edilmiştir (15). Bu bağlamda çalışmamız hem düzenlenmiş ilk versiyon çalışmasıdır hem de SB-KDU Anketi'ni sadece fizyoterapist popülasyonu üzerinde inceleyen ilk versiyon çalışmasıdır. Araştırma hipotezinin test edilebilmesi için gerekli örnek genişliği hesaplanırken ; $\alpha=0.05$, $d=0.06$ ve $p=0.50^*$ olmak üzere %95 güven düzeyinde toplam 267 kişi olarak saptanmıştır (EK 1)

Çalışmamızda 268 fizyoterapist dahil ederek, yeterli örneklem genişliğine ulaşıldı. SB-KDU Anketi'nin orijinal ve dil versiyon çalışmalarına oranla çalışmamız daha yüksek bir örneklem genişliğini kapsamakta, bu da psikometrik olarak daha güçlü kanıtlar göstermektedir.

SB-KDU Anketi'nin orijinal çalışması 3 aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşama; anketin gelişimini kapsamaktadır. Buna göre KDU tutum, davranış, inanç, engeller ve kolaylaştırıcıları konu alan KDU uzmanlarından oluşan bir ekip dahil edilerek maddelerin önerisi geliştirilmiştir. Bu öneriler literatür araştırması sonucunda modellenmiştir. İkinci aşamada; iki farklı Delphi çalışması yaparak anketin geçerliği ve güvenilirliğine dair kanıtları oluşturulmuştur. İlk çalışmaya 4 farklı sağlık grubunu içeren (fizyoterapi, piskoloji, hemşirelik ve tıp) 48 kişi dahil edilmiştir. İkinci çalışmaya ise bu 4 alandan KDU uzmanlık alanına sahip 32 kişi dahil edilmiştir. Son aşamada ise; anketin psikometrik özelliklerine pilot test uygulanmış olup, iki aşamada gerçekleştirilen örneklem doğrulama testini değerlendirmişlerdir. Güvenilirlik, hem Cronbach alfa katsayısı hem de sınıf içi korelasyonlar (ICC) aracılığıyla analiz edilmiştir. Geçerlilik için benzer ölçek ve faktör analizi kullanılmıştır. Benzer ölçek geçerliğinde Değişime Karşı Direnç Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Envanteri, Profesyoneller için Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kanıta Dayalı Uygulama-19 Ölçeği kullanılmıştır (14). SB-KDU Anketi'nin Japonca versiyonunda, çalışmada önce anketin orijinal sahibinden Japoncaya çevrilmesi için onay alınmıştır. Kùltürler arası uyarlama, Beaton yönergelerine göre gerçekleştirilmiştir. Ardından, anketin test-tekrar test güvenilirliği değerlendirilmiştir (16). Anketin Vietnamca versiyonunda ise; ilk olarak dil uyarlaması gerçekleştirilmiştir. İkinci olarak ise psikometrik özellikleri incelemişlerdir. İç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği, sırasıyla Cronbach's α ve sınıf içi korelasyon (ICC) kullanılarak ve yapı geçerliliği zıt gruplar yaklaşımı kullanılarak değerlendirilmiştir (17). Anketin Çince versiyonunda ise; orijinal yazarın ve etik kurul onayı alındıktan sonra, SB-KDU Anketi dil çevirisi gerçekleştirilmiştir. İç tutarlılık, Cronbach alfa kullanılarak test edildi. Yapı geçerliliği, doğrulayıcı faktör analizi kullanılarak değerlendirilmiştir (15).

Çalışmamız ise iki aşamada gerçekleştirildi. İlk aşamada SB-KDU Anketi'nin Türkçeye dil uyarlaması için uygun prosedürler gerçekleştirildi. İkinci aşamada dil uyarlaması yapılan ölçeğin psikometrik özellikleri incelendi. Bu aşamada geçerlilik analizi için faktör analizi ve benzer ölçek geçerliği kullanıldı. Bunun için Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Envanteri, Değişime Karşı Direnç Ölçeği ve Bilgi

Okuryazarlığı Özyeterlik Algı Ölçeği arasındaki korelasyonlar incelendi. SB-KDU Anketi'nin güvenilirliği test-tekrar test güvenilirliği sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC), madde-toplam korelasyon analizleri ve Cronbachs'Alpha (α) (iç tutarlılık) ile test edildi. Araştırmamız ile çalışma yöntemleri karşılaştırıldığında, anketin orijinal versiyonu ile incelenen psikometrik özelliklerin aynı olduğunu, Çince versiyonunda geçerlik analizi için sadece faktör analizi kullanıldığını, Japonca ve Vietnamca versiyonunda ise çalışmamızdan farklı olarak yapı geçerliliği ölçümü için faktör analizi ve benzer ölçek geçerliği kullanılmadığı görüldü.

Çalışmamıza katılan bireylerin %66'sı kadın,%34'ü erkektir. Fizyoterapistlerin %69,8'i lisans mezunu,%26,5'i lisansüstü mezunu ve %3,7'si doktora mezunuydu. Çalışmaya katılan 268 bireylerin yaş ortalamaları $28,5 \pm 3,99$ yıl bulundu. Ölçeğin geliştirildiği ilk çalışmada ise 211 sağlık profesyonelinin %30.3'ü fizyoterapist, 10.9% doktor, 9.5% psikolog ve 3.8% diğer sağlık alanlarına aittir. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 38'idi. %66,4'ü kadın ve %33,6'sı erkekti. Anketin Japonca versiyon çalışmasında; 52 katılımcının %42.3'ü fizyoterapi öğrencisi, %36,5 hemşire öğrencisi ve %21.2'si ergoterapi öğrencisidir. Çalışmanın %32.7'si erkek ve yaş ortalaması 22'dir. Anketin Vietnamca versiyonunda ise; 343 ebenin yaş ortalaması 35'dir ve yaklaşık %50'si lisans derecesine sahiptir. Çalışmamız örneklemini sadece fizyoterapistlerden oluşmakla birlikte diğer versiyon çalışmalarına benzer cinsiyet dağılımına sahiptir. Çalışmamız, anketin orijinal çalışması ve Vietnamca versiyon çalışmasının yaş ortalamasına göre daha düşüktü. Japonca versiyon çalışmasında ise öğrencilerin çalışmaya dahil edilmesinden kaynaklı olarak çalışmamızdan daha düşük bir yaş ortalaması görülmekteydi.

Çalışmamızın iç tutarlığı Cronbach alfa katsayısı ile hesaplandı. SB-KDU Anketi'nin Cronbach alfa 0,985 değeri bulundu. Bu değerlere göre Cronbach alfa 0.70' in üzerinde olduğu için güvenilirliği yeterli görülmüştür (117). Ölçeğin alt boyutları olan İnançlar ve tutumlar, uygulama ve engeller ve kolaylaştırıcılar boyutları Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.964, 0.982, 0.970'dir. Uygulama alt boyutu, inançlar-tutumlar ve engeller-kolaylaştırıcılar alt boyutlarına göre yüksek düzeyde katsayı ile daha güvenilir olduğu gösterildi. Ölçeğin ilk çalışmasının 5 alt boyutu olan inançlar ve tutumlar, bilimsel araştırma sonuçları, mesleki uygulamanın geliştirilmesi, sonuçların değerlendirilmesi ve engeller/kolaylaştırıcılar için Cronbach alfa değerleri ayrı ayrı hesaplanmış ve değerler 0.92, 0.96, 0.87, 0.94 ve 0.87'dir. Anketin Japonca versiyon çalışmasında Cronbach alfa değerleri inançlar ve tutumlar, bilimsel araştırma sonuçları, mesleki uygulamanın geliştirilmesi,

sonuçların değerlendirilmesi ve engeller/kolaylaştırıcılar için sırasıyla 0.87, 0.94, 0.86, 0.93, 0.95 olarak bulunmuştur. Anketin Vietnamca versiyonunda Cronbach alfa değerleri inançlar ve tutumlar, bilimsel araştırma sonuçları, mesleki uygulamanın geliştirilmesi, sonuçların değerlendirilmesi ve engeller/kolaylaştırıcılar için sırasıyla 0.94,0.97,0.92,0.97 ve 0.95 olarak bulunmuştur. Çince versiyonunda ise Cronbach alfa değerleri inançlar ve tutumlar, bilimsel araştırma sonuçları, mesleki uygulamanın geliştirilmesi, sonuçların değerlendirilmesi ve engeller/kolaylaştırıcılar alt boyutları için sırasıyla 0.979, 0.975, 0.968, 0.985 ve 0.976 olarak bulunmuştur. İnançlar ve Tutumlar alt ölçeğinin Cronbach alfa değerleri karşılaştırıldığında; SB-KDU Anketi'nin alt ölçek değeri; orijinal çalışma, Japonca ve Vietnamca versiyonuna göre yüksektir. Çince versiyonun da ise değerin daha yüksek fakat yakın olduğunu söyleyebiliriz. Uygulama alt ölçeğinin Cronbach alfa değerine göre; SB-KDU Anketinin Türkçe versiyonu; orijinal çalışma ve dil versiyonlarından daha yüksek olduğu bulundu. Engeller ve kolaylaştırıcılar alt ölçeğinin Cronbach alfa değerine göre ise; SB-KDU Anketinin, orijinal çalışma, Japonca ve Vietnamca versiyonundan daha yüksek; Çince versiyonu ile aynı olduğunu söyleyebiliriz. Tüm bu sonuçlara göre SB-KDU Anketi'nin Türkçe versiyonun anketin orijinal çalışmasından, Japonca ve Vietnamca versiyonundan daha yüksek güvenirlikte; Çince versiyonuna yakın olduğunu söyleyebiliriz.

SB-KDU Anketi'nin test-tekrar test güvenirliği sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ile değerlendirilmiştir. Literatür incelendiğinde, alınan ikinci değerlendirme ilk değerlendirmeden 2-4 hafta sonra ve en az 30 verinin kullanılması dikkate alınarak değerlendirildi (113). Çalışmaya katılan 268 fizyoterapistten 35'i 2 hafta sonra tekrar SB-KDU Anketi'ni doldurdu. ICC değeri 0,80 ve üzeri iyi düzeyde güvenirliği ifade etmektedir (114). SB-KDU Ölçeği için 1.değerlendirme ve 2.değerlendirme toplam puan için hesaplanan ICC değeri 0,992 olarak bulundu. Güçlü ve istatistik olarak kabul edilebilir korelasyon katsayısı ifade etmekteydi. İnançlar-tutumlar alt boyutu için ICC değeri 0,986 olarak bulundu. Güçlü ve istatistik olarak kabul edilebilir korelasyon katsayısı vardı. Uygulama alt boyutu için ICC değeri 0,975 olarak bulundu. Bu alt boyut içinde, istatistik olarak kabul edilebilir korelasyon katsayısı göstermekteydi. Engeller-kolaylaştırıcılar alt boyutu için ICC değeri 0,992 olarak bulundu ve güçlü ve kabul edilebilir korelasyon ifade etmektedir. Çalışmamızdaki test-tekrar güvenirliği sonuçlarına göre SB-KDU Anketi'nin Türkçe versiyonu tutarlı ve anlaşılır sonucuna varabiliriz. Anketin orijinal çalışmasında ise ICC değeri 0.53, Japonca versiyonunda 0.66, Vietnamca versiyonunda 0,45 ile 0,66 arasında ve Çince versiyonunda 0.97 olarak bulunmuştur. Diğer çalışma sonuçlarına göre, SB-KDU

Anketi'nin Türkçe versiyonunun daha güvenilir olduğu söylenebilir. Bu sonucu, tek bir meslek grubunda ve daha düşük yaş ortalamasına sahip fizyoterapistler üzerinde yapılmasına bağlamaktayız.

Madde-toplam korelasyon katsayısı bir ölçeğin maddeleri arasındaki ilişkiyi ölçen bir istatistiksel ölçüdür. Bu korelasyon, bir ölçeğin her bir maddesi ile ölçeğin geri kalan maddeleri arasındaki ilişkiyi gösterir. SB-KDU Anketi'nin madde toplam korelasyonları değerlerinin 0,528 ile 0,867 arasında değiştiği görüldü. Madde toplam korelasyonu için alınabilecek sınır değer 0,20 olması güvenilirliği ifade etmektedir. Buna göre ölçekte bulunan 60 maddeden hiçbir maddenin 0,20 altında değeri olmadığı sonucu görüldü. Anketin orijinal çalışmasında ise madde toplam korelasyon değerleri 0.48-0.90 arasında olduğu görüldü. Japonca versiyonunda madde-toplam korelasyon değerleri 0.33-0.72 arasında olduğu görüldü. Sonuçlara göre madde-toplam korelasyon değerlerinin anketin orijinal çalışmasına yakın, Japonca versiyonuna göre ise daha yüksek değer aldığını gösterdi. Tüm bu sonuçlar SB-KDU Anketi'nin Türkçe versiyonun daha güvenilir bir ölçek olduğu sonucunu gösterdi.

Yapı geçerliği, ölçeğin ilgili kavramı ölçme yeteneğini gösterir (112). Çalışmamızda yapı geçerliliğini ölçmek için faktör analizi ve uygunluk (benzer ölçek) geçerliliği kullanıldı. Faktör analizi, birbirleriyle ilişkili çok sayıda değişkenin daha az sayıda ve tanımlanabilir nitelikte anlamlı faktörler altında toplanmasını sağlayan bir istatistiksel yöntemdir. Faktör analizi gerçekleştirilmeden önce analize uygunluğu değerlendirildi. Dağılımın faktör analizi için yeterli uygunluğa sahip olup olmadığını test etmek için KMO testi kullanılmaktadır ve 0,90 üzeri mükemmel olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamızda KMO değeri 0,968 idi. Bu bilgiye göre KMO değerinin oldukça iyi seviyede olduğu ifade edilebilir. Barlett testi χ^2 değeri 20891,344 olarak istatistiksel olarak anlamlı elde edildi. Sonuçlara göre veriler faktör analizi için uygun bulundu. İnançlar-tutumlar boyutunda yer alan soruların faktör yükleri, 0.625 ile 0.834 arasında değişmektedir. Uygulama boyutundaki soruların faktör yükleri ise 0.487 ile 0.773 arasında ve Engeller-kolaylaştırıcılar boyutundaki soruların faktör yükleri ise 0.701 ile 0.889 arasında değişmektedir. Bu faktör yük değerleri, kabul edilen minimum değer olan 0,45'in üzerinde olduğu için yeterli geçerliliğe sahiptir. Bu ifadelere göre, faktör analizi sonuçlarına dayanarak ölçeğin üç alt boyutunun kabul edilebilir düzeyde olduğu görüldü. Anketin orijinal çalışmasında Kaiser-Meyer-Olkin indeksi (KMO) için 0,87 bulunmuş ve Bartlett'in küresellik testi için anlamlı bir sonuç elde edilmiştir ($p < 0,001$).

KMO değerine göre SB-KDU Anketi Türkçe versiyonun dağılım faktör analizi için daha uygun olduğunu gösterdi. Anketin ilk çalışmasında ilk alt boyut olan İnançlar ve tutumlar 0.48-0.84, ikinci alt boyut bilimsel araştırma sonuçları 0.69 - 0.90, dördüncü alt boyut sonuçların değerlendirilmesi 0.61 - 0.83 ve beşinci alt boyut engeller ve kolaylaştırıcılar 0.53-0.86 arasında değer almıştır. Üçüncü boyut olan mesleki uygulamaların geliştirilmesi ise 10 maddeden 8'i yeterli yük almış olup bunlar 0.41 ile 0.96 arasında değişmekte iken geriye kalan 2 madde 0.21 ve 0.38 değerini alarak yetersiz olduğu görülmüştür. Bu sebepten dolayı ikinci alt boyut olan bilimsel araştırma sonuçları, üçüncü alt boyut olan mesleki uygulamaların geliştirilmesi ve dördüncü alt boyut olan sonuçların değerlendirilmesi alt boyutları, uygulama alt boyutu altında toplanmıştır. Anketin Japonca ve Vietnamca versiyonunda yapı geçerliği faktör analizi ve benzer ölçek geçerliliği ölçüm yöntemleri ile değerlendirilmediği için karşılaştırma yapamadık. Bu bilgiler ışığında SB-KDU Anketi'nin Türkçe versiyonu diğer çalışmalara göre geçerlilik yönüyle üstünlük göstermektedir.

Öz değer faktör sayısını belirlemede kullanılan bir katsayıdır. Öz değerlerin 1 ve 1'den büyük olması, faktörlerin kabul edilebilirliklerini gösterir (116). SB-KDU anketi; inançlar-tutumlar, uygulama ve engeller-kolaylaştırıcılar faktörlerinin sırasıyla 4.562, 33.420 ve 3.043 öz değerlere sahip olduğu bulundu. Geçerli bir çalışmada faktör analizinde elde edilen varyans miktarının %60 ile %80 arasında değişen bir oranda ideal olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Yapının iyi ölçüldüğünü, açıklanan varyans oranının yüksekliği ile doğru orantılı olarak ilişkilendirebiliriz. Bu bilgiler ışığında elde edilen varyans miktarının %68,374 olduğu ve bu düzeyin ideal olduğunu gösterdi. İlk alt boyut inançlar ve tutumlar varyans açıklama oranı %21.94, uygulama alt boyutunun oranı %27,08 ve engeller ve kolaylaştırıcılar alt boyutunun oranı ise %19,35 olarak bulundu. Toplam varyans açıklama gücünün %50'nin üzerinde olduğu sonucuna ulaşıldı. Analiz sonucunda ölçeğin herhangi bir maddesi çıkarılmadı ve orijinal hali kullandı. Anketin orijinal psikometrik analizinin çalışmasında ise 5 alt boyut olarak değerlendirme yapılmış, sonuçlara göre elde edilen özdeğerler 17.94, 5.22, 3.60, 3.27 ve 2.69 olup bu da varyansın %44,83'ünün açıklanmasına olanak sağladığını görülmüştür Anketin orijinal çalışmasında özdeğerleri 1'den büyük veya ona eşit olan 17 faktör elde edilmiş ve bu yapı yetersiz kaldığı için 5 faktörden 2 faktör çıkarılmış ve anket 3 boyutlu son halini almıştır. Çin versiyonunda anketinin beş faktörlü yapısı %64,12'si varyansı açıklanmıştır ve yeterli bulunmuştur. Anketin Japonca ve Vietnamca versiyonunda yapı geçerliği faktör analizi ve benzer ölçek geçerliliği ölçüm yöntemleri ile değerlendirilmemiştir. SB-KDU Anketi'nin Türkçe versiyonunda açıklanan varyans oranı sonucuna göre daha yüksek düzeyde geçerli olduğu bulundu.

Doğrulamalı faktör analizi (DFA), bir ölçme aracının teorik yapıya uygunluğunu test etmek için kullanılan bir istatistiksel yöntemidir. Bu analiz, araştırmacılara ölçüm aracının geçerliliğini ve teorik modele uyumunu değerlendirme imkânı sağlar. DFA sonuçlarını değerlendirmek için çeşitli uyum indeksleri kullanılır. Bu indeksler, verilerin teorik modele uyumluluğunu değerlendirmek için istatistiksel ölçütler sağlar. Çalışmamızda (χ^2 /sd oranı 2.331, RMSEA değeri 0.071, SRMR 0.062, IFI 0.907, CFI değeri 0.906, GFI 0.862 ve TLI değeri 0.917 olarak bulundu. χ^2 /sd oranı, RMSEA, IFI, CFI, SRMR ve TLI değerleri kabul edilebilir uyum, GFI indeksi ise zayıf uyum gösterdi. Anketin orijinal çalışmasında; $\chi^2 = 4906.46$, $df = 1700$; $\chi^2/df = 2.89$, RMSEA = 0.049, CFI = 0.99 değerleri bulunmuş olup her değer kabul edilebilir düzeydedir. Çince versiyonunda ise RMSEA = 0,098 ve CFI= 0,824 değerlerini almış olup kabul edilebilir düzeydedir. DFA sonuçlarına göre SB-KDU Anketinin Türkçe versiyonun kabul edilebilir seviyede geçerli olduğu sonucuna ulaşıldı.

Benzer ölçek geçerliliği, ölçekler arasındaki tutarlılığı ve karşılaştırılabilirliği değerlendirmek için kullanılır. Çalışmamızda SB-KDU Anketi ile ÇYKÖ, DKDÖ, MTE ve BOÖÖ benzer ölçek geçerliliği için kullanıldı. Orjinal çalışmada kullanılan anketlerden biri olan Evidence-Based Practice Questionnaire -19 isimle ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği olmadığı için çalışmamıza benzer ölçek olarak dahil etmedik. Sosyal hizmet uzmanlarında Türkçe geçerlilik ve güvenirliği incelenmiş ve sosyal hizmet uzmanı ifadesini içeren sorular yer alan Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeğinin, benzer ölçek geçerliliği için kullanmış oldukları Bilgi Okuryazar Özyeterlilik Ölçeği'ni çalışmamıza dahil ettik (10). SB-KDU Anketinin toplam puanı ile ÇYKÖ, Değişime Karşı Direnç Ölçeği, MTE ve BOÖÖ ölçekleri arasındaki korelasyon analizleri uygulandı. SB- KDU Anketinin toplam puanı ile ÇYKÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon, DKDÖ toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf korelasyon, MTE Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönlü orta şiddette korelasyon, BOÖÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü yüksek korelasyon ve istatistik olarak anlamlı bir ilişki vardı. DKDÖ ölçek ve alt boyutlarından alınan toplam puanların düşük olması, kişinin değişime karşı direnç düzeyinin düşük olduğunu ifade ederken, SB-KDU Anketinden alınan toplam puanın yüksek olması KDU bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla iki ölçek arasındaki ilişkinin beklenen şekilde değişime karşı direnç düzeyi düşük bireylerin KDU bilgi, tutum ve davranışları yüksekti. MTE Ölçeğinde alınan toplam puanın az olması duygusal tükenmenin, duyarsızlaşmanın ve kişisel başarısızlığın az olduğunu göstermektedir. SB-KDU Anketinden alınan toplam puanın artması ise KDU bilgi, beceri uygulamalarının

yüksek olduğu bireylerde daha az tükenmişlik belirti ve davranışları görülmekteydi. ÇYKÖ alt boyutu tükenmişlik ile SB-KDU Anketi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görüldü. Bu ÇYKÖ alt parametresinden alınan toplam puanın az olması tükenmişliğin az olduğunu ifade etmektedir. SB-KDU Anketi ile arasındaki ilişki beklenen şekilde doğrulandı. ÇYKÖ alt boyutu olan eş duyum yorgunluğu ile SB-KDU Anketi arasında pozitif yönlü istatistik olarak anlamlı olmayan ilişki saptanmıştır. Eş duyum yorgunluğu alt ölçeği, stres verici olayla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri ölçmektedir ve alınan yüksek puan sonucu destek ve yardım alınması gerekmektedir. İstatiksel olarak anlamlı olmaması SB-KDU Anketi'nin içerik ve sorularıyla benzeşmemesinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmanın ilk versiyonunda benzer ölçek geçerliliği göre, ÇYKÖ farklı bir versiyonunu kullanmış olmalarından dolayı karşılaştırma yapamadık. DKDÖ ile HS-EBP anketi toplam puanı ve tüm alt ölçeklerinde çalışmamızda olduğu gibi anlamlı negatif korelasyon elde edilmiştir. MTE ile HS-EBP anketi arasında çalışmamızda olduğu gibi negatif yönde anlamlı korelasyonlar elde edildi. Anketin diğer versiyonlarında benzer ölçek geçerliliği kullanılmadığı için karşılaştırma yapamadık. Tüm bu sonuçlar doğrultusunda SB-KDU Anketi'nin Türkçe geçerliliği gösterildi.

SB-KDU anketi ve alt boyutları ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler incelendiğinde; SB-KDU ve alt boyutları ile yaş ve çalışma süresi arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Yaş ve çalışma süresinin artmasının, deneyimi arttırdığı göz önüne alındığında; deneyim ile KDU seviyesi arasında doğru orantı olabileceği desteklemektedir. İş memnuniyet düzeyi, kanıta dayalı uygulama bilgi düzeyi ve mesleki uygulamalarının kalitesi arasında pozitif yönlü orta şiddette korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. KDU bilgi düzeyinin artması KDU değerlendirme parametreleri altında yer almakta ve doğrudan KDU puanını arttırmaktadır. Mesleki uygulamaların kalitesinin değerlendirmesi ile KDU arasında doğru orantı olabileceğini ve KDU kullanım tercihi ile daha kaliteli ve seçici uygulama yöntemlerin tercih edilebileceğini düşünmekteyiz. İş memnuniyet düzeyi ile KDU puanı arasındaki ilişki ise; KDU kullanımı ile daha etkin ve güvenilir tedavi yöntemlerinin seçilmesinin KDU puanını arttırmasına bağlamaktayız.

Sosyodemografik özelliklere göre SB-KDU anketi skor ortalaması doktora yapanlarda boşanmış olanlarda, kamuda çalışanlarda, kadınlarda, mesleki gelişimi için eğitim kursları verenlerde, KDU eğitimi alanlarda ve ileri seviye KDU eğitimi alanlarda, mesleki dergi/yayınları takip edenlerde, meslek ile ilgili yayını olanlarda, klinikte KDU kullananlarda istatistiksel olarak yüksek olarak bulundu. Araştırmamızda kadınların daha

yüksek KDU puanına sahip olması örneklem grubumuzda daha yüksek kadın sayısının olmasına ve kadınların çalışma hayatında başarılarının göstergesine bağlamaktayız. SB-KDU anketi skor ortalamasının doktora ve onu takiben yüksek lisans yapanlarda yüksek olmasının sebebi KDU eğitimini daha kapsamlı almış olmalarından ve mesleki olarak kullanıyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Yapılan çalışmalar sonucunda eğitim düzeyi yüksek olan uygulayıcıların KDU bilgi, beceri ve tutumları yüksek olması, çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir (80). Türkiye’de kamuda çalışan fizyoterapistlerin çalışma saatleri ve iş yükünün diğer çalışma alanlarına göre daha esnek olması, KDU’ya daha fazla zaman ayırabilmelerine bağlanabilir. Yapılan çalışmalarda KDU kullanımının önündeki en büyük engelin zaman olarak gösterilmesi çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir (78). Mesleki gelişim için kurs verenlerde KDU basamaklarının ayrıntılı bir şekilde eğitim ve öğrenimi görülmesinden ve uygulanılmasından dolayı KDU bilgi düzeyi yükselmektedir. KDU eğitimi ve ileri seviye eğitim alanlarda kapsamlı pozitif yönde KDU kullanımına dair ilişki gösterilebilir. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre ise fizyoterapistlerin özellikle eğitim konusunda eksik olduklarını ve eğitimin önemini belirtmiş olmaları çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir (79). Mesleki dergi/yayın takip edenlerde ve yayın yapanlarda KDU’nun tüm bileşenlerine hakim olmalarından dolayı doğru orantı kurulabilir. Klinikte çalışan fizyoterapistlerin artan KDU bilgilerinin uygulamaya entegre edilmesi, KDU puanlarının olumlu yönde desteklenebileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızı gerekli ve yeterli özveri ile yapmış olsak da birkaç limitasyonla karşı karşıya kaldık. KDU kavramı hakkında tam bilgisi olmayan fizyoterapistlere özverili şekilde 60 soruluk uzun bir anketi doldurmaları için ekstra teşviklerde bulunduk. Anketin daha objektif sonuçlar verilebilmesi adına dolduran birey tarafından tam olarak anlaşılmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz. Anketin madde sayısının fazla olması nedeniyle, tüm soruların eksiksiz cevaplanması konusunda birtakım sorunlar yaşadık. Anketin madde sayılarının daha aza indirilmesinin; daha kolay ve pratik uygulanabilir olmasının ulaşılabilirliği arttırdığını düşünmekteyiz. Gelecekteki çalışmalarda SB-KDU anketinin Türkçe versiyonun farklı sağlık personelleri üzerinde de uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

Bu çalışmanın güçlü yanı ise:

Türkiye’de tüm sağlık profesyonellerinin kullanabileceği ve dünyada fizyoterapistler üzerinde ilk defa uygulanmış KDU ölçme aracı olan SB-KDU Anketinin Türkçe geçerli, güvenilir ve uygulanabilir olmasıdır.

Bu çalışmanın hipotezlerini değerlendirdiğimizde,

Hipotez 1: Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama (SB-KDU) Anketi Türkçe versiyonu fizyoterapist popülasyonunda geçerli ve güvenilir bir ölçektir, kabul edildi.

Hipotez 0: Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama (SB-KDU) Anketi Türkçe versiyonu fizyoterapist popülasyonunda geçerli ve güvenilir bir ölçek değildir, reddedildi.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamız sonucunda, fizyoterapist popülasyonu üzerinde KDU'nun bilgi, beceri, tutum, davranış, engelleri ve kolaylaştırıcılarının analiz edilebildiği Sağlık Billimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi'nin Türkçe versiyonunun uygulanabilir, geçerli ve güvenilir olduğu bulundu. Değerlendirmeler sonucunda uygun istatistik yöntemler ile analiz edilen çalışmamız sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1. Çalışmamızdaki incelenen Cronbach Alpha değeri, madde-toplam korelasyon test sonucu ve ICC değerleri sonucunda SB-KDU Anketi'nin güvenilir bir ölçüm aracı olduğuna ulaşıldı.
2. Anketimizin, KMO ve Bartlett küresellik test sonuçlarına göre faktör analizi için yeterli uygunluğa sahip olduğu bulundu.
3. Faktör analizi sonucunda elde edilen faktör yüklerinin yeterli düzeyde olduğu ve anketin üç alt boyutunun kabul edilebilir düzeyde geçerli olduğu gösterdi.
4. Çalışmamızdaki öz değer sonuçları, faktörlerin kabul edilebilirliğini gösterdi.
5. Araştırmamızdaki açıklanan varyans oranının ideal düzeyde olduğu bulundu.
6. Doğrulayıcı faktör analizi elde edilen istatistik değerler anketin model yapısına kabul edilebilir düzeyde iyi olduğunu gösterdi.
7. SB-KDU Anketi'nin benzer ölçek geçerlik analizi sonucunda SB- KDU Anketi'nin toplam puanı ile ÇYKÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon, DKDÖ toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf korelasyon, MTE Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönlü orta şiddet korelasyon, BOÖÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü yüksek korelasyon ve istatistik olarak anlamlı bir ilişki vardı.
8. SB-KDU Anketi'nin Türkçe versiyonun fizyoterapistler üzerinde geçerli ve güvenilir bir anket olduğu sonucuna varıldı.

Sonuç olarak, SB-KDU Anketi'nin fizyoterapistlerin KDU bilgi, beceri, tutum ve davranışlarını ölçebilen geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu gösterdi. SB-KDU anketi, Türk popülasyonunda fizyoterapistler dahil olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri için kullanılabilecektir. Bu anket ile, KDU'nun yeterliliği artırılacak, anlamlandırılacak, sağlık hizmetlerinin kötüye, aşırı ve yetersiz kullanımını önlemeye yardımcı olunacak ve sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesinde KDU 'nun eğitim müfredatındaki önemi artabilecektir. Çalışmamızın ileride bu konuda ve farklı sağlık personelleri üzerinde de yapılacak yeni çalışmalara yol gösterecek bir araştırma olacağını düşünmekteyiz.



KAYNAKLAR

1. Fernández-Domínguez, Juan C., et al. Physiotherapists Evidence-Based Practice profiles by HS-EBP questionnaire in Spain: A cross-sectional normative study. *PloS one*.2022;17(6).
2. Kara, Mağrifet, and Kamerya Babadağ. Kanıta dayalı hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003;6(3): 96-104.
3. Fernández-Domínguez, Juan Carlos, et al. Validity and reliability of instruments aimed at measuring Evidence-Based Practice in Physical Therapy: a systematic review of the literature. *Journal of evaluation in clinical practice* 2014;20(6): 767-778.
4. Guyatt, Gordon, et al. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *Jama* 268.17. 1992; 2420-2425.
5. Alshehri, Mansour A., et al. Physiotherapists' behaviour, attitudes, awareness, knowledge and barriers in relation to evidence-based practice implementation in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *International journal of evidence-based healthcare* 2017; 15(3): 127.
6. Buccieri, Kathleen M., et al. Self-Reported Characteristics of Physical Therapy Clinical Instructors: A Comparison to the American Physical Therapy Association's Guidelines and Self-Assessments for Clinical Education. *Journal of Physical Therapy Education* 2006; 20(1): 47-55.
7. World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Evidence based practice. London, UK:2019.
8. Özüdogru, Anıl And Yinanç, Satuk B. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencileri ve Fizyoterapistler Arasında Kanıta Dayalı Uygulamaya Yönelik Bilgi, Tutum ve Engeller.6th Selchuk International Conference on Applied Sciences 2022.
9. Dalfidan Büşra. Adaptation of 'Evidence-based practice attitude scale-36' into turkish: A study of validity and reliability. Yüksek Lisans Tezi.Ege Üniversitesi.2022.
10. ÇAY, Murat, and Serap DAŞBAŞ. "Kanıta dayalı uygulama ölçeğinin türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması." *Journal of Society & Social Work*. 2020;31(4).

11. American Educational Research Association. American Psychological Association, National Council on Measurement in Education, Joint Committee on Standards for Educational & Psychological Testing (US). Standards for educational and psychological testing. Amer Educational Research Assn. 2014.
12. International Test Commission. International Test Commission guidelines on adapting tests.2018.
13. Saunders, Hannele, et al. Practicing healthcare professionals' evidence-based practice competencies: An overview of systematic reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2019;16(3): 176-185.
14. Ferná'ndez-Domí'nguez JC, de Pedro-Go'mez JE, Morales-Asencio JM, Bennasar-Veny M, Sastre-Fullana P, Sese'-Abad A. Health Sciences-Evidence Based Practice questionnaire (SB-KDU) for measuring transprofessional evidence-based practice: Creation, development and psychometric validation. *PLoS One*. 2017; 12(5).
15. Chang, Bieng-Yi, Mei-Ling Yeh, and Hung-Da David Dai. Translation and validation of the Health Sciences Evidence-based Practice (HS-EBP) questionnaire for nurses in Taiwan.2020.
16. Takasaki, Hiroshi, et al. Cross-cultural adaptation of the Health Sciences Evidence-based Practice Questionnaire into Japanese and its test–retest reliability in undergraduate students. *Progress in Rehabilitation Medicine* 2021;6.
17. Nguyen, Quyen Thao, et al. Translating and Validating the Vietnamese Version of the Health Sciences Evidence-Based Practice Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023; 20(7): 5325
18. Beaton, Dorcas, et al. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for work & health* 2007;1(1): 1-45.
19. Sackett, David L., et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996; 71-72.
20. Turkish Language Institution Dictionaries. Evidence [internet]. 1932. [3.05.2023]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
21. Upshur, Ross EG, Elizabeth G. VanDenKerkhof, and Vivek Goel. Meaning and measurement: an inclusive model of evidence in health care. *Journal of evaluation in clinical practice* 2001;7(2): 91-96.

22. Higgs, Joy, et al. Clinical reasoning in the health professions E-book. Holland: Elsevier Health Sciences, 2008.
23. Melnyk, Bernadette Mazurek, and Ellen Fineout-Overholt. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Lippincott Williams & Wilkins, 2022.
24. Dawes, Martin, et al. Sicily statement on evidence-based practice. BMC medical education 2005;5: 1-7.
25. Shah, Hriday M., and Kevin C. Chung. Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine. Plastic and reconstructive surgery. 2009;124(3): 982.
26. Sackett, David L. "Evidence-based medicine. Seminars in perinatology. WB Saunders. 1997;21(1)
27. Eddy, David M. Practice policies: where do they come from?. Jama 1990;263(9): 1265-1275.
28. Straus, Sharon E., et al. How to practice and teach EBM. Evidence-Based Medicine Third edition Elsevier 2005; 13-29.
29. Guyatt, Gordon, Deborah Cook, and Brian Haynes. Evidence based medicine has come a long way. 2004; 990-991
30. Yates, Chad. Evidence-based practice: The components, history, and process. Counseling Outcome Research and Evaluation 2013;4(1): 41-54.
31. Bolton, Jennifer E. The evidence in evidence-based practice: what counts and what doesn't count?. Journal of manipulative and Physiological Therapeutics. 2001;24(5): 362-366.
32. Bauer, Russell M. Evidence-based practice in psychology: Implications for research and research training. Journal of Clinical Psychology. 2007;63(7): 685-694.
33. Johnson, Claire. Highlights of the basic components of evidence-based practice. Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics. 2008;31(2): 91-92.
34. Çakmakaya, Özlem Serpil. Bilimsel kanıta ulaşmak: Biyomedikal veri tabanları ile ilgili derleme. Yükseköğretim Dergisi. 2012;2(2): 104-108
35. Vine, Rita. Google scholar. Journal of the Medical Library Association.2006;94(1): 97

36. Yilmazel, Özgür. Yök Ulusal Tez Merkezi'nde Büyük Veri Alanında Kayıtlı Bulunan Lisansüstü Tezlerinin Analizi. Karadeniz Uluslararası Bilimsel Dergi.2019;41: 225-240.
37. Norcross, John C., Thomas P. Hogan, and Gerald P. Koocher. Clinician's guide to evidence based practices: Mental health and the addictions. Oxford University Press, 2008.
38. Reed, Geoffrey M., and Elena J. Eisman. Uses and Misuses of Evidence: Managed Care, Treatment Guidelines, and Outcomes Measurement in Professional Practice. 2006:13-25.
39. Goodheart, Carol D., Alan E. Kazdin, and Robert J. Sternberg. Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet. American Psychological Association, 2006: 37–61.
40. World Health Organization. Policy Statement. Evidence Based Practice 2019.
41. Guyatt, Gordon H., et al. What is quality of evidence and why is it important to clinicians 2008: 995-998.
42. Crombie, Iain K., and Huw T. Davies. What is meta-analysis. What is 1.8 2009:1(8).
43. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction. JAMA 1992;268(2):240-8
44. Aslan, Ahmet. Sistemantik derleme ve meta-analizi Acta Medica Alanya.2018;2(2): 62-63.
45. Hariton, Eduardo, and Joseph J. Locascio. Randomised controlled trials—the gold standard for effectiveness research. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology. 2018;125(13): 1716.
46. Sibbald, Bonnie, and Martin Roland. Understanding controlled trials. Why are randomised controlled trials important?. 1998:201.
47. Samet, Jonathan M., and Alvaro Munoz. Evolution of the cohort study. Epidemiologic reviews.1998;20(1): 1-14.
48. Mann, C. J. Observational research methods. Research design II: cohort, cross sectional, and case-control studies. Emergency medicine journal.2003;20(1): 54-60.

49. Murad, Mohammad Hassan, et al. Methodological quality and synthesis of case series and case reports. *BMJ evidence-based medicine* 2018.
50. Robinson NB, Krieger K, Khan FM, Huffman W, Chang M, Naik A, ve ark. The Current State of Animal Models in Research: A Review. *International Journal of Surgery*. 2019; 72: 9-13.
51. Emami, Jaber. In vitro-in vivo correlation: from theory to applications. *J Pharm Pharm Sci* .2006 ;9(2): 169-189.
52. Moher, David, et al. Assessing the quality of randomized controlled trials: an annotated bibliography of scales and checklists. *Controlled clinical trials*. 1995;16(1): 62-73.
53. Jadad, Alejandro R., et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. *Controlled clinical trials* 1996;17(1): 1-12.
54. Chalmers, Thomas C., et al. A method for assessing the quality of a randomized control trial. *Controlled clinical trials*.1981;2(1): 31-49.
55. Köksalan H, Şenocak M. Klinik Onkoloji Araştırmalarının Bilimsel Kalitesinin Yargılanmasında Kullanılacak Ölçüt Listesinin Tasarlanması. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2008; 23(2): 63-71.
56. Helmer, Olaf, and Nicholas Rescher. On the epistemology of the inexact sciences. *Management science*.1959;6(1): 25-52.
57. Rowe, Gene, and George Wright. The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis. *International journal of forecasting*.1999;15(4): 353-375.
58. Verhagen, Arianne P., et al. The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *Journal of clinical epidemiology*.1998;51(12): 1235-1241.
59. Begg, Colin, et al. Improving the quality of reporting of randomized controlled trials: the CONSORT statement. .1996;276(8): 637-639.
60. Moher, David, et al. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *Annals of internal medicine*.2001;134(8): 657-662.

61. Rennie, Drummond. CONSORT revised—improving the reporting of randomized trials. 2001;285(15): 2006-2007.
62. Maher, Christopher G., et al. Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. Physical therapy.2003;83(8): 713-721.
63. Sackett, David L., et al. Introduction to evidence-based medicine. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM.2000;1: 12
64. Virgilio, Richard F., Ana Luz Chiapa, and Elizabeth A. Palmarozzi. Evidence-based medicine, part 1. An introduction to creating an answerable question and searching the evidence. Journal of Osteopathic Medicine.2007;107(8): 295-297.
65. Haynes, R. Brian, et al. Evidence-based medicine: How to practice & teach EBM. Canadian Medical Association. Journal.1997;157(6): 788.
66. Haynes, R. Brian. Of studies, syntheses, synopses, and systems: the “4S” evolution of services for finding current best evidence. BMJ Evidence-Based Medicine.2001;6(2): 36-38.
67. Haynes, R. Brian. Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the 5S evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. BMJ Evidence-Based Medicine.2006;11(6): 162-164.
68. DiCenso, Alba, Liz Bayley, and R. Brian Haynes. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. Evidence-based nursing. 2009;12(4): 99-101.
69. Guyatt, Gordon H., et al. Users' guides to the medical literature: II. How to use an article about therapy or prevention A. Are the results of the study valid? 1993;270(21): 2598-2601.
70. Fujimoto, Shuhei, et al. Attitudes, knowledge and behavior of Japanese physical therapists with regard to evidence-based practice and clinical practice guidelines: a cross-sectional mail survey. Journal of Physical Therapy Science. 2017;29(2): 198-208.
71. Heiwe, Susanne, et al. Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals. International Journal for Quality in Health Care. 2011;23(2): 198-209.

72. Upton, Penney, et al. The adoption and implementation of evidence-based practice (EBP) among allied health professions. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2012;19(9): 497-503.
73. Ketola E, Kaila M, Kaunonen M, Saaranen T. Evidence-based practice among Finnish and Dutch health care professionals: a comparative survey. *Worldviews Evid Based Nurs.*2018;15(5): 340-348.
74. Palfreyman, Simon, Angela Tod, and Jane Doyle. Comparing evidence-based practice of nurses and physiotherapists. *British journal of nursing.*2003;12(4): 246-253.
75. Hasani, Fatmah, et al. Knowledge, attitude and implementation of evidence-based practice among physiotherapists working in the kingdom of Saudi arabia: a cross-sectional survey. *Healthcare.*2020; Vol. 8. No. 3. MDPI.
76. Da Silva, Tatiane Mota, et al. What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. *Manual therapy.* 2015;20(3): 388-401.
77. Jette, Diane U., et al. Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Physical therapy.*2003;83(9): 786-805
78. Hannes, Karin, et al. Obstacles to the implementation of evidence-based physiotherapy in practice: a focus group-based study in Belgium (Flanders). *Physiotherapy Theory and Practice.* 2009;25(7): 476-488.
79. AlKetbi, Hamda, et al. Evidence-based practice by physiotherapists in UAE: Investigating behavior, attitudes, awareness, knowledge and barriers. *PloS one* 2021;16(6) .
80. Castellini, Greta, et al. Twenty-five years after the introduction of Evidence-based Medicine: Knowledge, use, attitudes and barriers among physiotherapists in Italy—A cross-sectional study.2020;10(6).
81. Yahui, Hannah C., and Narasimman Swaminathan. Knowledge, attitudes, and barriers towards evidence-based practice among physiotherapists in Malaysia. *Hong Kong Physiotherapy Journal* 2017;37: 10-18.
82. Bajracharya, Shristi, Niraj Singh Tharu, and Doly Bokalia. Knowledge, attitude and barrier to evidence-based practice among physiotherapists in selected districts of Nepal.2019;17(2): 215-221.

83. Dao, Hiep Thi, et al. Are physical therapists in Viet Nam ready to implement evidence-based practice? A survey. *BMC medical education*. 2018;18(1): 1-9.
84. Ramírez-Vélez, Robinson, et al. Barriers against incorporating evidence-based practice in physical therapy in Colombia: current state and factors associated. *BMC medical education*. 2015;15(1): 1-11.
85. Iles, Ross, and Megan Davidson. Evidence based practice: a survey of physiotherapists' current practice. *Physiotherapy Research International*. 2006;11(2): 93-103.
86. McEvoy, Maureen, et al. Changes in physiotherapists' perceptions of evidence-based practice after a year in the workforce: A mixed-methods study. *PloS one* 2020;15(12)
87. Long, Katherine, et al. Entry-level evidenced-based practice training in physiotherapy students: Does it change knowledge, attitudes, and behaviours? A longitudinal study. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 2011;9(3): 5.
88. Ross, Ellen C., and Ellen Zambo Anderson. The evolution of a physical therapy research curriculum: integrating evidence-based practice and clinical decision making. *Journal of Physical Therapy Education* 2004;18(3): 52-57.
89. Kämäräinen, Katri. Physiotherapy Education In Connection To Enphe. *Interprofessional and International Learning Experiences in Social and Health Care Higher Education in Lahti University of Applied Sciences*: 31.
90. Kaplan, Sandra L., et al. Strategies for using the APTA section on research evidence-based practice curriculum guidelines. *Journal of Physical Therapy Education*. 2016;30(2): 23-31.
91. Threlkeld, A. Joseph, and Karen A. Paschal. Entry-level physical therapist education in the United States of America. *Physical Therapy Reviews*. 2007;12(2): 156-162.
92. ALCAN, Veysel. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Eğitiminde Kanıta Dayalı Uygulama Yaklaşımının Sistematiik Olarak Gözden Geçirilmesi. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*. 2021;3(1): 13-23.
93. Rahayu, Sri, Melati Fajarini, and Agus Setiawan. Content validity of Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ). *The 2nd International Nursing Scholars Congress, Universitas Indonesia*. 2018.

94. Kajermo, Kerstin Nilsson, et al. The BARRIERS scale--the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implementation Science*.2010;5(1): 1-22.
95. Leach, Matthew J., and David Gillham. Evaluation of the Evidence-Based practice Attitude and utilization Survey for complementary and alternative medicine practitioners. *Journal of evaluation in clinical practice*.2008;14(5): 792-798.
96. Rubin, Allen, and Danielle E. Parrish. Development and validation of the evidence-based practice process assessment scale: Preliminary findings. *Research on Social Work Practice*.2010;20(6): 629-640.
97. Bernal, Guillermo, and Nayra del C. Rodríguez-Soto. Development and psychometric properties of the Evidence-based Professional Practice Scale (EBPP-S). *Puerto Rico Health Sciences Journal* 2010;29(4).
98. Tilson, Julie K. Validation of the modified Fresno test: assessing physical therapists' evidence based practice knowledge and skills. *BMC medical education* 2010;10: 1-9.
99. Kerwien-Jacquier, Emmanuelle, et al. Adaptation and validation of the evidence-based practice beliefs and implementation scales into German. *Nursing open* 2020;7(6): 1997-2008.
100. Zeleníková, Renáta, et al. Psychometric properties of the Slovak and Czech versions of the evidence-based practice beliefs and implementation scales. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2016;13(2): 139-152.
101. Aarons, Gregory A., et al. Psychometric properties and US National norms of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Psychological assessment* 2010;22(2): 356.
102. Arnadottir, Solveig A., and Bjorg Gudjonsdottir. Icelandic physical therapists' attitudes toward adoption of new knowledge and evidence-based practice: cross-sectional web-based survey. *Physical therapy* 2016;96(11): 1724-1733.
103. Tilson, Julie K. Validation of the modified Fresno test: assessing physical therapists' evidence based practice knowledge and skills. *BMC medical education* 2010;10: 1-9.
104. Salbach, Nancy M., Susan B. Jaglal, and Jack I. Williams. Reliability and validity of the Evidence-Based practice confidence (EPIC) scale. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2013;33(1): 33-40.

105. Lewis, Lucy K., Marie T. Williams, and Timothy S. Olds. Development and psychometric testing of an instrument to evaluate cognitive skills of evidence based practice in student health professionals. *BMC Medical Education*. 2011;11: 1-11.
106. Jette, Diane U., et al. Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Physical therapy* 2003;83(9): 786-805.
107. Rye, Marte, et al. The Evidence-based Practice Attitude Scale-36 (EBPAS-36): a brief and pragmatic measure of attitudes to evidence-based practice validated in US and Norwegian samples. *Implementation Science*.2017;12(1): 1-11.
108. Çapık, Cantürk, Sebahat Gözüm, and Seçil Aksayan. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*.2018;26(3): 199-210.
109. Akbaş, Gülçin, and Leman Korkmaz. Ölçek uyarlaması (adaptasyon). *Türk Psikoloji Bülteni* 2007;13(40): 15-16.
110. Jesus, Luis MT, and Ana Rita Valente. Cross-cultural adaptation of health assessment instruments. *University of Aveiro, Portugal* 2016;8: 1-5.
111. Borsa, Juliane Callegaro, Bruno Figueiredo Damásio, and Denise Ruschel Bandeira. Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: Some considerations. *Paidéia (Ribeirão Preto)*2012;22: 423-432.
112. Ergin, Demirali Y. 1. ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* 1995;7(7): 125-148.
113. Ercan, İlker, and K. A. N. İsmet. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;30(3): 211-216.
114. Carmines, Edward G., and Richard A. Zeller. Reliability and validity assessment. *India: Sage publications*, 1979.
115. Karakoç, Araştırma Görevlisi Dr Fatma Yeşim, and Levent Dönmez. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası* 2014;13(40): 39-49.
116. H. Atılğan Et Al. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. *Ankara: Anı Yayıncılık* 2017, pp.440
117. Kilic, Selim. Cronbach's alpha reliability coefficient. *Psychiatry and Behavioral Sciences* 2016;6(1): 47.

118. World Health Organization World Health Organization Process of translation and adaptation of instruments. 2009.
119. Yeşil, Aslı, et al. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi 2010;47(2)
120. Çalışkan, Abdullah. Değişime Direnç: Bir Ölçek Uyarlama Çalışması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2019;24(2): 237-252.
121. Çam, O. (1992) Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Hacettepe Üniversitesi VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara, Turkey 1992.
122. Serap Kurbanoglu, S, Buket Akkoyunlu, and Aysun Umay. Developing the information literacy self-efficacy scale. Journal of documentation 2006;62(6): 730-743.

EK 1: Güç Analizi Sonucu



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ **İstatistik Danışmanlık ve Araştırma Merkezi**

27/01/2023

CALISMA BİLGİLERİ

Çalışmanın Adı: Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği

Araştırmacının Adı-Soyadı: Fzt. Ayşe Nur ŞAHİN

Bölümü/Anabilim Dalı: Başkent Üniversitesi Fizyoterapi

BİYOİSTATİSTİK ÖN DEĞERLENDİRME

İstatistiksel analizler SPSS v25.0 paket programı ile gerçekleştirilecektir. Çalışmada tanımlayıcı istatistik olarak; kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde frekans (n) ve yüzde (%) değerleri kullanılacaktır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu için Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov normallik testleri kullanılacak olup tanımlayıcı istatistik olarak; normal dağılıma uygun değişkenler için ortalama±standart sapma, normal dağılıma uymayanlar için medyan(minimum-maksimum) değerleri verilecektir. Çalışmada kullanılan ölçek skorlarının hesaplanması ölçeklerin geliştirildiği çalışmalara dayanarak gerçekleştirilecektir. Ölçeklerin geçerliği; kapsam geçerliği, yordama geçerliği ve yapı geçerliği ile değerlendirilecektir. Kapsam geçerliği için uzman görüşü değerlendirmesi yapılacaktır. Kestirim (yordama) geçerliği için; sosyo-demografik özelliklere göre ölçeklerin alt boyut ve toplam puanlarında fark olup olmadığı değerlendirilecektir. Yapı geçerliği ise açıklayıcı faktör analizi (AFA), doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ve Yakınsak geçerlilik (convergent validity) ile incelenecektir. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek için test-tekrar test güvenilirliği, iç tutarlılık ve ICC yöntemleri kullanılacaktır. İç tutarlılık Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilecektir. Tüm hipotez testlerinde I. Tip hata olasılığı $\alpha=0.05$ olarak alınacaktır. Araştırma hipotezinin test edilebilmesi için gerekli örnek genişliği hesaplanırken Cohen'in* tanımladığı etki genişlikleri kullanılmış olup hesaplamalar G*Power 3.1.9.4 programı ile yapılmıştır.

Popülasyona ilişkin oran tahmini için gerekli örneklem genişliğinin hesaplanmasında N bilinmiyorken;

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * (1-p)}{d^2}$$
 formülü kullanılmıştır. Buna göre, çalışmaya alınması gerekli minimum örneklem genişliği; $\alpha=0.05$, $d=0.06$ ve $p=0.50$ * olmak üzere %95 güven düzeyinde toplam **267 kişi** olmaktadır.

* Bu oran, ilgili I. Tip hata olasılığı ve hoşgörü miktarı kullanılarak elde edilecek maksimum örneklem genişliğini vermek üzere seçilmiştir.



BAŞKENT
ÜNİVERSİTESİ

İstatistik Danışmanlık ve Araştırma Merkezi

Bağlıca Kampüsü Fatih Sultan Mahallesi Eskişehir Yolu 18. km
TR06790 Etimesgut Ankara
t. 0312 246 69 09
buistdam.baskent.edu.tr



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
İstatistik Danışmanlık ve Araştırma Merkezi

EK 2: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.03.2023-212341



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Sayı : E-94603339-604.01.02-212341
Konu : Proje Onayı

07.03.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde görev yapmakta olan Dr. Öğr. Üyesi Manolya Acar'ın danışmanlığında Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı / Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe Nur Şahin'in sorumluluğunda yürütülecek olan KA23/77 nolu "Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 01/03/2023 tarih ve 23/54 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Kurul Başkanı



1993
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA23/77	23/54	01/03/2023

Sağlık Bilimleri Fakültesi / Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde görev yapmakta olan Dr. Öğr. Üyesi Manolya Acar tarafından yürütülecek olan KA23/77 nolu "Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

EK 3: Aydınlatılmış Onam Formu



BAŞKENT
ÜNİVERSİTESİ 25.
Yıl

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilmediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz/fizyoterapistleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi'nin (SB-KDU) (Health Sciences-Evidence Based Practice Questionnaire)Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı 267 kişidir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre anket doldurma süresi olan 15-20 dakikadır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, fizyoterapistler arasında kanıta dayalı uygulama anketi olan 'Health Sciences-Evidence Based Practice Questionnaire' isimli İngilizce ölçeği Türk kültürüne uyarlayarak Türkçe halinin kullanılmasını sağlamaktır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

- Bu araştırmaya dahil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:
 1. Fizyoterapist ünvanına sahip olmanız
 2. Türkiye’de fizyoterapist olarak hastane, klinik veya akademik birimlerde en az 6 aydır görev yapıyor olmanız
 3. Anket cevaplamaya engel olabilecek psikiyatrik ve nörolojik hastalığa sahip olmamanız
 4. Türkçe okuma yazma biliyor olmanızdır.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışma anketlerden oluşan bir değerlendirme çalışmasıdır ve herhangi bir müdahale içermemektedir. Değerlendirmeler araştırmacı tarafından online link gönderme yöntemi gerçekleştirilecektir. Araştırma için sizden 6 farklı anket doldurmanız istenecektir. İlk anket yaş, cinsiyet, eğitim durumunuz, çalıştığınız yer ve çalışma saatleriniz, kanıta dayalı uygulamaları kullanımınız, değerlendirmeniz ve kanıta dayalı uygulamalar hakkındaki bilgi durumunuz için oluşturduğumuz değerlendirme formudur. İkinci anket, kanıta dayalı uygulamaların mesleğiniz üzerindeki inanç ve tutumları, bilimsel araştırma kullanım ve becerileri, mesleki uygulamaya karar verirken kolaylaştıran ve engelleyen sebepleri belirlemek için geliştirilen 60 maddelik ‘Health Sciences-Evidence Based Practice Questionnaire’ isimli İngilizce ölçeğin Türkçe hali olan SB-KDU Ölçeği’ dir. Üçüncü anket umutsuzluk, iş yaşamında oluşan sorunlarla başa çıkmada zorluk yaşanmasıyla ortaya çıkan tükenmişlik duygusu ve stres verici olayla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri ölçen Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği’dir. Dördüncü anket kişinin değişime karşı direnç düzeyini bilişsel, duysal ve davranışsal tepki alt boyutları ile ölçen Değişime Karşı Direnç Ölçeği’dir. Beşinci anket duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlıkları değerlendiren Maslach Tükenmişlik Ölçeği’dir. Son anket ise bilgi ihtiyacını tanımlama; arama stratejisini başlatmak; kaynakları bulma ve erişme; bilgiyi değerlendirme ve anlama; bilgiyi yorumlama, sentezleme ve kullanma; bilgi iletişim; ürün ve sürecin değerlendirilmesini içeren Bilgi Okuryazarlığı Özyeterlik Ölçeği’dir. Testin tekrar uygulanabilirliğini ölçebilmek için yalnızca SB-KDU Ölçeği’ ni 2 hafta sonra tekrar doldurmanızı istiyoruz. Bu anketin uygulanma süresi de yaklaşık 10 dakikadır.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

1. Araştırma sorularını dikkatlice okuyarak o anki durumunuza en uygun olan seçeneği işaretlemelisiniz.
2. Uygulama süresince anlamadığınız sorular olursa araştırmacıya danışarak en uygun seçeneği işaretlemelisiniz.
3. Araştırma sırasında sizi rahatsız eden herhangi bir soru olursa araştırmacıya bildirmelisiniz.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Yurtdışında uygulanan ‘Health Sciences-Evidence Based Practice Questionnaire’ Ölçeğini Türk kültürüne uyarlayarak Türk toplumunda da kullanılabilir bir ölçek haline getirmektir. Araştırmamız yalnızca bilimsel amaçlı olup sizin doğrudan yarar görmeyiz beklenmemektedir. Ancak, bu araştırmadan elde edilen sonuçlar literatüre katkı sağlayacak

ve fizyoterapistlerin kanıta dayalı uygulama hakkında bilgi ve tutumları anlamayı, KDU'ya ilişkin sorunları ölçme aracı olmasını sağlayacaktır.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Çalışma kapsamında yapılacak olan anketler sizin için herhangi bir risk içermemektedir. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızca alınacaktır.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa, tedavi için gereken masraflar Başkent Üniversitesi tarafından karşılanacaktır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, araştırma hakkında ek bilgiler almak ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili sorumlu araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

İstediginizde Günü 24 Saati Ulaşılabilecek Araştırmacının Adres ve Telefonları:

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılım için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Anket sorularına verdiğiniz cevaplarda gerekli özeni göstermemeniz, soruları okumadan cevaplamanız, soruları yanlış cevaplamanız ve soruları kendinizden başka birinin bilgilerine göre doldurmanız vb. nedenlerle sorumlu araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durum size uygulanan yöntemde herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır. Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Araştırmada tedavi uygulanmamaktadır. Yalnızca anketler ile değerlendirme mevcuttur.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de araştırma öncesi uygulanan tedavide/egzersiz programında herhangi bir değişiklik olmayacaktır.

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Sayın Dr _____ tarafından Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (gönüllü) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmada uygulama olmayacağı ve bu araştırmanın herhangi bir sağlık problemine yol açmayacağı konusunda güvence verildi.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim/fizyoterapist ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu

GÖNÜLLÜ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

VASİ (Varsa)		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ARAŖTIRMACI		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ARAŖTIRMACI		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ONAM ALMA İŖİNE BAŖINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŖ GÖREVLİSİ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

EK 4: Anket İzin Belgeleri

 GOBIERNO DE ESPAÑA
 MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN
 AGENCIA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

 Union Europea
Fondo Europeo de Desarrollo Regional
"Una manera de hacer Europa"

 Universitat de les Illes Balears

HS-EBP Questionnaire Use Licence Agreement

This agreement is made and effective this 23 day of December, 2022, by and between **Mr. Juan Carlos Fernández** (on behalf of the authors of the HS-EBP questionnaire) and **Ms. Manolya Acar** (hereinafter referred to "recipient").

The HS-EBP questionnaire is a psychometric tool that has been validated and registered for the measuring of Evidence-Based Practice in professionals of the Health Sciences. There is currently the original version in Spanish and English languages.

The recipient desires to develop a Turkish language adaptation of the HS-EBP questionnaire using Health Professionals in that context.

NOW, THEREFORE, in consideration of the promises set forth herein, the parties hereto agree as follows:

1. The authors agree to provide to recipient the test in English and/or Spanish version, and the recipient undertakes to develop a Turkish language adaptation and validation process.
2. The assignment of the instrument is done at no cost to the recipient, but the recipient must meet the following requirements:
 - a) The original version of the questionnaire have to be referred in all papers, books, oral communications or other scientific ways for publishing the results of the recipient's research.
 - b) The recipient must feel free to manage the authorship of all potential manuscripts to be published using the HS-EBP. There is no obligation for including the HS-EBP developers in the published papers.
 - c) A complete Turkish language version of the HS-EBP must be sent to the authors for a potential later use or application.
 - d) The recipient must send the authors the data matrix or matrices obtained by using the HS-EBP questionnaire. In that case, authors will request the sending of the data matrices, and will only be used for psychometric purposes, never for re-exploitation or re-propagation.
 - e) The recipient is committed to carefully following the international standards for the adaptation of tests, and the authors will ensure to safeguard the quality of the process.
3. Any anomaly, breach of the terms of this agreement, including its substantial modification, or fraudulent use of the HS-EBP will immediately result in the termination of the agreement and may be grounds for legal actions against the recipient.

IN WITNESS WHEREOF, the parties hereto have executed this Agreement as of the date first above written.



Juan Carlos Fer... 22. Dez. 2022
an mich ▾



Hello Ayse Nur Sahin

I'm Juan Carlos Fernández-Domínguez, the IP of the HS-EBP questionnaire project.

Of course we have a version that has been cross-culturally adapted to the English language and a procedure for its use.

However, we usually sign a license agreement with each country in which the cross-cultural adaptation and/or use has been made (very simple).

Before sending you this documentation, I would need to know if your aim is to carry out a process of cross-cultural adaptation and psychometric validation into Turkish or if you plan to use it directly in English (because we have different documentation for both).



Juan Carlos Fer... 23. Dez. 2022
an mich, manolya ▾



Hello Ms. Ayse Nur Sahin:

I send you the the document (Use License Agreement) to give permission about its use. It is enough that after your and the professor Manolya Acar's signatures, you scan it and send me the scanned sheet.

Upon receipt, I will send you the complete HS-EBP questionnaire in its English version.

We appreciate sincerely your interest in our instrument. Until now, it is being cross-culturally adapted into Japanese, Chinese, Portuguese, Polish, French, and Vietnamese and we are delighted that it will be adapted to Turkish.

If you have any doubt, question/s or suggestion/s regarding this document, do not hesitate to contact me.

A cordial greeting

Juan Carlos Fernández, PhD



SAĞLIK BİLİMLERİ KANITA DAYALI UYGULAMA ANKETİ (SB-KDU)

Cevaplamakta olduğunuz anket sağlık bilimlerinde kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili bilgi toplamak için oluşturulmuştur.

Doğru veya yanlış cevap olmamakla beraber, cevapların içtenlikle verilmesi gerekir. Tüm soruları dikkatlice okuyarak sizin fikrinizi, durumunuzu ve davranışınızı en iyi yansıtan ifadeyi işaretleyiniz. Bu anketin çoklu profesyonel doğası düşünülerek ifadeleri kendi profesyonel iş bağlamınıza adapte ediniz.

Bu anketi cevaplamanız yaklaşık 10-12 dakikanızı alacaktır.

İNANÇLAR VE TUTUMLAR

Anketin bu bölümünün amacı, Kanıta Dayalı Uygulamalar görüşünün farklı yönleri ile ilgili FİKİRLERİNİZİ toplamayı amaçlamaktır.

Aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi 1 ile 10 arasında derecelendirin. (1 en düşük 10 en yüksek dereceyi ifade eder.)

Madde 1. Profesyonel uygulamalarımı/mızı araştırmaların sonuçlarına göre gerçekleştirmek önemlidir.

[illegible]

Madde 2. Kanıta Dayalı Uygulamalar (KDU) kişisel uygulamalarımı büyük ölçüde etkiler.

[illegible]

Madde 9. KDU uygulamak profesyonel önceliklerim arasındadır.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Madde 10. KDU'yu kullanmayı motive edici buluyorum.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Madde 11. KDU'yu kullanmak için gerekli becerileri geliştirmekle ilgileniyorum.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Madde 12. Uygulamalarımın yetersiz olduğu kanıtlandığında, onları değiştirmeye gönüllüyüm/ razıyım.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

UYGULAMA

Anketin bu bölümü özellikle Sağlık Bilimi uzmanlarının Kanıta Dayalı Uygulama kullanımı ve bilgi-becerileri ile ilgili bilgi toplamak için tasarlanmıştır.

Bu bölümde uygulamalarınızda bilimsel kanıtları ve mevcut olan farklı bilgi kaynaklarını KULLANIMINIZLA ilgileniyoruz. Bu sebeple sizden verilen ifadeleri olabildiğince içtenlikle yanıtlamanızı rica ediyoruz.

Aşağıdaki davranışları gerçekleştirme sıklık düzeyinizi ve/veya aşağıdaki ifadelere (eğer durumunuza uygunsa) katılma derecenizi 1'den 10'a kadar (1 en düşük, 10 en yüksek ifade eder) olan ölçeği kullanarak puanlayınız.

Madde 1. Uygulamalarım ile ilgili herhangi bir şüpheyi veya soruyu güncel bilimsel araştırma sonuçları ile çözerim.

[illegible]

Madde 2. Kendime araştırma sonuçlarıyla cevaplanabilecek şekilde sorular sorarım.

[illegible]

Madde 3. Profesyonel uygulamalarımdan kaynaklanan soruları yanıtlamak için bilimsel araştırmalardan elde edilen bilgileri kullanırım.

[illegible]

Madde 4. Alanım ile ilgili temel bilimsel bilgi kaynaklarını kullanırım.

[illegible]

Madde 5. Elektronik veri tabanlarını kullanarak etkili bir bilimsel literatür araştırması yürütebilirim.

[illegible]

Madde 6. Rutin uygulamalarımla ilgili güncel araştırma sonuçlarımdan haberdarım.

[illegible]

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Madde 25. . Kendi özel uygulama alanımda en sık kullanılan objektif sonuç değerlendirme ölçütlerini biliyorum.

[illegible]

Madde 26. Müdahalelerimin sonuçlarını değerlendirmek için bilimsel kanıtlara dayalı standartize edilmiş ölçekler kullanıyorum.

[illegible]

Madde 27. Kullandığım değerlendirme ölçütleri bilimsel kanıtlar tarafından desteklenmektedir.

[illegible]

Madde 28. Sonuç analizlerine ulaştıran araçları eleştirisel olarak değerlendiririm.

[illegible]

Madde 29. Hastalarım hakkında bilgi toplamak ve saklamak için standartlaştırılmış prosedürleri kullanırım.

[illegible]

Madde 30. Hastalarım üzerinde kullandığım değerlendirme araçlarından ve tekniklerinden edindiğim sonuçları sistematik bir şekilde kayda alırım.

[illegible]

Madde 31. Bir vakanın gelişimindeki veya müdahale sırasındaki olası değişikliklerle ilgili bilgilerin kaydını tutarım.

[illegible]

Madde 32. Hastalarımıla uyguladığım müdahaleler sırasında topladığım bilgileri sistematik ve sürekli olarak analiz ediyorum.

[illegible]

Madde 33. Sonuç kayıtlarını kullanarak uygulamamın etkilerini değerlendiririm.

[illegible]

Madde 34. Aldığım kararların sonuçlarını verimliliğine göre değerlendiririm.

[illegible]

Madde 35. Uygulamamı değerlendirdikten sonra beklenmeyen sonuçları dikkate alırım.

[illegible]

Madde 36. Sonuçlar beklendiği gibi olmadığında, sonuçları açıklayabilecek olası açıklamaları analiz etmek için uygulanan tüm süreci gözden geçiririm.

[illegible]

ENGELLER-KOLAYLAŞTIRICILAR

Anketin bu son bölümü, günlük çalışmalarınıza Kanıta Dayalı Uygulamayı uyarlamanızda, çalışma ortamınızın özellikleri veya kanıtların kendilerinden oluşabilecek ENGELLER veya KOLAYLAŞTIRICILAR ilgili tüm yönler hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır.

Aşağıdaki ifadelere katılma düzeyinizi 1'den 10'a kadar derecelendirin (burada 1 en düşük, 10 en yüksek ifadeye karşılık gelir).

Madde 1. Çalışma ortamımda bilimsel kanıtlarla ilgili kaynaklara erişebiliyorum.

[illegible]

Madde 2. Çalışma ortamında KDU ile ilgili müdahaleleri içeren rehberler vardır.

[illegible]

Madde 3. Araştırma sonuçları ile ilgili en güncel bilgilere sahip olmak, çalışma ortamında bir önceliktir.

[illegible]

Madde 4. Çalışma ortamımda bilimsel araştırma sonuçlarını diğer meslektaşlarımla paylaşmak ve tartışmak için alanlar vardır.

[illegible]

Madde 5. İş arkadaşlarımdan çoğu bilimsel araştırmaların sonuçlarına göre çalışmalarını oluşturmayı uygun bulur.

[illegible]

Madde 12. Çalışma ortamında standart iş yeri uygulamalarını değiştirmek kolaydır.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SB-KDU, Likert ölçeği yanıt biçimine sahip, 1 "Kesinlikle katılmıyorum" ile 10 "Tamamen katılıyorum" arasında, 60 maddeden oluşan bir ankettir. Anket 3 alan içerir: İnançlar-Tutumlar (toplam puanları 12 ile 120 arasında değişen 12 madde), (2) Uygulama (puanları 36 ile 360 arasında değişen 36 madde), ve (3) Engeller-Kolaylaştırıcılar (12 ile 120 arasında değişen puanlarla 12 madde). Daha yüksek puanlar, klinik uygulamada KDU' nun uygulanmasına yönelik daha fazla destekleyici tutum veya davranışı gösterir.



EK6: Sosyodemografik Bilgi Formu

SAĞLIK BİLİMLERİ KANITA DAYALI UYGULAMA ANKETİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİ VERİ TOPLAMA FORMU

1)Yaş: _____

2)Cinsiyet : ☐ Kadın ☐ Erkek

3)Akademik Derecesi : ☐ Lisans ☐ Lisansüstü ☐ Doktora

4)Medeni Durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış

5)Çalıştığı Kurum:

- ☐ Devlet Hastanesi
- ☐ Üniversite Hastanesi
- ☐ Akademik Alan
- ☐ Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi
- ☐ Özel FTR Kliniği
- ☐ Özel Hastane
- ☐ Tıp Merkezi
- ☐ Huzurevi
- ☐ Spor Kulüpleri
- ☐ Sağlıklı yaşam merkezleri
- ☐ Huzur evleri
- ☐ Kendi iş yeri
- ☐ Üniversite
- ☐ Diğer

6) Kurum Tipi:

- ☐ Kamu ☐ Özel ☐ Karma

7)Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? _____

8)Kaç yıldır çalışıyorsunuz? _____

9)Çalıştığınız bölge:

☐ Kırsal ☐ 50.000'den az nüfuslu şehirler ☐ 50.000'den fazla nüfuslu şehirler

10)Mesleki faaliyetlerinizin çoğunu aşağıdaki ortamlardan hangisinde gerçekleştiriyorsunuz?

☐ Hastane bakımı ☐ Birinci basamak/Evde bakım ☒ Sosyal ve Sağlık Merkez
☐ Okul sistemi ☐ Üniversite ☐ Kendi muayenehanesi ☐ Diğer (lütfen belirtiniz)

11)Lütfen her bir faaliyet türüne ayırdığınız toplam çalışma süresinin yaklaşık yüzdesini belirtiniz: (Unutmayın: Toplam 100 olmalıdır)

Profesyonel/klinik aktivite: % _____

Araştırma: % _____

Öğretim: % _____

İdare/yönetim: % _____

Diğer: (lütfen belirtin): _____

12) İş memnuniyet düzeyiniz nedir: (1 "Hiç memnun değilim" ile 10: "Çok memnun")

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13) Çalışma alanı:

☐ Kardiyopulmoner Fizyoterapi
☐ Ergonomi
☐ Gerontoloji/Geriatri
☐ Pediatri
☐ Sporcu Sağlığı

- ☐ Kadın Sağlığı
- ☐ Manipülatif Tedavi
- ☐ Nörolojik Rehabilitasyon
- ☐ Onkoloji/Palyatif Bakım
- ☐ Ortopedik Rehabilitasyon
- ☐ Psikoloji/Psikiyatri
- ☐ Romatoloji
- ☐ Ağrı/Duyusal Uyarım
- ☐ Ortez-Protez
- ☐ Önleyici Fizyoterapi
- ☐ Genel FTR

14) Mesleki gelişiminiz için eğitim kursları veriyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

15)Yukarıdaki soruya evet yanıtı verdiyseniz, kariyeriniz boyunca aldığınız tüm eğitimleri dikkate alarak en uygun gördüğünüz yanıtı seçin.

Aşağıdaki seçeneklerden birini seçin:

☐ Elektronik veritabanlarında veya benzerlerinde bibliyografik araştırma eğitimi ve genel olarak giriş kursları.

☐ Yukarıdakilerin yanı sıra, araştırma metodolojisine giriş eğitimi: araştırma sorusunu formüle etme, bilimsel makalelerin eleştirel okuması ve istatistiksel sonuçların yorumlanması.

☐ Yukarıdakilerin yanı sıra, araştırma, istatistik ve bilgisayar yazılımı kullanımı konularında ileri düzey eğitim; bilimsel makaleler yazmak vb.

16) KDU(Kanıtı Dayalı Uygulama) eğitimi aldınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

17) Kanıtı Dayalı Uygulama Bilginizi Nasıl Değerlendirirsiniz?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18) KDU eğitimi seviyesi:

☐ Temel (KDU'ya giriş niteliğinde bir/bazı kurs/kurslar, elektronik veritabanlarında bibliyografik araştırma veya benzeri bir şey yapmış olmak);

☐ Orta seviye (temel eğitime ek olarak, ayrıca araştırma metodolojisine giriş niteliğinde bazı dersler/dersler almış olmak: araştırma sorusu sormak, bilimsel makalelerin eleştirel okuması, istatistiksel sonuçların yorumlanması vb.)

☐ İleri (orta seviyeye ek olarak, ayrıca araştırma: istatistik ve bilgisayar programlarını kullanma konusunda bazı eğitim kursları almış olmak, örneğin: SPSS, R, Stata; bilimsel makaleler yazmak veya benzerleri)

19) Mesleki dergi/yayınları takip ediyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen

20) Mesleğiniz ile ilgili yayın (makale, derleme vb.) yaptınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

21) Kliniğinizde kanıta dayalı uygulama kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

22) Genel olarak, mesleki uygulamalarınızın kalitesini nasıl değerlendiriyorsunuz?

(1: "En Düşük" 10: "En Yüksek")

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

EK 7: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ):

ÇALIŞANLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (Çalışanlar-YK)

Türkçe Uyarlaması

Yaptığımız işin veya mesleğin gereği olarak insanlara yardım etmek, onların yaşantısıyla doğrudan temasa geçmemizi sağlar. Duygularımız ya da yaşanan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yaşantılarından veya durumundan etkilenecektir. Mesleğimizin özelliklerinden kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sormak istiyoruz. Lütfen, her soruyu içinde bulunduğunuz durumu göz önüne alarak değerlendiriniz. **GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ** duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı, aşağıdaki çizelgede belirtilen 0 ile 5 arasındaki rakamlardan herhangi birini seçerek yanıtlayınız.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

0=Hiçbir zaman 1=Nadiren 2=Bazı zamanlar 3=Sıkça 4=Sık Sık 5=Çok Sık

- 1. Kendimi mutlu hissediyorum.
- 2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.
- 3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.
- 4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.
- 5. Anı ya da beklenmedik ses duyunca sıçırıyor ya da ürküyorum.
- 6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum
- 7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.
- 8. Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uyumun bozulmasına neden oluyor.
- 9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana de geçebileceğini düşünüyorum.
- 10. Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.
- 11. Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolayı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.
- 12. İşimi seviyorum.
- 13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.
- 14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.
- 15. Bana güç veren inançlarım var.
- 16. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.
- 17. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.
- 18. İşim beni tatmin ediyor.
- 19. Kendimi tükenmiş hissediyorum.
- 20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.
- 21. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.
- 22. İşimde yaptıklarımla bir fark yaratabileceğime inanıyorum.
- 23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.
- 24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.
- 25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.
- 26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.
- 27. Yardım eden olarak kendimi "başarılı" hissediyorum.
- 28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.
- 29. Çok hassas bir insanım.
- 30. Bu işi seçtiğim için mutluyum.

EK 8: Değişime Karşı Direnç Ölçeği

1. Boyut	<u>Bilişsel Tepki (Cognitive)</u>
1.	Değişimin organizasyonda iş yapma süreçlerine zarar vereceğini düşünüyorum.
2.	Değişimi gerçekleştirmenin olumsuz bir şey olduğunu düşünüyorum.
3.	Değişimin işimi zorlaştıracığına inanıyorum.
4.	Değişimin organizasyona fayda sağlayacağına inanıyorum. *
5.	Şahsen değişimden faydalanacağıma inanıyorum. *
2. Boyut	<u>Duygusal Tepki (Affective)</u>
6.	Değişimden korkarım.
7.	Değişim hakkında olumsuz duygulara sahibim.
8.	Değişim beni gerçekten heyecanlandırır. *
9.	Değişim beni üzer.
10.	Değişim beni strese sokar.
3. Boyut	<u>Davranışsal Tepki (Behavioural)</u>
11.	Değişimin gerçekleşmesini önlemek için yollar ararım.
12.	Değişimi protesto ederim.
13.	Meslektaşlarıma, yapılan değişime dair itirazlarımı iletirim.
14.	Yönetime, yapılan değişime dair itirazlarımı iletirim.
15.	Başkalarına, yapılan değişiklikten övgüyle bahsederim. *

*Ters kodlu ifade.

EK 9: Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTE)

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1.İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2.İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3.Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4.İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5.İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6.Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7.İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8.Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9.Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11.Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12.Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13.İşimin beni kısıtladığını biliyorum.					
14.İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15.İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16.Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratıyorum.					
18.İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissediyorum.					
19.Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.					
20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21.İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.					
22.İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

EK 10: Bilgi Okuryazarlığı Özyeterlik Algı Ölçeği (BOÖÖ)

BİLGİ OKURYAZARLIĞI ÖZ-YETERLİK ALGI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek sizin bilgi ile ilgili konularda (bilgi arama, kullanma, iletme gibi) yeterlik düzeyinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Verilen cümlelerin hiçbirisi doğru ya da yanlış değildir. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyarak **sizin için uygun olan seçeneği** işaretleyiniz. Burada **1=Kendime hiç güvenmiyorum, 4= Kararsızım, 7=Kendime çok güveniyorum** anlamını taşımaktadır.

Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1-Gereksinim duyduğum bilgiyi tanımlamak/açıklamak konusunda	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
2-Duyduğum bilgi gereksinimi için uygun türdeki kaynakları seçmekte	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
3-Bilgisayarla tarama yaparken konu, dil, tarih sınırlaması bi sınırlamalar yapmakta	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
4-Tarama stratejileri geliştirmekte (anahtar sözcük belirleme, Boole işleçlerini kullanma)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
5-Gereksinim duyduğum bilgiyi nasıl ve nerede bulacağım konusunda	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
6-Farklı türde basılı kaynakları (kitap, dergi, ansiklopedi, rehber, kronoloji, vb.) kullanmak ve bu kaynaklar içinde aradığımı bulmak konusunda	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
7-Elektronik kaynakları kullanmak konusunda	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
8-Kütüphanede aradığımı bulmak konusunda	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
9-Kütüphane kataloğunu kullanmak konusunda	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
10-Katalogda kaydını gördüğüm kaynağı kütüphanede bulmakta	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
11-İnternet bilgi arama araçlarını (arama motorları, rehberler, ileri arama motorları gibi) kullanmakta	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
12-Farklı kütüphaneleri kullanmak konusunda	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
13-Bir araştırma ödevi yaparken birçok kaynağı bir arada kullanmak konusunda	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

14-Bilgi kaynaklarını doğruluk, güvenilirlik, tamlık, tarafsızlık ve güncellik gibi ölçütler açısından değerlendirmekte	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
15-Belli bir kaynağın belli bir bilgi gereksinimi karşılamaya uygun olup olmadığına karar vermekte	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
16-Okuduğum bilgi kaynakları arasındaki benzer ve farklı noktaları saptamakta	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
17-Web kaynaklarını değerlendirmekte	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
18-Elde ettiğim yeni bilgiyi bildiklerimle ilişkilendirmekte	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
19-Görsel bilgiyi (tablolar, grafikler, vb.) yorumlamakta	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
20-Yazılı bilgi sunumunda (ödev, araştırma raporu hazırlamak, vb.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
21-Bilgi sunumunda (yazılı veya sözlü) içeriği belirlemekte ve sunumun bölümlerini oluşturmakta (giriş, gelişme, sonuç gibi)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
22-Kaynakça/bibliyografya hazırlamakta	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
23-Kaynakçanın düzeni, kaynaklar hakkında aktarılan kısa bilginin düzeni konularında	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
24-Farklı tür kaynaklarla ilgili (kitap, makale, tez, bildiri, web sitesi) kaynakçada bilgi aktarmakta	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
25-Metin içinde bilgi kaynağını belirtmekte (gönderme ve alıntı yapmakta)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
26-Bilgi ileteceğim kitleye uygun iletim formatı (görsel, işitsel vb.) seçmekte	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
27-Yaptığım araştırmalardan/ödevlerden kendim için ileriye dönük dersler çıkartmakta	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
28-Yaptığım ödevleri (yazılı ve/veya sözlü sunumları) kendi kendime eleştirmekte	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

EK 11: Orjinallik Raporu

Sağlık Bilimleri Kanıta Dayalı Uygulama Anketi'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği

ORJİNALLİK RAPORU

% 13	% 12	% 4	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.baskent.edu.tr	% 3
2	dergipark.org.tr	% 1
3	acikbilim.yok.gov.tr	% 1
4	www.researchgate.net	% 1
5	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi	% 1
6	tk.org.tr	% 1
7	acikerisim.karatay.edu.tr:8080	<% 1
8	openaccess.cag.edu.tr	<% 1
9	sfasummit.org	<% 1

10	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
11	jag.journalagent.com İnternet Kaynağı	<% 1
12	Submitted to Celal Bayar Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
13	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
14	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<% 1
15	ÇAKMAKKAYA, Özlem Serpil. "Bilimsel Kanıta Ulaşmak: Biyomedikal Veri Tabanları ile İlgili Derleme", Deomed Yayıncılık, 2012. Yayın	<% 1
16	cdn.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
17	gcris.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
18	www.jshsr.org İnternet Kaynağı	<% 1
19	doaj.org İnternet Kaynağı	<% 1
20	www.thefreelibrary.com İnternet Kaynağı	<% 1

21	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	<% 1
22	bmchealthservres.biomedcentral.com İnternet Kaynağı	<% 1
23	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
24	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<% 1
25	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
26	YILMAZ, Elif and ÇÖL, Meltem. "Evidence Based Medicine", Derman Tıbbi Yayıncılık, 2014. Yayın	<% 1
27	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
28	earsiv.anadolu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
29	search.trdizin.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
30	Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University Öğrenci Ödevi	<% 1
31	Submitted to Kirikkale University Öğrenci Ödevi	<% 1

32	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
33	dspace.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
34	repository.ukim.mk İnternet Kaynağı	<% 1
35	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<% 1
36	Julfikar Ali, Md. Abdul Aziz, Md. Mamun Or Rashid, Mohammad Anwarul Basher, Mohammad Safiqul Islam. "Propagation of age.related diseases due to the changes of lipid peroxide and antioxidant levels in elderly people: A narrative review", Health Science Reports, 2022 Yayın	<% 1
37	Naile ATASOY, Zehra GÖÇMEN BAYKARA. "Adaptation of Nurses' Attitude Towards Professional Autonomy Scale Into Turkish: Validity and Reliability Study", Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History, 2020 Yayın	<% 1
38	journals.plos.org İnternet Kaynağı	<% 1
39	turkishstudies.net İnternet Kaynağı	

		<% 1
40	www.utsakcongress.com İnternet Kaynağı	<% 1
41	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<% 1
42	tjoddergisi.org İnternet Kaynağı	<% 1
43	Merve AYDIN, Ceyda UZUN ŞAHİN, Nurşen KULAKAÇ. "Nursing Students the Attitude Towards E-Learning Scale: A Methodological Study", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2022 Yayın	<% 1
44	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
45	ftr.hku.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
46	www.tftr.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
47	Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI, Sevgi NEHİR. "Adaptation of the Scale of Decisional Balance for Insulin Injection to Turkish, and the Analysis of its Psychometric Properties: Methodological Study", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2022	<% 1

48	pdfslide.tips İnternet Kaynağı	<% 1
49	strateji.ikcu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
50	Submitted to Baskent University Öğrenci Ödevi	<% 1
51	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<% 1
52	Juan Carlos Fernández-Domínguez, Joan Ernest de Pedro-Gómez, José Miguel Morales-Asencio, Miquel Bennasar-Veny, Pedro Sastre-Fullana, Albert Sesé-Abad. "Health Sciences-Evidence Based Practice questionnaire (HS-EBP) for measuring transprofessional evidence-based practice: Creation, development and psychometric validation", PLOS ONE, 2017 Yayın	<% 1
53	Submitted to KTO Karatay Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
54	www.jstage.jst.go.jp İnternet Kaynağı	<% 1
55	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

56	core.ac.uk İnternet Kaynağı	<% 1
57	KOÇ, Fatih and KAYA, Nihat. "HİZMET SEKTÖRÜNDE TÜKETİCİ GÜVENİ VE MÜŞTERİ BAĞLILIĞI:", Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012. Yayın	<% 1
58	acikerisim.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
59	apps.who.int İnternet Kaynağı	<% 1
60	en.iksadkongre.org İnternet Kaynağı	<% 1
61	fb.riss.kr İnternet Kaynağı	<% 1
62	lnursing.com İnternet Kaynağı	<% 1
63	www.avrasyad.com İnternet Kaynağı	<% 1
64	www.halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<% 1
65	www.khsdergisi.com İnternet Kaynağı	<% 1

66	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
67	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
68	bluesyemre.com İnternet Kaynağı	<% 1
69	openaccess.marmara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
70	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<% 1
71	www.academia.edu İnternet Kaynağı	<% 1
72	ÖZKAN, İrem, DEVRİM, Aslı and BİLGİÇ, Pelin. "Hafif Şişman ve Obez Kadınlarda Yeme Bağımlılığı", Türkiye Diyetisyenler Derneği, 2017. Yayın	<% 1
73	acikerisim.akdeniz.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
74	d5d9044a-7b4a-4f75-852f-4646c3028d44.filesusr.com İnternet Kaynağı	<% 1
75	eclss.org İnternet Kaynağı	<% 1

76	publications.theseus.fi İnternet Kaynağı	<% 1
77	tr-scales.arabpsychology.com İnternet Kaynağı	<% 1
78	utsakcongress.com İnternet Kaynağı	<% 1
79	who.int İnternet Kaynağı	<% 1
80	www.bmhim.com İnternet Kaynağı	<% 1
81	www.hemsirelikkongresi.org İnternet Kaynağı	<% 1
82	www.ices-uebk.org İnternet Kaynağı	<% 1
83	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<% 1
84	Athina E. Patelarou, Enkeleint A. Mechili, María Ruzafa-Martinez, Jakub Dolezel et al. "Educational Interventions for Teaching Evidence-Based Practice to Undergraduate Nursing Students: A Scoping Review", International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020 Yayın	<% 1

- 85 Leyla ZENGİN AYDIN, Zeliha BÜYÜKBAYRAM. "Individualized Care Perceptions According to Professional Attitudes of Nurses", *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2020
Yayın

86 ÇEKMECELİOĞLU, Hülya Gündüz. "Göreve ve insana yönelik liderlik tarzlarının örgütsel bağlılık, iş performansı ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkileri", *Kocaeli Üniv. Sosyal Bilimler Enst.*, 2014.
Yayın

87 "Abstracts from the XXVI CINP Congress, Munich, 13-17 July 2008", *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2008
Yayın

88 Anne Kristin Snibsøer, Birgitte Espehaug, Donna Ciliska, Monica Wammen Nortvedt. "Changes in evidence-based practice beliefs and implementation after a postgraduate educational program: A before-and-after study over one year", *Nordic Journal of Nursing Research*, 2017
Yayın

89 KARAKAŞ, Ahmet Canan. "Belediye çalışanlarında sabır tutumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi (Sakarya İli Örneği)", *Karabük Üniversitesi*, 2016.
Yayın