T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İNTERN DOKTORLARDA KRONİK HASTALIK ERKEN TANI VE TARAMALARINA İLİŞKİN MESLEKİ ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. KÜBRA NUR TÜRK

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. SEÇİL ÖZKAN

ANKARA

KASIM 2024

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İNTERN DOKTORLARDA KRONİK HASTALIK ERKEN TANI VE TARAMALARINA İLİŞKİN MESLEKİ ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. KÜBRA NUR TÜRK

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. SEÇİL ÖZKAN

ANKARA

KASIM 2024

KABUL VE ONAY

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	KÜBRA NUR TÜRK
Baba Adı	[redacted]
Doğum Yeri/Tarihi	[redacted]
Diploma Tarihi / Diploma No	[redacted]
Mezun Olduğu Fakülte	GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
İhtisas Süresi	Yıl: 3 Ay: 11
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tez Sınavının Tarihi	27.11.2024

UZMANLIK TEZİNİN ADI: İNTERN DOKTORLARDA KRONİK HASTALIK ERKEN TANI VE TARAMALARINA İLİŞKİN MESLEKİ ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

JÜRİ KARARI: Başarılı

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i

TABLOLAR DİZİNİ iv

ŞEKİLLER DİZİNİ v

KISALTMALAR vi

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 6

2.1 Kronik Hastalıklar 6

2.1.1 Kronik Hastalıkların Tanımı 6

2.1.2 Kronik Hastalıkların Sağlığa Etkileri 7

2.1.3 Kronik Hastalıkların Dünya ve Türkiye İçin Önemi 8

2.1.4 Kronik Hastalık Risk Faktörleri 10

2.1.5 Kronik Hastalık Yönetimi 12

2.1.6 Kronik Hastalık Taramaları 15

2.1.7 Hastalık Yönetim Platformu 24

2.1.8 Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programında Taramalar 25

2.2 Öz Yeterlilik 26

2.2.1 Yeterlilik Tanımı 27

2.2.2 Yetkinlik Tanımı 27
2.2.3 Özyeterlilik Tanımı 28
2.2.2 Özyeterliliğin Kaynakları 29
2.2.4 Mesleki Öz Yeterlilik 31
3. GEREÇ-YÖNTEM 33
3.1 Araştırmanın Kapsamı 33
3.2 Araştırma Bölgesinin Tanıtımı 33
3.3 Araştırmanın Tipi 34
3.4 Araştırmanın Evreni ve Örnek Büyüklüğü 34
3.5 Araştırmanın Veri Kaynağı 35
3.6 Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli 36
3.7 Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi 36
3.8 Araştırma Takvimi 38
4. BULGULAR 39
5. TARTIŞMA 66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 70
7. KAYNAKÇA 71
8. ÖZET 87
9. ABSTRACT 88
10. EKLER 89

10.1 Ek-1. Anket Formu 89

10.2 Ek-2. Geliştirilen ölçeğin son hali 93

10.3 Ek-3 Etik Komisyon Onayı 95

11. ÖZGEÇMİŞ..... 96

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılan İntern Doktorların Bazı Demografik Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2024 39

Tablo 2. Araştırmaya Katılan İntern Doktorların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2024 40

Tablo 3a.Katılımcıların Aday Ölçek Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı, Ankara, 2024 42

Tablo 4.Örnek Büyüklüğü Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Ankara, 2024..... 52

Tablo 5. Faktör Analizinde Elde Edilen Faktörlere Ait Özdeğerler ve Açıklanan Varyans Değerleri, Ankara, 2024 53

Tablo 6.Geliştirilen Ölçeğin Faktör Yapısı ve Faktör Yükleri, Ankara, 2024 55

Tablo 7.Faktör 1'deki Maddelerin Korelasyonlarının Değerlendirilmesi, Ankara, 2024 57

Tablo 8.Faktör 2'deki Maddelerin Korelasyonlarının Değerlendirilmesi, Ankara, 2024 60

Tablo 9.Geliştirilen Ölçeğin ve Alt Boyutlarının Korelasyonlarının Değerlendirilmesi, Ankara, 2024..... 61

Tablo 10.Geliştirilen Ölçeğin Güvenilirlik Analizi Değerleri, Ankara, 2024..... 62

Tablo 11.Faktör 1 için Güvenilirlik Analizi Değerleri, Ankara, 2024..... 62

Tablo 12.Faktör 2 için Güvenilirlik Analizi Değerleri, Ankara, 2024..... 63

Tablo 13. DFA Uyum İndeksi Değerleri, Ankara, 2024 65

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Geliştirilen Ölçeğin Yamaç Birikinti Grafiği (Scree Plot), Ankara, 2024 54

Şekil 2. Geliştirilen Ölçeğin Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı, Ankara, 2024 64

KISALTMALAR

CDC: Hastalık kontrol ve İzlem Merkezi

CFI: Comparative Fit İndex

CMIN/df: Chi-Square Value to Degrees of Freedom

COSI-TUR: Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması

DALY: Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı Kaybı

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GSYİH: Gayrisafi Yurtiçi Hasıla

HYP: Hastalık Yönetim Platformu

IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu

KMO: Kaiser-Mayer-Olkin

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

NFI: Normed Fit Index

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

PAHO: Pan Amerikan Sağlık Örgütü

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation

SİY: Sağlık İstatistikleri Yıllığı

TDK: Türk Dil Kurumu

TEMD: Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

TLI: Tucker-Lewis Index

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar; akut bir enfeksiyondan kaynaklanmayan, insandan insana geçmeyen, genellikle yavaş ilerleyen, üç ay ve daha uzun süreli sağlık sonuçlarına yol açan ve sıklıkla uzun vadeli tedavi ve bakıma ihtiyaç yaratan bir grup durumu ifade etmektedir (1, 2). Kronik hastalıkların sebepleri, gelişimleri ve seyirleri karmaşıktır. Birçok genetik, çevresel ve bireysel risk faktörleri kronik hastalıklarla ilişkilendirilmektedir (3). Bu hastalıkların gelişimi erken dönemde başlasa da semptomların ortaya çıkışı genellikle erişkinlik çağında olmaktadır (4). Kronik hastalıklarda genellikle tam iyileşme görülmemekte, bu hastalıklar sıklıkla ölüm, erken ölüm ve sakatlıklara yol açarak kişilerin hayatlarını olumsuz yönde etkilemektedir (5,6). Toplumsal boyutta bakıldığında genel sağlık bütçelerini, çalışan üretkenliğini ve ekonomileri doğrudan etkilemektedir (7).

Dünya üzerinde pek çok kişi kronik hastalıklardan etkilenmektedir. Dünyada ve ülkemizde en yaygın görülen ilk on hastalık arasında kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve solunum yolu hastalıkları gibi kronik hastalıklar bulunmaktadır (8). Erken yetişkin ölümlerinin yaklaşık dörtte üçüne kronik hastalıkların sebep olduğu bilinmektedir. DSÖ'nün 2023 yılı verilerine göre dünyada her yıl 41 milyon kişinin ölümüne kronik hastalıklar neden olmakta ve bu sayı tüm ölümlerin %74'ünü oluşturmaktadır. Özellikle kardiyo vasküler hastalıklar tek başına tüm ölümlerin %33'ünü oluşturmaktadır (9). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 ölüm nedeni istatistiklerine göre, ülkemizde ölümlerin %33,4'ü dolaşım sistemi hastalıklarından, %15'i kanserlerden, %13,2'si solunum sistemi

hastalıklarından, %4,5'i ise endokrin-beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklardan kaynaklanmaktadır (10). 2016 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve T.C. Sağlık Bakanlığı ile yapılan kronik hastalıkların ekonomik yük analizinde doğrudan ve dolaylı maliyetler hesaplanmıştır. Buna göre Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının %30'u kronik hastalıklara atfedilebilir olduğu bulunmuştur. İşe devamsızlık, işte var olamama ve erken ölümler ise dolaylı maliyetler olarak hesaplanmaktadır ve toplam 45,1 miyar TL olarak hesaplanmıştır. Erken ölüm maliyeti ise 21,7 milyar TL olarak hesaplanmıştır (11). Doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, nüfusun yaşlanması ve teknolojiyle beraber gelişen tanı ve tedavi hizmetleri kronik hastalık yükünü daha da artırması beklenmektedir. 2030 yılında kronik hastalık ilişkili ölümlerin 52 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (12). Kronik hastalıklar, ölümlere sebep olmanın yanı sıra düşük yaşam kalitesi ve sakatlıklardan da sorumlu tutulmaktadır. Bu hastalıkların ve olası sonuçlarının bir kısmı önlenebilmektedir.

Kronik hastalıkların giderek artması, kronik hastalık kontrolü ve yönetiminin toplum sağlığı için giderek artan şekilde önem kazanan bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (13). Bu sorunun çözümüne yönelik koruyucu sağlık yaklaşımı kapsamında öncelikle hedeflenen hastalığın ortaya çıkmaması için risk faktörlerini ortadan kaldırmak, sonrasında ise risk faktörlerine sahip kişilerde hastalığın ortaya çıkmasını engellemektir (14). Ancak alınabilecek önlemlere karşın yine de bazılarında hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Bu aşamada ortaya çıkan hastalığa erken tanı koymak ve tedaviye başlamak amaçlanmaktadır.

Kronik hastalıkların asemptomatik dönemlerinin uzun olması erken tanı koymak için, erken tanı koymak ise erken müdahale etmek için imkan sağlamaktadır. Taramalar ile amaçlanan erken tanı ile hastalıklara sebep olan risk faktörlerini ve metabolik durumdaki değişiklikleri kontrol altına almaktır (15). Çünkü risk faktörleri sadece hastalığın ortaya çıkışında değil aynı zamanda hastalığın ilerleyişi ve komplikasyonların erken ortaya çıkmasında da rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalarda prediyabet bulunan kişilerin kan şekeri normal olan kişilere göre diyabet geliştirme riskinin 3 ila 7 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir (16). Glisemik kontrol ve yaşam tarzı değişiklikleri ile prediyabetin diyabete ilerlemesinin önlenebildiği görülmüştür (17). Hipertansiyon ile ilgili yapılan araştırmalarda ise esansiyel hipertansiyonu olan hastaların çoğunda, yaşam tarzı müdahaleleri ve birinci basamak antihipertansif ilaçların kombinasyonu ile kan basıncı iyi kontrol edilebilir ve kardiyovasküler risk azaltılabildiği görülmüştür (18). Hastaların kardiyovasküler riskini değerlendirmek, asemptomatik ancak KVH geliştirme riski yeterince yüksek olan bireysel hastaların önleyici tedavilerinin hedeflenmesinde kullanılmaktadır (19). Risk değerlendirmesinin rehberliğinde uygun müdahale, toplumdaki risk düzeylerinde önemli bir azalma sağlama potansiyeli bulunmaktadır (20, 21). Bu sebeple hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, obezite ve kanser gibi kronik hastalıkların taramaları yapılmaktadır. Hastalık Kontrol ve İzlem Merkezi (CDC) verilerine göre 2021 yılında dünya genelinde 20-79 yaş tüm diyabetlilerin tahminen %44,7'si (yaklaşık 240 milyon) diyabetli olduğunun farkında değildir (22). Bu durum kronik hastalık taramaların önemini göstermektedir.

Kronik hastalık taramaları ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır (23). Ancak 2022 verilerine göre ülkemizde sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların yalnızca üçte biri birinci basamak sağlık kuruluşlarına hekimlerin liderlik ettiği ekip ile yapılmaktadır. Dolayısıyla her dört kişiden birini etkileyen kronik hastalıkların taramaları ve erken tanısıyla ilgili toplumu bilgilendirmek ve yönlendirmekte, toplumda farkındalığın artırılmasında ve kronik hastalıkların yönetiminde bütüncül yaklaşımın benimsenmesinde tüm sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin rolü önemlidir. Çünkü hekimler sağlık ekibinin liderliğini yapmakta olup diğer sağlık çalışanlarını da bu konuda eğitebilmektedir. Aynı zamanda hasta-hekim arasındaki güven ilişkisi sebebiyle hastalarda farkındalık oluşturmakta ve onları taramalara yönlendirebilmektedir (24). Mesleki bağlamda yapılan araştırmalar, yüksek genel öz yeterlilik algısına sahip çalışanların karşılaştıkları durumların zorluğundan ve stresinden daha az etkilenip daha proaktif davrandıklarını göstermektedir (25). Özyeterlilik; kişinin ileri dönük durumları yönetmek için ihtiyaç duyduğu hareket biçimlerini planlama ve gerçekleştirme konusunda kendi yeteneklerine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (26). Bir bireyin işi ile ilgili görev veya faaliyetleri yerine getirme konusunda yeterli olduğuna dair inancı olarak tanımlanan mesleki özyeterlilik ile ilgili yapılan çalışmalarda mesleki özyeterlilik kişileri mesleki bilgi paylaşmakta, süreçleri organize etmek ve başlatmakta, sorunlarla mücadele etmekte ve hedeflerine daha fazla bağlılık göstermekte olumlu yönde etkilemektedir (27, 28). Bunlara ek olarak kronik hastalıklarda komorbiditelerin de artması sebebiyle her branştan hekim kronik hastalıklarla her geçen gün daha sık karşılaşmaktadır. Bu sebeple hekimlerin

ve mezun olacak hekimlerin mesleki özyeterliliğin yüksek olması hem hastaların hem de diğer sağlık çalışanlarının kronik hastalık taramalarında farkındalığını artırılması, taramaların herkese ulaşmasında, erken tanı ve tedavi hizmetlerinde olumlu etkiye sahip olacaktır. Literatüre bakıldığında özyeterlilik ve mesleki özyeterlilik ölçekleri bulunmaktadır. Ancak danışmanlık, ikna, uygulama ve değerlendirme gibi birçok beceri gerektiren kronik hastalık taramalarına yönelik bir mesleki özyeterlilik ölçeği bulunmamaktadır. Hekimlerin ve mezun olacak hekimlerin kronik hastalıkların erken tanı ve taramalarına yönelik mesleki özyeterlilik düzeylerinin ölçülmesi, düşük olması halinde mesleki özyeterliliği artırmak için gerek tıp eğitimi gerekse mezuniyet sonrası eğitimlerin planlanmasında yol gösterici olarak kullanılabilir. Hekimlerde bu konuda mesleki özyeterliliği ölçen bir aracın olması tıp eğitimi ve sonrasında hizmet içi eğitimlerin planlanmasında, taramalarla ilgili mevcut programların güncellenmesinde ve yeni programların oluşturulmasında katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada intern doktorların kronik hastalıkların erken tanı ve taramalarına yönelik mesleki özyeterlilik ölçeği geliştirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kronik Hastalıklar

2.1.1 Kronik Hastalıkların Tanımı

CDC kronik hastalıkları "genellikle bir yıl veya daha uzun süren ve sürekli tıbbi müdahale gerektiren veya günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan veya her ikisini birden yapan durumlar" olarak tanımlamaktadır (29). DSÖ ise kronik hastalıkları "bedenin herhangi bir yerinde meydana gelen, uzun zaman boyunca (çoğunlukla yaşam boyu) devam eden, ilaçlar ile durdurulabilen, bireyin hayatına ciddi bir şekilde kısıtlama getirebilen, kısa dönemde somut bir zararı olmadığı halde tedavi edilmez ise uzun dönem içerisinde engellilik ve ölümlere neden olabilen uzun dönemli hastalıklar" olarak açıklamıştır (9). Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO)'ya göre ise kronik hastalıklar; "esas olarak akut bir enfeksiyondan kaynaklanmayan, uzun vadeli sağlık sonuçlarına yol açan ve sıklıkla uzun vadeli tedavi ve bakıma ihtiyaç yaratan bir grup durumu" ifade eder. Bu durumlar arasında en sık görülenler kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kronik akciğer hastalıklarıdır (2).

2.1.2 Kronik Hastalıkların Sağlığa Etkileri

DSÖ'nün 2023 yılı verilerine göre dünyada her yıl 41 milyon kişi kronik hastalıklar sebebiyle yaşamını yitirmektedir. Bu sayı dünyadaki tüm ölümlerin %74'ünü oluşturmaktadır. Bu hastalıklar arasında en sık görülen kardiyovasküler hastalıklar ise tek başına tüm ölümlerin üçte birinden sorumlu tutulmaktadır (9).

Kronik hastalıklar insanların ve toplumların sağlığını ve günlük yaşamı etkilemektedir. Sağlığı biyo-psiko-sosyal iyilik hali olarak tanımlanmakta ve kronik hastalıklar kişileri bu üç yönden de etkilemektedir. Hastalığın semptomları, tedavi süreci, gelişebilecek komplikasyonlar, sakatlıklar kişileri biyolojik açıdan sağlığını bozmaktadır. Kronik hastalıklar ve tedavi süreçleri günlük hayatın işleyişine kısıtlamalar getirmektedir. İşgücü kayıplarına, yakınlarına ya da çevresine bağımlı yaşamalarına, hastane yatışlarına, erken ölümlere neden olarak doğrudan etkilemektedir (30). Biyolojik ve sosyal etkilerin yanında kronik hastalıklar uzun sürmeleri, tam iyileşmemeleri, ilaç kullanımı gibi durumlar kişilerin psikolojik sağlığını da negatif yönde etkilemektedir (31). Kronik sağlık sorunları olan insanların daha düşük üretkenlik ve istihdam oranları nedeniyle daha fazla kayıp yaşanmaktadır (32).

2.1.3 Kronik Hastalıkların Dünya ve Türkiye İçin Önemi

Başta kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, kronik hava yolu hastalıkları ve kanserler gibi kronik hastalıklar ve bu hastalıkların risk faktörleri dünya genelinde her geçen gün artan bir halk sağlığı ve kalkınma sorunu haline gelmektedir. Kronik hastalıkların uzun süreli olması, tam iyileşme görülmemesi, nüfusun yaşlanması ve giderek artması gibi durumlar hastalık yükünü artırmaktadır. Bu durumun bireysel etkileri olmasının yanı sıra toplumlar için de önemli etkileri bulunmaktadır. Bu etkilere iş gücü kayıpları, tedavilerin maliyetinin hem sayıdaki artış hem de teknolojik gelişmeler sebebiyle artması, hastalıklara bağlı gelişen engellilik durumu ve ölümler örnek gösterilebilir. Ayrıca kronik hastalıklara bağlı gelişen engellilik durumunda bireylerin yakınları da etkilenmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı (SİY) 2022'de on beş yaş üstü kronik durumlara bağlı bakım sağlanan veya yardım alanların yüzdesi 7,5 olarak sunulmuştur (7).

Kronik hastalıklar dünyadaki tüm toplumları etkilemekle beraber düşük ve orta gelirli ülkelerde hastalıkların komplikasyonları ve hastalıklara bağlı erken ölümler daha sık görülmektedir. DSÖ verilerine göre her yıl 70 yaşın altındaki 17 milyon kişinin kronik hastalıklar sebebiyle öldüğü görülmektedir. Bunların %86'sını düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan insanlar oluşturmaktadır (33).

Kronik hastalıklar uzun süreli ve takip gerektiren hastalıklar olması sebebiyle sağlık hizmetlerine önemli bir yük oluşturmaktadır. Tedavi, izlem ve hastane yatışlarının toplam maliyetinin yanı sıra iş gücü kaybı, sakatlıklar ve erken ölümlere neden olması sebebiyle ülkelerin dünyanın ekonomisine büyük yük getirmektedir. Dünya çapında kronik hastalıkların maliyetinin 2030 yılına kadar 47 trilyon dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir (14). Avrupa Birliği ülkelerinde gayrisafi yurtiçi hasıla (GSYİH) 'nın %0,8'i kadar kronik hastalıklar nedeniyle oluşan erken ölümlerin ekonomiye zararı olduğu gösterilmektedir (34). Amerika'da kronik hastalıklar için sağlık bakım maliyetleri yıllık 4,5 trilyon dolara mal olmaktadır (35). 2016 yılında DSÖ tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı için yayınladığı raporu göre GSYİH'nın %3,6'sı kronik hastalıklara ayrılmaktadır ve bunun yanı sıra verimlilik kaybından kaynaklanan hesaplanamayan maliyetin bundan daha çok olduğu düşünülmektedir (36).

DSÖ'nün 2020 verilerine göre, her yıl yaklaşık 41 milyon insan bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Önümüzdeki yıllarda ise bu sayının artması beklenmektedir; 2030'a gelindiğinde yılda yaklaşık 60 milyon insanın bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle yaşamını yitireceği tahmin edilmektedir (37).

Ülkemizde ve dünyada nüfusun giderek yaşlanması ve yaşam şeklinin değişmesi nedeniyle kronik hastalıklar da artış göstermektedir. DSÖ'nün ''Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022'' raporuna göre ülkemizdeki tüm ölümlerin %90'ı kronik hastalıklar sebebiyle ve erken ölümlerin %16'sının kronik hastalıklar sebebiyle olduğu tahmin edilmektedir (37). TÜİK ölüm nedeni

istatistikleri 2023 verilerine göre dolaşım sistemi hastalıkları ölüm vakalarının %33,4'ünü oluşturarak ilk sırada yer almıştır. Bunların yarısını iskemik kalp hastalıkları ve hipertansiyon hastalıkları oluşturmaktadır. Ölüm nedenleri listesinde dolaşım sistemi hastalıklarını %15,0 ile kanserler, %13,2 ile solunum sistemi hastalıkları gibi kronik hastalıklar takip etmektedir. Diğer kronik hastalıklar da dikkate alınırsa kronik hastalıklar tüm ölümlerin %75'ine neden olmaktadır (10). 2019 verilerine göre Türkiye'de ulusal düzeyde sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı kaybına (DALY) neden olan ilk 10 hastalık içinde ilk sırada iskemik kalp hastalıkları, ikinci sırada solunum yolu kanserleri, üçüncü sırada ise serebrovasküler hastalıklar yer almaktadır. Toplam DALY kayıplarının en büyük kısmını %83,6 ile kronik hastalıklar oluşturmaktadır (7).

2.1.4 Kronik Hastalık Risk Faktörleri

DSÖ kronik hastalık risk faktörlerini 3 başlıkta değerlendirmektedir. Bunlar davranışsal, metabolik ve çevresel risk faktörleridir (2).

2.1.4.1 Davranışsal Risk Faktörleri

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı, fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme ve alkolün zararlı kullanımı gibi değiştirilebilir davranışlar kronik hastalık gelişme riskini yükselten zararlı alışkanlıkları oluşturmaktadır. Tütün kullanımı ve pasif içicilik yıllık 8 milyondan fazla ölümün sebebi olarak gösterilmektedir. Yıllık 1,8 milyon kişinin ölümünün aşırı tuz alımı ile bağlantılı olduğu bilinmektedir. Alkol kullanımına bağlı her yıl 2,6 milyon ölüm meydana gelmektedir. Bu ölümlerin yarısından fazlası alkol kullanımının neden olduğu kanserler ve diğer kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite ise yılda yaklaşık 830.000 ölüm ile ilişkilendirilmektedir (38).

2.1.4.2 Metabolik Risk Faktörleri

Metabolik değişikliklerin kendi semptomlarıyla insanların hayatını etkilemesinin yanı sıra kronik hastalık riskini artırdığı bilinmektedir. Bu değişikliklere başlıca; yüksek kan basıncı, aşırı kilolu/obezite, hiperglisemi ve hiperlipidemi örnek gösterilmektedir. Bunlar arasında ölümlere en sık sebep olan metabolik risk faktörü yüksek kan basıncı yani hipertansiyondur. Ölümlerin %19'u hipertansiyona atfedilmektedir. Bunu hiperglisemi ve obezite takip etmektedir (2).

2.1.4.3 Çevresel Risk Faktörleri

Çevre kirliliği, radyasyon, gürültü gibi fiziksel faktörler, koruyucular, biyosidaller, solventler, hava kirletici gazlar gibi kimyasal faktörler, çalışma ortamı ve iklim değişikliği çevresel risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir. Yaşam boyu kronik hastalığa yakalanma riski, çevresel risk faktörlerine erken yaşta maruz kalmak sebebiyle artmaktadır (39).

Kronik hastalıkların, özellikle kronik solunum yolu hastalıklarının, gelişimine sebep olan çevresel risk faktörlerinin en büyüğü hava kirliliğidir. Hava kirliliğinin dünyada 6,7 milyon ölüme neden olduğu bilinmektedir. Ölümlerin yaklaşık 5,7 milyonu felç, iskemik kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve akciğer kanseri gibi kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır (2).

2.1.5 Kronik Hastalık Yönetimi

Sağlık hizmetleri; bireylerin ve toplumun sağlıklarını korumak, hastalıklar ortaya çıktığında tedavi etmek, sakat kalanları rehabilite ederek başkalarına bağımlılığını azaltmak ve toplumun sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaları kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerini üç başlıkta sınıflamak

mümkündür. Bunlar koruma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir (40). Kronik hastalıkların yönetiminde sağlık hizmetlerinin bu üç basamağına da iş düşmektedir. Bu hastalıklar uzun süreli ve maliyetli hastalıklar olduğu için diğer hastalıklarda olduğu gibi koruyucu sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır.

2.1.5.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri halk sağlığının esas konusudur. Bunlar kişiye yönelik ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir. Bu hizmetler çeşitli şekillerde gruplandırılabilir (40). Dörtlü gruplandırma şu şekildedir:

a) Primordial (Temel) koruma: Çevresel, ekonomik, sosyal ve davranışsal koşullar, kültürel yaşam biçimleri sonucu gelişen hastalık riskinin ortaya çıkmasını engelleyen eylem ve önlemleri kapsamaktadır. Risk faktörlerinin ortaya çıkmaması için yapılan çalışmaları ifade etmektedir. Örnek olarak; pek çok hastalığın sebebi veya kolaylaştırıcısı olan sigara kullanımının başlamaması için okul çağında verilen eğitimler, sigara ve tütün kullanımının bırakılması için reklamlarının yasaklanması, 18 yaş altına sigara satılmaması, alkol aşırı tüketiminin zararları hakkında halk eğitimleri, obezitenin engellenmesi, beslenme programlarının oluşturulması, okul kantinlerinde satılan yiyeceklere düzenleme getirilmesi,

toplu alanlarda tuz kullanımına kısıtlama getirilmesi fiziksel aktivitenin özendirilmesi ve ortam sağlanması gibi birçok sektörün bir araya gelerek çalışmasıyla örgütlenecek eylemler primordial koruma hizmetlerini oluşturmaktadır (41). Böylelikle toplumun hastalıklara neden olabilecek risk faktörleriyle karşılaşmasını önlemek amaçlanmaktadır.

b) Primer (Birincil) koruma: Risk faktörlerine maruz kalan kişilerde hastalığın oluşmasını engellemek için yapılan çalışmalardır. Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, fiziksel aktivitenin önerilmesi, zararlı alışkanlıkların bırakılmasının önerilmesi gibi eylemler primer koruma hizmetlerini oluşturmaktadır.

c) Sekonder (İkincil) koruma: Hastalıkların oluştuğu kişilerde semptomlar ortaya çıkmadan veya ağırlaşmadan hastalığa tanı konması ve erken müdahale edilebilmesi için yapılan erken tanı çalışmalarıdır. Tarama yöntemleri bunun için kullanılmaktadır. Kanser taramaları, kan glukoz ölçümleri, kan basıncı ölçümleri tarama örnekleri arasında yer almaktadır.

d) Tersiyer (Üçüncül) koruma: Gelişen sakatlıklar sebebiyle oluşan kısıtlılıkları önlemek, fonksiyon kaybı var ve geri döndürülebiliyorsa geri döndürmek, geri döndürülemiyorsa kişilerin yaşam kalitesini artırmak ve bağımsız yaşayabilmelerini amaçlayan rehabilitasyon hizmetleridir.

2.1.6 Kronik Hastalık Taramaları

Kronik hastalıklar, risk faktörlerinin yaygınlığı, sayıca çok fazla insanı etkilemeleri, yaşam kalitesini düşürmeleri, erken ölümlere, yüksek mortalite ve morbiditeye yol açmaları sebebiyle toplum sağlığı için ciddi şekilde tehdit oluşturmaktadır. Dolayısıyla kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü büyük önem taşır. Kronik hastalıklara etkili bir müdahalede bulunmak, tanı, tarama ve tedavi gibi temel unsurları kapsayan geniş kapsamlı bir yaklaşım gerekmektedir (42). 2010 yılında gerçekleştirilen "Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP- II)"na göre, 20 yaş ve üzeri erişkinlerde obezite, hipertansiyon ve diyabet gibi önemli kronik sağlık sorunları oldukça sık görülmektedir. Bu çalışmanın sonuçları nüfusun %31,2'sinde obezite, %25,6'sında hipertansiyon ve %13,7'sinde diyabet olduğunu göstermiştir (43).

Kronik hastalıkların toplumdaki yaygınlığı düşünüldüğünde bu hastalıklardan etkilenen kişi sayısının bilinenden fazla olma ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. CDC'ye göre 2021 yılında dünya genelinde 20-79 yaş tüm diyabetlilerin tahminen %44,7'si (yaklaşık 240 milyon) diyabetli olduğunun farkında değildir (22). Farkında olmama durumunun yanı sıra erken yaşlarda sağlıklı olan yetişkinler için bile yaşlanma ile artan bir kronik hastalık riski söz konusudur. Framingham çalışmasında 55-65 yaşlarında hipertansiyon olmadığı

saptanan kişilerin yaklaşık %90'ında 80-85 yaşında hipertansiyon geliştireceği sonucu bulunmuştur. (44). Bu bilgiler doğrultusunda toplumda kronik hastalıklarla karşılaşma ihtimali giderek arttığı sonucuna ulaşmak mümkündür. Erken evrelerde tanı konması hastalıkların hem bireylere hem topluma biyolojik ve sosyoekonomik açıdan verebileceği zararlarının azaltılacağı öngörülmektedir.

Kronik hastalık taramaları Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında, aile hekimlikleri ve Sağlık Yaşam Merkezlerinde yapılmaktadır (45). Aile hekimlerinde hastalık yönetim platformu uygulaması bulunmaktadır. Hastalık Yönetim Platformu (HYP), kronik hastalıkların erken teşhisini yapabilmelerini ve kanıta dayalı tıp kılavuzlarının önerileri doğrultusunda uygun tedavi planlarıyla semptom ve bulguları kontrol altına alabilmelerini sağlayan bir platformdur (46). Bu platform üzerinden özellikle hipertansiyon, obezite, diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları, inme ve koroner arter hastalığı taramaları ve kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılmaktadır (47).

2.1.6.1 Hipertansiyon

Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) hipertansiyonu "tekrarlanan ölçümlerde arteriyel kan basıncının 140/90 mmHg'den daha yüksek olması" olarak tanımlamaktadır. Hipertansiyon, sistemik bir hastalıktır. Sürekli kan basıncı yüksekliği ile kendini göstermektedir. Ciddi komplikasyonlara neden

olması, kardiyovasküler hastalık riskini artırması ve yaygın görülmesi nedeniyle toplum sağlığı için önemli bir sağlık sorunudur (48).

Hipertansiyon ülkemizde her üç kişiden birinde görülmektedir. Buna karşılık hastalığa sahip kişilerin %40'ı hasta olduğunun farkında olmadığı bilinmektedir (49). Bu nedenle tarama çalışmaları yapılarak bu kişilere tanı konması ve tedavilerine erken başlanması hastalık yönetimi ve hayat kalitesinin korunması açısından önemli etkiye sahiptir.

Hipertansiyon taraması sfigmomanometre/stetoskop veya otomatik elektronik aletle her iki koldan yapılan kan basıncı ölçümleri ve nabız sayımı ile yapılmaktadır. Tarama 18 yaşından büyük sağlıklı erişkinlere yılda en az bir kez yapılmaktadır. Ölçüm öncesinde kişinin kan basıncını ve dakikada nabız sayısını yükseltebilecek aktiviteler yapmadığından emin olmak gerekmektedir. Hastanın oturarak en az 5 dakika dinlenmiş olmasına, ölçüm sırasında ayak ayak üzerine atmamış olmasına ve ölçüm öncesinde çay kahve gibi içecekler tüketmemiş olmasına dikkat edilmelidir.

Ölçüm sonuçları yorumlanırken normal kişilerin taramaya devam etmesi gerektiği, hastalığın ilerleyen yaşlarda ortaya çıkabileceği hakkında bilgilendirilmelidir. Sistolik kan basıncı 130-139/ diyastolik kan basıncı 80-89 mmHg aralığında olduğunda yüksek normal kabul edilmektedir. Bu hastalara yaşam tarzı değişikliği önerilmesi hastalığın ortaya çıkmasını geciktirebilmekte veya engelleyebilmektedir. Yüksek normal kan basıncına sahip kişilerin yıllık kontrole çağrılması önerilmektedir. Kan basıncı 140/90 mmHg ve üstü olan

hastalarda hipertansiyon tanısı konulmaktadır. Hipertansiyonun tedavisinde ve komplikasyonlarının önlenmesi için tanı konmuş hastalara yaşam tarzı değişikliği önerilerinde bulunulmalıdır. Bunlar; sağlıklı beslenme önerileri, fiziksel aktivite önerileri, tütün ve tütün mamüllerini bırakma önerileri ve alkol bırakma önerileridir. Sağlıklı beslenme için yağ ve tuz alımının azaltılması, sebze ve lifli gıdaların tüketiminin artırılması, şekerle tatlandırılmış içeceklerin tüketilmemesi ve bel çevresi normalin üstünde olan hastalarda kilo verilmesi gibi öneriler yer almaktadır. Fiziksel aktivite için sağlıklı her yetişkine haftada en az 2,5 saat orta şiddette fiziksel aktivite veya aerobik egzersiz yapmaları, kalp hastalığı bulunanların kardiyoloji uzmanına danışarak fiziksel aktivite yoğunluğunun belirlenmesi gibi öneriler yer almaktadır. Sigara içilen ortamlardan uzak durulması ve sigara ve alkol kullanımının bırakılması önerilmektedir (48).

2.1.6.2 Obezite

Obezite, DSÖ tarafından "sağlığı bozabilecek aşırı yağ birikimi" olarak tanımlanmaktadır. Obezite kronik bir sürece ve karmaşık bir etiyolojiye sahiptir. Obezite kendisinin başlı başına bir sağlık sorunu olmasının yanı sıra tip 2 diyabet ve kalp hastalığı riskini artırmakta, kemik sağlığını etkilemekte, polikistik over sendromu, infertilite gibi durumlara neden olarak üremeyi etkilemekte, gastrointestinal sistem hastalıklarının gelişmesine sebep olmakta, bazı kanserlere

yakalanma riskini artırmaktadır (50). Depresyon riskini artırarak psikolojik iyilik halinin bozulmasına dahi neden olmaktadır. Tüm bu hastalıklara neden olarak sağlık harcamalarını da artırmaktadır (51).

DSÖ 2022 yılı verilerine göre her 8 kişiden biri obeziteyle yaşamaktadır. 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin %43'ü fazla kilolu, %16'sı ise obezite olduğu saptanmıştır (50). TÜİK 2022 verilerinde, vücut kitle indeksi incelendiğinde; ülkemizde 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranının %20,2 olduğu görülmektedir (52). Ülkemizde özellikle 1990-2010 yılları arasında, obezite hızlı artış göstermiştir. Aralarında 12 yıl olan aynı merkezlerde gerçekleştirilen TURDEP-I ve TURDEP-II saha çalışmalarında obezite prevalansı %22'den %31,2'ye yükseldiği tespit edilmiştir (53, 54). T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 216 okulda 'Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) yürütülmektedir. COSI-TUR-2013 raporuna göre ülkemizde 7-8 yaş grubu 4.958 çocuğun incelenmiştir. Bu çocukların %8,3'ü obez ve %14,2'si ise fazla kilolu olduğu bulunmuştur (55). Aynı çalışma 2016 da tekrarlanmıştır. COSI-TUR-2016 raporunda ise aynı yaş grubu çocukların %9,9'unun obez ve %15,7'sinin fazla kilolu olduğu bulunmuştur. Bu iki çalışma arasında geçen üç yılda Türkiye'de çocuklarda obezite prevalansı %11,2 oranında arttığını, fazla kiloluluğun ise %2,7 oranında azaldığını görülmektedir (56).

Obezite taraması için 18-65 yaş grubu yetişkinlerde yılda bir kez ağırlık, boy, beden kitle indeksi ve bel çevresi ölçümleri yapılmaktadır. Bel çevresi kadınlarda ≥88 cm, erkeklerde ≥ 102 cm olması android obezite olarak tanımlanmaktadır. Android obezite kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür. Metabolik sendrom değerlendirmesi için bu ölçümlere ek olarak bazı laboratuvar ölçümleri de

yapılmaktadır. Bunlar; plazma glukozu ölçümü, kan lipit ölçümleri, ALT ve Kreatinin ölçümü, TSH ölçümüdür. Bu ölçümler sonrasında kişi, gerekli görülen durumlarda altta yatan sebebe göre sağlıklı beslenme, psikososyal destek ve fiziksel aktivite danışmanlığı almak üzere yönlendirilmektedir. İlk yıl bir ayda bir, sonraki yıllarda altı ayda bir takip yapılmalıdır (47).

2.1.6.3 Diyabet

Diyabet, insülinin rölatif ya da mutlak eksikliği veya hücre boyutunda insülin reseptörlerinde insülin etkisine karşı gelişen direnç nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Diyabet multi-sistemik tutuluma neden olmaktadır. Tedavisi, izlemi ve komplikasyonları sürekli tıbbi bakım gerektirmektedir. Hastalığın yönetiminde kısa dönemde akut komplikasyonların önüne geçebilmek, uzun dönemde ise kronik komplikasyonları ve organ hasarını önlemek amaçlanmaktadır. Bu sebeple hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının sürekli eğitimi gerekmektedir (57).

Uluslararası diyabet federasyonu (IDF), tarafından yayınlanan 10. Diyabet Atlası raporu 2021 yılı verilerine göre dünyada 537 milyon diyabetli yaşamaktadır. Aynı rapora göre 2030 yılında 643 milyon ve 2045 yılında ise 783 milyon kişinin diyabet olacağı tahmin edilmektedir. Aynı raporda Türkiye'de yetişkin nüfusta diyabet sıklığının %15 olduğu bildirilmektedir. (58).

Diyabet taraması için 40 yaş üstü sağlıklı tüm yetişkinlerde, 3 yılda bir açlık plazma glukoz ölçümü yapılması önerilmektedir. Ölçüm sonucunda açlık plazma glukozu değeri 100mg/dl altında ise normal, 126 mg/dl üstünde ise aşikar diyabet olarak değerlendirilmektedir. APG değeri 100 ile 125 mg/dl arasında olduğunda ise 75 g glukozlu oral glukoz tolerans testi (OGTT) uygulanmaktadır. OGTT testinin 2.saatinde yapılan ölçümde plazma glukozu 140 mg/dl altında ise normal, 200 mg/dl ve üstünde ise aşikar diyabet olarak değerlendirilmektedir. 2.saat plazma glukozu 140 ile 199 mg/dl arasında olduğunda ise prediyabet olarak değerlendirilir. Bu hastalara yaşam tarzı değişikliği ve kilo verilmesi önerilmektedir. Yaşam tarzı değişikliği için kalori alımının azaltılması, yağ alımının azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması gibi öneriler yer almaktadır (59).

2.1.6.4 Kronik Solunum Yolu Hastalıkları

Kronik solunum yolu hastalıkları sık görülen ve yüksek mortaliteye sahip kronik hastalıklardır. En sık karşılaşılan kronik solunum yolu hastalıkları kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astımdır. KOAH akciğerde geri dönüşümsüz hasara yol açmaktadır. Öksürük, balgam, nefes almada zorluk, hırıltı ve yorgunluk semptomları vardır. KOAH dünyada ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır (60). Ülkemizde 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH

sıklığı %15-20'dir ve solunum yolu hastalıkları sebebiyle oluşan ölümlerin %61,5'i KOAH nedeniyle meydana gelmektedir (61).

Kronik solunum yolu hastalıklarının taraması için 18 yaş ve üzeri sağlıklı erişkinler yılda en az 1 kez tütün/tütün ürünleri kullanımı ve diğer risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir. Hastanın eforla artan nefes darlığı, kronik öksürüğü, balgam çıkarma durumu, tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonlarının sorgulanması gerekmektedir. Genetik faktörler, hava kirliliği, tütün ve tütün ürünleri kullanımı ile tütün dumanı maruziyeti, mesleksel maruziyet ve ailede KOAH öyküsü kronik solunum yolu hastalıkları için risk faktörleri arasında bulunmaktadır. KOAH tanısı için spirometri kullanılmaktadır. Ölçümlerde değişkenliğin en aza indirilmesinin sağlanması için kısa etkili bronkodilatör inhalasyonu sonrasında yapılması önerilmektedir. Spirometrik ölçüm, tanı ve hastalık ağırlığının derecelendirilmesinde gereklidir. Ölçüm sonucunda FEV1/FVC1 oranının < %70 olması kalıcı hava akım kısıtlanması olduğunu gösterir ve bu durum KOAH tanısını düşündürmelidir. KOAH risk faktörlerine maruziyeti olan ve KOAH semptomları olan kişilerde ölçüm sonucunda FEV1/FVC oranı normal çıksa bile ileri tetkik gerektirmektedir. Semptom ve spirometri ölçümü arasında uyumsuzluk bulunuyorsa yılda en az 1 kez spirometrik inceleme yapılmalıdır. KOAH tanısı olan kişilere yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra iç ortam hava kirliliğini azaltılması ve varsa mesleki maruziyetin önlenmesi önerilmelidir (62).

2.1.6.5 Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar en çok ölüme neden olan hastalıklardır. Bunlar içerisinde ise en sık görülen durumlar inme ve kalp krizleridir. Dünya İnme Örgütüne göre bu yıl içinde 12 milyondan fazla kişinin inme geçireceği ve bunun sonucunda 6,5 milyon kişinin öleceği tahmin edilmektedir (63). 2019 yılı verilerine göre ülkemizde inme prevalansı 1.080.380 (%1,3) ve inme nedeniyle ölüm 48.947 olduğu bilinmektedir (64). TÜİK 2023 yılı ölüm nedenleri istatistiklerine göre dolaşım sistemi kaynaklı ölümler tüm ölümlerin %33,4 ünü oluştururken bunların da %42,5'ini iskemik kalp hastalıklarının oluşturduğu görülmektedir (10).

Kardiyovasküler hastalıklar için kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılmaktadır. Bu değerlendirme 40 yaşın üstünde olan bireylerde başvuru sebebinden bağımsız olarak bir kez yapılmalıdır. 40 yaşın altında olanlarda ise risk grubunda olması durumunda bir kez kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılmalıdır. 40 yaşın üstünde başvuran her bireyde kardiyovasküler hastalık (KVH) ve risk faktörlerine yönelik anamnez alınmalıdır. Kardiyovasküler risk değerlendirmesinde SCORE Türkiye ölçeği kullanılmaktadır. Bu ölçekte kişinin cinsiyeti, yaşı, sigara içme durumu, sistolik kan basıncı (mmHg) ve toplam kolesterol değeri (mg/dL) gibi faktörler yer almaktadır. Düşük riskli (%1'den az) bulunan kişilere yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir. Orta riskli (%1-4) bulunan kişilerde hipertansiyon ve/veya hiperlipideminin kontrol altına alınması

gerekmektedir. Yüksek (%5-9) ve çok yüksek (%10 ve üzeri) riskli kişilere hipertansiyon ve/veya hiperlipidemi ve/veya diyabet için yaşam tarzı değişikliği önerilmesi ve tedavi başlanmasına ek olarak ileri tetkik ve tedavi için uzman hekime yönlendirilmesi gerekmektedir (47).

2.1.7 Hastalık Yönetim Platformu

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından kronik hastalıkların tarama ve izlemlerinin aile hekimliği birimleri tarafından yapılması ve yönetilmesi için Hastalık Yönetim Platformu (HYP) uygulamasını geliştirmiştir. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinde "pozitif performans" düzenlemesiyle bu uygulamanın gerçekleştirilmesi teşvik edilmektedir. Kronik hastalık hizmetlerini yönetmek üzere tasarlanan bu uygulama bakanlığın diğer yazılımlarıyla entegre şekilde çalışmaktadır.

HYP aracılığıyla aile hekimlerine kayıtlı olduğu nüfus içinde kronik hastalık risk faktörleri ve belirlenen hastalıkların (diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler risk değerlendirme, obezite, çok yönlü yaşlı değerlendirmesi vd.) olduğu kişileri toplu olarak görüntülenebilmektedir. Ayrıca bu kişilerin genel bilgilerine, izleme geçmişine ve varsa tedavi planına da erişilmektedir. Aile hekimleri HYP üzerinden bu kişileri tarayabilmekte ve izleyebilmektedir. Kaydedilen tarama/izlem bilgilerine göre klinik kılavuz önerileri de sistem aracılığı ile hekimin karşısına çıkarılarak, süreçleri standartlara uygun yönetmesine imkân sağlamakta; hasta için

tedavi planı yapması, yaşam tarzı değişiklikleri önermesi ve tedavi hedefleri belirlemesi için hekimi yönlendirmektedir.

Bu platformun en büyük kazanımlarından birisi hekimin bir ekranda kaydettiği bilgiler diğer ilgili ekranlara otomatik olarak aktarılmasıdır. Aile hekimi buradan hastayı uzmana ya da Sağlıklı Hayat Merkezleri'ne yönlendirebilmektedir.

HYP kapsamında; kronik hastalıklardan öncelikle hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler risk değerlendirmesi, obezite ve çok yönlü yaşlı değerlendirmesi için ekranlar geliştirilmiş ve aile hekimliği birimleri tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Bunların devamında koroner arter hastalığı, beyin damar hastalıkları ve inme, kronik böbrek hastalığı modülleri tamamlanarak kullanıma hazır hale getirilmiştir. Astım ve KOAH modüllerine yönelik çalışmalar devam etmektedir (46).

2.1.8 Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programında Taramalar

Ülkemizde farklı olanaklara sahip çok sayıda tıp fakültesindeki eğitim modeli ve programının uygulanmasında birlik sağlanması amacıyla 2000'li yılların başında ülkenin bütün tıp fakültelerinde yetişecek olan hekimlere kazanmaları gerek bilgi ve becerilerle alakalı bir çerçeve çizilmesi amacıyla, tıp fakültelerinin katkıları ile Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) oluşturulmuştur. En son 2020 yılında

güncellenmiştir. En güncel haline göre temel hekimlik uygulamaları ve koruyucu hekimlik uygulamaları kapsamında mezun olacak hekimlerden periyodik sağlık muayenelerinin yapılması bu kapsamda kanser taramalarının yapılması konusunda ön değerlendirmeyi veya değerlendirmeyi yapması, gerekli planları oluşturması ve uygulaması, süreç ve sonuçlarıyla ilgili hasta ve yakınlarını ve toplumu bilgilendirmesi beklenmektedir. Diyabet, hipertansiyon, obezite, inme, koroner arter hastalıkları, astım ve KOAH çekirdek hastalıklar/problemler olarak tanımlanmıştır. Bu problemler için hekimlerden beklenen ise tanı koyabilmeleri, tedavi edebilme, acil durumda müdahale edebilme ve korunma önlemlerini uygulayabilmeleri beklenmektedir (65).

2.2 Öz Yeterlilik

İnsanın bir görevi yapabilmek için becerilerine ve kendine yönelik algı, inanç ve yargısından oluşan kapasitesi öz yeterlik olarak tanımlanmaktadır. Öz yeterlilik kavramını daha iyi anlamak için yeterlilik ve yetkinlik kavramlarını da açıklamak gerekmektedir.

2.2.1 Yeterlilik Tanımı

Yeterlilik kavramı Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından "yeterli olma durumu, bir işi yapma gücünü sağlayan özel bilgi, görevini yerine getirme gücü ve bir işi yapabilecek yetenekte olma" olarak tanımlanmaktadır (66). Yeterlilik kişinin bilgi, beceri ve tutumlardan oluşmaktadır. Kişinin bilgi seviyesi karşılaşılan konunun anlaşılmasını etkilemektedir. Beceriler, süreçleri yürütme ve sonuçlara ulaşmak için mevcut bilgiyi kullanma yeteneği ve kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Tutumlar ise karşılaşılan durumlara karşı hareket etme veya tepki verme eğilimini ve zihniyetini tanımlamaktadır (67). Kişinin karşılaştığı sorunlarla başa çıkarken koşullara mevcut haliyle uyum sağlaması yerine hem kendi davranışlarında hem de çevresinde değişiklikler yapabilmesi, kendi hayatı üzerinde kontrol sahibi olmasıdır (68).

Ayrıca yeterlilik, bireyin sahip olduğu belirli niteliklerin sorumlu otoritelerce değerlendirilmesi ve geçerlilik kazandırılması sonucunda elde edilen belgelerin tümünü ifade etmektedir. Bir belgenin yeterlilik terimi kapsamında yer alması için resmi bir otorite tarafından düzenlenmesi ve sınav, mülakat, sunum veya bir başka tanımlı geçerlilik kazandırma süreci sonunda elde edilmesi gerekmektedir (69).

2.2.2 Yetkinlik Tanımı

Yetkinlik kavramı TDK tarafından “olgunluk” olarak tanımlanmaktadır (70). Bandura’ya göre yetkinlik “bireylerin bilişsel, sosyal ve davranışsal becerilerini organize ederek çeşitli amaçlara ulaşmada kapasiteleri ölçütünde çeşitli davranış şekillerini sergilemeye kaynak olan inanç” olarak tanımlanmaktadır ve yetkinlik inancı doğrudan ve dolaylı tecrübelerden, teşviklerden ve kişinin fizyolojik ve psikolojik durumundan beslenmektedir (71, 72). Bandura başka bir çalışmasında yetkinlik inancını düzey, genellenebilme ve güç olmak üzere üç boyutta incelemiştir (73). Ek olarak yetkinlik inancını dört temel psikolojik süreçte incelemek mümkündür. Bunlar; bilişsel süreçler, güdülenme süreçleri, duygusal süreçler ve seçim yapma süreçleridir ve hepsinin yetkinlik üzerinde bir bütün halinde etkisi bulunmaktadır (74).

2.2.3 Özyeterlilik Tanımı

Özyeterlilik kavramı ilk defa 1977 yılında Albert Bandura tarafından Sosyal bilişsel kuramın altı ilkesinden biri olarak tanımlanmıştır. Bandura’ya göre öz yeterlilik inancı; hedeflenen performansa ulaşmak için bilgi, beceri ve davranışların organize edilmesi, sürece devam etmek için çaba gösterilmesi ve sonuç ortaya koyma becerisi ile ilgili yargılardır. Öz yeterlilik kişinin çıkabilecek durumları yönetmek için hareketlerini planlama ve gerçekleştirme konusunda kendi yeteneklerine olan inancıdır (26).

Bireyin eyleme geçmesinde temel belirleyici olan inanç özyeterlilik inancıdır. Öz yeterlilik inancı düşük olan bireylerde karşılaşılan olayı olduğundan daha zor ve karmaşık olarak algılaması söz konusudur. Bu kişiler bir süreç yönetirken ortaya çıkan sorunlara da çözüm bulmakta zorlanmaktadırlar. Buna karşılık öz yeterlilik inancı güçlü olan bireyler zor işlerde dahi daha rahat, güvenli ve kararlı olmaktadır. Bu bireyler giriştikleri herhangi bir eylemde başarısız olsalar bile ortaya çıkan sorunları çözümleyene kadar çaba sarf etmeye devam etmektedirler (75).

Bandura'ya göre öz yeterlilik yargısı üç temel kavram üzerinden değerlendirilmektedir (76):

- Öz yeterlilik düzeyi: Bireyin belli bir işi yaptığında karşılaşacağını düşündüğü zorluğun derecesini ifade etmektedir (kolay, orta, zor gibi).

- Öz yeterlilik gücü: Bireyin zor durumlarda başarılı performans gösterme konusunda gösterdiği inanç miktarıdır.

- Öz yeterliliğin genellenebilirliği: "Beklentilerin farklı durumlara ne derece genellenebileceğini" göstermektedir.

2.2.2 Özyeterliliğin Kaynakları

Bireyin öz yeterlilik algısı oluşturan temel kaynaklar; bireyin doğrudan kendi deneyimleri, etrafındaki kişilerin deneyimleri, etrafındaki kişilerin teşvik etmesi ve bireyin psikolojik durumudur (77, 78).

- Bireyin doğrudan kendi deneyimleri: Güçlü bir öz yeterlilik inancının oluşumunda en etkili kaynaktır. Olumlu deneyimler yaşanması muhtemel benzer durumlar için bireyde öz yeterlilik inancının oluşmasını desteklemektedir.

- Dolaylı deneyimler: Diğer kişilerin başarılı ya da başarısız deneyimleri bireyin aynı etkinliklerde başarılı olup olmayacağına ilişkin yargısını etkilemektedir. İnsanlar kendilerine benzer insanların zor durumlarla başa çıkmalarını gözlemleyerek kendilerinin de benzer becerilere sahip oldukları inancını geliştirebilir. Bandura'nın sosyal öğrenme kuramına göre, modelin gözlemci üzerindeki etkisi bireyin öz yeterlilik algısına bağlıdır. Bandura'ya göre gözlemciler yüksek statülü, yeterli ve kendilerine benzer modellerin davranışlarını taklit etmeye eğilimlidir.

- Sözel ikna: Bireyin hedeflediği performanstaki başarı durumunu etkileyerek özyeterlilik algısının oluşmasında bir diğer unsur çevresindeki güvendiği insanların isteklendirme ve yönlendirmeleridir.

- Psikolojik durum: Bireyin önüne çıkan durumla ilgili stres ya da kaygı düzeyi özyeterlik algısını etkilemektedir. Öz yeterlik inancı olumlu ruh hali ve rahat tutumlarla güçlenmektedir. Diğer taraftan depresyon, stres, anksiyete olumsuz ruh halinin ise bireyin yeteneklerine olan inancını azaltmakta ve özyeterlilik inancını düşürmektedir.

2.2.4 Mesleki Öz Yeterlilik

Mesleki öz yeterlik, kişilerin mesleğiyle ve yaptıkları işlerle ilgili görevleri yerine getirebilmek için bilgi, beceri ve davranışlarını organize edebilme ve sürdürme yeteneği ile ilgili yargılarıdır. Öz yeterliğin özel bir formu olarak kabul edilmektedir (79, 80). Ayrıca mesleki öz yeterlik, bir bireyin iş ile ilgili görev veya faaliyetleri yerine getirme konusunda yeterli olduğuna dair inancı ifade etmektedir (81).

Mesleki öz yeterlik inancı, çalışanın yaptığı işte daha önce tecrübe ettiği durumlardan etkilenmektedir (80). Mesleki öz yeterlilik inancı genel özyeterlilik inancından etkilenmektedir. Meslek hayatında karşılaşılan zorluklar ya da stresli durumlarla mücadele etmekte etkili olduğu görülmektedir. Mesleki bağlamda yapılan araştırmalar, genel öz yeterliliği yüksek olan çalışanların düşük olanlara kıyasla stresli durumlarda daha etkin rol aldıklarını, fiziksel ve psikolojik zorluklarla daha kolay mücadele ettiklerini ve iş doyumlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (82, 83). Yapılan çalışmalar mesleki öz yeterliliğin iş performansı üzerinde önemli etkisi bulunduğunu ve işe katılımı tahmin etmede kullanılabileceğini göstermektedir (84, 85). Mesleki özyeterlilik iş doyumunu artırmanın yanı sıra kişilerin gelecek planlarını şekillendirmekte ve yaşam doyumlarını da olumlu yönde etkilemektedir (86).

3. GEREÇ-YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesinde çalışmakta olan intern doktorların katılımı ile yürütülmüştür.

3.2 Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2 Ekim 1979 yılında Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi'ne bağlı olarak kurulmuştur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi; 26 Mart 1979 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı arasında imzalanan bir protokol ile Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi'nde, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Uygulama ve Araştırma Hastanesi olarak hizmete girmiştir. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi 2023 yılı itibarı ile bünyesinde; 297 Profesör, 98 Doçent, 64 Dr. Öğr. Üyesi, 53 Öğr. Gör. Dr., 840 Araştırma Görevlisi görev yapmaktadır. 2023-2024 eğitim döneminde 396 intern doktora eğitim verilmektedir. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Yenimahalle ve Çankaya ilçelerinin sınırında

konumlanmıştır. Türkiye'nin her yerinden hasta sevklerinin gerçekleştiği, 3. basamak sağlık hizmeti sağlayan bir kuruluştur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi müfredatında kronik hastalıklar ve taramalarla ilgili eğitim içeriği olan derslerden 1.sınıfta 23 saat ve 3.sınıfta 41 saat Halk Sağlığı dersleri bulunmaktadır. 4.sınıfta 9 hafta Dahiliye, 6 hafta Genel Cerrahi, 3 hafta Kardiyoloji ve 3 hafta Göğüs Hastalıkları stajları bulunmaktadır. İntern doktor eğitiminde (6.sınıf) ise 1,5 ay Halk Sağlığı, 1,5 ay Dahiliye ve 1,5 ay Genel Cerrahi stajları bulunmaktadır (87).

3.3 Araştırmanın Tipi

Araştırma metodolojik tiptedir.

3.4 Araştırmanın Evreni ve Örnek Büyüklüğü

Araştırmanın evrenini; 2023-2024 döneminde Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesinde çalışmakta olan intern doktorlar oluşturmaktadır. 2023-2024 döneminde 396 intern hekim çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem sayısı ölçekteki madde sayısının 10 katı olacak şekilde hesaplanmıştır (88). Örneklem sayısı 220 olarak bulunmuştur.

3.5 Araştırmanın Veri Kaynağı

Araştırmada veri kaynağı olarak "İntern Doktorlarda Kronik Hastalık Erken Tanı ve Taramalarına İlişkin Mesleki Öz Yeterlilik Ölçeği Geliştirme Çalışması" anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Anket formunda kronik hastalıklar ile kastedilen hastalıklar belirtilmiş, kanserler dışında sık görülen hastalıklar olarak değerlendirilmiştir.

Hazırlanan ilk taslak ankette 3 bölüm 30 soru bulunmaktadır. Taslak ölçek maddeleri oluşturulurken özyeterlilik kavramının alt boyutları dikkate alınmıştır (26). Bu maddeler uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanların geri dönüşleri doğrultusunda mevcut maddeler için değişiklik önerisi gelmemiş olması sebebiyle bu maddelere, önerilen 3 maddenin eklenmesi ile taslak ölçeğe son hali verilmiştir.

Anket formu 2 bölüm ve 33 sorudan oluşmaktadır. Anketin birinci bölümü 11 sorudan oluşmakta ve tanımlayıcı sorular içermektedir. Anket formunun ikinci bölümünde ise Kronik Hastalıklarda Erken Tanı ve Taramalara İlişkin Mesleki Özyeterlilik ile ilgili 22 tane beşli Likert tipinde soru bulunmaktadır. Kullanılan anket formu ve aday ölçek ektedir (Ek-1).

3.6 Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırma, Arş. Gör. Dr. Kübra Nur TÜRK tarafından uygulanmıştır. Anketler 14-18 Ekim 2024 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesinde çalışmakta olan intern doktorlara araştırmacının gözlemi altında uygulanmıştır.

Bir anketin uygulanma süresi ortalama 8-10 dakika sürmüştür.

3.7 Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verisi SPSS 30.0 ve SPSS AMOS 22.0 istatistik paket programları aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak tablo halinde sunulmuştur.

Aday ölçeğe ait geçerlilik çalışması için yapı geçerliliği analizleri yapılmıştır.

Geliştirilmesi planlanan ölçeğin yapı geçerliliği faktör analizi ile değerlendirilmiştir. Faktör analizinde örneklem büyüklüğü değerlendirmesinde Kaiser-Meyer-Olkin testi için 0,5'in üzerinde değerler referans alınmış ve 0,50-0,59 kötü, 0,60-0,69 zayıf, 0,70-0,79 orta, 0,80-0,89 iyi ve 0,90 ve üzeri mükemmel örneklem büyüklüğü şeklinde sınıflanmıştır (89).

Barlett'in küresellik testinin istatistiksel olarak anlamlı olması referans olarak alınmıştır (89). Faktör analizinde faktör sayısının belirlenebilmesi için öz değerler ve yamaç birikinti grafiği değerlendirilmiştir. Açıklanan toplam varyans değeri için %50 değeri referans alınarak sınır kabul edilmiştir (90). Döndürme yöntemi olarak "Direct oblimin" döndürme tekniği belirlenerek kullanılmıştır. Faktör analizinde faktör yükü 0,30'un altında olan maddeler literatür referans alınarak çıkarılması planlanmıştır. Birden fazla faktörde yer alan maddelerin faktör yükleri değerlendirilmiş ve yükler arası fark <0,10 olan maddeler "binişik" madde olarak kabul edilmesi ve aday ölçekten çıkarılması planlanmıştır (89). Ayrışma geçerliliğini değerlendirmek için faktörlerin skorları hesaplanmış ve korelasyonlarına bakılmıştır.

Aday ölçeğin güvenilirlik çalışması için iç tutarlılık analizi yapılmıştır. İç tutarlılık değerlendirmesinde Cronbach's Alpha katsayısı kullanılmıştır.

Maddelerin güvenilirliği için, düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonu kullanılmış ve 0,30'un üzerindeki değerlerde maddeler güvenilir olarak kabul edilmiştir (89). Cronbach's Alpha değeri hem tüm ölçek için hem de ölçeğin alt boyutları için hesaplanmıştır. Cronbach's Alpha değeri 0,40 ve üzeri olan değerler kabul edilebilir olarak değerlendirilmiştir (91).

Ölçeğin kuramsal yapısını doğrulamak için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmış ve uyum indeksleri hesaplanmıştır. DFA için AMOS 22.0 paket programı kullanılmıştır.

3.8 Araştırma Takvimi

Araştırma 5 Mart 2024 – 18 Kasım 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür.

- 1 Mart –31 Temmuz 2024 tarihleri arasında literatür taraması yapılmıştır.
- 1 Ağustos – 20 Ağustos 2024 tarihleri arasında anket ve taslak ölçek formu oluşturulmuştur.
- 26 Ağustos- 2 Eylül 2024 tarihleri arasında anket ve taslak ölçek formu uzman görüşüne sunulmuştur.
- 4 Eylül 2024 tarihinde ilgili belgeler Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'na sunulmuştur.
- 26 Eylül 2024 tarihinde etik onay alınmıştır. (Ek-4 Etik onay araştırma kodu 2024 – 1448).
- 14 Ekim– 18 Ekim 2024 tarihleri arasında veri toplama işlemi tamamlanmıştır.
- 19 Ekim-18 Kasım 2024 tarihleri arasında veri girişi ve analizi ve raporlama işlemi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Araştırmaya Katılan İntern Doktorların Bazı Demografik Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2024

Demografik Özellikler		**Sayı**	**Yüzde***
Cinsiyet (n=220)			
	Kadın	118	53,6
	Erkek	102	46,4
Medeni Durum (n=220)			
	Bekar/Boşanmış/Dul	215	97,7
	Evli	5	2,3
Kronik Hastalık Varlığı Durumu (n=220)			
	Kronik Hastalığı Yok	209	95,0
	Kronik Hastalığı Var	11	5,0
Yaş (n=220)		24,43±0,87	

*Sütun Yüzdesi

Tablo 1'de araştırmaya katılan intern doktorların bazı demografik özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 24,43±0,87 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %53,6'sı kadın, %46,4'ü erkektir. %97,7'si bekar, %2,3'ü evli olarak saptanmıştır. Katılımcıların %95,0'inin kronik hastalığı yok iken %5,0'inin kronik hastalığı vardır.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan İntern Doktorların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2024

		Sayı	Yüzde*
Hastaları Muayene Ederken Kaygılı Hissetme Durumu (n=218)			
	Evet	56	25,7
	Hayır	162	74,3
Hastalara Sağlık Durumları ile İlgili Bilgi Verirken Stresli Hissetme Durumu (n=220)			
	Evet	48	21,8
	Hayır	172	78,2
Kronik Hastalık Taramalarından Herhangi Biri Tavsiye Edilirken Gözlemleme Durumu (n=220)			
	Evet	181	82,3
	Hayır	39	17,7
Kronik Hastalık Taramalarından Herhangi Biri Uygulanırken Gözlemleme Durumu (n=220)			
	Evet	209	95,0
	Hayır	11	5,0
Önceden Hastaya Herhangi bir Kronik Hastalık Taraması Tavsiye Etme Durumu (n=220)			
	Evet	54	24,5
	Hayır	166	75,5
Hastanın Tavsiye Edilen Kronik Hastalık Taramasını Yaptırmayı Kabul Etme Durumu (n=66)			
	Evet	46	69,7
	Hayır	20	30,3
Daha Önce Herhangi Bir Kronik Hastalık Taraması Uygulama Durumu (n=219)			
	Evet	86	39,3
	Hayır	133	60,7

*Sütun Yüzdesi

Tablo 2'de araştırmaya katılan intern doktorların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %25,7'si hastaları muayene ederken kaygılı hissettiğini, %74,3'ü kaygı hissetmediğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %21,8'i hastalara sağlık durumları ile ilgili bilgi verirken stresli hissettiğini, %78,2'si stresli hissetmediğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %82,3'ü daha önce kronik hastalık taramalarından herhangi biri tavsiye edilirken gözlemlediğini, %17,7'si gözlemlemediğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %95,0'i daha önce kronik hastalık taramalarından herhangi biri uygulanırken gözlemlediğini, %5,0'i gözlemlemediğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %24,5'i daha önceden hastaya herhangi bir kronik hastalık taraması tavsiye ettiğini, %75,5'i tavsiye etmediklerini belirtmişlerdir. Kronik hastalık taraması tavsiye ettiğini belirten hekimlerin %69,7'si hastanın tavsiye edilen kronik hastalık taramasını yaptırmayı kabul ettiklerini, %30,3'ü hastanın tavsiye edilen kronik hastalık taramasını yaptırmayı kabul etmediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %39,3'ü daha önce herhangi bir kronik hastalık taraması uyguladığını, %60,7'si uygulamadığını belirtmişlerdir.

Tablo 3a.Katılımcıların Aday Ölçek Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı, Ankara, 2024

Aday Ölçek Sorularına Verilen Cevaplar		Sayı	Yüzde*
Tarama Testi Uygulama Öncesi;			
Hizmet alan kişilerin kronik hastalıklar için risk oluşturan tüm alışkanlıklarını saptayabilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	4	1,8
	Katılmıyorum	7	3,2
	Kararsızım	15	6,8
	Katılıyorum	127	57,7
	Kesinlikle Katılıyorum	67	30,5
Hizmet alan kişilerin aile öyküsünde kronik hastalıklar açısından risk oluşturan durumları saptayabilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0
	Katılmıyorum	4	1,8
	Kararsızım	6	2,7
	Katılıyorum	137	62,3
	Kesinlikle Katılıyorum	73	33,2
Hizmet alan kişilerin, risk faktörleri ve kişisel özelliklerine göre, tarama testinin yapılıp yapılamayacağını belirlemekte zorlanırım			
	Kesinlikle Katılmıyorum	34	15,5
	Katılmıyorum	155	70,5
	Kararsızım	19	8,6
	Katılıyorum	9	4,1
	Kesinlikle Katılıyorum	3	1,4
Herhangi bir kronik hastalık açısından riskli grupta olan hizmet alan kişilere kronik hastalık taramasını yaptırmalarının önemini açıklayabilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0
	Katılmıyorum	9	4,1
	Kararsızım	4	1,8
	Katılıyorum	112	50,9
	Kesinlikle Katılıyorum	95	43,2
Herhangi bir kronik hastalık açısından riskli grupta olan hizmet alan kişiyi, uygun taramayı yaptırmaya yönlendirebilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0
	Katılmıyorum	15	6,8
	Kararsızım	14	6,4
	Katılıyorum	129	58,6
	Kesinlikle Katılıyorum	62	28,2

*Sütun Yüzdesi

Tablo 3a'da katılımcıların aday ölçek sorularına verdikleri cevapların dağılımı sunulmuştur. Katılımcılar "Tarama testi öncesinde hizmet alan kişilerin kronik hastalıklar için risk oluşturan tüm alışkanlıklarını saptayabilirim" sorusuna %1,8 kesinlikle katılmıyorum, %3,2 katılmıyorum, %6,8 kararsızım, %57,7 katılıyorum, %30,5 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Tarama testi öncesinde hizmet alan kişilerin aile öyküsünde kronik hastalıklar açısından risk oluşturan durumları saptayabilirim" sorusuna %1,8 katılmıyorum, %2,7 kararsızım, %62,3 katılıyorum, %33,2 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Tarama testi öncesinde hizmet alan kişilerin, risk faktörleri ve kişisel özelliklerine göre, tarama testinin yapılıp yapılamayacağını belirlemekte zorlanırım" sorusuna %15,5 kesinlikle katılmıyorum, %70,5 katılmıyorum, %8,6 kararsızım, %4,1 katılıyorum, %1,4 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Tarama testi öncesinde herhangi bir kronik hastalık açısından riskli grupta olan hizmet alan kişilere kronik hastalık taramasını yaptırmalarının önemini açıklayabilirim" sorusuna %4,1 katılmıyorum, %1,8 kararsızım, %50,9 katılıyorum, %43,2 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Tarama testi öncesinde herhangi bir kronik hastalık açısından riskli grupta olan hizmet alan kişiyi, uygun taramayı yaptırmaya yönlendirebilirim" sorusuna %6,8 katılmıyorum, %6,4 kararsızım, %58,6 katılıyorum, %28,2 kesinlikle katılıyorum yanıtını vermişlerdir.

Tablo 3b. Katılımcıların Aday Ölçek Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı, Ankara, 2024

Aday Ölçek Sorularına Verilen Cevaplar		Sayı	Yüzde*
Tarama Testi Uygulama Öncesi;			
Kronik hastalık taraması yaptırmayı reddeden hizmet alan kişileri tekrar taramaya ikna edebilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	5	2,3
	Katılmıyorum	33	15,0
	Kararsızım	56	25,5
	Katılıyorum	106	48,2
	Kesinlikle Katılıyorum	20	9,1
Hizmet alan kişilere kronik hastalık taramasının uygulama süreci ile ilgili danışmanlık yapabilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0
	Katılmıyorum	21	9,5
	Kararsızım	16	7,3
	Katılıyorum	113	51,4
	Kesinlikle Katılıyorum	70	31,8
Hizmet alan kişiler için kişiye uygun tarama sıklığını belirleyebilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	1	0,5
	Katılmıyorum	23	10,5
	Kararsızım	31	14,1
	Katılıyorum	121	55,0
	Kesinlikle Katılıyorum	44	20,0
Her kronik hastalık tarama testi için test öncesi hazırlıkları planlayabilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	10	4,5
	Katılmıyorum	26	11,8
	Kararsızım	70	31,8
	Katılıyorum	104	47,3
	Kesinlikle Katılıyorum	10	4,5

*Sütun Yüzdesi

Tablo 3b'de katılımcıların aday ölçek sorularına verdikleri cevapların dağılımı sunulmuştur. Katılımcılar "Tarama testi öncesinde kronik hastalık taraması yaptırmayı reddeden hizmet alan kişileri tekrar taramaya ikna edebilirim " sorusuna %2,3 kesinlikle katılmıyorum, %15,0 katılmıyorum, %25,5 kararsızım, %48,2 katılıyorum, %9,1 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Tarama testi öncesinde hizmet alan kişilere kronik hastalık taramasının uygulama süreci ile ilgili danışmanlık yapabilirim" sorusuna %9,5 katılmıyorum, %7,3 kararsızım, %51,4 katılıyorum, %31,8 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Tarama testi öncesinde hizmet alan kişiler için kişiye uygun tarama sıklığını belirleyebilirim" sorusuna %0,5 kesinlikle katılmıyorum, %10,5 katılmıyorum, %14,1 kararsızım, %55,0 katılıyorum, %20,0 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Tarama testi öncesinde her kronik hastalık tarama testi için test öncesi hazırlıkları planlayabilirim" sorusuna %4,5 kesinlikle katılmıyorum, %11,8 katılmıyorum, %31,8 kararsızım, %47,3 katılıyorum, %4,5 kesinlikle katılıyorum yanıtını vermişlerdir.

Tablo 3c. Katılımcıların Aday Ölçek Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı, Ankara, 2024

Aday Ölçek Sorularına Verilen Cevaplar		Sayı	Yüzde*
Tarama Testi Uygulama Süreci;			
Her kronik hastalık tarama testinin uygulamasını başarıyla gerçekleştirebilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	18	8,2
	Katılmıyorum	45	20,5
	Kararsızım	111	50,5
	Katılıyorum	41	18,6
	Kesinlikle Katılıyorum	5	2,3
Kronik hastalık tarama testlerinin sonuçlarına göre hastanın/danışanın normal veya riskli olma durumunu değerlendirebilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0
	Katılmıyorum	14	6,4
	Kararsızım	11	5,0
	Katılıyorum	140	63,6
	Kesinlikle Katılıyorum	55	25,0
Kronik hastalık tarama testinin sonuçlarını değerlendirirken ulusal ve uluslararası rehberleri kolayca kullanabilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	3	1,4
	Katılmıyorum	17	7,7
	Kararsızım	32	14,5
	Katılıyorum	106	48,2
	Kesinlikle Katılıyorum	62	28,2
Tarama testi sonuçlarına göre yüksek riskli oluğu saptanan kişilere değiştirilebilir risk faktörlerini açıklayabilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0
	Katılmıyorum	8	3,6
	Kararsızım	9	4,1
	Katılıyorum	132	60,0
	Kesinlikle Katılıyorum	71	32,3
Hizmet alan kişilerin yaşam tarzı değişikliği konusunda sorularını cevaplayabilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0
	Katılmıyorum	9	4,1
	Kararsızım	12	5,5
	Katılıyorum	118	53,6
	Kesinlikle Katılıyorum	81	36,8

*Sütun Yüzdesi

Tablo 3c'de katılımcıların aday ölçek sorularına verdikleri cevapların dağılımı sunulmuştur. Katılımcılar kronik hastalık tarama sürecinde "Her kronik hastalık tarama testinin uygulamasını başarıyla gerçekleştirebilirim" sorusuna %8,2 kesinlikle katılmıyorum, %20,5 katılmıyorum, %50,5 kararsızım, %18,6 katılıyorum, %2,3 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Kronik hastalık tarama testlerinin sonuçlarına göre hastanın/danışanın normal veya riskli olma durumunu değerlendirebilirim" sorusuna %6,4 katılmıyorum, %5,0 kararsızım, %63,6 katılıyorum, %25,0 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Kronik hastalık tarama testinin sonuçlarını değerlendirirken ulusal ve uluslararası rehberleri kolayca kullanabilirim" sorusuna %1,4 kesinlikle katılmıyorum, %7,7 katılmıyorum, %14,5 kararsızım, %48,2 katılıyorum, %28,2 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Tarama testi sonuçlarına göre yüksek riskli oluğu saptanan kişilere değiştirilebilir risk faktörlerini açıklayabilirim" sorusuna %3,6 katılmıyorum, %4,1 kararsızım, %60,0 katılıyorum, %32,3 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Hizmet alan kişilerin yaşam tarzı değişikliği konusunda sorularını cevaplayabilirim" sorusuna %4,1 katılmıyorum, %5,5 kararsızım, %53,6 katılıyorum, %36,8 kesinlikle katılıyorum yanıtını vermişlerdir.

Tablo 3d. Katılımcıların Aday Ölçek Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı, Ankara, 2024

Aday Ölçek Sorularına Verilen Cevaplar		Sayı	Yüzde*
Tarama Testi Uygulama Süreci;			
Tarama testinin sonuçları ile ilgili hastanın/danışanın sorularını yanıtlayabilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0
	Katılmıyorum	19	8,6
	Kararsızım	14	6,4
	Katılıyorum	120	54,5
	Kesinlikle Katılıyorum	67	30,5
Tarama testi sonucunda araştırılan kronik hastalık açısından riskli bulunan kişilere durumlarını anlatmakta zorlanırım			
	Kesinlikle Katılmıyorum	27	12,3
	Katılmıyorum	119	54,1
	Kararsızım	40	18,2
	Katılıyorum	32	14,5
	Kesinlikle Katılıyorum	2	0,9
Tarama testi sonucunda, araştırılan kronik hastalık açısından riskli bulunan kişileri ileri tetkiklerin yapılması için yönlendirebilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0
	Katılmıyorum	19	8,6
	Kararsızım	5	2,3
	Katılıyorum	141	64,1
	Kesinlikle Katılıyorum	55	25,0
Tarama testi sonucuna göre araştırılan kronik hastalık açısından normal bulunan kişilere uygun aralıklarla tarama yaptırmaya devam etmesinin önemini açıklayabilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0
	Katılmıyorum	13	5,9
	Kararsızım	9	4,1
	Katılıyorum	121	55,0
	Kesinlikle Katılıyorum	77	35,0

*Sütun Yüzdesi

Tablo 3d'de katılımcıların aday ölçek sorularına verdikleri cevapların dağılımı sunulmuştur. Katılımcılar kronik hastalık tarama sürecinde "Tarama testinin sonuçları ile ilgili hastanın/danışanın sorularını yanıtlayabilirim" sorusuna %8,6 katılmıyorum, %6,4 kararsızım, %54,5 katılıyorum, %30,5 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Tarama testi sonucunda araştırılan kronik hastalık açısından riskli bulunan kişilere durumlarını anlatmakta zorlanırım" sorusuna %12,3 kesinlikle katılmıyorum, %54,1 katılmıyorum, %18,2 kararsızım, %14,5 katılıyorum, %0,9 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Tarama testi sonucunda, araştırılan kronik hastalık açısından riskli bulunan kişileri ileri tetkiklerin yapılması için yönlendirebilirim" sorusuna %8,6 katılmıyorum, %2,3 kararsızım, %64,1 katılıyorum, %25,0 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Tarama testi sonucuna göre araştırılan kronik hastalık açısından normal bulunan kişilere uygun aralıklarla tarama yaptırmaya devam etmesinin önemini açıklayabilirim" sorusuna %5,9 katılmıyorum, %4,1 kararsızım, %55,0 katılıyorum, %35,0 kesinlikle katılıyorum yanıtını vermişlerdir.

Tablo 3e. Katılımcıların Aday Ölçek Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı, Ankara, 2024

Aday Ölçek Sorularına Verilen Cevaplar		Sayı	Yüzde*
Tarama Testi Uygulama Süreci;			
Tarama testi sonucuna göre hastalık açısından riskli olan hastaları uygun uzman veya sağlık kuruluşuna yönlendirebilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0
	Katılmıyorum	17	7,7
	Kararsızım	11	5,0
	Katılıyorum	129	58,6
	Kesinlikle Katılıyorum	63	28,6
Tarama uygulamasını ve test sonuçlarını elektronik hasta kayıtlarına düzenli olarak kaydedebilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	1	0,5
	Katılmıyorum	19	8,6
	Kararsızım	74	33,6
	Katılıyorum	101	45,9
	Kesinlikle Katılıyorum	25	11,4
Kronik hastalık taramalarının yönetiminde diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapabilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0
	Katılmıyorum	11	5,0
	Kararsızım	18	8,2
	Katılıyorum	128	58,2
	Kesinlikle Katılıyorum	63	28,6
Kronik hastalık yönetiminde teknolojik araçları, bilgisayar programlarını etkin bir şekilde kullanabilirim			
	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0
	Katılmıyorum	11	5,0
	Kararsızım	43	19,5
	Katılıyorum	127	57,7
	Kesinlikle Katılıyorum	39	17,7

*Sütun Yüzdesi

Tablo 3e'de katılımcıların aday ölçek sorularına verdikleri cevapların dağılımı sunulmuştur. Katılımcılar kronik hastalık tarama sürecinde "Tarama testi sonucuna göre hastalık açısından riskli olan hastaları uygun uzman veya sağlık kuruluşuna yönlendirebilirim" sorusuna %7,7 katılmıyorum, %5,0 kararsızım, %58,6 katılıyorum, %28,6 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Tarama uygulamasını ve test sonuçlarını elektronik hasta kayıtlarına düzenli olarak kaydedebilirim" sorusuna %0,5 kesinlikle katılmıyorum, %8,6 katılmıyorum, %33,6 kararsızım, %45,9 katılıyorum, %11,4 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Kronik hastalık taramalarının yönetiminde diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapabilirim" sorusuna %5,0 katılmıyorum, %8,2 kararsızım, %58,2 katılıyorum, %28,6 kesinlikle katılıyorum yanıtını; "Kronik hastalık yönetiminde teknolojik araçları, bilgisayar programlarını etkin bir şekilde kullanabilirim" sorusuna %5,0 katılmıyorum, %19,5 kararsızım, %57,7 katılıyorum, %17,7 kesinlikle katılıyorum yanıtını vermişlerdir.

Tablo 4.Örnek Büyüklüğü Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Ankara, 2024

Test	Değer
Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) Katsayısı	0,956
Barlett'in Küresellik Testi	p<0,001

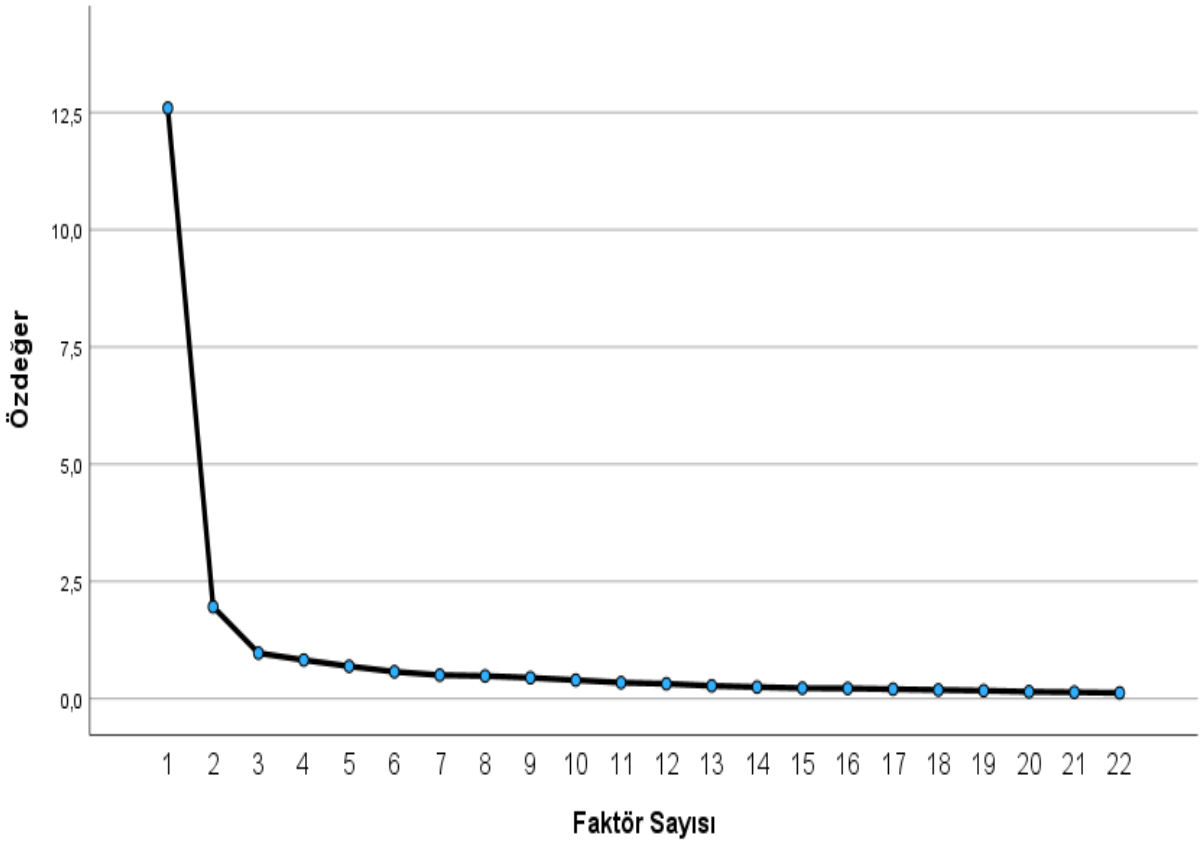
Tablo 4'te KMO ve Barlett'in küresellik testi sonuçları sunulmuştur. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) katsayısı 0,956 bulunmuş ve örnek büyüklüğü yeterli olarak saptanmıştır. Barlett'in küresellik testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Bu değerler çalışılan örnek büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Analiz sonucunda; birinci faktörde 17 madde, ikinci faktör 5 madde olmak üzere toplam 2 faktör saptanmıştır.

Tablo 5. Faktör Analizinde Elde Edilen Faktörlere Ait Özdeğerler ve Açıklanan Varyans Değerleri, Ankara, 2024

Faktör	Özdeğer	Varyans Yüzdesi	Kümülatif Varyans Yüzdesi
1	12,593	57,240	57,240
2	1,958	8,902	66,142

Tablo 5'te faktör analizi sonucunda elde edilen faktörlere ait özdeğer ve açıklanan varyans yüzdeleri sunulmuştur. Faktör 1'in özdeğeri 12,593, varyans yüzdesi 57,240, faktör 2'nin özdeğeri 1,958, varyans yüzdesi 8,902 olarak bulunmuştur. Tüm faktörler için toplam varyans yüzdesi 66,142 bulunmuştur.



Şekil 1. Geliştirilen Ölçeğin Yamaç Birikinti Grafiği (Scree Plot), Ankara, 2024

Şekil 1'de geliştirilen ölçeğin yamaç birikinti grafiği (scree plot) gösterilmiştir. Grafikte 2 keskin düşüş noktası olduğu, 2'den sonraki faktörler için yatay bir gidişat olduğu görülmektedir.

Tablo 6.Geliştirilen Ölçeğin Faktör Yapısı ve Faktör Yükleri, Ankara, 2024

Madde Numarası	Faktör 1	Faktör 2
Madde 21	0,935	
Madde 19	0,912	
Madde 12	0,899	
Madde 17	0,887	
Madde 22	0,881	
Madde 18	0,801	
Madde 15	0,792	
Madde 5	0,764	
Madde 6	0,757	
Madde 7	0,753	
Madde 14	0,745	
Madde 16	0,714	
Madde 13	0,708	
Madde 11	0,696	
Madde 20	0,638	
Madde 8	0,634	
Madde 4	0,613	
Madde 1		0,956
Madde 2		0,654
Madde 9		0,650
Madde 10		0,561
Madde 3		0,455

Tablo 6'da geliştirilen ölçeğin faktör yapısı ve faktör yükleri sunulmuştur. Faktör 1'de 17 madde, faktör 2'de 5 madde olmak üzere toplam 22 maddenin ölçeğin yapısını oluşturduğu saptanmıştır. Faktör 1'deki maddelerin faktör yükleri madde 21=0,935, madde 19=0,912, madde 12=0,899, madde 17=0,887, madde 22=0,881, madde 18=0,801, madde 15=0,792, madde 5=0,764, madde 6=0,757, madde 7=0,753, madde 14=0,745, madde 16=0,714, madde 13=0,708, madde 11=0,696, madde 20=0,638, madde 8=0,634, madde 4=0,613 ; faktör 2'deki maddelerin faktör yükleri madde 1=0,956, madde 2=0,654, madde 9=0,650, madde 10=0,561, madde 3=0,455 olarak saptanmıştır. Faktör analizi sonucunda binişik olarak tespit edilen madde bulunmamıştır.

Tablo 7.Faktör 1'deki Maddelerin Korelasyonlarının Değerlendirilmesi, Ankara, 2024

*	M4	M5	M6	M7	M8	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M21	M22
M4	-																
M5	0,737	-															
M6	0,618	0,678	-														
M7	0,665	0,775	0,686	-													
M8	0,612	0,714	0,643	0,766	-												
M11	0,602	0,664	0,609	0,721	0,695	-											
M12	0,515	0,629	0,655	0,654	0,575	0,669	-										
M13	0,674	0,667	0,604	0,657	0,580	0,662	0,610	-									
M14	0,720	0,692	0,623	0,697	0,619	0,666	0,620	0,825	-								
M15	0,685	0,765	0,661	0,795	0,727	0,728	0,653	0,751	0,795	-							
M16	0,462	0,568	0,526	0,533	0,446	0,500	0,525	0,494	0,475	0,574	-						
M17	0,604	0,771	0,637	0,755	0,646	0,650	0,706	0,675	0,724	0,758	0,590	-					
M18	0,651	0,776	0,631	0,760	0,672	0,694	0,642	0,678	0,756	0,809	0,552	0,805	-				
M19	0,585	0,731	0,651	0,713	0,614	0,658	0,738	0,619	0,684	0,741	0,556	0,812	0,774	-			
M20	0,461	0,564	0,514	0,531	0,583	0,551	0,539	0,447	0,517	0,628	0,367	0,524	0,551	0,538	-		
M21	0,509	0,647	0,583	0,616	0,559	0,570	0,707	0,528	0,573	0,647	0,527	0,689	0,631	0,740	0,613	-	
M22	0,434	0,530	0,569	0,557	0,551	0,573	0,733	0,530	0,517	0,612	0,463	0,608	0,569	0,648	0,612	0,731	-

M: Madde *n=220

Tablo 7’de faktör 1’deki maddelerin korelasyonlarının değerlendirilmesi sunulmuştur. Korelasyon matrisinde korelasyon katsayıları r=0,367 ile r=0,825 arasında değişmektedir. Tüm korelasyon değerlendirmeleri istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 8.Faktör 2'deki Maddelerin Korelasyonlarının Değerlendirilmesi, Ankara, 2024

*	Madde 1	Madde 2	Madde 3	Madde 9	Madde 10
Madde 1	-				
Madde 2	0,639**	-			
Madde 3	0,369**	0,400**	-		
Madde 9	0,500**	0,483**	0,395**	-	
Madde 10	0,409**	0,503**	0,377**	0,700**	-

*n=220 **p<0,001

Tablo 8'de faktör 2'deki maddelerin korelasyonlarının değerlendirilmesi sunulmuştur. Korelasyon matrisinde korelasyon katsayıları r=0,369 ile r=0,700 arasında değişmektedir. Tüm korelasyon değerlendirmeleri istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır (p<0,001).

Tablo 9.Geliştirilen Ölçeğin ve Alt Boyutlarının Korelasyonlarının Değerlendirilmesi, Ankara, 2024

*	Toplam Skor	Faktör 1	Faktör 2
Toplam Skor	-		
Faktör 1	0,986**	-	
Faktör 2	0,698**	0,567**	-

*n=220 **p<0,001

Tablo 9'da geliştirilen ölçeğin ve alt boyutlarının korelasyonlarının değerlendirilmesi sunulmuştur. Toplam skorun faktör 1 ile korelasyon katsayısı r=0,986, faktör 2 ile korelasyon katsayısı r=0,698 olarak bulunmuştur. Faktör 1 ile faktör 2'nin korelasyon katsayısı r=0,567 bulunmuştur. Tüm korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Tablo 10.Geliştirilen Ölçeğin Güvenilirlik Analizi Değerleri, Ankara, 2024

Madde Sayısı	22
Cronbach's Alpha Değeri	0,933
Standardize Cronbach's Alpha Değeri	0,935

Tablo 10'da geliştirilen ölçeğin güvenilirlik analizi değerleri sunulmuştur. Cronbach's Alpha değeri 0,933 ve Standardize Cronbach's Alpha değeri 0,935 olarak saptanmıştır.

Tablo 11.Faktör 1 için Güvenilirlik Analizi Değerleri, Ankara, 2024

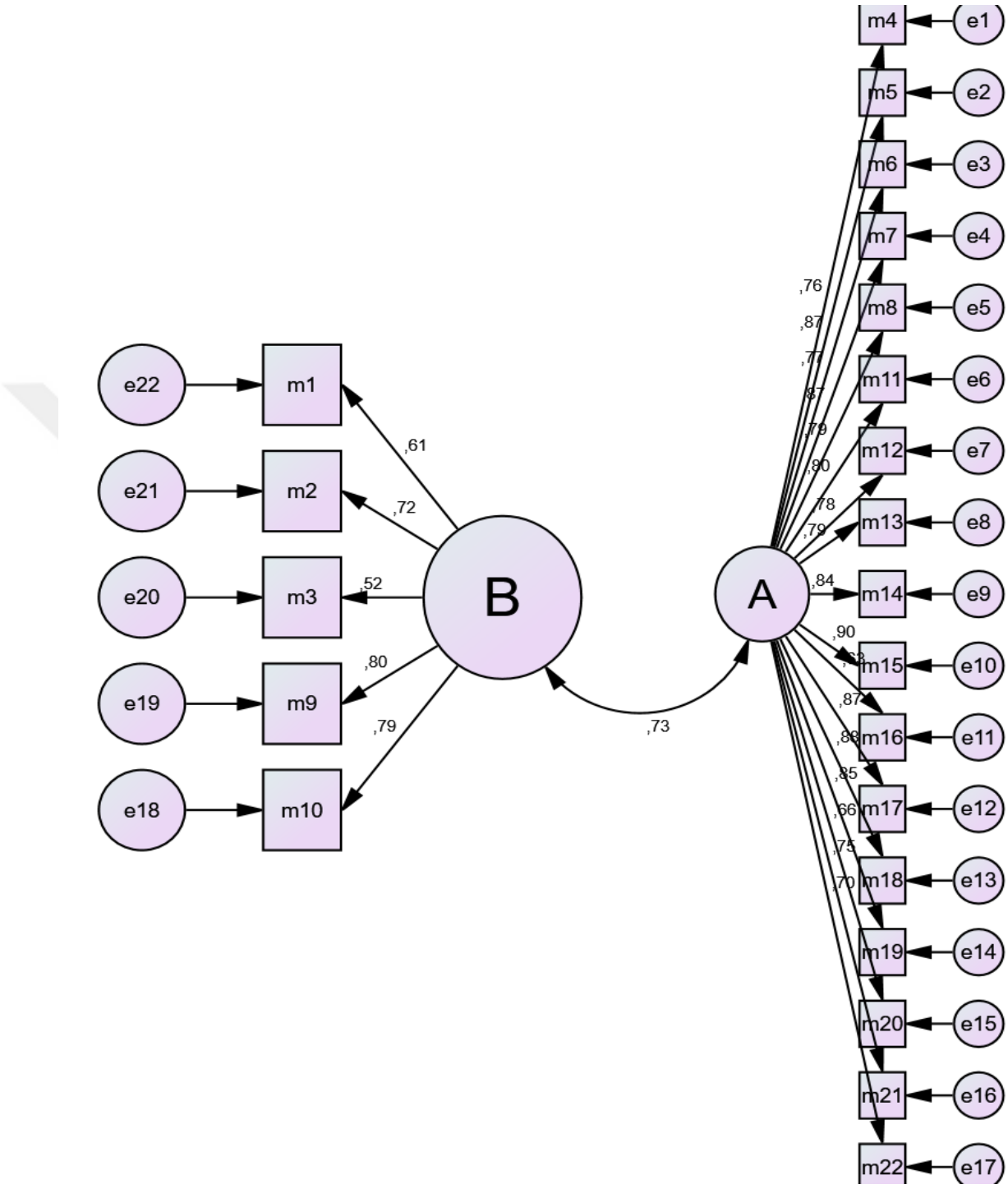
Madde Sayısı	17
Cronbach's Alpha Değeri	0,943
Standardize Cronbach's Alpha Değeri	0,947

Tablo 11'de faktör 1 için güvenilirlik analizi değerleri sunulmuştur. Faktör 1 için Cronbach's Alpha değeri 0,943 ve Standardize Cronbach's Alpha değeri 0,947 olarak saptanmıştır.

Tablo 12.Faktör 2 için Güvenilirlik Analizi Değerleri, Ankara, 2024

Madde Sayısı	5
Cronbach's Alpha Değeri	0,534
Standardize Cronbach's Alpha Değeri	0,505

Tablo 12'de faktör 2 için güvenilirlik analizi değerleri sunulmuştur. Faktör 2 için Cronbach's Alpha değeri 0,534 ve Standardize Cronbach's Alpha değeri 0,505 olarak saptanmıştır.



Şekil 2. Geliştirilen Ölçeğin Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı, Ankara, 2024

A: Faktör 1 B: Faktör 2

Tablo 13. DFA Uyum İndeksi Değerleri, Ankara, 2024

Uyum İndeksi	Değer
CMIN/df	3,661
CFI	0,868
TLI	0,853
NFI	0,828
RMSEA	0,110

Tablo 13'te DFA uyum indeksi değerleri sunulmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri; CMIN/df 3,661, CFI 0,868, TLI 0,853, NFI 0,828, RMSEA 0,110 olarak hesaplanmış ve modelin oluşturulan faktörlerle uyumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen modelin uyumluluğu doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulanmıştır. DFA sonrasında ölçek son halini almıştır.

Ölçeğin iki alt boyutu olduğu bulunmuştur. Bunlar 17 sorudan oluşan ilk boyut "Ayrıntılı Mesleki Öz Yeterlilik Değerlendirme", 5 sorudan oluşan ikinci boyut ise "Genel Mesleki Öz Yeterlilik Değerlendirme" olarak isimlendirilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, intern doktorlarda kronik hastalık erken tanı ve taramalarına ilişkin mesleki özyeterlilik ölçeğinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılan intern doktorların kadın erkek yüzdesi birbirine yakındır. Araştırmaya katılan intern doktorların yaş ortalaması 24,43±0,87'dir. Tamamına yakını bekardır. Büyük çoğunluğunun herhangi bir kronik hastalığı yoktur, yirmide birinin kronik hastalığı vardır.

Araştırmaya katılan intern doktorların yaklaşık dörtte biri hastaları muayene ederken kaygılı hissettiklerini belirtmişlerdir. Her 5 katılımcıdan 1'i hastalara sağlık durumları ile ilgili bilgi verirken stresli hissettiklerini belirtmiştir. Bu sonuçlar intern doktorların çalışma hayatının ilk yıllarında olması nedeniyle tecrübe eksikliğinden kaynaklı stresli ve kaygılı hissetmeleri şeklinde açıklanabilir. Araştırmaya katılan her 10 intern doktordan 8'i kronik hastalık taramalarından herhangi biri tavsiye edilirken gözlemlediklerini ve büyük çoğunluğu kronik hastalık taramalarından herhangi biri uygulanırken gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar intern doktorların hasta muayenesinde poliklinik veya servislerde hocalarla ve asistan doktorlar ile birlikte bulunmaları ve onları gözlemlemeleri ile açıklanabilir. Her 4 intern doktordan 3'ü daha önceden hastaya herhangi bir kronik hastalık taraması tavsiye ettiğini ve bu tavsiye eden intern doktorların çoğunluğu hastaların kronik hastalık taraması yaptırmayı kabul ettiklerini belirtmişlerdir. Her 10 katılımcı intern doktorun 6'sı daha önce herhangi bir kronik hastalık taraması uygulamadıklarını belirtmiştir. Bu sonuç intern

doktorların muayene doğrudan yetkisinin olmaması, tarama önerme ve uygulama sürecinde primer olarak görev almamaları, anketin uygulanması sırasında intern doktorların bir kısmının stajlarını tamamlamamış olması, bireysel deneyim eksikliğinin olması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada intern doktorlarda kronik hastalıklarda önemli yer tutan erken tanı ve taramalarına yönelik mesleki özyeterlilik ölçeğinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Faktör analizinin yapılması için genel düşünce örneklem sayısının, madde sayısının 10 katı kadar kişiye ulaşılması gerektiğidir (92). Ek olarak örneklem büyüklüğünün uygunluğuna bakmak için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) katsayısı hesaplanmaktadır. KMO katsayısının 0,60'ın üzerinde kabul edilebilir olduğu belirtilir, tercihen 0,80'in üzerinde olması istenmektedir (93). Örneklem büyüklüğünün değerlendirildiği Keiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısının hekimlerde kronik hastalık erken tanı ve taramalarına ilişkin mesleki özyeterlilik ölçeği için 0,956 olduğu ve Barlett'in Küresellik Testi anlamlılık düzeyi ise <0,001 olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar araştırmanın örnek büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Faktör analizi sonuçlarına göre binişik madde olarak değerlendirilen madde saptanmamış; açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre özdeğeri 1'den büyük olan iki faktör belirlenmiştir böylelikle, geliştirilen ölçeğin iki alt boyuttan oluştuğu görülmüştür (94). Faktör yükleri 0,455 ile 0,956 arasında değişen 2 faktörlü 22 maddeden oluşan ölçeğin son hali oluşturulmuştur. Faktör analizi sonucunda

açıklanan toplam varyansın yüzdesi 66,142 bulunmuştur. Literatürde faktör analizi sonucunda açıklanan toplam varyansın en az %50 olması gerekmektedir (95). Ek olarak açıklanan toplam varyans ne kadar yüksek olursa ölçeğin de o kadar güçlü yapı geçerliliğine sahip olduğu belirtilmektedir (94). Bektaş ve arkadaşlarının geliştirdiği hemşirelik öğrencileri için çocuklarda ilaç uygulamaları özyeterlilik ölçeği iki alt boyuttan oluşmakta ve toplam varyansın %52,7'sini açıklamaktadır (96). Bu fark geliştirilen ölçeklerin farklı meslek gruplarının, farklı konularda özyeterliliğinin değerlendirilmesinden dolayı olabilir.

Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre uyum indeksi değerleri literatürde belirtilen değerlerle uyumlu bulunmuştur (97). Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları verilerin modelle uyumlu olduğunu, açıklayıcı faktör analizi ile belirlenen alt boyutları doğruladığını, alt boyutların ölçekle uyumlu ilişkisinin olduğunu göstermiştir.

Bu çalışmada geliştirilen ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach's Alpha katsayısı ile hesaplanmıştır. Cronbach's Alpha katsayısının 0,40'ın üzerinde kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (82). İntern Doktorlarda Kronik Hastalık Erken Tanı ve Taramalarına İlişkin Mesleki Özyeterlilik Ölçeği için Cronbach's Alpha değeri 0,933 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada her bir alt boyut için de Cronbach's Alpha değerleri hesaplanmıştır. Her bir alt boyut için Cronbach's Alpha değeri; faktör 1 için 0,943, faktör 2 için 0,534 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar hem intern doktorlarda kronik hastalık erken tanı ve taramalarına ilişkin mesleki

özyeterlilik ölçeğinin hem de alt boyutlarının güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Ölçek sorularına verilen "Kesinlikle katılıyorum" cevabı "5 puan", "Katılıyorum" cevabı "4 puan", "Kararsızım" cevabı "3 puan", "Katılmıyorum" cevabı "2 puan", "Kesinlikle katılmıyorum" cevabı "1 puan" olarak değerlendirilmiş ve ölçekten alınabilecek puanlar 22-110 puan arasında değişmektedir. Yüksek puanlar yeterli kronik hastalık erken tanı ve taramalarına ilişkin mesleki özyeterliliği ifade etmektedir.

Çalışmanın sonuçlarından hareketle 22 madde ve 2 alt boyuttan oluşan "İntern Doktorlarda Kronik Hastalık Erken Tanı ve Taramalarına İlişkin Mesleki Özyeterlilik Ölçeği"nin uygun, geçerli ve güvenilir ölçek olduğu kanıtlanmıştır. (Ek-2)

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucunda intern doktorların kronik hastalıklarda erken tanı ve taramalara ilişkin mesleki özyeterliliğini değerlendiren 22 soruluk bir "İntern Doktorlara Yönelik Kronik Hastalıklarda Erken Tanı ve Taramalara İlişkin Mesleki Özyeterlilik Ölçeği" isimli yeni bir ölçüm aracı geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir. Geliştirilen ölçekte iki alt boyut bulunmuştur. Bunlar 17 sorudan oluşan "Ayrıntılı Mesleki Öz Yeterlilik Değerlendirme" boyutu ve 5 sorudan oluşan "Genel Mesleki Özyeterlilik Değerlendirme" boyutu olarak belirlenmiştir.

Kronik hastalıklar insanlar ve toplumlar için gittikçe büyüyen bir sorundur. Bu sorunlarla baş etmekte maliyetler ve yaşam kalitesi için yapılabilecek en uygun müdahale taramalarla erken tanı koymak ve erken müdahale etmektir. Hekimler taramaların yaygınlaşması, benimsenmesi ve halkın iknası konusunda kritik bir rol oynamaktadır. Bu çalışmada, geliştirilen "İntern Doktorlarda Kronik Hastalıklar Erken Tanı ve Taramalara Yönelik Mesleki Özyeterlilik Ölçeği" intern doktorların bu konudaki mesleki özyeterlilikleri ölçmekte ve özyeterliliği artırmak için gerek tıp eğitimi gerekse mezuniyet sonrası eğitimlerin planlanmasında, bu konuda sağlık politikalarının oluşturulması ve geliştirilmesinde yönlendirici olabilir.

7. KAYNAKÇA

1. World Health Organization (n.d.). Noncommunicable diseases. 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.who.int/westernpacific/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1 adresinden erişilmiştir.

2. Pan American Health Organization (n.d.). Noncommunicable diseases. World Health Organization. 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.paho.org/en/topics/noncommunicable-diseases#:~:text=The%20term%20NCDs%20refers%20to,diabetes%20and%20chronic%20lung%20illnesses adresinden erişilmiştir.

3. Going, S. B., Lohman, T. G., Cussler, E. C., Williams, D. P., Morrison, J. A., & Horn, P. S. (2011). Percent body fat and chronic disease risk factors in US children and youth. American journal of preventive medicine, 41(4), S77-S86.

4. Aydemir, T., Çetin, Ş. (2019) Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım. Journal of Anatolian Medical Research. 2019;4(3):109-15.

5. Fenercioğlu, A. K., & Sipahioğlu, N. T. (2020). Birinci basamakta kronik hastalık bakım modeli. Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics, 11(4), 100-106.

6. Kishore, S. P., & Reddy, K. S. (2014). Non-communicable diseases: equity, action and targets. Manson's Tropical Diseases, 848-53.

7. Başara, B.B., Çağlar, İ. S., Aygün, A., Özdemir, T. A., Kulali, B. (2024). Sağlık istatistikleri yıllığı 2022. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 27-37.

8. Roser, M., Ritchie, H., Spooner, F. (Feb 2024). Burden of disease, how is the burden of disease distributed and how did it change over time. Our World in Data. 18 Kasım 2024 tarihinde https://ourworldindata.org/burden-of-disease#:~:text=At%20a%20global%20level%2C%20the%20largest%20disease%20burden%20in%202019,mental%20and%20substance%20use%20disorders adresinden erişilmiştir.

9. World Health Organization (2023, September 16). Noncommunicable diseases. 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases/ adresinden erişilmiştir.

10. Türkiye İstatistik Kurumu (2024, Haziran 14). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2023. 18 Kasım 2024 tarihinde https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709 adresinden erişilmiştir.

11. Üner, S., Balcılar, M., Ergüder, T. (2018). Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara.

12. World Health Organization, (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014, Geneva. 18 Kasım 2024 tarihinde

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y adresinden erişilmiştir.

13. Durna, Z., & Oğuz, G. (2018). Kronik hastalıklar ve yönetimi. Turkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics, 4(2), 1-10.

14. Hacker, K. (2024). The burden of chronic disease. Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes, 8(1), 112-119.

15. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. (1998). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). The lancet, 352(9131), 837-853.

16. Lorenzo, C., Williams, K., Hunt, KJ, & Haffner, SM (2007). Ulusal Kolesterol Eğitim Programı-Yetişkin Tedavi Paneli III, Uluslararası Diyabet Federasyonu ve Dünya Sağlık Örgütü'nün metabolik sendromun kardiyovasküler hastalık ve diyabetin habercisi olarak tanımları. Diyabet bakımı , 30 (1), 8-13.

17. Ohkubo, Y., Kishikawa, H., Araki, E., Miyata, T., Isami, S., Motoyoshi, S., ... & Shichiri, M. (1995). Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study. Diabetes research and clinical practice, 28(2), 103-117.

18. Jordan, J., Kurschat, C., & Reuter, H. (2018). Arterial hypertension: diagnosis and treatment. Deutsches Ärzteblatt International, 115(33-34), 557.

19. Berger, J. S., Jordan, C. O., Lloyd-Jones, D., & Blumenthal, R. S. (2010). Screening for cardiovascular risk in asymptomatic patients. Journal of the American College of Cardiology, 55(12), 1169-1177.

20. Nicolaides, A. (2010). Screening for cardiovascular risk. British Journal of Cardiology, 17(3), 105.

21. Labaki, W. W., & Han, M. K. (2020). Chronic respiratory diseases: a global view. The Lancet Respiratory Medicine, 8(6), 531-533.

22. U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2024, May 15). National diabetes statistics report. 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.cdc.gov/diabetes/php/data-research/index.html adresinden erişilmiştir.

23. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2013). Resmi Gazete No 28539 (25.01.2013). 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5 adresinden erişildi.

24. Pellegrini, C. A. (2017). Trust: the keystone of the patient-physician relationship. Journal of the American College of Surgeons, 224(2), 95-102.

25. Jex, S. M., Bliese, P. D., Buzzell, S., & Primeau, J. (2001). The impact of self-efficacy on stressor–strain relations: Coping style as an explanatory mechanism. Journal of applied psychology, 86(3), 401.

26. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review.

27. Felfe, J., & Schyns, B. (2006). Personality and the Perception of Transformational Leadership: The Impact of Extraversion, Neuroticism, Personal Need for Structure, and Occupational Self-Efficacy 1. Journal of applied social psychology, 36(3), 708-739.

28. Basım, H. N., Korkmazyürek, H., & Tokat, A. O. (2008). Çalişanlarin Öz Yeterlilik Algilamasinin Yenilikçilik Ve Risk Alma Üzerine Etkisi: Kamu Sektöründe Bir Araştirma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (19), 121-130.

29. U.S. Centers for Diesase Control and Prevention (2024, October 4). About chronic diseases. 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/index.html adresinden erişilmiştir.

30. T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2021). Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı eylem planı (2021-2026). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1215, Ankara,2021.

31. Clarke, D. M., & Currie, K. C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. Medical Journal of Australia, 190, S54-S60.

32. European Commission (2024, Jul 2). Health promotion and disease prevention knowledge gateway. 18 Kasım 2024 tarihinde https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/cost-non-communicable-diseases-eu_en adresinden erişilmiştir.

33. NCD Data Portal (n.d.). Noncommunicable diseases data portal. World Health Organization. 18 Kasım 2024 tarihinde https://ncdportal.org/ adresinden erişilmiştir.

34. OECD/European Union (2016), Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, 18 Kasım 2024 tarihinde https://doi.org/10.1787/9789264265592-en adresinden erişilmiştir.

35. U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2024, May 15). Health and economic benefits of chronic disease interventions. 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.cdc.gov/nccdphp/priorities/index.html adresinden erişilmiştir.

36. Kontsevaya, A., Farrington, J., Balcılar, M., Ergüder, T. (2018). Türkiye'de bulaşıcı olmayan (kronik) hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için yatırım gerekçeleri raporu. World Health Organization. 18 Kasım 2024 tarihinde https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Raporlar/BizzCaseTrSS.pdf adresinden erişilmiştir.

37. World Health Organization (2022). Noncommunicable diseases progress monitor 2022. 18 Kasım 2024 tarihinde https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353048/9789240047761-eng.pdf?sequence=1 adresinden erişilmiştir.

38. World Health Organization (2019). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. 18 Kasım 2024 tarihinde https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1 adresinden erişilmiştir.

39. World Health Organization (n.d.). Noncommunicable Diseases, Rehabilitation and Disability. 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/integrated-support/environmental-risk-factors-and-ncds adresinden erişilmiştir.

40. Öztek, Z. (2019). Halk sağlığı bakışıyla sağlık hizmetleri, kavramlar-ilkeler-politikalar. Maltepe Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 22-27.

41. 4733 Sayılı Tütün, Tütün Mamulleri Ve Alkol Piyasasının Düzenlenmesine Dair Kanun (2002, Ocak 9). Resmi Gazete Sayı: 24635. 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4733.pdf adresinden erişilmiştir.

42. Atak, M., Sezerol, MA, & Altaş, ZM (2023). Birincil Bakımda Kronik Hastalık Yönetimi: Türkiye'de Kesitsel Bir Çalışma. Phoenix Tıp Dergisi , 5 (3), 211-216.

43. Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., ... & Tuomilehto, J. (2011, Eylül). Türkiye'de diyabet salgını: Türkiye'de diyabet ve risk özelliklerinin ikinci nüfus tabanlı araştırmasının sonuçları (TURDEP-II). Diabetologia'da (Cilt 54, ss. S140-S140). 233 SPRING ST, NEW YORK, NY 10013 ABD: SPRINGER.

44. Vasan, R. S., Beiser, A., Seshadri, S., Larson, M. G., Kannel, W. B., D'Agostino, R. B., & Levy, D. (2002). Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. Jama, 287(8), 1003-1010.

45. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu (2004, Kasım 24). Resmi Gazete Sayı: 25665. 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf adresinden erişilmiştir.

46. Hastalık Yönetim Platformu (t.y.). Hastalık yönetim platformu. T.C. Sağlık Bakanlığı. 18 Kasım 2024 tarihinde https://hyp.saglik.gov.tr/ adresinden erişilmiştir.

47. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2022, Kasım 29). Hastalık yönetimi platformu projesi kullanım kılavuzu. T.C. Sağlık Bakanlığı. 18 Kasım 2024 tarihinde https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Rehberler/HYP_Kullanim_Kilavuzu.pdf adresinden erişilmiştir.

48. TEMD Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu (2022, Ağustos). TEMD Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara. 18 Kasım 2024 tarihinde https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf adresinden erişilmiştir.

49. Sağlam, M., Boşnak-Güçlü, M. E. R. A. L., İnce, D. İ., Savcı, S., Arıkan, H., & Tedavi, F. (2008). Hipertansiyon ve egzersiz. Baskı, Ankara, Klasmat Matbaacılık, 9, 91-96.

50. World Health Organization (2024, March 1). Obesity and overweight.. 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight adresinden erişilmiştir.

51. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2019). TEMD Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. 18 Kasım 2024 tarihinde https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190506163904-2019tbl_kilavuz5ccdcb9e5d.pdf?a=1 adresinden erişilmiştir.

52. Türkiye İstatistik Kurumu (2023, Haziran 1). Türkiye Sağlık Araştırması, 2022. 18 Kasım 2024 tarihinde https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747 adresinden erişilmiştir.

53. Satman, I., Yilmaz, T., Sengul, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., ... & TURDEP Group. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes care, 25(9), 1551-1556.

54. Satman, İ., & Grubu, T. I. Ç. (2013). TURDEP-II: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması: Türk toplumuna özgü normal referans değerleri: TSH, FT4, IGF1, IGFBP3, Vitamin D ve eGFR. 35. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi, 54-57.

55. Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR), 2013" Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Milli Eğitim Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 921, Ankara, 2014

56. Türkiye Çocukluk Çağı (İlkokul 2. Sınıf Öğrencileri) Şişmanlık Araştırması - COSI-TUR 2016" Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Milli Eğitim Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1080, Ankara 2017

57. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği,2024. 18 Kasım 2024 tarihinde https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetesmellitus2024.pdf adresinden erişilmiştir.

58. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels, Belgium: 2021. 18 Kasım 2024 tarihinde https://diabetesatlas.org/ adresinden erişilmiştir.

59. Birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve diyabet klinik rehberi. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 1070 , Ankara, 2017. 18 Kasım 2024 tarihinde https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Rehberler/Obezite-ve-Diyabet-Klinik-Rehberi.pdfv adresinden erişilmiştir.

60. World Health Organization (2024, November 6). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd) adresinden erişilmiştir.

61. Türk Toraks Derneği (t.y.). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH). 18 Kasım 2024 tarihinde https://toraks.org.tr/site/resources/aegrotationes/p/2 adresinden erişilmiştir.

62. Kronik obstrüktif akciğer hastalığını (KOAH) değerlendirme ve izlem kılavuzu. T. C. Sağlık Bakanlığı. 18 Kasım 2024 tarihinde

https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Rehberler/KOAH_Degerlendirme_ve_Izlem_Kilavuzu.pdf adresinden erişilmiştir.

63. World Stroke Organization (n.d.). Impact of stroke. 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke#:~:text=Stroke%20is%20a%20leading%20cause,a%20stroke%20in%20their%20lifetime.&text=Over%2012%20million%20people%20worldwide,the%20world%20have%20experienced%20stroke adresinden erişilmiştir.

64. Topçuoğlu, M. A. (2022). Stroke epidemiology and near future projection in Turkey: analysis of Turkey data from the Global Burden of Disease Study. Turkish Journal of Neurology, 28(4), 200-211.

65. Tıp Dekanlar Konseyi (t.y.). Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ulusal çekirdek eğitim programı 2020. 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/mezuniyet-oncesi-tip-egitimi-cekirdek-egitimi-programi.pdf adresinden erişilmiştir.

66. Türk Dil Kurumu (t.y.). Türkçe sözlük, yeterlilik. 18 Kasım 2024 tarihinde https://sozluk.gov.tr/ adresinden erişilmiştir.

67. Europian commission(2018). 2018 council recommendation on key competences for life-long learning. 18 Kasım 2024 tarihinde https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604(01) adresinden erişilmiştir.

68. American Psychological Association (2018, April 19). Competence. 18 Kasım 2024 tarihinde https://dictionary.apa.org/competence adresinden erişilmiştir.

69. Türkiye Yeterlilikler Çerçevesi (n.d.). Yeterlilik Kavramı. Mesleki Yeterlilik Kurumu, T.C. Çalışma ve sosyal güvenlik bakanlığı. 18 Kasım 2024 tarihinde https://www.tyc.gov.tr/sayfa/yeterlilik-kavrami-i435e32ed-363c-4540-8498-76651dc27001.html#:~:text=Yeterlilik%2C%20bireyin%20sahip%20oldu%C4%9Fu%20belirli,edilen%20belgelerin%20t%C3%BCm%C3%BCn%C3%BC%20ifade%20etmektedir adresinden erişilmiştir.

70. Türk Dil Kurumu (t.y.). Türkçe sözlük, yetkinlik. 18 Kasım 2024 tarihinde https://sozluk.gov.tr/ adresinden erişilmiştir.

71. Bandura, A. (1982). “Self-efficacy mechanism in human agency”. American Psychologist, 32(2), 122–147.

72. Bandura, A. (1986). Social foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood, Cliff, NJ: Prentice Hall.

73. (Bandura, A. (1989). Human Agency İn Social Cognitive Theory. American Psychologist, 44, 1175-1184.).

74. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of Human Behavior (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], Encyclopedia of Mental Health. San Diego: Academic Press

75. Hoffman, B., & Schraw, G. (2009). The influence of self-efficacy and working memory capacity on problem-solving efficiency. Learning and individual differences, 19(1), 91-100.

76. Bandura, A., & Wessels, S. (1997). Self-efficacy (pp. 4-6). Cambridge: Cambridge University Press.

77. Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs.

78. Arseven, A. (2016). Öz yeterlilik: Bir kavram analizi. Electronic Turkish Studies, 11(19), 63-80.)

79. Füllemann, D., Jenny, G. J., Brauchli, R., & Bauer, G. F. (2015). The key role of shared participation in changing occupational self-efficacy through stress management courses. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 88(3), 490-510.

80. Jayawardena, C., & Gregar, A. (2013). Career and Knowledge Management and Organizational Learning. In Proceedings of the 10th International Conference on Intellectual Capital, Knowledge Management and Organisational Learning (pp. 533-539).).

81. Felfe, J., & Schyns, B. (2006). Personality and the Perception of Transformational Leadership: The Impact of Extraversion, Neuroticism, Personal Need for Structure, and Occupational Self-Efficacy 1. Journal of applied social psychology, 36(3), 708-739.

82. Jex, S. M., Bliese, P. D., Buzzell, S., & Primeau, J. (2001). The impact of self-efficacy on stressor–strain relations: Coping style as an explanatory mechanism. Journal of applied psychology, 86(3), 401.

83. Jex, S. M., & Bliese, P. D. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: a multilevel study. Journal of applied psychology, 84(3), 349.

84. Çetin, F., & Aşkun, D. (2018). The effect of occupational self-efficacy on work performance through intrinsic work motivation. Management Research Review, 41(2), 186-201.

85. Liu, E. (2019). Occupational self-efficacy, organizational commitment, and work engagement. Social Behavior and Personality: an international journal, 47(8), 1-7.

86. Alon, R., Cinamon, R. G., & Aram, D. (2021). Working adults' future occupational plans: the contribution of role characteristics, social support, and occupational self-efficacy. International Journal for Educational and Vocational Guidance, 1-21.

87. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (2020, Ekim 10). Ders programları. 18 Kasım 2024 tarihinde https://med.gazi.edu.tr/view/page/186112/ders-programlari adresinden erişilmiştir.

88. MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. Psychological methods, 4(1), 84.

89. Şencan, H. (2005). Güvenilirlik ve geçerlilik. Hüner Şencan.

90. Streiner, D. L. (1994). Figuring out factors: the use and misuse of factor analysis. The Canadian Journal of Psychiatry, 39(3), 135-140.

91. Özdamar, K. (2002). Paket programlar ile istatiksel veri analizi: SPSS-MINITAB (Çok değişkenli analizler). Kaan Kitabevi.

92. Yong AG, Pearce S. A beginner's guide to factor analysis: Focusing on exploratory factor analysis. Tutorials in quantitative methods for psychology. 2013;9(2):79-94).

93. Alpar C. Spor Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle UYGULAMALI İSTATİSTİK VE GEÇERLİK GÜVENİRLİK. 2016.

94. Şencan H. Reliability and validity in cocial and behavioral measurement. 1.ed. Ankara: Seçkin Yayınevi. 2005., Heale R, Twycross A. Validity and reliability in quantitative studies. Evid Based Nurs July, 2015;18(3),66-68., Çam MO, Baysan-Arabacı L. Qualitative and quantitative steps on attitude scale construction. Hemar-G 2020;12(2),59-71.

95. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Yalçın Eser S, Eser E. Türkler için sağlık ve sosyal bilim araştırmalarında kullanılan Likert tipi yanıt ölçekleri: WHOQOL türkçe versiyonu yanıt skalaları sonuçları. Psikiyatri Ruhsal Psikofarmakoloji Dergisi. 1999;7:41-7.

96. Bektaş, İ., Yardımcı, F., & Bektaş, M. (2021). Hemşirelik Öğrencileri İçin Çocuklarda İlaç Uygulamaları Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve

Psikometrik Özellikleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 14(4), 320-327.

97. Şimşek ÖF. Basic principles of structural equation modeling and LISREL applications. 1. ed. İstanbul: Ekinoks. 2010, Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3. ed. New York, NY: McGraw-Hill, 2010.

8. ÖZET

Bu araştırmada intern doktorlara yönelik kronik hastalıklarda erken tanı ve taramalara ilişkin mesleki özyeterlilik ölçeğinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma metodolojik tipte bir araştırmadır. Araştırmaya Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışmakta olan intern doktorlar dahil edilmiştir. Araştırmada veri toplamak amacıyla bazı demografik bilgiler, daha önceki tecrübeleri sorgulayan anket ve aday ölçek anketi kullanılmıştır. Ölçeğin yapısı açımlayıcı faktör analizi ile belirlenmiş, kuramsal yapısının doğrulanması için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Güvenilirlik, Cronbach's Alpha yöntemi ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 24,43±0,87'tür. Katılımcıların %53,6'sı kadın, %46,4'ü erkektir ve %95,0'inin kronik hastalığı yok iken %5,0'inin kronik hastalığı vardır. Yapılan faktör analizi sonucu 2 boyut ve 22 maddeden oluşan ölçeğin açıklanan varyans yüzdesi 66,142'dir. Ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,933 olarak hesaplanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri; CMIN/df, CFI, TLI, NFI, RMSEA değerleri hesaplanmış ve modelin oluşturulan faktörlerle uyumlu olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalıklar, Kronik hastalık taramaları, Hekimlerde mesleki özyeterlilik

9. ABSTRACT

This study aimed to develop a professional self-efficacy scale for intern doctors regarding early diagnosis and screening in chronic diseases. The research is a methodological type research. Intern doctors working at Gazi University Faculty of Medicine were included in the research. Some demographic information, a questionnaire questioning previous experiences and a candidate scale questionnaire were used to collect data in the research. The structure of the scale was determined by exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis was conducted to verify its theoretical structure. Reliability was evaluated using Cronbach's Alpha method. The mean age of the participants was 24.43±0.87. 53.6% of the participants were female, 46.4% were male and 95.0% did not have a chronic disease while 5.0% had a chronic disease. As a result of the factor analysis, the explained variance percentage of the scale consisting of 2 dimensions and 22 items was 66.142. The Cronbach's Alpha coefficient of the scale was calculated as 0.933. As a result of the confirmatory factor analysis, the fit indices were; CMIN/df, CFI, TLI, NFI, RMSEA values were calculated and it was concluded that the model was compatible with the created factors.

Keywords: Chronic diseases, Chronic disease screenings, Professional self-efficacy in physicians

10. EKLER

10.1 Ek-1. Anket Formu

İntern Doktorlarda Kronik Hastalık Erken Tanı ve Taramalarına İlişkin Mesleki Özyeterlilik Ölçeği Geliştirme Çalışması Taslak Anket Formu, Ankara, 2024

Sosyodemografik Özellikler

1. Cinsiyet:
2. Yaş:
3. Medeni Durum:
4. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
    a. Evet b. Hayır
5. Hastaları muayene ederken kaygılı hisseder misiniz?
    a. Evet b. Hayır
6. Hastalara sağlık durumları ile ilgili bilgi verirken stresli hisseder misiniz?
    a. Evet b. Hayır

Kronik hastalık taramaları ifadesi; hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, obezite, metabolik sendrom, kalp-damar hastalıkları ve kronik solunum yolu hastalıkları (Astım, KOAH) gibi sık görülen ve tarama testi bulunan kronik hastalıkları işaret etmektedir.

Hizmet alan kişiler ifadesi ile yukarıda belirtilen kronik hastalık taramalarını yaptırmak amacıyla hekime danışan kişiler ve herhangi bir durum veya hastalık sebebiyle başvurmuş kişilerin tamamı kastedilmektedir.

7. Daha önce kronik hastalık taramalarından herhangi biri hastaya tavsiye edilirken gözlemlediniz mi?
   a. Evet b. Hayır
8. Daha önce kronik hastalık taramalarından herhangi biri hastaya uygulanırken gözlemlediniz mi?
   a. Evet b. Hayır
9. Daha önce hiçbir hastaya herhangi bir kronik hastalık taramasını tavsiye ettiniz mi?
   a. Evet b. Hayır
10. Tavsiye ettiğiniz hasta tavsiye ettiğiniz kronik hastalık taramasını yaptırmayı kabul etti mi?
    a. Evet b. Hayır
11. Daha önce herhangi bir kronik hastalık taramasını uyguladınız mı?
    a. Evet b. Hayır

Kronik Hastalıklarda Erken Tanı ve Taramalara İlişkin Mesleki Özyeterlilik Ölçeği

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Tarama Testi Uygulama Öncesi						
1.	Hizmet alan kişilerin kronik hastalıklar için risk oluşturan tüm alışkanlıklarını saptayabilirim.					
2.	Hizmet alan kişilerin aile öyküsünde kronik hastalıklar açısından risk oluşturan durumları saptayabilirim.					
3.	Hizmet alan kişilerin, risk faktörleri ve kişisel özelliklerine göre, tarama testinin yapılıp yapılamayacağını belirlemekte zorlanırım.					
4.	Herhangi bir kronik hastalık açısından riskli grupta olan hizmet alan kişilere kronik hastalık taramasını yaptırmalarının önemini açıklayabilirim.					
5.	Herhangi bir kronik hastalık açısından riskli grupta olan hizmet alan kişiyi, uygun taramayı yaptırmaya yönlendirebilirim.					
6.	Kronik hastalık taraması yaptırmayı reddeden hizmet alan kişileri tekrar taramaya ikna edebilirim.					
7.	Hizmet alan kişilere kronik hastalık taramasının uygulama süreci ile ilgili danışmanlık yapabilirim.					
8.	Hizmet alan kişiler için kişiye uygun tarama sıklığını belirleyebilirim.					
9.	Her kronik hastalık tarama testi için test öncesi hazırlıkları planlayabilirim.					
Tarama Testi Uygulama Süreci						
10.	Her kronik hastalık tarama testinin uygulamasını başarıyla gerçekleştirebilirim.					
11.	Kronik hastalık tarama testlerinin sonuçlarına göre hastanın/danışanın normal veya riskli olma durumunu değerlendirebilirim.					
12.	Kronik hastalık tarama testinin sonuçlarını değerlendirirken ulusal ve uluslararası rehberleri kolayca kullanabilirim.					
13.	Tarama testi sonuçlarına göre yüksek riskli oluğu saptanan kişilere değiştirilebilir risk faktörlerini açıklayabilirim.					
14.	Hizmet alan kişilerin yaşam tarzı değişikliği (sigaranın bırakılması, kilo verilmesi, beslenme-diyet alışkanlıklarının düzenlenmesi, fiziksel aktivite seçimi) konusunda sorularını cevaplayabilirim.					

15.	Tarama testinin sonuçları ile ilgili hastanın/danışanın sorularını yanıtlayabilirim.					
16.	Tarama testi sonucunda araştırılan kronik hastalık açısından riskli bulunan kişilere durumlarını anlatmakta zorlanırım.					
17.	Tarama testi sonucunda, araştırılan kronik hastalık açısından riskli bulunan kişileri ileri tetkiklerin yapılması için yönlendirebilirim.					
18.	Tarama testi sonucuna göre araştırılan kronik hastalık açısından normal bulunan kişilere uygun aralıklarla tarama yaptırmaya devam etmesinin önemini açıklayabilirim.					
19.	Tarama testi sonucuna göre hastalık açısından riskli olan hastaları uygun uzman veya sağlık kuruluşuna yönlendirebilirim.					
20.	Tarama uygulamasını ve test sonuçlarını elektronik hasta kayıtlarına düzenli olarak kaydedebilirim.					
21.	Kronik hastalık taramalarının yönetiminde diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapabilirim.					
22.	Kronik hastalık yönetiminde teknolojik araçları, bilgisayar programlarını etkin bir şekilde kullanabilirim.					

10.2 Ek-2. Geliştirilen ölçeğin son hali

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Ayrıntılı Mesleki Öz Yeterlilik Değerlendirme						
1.	Herhangi bir kronik hastalık açısından riskli grupta olan hizmet alan kişilere kronik hastalık taramasını yaptırmalarının önemini açıklayabilirim.					
2.	Herhangi bir kronik hastalık açısından riskli grupta olan hizmet alan kişiyi, uygun taramayı yaptırmaya yönlendirebilirim.					
3.	Kronik hastalık taraması yaptırmayı reddeden hizmet alan kişileri tekrar taramaya ikna edebilirim.					
4.	Hizmet alan kişilere kronik hastalık taramasının uygulama süreci ile ilgili danışmanlık yapabilirim.					
5.	Hizmet alan kişiler için kişiye uygun tarama sıklığını belirleyebilirim.					
6.	Kronik hastalık tarama testlerinin sonuçlarına göre hastanın/danışanın normal veya riskli olma durumunu değerlendirebilirim.					
7.	Kronik hastalık tarama testinin sonuçlarını değerlendirirken ulusal ve uluslararası rehberleri kolayca kullanabilirim.					
8.	Tarama testi sonuçlarına göre yüksek riskli oluğu saptanan kişilere değiştirilebilir risk faktörlerini açıklayabilirim.					
9.	Hizmet alan kişilerin yaşam tarzı değişikliği (sigaranın bırakılması, kilo verilmesi, beslenme-diyet alışkanlıklarının düzenlenmesi, fiziksel aktivite seçimi) konusunda sorularını cevaplayabilirim.					
10.	Tarama testinin sonuçları ile ilgili hastanın/danışanın sorularını yanıtlayabilirim.					
11.	Tarama testi sonucunda araştırılan kronik hastalık açısından riskli bulunan kişilere durumlarını anlatmakta zorlanırım.					
12.	Tarama testi sonucunda, araştırılan kronik hastalık açısından riskli bulunan kişileri ileri tetkiklerin yapılması için yönlendirebilirim.					
13.	Tarama testi sonucuna göre araştırılan kronik hastalık açısından normal bulunan kişilere uygun aralıklarla tarama yaptırmaya devam etmesinin önemini açıklayabilirim.					
14.	Tarama testi sonucuna göre hastalık açısından riskli olan hastaları uygun uzman veya sağlık kuruluşuna yönlendirebilirim.					
15.	Tarama uygulamasını ve test sonuçlarını elektronik hasta kayıtlarına düzenli olarak kaydedebilirim.					
16.	Kronik hastalık taramalarının yönetiminde diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapabilirim.					
17.	Kronik hastalık yönetiminde teknolojik araçları, bilgisayar programlarını etkin bir şekilde kullanabilirim.					
Genel Mesleki Özyeterlilik Değerlendirme						

18.	Hizmet alan kişilerin kronik hastalıklar için risk oluşturan tüm alışkanlıklarını saptayabilirim.					
19.	Hizmet alan kişilerin aile öyküsünde kronik hastalıklar açısından risk oluşturan durumları saptayabilirim.					
20.	Hizmet alan kişilerin, risk faktörleri ve kişisel özelliklerine göre, tarama testinin yapılıp yapılamayacağını belirlemekte zorlanırım.					
21.	Her kronik hastalık tarama testi için test öncesi hazırlıkları planlayabilirim.					
22.	Her kronik hastalık tarama testinin uygulamasını başarıyla gerçekleştirebilirim.					

10.3 Ek-3 Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.09.2024-E.1049035

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-1049035 26.09.2024
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

Sayın Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, araştırmacı grubu Seçil ÖZKAN ve Kübra Nur TÜRK'ten oluşan, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı **Arş.Gör. Kübra Nur TÜRK'ün,** uzmanlık tez çalışması olan ***"Hekimlerde Kronik Hastalık Erken Tanı ve Taramalarına İlişkin Mesleki Öz Yeterlilik Ölçeği Geliştirme Çalışması"*** başlıklı tez çalışması ile ilgili araştırma önerisi Komisyonumuzun **10.09.2024** tarih ve **14** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Araştırma Kod No: 2024 - 1448

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Kübra Nur

Soyadı: TÜRK

Doğum Yeri ve Tarihi:

Eğitimi:

Yabancı Dil: