

**MEHMET AKIF
SEZEROL**

**ISTANBUL UNIVERSİTESİ SAG. BIL.
ENST.**

DOKTORA TEZİ

**ISTANBUL-
2022**

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**HALK SAĞLIĞINA YÖNELİK ÖĞRENCİ TUTUM ÖLÇEĞİNİN
GELİŞTİRİLMESİ**

DR. MEHMET AKİF SEZEROL

DANIŞMAN:

PROF. DR. HALİM İŞSEVER

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2022

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**HALK SAĞLIĞINA YÖNELİK ÖĞRENCİ TUTUM ÖLÇEĞİNİN
GELİŞTİRİLMESİ**

DR. MEHMET AKİF SEZEROL

DANIŞMAN:

PROF. DR. HALİM İŞSEVER

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İSTANBUL – 2022

İTHAF

Bugüne kadar bana desteğini hiç esirgemeyen sevgili eşime ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Bugüne kadar hep yanımda olan ve emeğini hiç esirgemeyen anneme ve biricik kardeşime,

Tez süreci boyunca bana destek olan başta tez danışmanım Prof. Dr. Halim İşsever hoca olmak üzere İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Başkanı Prof. Dr. Ayşe Emel Önal ve Dr. Öğr. Üyesi Hatice İkışık’a,

Doktora eğitimime katkı sunan İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında görev yapan ve yapmış olan tüm hocalarıma,

Halk sağlığı alanında bir kariyer planlamama vesile olan hocalarım Prof. Dr. Mustafa Taşdemir, Prof. Dr. Osman Hayran, Prof. Dr. Haydar Sur ve Dr. Öğr. Üyesi Ömer Ataç’a,

Tezi bitirmemde beni daima motive eden ve her türlü desteği veren çalışma arkadaşlarım Sabanur Çavdar ve Yusuf Taşçı’ya,

Doktora sürecinde ve tez yazımında hep yanımda olan, sürekli destekleyen doktora arkadaşlarım Muhammed Atak ve Çağrı Emin Şahin’e,

Halk sağlığını bana sevdiren Halk Sağlığı Düşünce ve İnovasyon topluluğuna teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

İTHAF	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLOLAR LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Halk Sağlığı Kavramı ve Tarihsel Gelişimi	3
2.2. Günümüzde Halk Sağlığı	9
2.3. Halk Sağlığının Geleceği	11
2.4. Ülkemizde Tıp Eğitiminde Halk Sağlığı	13
2.5. Ülkemizde Uzmanlık Eğitiminde Halk Sağlığı	16
2.6. Halk Sağlığı Alanında İstihdam ve Kariyer	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1.Araştırmanın Türü	25
3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.3.Veritoplama Aracını Geliştirme Aşamaları	25
3.4.Veritoplama Yöntemi	30
3.5.Veritoplamaları	31
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	34
3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları	34
4.BULGULAR	35
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	35
4.2. Mesleki Kariyer ve İlgi Boyutuna İlişkin Geçerlik Analizleri	44
4.3. Halk Sağlığının Önemi Boyutuna İlişkin Geçerlik Analizleri	52
4.4. Halk Sağlığı Ders ve Stajı Boyutuna İlişkin Geçerlik Analizleri	56
4.5. Mesleki Kariyer ve İlgi Boyutuna İlişkin Güvenirlik Analizleri	61
4.6. Halk Sağlığının Önemi Boyutuna İlişkin Güvenirlik Analizleri	63
4.7. Halk Sağlığı Ders ve Stajı Boyutuna İlişkin Güvenirlik Analizleri	64
4.8. Taslak Ölçeğin Tamamına İlişkin Güvenirlik Analizleri	66
5.TARTIŞMA	69

5.1.Sonuç ve Öneriler	76
KAYNAKLAR	80
FORMLAR	92
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	106



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Kapsam Geçerlilik Oranı Kritik Değerleri.....	27
Tablo 4. 1. Uzman grubuna ait tanımlayıcı özellikler	35
Tablo 4. 2. Uzmanların taslak ölçekte yer alan maddelerle ilgili değerlendirmeleri	36
Tablo 4. 3. Uzman değerlendirmelerine göre kapsam geçerlilik oranları	38
Tablo 4. 4. Tüm ölçüğe ve alt boyutlarına ait kapsam geçerlik indeksleri.....	41
Tablo 4. 5. Uzman görüşleri öncesi ve sonrası madde sayıları	41
Tablo 4. 6. Öğrencilerin stajlarını tamamlama durumunun dağılımı	42
Tablo 4. 7. Öğrencileri cinsiyet ve üniversite durumlarının dağılımı	42
Tablo 4. 8. Öğrencilerin taslak ölçüğe verdiği yanıtların maddelere göre dağılımı	43
Tablo 4. 9. Maddelerden alınan puanların tanımlayıcı bulguları ve madde-toplam korelasyon katsayıları	45
Tablo 4. 10. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun örneklem uygunluk testleri	46
Tablo 4. 11. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun toplam varyans analiz sonuçları	47
Tablo 4. 12. Döndürme işlemi sonrasında maddelerin faktör yükleri ve dağılımı.....	48
Tablo 4. 13. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun son durumda örneklem uygunluk testleri	49
Tablo 4. 14. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun son durumda açıklanan toplam varyans analiz sonuçları	50
Tablo 4. 15. Döndürme işlemi sonrasında maddelerin son durumda faktör yükleri ve dağılımı	50
Tablo 4. 16. Maddelerden alınan puanların tanımlayıcı bulguları ve madde-toplam korelasyon katsayıları	52
Tablo 4. 17. Halk Sağlığının Önemi boyutunun örneklem uygunluk testleri	53
Tablo 4. 18. Halk sağlığının önemi boyutunun toplam varyans analiz sonuçları	54
Tablo 4. 19. Döndürme işlemi sonrasında maddelerin faktör yükleri ve dağılımı.....	54
Tablo 4. 20. Maddelerden alınan puanların tanımlayıcı bulguları ve madde-toplam korelasyon katsayıları	56

Tablo 4. 21. Halk sağlığı ders ve stajı boyutunun örneklem uygunluk testleri.....	56
Tablo 4. 22. Halk sağlığı ders ve stajı boyutunun toplam varyans analiz sonuçları	57
Tablo 4. 23. Döndürme işlemi sonrası maddelerin faktör yükleri ve dağılımı	57
Tablo 4. 24. Halk sağlığı ders ve stajı boyutunun son durumda örneklem uygunluk testleri.....	58
Tablo 4. 25. Halk sağlığı ders ve stajı boyutunun son durumda açıklanan toplam varyans analiz sonuçları	59
Tablo 4. 26. Döndürme işlemi sonrasında maddelerin son durumda faktör yükleri ve dağılımı	59
Tablo 4. 27. Son durumda kalan maddelerin boyutlara göre dağılımı	61
Tablo 4. 28. Mesleki kariyer ve ilgi boyutu güvenilirlik analiz sonuçları	61
Tablo 4. 29. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun madde güvenilirlik analiz sonuçları	62
Tablo 4. 30. Mesleki kariyer ve ilgi boyutu tepki yanlılığı analiz sonuçları.....	63
Tablo 4. 31. Halk sağlığının önemi boyutu güvenilirlik analiz sonuçları	63
Tablo 4. 32. Halk sağlığının önemi boyutunun madde güvenilirlik analiz sonuçları.....	63
Tablo 4. 33. Halk sağlığının önemi boyutu tepki yanlılığı analiz sonuçları	64
Tablo 4. 34. Halk sağlığı ders ve stajı boyutu güvenilirlik analiz sonuçları	64
Tablo 4. 35. Halk sağlığı ders ve stajı boyutunun madde güvenilirlik analiz sonuçları...	65
Tablo 4. 36. Halk sağlığı ders ve stajı boyutu tepki yanlılığı analiz sonuçları	65
Tablo 4. 37. Taslak ölçek güvenilirlik analiz sonuçları.....	66
Tablo 4. 38. Taslak ölçeğin bir testin iki yarıya bölünmesi analiz sonuçları	66
Tablo 4. 39. Taslak ölçeğin tepki yanlılığı analiz sonuçları.....	67
Tablo 4. 40. Taslak ölçeğin Tukey's toplanabilirlik analiz sonuçları	67

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2 1. Devlet Hizmet Yükümlülüğü (DHY) halk sağlığı uzmanlığı münhal kadro dağılımı	23
Şekil 3. 1. Ölçek geliştirme aşamaları.....	29
Şekil 4. 1. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun yamaç birikinti grafiği.....	51
Şekil 4. 2. Halk sağlığının önemi boyutunun yamaç birikinti grafiği	55
Şekil 4. 3. Halk sağlığı ders ve stajı boyutu yamaç birikinti grafiği	60
Şekil 4. 4. Taslak ölçekten atılan maddelerin çıkarılma nedenleri.....	68



KISALTMALAR LİSTESİ

AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

DHY: Devlet Hizmet Yükümlülüğü

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HASUDER: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

İSM: İlçe Sağlık Müdürlüğü

KGO: Kapsam Geçerlilik Oranı

KGÖ: Kapsam Geçerlilik Ölçütü

KGI: Kapsam Geçerlilik İndeksi

KMO:Kaiser-Meyer-Olkin

MSA: Measure of Sampling Adequacy

ÖSYM: Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TUKMOS: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standartları Belirleme Sistemi

TUK: Tıpta Uzmanlık Kurulu

TUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı

UÇEP: Ulusal Çekirdek Eğitim Programı

YDUS: Yan Dal Uzmanlık Sınavı

YKS: Yükseköğretim Kurumları Sınavı

ÖZET

SEZEROL M. A. Halk Sağlığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD. Doktora Tezi. İstanbul. 2022.

HALK SAĞLIĞINA YÖNELİK ÖĞRENCİ TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Giriş: Tarih boyunca halk sağlığı alanında yaşanan gelişmeler sayesinde toplumlar önemli sağlık sorunlarının üstesinden gelmiştir. Bu nedenle toplumların halk sağlığı kapasitesinin en iyi seviyede olması önem taşımaktadır. Kapasiteyi oluşturan en önemli etmenlerden birisi de insan gücüdür. Hekimler halk sağlığı alanında uzmanlık veya yüksek lisans/doktora yaparak profesyonel anlamda halk sağlığı insan gücü içerisinde yer alırlar. Kariyer planlamasını birçok faktör etkilemektedir. Kişisel tutumlar da mesleki kariyer tercihlerinde rol oynamaktadır. Bu çalışmada son sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin halk sağlığına yönelik tutumlarını belirleyecek bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma metodolojik tipte olup araştırma örneklemini İstanbul'da eğitim gören son sınıf tıp fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır. Literatür taraması ve uzmanlardan bilgi alınarak üç boyutlu bir taslak ölçek hazırlanmıştır. Kapsam geçerliliği için uzman görüşleri alınmıştır. Kapsam geçerlik oran ve indeksi hesaplanmıştır. Yapı geçerliliği ve faktör belirleme kapsamında açıklayıcı faktör analizi ve temel bileşenler analizi yapılmıştır. Güvenirlik analizleri Cronbach alpha ile gösterilmiştir.

Bulgular: 97 soruluk taslak ölçeğe 24 uzmandan görüş alınmıştır. Kapsam geçerlik analizleri ve uzman görüşleri sonrası 20 madde ölçekten çıkarılmıştır. Faktör analizine madde-toplam korelasyonları 0,20 ve ortak varyans değeri 0,50 altında olan maddeler uygun bulunmamıştır. Bu nedenle de 23 madde ölçekten atılmıştır. Son olarak binişik madde kabul edilen 5 madde de ölçeğe dahil edilmemiştir. Geçerlilik analizleri sonrası mesleki kariyer ve ilgi boyutunda 29 madde, halk sağlığının önemi boyutunda 15 madde ve halk sağlığı ders ve stajı boyutunda 5 madde kalmıştır. Hesaplanan cronbach alpha değerleri yüksek ve çok yüksek güvenilir bulunmuştur.

Sonuç: Sonuç olarak son sınıf tıp fakóltesi öğrencilerinin halk sağlığına yönelik tutumlarını ölçmede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç geliştirilmiştir.

Anahtar kelimeler: halk sağlığı, ölçek geliştirme, faktör analizi, geçerlik, güvenilirlik



ABSTRACT

SEZEROL M. A. Developing a Scale for Student's Attitudes to Public Health. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Public Health. İstanbul. 2022.

DEVELOPING A SCALE FOR STUDENT'S ATTITUDES TO PUBLIC HEALTH

Introduction: Thanks to the developments in public health throughout history, societies have overcome important health problems. Therefore, it is important that the public health capacity of societies is at the best level. One of the most important factors forming capacity is manpower. Physicians become professionals in the public health workforce by completing residency training in public health or earning a master's/doctorate degree. There are many factors that affect career planning. Personal attitudes are among the factors that play a role in professional career choices. In this study, it was aimed to develop a scale to determine the attitudes of senior medical faculty students towards public health.

Method: The sample of this methodological study consists of senior medical faculty students studying in Istanbul. A three-dimensional draft scale was prepared by reviewing the literature and taking information from the experts. Expert opinions were taken for content validity. The content validity rate and index were calculated. Explanatory factor analysis and principal component analysis were performed within the scope of construct validity and factor identification. Reliability analyzes are shown with Cronbach's alpha.

Results: Opinions of 24 experts were received on the 97-question draft scale. After content validity analyzes and expert opinions, 20 items were removed from the scale. Items with item-total correlations below 0.20 and common variance values below 0.50 were not found suitable for factor analysis. Therefore, 23 items were removed from the scale. Lastly, 5 items that were considered to be overlapping items were not included in the scale. After the validity analysis, 29 items remained in the professional career and interest dimension, 15 items in the importance of public health dimension, and 5 items in the public health lectures and internship dimension. Calculated Cronbach alpha values were found to be high and very reliable.

Conclusion: As a result, a valid and reliable tool has been developed that can be used to measure the attitudes of senior medical faculty students towards public health.

Keywords: public health, scale development, factor analysis, validity, reliability



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Halk sağlığı kavramını açıklayan çok sayıda tanım bulunmaktadır. Bunların en başında gelenler Vinslow ve Last'ın tanımlarıdır. Vinslow 1923 yılında yaptığı tanımda halk sağlığını organize toplum çalışmalarıyla bulaşıcı olan hastalıkların önlenmesi, evre sağlığı şartlarının iyileştirilmesi, kişilere sağlık eğitimi verilmesi, erken teşhis ve tedavi sağlanması, bireylerin hastalıklardan korunması için sağlık seviyelerinin geliştirilmesi, fiziksel ve ruhsal sağlığın artırılarak insan ömrünün uzatılması için çalışan bir bilim ve sanat dalı olarak tarif etmiştir.(1) John M. Last'ın tanımına göre ise halk sağlığı örgütlü toplumsal faaliyetlerle halkın sağlığının korunması, geliştirilmesi ve yeniden kazanılmasına yönelik çalışmalar gösteren bir bilimdir.(2)

1946 yılında 61 devlet tarafından imzalanan Dünya Sağlık Örgütü anayasası 1948 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu anayasada yer alan tanıma göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur.(3) Hastalık ise vücudun iç ve dış bütünlüğünün bozulması ve anormal yapısal değişimlere uğramasıdır. Bu bağlamda halk sağlığı biliminin de en önemli amacı sağlığı korumak ve geliştirmektir. İnsan sağlığını etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerin başında kişisel özellikler, çevresel faktörler, ekonomik durum, sosyal sınıf, yaşam tarzı ve eğitim gelmektedir.(4) Bu nedenle halk sağlığı faaliyetleri çok sektörlü ve multidisipliner olmak zorundadır. Ayrıca halk sağlığı biliminin alt dalları olan birçok alan mevcuttur. Epidemiyoloji, biyoistatistik, küresel sağlık, ana-ocuk sağlığı, evre sağlığı, üreme sağlığı, toplum ruh sağlığı, toplum beslenmesi, göçmen sağlığı, dezavantajlı gruplar, iş sağlığı, sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimi, okul sağlığı, sağlık ekonomisi, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar bunlardan bazılarıdır.

Halk sağlığı alanında insan gücü olarak farklı mesleklerden birçok kişi yer alabilmektedir. Hekim, diş hekim, veteriner hekim, eczacı, ebe, hemşire, diyetisyen, psikolog, sosyal çalışmacı, evre mühendisi, ekonomist gibi farklı meslek gruplarından kişiler halk sağlığında kariyer yapabilmektedir. Tıp fakóltesi mezunları hem tıpta uzmanlık sınavına girerek halk sağlığı ihtisası yapabilir hem de yüksek lisans veya doktora programlarına katılarak halk sağlığı alanında kendilerini geliştirebilmektedirler. Hemřire, ebe, diyetisyen, psikolog, sosyal çalışmacı, evre mühendisi gibi diğer meslek grupları da yüksek lisans veya doktora programlarını bitirerek kariyer

yapabilmektedirler. Dolayısıyla halk sağığı alanında insan gücü olarak istihdam edilenlerin yelpazesi de giderek genişlemektedir.

Hekimler halk sağığı uzmanı olmak için yılda iki dönem yapılan tıpta uzmanlık sınavına girmek zorundadırlar. Bu sınavdan alınan puan ve sıralama sonuçlarına göre hekimler Tıp Fakültesi veya Sağlık Bakanlığı kontenjanlarına halk sağığı uzmanlık öğrencisi olarak yerleşirler. Bazı dönemler çok az da olsa Milli Savunma Bakanlığı kontenjanı açılabilir. Halk sağığı anabilim dalları tıp fakültelerinin dahili tıp bilimleri içerisinde yer almaktadır. Halk sağığı uzmanlığı için eğitim süresi ise 4 yıl olarak belirlenmiştir.(5) Halk sağığı uzmanlık öğrencileri tıpta uzmanlık kurulunun hazırladığı uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatına göre eğitim alırlar. Uzmanlık öğrencileri bazı anabilim dallarında ve sahada rotasyon da yapmaktadırlar. Her uzmanlık öğrencisi gibi halk sağığı uzmanları da eğitimlerini tamamlamadan önce bir tez hazırlamaktadırlar. Uzmanlık öğrencileri eğitimlerini tamamladıktan sonra halk sağığında yan dal uzmanlıklarına da yerleşebilmektedir. Tıpta yan dal uzmanlık eğitimi alabilmek için uzmanların yan dal uzmanlık sınavına girerek açılan kontenjanlardan birine yerleşmeleri gerekmektedir. Halk sağığı anabilim dallarında epidemiyoloji, çevre sağığı, iş sağığı ve meslek hastalıkları gibi yan dallar yer almaktadır. Halk sağığı uzmanlık veya yan dal uzmanlık eğitimi sonrası mezun olanlar genellikle Sağlık Bakanlığı devlet hizmet yükümlülüğü atamaları sonucunda kamuda istihdam edilmektedirler. Sağlık Bakanlığına atanan uzman veya yan dal uzmanları il sağlık müdürlükleri, ilçe sağlık müdürlükleri, toplum sağığı merkezleri, sağııklı hayat merkezleri veya kamu hastanelerinde çalışmaktadırlar.(6)

Sağıık, çevre, gıda, turizm, eğitim gibi her türlü sektörde, özellikle sağıığın her alanında halk sağığı bakış açısı büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle halk sağığı eğitiminin yeri ve geleceğı hem ulusal hem uluslararası anlamda kritik hale gelmektedir. Tıpta uzmanlık sınav sonuçları ile yapılan yerleştirme sonuçları değerlendirildiğinde klinik puan ortalamalarında halk sağığı 35 bölüm arasında ön sıralarda yer almamaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelere nazaran ülkemizde halk sağığı cazip bir uzmanlık dalı haline henüz gelememiştir.(7) Tutumlar ise kişilerin davranış biçimlerinde önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmanın amacı tıp fakültesi öğrencilerinin halk sağığına yönelik tutumlarını belirlemeye dönük bir ölçek geliştirmektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Halk Sağlığı Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Halk sağlığının tarihi tıp tarihi kadar eski çağlara dayanmaktadır. Temel olarak tıbbın uğraş alanı hasta olan bireylerin tedavisi ve iyileşmesi iken halk sağlığının uğraş alanı toplumun hastalıklardan korunması ve daha sağlıklı bir yaşam sürdürmesidir. Eski çağlarda şehirlerin kurulmasında hava, su ve yer faktörleri etkili olmaktaydı.(8) İlk çağlarda hastalıkların kötü insanlarda görüldüğü ve bu hastalıklardan kurtulmak için dua edilmesi gerektiği inancı daha hakimdi. Sonrasında ise miasma teorisi öne çıkmış ve kötü kokuların hastalık nedeni olduğu düşünülmekteydi. Bu dönemlerde veba, sıtma, çiçek ve tifüs gibi bulaşıcı hastalıklar dünyada en yaygın ve en çok kayba neden olan hastalıkların başında gelmekteydi.(9) Bulaşıcı hastalıkların nedenlerini ve çözüm yollarını aramak için yapılan çalışmalar modern halk sağlığının da öncüsü olmuştur. Dolayısıyla bir kavram veya felsefe olarak halk sağlığının ortaya çıkışı 19. yüzyılda gerçekleşmeye başlamıştır.(1) Halk sağlığı kavramının gelişmesine katkısı olan kişi ve olaylardan bazılarına bu bölümde değinilecektir.

Eski çağlardan itibaren hastalıklar ve nedenlerine yönelik yaklaşımlar sürekli değişmiş ve gelişim göstermiştir. İlk çağlarda hastalıklar Tanrı tarafından verilen bir ceza olarak düşünülürken orta çağda kötü koku ve vücut sıvılarının hastalıklara neden olduğu düşünülmüştür. Sonraki dönemlerde ise sanitasyon eksikliğinin hastalıklara neden olduğu fikri önem kazanmıştır. Germ teorisi ve mikroskobun bulunuşu ile beraber hastalıkların mikroplar nedeniyle oluştuğu düşünülmüştür. Bu dönem tek neden ve tek hastalık anlayışının hakim olduğu dönemdi. Daha sonraki dönemlerde bulaşıcı olmayan hastalıkların giderek artmasıyla birlikte hastalıkların birden çok nedeni olabileceği, bir tek nedenden birçok hastalık gelişebileceği veya birden fazla nedenin birçok hastalığa sebep olabileceği gösterilmiştir. Hastalıklara yaklaşımdaki değişimler hekimlik anlayışının da değişmesini beraberinde getirmişti. Hekimliğin dönemsel gelişimi genel olarak dört başlık altında ele alınmıştır.(10)

Hekimliğin Bulgusal (Semptomatik) Dönemi: Bu dönemde henüz hastalıklar için bir nedensellik bağı kurulamadığından her bir bulgu ayrı tedavi edilmeye çalışılıyordu.(11) İnsanlar herhangi bir semptomları olduğunda hekim olarak sihirbaz, büyücü veya din adamlarına başvuruyordu.(10) Bulgusal dönem hekimlerin tek bir

hastalığın bulguları olabilecek ateş, nefes darlığı, ishal vs. gibi semptomların her birini ayrı ayrı tedavi etmeye çalıştıkları bir dönemdi.

Hekimliğin Laboratuvar Dönemi: Mikroskobun keşfi ile beraber miasma teorisi yerini germ teorisine bıraktı. Germ teorisine göre bir hastalığın oluşabilmesi için ortama dışarıdan bir organizmanın girmesi gerekliydi. İlk olarak Pasteur tarafından ortaya atılan bu teori giderek kabul görmüş ve mikropların keşfedilme süreci başlamıştı. Birçok hekim bu dönemde laboratuvara kapanmış ve hastalık etkenleri olabilecek mikropları keşfetti. Hasta yok hastalık var sözü de bu dönemin temel ilkesi haline gelmişti.(10)

Hekimliğin Klinik Dönemi: Hastalıkların bireyler arası farklılıklar göstermesi, her bireyde aynı semptomları ya da aynı şiddeti göstermemesi hekimleri hasta yoktur hastalık vardır temel ilkesini tartışmaya yöneltti. Hastalıkların ortaya çıkışında ve seyrinde mikroplar kadar kişinin özelliklerinin de önemli olduğu görülmeye başladı.(12) Bu dönemde belirlenen yeni temel ilke ise hastalık yoktur hasta vardır şeklinde oluştu.

Hekimliğin Halk Sağlığı Dönemi: 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kurulmuş ve sağlık kavramını yeniden tanımlamıştır. DSÖ'nün tanımına göre artık hastalık olmaması sağlık için yeterli değildi. DSÖ bunun yanı sıra sağlığı fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlıyordu. Bu tarihlerde artık hekimlik anlayışı da değişmeye başladı.(13) Hastalıkların nedeni olarak sosyal ve çevresel şartlar, toplumsal özellikler gibi kişisel faktörlerin dışındaki etmenler önem kazanmaya başladı. Dolayısıyla hekimlik anlayışında bir değişim meydana geldi ve bu değişime uygun olarak bu döneme halk sağlığı dönemi adı verildi. Hükümetler ve yerel yönetimlerin de sağlıkla ilgili süreçlere müdahil olması önem kazandı. Bu dönemde hekimlik uygulamaları ve koruyucu sağlık hizmetleri toplumun içine yayılmaya başladı.(12) Toplumsal düzeyde bir iyilik hali için DSÖ 1978'de 2000 yılında herkes için sağlık hedefiyle temel sağlık hizmetleri bildirgesini ilan etti.(14) Temel sağlık hizmetleri açıklanırken bazı ilkeler esas alınmıştı ve bu ilkeler aslında halk sağlığı ilke ve görüşlerini de yansıtmaktaydı. Bu ilkelerden bazıları:

- Sosyal eşitlik: Sağlık her insanın doğuştan kazandığı bir insan hakkıdır.(14) Sağlık hizmetleri herhangi bir ayırım gözetmeden tüm toplumun erişebileceği bir yapıda olmalıdır. Toplumdaki her birey alması gerektiği kadar bu hizmetleri almalıdır. Yani bazı kişiler sağlık yönünden daha dezavantajlı olabilir ve bu yüzden herkesten daha

fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyabilir. Bu durumda olan kişiler gerektiğinde herkesten daha fazla sağlık hizmetlerini kullanabilmelidir.(1)

- Sağlık hizmetlerinin boyutu: Sağlık hizmetleri çok sektörlü bir anlayış içinde ele alınmalıdır. Sağlık sadece Sağlık Bakanlıklarını değil diğer kamu kurum ve kuruluşlarını, diğer sektörleri de ilgilendiren bir alandır.

- Koruyucu hizmetlerde ncelik: Sağlık hizmetlerinin temel hedefi kişilerin sağlıklarını korumaları ve ideal anlamda sağlıklı bir yaşam sürdürmelerini sağlamaktır. Bu nedenle koruyucu hizmetler tedavi edici hizmetlerden üstündür anlayışı halk sağlığının en önemli ilkelerinden biri olmuştur.

- Yaşamsal ve çevresel bütünlük: Kişiler doğumlarından ölümlerine kadar olan tüm dönemlerde sağlık hizmetlerinden faydalanmalıdır. Kişilerin sadece hastalandıkları dönemlerde hizmet almaları halk sağlığı perspektifinden bakıldığında sorunlu bir yaklaşımdır. Ayrıca kişiler çevreleriyle sürekli etkileşim halindedirler. Bu nedenle kişilere sağlık hizmetleri sunulurken bulundukları çevresel koşullar da değerlendirilmelidir.

- nemli sayılan hastalıklara öncelik: nemli hastalık kavramı toplumda sık görülen, en çok sakatlığa ve lme sebep olan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Kaynakların sınırlı olduğu dünyamızda sağlık hizmetleri planlanırken bu hastalıklara öncelik verilmelidir. Böylece kurumlar hizmet verdikleri toplumun sağlık düzeyini daha fazla artırmış olacaktır.

- Kişilerin sağlık sorumluluğu: Bireyler kendi sağlık durumlarının bilincinde olmalı ve sorumluluk taşınmalıdır. Toplumun sağlık okuryazarlığının yüksek olması sunulan hizmetlere erişimi artıracak ve sağlık hizmetlerinde daha az aksama olacaktır.

- Sağlık hizmetlerine toplum katılımı: Toplum kendisine sunulacak sağlık hizmetlerini benimsemeli ve bu hizmetlerden tatmin olmalıdır. Aksi takdirde vatandaşların sağlık hizmetlerini kullanımı istenilen düzeyde olmayacak ve başarı elde edilemeyecektir. Bu nedenle sağlık hizmetleri kurgulanırken toplumun da planlamanın bir parçası olması ve sürece katılımı toplum tarafından hizmetlerin kabulünü artıracaktır.

- Hizmetlerin ekip işbirliğiyle sunulması: Sağlık hizmetleri kendi alanında yeterli bilgi ve becerilere sahip farklı meslek gruplarının ekip uyumu içinde çalışması

ile sürdürülebilmektedir. Ekipteki her bir meslek grubu kritik ve önemlidir. Tüm personel işini eksiksiz ve hatasız yapmalıdır.

- Kademeli hizmet: Sağlık hizmetlerine erişimde esas olan kademeli yaklaşımdır. İhtiyacı olan kişi önce kendisine en yakın birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmalıdır. Gerekirse sonrasında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilir.

- Entegre hizmet: Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri birbirinden ayrı düşünülmemelidir. Sağlık hizmetlerinin sunulduğu her ortamda koruyucu sağlık hizmetleri de sunulabilir. Örneğin ülkemizde Covid-19 aşıları koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında olup tüm basamaklarda bu hizmet sunulmaktadır.

- Sağlığın toplumsal ve evrensel boyutu: Toplumda hastalıkların olması sadece hasta olan kişileri değil, çevresindekiler başta olmak üzere tüm toplumu etkileyebilir. Hastalıkların toplumda yaygın olması ülkenin seyahat, ticaret, kalkınma ve refah gibi birçok sosyo-ekonomik durumunu belirlemektedir. Hastalıklar sadece ulusal düzeyde değil uluslararası düzeyde de etki göstermektedir. Günümüzde Covid-19 pandemisi örneğinde olduğu gibi hastalıkların evrensel boyutu da vardır.

- Koşullara uygunluk: Ulusal düzeyde bölgeler arasında veya uluslararası düzeyde ülkeler arasında sosyoekonomik farklılıklar mevcut olabilir. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması esnasında bu farklılıklar gözetilmelidir. Her coğrafyaya uygun hizmet modellerini ve teknolojilerini kullanmak gerekir.

Temel Sağlık Hizmetleri bildirgesinde yukarıda bahsi geçen ilkeler doğrultusunda her ülkenin 8 hizmeti asgari düzeyde sunması hedeflenmiştir.(15) Bu hizmetler;

1. Toplum düzeyinde sağlık eğitimleri
2. Temiz su ve sanitasyon
3. Gıda arzı ve yeterli beslenme
4. Aile planlaması ve anne çocuk sağlığı hizmetleri
5. Temel bulaşıcı hastalıklara yönelik bağışıklama
6. Endemik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü

7. Temel ilaçların temin edilmesi

8. Yaygın hastalık ve yaralanmaların tedavisi

Günümüz halk sağlığına geçmeden önce aşağıdaki bölümde 21. yüzyıla kadar olan dönemde halk sağlığı adına önemli işler yapmış kişiler hakkında kısa bilgiler vermek halk sağlığı kavramının gelişimini anlamaya daha fazla yardımcı olabilir.

John Graunt

John Graunt 1620 Londra doğumlu bir tuhafiyecidir.(16) Graunt'u halk sağlığı alanında meşhur yapan eseri ise 1662 yılında yayınlanan ve 12 bölümden oluşan "Natural and political observations made upon the bills of mortality" kitabıdır.(17) Graunt doğumlarda kadın/erkek oranı, ölüm istatistikleri, mevsimsel değişimler, bölgeler arası benzerlikleri incelemiştir.(18) Çeşitli ölüm nedenlerinin sıklığı hakkında ilk kanıtları üretmiştir.(19) Bu eser tarihte nicel analizlerin yaşam istatistiklerine uyguladığı ilk örnek olması açısından da önemlidir. Ayrıca Graunt sağlık verilerini tablo ve grafiklerle sunan ilk isimdir. Bu yönleriyle epidemiyoloji biliminin de gelişmesine büyük katkıları olmuştur.(20)

Edward Jenner

Edward Jenner 1749 yılında İngiltere'nin bir kasabası olan Berkeley'de dünyaya gelmiştir.(21) 18. yüzyılda çiçek hastalığı sık görülüyordu ve ölümlerin yaklaşık %10'unu da sebebiydi.(22) Aslında bir cerrah olan Jenner 1796 yılında çiçek aşısını keşfetmiş ve bunu bir rapor olarak Kraliyet Cemiyetine sunmuştur.(23) İlk başta cemiyet tarafından rapor reddedilmiştir.(24) Fakat sonrasında aşının koruyucu olduğu anlaşıncı İngiliz hükümeti aşı konusunda çalışacak bir enstitü kurmuş ve Edward Jenner'ı bu enstitünün başına atamıştır. Jenner çiçek aşısı keşfiyle İmmünoloji biliminin de temellerini atmıştır.(25) Jenner'ın aşılama çalışmaları başta Avrupa olmak üzere tüm dünyaya hızla yayıldı ve 1980 yılında çiçek hastalığı eradike edildi.(26) Dünyada her yıl 8-10 milyon hayat Jenner'ın aşılarda keşfini başlatması sayesinde kurtarılmaktadır. İngiltere'de Edward Jenner adına bir müze de bulunmaktadır.(27)

Edwin Chadwick

Chadwick 1800 yılında Manchester'da dünyaya gelmiştir.(28) 19. yüzyılda İngiltere'de sosyal ve çevresel faktörler nedeniyle sağlık düzeyi oldukça kötü durumdaydı.(29) 1842 yılında Chadwick çalışan nüfusun sıhhi koşullarına ilişkin bir

rapor yayınladı.(30) Sanitasyon raporunda ölüm istatistiklerini sınıfsal düzeyde karşılaştırdı.(31) Chadwick raporunda kötü sanitasyon koşullarının sağlığı olumsuz yönde etkilediğini belirtmişti. Bu yönüyle raporu kanıta dayalı halk sağlığı uygulamasının ilk örneklerdendi.(32) Bu raporun ardından 1848 yılında İngiltere’de halk sağlığı yasası çıkartıldı.(33) Bu yasa çağdaş anlamda tarihteki ilk halk sağlığı yasası olarak kabul edilmektedir.(34)

John Snow

John Snow 1813 yılında İngiltere’nin York kentinde yoksul bir ailenin çocuğu olarak dünyaya gelmiştir.(35) Snow anestezi alanında çalışmaları ile de tanınan ve kloroformu etere alternatif olarak kullanan hatta bu yöntemle kraliçenin de son iki doğumunu yaptırmış bir bilim adamıdır.(36) Fakat bir anesteziist olmasına rağmen kolera salgınları ile yakından ilgilenmiş ve koleranın miasma teorisinin aksine su ile bulaştığını düşünmüştür.(37) 1854 yılı ağustos ayında Londra’da ciddi bir kolera salgını baş göstermişti. Snow ölüm kayıtlarını inceledi ve ölenlerin hanelerinde incelemelerde bulundu. Bu salgında yaklaşık 600 kişi ölmüştü.(38) Snow bu vakaları harita üzerinde gösterdi. Ayrıca su dağıtım şirketlerinin bölgelerine göre de vakaları kıyasladı.(39) Snow’un harita üzerinde vakaları göstermesi geospatial analizlerin ilk örneklerindendir.(40) Bunun üzerine ölenlerin Broad Street’te bulunan bir su pompası civarında olduğunu tespit etti.(41) Snow çeşme etrafındaki okul, işyeri ve lokantaları da incelemeye aldı.(42) Sonunda pompa sökülerek kuyu incelendiğinde Snow haklı çıkmıştı. 1854 yılında yaşanan bu kolera salgınındaki nedensel çıkarımları John Snow’u epidemiyoloji biliminin kurucusu haline getirdi.

Rudolf Virchow

Virchow 1821 yılında Polonya’nın bir kasabasında doğmuştur.(43) Rudolf Virchow patoloji ve patofizyoloji alanlarında uzmanlığının yanı sıra Berlin Kent Konseyi’nde görev almış aktif bir politikacıydı.(44) 1838 yılında Prusya hükümetince bir tifo kaynaklı salgın incelemesi için görevlendirilmiş ve bu salgınla ilgili hazırladığı raporda ekonomik krizin bu salgında etkili olduğunu belirtmişti.(45) Virchow bu raporla hastalıkların sadece biyolojik değil aynı zamanda sosyoekonomik durumlar nedeniyle de olabileceğini aktarmış ve sosyal önlemlerin alınması gerektiğini vurgulamıştır. Siyasi reform, eğitim, yerel yönetimde demokrasi, sosyal, ekonomik ve tarımsal reform adına bir dizi öneride bulunmuştur.(46) Sosyal koşulların hastalıkların yayılmasında etkili

olduğuna dair teorisini hayatı boyunca aktif olarak savunmuştur.(47) Bu yönüyle Virchow sağlığın korunması, sağlığın geliştirilmesi ve sosyal tıp kavramlarına öncülük etmiştir.

2.2. Günümüzde Halk Sağlığı

Dünyamızda 21. yüzyıla gelene kadar hem sağlık alanında hem teknoloji alanında çok sayıda olumlu gelişme yaşanmıştır. Sağlıkla ilgili başarı ve kazanımların çoğunluğu 20. yüzyılda elde edilmiştir.(48) Bu gelişmeleri en iyi açıklayan kavramlardan biri de epidemiyolojik geçiş kavramıdır. 1971 yılında Omran tarafından ortaya atılan bu kavram toplumların sağlıkla ilgili durumlarının nasıl değiştiiğini açıklamaktadır.(49) Epidemiyolojik geçiş teorisine göre ilk dönemde ölümlerin önemli nedeni salgın hastalıklar iken sonraki dönemlerde ölüm nedenleri bulaşıcı olmayan hastalıklara ve ileri yaşı sorunlarına bağlı kayıplar olmuştur. Ülkeler aynı zaman diliminde farklı dönemleri de yaşıyabilmektedir. Örneğin gelişmiş ülkelerde yetersiz beslenme, salgın ve bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler toplam ölümlerin çok azını kapsarken gelişmemiş ülkelerde ise bu durum tam tersidir.(50)

Sağlıkla ilgili bu gelişmeler halk sağlığı biliminin de ilerlemesini sağlamış ve çağdaş kazanımlar elde etmesine neden olmuştur. Günümüzde halk sağlığı kavramı farklı bir boyut kazanmış ve bu aşamaya gelene kadar beş ayrı dönem geçirmiştir. Halk sağlığının evrelerini ve paradigma değişimlerini gösteren bu beş dönem aşağıda verilmiştir.(51)

Birinci evre: Bu dönem ilk çağlardan 1830'lu yıllara kadar olan dönemi kapsamaktadır. Bu dönemde hastalıklar seçkinlerin dini veya kültürel uygulamaları ile sonlandırılmaya çalışılıyordu. Yine ilk karantina uygulama örneklerinin görüldüğu bir dönemdir.

İkinci evre: 1840 ile 1870'li yıllar arasında yer alan bu dönemde hakim görüş miasma teorisiydi. Kötü kokuların ve olumsuz çevre şartlarının hastalıklara neden olduğu düşünölmekteydi. Sürveyans ve epidemiyolojinin temellerinin atıldığı bu dönemde çevresel önlemler halk sağlığı politikalarının merkezinde olmaya başlamıştır.

Üçüncü evre: Miasma teorisinden sonra germ teorisi ortaya atılmış ve hastalıklarının nedeninin mikroplar olduğu düşünölmüştür. Dolayısıyla bu dönemde

aşılama ve sanitasyon önlemleri daha ön plana çıkmıştır. 1880’de başlayan bu dönem 1940 yılına kadar devam etmiştir.

Dördüncü evre: Koruyucu tıp hizmetlerinin ön plana çıktığı ve yüksek riskli grupların önceliklendirilmeye başladığı dönemdir. Modern klinik patolojinin de temelleri bu dönemde atılmıştır. Bu evre 1940’lı yıllarda başlayıp 1970’lere kadar devam etmiştir.

Beşinci evre: 1970’li yıllarda başlayıp 1980’li yılların sonuna kadar devam etmiştir. Bu evrede temel sağlık hizmetleri kavramı öne çıkmış ve 21. yüzyıl için hedefler konulmuştur. Sağlık kavramı sadece sağlıkla ilgili kuruluşların değil aynı zamanda diğer kurum ve sektörlerin de sorumluluğudur. Ayrıca bu evrede sağlıkla ilgili konularda toplum katılımının da olması gerektiği vurgulanmıştır.

Bu evrelerden geçtikten sonra halk sağlığı yeni bir döneme girmiş ve artık halk sağlığının en önemli unsurlarından biri sağlığın teşviki ve geliştirilmesi olmuştur. Yeni halk sağlığı dönemi olarak da adlandırılan bu evrede 1986 yılında ilan edilen Ottawa bildirgesiyle sağlığın geliştirilmesi hızlandırılmış ve bu alanda büyük katkılar sağlanmıştır. Ottawa bildirgesi ile sağlığın geliştirilmesinde beş temel strateji belirlenmiştir.(52) Bu stratejiler ise şunlardır;

- Kamu politikalarının oluşturulmasında sağlığı da esas almak
- Destekleyici çevreler oluşturmak
- Toplum katılımını güçlendirmek
- Sağlık eğitimleriyle kişisel kapasiteyi artırmak
- Sağlık hizmetlerini yeni bir anlayışla dizayn etmek

Sağlığın geliştirilmesi kişinin sağlığına dair kontrol kapasitesinin artırılması ve kendi sağlığının daha iyiye taşınması olarak da tanımlanabilir.(53) Günümüz halk sağlığı anlayışı sadece koruma ve önleme politikalarını değil aynı zamanda sağlığı geliştiren politika ve programları da gerektirmektedir. Ancak bu şekilde 1948 yılında DSÖ tarafından tanımlanan ideal sağlık seviyesine ulaşılabilir.

Tüm bu gelişmeler çerçevesinde 21. yüzyılda halk sağlığında önemli başarılar da elde edilmiştir. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tarafından 2001-2010 yılları arasında dünya çapında elde edilen en başarılı 10 halk sağlığı uygulaması

yayınlanmıştır.(54) Belli bir sıra olmaksızın aşağıda yer alan uygulamalar en önemli halk sağlığı başarıları arasına girmiştir.

1. Çocuk ölümlerinin azalması
2. Aşılama
3. Güvenli su ve sanitasyon
4. Sıtma kontrol programları
5. HIV kontrol programları
6. Tüberküloz kontrolü
7. Tropikal hastalıkların kontrolü
8. Tütün kontrolü
9. Yol güvenliği için farkındalığın artması
10. Küresel sağlık tehditlerine hazırlılık ve cevap

Elde edilen bu başarıların yanı sıra halk sağlığının mücadele etmesi gereken bazı zorluklar da bulunmaktadır. Halk sağlığı profesyonellerinin tek başlarına bu sorunların üstesinden gelmesi de pek mümkün gözükmemektedir. Halk sağlığı sorunları giderek daha karmaşık hale gelmekte ve nedensellik ilişkisi kurmak kolay olmamaktadır. Küreselleşme, çok hareketlilik, ekonomik darlıklar, yeni hastalıklar gibi birçok durum sağlığı daha çok etkilemektedir. Özellikle 21. yüzyılda siyasi, ekonomik ve sosyal faktörlerin sağlığın üzerindeki etkisi daha da artmış durumdadır.(55) Bu nedenle sorunların çözümünde çok sektörlü ve çok disiplinli yaklaşımlar gerekmektedir. Günümüzde halk sağlığı alanında öncelikli sorunlar listesine birçok başlık yazılabilir. Bu öncelikler belirlenirken hastalıkların sıklığı, önemi, toplum ve sağlık çalışanlarının ilgisi gibi faktörler dikkate alınmaktadır.(56) Dünyada küresel salgınlar, sağlıkta ülkeler arası ve ülkeler içindeki eşitsizlikler, beslenme sorunları (obezite ve yetersiz beslenme)(57), iklim değişikliği, bağımlılık, şiddet, mental sorunlar gibi konular başı çekmektedir. Dolayısıyla bu güncel sorunların üstesinden gelmek, yeni başarılarla imza atmak ancak halk sağlığı perspektifi ile mümkün olabilecektir.

2.3. Halk Sağlığının Geleceği

Halk sağlığı günümüzdeki sorunlara geleneksel yaklaşımın ötesinde yeni bir yaklaşım geliştirmek zorundadır. Artık dünyada kronik ve dejeneratif hastalıklar ön plana çıkmaktadır. Bunun yanı sıra Covid-19 pandemisinde olduğu gibi yeni enfeksiyonlar çıkmakta veya var olan bazıları yeniden önem kazanmaktadır.(58) Tüm

bu sorunların nedensellik durumları ise oldukça karmaşık olup biyolojik faktörlerin dışında da birçok etken söz konusu olmaktadır.(59) Son yıllarda halk sağlığı programları biyomedikal çerçevenin dışında kişilerin yaşam tarzlarını, sosyal ve fiziksel çevrelerini, psikososyal ve kültürel özelliklerini de dikkate almaktadır. Sağlığın belirleyicileri olarak da adlandırılan tüm bu özellikleri içine alacak sağlığı geliştiren ve teşvik eden politikalar için yeni bir halk sağlığı yönetim anlayışı geliştirilmelidir. Bu kapsamda atılacak adımlarla başarıya ulaşmada güçlü liderlik ve geniş bir toplum katılımı kilit rol oynamaktadır.(60)

Halk sağlığı müdahalelerinin etkisi maksimize etmek için beş temel seviyede müdahale bulunmaktadır.(61) İlk seviyede eğitim, gelir, sağlık güvencesi gibi sosyoekonomik faktörlere yönelik müdahaleler yer almaktadır. İkinci seviyede ise kişilerin sağlıklı tercihler yapmalarına yönelik geleneksel halk sağlığı müdahaleleri bulunmaktadır. Üçüncü seviyede ise bağışıklama gibi sürekli koruyucu sağlık hizmetleri gelmektedir. Dördüncü seviyede ise bir kronik hastalığın tedavisi ve bakımı gibi uzun süreli klinik müdahaleler bulunmaktadır. Son seviyede de sağlığın geliştirilmesi ve teşviki için eğitim ve danışmanlık faaliyetleri yer almaktadır.(62) Bu müdahalelerin başarılı sonuçlar vermesi için halk sağlığının bazı değişimlere de ayak uydurması gerekmektedir. Hızla değişen küresel yapıda halk sağlığı yaklaşımı da sürekli değişmekte ve kendini geliştirmektedir. Değişimin beş temel ilke çerçevesinde yapılandırılması gerektiği savunulmuştur. İnsan odaklı yaklaşım, kapsayıcı bir sağlık koruma stratejisi, bilimsel ve yeni teknolojiyle donatılmış bir insan gücü, çok sektörlü-çok disiplinli yaklaşım, siyaseten bağımsız ve güçlü finansmana sahip kurumlar bu değişimin odak noktasını oluşturmalıdır.(63) Özellikle son yıllarda tele-tıp uygulamaları gibi sağlıkta teknoloji kullanım alanların artması yeni nesil yöneticilerin ve halk sağlıkçıların bilişim tarafının güçlü olmasını da gerektirmektedir.(64)

Halk sağlığı yeni zorluklara karşı sürveyans, yönetim ve iletişim gibi temel işlevleri kullanmaya devam ederken kendisine yeni bir vizyon da belirleyecektir. Böylelikle halk sağlığı eskiden olduğu gibi gelecekte de toplumda etkin rol almaya başlayacaktır.(65) Bu vizyon içerisinde halk sağlığının daha önemli roller alacağı bazı alanlar bulunmaktadır. Özellikle kronik hastalıklarda az etkili olan risk faktörlerini belirlemek üzere daha hassas epidemiyolojik çalışmalar bu alanlardan biridir. Sürveyans sistemlerinin enfeksiyon dışında da yaygın olarak kullanılması, sağlık hizmetlerinin

kalitesini artıracak maliyet etkin müdahalelerin kurgulanması ve sadece kişisel değil toplumsal düzeyde de sağlık sorumluluğunu artıracak faaliyetlerin planlanması diğer önemli alanlardır.(66)

DSÖ Avrupa Bölgesinin 2011 yılında halk sağlığı kapasitesinin güçlendirilmesi ile ilgili hazırladığı belgede bazı temel halk sağlığı operasyonlarını tanımlanmıştır.(67) Bu belgede yer alan halk sağlığı operasyon alanları ülkelerin kendi kapasitelerini değerlendirmeleri için aşağıdaki 10 alanı kapsamaktadır;

1. Hastalık sürveyansı ve toplum sağlığının değerlendirilmesi
2. Toplumda öncelikli olan sağlık sorunlarının belirlenmesi
3. Halk sağlığı acilleri için planlama ve hazırlık sağlanması
4. Sağlığı koruma çalışmalarının yapılması
5. Hastalıkların önlenmesi
6. Sağlığın geliştirilmesi
7. Yetkin halk sağlığı insan gücünün sağlanması
8. Halk sağlığı için politika geliştirme, kalite güvencesi ve finansman sağlanması
9. Halk sağlığı adına temel iletişim stratejilerinin oluşturulması
10. Politika geliştirme ve hizmet sunumunu geliştirmek için sağlık araştırmaları

Sonuç olarak halk sağlığı son yüzyılda bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere birçok alanda büyük başarılar elde etmiştir. Günümüzde ve gelecekte halk sağlığının bu başarıları sürdürebilmesi için halk sağlığı uygulamalarını çok sektörlü, çok disiplinli ve güçlü toplum katılımını sağlayacak şekilde geliştirmesi gerekmektedir.(68) Bunu başarmanın yolu da halk sağlığındaki yeniliklere karşı yeterli ilgi ve finansmanı ayırmaktan geçmektedir.(4)

2.4. Ülkemizde Tıp Eğitiminde Halk Sağlığı

Dünyada ve ülkemizde tıp eğitiminde önemli adımlar 20. yüzyıl başlarında atılmaya başlamıştır. Dünyada çağdaş eğitim anlayışının gelişmesinde Abraham Flexner'in hazırladığı eleştirel rapor etkili olmuştur. Flexner raporunda hekimlerin kültürel tarafının zayıf olması ve işlevselliklerinin daha çok koruyucu hizmetlere yönelik geliştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.(69) Aynı dönemlerde ülkemizde Refik

Saydam'ın yönetiminde yurt ve burs imkanlarıyla tıp eğitimi özendirilmeye çalışılıyordu.(70) Dönemin ihtiyaçlarına yönelik planlamalar yapılmış ve hekim ihtiyacını karşılayacak adımlar atılmaya başlamıştı. 1945 yılından itibaren yeni tıp fakültelerinin kurulmaya başlamasıyla üniversite tıp eğitimi zamanla daha yaygın hale gelmiş ve mezun olan hekim sayısı da giderek artmıştır. 2021 yılında Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından Yükseköğretim Kurumları Sınavıyla (YKS) en az ilk 50.000 sıralamaya giren öğrenciler için 16.120 tıp fakültesi kontenjanı açılmıştır. Bu kontenjanların %98,3'ü ilk yerleştirme sonucunda dolmuştur.(71) Yine 2021 yılı Eylül ayında yapılan Devlet Hizmet Yükümlülüğü (DHY) 100. dönem kurasında 10.540 tıp fakültesi mezunu doktor atanmıştır.(72)

Tıp eğitimi müfredatının içeriğinin hazırlanması ve standartların belirlenmesi için 2001 yılında Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) başlamıştır. İlk eğitim programları 2002 ve 2014 yılında hazırlanmıştır. 2014 yılında alınan kararla program oluşturulan komisyon tarafından altı yılda bir güncellenmektedir. Son güncelleme 2020 yılında 2014-UÇEP ile ilgili olarak başlıca üç alanda yapılmıştır. Bu alanlar mezunların yetkinliği ve yeterliliği, klinik ve temel hekimlik uygulamaları ile semptomlar/durumlar başlığı ile ilgilidir.(73) UÇEP-2020 mezunların birinci basamakta en donanımlı şekilde çalışabilecekleri şekilde hazırlanmıştır. Yine UÇEP-2020'ye göre bir tıp fakültesinden mezun olan doktorun üç alanda yetkinliğe sahip olması beklenmektedir. Bu alanlar mesleki uygulamalar, mesleki ve bireysel gelişim ile mesleki değerler ve yaklaşımlar alanlarıdır. Çekirdek eğitim programında belirlenen bu üç ana alanın alt kırılımlarına bakıldığında sekiz yetkinlik alanı ve bunun içerisinde yer alan 32 yeterlik bulunmaktadır.(74) Yeterliklerin önemli bir kısmı da halk sağlığının alt alanı ya da yakından ilgilendiği koruyucu sağlık, sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi, toplum sağlığı, çevre sağlığı, çalışan sağlığı, sağlık savunuculuğu, sağlık yönetimi, sağlık iletişimi, epidemiyoloji ve sağlık araştırmaları gibi konularla ilişkilidir. Bunun yanı sıra UÇEP-2020 temel tabiplik uygulamaları içinde toplum sağlığı ve koruyucu hekimlik uygulamaları, bilimsel araştırma prensipleri ve uygulamaları, sağlamlık ve taramalar başlıkları altında uygulamalar yer almaktadır.(75) Dolayısıyla mezuniyet öncesi tıp eğitiminin içeriğinde ve mezuniyet sonrası bir hekimde olması gereken yeterlik ve uygulama becerilerinde halk sağlığı önemli bir rol oynamaktadır. Tıp fakültelerinin birçoğu UÇEP'e göre tıp eğitim planlarını gözden geçirmektedirler. Yine tıp fakültelerinin çoğu topluma dayalı eğitim sistemini benimsemiştir.(75) Ayrıca tüm tıp

fakültelerinde altı yıllık tıp eğitim programının son senesinde halk sağlığı stajı da yer almaktadır. Genelde stajlarda yüz yüze yapılan teorik derslerle beraber sahada uygulamalı eğitimler de verilmektedir. Son sınıf öğrencileri sahada Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ya da İlçe Sağlık Müdürlüklerinde (İSM) staj yapmaktadırlar. Topluma dayalı eğitim modeli benimseyen bazı tıp fakültelerinde farklı kurum ziyaretleri de yapılmaktadır.(76) Bunun bir istisnası yakın zamanda Covid-19 pandemisi nedeniyle yaşanmış ve tıp eğitimi bu durumdan etkilenmiştir. Salgın nedeniyle 2020 yılında bazı saha uygulamaları aksamış ve yüz yüze dersler uzaktan eğitimle tamamlanmak zorunda kalmıştır.(77)

Tıp eğitiminde halk sağlığının yeri açısından iki temel nokta dikkati çekmektedir. Bunlardan birincisi yeterlikler ve yetkinlikler iken diğeri ise mesleki uygulamalardır. Tıp fakültelerinde bu iki noktada nitelikli bir eğitim sağlanması durumunda hekimlerin halk sağlığı pratik ve uygulamalarında önemli kazanımlar elde edilmiş olacaktır. Mezuniyet sonrası atanan her hekim ister birinci basamakta ister ikinci veya üçüncü basamakta çalışsın bu uygulamaları hayata daha kolay geçirecek ve dolayısıyla toplum sağlığını bir üst seviyeye çıkaracaktır.(78) Bu kapsamda tıp eğitimi ele alındığında halk sağlığına ilişkin teorik ve pratik uygulamaların olabildiğince iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu iyileştirmeleri yapabilen tıp fakültesi yönetimleri ideal hekimleri yetiştirmede esas başarıya ulaşacaktır.(79) Çünkü halk sağlığı ders ve staj kalitesinin artırılması bireysel olarak sağlığın geliştirilmesine ve ulusal düzeyde daha sağlıklı bir topluma dönüşmemize aracı olacaktır. Bu nedenle hem ulusal düzeyde hem fakülte düzeyinde eğitim içeriklerinin ihtiyaçlara uygun olarak sürekli güncellenmesi gerekmektedir.(80)

Halk sağlığı ders ve stajlarının tıp eğitiminde ne kadar önemli olduğunu hatta bu durumun doğrudan doğruya toplum sağlık düzeyine etki edebileceği bundan önceki satırlarda ifade edilmiştir. Bu konuda Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin (HASUDER) alt çalışma gruplarından olan halk sağlığı eğitimi grubu 2014 yılında bir rapor hazırlamıştır. Bu raporda tıp eğitiminde halk sağlığının neden önemli olduğu özellikle vurgulanmıştır. Raporda tıp eğitiminde halk sağlığının önemine değinilen bazı alanlar şu şekilde sıralanmıştır;(78)

- Sağlıkla ilişkili olaylara toplumsal yönden bakmayı ve eğitimlerde bunu sistematik yaklaşım biçiminde kurgulayan tek disiplin halk sağlığıdır.

- Hekimlere atanacakları yerlerde kullanabilecekleri düzeyde sağlık yönetimi yeteneğini kazandırır.

- Hekimlere hizmet sunulan bireylerin sağlık avukatı olma, liderlik ve sağlık danışmanlığını yapabilme becerisini sağlar.

- Hekimlere hizmet sundukları bölgeyi tanıma ve toplumun ihtiyaçlarını analiz etme yeteneğini kazandırır.

- Mezuniyet sonrası hekimler sağlık hizmetlerini ve sağlık sistemini bütünsel bir yaklaşımla değerlendirebilir.

- Hekimler bireylerin sağlığının sadece hastalıkları zamanında değil, DSÖ tanımında belirtilen şekliyle dikkate alır.

Sonuç olarak her tıp fakültesi öğrencisinin mezuniyet öncesi temel kazanımları arasında halk sağlığı önemli bir yer tutmaktadır. Hekimler ister temel veya klinik bilimlerden birinde uzman olsun, ister pratisyen hekim olarak çalışsın her alanda ve sağlığın her basamağında halk sağlığı yaklaşımına sahip olmalıdır. Bu yaklaşımı kazandıracak en önemli yerler ise tıp fakülteleridir. Hem UÇEP uygulamaları kapsamında hem de fakültelerin kendi eğitim yöntemlerinin içinde halk sağlığına verilen önem ve değer giderek artmalıdır. Ayrıca eğitim programlarının sürekli güncellenmesi ve geleceği de yakalaması gerekmektedir. Ancak bu şekilde nitelikli hekimler yetiştirilebilir ve toplumsal sağlık düzeyi daha da yükseltilebilir.

2.5. Ülkemizde Uzmanlık Eğitiminde Halk Sağlığı

Ülkemizde 1936 yılında Refik Saydam tarafından açılan halk sağlığı okulu ile halk sağlığı alanında eğitim vermeye başlanmıştır. İlk uzmanlık eğitimi ise 1958 yılında Nusret Fişek'in okul müdürü olduğu dönemde başlamıştır. Bu yıllarda eğitim süresi iki yıl olup bu sürenin 8 ay kadarı yabancı dil eğitimi ile geçmekteydi. Kalan sürelerde ise eğitim halk sağlığı ihtisası ile devam etmekteydi. 1966 yılına kadar olan dönemde 56 doktor ihtisasını tamamlamıştır. Nusret Fişek'in 1960 yılında sağlık müsteşarı olmasının da etkisiyle tababet uzmanlık tüzüğünde halk sağlığı bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmıştır.(81) Tıp fakültesinde halk sağlığı eğitiminin temelleri ise 1963 yılında Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesine bağlı toplum hekimliği enstitüsünün kurulmasıyla atılmıştır. 1981 yılında bu enstitü kapatılmış ve toplum hekimliği yerine halk sağlığı bilim dalı ismi kullanılmaya başlamıştır.(82) Zamanla

diğer üniversitelerin de açılmasıyla uzmanlık eğitimi veren halk sağlığı ana bilim dallarının sayısı giderek artmıştır.

Halk sağlığı uzmanının toplumun sağlık durumunu belirlemek, bu durumu etkileyen faktörleri saptamak, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için programlar hazırlamak, bu programların uygulanmasında görev almak ve değerlendirmek, her düzeyde sağlık danışmanlığı ve yöneticiliği yapmak gibi görevleri vardır.(83) Halk sağlığı aynı zamanda bir dahili tıp bilimleri altında yer alan bir klinik branştır. Dolayısıyla halk sağlığı uzmanı da aynen bir klinisyen gibi teşhis ve tedavi yapar. Fakat klinisyen ile aralarında bazı farklar vardır. Bu farklar ise şunlardır;(1)

- Klinisyenler bireylere sağlık hizmeti sunarken halk sağlıkçılar tüm topluma sağlık hizmeti sunar.
- Klinik hizmetler belli kurumlarda sunulurken halk sağlığı hizmetleri her yerde sunulmaktadır.
- Klinikte temel tanı yöntemleri olarak anamnez, fizik muayene, tahlil ve tetkikler kullanılırken halk sağlığında epidemiyoloji uygulamaları kullanılır.
- Klinik tedavi yöntemleri genelde tıbbi ilaç uygulamaları veya cerrahi girişimler olurken halk sağlığı müdahale yöntemleri sağlık eğitimi ve sağlık yönetimi uygulamaları olmaktadır.
- Klinisyenler kişideki hastalığı tespit için bir organdan tanı biyopsi alırken halk sağlığı uzmanları toplumdaki durumu tespit için örneklem seçerler.(13)

Günümüzde bir tıp fakültesi mezununun halk sağlığı uzmanı olabilmesi için Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) girmesi gerekmektedir. TUS her yıl Şubat ve Eylül aylarında olmak üzere yılda iki defa yapılmaktadır. Sınav sonuçları temel ve klinik puan şeklinde açıklanmaktadır. Halk sağlığı uzmanlığı süresi dört yıl olup klinik puanla tercih edilebilmektedir. Eğitim veren kurumlar sınav öncesi talep ettikleri uzmanlık öğrenci sayısını Sağlık Bakanlığına bildirmektedirler. Bakanlık Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun (TUK) da görüşlerini alarak ilgili kontenjanları ÖSYM'ye iletir. ÖSYM sınav dönemlerinde bu kontenjanları ilan eder.(5)

ÖSYM tarafından 2021 Ocak ayında hazırlanan 2020 TUS birinci ve ikinci dönem değerlendirme raporu hazırlanmıştır. 2020 yılı uzmanlık sınavı birinci döneminde halk sağlığına 82 (%1,3, n=6155) kontenjan ayrılmıştır. Tercihlerinde halk

sağlığı yazan kişi sayısı ise 661(%2,3, n=28874)'dir. Açılan 82 kontenjandan 76 (%92,7) tanesine yerleşen hekim olmuştur. Yerleşenlerin 46'sı (%60,5) kadındır. Yerleştirme puanları içinde en düşük puan 50,91 iken en yüksek puan 65,81'dir. Halk sağlığına yerleşen hekimlerin ortalaması da 57,22'dir. 2020 TUS birinci dönemde tercih edilen toplam 40 uzmanlık bölümü arasında bu ortalama en yüksek 26. puan ortalamasıdır. 2020 TUS ikinci dönem sınavında ise halk sağlığı için 87 (%1,4, n=6024) kontenjan açılmış ve 83'ü (%95,4) dolmuştur. 4 kontenjan ise boş kalmıştır. Tercihlerinde halk sağlığı yazan kişi sayısı ise 702 (%2,4, n=29303)'dir. Tercihlerine yerleşen hekimlerin 53'ü (%63,9) kadındır. Yerleştirme puanları içinde en düşük puan 49,49 iken en yüksek puan 63,25'dir. Halk sağlığına yerleşen hekimlerin ortalaması da 56,97'dir. 2020 TUS birinci dönemde tercih edilen toplam 38 uzmanlık bölümü arasında bu ortalama en yüksek 26. puan ortalamasıdır.(84) 2021 TUS birinci dönem sınavında toplam 5855 genel kontenjan açılmış ve bu kontenjanların 5029'u (%85,9) ilk tercihler sonrası dolmuştur.(85) Genel kontenjanların 81 tanesi (%1,3) halk sağlığı uzmanlık eğitimi için açılmış olup yerleşen sayısı ise 80'dir. Sadece Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Jandarma Genel Komutanlığı adına açılan kontenjan boş kalmıştır.(86) 2021 yılı ikinci dönem TUS için açılan kontenjan sayısı 5672'dir. Yerleşen hekim sayısı ise 4872 (%85,9) olmuştur.(87) Açılan 5672 kontenjanın 80 tanesi (%1,4) halk sağlığı uzmanlık eğitimi için açılmıştır. Halk sağlığına açılan tüm kontenjanlar ilk tercihler sonucunda dolmuştur.(88)

Ayrıca ÖSYM tarafından yan dal uzmanlık sınavı (YDUS) yapılmaktadır. YDUS kapsamında halk sağlığı ana dalından üç yan dal alanı için uzmanlık öğrencisi alınmaktadır. Bu yan dallar iş ve meslek hastalıkları, epidemiyoloji ve çevre sağlığı yan dallarıdır. 2021 yılında yan dal uzmanlık sınavında iş ve meslek hastalıkları ve epidemiyoloji yan dallarına beşer kontenjan, çevre sağlığı yan dalına ise üç kontenjan ayrılmıştır. Toplam ayrılan kontenjan sayısı 13 olup bu kontenjanların 7 tanesi YÖK adına, 6 tanesi ise Sağlık Bakanlığı adına açılmıştır. 2021 yılında yan dal alımı yapan halk sağlığı ana bilim dallarının bulunduğu fakülteler ise Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesidir.(89)

Halk sağlığı uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık boyunca alacakları eğitimlerin standartlarını ve müfredatını Tıpta Uzmanlık Kuruluna (TUK) bağlı bir komisyon olan Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standartları Belirleme Sistemi (TUKMOS) belirler. TUKMOS tarafından uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatının en son hali 11.09.2019 tarihinde hazırlanmıştır. Müfredata göre halk sağlığı uzmanlık öğrencileri dört yıllık bir eğitim dönemi içinde halk sağlığının tüm alt dallarını kapsayacak şekilde ders, kurs ve seminerlerle kuramsal bir eğitim alır. Bunun yanı sıra uzmanlık öğrencileri saha eğitimi ve klinik rotasyonlar yaparlar. Klinik rotasyonlar çocuk sağlığı, kadın hastalıkları, ruh sağlığı, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji ile ilgili altı branşta yapılmaktadır. Klinik rotasyon süreleri ilgili her branşta geçecek bir ay olmak üzere toplam altı aydır. Ayrıca öğrenciler uzmanlık eğitimi bitmeden bir tez hazırlamak zorundadırlar. Halk sağlığı uzmanının sahip olması gereken yetkinlikler yedi temel alanda belirlenmiştir. Bu yedi alan şu şekildedir;(90)

- Hizmet sunucusu
- Öğrenen ve öğreten
- İletişim kuran
- Değer ve sorumluluk sahibi
- Yönetici
- Ekip üyesi
- Sağlık koruyucusu

Halk sağlığı uzmanlık öğrencileri ayrıca eğitim süresi boyunca bir tez hazırlamak zorundadır. Hazırlanan tezler hem araştırma becerisini geliştirme için bir fırsat hem de bilimsel bir katkı sunması açısından önemlidir. Ayrıca tezlerin makale olarak yayınlanması, ulusal veya uluslararası düzeyde bilimsel yayınlara dönüşmesi eğitimin anlamlı birer çıktısı olacaktır. 2000-2018 yılları arasında halk sağlığı uzmanları tarafından yapılan 565 tezin 131(%23,3) tanesi uluslararası, 40 (%7,0) tanesi ise ulusal yayına dönüşmüştür. Tezlerin çoğunluğu bulaşıcı olmayan hastalıklar, iş sağlığı, üreme sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar konusunda yapılmıştır.(91) 2009-2019 yıllarında yapılan tezleri inceleyen bir araştırmada konulara göre benzer bir dağılım yüksek lisans ve doktora tezleri için de tespit edilmiştir.(92) 1998-2019 arası dönemde yapılan doktora

ve uzmanlık tezlerini inceleyen bir çalışmada ise doktora tezleri en çok kadın-üreme sağlığı alanında yapılmışken uzmanlık tezleri ise en çok iş sağlığı alanında yapılmıştır. Yine aynı çalışmada sağlık yönetimi alanında yapılan tezlerin diğer ana konulara göre nispeten az olduğu ifade edilmiştir.(93) Uzmanlık öğrencisi tez sürecini bir danışman hoca ile birlikte yürütmektedir. Çoğunlukla danışmanlar asistanlığın ilk seneleri içinde belirlenmektedir.(94) Danışman tez süresi boyunca her üç ayda bir uzmanlık öğrencisini değerlendirir. Tez tamamlandığında öğrenci tez savunmasını belirlenen jüriye başarıyla vererek tez sürecini tamamlar.(5)

Son yıllarda halk sağlığı uzmanlık öğrencisi kontenjanlarının giderek artması uzmanlık eğitiminde bazı sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Bu sorunların başında asistan sayısının hızla artmasına karşın kaliteli bir eğitimin sürdürülmesi meselesi gelmektedir.(95) Halk sağlığı uzmanlık öğrenci sayılarının artmasına paralel olarak öğretim üyesi sayısının yeterince artmaması da bir diğer sorundur. Bunun yanı sıra saha ve klinik rotasyonlarda da bazı sorunlar yaşanmaktadır.(83) Asistanların eğitim kazanımları ve süreçleri asistan karneleri ile takip edilmektedir.(96) Asistan karnelerinin doldurulması ve içeriğinin tamamlanmasında da bazı eksiklikler yaşanabilmektedir. Ayrıca uzmanlar mesleki hayatlarına başladıktan sonra da birtakım sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Bunlardan birisi de halk sağlığı uzmanlarının atandıkları kurum ihtiyaçlarına göre aldıkları hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması öz yeterliklerin gelişimini olumsuz etkilemesidir.(97) Bahsi geçen tüm bu sorunlara çözüm önermek adına halk sağlığı uzmanlık eğitimini ve halk sağlığı profesyonellerinin mesleki gelişimlerini değerlendirmek üzere 2019 yılında HASUDER tarafından bir çalıştay düzenlenmiştir. Çalıştayda uzmanlık eğitimindeki güncel durum da raporlanmıştır. Uzmanlık eğitim süreci ve istihdamı ile ilgili olarak raporda yer alan bazı önemli gündemler ise şu şekilde sıralanmıştır;(98)

- Saha eğitimlerinin standartlarının belirlenmesi ve rotasyon kapsamına dahil edilmesi

- Asistan karnelerinin asgari standartlarının oluşturulması
- Sağlık eğitim ve araştırma bölgesi ile ilgili protokollerin güncellenmesi
- Asistanlar için yeterli fiziki şartların sağlanması
- Klinik rotasyonların amacına uygun hale getirilmesi

- Halk sağığı uzmanlarının yöneticilik pozisyonlarına atanması ve ödeme katsayılarının iyileştirilmesi

- Halk sağığı uzmanlarının çalışma alanlarının tanıtılması, kendi alanları dışında görevlendirme yapılmaması

Uzmanlık eğitimi sürecinde yaşanan bu sorunları çözmek için HASUDER bünyesinde önemli adımlar atılmıştır. Bu noktada atılan en önemli adım 2011 yılında halk sağığı yeterlik kurulu yönergesinin kabul edilmesidir. Kurulun amacı uzmanlık eğitimini iyileştirmek, eğitimin standartlarını ve içeriklerini oluşturmak, asistan karnesi vb izleme araçları üretmek, eğitim veren kurumları akredite etmek, uzmanlığını alan hekimlerin yeterliklerini belirlemek, oluşturulan standartları uluslararası düzeye yükseltmek ve uzmanların sürekli mesleki gelişimlerini takip etmektir. Nihayetinde kurul çalışmaları sonucunda toplumsal düzeyde sağığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesi hedeflenir.(99) Çünkü eğitimi iyi almış halk sağığı profesyonelleri, iyi yetişmiş halk sağığı insan gücü toplumun sağık göstergelerinde istenilen etkileri gösterebilecektir.(100) Bu nedenle halk sağığı alanında en önemli insan gücü olan halk sağığı uzmanlarının eğitime olabildiğince özen gösterilmeli ve uzmanlık eğitimi cazip hale getirilmelidir.

2.6. Halk Sağığı Alanında İstihdam ve Kariyer

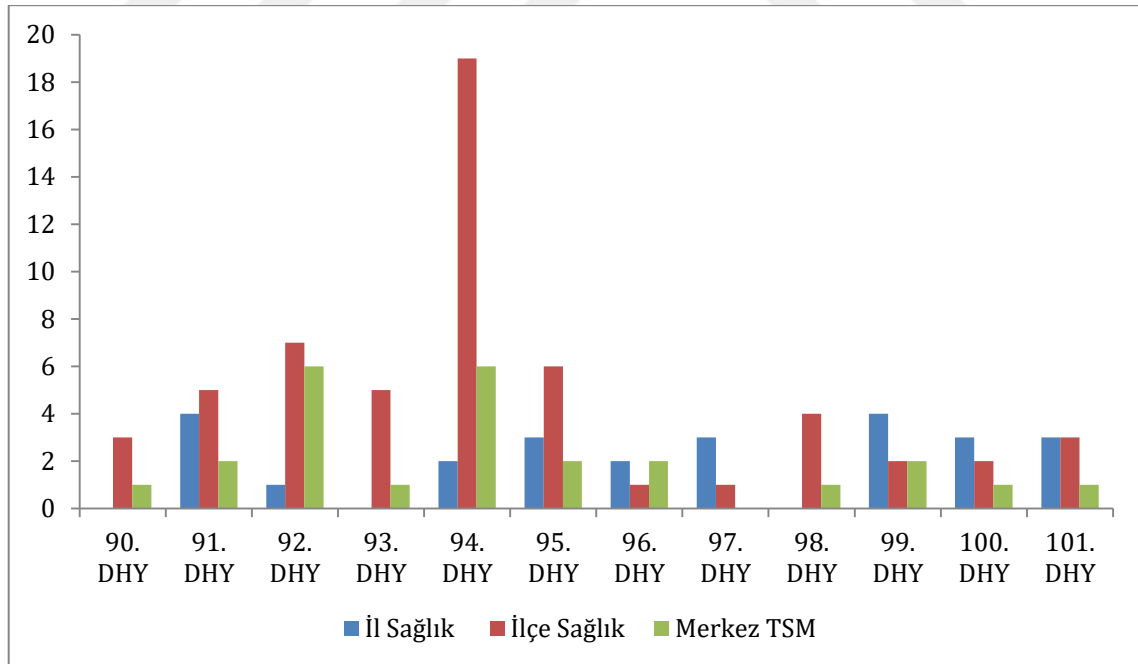
Ülkemizde görev yapacak tıp fakültesinden yeni mezun hekimlerin kariyerlerinde genellikle iki tercih öne çıkmaktadır. Bunlardan birincisi uzmanlık sınavına girerek bir alanda ihtisas yapmak ikincisi ise pratisyen hekim olarak kamu bünyesinde çalışmaktır.(101) Hekimlerin büyük çoğunluğu mezuniyetten sonra bir uzmanlık alanında ihtisas yapmak istemektedirler.(102) Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin yaklaşık %10 kadarı ise özel sağık kuruluşları, ilaç şirketleri ve serbest olarak çalışmak istemektedir.(103) Ülkemizde yapılan bir çalışmada öğrencilerin çoğu mesleki tatmin, kariyer, kazanç, statü ve çevresel baskılardan dolayı uzmanlığın gerekli olduğunu düşünmektedir. Sadece %6 kadarı uzmanlık eğitiminin gerekli olmadığını belirtmiştir.(103) Tıp fakültesi öğrencilerinin mezun olduktan sonra kariyer yapmayı düşündükleri uzmanlık alanını seçmelerinde bazı faktörler etkili olmaktadır. Uzmanlık için tercih edilecek okulun özellikleri, seçilecek uzmanlık alanının özellikleri, öğrencinin kişisel özellikleri, değerleri ve ihtiyaçları ana faktörler olarak öne çıkmaktadır.(104) Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise öne çıkan ilk üç neden mesleki

tatmin, maddi beklentiler, prestij ve kariyer beklentisidir.(102) Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada ise tercihleri en çok etkileyen ilk üç neden bölümü sevmek, bireysel ilgi ve mesleki tatmindir. Aynı çalışmada en az neden olan üç faktör ise eğitim süresi, bölümün toplum nezdindeki itibarı ve merkezi yerlere atanma ihtimalidir.(101) 2020 yılında yine ülkemiz için yapılan bir sistematik derlemede tıp fakültesi öğrencilerinin uzmanlık tercihini etkileyen faktörler incelenmiştir. Araştırma sonucunda uzmanlık öncesi 11 tane, uzmanlık sonrası 11 tane faktörün uzmanlık tercihini etkilediği belirlenmiştir. Asistanlık öncesi etkili olan faktörler; uzmanlık alanına olan ilgi, hastalara daha çok yarar sağlama düşüncesi, ders/staj etkisi, uzmanlık sınav puanı, toplumsal bakış açısı, cinsiyete uygunluğu, uzmanlık dalının özellikleri, bireysel idealler, birinci basamakta çalışmak istememe, tek bir alanda uzmanlaşma isteği ve aile baskısıdır. Asistanlık sonrası dönemde etkili olan faktörler ise; mesleki, maddi, manevi tatmin, pratisyen tabipliğin önemsiz görülmesi, sosyal yaşantıya etki, akademik kariyer imkanı, çalışma şartları, kişisel gelişim imkanı, şehir hayatını isteme, prestij, malpraktisten kaçınma ve sorumluluk seviyesidir.(105) Ülkemizde son sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin çoğunluğu uzmanlık alanı olarak dahili bilimleri istediğini belirtmiştir.(106) Son dönemlerde tıpta uzmanlık tercihlerinde halk sağlığının da puan ortalaması artmaktadır.(107) Fakat tüm bölümler arasında ortalama puanlar karşılaştırıldığında tercihler nispeten daha alt sıralarda kalmaktadır.

Halk sağlığında kariyer planlamasında iki seçenek ön plana çıkmaktadır. Bunlardan birincisi TUS ile halk sağlığı uzmanlığını kazanıp ilerlemektir. İkinci bir yol ise halk sağlığı alanında yüksek lisans/doktora yapmaktır.(7) HASUDER tarafından 2018 yılı Ocak ayında yapılan bir envanter çalışmasında halk sağlığı ana bilim dallarından 753 halk sağlığı uzmanlık öğrencisi, 838 yüksek lisans öğrencisi ve 332 doktora öğrencisi mezun edilmiştir. Yine aynı dönemde uzmanlık eğitiminde 407, yüksek lisansta 441, doktorada ise 273 öğrenci aktif eğitime devam etmektedir.(83) 2018 yılında yapılan bu çalışmada 753 halk sağlığı uzmanından 601'inin çalıştığı kurum bilgilerine ulaşılabildiği görülmüştür. Elde edilen bilgilere göre halk sağlığı uzmanlarından 195'i (%32,5) üniversitede, 32'si (%5,3) Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatlarında çalışmaktadır. 322 kişi (%53,6) ise il ve ilçe sağlık müdürlükleri, toplum sağlığı ve sağlıklı hayat merkezleri gibi Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatlarında görev yapmaktadırlar. Kalan 52 kişi ise (%8,6) diğer kurumlarda görev almaktadır. 2018 yılı

verilerine göre ülkemizde yüz bin kişiye bir halk sağlığı uzmanı düşmektedir. Son envanter çalışması incelendiğinde 2003 ve 2010 yıllarında yine HASUDER tarafından yapılan envanter çalışmalarına göre Sağlık Bakanlığında istihdam edilen uzman sayısının arttığı görülmektedir.(98)

Eğitim sonrası halk sağlığı uzmanı olan profesyonellerin Sağlık Bakanlığı kadrolarına atanması iki ayda bir yapılan devlet hizmet yükümlülüğü atamaları ile gerçekleşmektedir. Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 20.12.2019 ile 27.10.2021 tarihleri arasında ilan edilen devlet hizmet yükümlülüğü münhal kadro sayılarının dağılımı şekil 2.1’de verilmiştir. Münhal kadrolar incelendiğinde yapılan 12 kurada toplam 109 halk sağlığı uzmanı atamaya katılabildiği görülmüştür. Atama yapılacak yerlere bakıldığında uzmanların 25’i (%22,9) il sağlık müdürlüklerine, 58’i (%53,2) ilçe sağlık müdürlüklerine, yine 25’i (%22,9) merkez toplum sağlığı merkezlerine ve 1 (%0,9) kişi de üniversiteye atama isteyebilmiştir.(6) Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatına yapılan atamaların çoğunluğu büyükşehir olmayan illerin merkez ilçelerine veya ilçe sağlık müdürlüklerine yapılmıştır. Yani her dört halk sağlığı uzmanı atamasından üçü nispeten sahaya daha yakın olan ilçe düzeyinde gerçekleşmiştir.



Şekil 2 1. Devlet Hizmet Yükümlülüğü (DHY) halk sağlığı uzmanlığı münhal kadro dağılımı

DHY münhal kadrolarına bakıldığında en çok açılan kadronun 94. DHY’de en az açılan kadroların ise 90. ve 97. DHY’de olduğu görülmektedir. (Şekil 2.1) Atama

dönemi başına ortalama 9,1 halk sağlığı uzmanı kadrosu ilan edilmiştir. 2005-2016 yılları arasındaki atamaları değerlendiren bir çalışmada 68 kura incelenmiş ve atama dönemi başına 2,7 halk sağlığı uzmanı kadrosu açıldığı tespit edilmiştir.(108) TUS kontenjanlarının artması ile beraber daha fazla halk sağlığı uzmanı yetişmekte ve buna paralel olarak yıllar içinde atanan halk sağlığı uzmanı sayısı da artmaktadır. Böylelikle sahada ihtiyaç duyulan halk sağlığı uzman açığı giderek azalmaktadır. Bunun yanı sıra yine halk sağlığı istihdam koşullarında iyileştirilmesi gereken bazı durumlar da vardır. Bunların başında halk sağlığı uzmanlarının daha fazla yönetim kadrolarında yer alması, tüm bakanlıklarda halk sağlığı uzmanı istihdamı, sağlık merkez teşkilatlarında uzman halk sağlıkçıların sayısının artırılması, halk sağlığı uzmanlarının görev tanımlarına uygun şekilde yeterli yetkilerle donatılması ve mesleki alanlarının dışında çalıştırılmamaları gelmektedir.(7)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

Bu araştırma halk sağlığına yönelik öğrenci tutum ölçeği geliştirmeyi amaçlayan metodolojik bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini İstanbul ilinde bir tıp fakültesinde eğitim alan ve halk sağlığı stajını tamamlamış olan son sınıf tıp öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırma evreninden ölçek maddelerinin en az beş katı kadar öğrenciye ulaşılması hedeflenmiştir. Öğrencilere ulaşmak için olasılıklı olmayan bir örnekleme yöntemi olan kolayda örnekleme kullanılarak çevrimiçi gruplar üzerinden öğrencilere anket uygulanmıştır.(109)

3.3.Verİ Toplama Aracını Geliştirme Aşamaları

Ölçek geliştirme basamakları araştırmacılar tarafından farklı başlıklar altında incelenmiştir. En yaygın kullanılan ölçek geliştirme basamakları ise Murphy ve Davidshofer, Cohen ve Swerdlik, DeVellis, Tezbaşaran ve Erkuş tarafından düzenlenmiş olanlardır.(110) Ölçek geliştirme akışlarında yer alan temel ilkeler birbirine benzerdir. Bu tez çalışmasında ise genel olarak DeVellis'in yaklaşımı benimsenmiş olup Halk Sağlığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeği' nin geliştirilmesinde aşağıdaki basamaklar izlenmiştir.

1- Ölçülmek istenen yapının belirlenmesi: Ölçek geliştirmede en önemli aşama yapının özelliklerinin ve sınırlarının ne şekilde olacağının belirlenmesidir.(111) Yapının ne kadar özgün veya ne kadar genel ifadeler içereceğine bu aşamada karar verilmelidir. Bu aşamada geniş bir alanyazın taraması yapılarak ve alan uzmanlarından bilgi alınarak yapısal özellikler belirlenmiştir.

2-Madde havuzunun oluşturulması: Bu aşamada oluşturulan maddelerin ölçmek istenilen kavramı yansıtması beklenmektedir. Dolayısıyla konuyla ilgili mümkün olduğunca fazla madde yazılması amaçlanmalıdır.(111) Madde havuzu oluşturulurken hedef kitlenin de sosyokültürel özellikleri bilinmelidir. Maddeler kısa ve net ifadelerden oluşmalı ve maddeler olabildiğince kolay anlaşılmalıdır. Uzun cümlelerden ve iki amacı aynı anda sorgulayan maddelerden kaçınılmalıdır.(112) Ölçek içerisinde yer alan maddelerde hem olumlu hem olumsuz ifadelerin kullanılması yanıt verenlerin dikkatini

artırabilir. Ayrıca olumlu ve olumsuz maddeler kullanılacaksa karışık bir şekilde ölçek içine yerleştirilmelidir. Bu ilkeler doğrultusunda ulaşılmak istenen kitlenin duyu, düşünce ve davranışsal özelliklerini ölçebilecek taslak maddeler hazırlanmıştır.

3- Ölçek tipinin belirlenmesi: Ölçeklerde kullanılabilecek birçok cevaplama biçimi vardır. Araştırmacı aslında soru havuzunu oluştururken hangi tip yanıt sistemini kullanacağını belirler ve maddelerdeki ifadeleri ona göre kullanır. Ölçeklemede yaygın olarak kullanılan başlıca yanıt biçimleri Thurstone tipi, Guttman tipi ve Likert tipi ölçeklemedir.(113)

En fazla kullanılan ölçek biçimlerinden biri Likert ölçek tipidir.(114) Likert ölçeğinde yer alan maddelere yanıtlayan kişi katılma derecesine göre cevap vermektedir. Katılma derecesi birden fazla yanıt içerebilir ve yanıtlar arası uzaklık eşittir. Ayrıca Likert tipi ölçekte verilen yanıtlar üzerinden bir puanlama da yapılabilmektedir.(115) Bu araştırmada ise tutum ölçeklerinde daha kolay ve kullanışlı olması nedeniyle Rensis Likert tarafından geliştirilen Likert tipi ölçeklendirme kullanılmıştır.(116) Ölçekte “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum”, “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde 5’li derecelendirme yapılmıştır.

4- Uzman görüşlerinin alınması: Bu işlem madde havuzundaki ifadeleri değerlendirebilecek, alanında uzman kişilerce kapsam geçerliliğini artırmak için yapılmaktadır. Uzmanlar havuzda yer alan maddelerin ölçülmesi istenen yapı için uygun olup olmadığını değerlendirirler. Ayrıca uzmanlar yazım bilgisi ve ifadelerin anlaşılabilirliğini de kontrol ederler.(117)

Kapsam geçerliliği için başvuru bu aşamada uzman görüşlerinin daha tarafsız değerlendirilmesi için kapsam geçerlilik oranı (KGO), kapsam geçerlilik ölçütü (KGÖ) ve kapsam geçerlilik indeksi (KGI) kavramları kullanılmaktadır. Lawshe tarafından ortaya konulan bu teknik için en az 5 uzmandan görüş alınması gerekmektedir. En fazla uzman sayısı ise 40 olabilmektedir.(118) Uzmanlar maddeleri uygun, kısmen uygun ve uygun değil şeklinde cevaplamaktadırlar.(119) KGO ve KGI hesaplama yöntemleri aşağıda verilmiştir.

Kapsam Geçerlilik Oranı: Maddelerin ölçekte yer alıp almayacağı kararını nicel olarak değerlendiren bir hesaplama yöntemidir. Maddelere uygun diyen uzman sayısının toplam uzman sayısının yarıya bölünmesi ile elde edilen sonucun 1 sayısından çıkarılması ile bulunur.(118)

$$KGO = Nu/(N/2) - 1$$

Nu: Uygun görüş veren uzman sayısı

N: Madde için görüş bildiren uzman sayısı

KGO değeri en fazla +1 en az ise -1 değerini almaktadır. En fazla değer tüm uzmanların uygun görüş verdiği, en az değer ise tüm uzmanların maddeyi uygun görmediği anlamı taşımaktadır.

Kapsam Geçerlilik Ölçütü: KGO değeri pozitif olan maddeler için Lawshe $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde bir kapsam geçerlilik ölçütü gerektiğini belirtmiştir.(120) KGÖ bir maddenin gerçekten uygunluğunu belirleyecek olan bir kapsam geçerlilik oranıdır. Uzman sayısına göre ölçüt değeri değişmektedir. İlk olarak Lawshe tarafından yayınlanan KGÖ tablosu Ayre ve Scally tarafından revize edilmiştir.(121) 2014 yılında yenilenen tabloya göre uzman sayısına göre kritik değerler tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Kapsam Geçerlilik Oranı Kritik Değerleri

Uzman Sayısı	Kritik Değer	Uzman Sayısı	Kritik Değer
5	1.00	23	0.391
6	1.00	24	0.417
7	1.00	25	0.440
8	0.750	26	0.385
9	0.778	27	0.407
10	0.800	28	0.357
11	0.636	29	0.379
12	0.667	30	0.333
13	0.538	31	0.355
14	0.571	32	0.375
15	0.600	33	0.333
16	0.500	34	0.353
17	0.529	35	0.314
18	0.444	36	0.333
19	0.474	37	0.297
20	0.500	38	0.316
21	0.429	39	0.333
22	0.455	40	0.300

Kapsam Geçerlilik İndeksi: İndeks hesaplaması madde KGO değerlerinin ortalamasının alınması ile bulunur. Eğer ölçekte birden fazla alt boyut varsa her bir alt boyut için kapsam geçerlilik indeksi hesaplanır. KGI eğer KGÖ değerinden büyükse ölçeğin kapsam geçerliliği istatistiki olarak anlamlı demektir.(118)

Bu çalışmada halk sağlığı ve tıp eğitimi alanında uzman olan 24 kişiden görüş alınmıştır. Görüşler uygun, yararlı ama yetersiz ve uygun değil şeklinde üç başlık altında kategorize edilmiştir. Görüşler toplandıktan sonra KGO ve KGI değerleri hesaplanmıştır. Hesaplamalar sonrası kapsam geçerliliği değerlendirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapılarak bir sonraki aşamaya geçilmiştir.

5- Ölçeğin ön uygulaması: Uzman görüşünden sonra elde edilen ölçek küçük örneklem gruplarına yüzey geçerliliği açısından uygulanabilmektedir. Araştırmada İstanbul Medeniyet Üniversitesi ve Bahçeşehir Üniversitesi'nden 22 son sınıf tıp fakültesi öğrencisine ölçek ön uygulaması yapılmıştır. Yanıt veren öğrencilerden ölçeğin anlaşılabilirliği, yanıtlama süresi, tepki doğuran bir madde olup olmadığı ve maddelerin sıralanışı ile ilgili geri bildirimler alınmıştır. Öğrencilerden gelen geri bildirimler değerlendirilerek gereken değişiklikler yapılmış ve ölçeğe uygulama öncesi son hali verilmiştir.

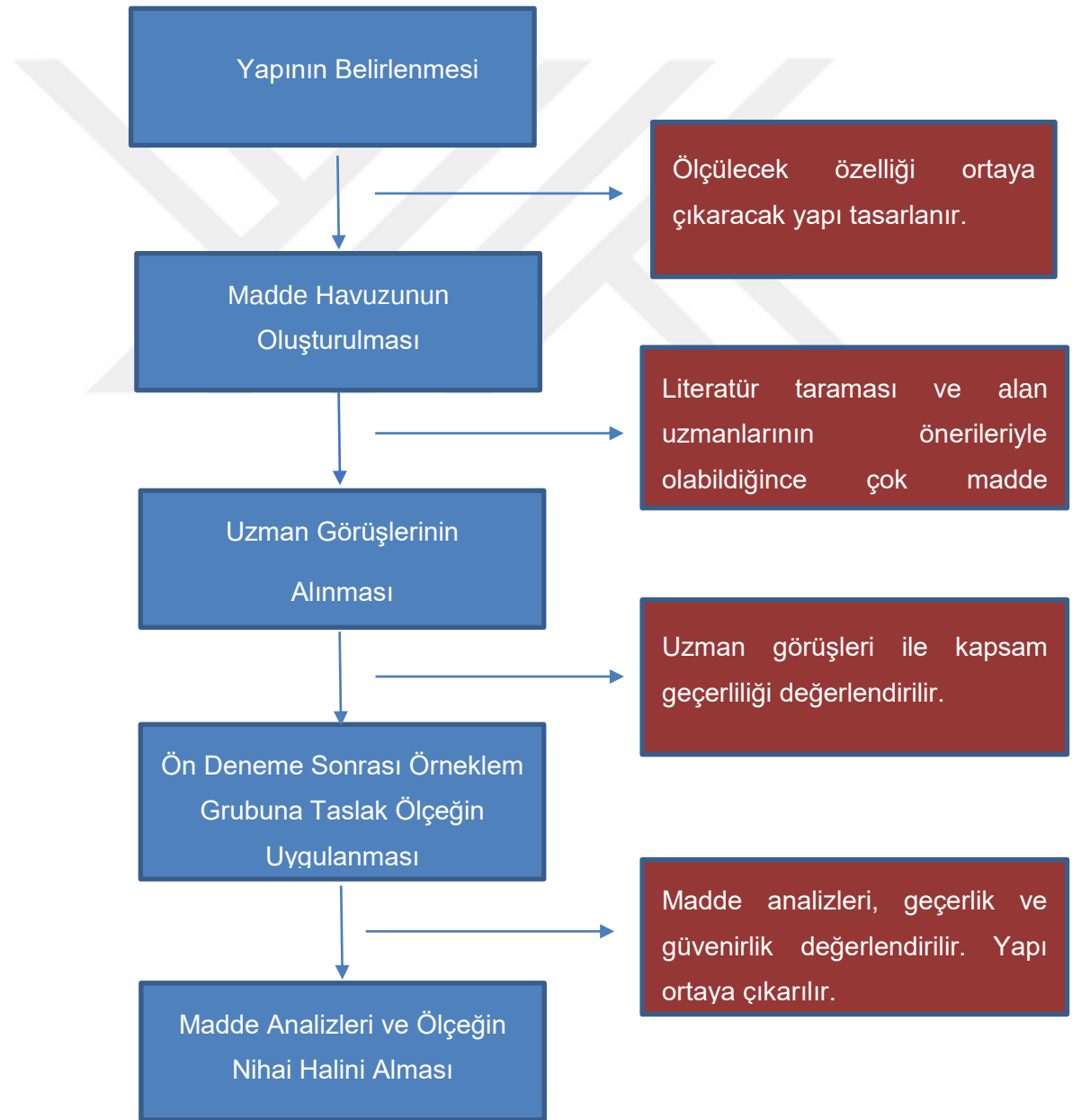
6- Maddelerin örneklem grubuna uygulanması: Ölçek geliştirilecek grubun büyüklüğünü belirlemek için literatürde farklı öneriler yer almaktadır.(122) Nunnally 300 kişilik bir örneklem büyüklüğünün ölçek geliştirme için yeterli olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca Nunnally madde sayısının ve çıkarılması hedeflenen ölçek sayısının da örneklem büyüklüğünü belirlemede önemli olduğunu belirtmektedir. 20 maddelik soru havuzundan sadece tek ölçek elde edilecekse 300 kişiden daha az sayıda katılımcı da yeterlidir.(123) Bazı araştırmacılar örneklem grubunun madde sayısının en az beş katı kadar olmasının faktör analizi için yeterli olacağını söylemektedir.(113) Bunların dışında evrenin büyüklüğü, eldeki olanaklar gibi özellikler de örneklem büyüklüğünü değiştirebilmektedir. Bu çalışmada madde sayısının en az beş katı kadar bir örneklem sayısına ulaşılmaya çalışılmıştır.

7- Maddelerin Değerlendirilmesi: Örneklem grubuna yapılan uygulama sonucunda elde edilen verilerle maddeler değerlendirilmektedir. Maddelerin birbiriyle ne derece ilişkili oldukları incelenir. 5'li Likert tipi ölçekleme uygulamalarında öncelikle maddeler puanlanmakta ve olumsuz maddeler var ise ters puanlama yapılmaktadır.(124) Olumlu maddelerde kesinlikle katılıyorum ifadesine 5 puan, kesinlikle katılmıyorum ifadesine ise 1 puan verilmektedir. Ters puanlama yapılan olumsuz önermelerde kesinlikle katılıyorum ifadesi 1 puan iken kesinlikle katılmıyorum

ifadesi 5 puandır. Her bir yanıt veren için ölçekten alınan bir toplam puan hesaplaması yapılabilir.

Bu çalışmada ölçeğin uygulanması sonrası her maddenin performansı incelenmiştir. Bu kapsamda geçerlik ve güvenirlik analizleri de yapılmıştır. Yapılan analizler bir sonraki bölümde anlatılmıştır.

8- Ölçeğe son halinin verilmesi: Yapılan geçerlik ve güvenirlik analizleri sonrası ölçekte kalması ve çıkarılması gereken maddeler belirlenmiştir. Ölçek bu aşamadan sonra nihai halini almıştır. Ölçek geliştirme aşamaları aşağıda şematize edilmiştir.



Şekil 3. 1. Ölçek geliştirme aşamaları

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak ilk önce 97 soruluk üç boyutlu Halk Sağlığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeği oluşturulmuştur. (Ek-2) Sonrasında taslak ölçek uzman görüşlerine sunulmuş ve tekrar değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda KGÖ değerleri kritik değerlerin altında olan 6 madde çıkarılmıştır. Ayrıca uzman görüşleri doğrultusunda ölçekte başka benzer maddelerin olması nedeniyle 14 madde daha ölçekten atılmıştır. Geriye kalan 77 madde ile uygulama aşamasına geçilmiş ve son sınıf tıp fakültesi öğrencilerine ölçek uygulanmak üzere hazırlanmıştır. (Ek-3) Ölçek maddeleri “kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum” şeklinde 5’li Likert tipinde sorulan maddelerden oluşmaktadır. Pandemi şartları nedeniyle Ölçek Google Forms aracılığıyla online anket olarak tasarlanmıştır. Her bir madde yanıtlanması zorunlu madde olarak işaretlenmiştir. Ölçek İstanbul’da 2020 yılında son sınıf öğrencisi bulunan 15 Tıp Fakültesinin çevrimiçi öğrenci gruplarına gönderilerek uygulanmıştır. Öğrencilere tez çalışması ile ilgili bilgilendirme yapılmış ve gönüllülük esasına göre cevaplamaları istenmiştir.

3.5.Ver i Analizleri

Tanımlayıcı analizler: Çalışmaya katılan öğrencilerin bir kaç demografik özelliği istenmiş olup bu özelliklerin tanımlayıcı istatistikleri yapılmıştır. Ayrıca uzman görüşü alınan kişilerle alakalı da tanımlayıcı bilgiler verilmektedir.

Kapsam geçerlilik analizleri: Uzman görüşleri Lawshe tekniğiyle alınarak üçlü derecelendirme yapılmıştır. Uzmanlar yazılan maddelere uygun, yararlı ama yetersiz ve uygun değil şeklinde üç seçenekle cevap vermişlerdir. Ayrıca uzmanlar maddelerle ilgili yorumlar da yapmıştır. Uzmanlardan alınan görüşler nicel olarak değerlendirilmiş ve her bir madde için kapsam geçerlilik oranları hesaplanmıştır. KGO minimum değerleri $\alpha=0,05$ düzeyinde 24 uzman için 0.417 iken, 23 uzman için bu değer 0.391'dir.(121) Bu değerlerin altında kalan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Ölçekte yer alan üç boyut için de kapsam geçerlilik indeksi (KGI) elde edilmiştir. Hesaplanan KGI değerinin kapsam geçerlilik ölçütünden (KGÖ) büyük olması ölçek boyutlarının kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymaktadır.(118)

Verilerin faktör analizine uygunluğu: Faktör analizinde uygulamanın yapılabilmesi için veriler eksiksiz olmalı ve verilerin faktör analizine uygunluğu test edilmelidir.(125) Verilerin faktör analizi için yeterli olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testleri ile değerlendirilmiştir. KMO için $>0,5$ ve Bartlett testi için $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.(126)

Ölçekte yer alan maddelerin kendi arasındaki ilişkiye de faktör analizinden önce bakılmalıdır. Maddelerin korelasyonları çok yüksek ya da çok düşük düzeyde olmamalıdır.(127) Madde toplam korelasyon katsayısı maddenin bütün içindeki ayırt ediciliğini göstermektedir. Bu çalışmada madde-toplam korelasyon katsayısının negatif olmaması ve $>0,20$ olması kabul edilmiştir.(128) Anti-imaj korelasyon matrisi maddelerin çapraz ilişki katsayısını vermekte ve 0,50 altındaki değere sahip maddenin ölçekte kalmak için yetersiz olduğu düşünülmüştür.(129)

Ortak varyans ise değişkenlerin yüzde varyansını ifade eder. Ortak varyans değerinin 1.0 değerine yakınlığı o maddenin içinde bulunduğu faktörü yüksek derecede temsil ettiğinin göstergesidir.(127) Ortak varyansın en az 0,50 değerinin üstünde olması beklenmektedir.(111) Bu nedenle 0,50 altında değere sahip maddeler çıkarılarak analizlere devam edilmiştir.

Açıklayıcı Faktör Analizi: Bu analizle amaçlanan temel iki amaç bulunmaktadır. Açıklayıcı faktör analizinin ilk amacı yapıyı açıklamakta yetersiz olan maddeleri çıkararak değişken sayısını azaltarak veri indirgemektir. Diğer bir amaç ise değişkenler arasındaki ilişkileri ortaya koyarak gizli yapıları açığa çıkarmaktır.(111,113,123)

Bir değişkenin altında toplandığı faktör içindeki ağırlığına faktör yükü denir. Faktör yüklerinin hangi düzeyin üzerinde olursa anlamlı olacağı konusunda farklı görüşler bulunmaktadır.(122) Genelde 0,30 altındaki faktör yüklerinin kabul edilmemesi gerektiği görüşü hakim olmaktadır.(130) Bu nedenle tez çalışmasında 0,30 yük değeri kullanılmıştır. Ayrıca bazı maddelerin birçok faktörle ilişkisi olabilmektedir. Böyle bir durum olduğu takdirde değişkenin binişik madde olarak kabul edilmemesi için aralarında en az 0,1 fark olması dikkate alınmıştır.(113)

Araştırmada faktör analiz yöntemi olarak en sık kullanılan ve toplam varyansı da en iyi açıklayan yöntem olan temel bileşenler analizi kullanılmıştır.(131) Faktör çıkarma yöntemlerinden ise Kaiser kriteri ve yamaç grafiği seçilmiştir.(132) Faktör analizinde bir diğer işlem ise döndürme metotlarının kullanılmasıdır. Buradaki amaç bir maddenin faktör içerisindeki yükünü olabildiğince yüksek tutmaktır.(111,132) Tez çalışmasında faktörler arası bir ilişki bulunacağından eğik döndürme yöntemi kullanılmıştır.(130)

Güvenilirlik analizleri: Güvenilirlik tek başına ölçmenin amaca uygunluğunu göstermese de ölçek geliştirmede zorunlu olan aşamalardan biridir. Maddelerin testin tamamıyla uyum içinde olması, tekrar tekrar uygulandığında aynı sonuçların elde edilmesi güvenilirlik göstergelerindendir.(123) Güvenilirlik örneklemin homojenliği, maddelerin birbiriyle ilişkisi, madde sayısı ve çevresel faktörler gibi durumlardan etkilenmektedir.

Bir ölçeğin güvenilir olup olmadığını test etmek için farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu testlerden en sık kullanılanı Cronbach's alpha yöntemidir.(123,133) Alpha katsayısı ölçekte bulunan maddelerin kendi içinde tutarlılığını ölçen genel bir güvenilirlik katsayısıdır. Alpha katsayısı için Özdamar'ın önerdiği sınırlar kabul edilmiştir.(127)

Alpha katsayısı $< 0,40$ —————>güvenilir değil

$0,40 \leq$ Alpha katsayısı $< 0,50$ —————>çok düşük güvenilirlik

$0,50 \leq$ Alpha katsayısı $< 0,60$ —————>düşük güvenilirlik

$0,60 \leq$ Alpha katsayısı $< 0,70$ —————>yeterli güvenilirlik

$0,70 \leq$ Alpha katsayısı $< 0,90$ —————>yüksek güvenilirlik

Alpha katsayısı $\geq 0,90$ —————>çok yüksek güvenilirlik

Ölçek güvenilirlik analizlerinden bir diğeri ise yarıya bölme yöntemidir. Bu yöntemde ölçekte bulunan maddeler eşit şekilde ikiye ayrılır. İkiye ayırma yöntemi çifttek maddeler şeklinde yapılabildiği gibi maddelerin ilk yarısı ve son yarısı şeklinde de bir ayırım yapılabilir.(113) Bu yöntemde Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı hesaplanır. Bulunan katsayı 1'e ne kadar yakınsa ölçek güvenilirliği o kadar yüksektir.

Ölçekteki maddelerden toplamsal bir puan olup olmayacağına Tukey toplanabilirlik testi ile karar verilmiş ve $p < 0,5$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.(134) Madde ortalama değerlerinin birbirine eşit olup olmadığına ise Hotelling T^2 testi ile bakılmıştır.(135)

Bahsi geçen tüm veri analizleri için Microsoft Excel 2019 programı ve Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 23.0 programı kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Tez araştırması için etik kurul izin başvurusu İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na 06.01.2020 tarihinde yapılmıştır. Araştırma söz konusu etik kurul tarafından 24.01.2020 tarih ve 02 sayılı toplantı kararıyla etik yönden uygun bulunmuştur. Araştırmada katılımcılardan herhangi bir kimlik bilgisi alınmamış olup katılım gönüllülük esasına göre olmuştur.

3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Tez çalışması için Ocak 2020 sonunda etik kurul izni alınmış ve ön uygulamalar yüz yüze yapılmıştır. Fakat sonrasında Türkiye'de ilk Covid-19 vakasının İstanbul'da görülmesiyle okullarda eğitim uzaktan devam etmiştir. Bu nedenle esas uygulama verileri çevrimiçi olarak toplanmak zorunda kalmıştır. Online toplanan verilerde tıp fakültesi öğrencilerinden aynı oranda cevap alınamaması bazı fakültelerin öğrenci sayısına göre katılımının düşük olmasına neden olmuştur. Öğrencilerin ankete verdikleri yanıtların alındığı tarihle stajı bitirdikleri tarih arasında farklılıklar olmuştur. Kimi öğrenciler yanıtlarını hemen staj sonrası verirken kimi öğrenciler daha uzun süre sonrası cevaplarını vermişlerdir. Bu nedenle stajla ölçek uygulaması arasında geçen sürelerin birbirinden farklı olmasının da verilen cevaplar üzerinde etkisi olabilir. Öğrencilere uygulamanın çevrimiçi yapılması, öğrencilerin okuldan uzak kalmaları, staj ve sınav yoğunlukları gibi zorlayıcı faktörlerden dolayı güvenilirlik analizlerinden biri olan test - tekrar test yöntemi uygulanamamıştır. Ayrıca bazı fakülteler bir dönem halk sağlığı stajı saha rotasyonunu ve halk sağlığı stajında yüz yüze ders uygulamasını yapamamıştır. Bu nedenle staj/ders ile ilişkili maddeleri öğrenciler cevaplamakta zorlanmış olabilirler.

4.BULGULAR

Halk Sağlığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeği'nin geliştirilmesi amacıyla yapılan bu tezde elde edilen bulgular iki başlık altında sunulmuştur. Birinci başlıkta araştırmaya katılanlar ve uzmanlarla ilgili tanımlayıcı bilgiler verilirken ikinci başlıkta geçerlilik ve güvenirlik analiz sonuçları verilmiştir.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Literatür taraması yapılarak 97 maddelik bir taslak ölçek hazırlanmış ve bu ölçekte en başta üç boyut yer almaktadır. Bu boyutlar mesleki kariyer ve ilgi, halk sağlığının önemi ve halk sağlığı ders ve stajı ile ilgilidir. Taslak ölçek toplam 31 uzmana gönderilmiştir. Uzmanlardan ölçek maddelerini uygun, yararlı ama yetersiz ve uygun değil şeklinde değerlendirmeleri ve maddeleri yorumlamaları istenmiştir. 31 uzmandan 24 tanesi (%77,4) değerlendirmelerini araştırmacıya göndermiştir. Uzmanlara ait bazı özellikler aşağıdaki tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4. 1. Uzman grubuna ait tanımlayıcı özellikler

Özellik	Sayı (n=24)
Cinsiyet	Kadın 16
	Erkek 8
Akademik Unvan	Profesör 15
	Doçent 4
	Doktor Öğretim Üyesi 5
Ana Bilim Dalı	Halk Sağlığı 22
	Tıp Eğitimi 2
Üniversite	Kamu 16
	Özel 8

Görüşü alınan alan uzmanlarının 2/3'ü kadındır. Uzmanların tamamı akademik kadrolarda görev yapmaktadır. Ayrıca uzmanların 15'i profesör olup 22 kişi de halk sağlığı alanında çalışmaktadır. Görev yaptıkları kurumlara bakıldığında ise 16 kişi kamu üniversitelerinde çalışmaktadır. (Tablo 4.1)

Uzmanların 97 maddelik taslak ölçekle ilgili yapmış olduğu değerlendirmeler tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 2. Uzmanların taslak ölçekte yer alan maddelerle ilgili değerlendirmeleri

Madde numarası	Uygun	Yararlı ama yetersiz	Uygun değil	Toplam Cevap
1	22	1	1	24
2	22	0	2	24
3	19	3	2	24
4	20	0	3	23
5	21	3	0	24
6	19	3	2	24
7	16	4	4	24
8	14	6	4	24
9	21	0	3	24
10	18	2	4	24
11	22	0	2	24
12	19	2	3	24
13	22	1	1	24
14	16	3	5	24
15	20	1	2	23
16	17	2	5	24
17	23	0	1	24
18	22	0	2	24
19	19	1	4	24
20	21	0	3	24
21	20	1	3	24
22	23	0	1	24
23	20	2	1	23
24	19	2	3	24
25	19	2	3	24
26	23	0	0	23
27	20	0	4	24
28	19	2	3	24
29	21	1	2	24
30	19	1	4	24
31	18	2	4	24
32	19	1	4	24
33	20	1	3	24
34	22	0	2	24
35	22	0	2	24
36	22	0	2	24
37	18	1	5	24
38	18	1	5	24
39	20	1	3	24
40	19	1	4	24
41	20	1	3	24
42	21	0	2	23
43	19	4	1	24
44	16	3	5	24
45	21	1	2	24

Madde numarası	Uygun	Yararlı ama yetersiz	Uygun değil	Toplam Cevap	
46		19	3	2	24
47		17	5	2	24
48		21	1	2	24
49		18	2	4	24
50		20	1	3	24
51		21	2	1	24
52		20	1	3	24
53		17	0	7	24
54		20	3	1	24
55		21	1	2	24
56		20	1	3	24
57		22	1	1	24
58		17	1	6	24
59		18	4	2	24
60		22	1	1	24
61		23	0	1	24
62		24	0	0	24
63		17	2	5	24
64		18	5	1	24
65		21	1	2	24
66		22	1	1	24
67		20	2	2	24
68		18	3	3	24
69		20	1	3	24
70		21	2	1	24
71		18	5	1	24
72		22	2	0	24
73		22	1	1	24
74		21	1	2	24
75		23	1	0	24
76		18	1	5	24
77		18	1	4	23
78		19	2	3	24
79		20	2	2	24
80		18	2	4	24
81		15	2	6	23
82		21	1	2	24
83		24	0	0	24
84		20	1	3	24
85		19	1	4	24
86		15	3	6	24
87		22	0	2	24
88		20	1	3	24
89		20	1	2	23
90		22	0	2	24
91		22	1	1	24
92		22	1	1	24

Madde numarası	Uygun	Yararlı ama yetersiz	Uygun değil	Toplam Cevap
93	19	1	4	24
94	17	4	3	24
95	19	0	5	24
96	23	0	1	24
97	22	0	2	24

Görüşü istenen uzmanlardan tamamı 89 maddeyi değerlendirmiştir. Geriye kalan 8 maddenin ise 5'ine bir uzman tarafından cevap verilmemiş, diğer 3 maddede ise cevap veren uzman iki şık işaretlediği için değerlendirmeye alınmamıştır. (Tablo 4.2)

Uzman görüşleri doğrultusunda ölçeğin kapsam geçerlilik analizlerine başlanmış ve kapsam geçerlik oranı (KGO) değerleri tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4. 3. Uzman değerlendirmelerine göre kapsam geçerlilik oranları

Madde numarası	Uygun	Yararlı ama yetersiz	Uygun değil	KGO
1	22	1	1	0,833
2	22	0	2	0,833
3	19	3	2	0,583
4	20	0	3	0,739
5	21	3	0	0,750
6	19	3	2	0,583
7	16	4	4	0,333
8	14	6	4	0,167
9	21	0	3	0,750
10	18	2	4	0,500
11	22	0	2	0,833
12	19	2	3	0,583
13	22	1	1	0,833
14	16	3	5	0,333
15	20	1	2	0,739
16	17	2	5	0,417
17	23	0	1	0,917
18	22	0	2	0,833
19	19	1	4	0,583
20	21	0	3	0,750
21	20	1	3	0,667
22	23	0	1	0,917
23	20	2	1	0,739
24	19	2	3	0,583
25	19	2	3	0,583
26	23	0	0	1,000

Madde numarası	Uygun	Yararlı ama yetersiz	Uygun değil	KGO	
27		20	0	4	0,667
28		19	2	3	0,583
29		21	1	2	0,750
30		19	1	4	0,583
31		18	2	4	0,500
32		19	1	4	0,583
33		20	1	3	0,667
34		22	0	2	0,833
35		22	0	2	0,833
36		22	0	2	0,833
37		18	1	5	0,500
38		18	1	5	0,500
39		20	1	3	0,667
40		19	1	4	0,583
41		20	1	3	0,667
42		21	0	2	0,826
43		19	4	1	0,583
44		16	3	5	0,333
45		21	1	2	0,750
46		19	3	2	0,583
47		17	5	2	0,417
48		21	1	2	0,750
49		18	2	4	0,500
50		20	1	3	0,667
51		21	2	1	0,750
52		20	1	3	0,667
53		17	0	7	0,417
54		20	3	1	0,667
55		21	1	2	0,750
56		20	1	3	0,667
57		22	1	1	0,833
58		17	1	6	0,417
59		18	4	2	0,500
60		22	1	1	0,833
61		23	0	1	0,917
62		24	0	0	1,000
63		17	2	5	0,417
64		18	5	1	0,500
65		21	1	2	0,750
66		22	1	1	0,833
67		20	2	2	0,667
68		18	3	3	0,500
69		20	1	3	0,667
70		21	2	1	0,750
71		18	5	1	0,500
72		22	2	0	0,833
73		22	1	1	0,833

Madde numarası	Uygun	Yararlı ama yetersiz	Uygun değil	KGO
74	21	1	2	0,750
75	23	1	0	0,917
76	18	1	5	0,500
77	18	1	4	0,565
78	19	2	3	0,583
79	20	2	2	0,667
80	18	2	4	0,500
81	15	2	6	0,304
82	21	1	2	0,750
83	24	0	0	1,000
84	20	1	3	0,667
85	19	1	4	0,583
86	15	3	6	0,250
87	22	0	2	0,833
88	20	1	3	0,667
89	20	1	2	0,739
90	22	0	2	0,833
91	22	1	1	0,833
92	22	1	1	0,833
93	19	1	4	0,583
94	17	4	3	0,417
95	19	0	5	0,583
96	23	0	1	0,917
97	22	0	2	0,833

Kapsam geçerlik oranları 0,167 ile 1,00 arasında değişmektedir. 24 uzman için $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde belirlenen kapsam geçerlik ölçütü 0.417'dir. 23 uzman için $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde belirlenen kapsam geçerlik ölçütü 0.391'dir. Bu kritik sınırların altında 6 madde (7, 8, 14, 44, 81 ve 86 numaralı maddeler) bulunmakta olup bu maddelerin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. (Tablo 4.3) Ayrıca bazı uzmanlar ölçekte benzer maddelerin yer aldığını belirtmişler ve benzer olan maddelerden birinin çıkarılmasını önermişlerdir. Bu öneriler doğrultusunda 14 madde (4, 19, 21, 25, 28, 32, 39, 49, 58, 80, 84, 87, 92 ve 93. maddeler) daha ölçekten çıkarılmıştır. Ölçekte kalan 77 maddenin KGO değerleri kritik değerlerin üstünde olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (Tablo 4.3)

Ölçekte kalan maddelerin hem alt boyutlar için hem de ölçeğin tamamına yönelik kapsam geçerlik indeksi (KGI) değerleri çıkarılmıştır. (Tablo 4.4)

Tablo 4. 4. Tüm ölçeğe ve alt boyutlarına ait kapsam geçerlik indeksleri

Mesleki Kariyer ve İlgisi Alt Boyutu KGI değeri	Halk Sağlığının Önemi Alt Boyutu KGI değeri	Halk Sağlığı Ders ve Stajı Alt Boyutu KGI değeri
0,697	0,680	0,741

KGI değerlerine bakıldığında her üç alt boyutun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve kapsam geçerlilik analizlerinden geçtiği tespit edilmiştir. (Tablo 4.4) Tüm ölçek KGI değeri ise istatistiksel olarak ($>0,417$) anlamlı olup 0,699 bulunmuştur.

Uzman görüşlerinin sonucu olarak 97 maddelik taslak ölçekten 20 madde çıkarılmış ve madde sayısı 77'ye düşmüştür. Uzman görüşü alınmadan ve alındıktan sonraki durum tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4. 5. Uzman görüşleri öncesi ve sonrası madde sayıları

Konu Boyutları						Toplam Ölçek	
Mesleki Kariyer ve İlgisi		Halk Sağlığının Önemi		Halk Sağlığı Ders ve Stajı			
Uzman Görüşü Öncesi	Uzman Görüşü Sonrası	Uzman Görüşü Öncesi	Uzman Görüşü Sonrası	Uzman Görüşü Öncesi	Uzman Görüşü Sonrası	Uzman Görüşü Öncesi	Uzman Görüşü Sonrası
61	48	20	18	16	11	97	77

Uzman görüşleri sonrasında mesleki kariyer ve ilgi boyutunda 13 madde, halk sağlığının önemi boyutunda 2 madde, halk sağlığı ders ve stajı boyutunda ise 5 madde çıkarılmıştır. (Tablo 4.5)

Esas uygulamaya geçmeden önce ölçekte 77 soru kalmıştır. Esas uygulama öncesi halk sağlığı stajını tamamlamış 22 kişilik bir intern gruba uygulanarak yüzey geçerliliği değerlendirilmiştir. Geri bildirimlere göre anlaşılmayan cümleler tekrar gözden geçirilmiştir. Sonrasında esas uygulama için taslak ölçek halk sağlığı stajını bitirmiş son sınıf tıp fakültesi öğrencilerine uygulanmak istenmiştir. Fakat bazı katılımcıların cevapları stajlarını tamamlamadıkları için değerlendirilmemiştir. Öğrencilere ait staj bitirme durumları tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4. 6.Öğrencilerin stajlarını tamamlama durumunun dağılımı

Staj bitirme durumu	Sayı	Yüzde (%)
Halk Sağlığı stajını tamamlamış öğrenciler	548	92,9
Halk Sağlığı stajını tamamlamamış öğrenciler	42	7,1
Toplam	590	100,0

Taslak ölçeğin hedef grubunu halk sağlığı stajını tamamlayan öğrenciler oluşturduğundan 590 katılımcıdan 548'inin cevapları değerlendirmeye alınmıştır. (Tablo 4.6) Sonraki analizler bu veriler üzerinden yapılmıştır.

Katılımcıların yaş ve eğitim durumları aynı olacağından çok fazla demografik bilgi istenmemiş ve istenen birkaç bilgi de cevaplaması zorunlu sorular olarak seçilmemiştir. Öğrencilere ait staj bazı özellikler tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4. 7. Öğrencileri cinsiyet ve üniversite durumlarının dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	301
	Erkek	180
	Toplam	481
Üniversite	Kamu	217
	Özel	331
	Toplam	548

Katılımcılardan 67 kişi cinsiyet sorusunu cevaplamamış, cevap verenlerin ise %62,6'sı kadındır. Katılımcıların %60,4'ü ise özel üniversitede tıp eğitimi almıştır. (Tablo 4.7)

77 soruluk taslak ölçek katılımcılara uygulanmış ve stajını tamamlayan 548 öğrenci cevaplamıştır. Öğrencilerin maddelere verdiği cevaplar 1-5 arası puanlanmıştır. Olumsuz maddelerde ise ters puanlama yapılmıştır. Öğrencilerin her bir maddeden aldıkları puanların yüzdesel dağılımı tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4. 8. Öğrencilerin taslak ölçeğe verdiği yanıtların maddelere göre dağılımı

Madde Numarası	1 puan (%)	2 puan (%)	3 puan (%)	4 puan (%)	5 puan (%)
m1	51,1	27,4	14,4	5,8	1,3
m2	35,8	28,1	15,9	11,7	8,6
m3	14,1	18,8	34,9	23,0	9,3
m4	40,9	24,3	23,2	8,4	3,3
m5	61,9	24,5	10,0	2,9	0,7
m6	44,2	22,4	17,0	12,6	3,8
m7	13,1	12,2	23,5	31,4	19,7
m8	39,6	23,5	20,1	12,2	4,6
m9	46,4	32,1	19,7	1,3	0,5
m10	31,8	24,6	22,3	12,0	9,3
m11	6,9	9,5	17,2	20,4	46,0
m12	11,5	10,4	39,8	25,7	12,6
m13	8,0	4,4	21,2	35,6	30,8
m14	5,1	17,2	27,2	31,8	18,8
m15	21,4	15,5	33,2	22,3	7,7
m16	37,6	30,8	17,0	12,0	2,6
m17	56,0	24,1	15,7	2,4	1,8
m18	3,6	13,5	22,1	19,5	41,2
m19	31,8	20,1	24,5	17,5	6,2
m20	29,4	25,7	21,2	13,9	9,9
m21	24,1	21,2	31,6	16,2	6,9
m22	8,0	3,8	14,1	18,4	55,7
m23	11,9	18,4	39,1	21,2	9,5
m24	27,2	19,3	25,0	20,8	7,7
m25	37,8	20,1	22,6	12,8	6,8
m26	3,3	7,3	18,8	26,1	44,5
m27	14,8	14,2	47,6	19,0	4,4
m28	13,9	13,3	49,5	17,0	6,4
m29	25,9	20,6	24,8	19,2	9,5
m30	24,3	23,5	24,8	6,8	20,6
m31	10,8	10,6	29,4	29,4	19,9
m32	13,9	11,7	21,7	20,8	31,9
m33	12,8	17,5	34,9	27,0	7,8
m34	10,8	26,3	31,8	18,2	13,0
m35	12,0	10,9	34,3	31,4	11,3
m36	22,1	22,6	35,0	15,3	4,9
m37	12,4	23,5	22,4	21,9	19,7
m38	53,1	23,7	15,1	5,5	2,6
m39	8,2	8,0	17,9	38,9	27,0
m40	4,0	10,0	22,9	28,1	35,0
m41	51,3	26,3	15,7	4,2	2,6
m42	6,8	13,1	26,1	25,5	28,5
m43	7,5	10,2	23,0	27,6	31,8
m44	6,6	10,4	22,1	35,2	25,7
m45	6,6	8,2	21,9	35,4	27,9
m46	11,7	14,6	28,8	25,7	19,2

Madde Numarası	1 puan (%)	2 puan (%)	3 puan (%)	4 puan (%)	5 puan (%)
m47	8,8	6,9	26,1	35,4	22,8
m48	13,5	15,0	24,1	31,0	16,4
m49	5,5	4,9	19,9	33,8	35,9
m50	10,4	11,7	24,6	35,6	17,7
m51	6,9	9,7	24,5	33,4	25,5
m52	4,4	8,4	21,7	35,6	29,9
m53	5,7	6,8	18,4	37,4	31,8
m54	3,6	2,6	15,3	39,4	39,1
m55	4,9	4,7	22,6	34,7	33,0
m56	1,8	4,6	21,4	34,5	37,8
m57	23,9	25,0	31,2	15,7	4,2
m58	15,0	22,4	33,6	21,4	7,7
m59	10,4	14,4	31,8	29,9	13,5
m60	1,5	4,0	15,0	25,4	54,2
m61	1,8	3,8	13,3	35,4	45,6
m62	2,7	3,8	16,6	35,4	41,4
m63	2,9	3,8	16,1	37,6	39,6
m64	2,2	5,5	17,9	31,8	42,7
m65	2,7	3,8	18,4	26,1	48,9
m66	1,5	1,3	11,1	33,0	53,1
m67	22,4	18,2	28,5	19,9	10,9
m68	7,8	9,9	21,4	27,0	33,9
m69	11,5	12,4	24,5	24,5	27,2
m70	37,4	29,6	23,0	6,2	3,8
m71	7,3	7,5	16,4	25,5	43,2
m72	9,9	6,9	21,0	40,0	22,3
m73	4,6	9,5	18,2	29,6	38,1
m74	19,7	21,9	29,4	16,6	12,4
m75	8,6	8,0	26,3	39,2	17,9
m76	8,8	7,8	22,4	35,2	25,7
m77	12,0	12,2	24,1	24,5	27,2

Taslak ölçeğe verilen cevapların puan dağılımına bakıldığında en fazla 5 puan alan 22. madde olurken en fazla 1 puan alan ise 5. maddedir. (Tablo 4.8)

4.2. Mesleki Kariyer ve İlgili Boyutuna İlişkin Geçerlik Analizleri

Faktör analizine geçilmeden önce mesleki kariyer ve ilgi alt boyutunda madde-toplam korelasyonlarına bakılmıştır. Maddelerin birbirini ters yönde etkilemesi durumunda korelasyon negatif değer almaktadır. Bu durumla karşılaşıldığında veri tabanına bakılmış ve yanlış puanlama olup olmadığı kontrol edilmiştir. Yapılan kontrollerde herhangi bir hatalı puanlama olmadığı görülmüş ve değeri 0,20 altında olan 10 madde (11, 14, 18, 26, 28, 30, 34, 40, 44 ve 45. maddeler) analize alınmamıştır. İlk

boyutta maddelerden alınan ortalama puanlar ve standart sapmaları ile madde-toplam korelasyon değerleri tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4. 9. Maddelerden alınan puanların tanımlayıcı bulguları ve madde-toplam korelasyon katsayıları

Madde Numarası	Ortalama	Standart Sapma	Madde-Toplam Korelasyon Değeri
m1	1,788	0,980	0,627
m2	2,292	1,294	0,493
m3	2,947	1,163	0,612
m4	2,089	1,125	0,612
m5	1,562	0,843	0,548
m6	2,095	1,206	0,433
m7	3,323	1,284	0,541
m8	2,186	1,210	0,405
m9	1,776	0,844	0,452
m10	2,425	1,297	0,562
m11	3,891	1,275	-0,076
m12	3,175	1,139	0,428
m13	3,768	1,169	0,498
m14	3,420	1,128	-0,040
m15	2,794	1,224	0,551
m16	2,111	1,117	0,499
m17	1,699	0,942	0,540
m18	3,812	1,212	-0,208
m19	2,464	1,269	0,652
m20	2,491	1,307	0,569
m21	2,608	1,210	0,667
m22	4,099	1,251	0,478
m23	2,980	1,119	0,335
m24	2,624	1,287	0,457
m25	2,307	1,277	0,279
m26	4,013	1,106	0,050
m27	2,839	1,037	0,230
m28	2,887	1,050	0,158
m29	2,657	1,304	0,451
m30	2,759	1,430	-0,271
m31	3,370	1,221	0,426
m32	3,453	1,398	0,364
m33	2,996	1,128	0,390
m34	2,964	1,181	0,067
m35	3,190	1,151	0,565
m36	2,584	1,135	0,584
m37	3,130	1,314	0,234
m38	1,807	1,047	0,450
m39	3,684	1,188	0,535

Madde Numarası	Ortalama	Standart Sapma	Madde-Toplam Korelasyon Değeri
m40	3,801	1,142	0,140
m41	1,805	1,016	0,247
m42	3,558	1,219	0,274
m43	3,659	1,231	0,349
m44	3,631	1,163	-0,013
m45	3,699	1,153	0,047
m46	3,261	1,254	0,511
m47	3,566	1,170	0,587
m48	3,219	1,270	0,558

Madde-toplam korelasyon katsayılarına bakıldığında madde 11, 14, 18, 30 ve 44'ün negatif değer aldığı, madde 26, 28, 34 40 ve 45'in ise 0,20 değerinin altında kaldığı tespit edilmiştir. (Tablo 4.9) Bu durumda bu maddelerin faktör analizi öncesi ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir.

Taslak ölçeğin mesleki kariyer ve ilgi boyutunda yapılan örneklem uygunluğunun değerlendirildiği test sonuçları tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4. 10. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun örneklem uygunluk testleri

Kullanılan Test	Değer
Kaiser-Meyer-Olkin Testi	0,921
Barlett Testi	Ki-kare
	df
	p
	11137,763
	703
	<0,001

Faktör analizinde KMO test değeri 0,921 çıkmış ve örneklem yeterliliği çok iyi bulunmuştur. Ayrıca değerlendirilen maddeler arasındaki korelasyonun faktörleşme için uygunluğu Barlett testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (serbestlik derecesi=703, $p < 0,001$). Anti-imaj korelasyon matrisi değerlendirildiğinde en düşük Measure of Sampling Adequacy (MSA) değeri 0,798 iken en yüksek değer 0,964'tür. Dolayısıyla bu değerlerin 0,5 üzerinde olması tüm maddelerin faktör analizine dahil edilebileceğini göstermektedir.

Maddelere özgü varyans değerlerinin 0,5 ve üzerinde olması faktörlerin maddeleri açıklamada yeterli olduğunu göstermektedir. Analizde maddelerin ortak

varyans değerleri hesaplanmış ve dört maddenin ortak varyans değeri 0,5 altında çıkmıştır. Bu dört madde (7, 12, 27 ve 37. madde) sırasıyla çıkarılmış ve her adımda analizler yenilenmiştir. Son durumda elde edilen KMO değeri 0,922 ve Barlett testi 561 serbestlik derecesinde Ki-kare değeri 10260,350 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Anti-imaj korelasyon matrisinden elde edilen KMO-MSA değerleri ise 0,813-0,964 arasında değişmektedir. Ölçeğin ilk boyutunun toplam açıklanan varyans analiz sonuçları tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4. 11. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun toplam varyans analiz sonuçları

Madde Numarası	İlk Özdeğer			Yüklenen Faktörlerin Karelerinin Dağılımı		
	Toplam	Varyans (%)	Birikim (%)	Toplam	Varyans (%)	Birikim (%)
1	10,499	30,878	30,878	10,499	30,878	30,878
2	3,947	11,608	42,487	3,947	11,608	42,487
3	2,195	6,455	48,942	2,195	6,455	48,942
4	1,821	5,355	54,297	1,821	5,355	54,297
5	1,424	4,187	58,484	1,424	4,187	58,484
6	1,111	3,266	61,751	1,111	3,266	61,751
7	1,026	3,018	64,769	1,026	3,018	64,769
....						
34	0,159	0,468	100,000			

Açıklanan toplam varyans analiz sonuçları incelendiğinde 7 faktörün özdeğerinin 1’den büyük olduğu görülmektedir. İlk faktörün özdeğeri 10,499 olup varyansın %30,88’ini açıklamaktadır. İkinci faktör (özdeğeri 3,947) varyansın %11,61’ini, üçüncü faktör (özdeğeri 2,195) varyansın %6,45’ini, dördüncü faktör (özdeğeri 1,821) varyansın %5,35’ini, beşinci faktör (özdeğeri 1,424) varyansın %4,19’unu, altıncı faktör (özdeğeri 1,111) varyansın %3,27’sini ve yedinci faktör (özdeğeri 1,026) varyansın %3,02’ini açıklamaktadır. Tüm faktörlerin hep birlikte açıkladıkları toplam varyans oranı ise %64,77’dir. (Tablo 4.11)

Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun 34 maddeyle yapılan direct oblimin yöntemiyle yapılan döndürme işlemi sonrası analiz sonuçları ve ortak varyans değerleri tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4. 12. Döndürme işlemi sonrasında maddelerin faktör yükleri ve dağılımı

Madde Numarası	Ortak Varyans	Yapı Matrisi						
		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
m2	0,796	0,817						
m1	0,705	0,760						
m5	0,542	0,733						
m17	0,663	0,681						
m4	0,716	0,624						
m20	0,728	0,582						
m38	0,767	0,547						
m10	0,537	0,442						
m8	0,500		-0,892					
m29	0,538		-0,862					
m24	0,642		-0,854					
m25	0,515		-0,851					
m6	0,729		-0,821					
m31	0,702			0,843				
m33	0,619			0,740				
m47	0,675			0,613				
m46	0,637			0,562		-0,310		
m39	0,648			0,465		-0,367		
m32	0,792				0,799			
m22	0,716				0,692			
m15	0,754					-0,756		
m48	0,704					-0,744		
m13	0,665					-0,674		
m19	0,624	0,320				-0,645		
m21	0,640	0,357				-0,468		
m16	0,650					-0,460		
m42	0,551						0,809	
m41	0,559						-0,617	
m43	0,579						0,515	
m23	0,698							0,819
m36	0,588							0,568
m9	0,557							0,527
m35	0,651			0,361				0,503
m3	0,636							0,457

Tüm maddelerin ortak varyans değerleri 0,500 ile 0,796 arasında değişmektedir. Maddelerin faktör yükleri değerlendirildiğinde tüm maddeler 0,30 üzerinde bir değer almıştır. Yetersiz faktör yükü oluşturan bir madde bulunmamaktadır. 5 madde (19, 21, 35, 39 ve 46. madde) aynı anda farklı faktörlerle ilişki gösterdiğinden bu maddelerde binişiklik durumuna bakılmıştır. 39. maddede farklı boyutlardaki yüklerinin farkı 0,1'in altında olduğundan binişik madde kabul edilmiştir. Diğer maddelerde faktör yükleri arasındaki fark 0,1'in üzerindedir. (Tablo 4.12)

Madde 39 çıkarılarak analiz tekrar edilmiştir. Tekrar edilen analizlerde KMO değeri 0,920 ve Barlett testinde 528 serbestlik derecesinde Ki-kare değeri 9903,872 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Anti-imaj korelasyon matrisinden hesaplanan KMO-MSA değerleri 0,809 - 0,965 arasında yer almaktadır. Fakat madde 39 çıktıktan sonra ortak varyans değerleri incelendiğinde 10. maddenin ortak varyans değerinin 0,5'in altında olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle madde 10 taslak ölçekten çıkarılarak analizlere devam edilmiştir. Yenilenen analizlerde 42. maddenin madde-toplam korelasyon katsayısı 0,2 değerinin altında çıkmıştır. Bu nedenle madde 42 de çıkarılmış ve analizler yinelenmiştir. Yeni yapılan analizler sonucunda madde 41'in ortak varyans değeri 0,5'in altında çıkmış ve bu madde de taslak ölçekten atılmıştır. Bu aşamadan sonra yapılan analizlerde KMO değeri 0,919 bulunmuş ve Barlett küresellik testi anlamlı çıkmıştır. KMO-MSA değerleri ise 0,838 - 0,965 arasında değişmektedir. Kalan tüm maddelerin ortak varyans değeri 0,5 üzerindedir. Maddelerin faktör yükleri ve yapı matrisi incelendiğinde ise 21. maddenin binişiklik gösterdiği tespit edilmiştir. Bu sebeple de madde 21 çıkarılarak analizler tekrar edilmiştir. Son durumda mesleki kariyer ve ilgi boyutunda elde edilen analiz sonuçları değerlendirilmiş ve örneklem yeterliliğine ilişkin bulgular tablo 4.13'de sunulmuştur.

Tablo 4. 13. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun son durumda örneklem uygunluk testleri

Kullanılan Test		Değer
Kaiser-Meyer-Olkin Testi		0,913
Barlett Testi	Ki-kare	8648,879
	df	406
	p	<0,001

Son analizler sonucu elde edilen KMO değeri 0,913 olup örneklem büyüklüğünün çok iyi olduğu söylenebilir. Barlett test sonucu da istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p < 0,001$). KMO-MSA değerleri ise 0,830-0,961 arasında değişmektedir. Tüm maddelerin ortak varyans değerleri 0,5 ve üzerindedir. Bu sonuçlara göre elde edilen toplam varyans analizi tablo 4.14'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 14. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun son durumda açıklanan toplam varyans analiz sonuçları

Madde Numarası	İlk Özdeğer			Yüklenen Faktörlerin Karelerinin Dağılımı		
	Toplam	Varyans (%)	Birikim (%)	Toplam	Varyans (%)	Birikim (%)
1	9,181	31,657	31,657	9,181	31,657	31,657
2	3,580	12,346	44,003	3,580	12,346	44,003
3	2,062	7,109	51,112	2,062	7,109	51,112
4	1,645	5,671	56,783	1,645	5,671	56,783
5	1,350	4,654	61,437	1,350	4,654	61,437
6	1,046	3,608	65,045	1,046	3,608	65,045
....						
29	0,165	0,568	100,000			

Son durumda açıklanan toplam varyans analiz sonuçları incelendiğinde özdeğeri 1'den büyük olan 6 faktör görülmektedir. İlk faktör (özdeğeri 9,181) varyansın %31,66'sını açıklamaktadır. İkinci faktör (özdeğeri 3,580) varyansın %12,35'ini açıklarken, üçüncü faktör (özdeğeri 2,062) varyansın %7,11'ini, açıklamaktadır. Dördüncü faktör (özdeğeri 1,645) varyansın %5,67'sini, beşinci faktör (özdeğeri 1,350) varyansın %4,65'ini ve altıncı faktör (özdeğeri 1,046) varyansın %3,61'ini açıklamaktadır. Tüm faktörlerin hep birlikte açıkladıkları toplam varyans oranı ise %65,05'dir. (Tablo 4.14)

Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun ortak varyans, faktör yükleri ve yapı matrisi tablo 4.15'de verilmiştir.

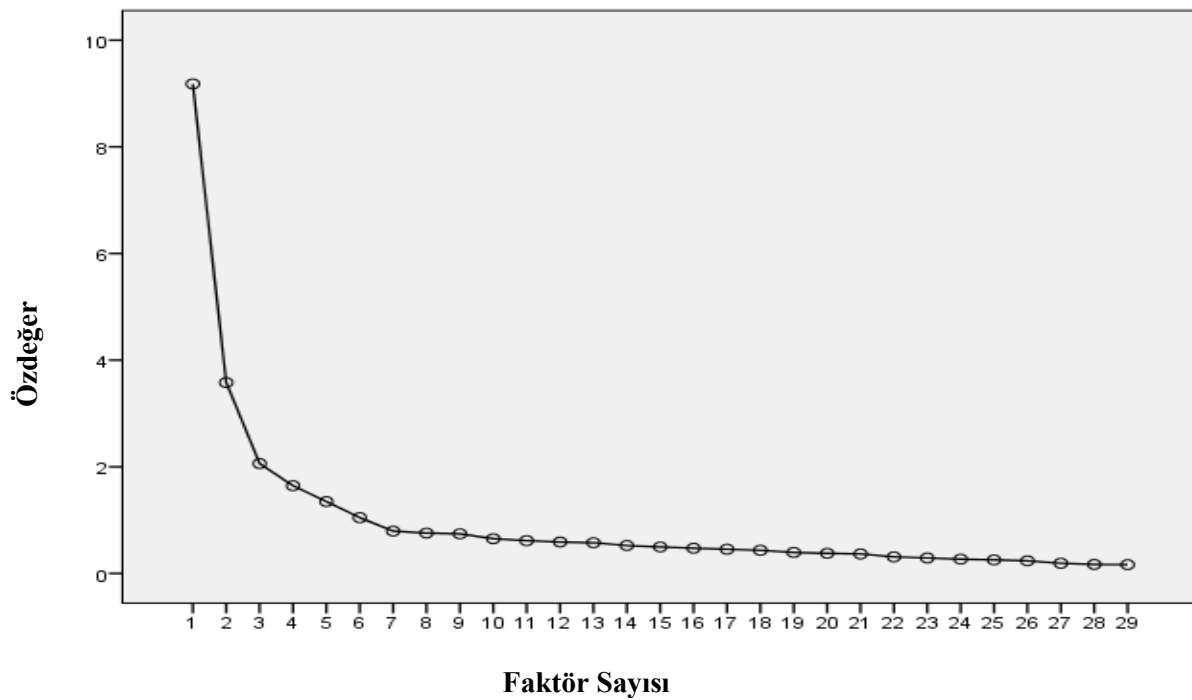
Tablo 4. 15. Döndürme işlemi sonrasında maddelerin son durumda faktör yükleri ve dağılımı

Madde Numarası	Ortak Varyans	Yapı Matrisi					
		F1	F2	F3	F4	F5	F6
m2	0,715	0,823					
m1	0,814	0,787					
m5	0,732	0,755					
m17	0,741	0,698					
m4	0,675	0,638					
m20	0,618	0,581			0,320		
m38	0,550	0,529			-0,305		
m24	0,796		-0,861				
m25	0,720		-0,860				
m29	0,751		-0,859				
m8	0,743		-0,843				
m6	0,719		-0,786				

Madde Numarası	Ortak Varyans	F1	F2	Yapı Matrisi			
				F3	F4	F5	F6
m33	0,626			0,810			
m31	0,629			0,779			
m47	0,645			0,588			
m46	0,578			0,563		-0,346	
m32	0,598				0,740		
m22	0,642				0,715		
m43	0,520			0,306	0,518		
m48	0,673					-0,790	
m15	0,638					-0,740	
m19	0,703	0,304				-0,663	
m13	0,522					-0,660	
m16	0,535					-0,485	-0,307
m23	0,636						-0,819
m36	0,646						-0,586
m35	0,647			0,344			-0,520
m9	0,510						-0,517
m3	0,542						-0,479

Son yapılan analizler sonucunda faktör yüklerinin 0,30 üzerinde olduğu ve faktörler arasındaki yük farkının 0,1 olması nedeniyle hiçbir maddenin binişiklik göstermediği görülmüştür. (Tablo 4.15)

Mesleki kariyer ve ilgi boyutuna ait yamaç birikinti grafiği şekil 4.1’de görülmektedir.



Şekil 4. 1. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun yamaç birikinti grafiği

Grafikte X eksenindeki 6 faktörün Y ekseninde 1 değerinin üzerinde olduğu görülmektedir. (Şekil 4.1)

Mesleki kariyer ve ilgi boyutu için yapılan analizler neticesinde madde-toplam korelasyon katsayısının 0,2'nin altında olması nedeniyle 11 madde çıkartılırken, 6 madde ortak varyans değerinin 0,5'in altında olması sebebiyle çıkarılmıştır. Ölçekten 2 madde de binişik ifade oluşturduğu için çıkarılmıştır. Toplamda çıkartılan madde sayısı ise 19'dur. Sonuçta Halk Sağlığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeğinin mesleki kariyer ve ilgi boyutunda 29 madde kalmıştır. Madde 1, 2, 4, 5, 17, 20 ve 38'in bulunduğu birinci faktör "kariyer hedefi" olarak isimlendirilmiştir. Madde 6, 8, 24, 25 ve 29'un olduğu ikinci faktör ise "konfor" olarak adlandırılmıştır. Üçüncü faktörde madde 31, 33, 46 ve 47 yer almaktadır. Üçüncü faktör de "üstün özellikler" olarak isimlendirilmiştir. Dördüncü faktörde madde 22, 32 ve 43 bulunmakta olup bu faktöre de "etkisiz bulma" ismi verilmiştir. Madde 13, 15, 16, 19 ve 48'in bulunduğu beşinci faktör "yüksek ilgi" olarak adlandırılmıştır. Son faktörde ise madde 3, 9, 23, 35 ve 36 bulunmaktadır. Bu faktörün ismi "saygınlık" olarak belirlenmiştir.

4.3. Halk Sağlığının Önemi Boyutuna İlişkin Geçerlik Analizleri

Bir önceki boyuta ilişkin analizlerde olduğu gibi bu boyut için de faktör analizine geçilmeden önce maddelerin analize uygunluğu değerlendirilmiştir. Öncelikle maddelerin madde-toplam korelasyon katsayıları değerlendirilmiştir. Katsayı değeri 0,2'nin altında olanlar faktör analizlerine dahil edilmemişlerdir. Maddelerden alınan puanların ortalama, standart sapma ve madde-toplam korelasyon değerleri tablo 4.16'da gösterilmiştir.

Tablo 4. 16. Maddelerden alınan puanların tanımlayıcı bulguları ve madde-toplam korelasyon katsayıları

Madde Numarası	Ortalama	Standart Sapma	Madde-Toplam Korelasyon Değeri
m49	3,898	1,114	0,738
m50	3,385	1,205	0,653
m51	3,609	1,167	0,631
m52	3,783	1,096	0,186
m53	3,828	1,120	0,640
m54	4,077	0,985	0,780
m55	3,861	1,083	0,736
m56	4,018	0,969	0,098
m57	2,513	1,138	0,025

Madde Numarası	Ortalama	Standart Sapma	Madde-Toplam Korelasyon Değeri
m58	2,843	1,149	0,433
m59	3,217	1,164	0,574
m60	4,268	0,956	0,373
m61	4,192	0,934	0,749
m62	4,089	0,987	0,799
m63	4,071	0,985	0,804
m64	4,073	1,009	0,219
m65	4,146	1,026	0,426
m66	4,350	0,839	0,457

Halk sağlığının önemi boyutunun madde-toplam korelasyon değerleri incelendiğinde madde 52, 56 ve 57'nin değerlerinin 0,2'nin altında olduğu görülmüştür. (Tablo 4.16) Bu nedenle söz konusu maddeler taslak ölçekten çıkarılmıştır.

Taslak ölçeğin halk sağlığının önemi alt boyutunda yapılan örneklem uygunluğunun değerlendirildiği test analiz sonuçları tablo 4.17'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 17. Halk Sağlığının Önemi boyutunun örneklem uygunluk testleri

Kullanılan Test	Değer
Kaiser-Meyer-Olkin Testi	0,912
Barlett Testi	4878,863
Ki-kare	105
df	105
p	<0,001

Bu boyutta KMO test değeri 0,912 çıkmış ve örneklemin yeterliliği çok iyi bulunmuştur. Ayrıca değerlendirilen maddeler arasındaki korelasyonun faktörleşme için uygunluğu Barlett testi ile incelenmiştir. Barlett testinde Ki-kare değeri 4878,863 olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (serbestlik derecesi=105, $p<0,001$).

Anti-imaj korelasyon matrisi değerlendirildiğinde MSA değerlerinin 0,747 ile 0,963 arasında değiştiği gözlenmiştir. MSA değerlerinin 0,5 üzerinde olması tüm maddelerin faktör analizine dahil edilebileceğini göstermektedir. Maddelerin ortak varyans değerlerinin ise 0,535-0,766 arasında olduğu görülmüştür. Dolayısıyla hiçbir madde atılmadan faktör analizlerine geçilmiştir. Açıklanan toplam varyans analizleri tablo 4.18'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 18. Halk sağığının önemi boyutunun toplam varyans analiz sonuçları

Madde Numarası	İlk Özdeğer			Yüklenen Faktörlerin Karelerinin Dağılımı		
	Toplam	Varyans (%)	Birikim (%)	Toplam	Varyans (%)	Birikim (%)
1	7,109	47,393	47,393	7,109	47,393	47,393
2	1,544	10,294	57,688	1,544	10,294	57,688
3	1,162	7,745	65,433	1,162	7,745	65,433
....						
15	0,127	0,848	100,000			

Açıklanan toplam varyans analiz sonuçları incelendiğinde halk sağığının önemi boyutunda özdeğeri 1'den büyük üç faktörün olduğu görülmektedir. İlk faktörün özdeğeri 7,109 olup varyansın %47,39'unu açıklamaktadır. İkinci faktör (özdeğeri 1,544) varyansın %10,29'unu, üçüncü faktör (özdeğeri 2,195) ise varyansın %7,75'ini, açıklamaktadır. Faktörlerin birlikte açıkladıkları toplam varyans oranı ise %65,43'tür. (Tablo 4.18)

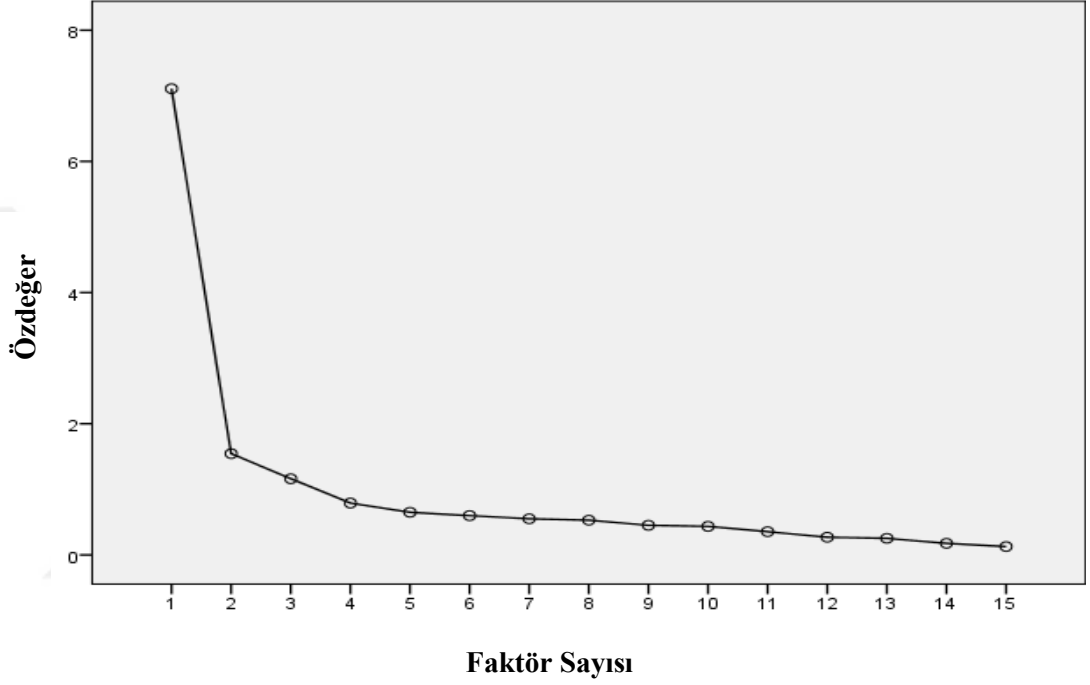
Bu aşamadan sonra eğik döndürme yöntemlerinden direct oblimin yöntemi kullanılarak döndürme işlemi yapılmış ve tablo 4.19 elde edilmiştir.

Tablo 4. 19. Döndürme işlemi sonrasında maddelerin faktör yükleri ve dağılımı

Madde Numarası	Ortak Varyans	Yapı Matrisi		
		F1	F2	F3
m50	0,629	0,831		
m59	0,612	0,771		
m55	0,663	0,769		
m51	0,562	0,757		
m49	0,643	0,740		
m58	0,557	0,691	-0,426	
m54	0,722	0,690		
m62	0,756	0,681		
m53	0,535	0,679		
m63	0,758	0,652		
m61	0,718	0,545		0,354
m64	0,576		0,750	
m60	0,594		0,723	
m66	0,766			0,876
m65	0,723			0,866

Maddelerin faktör yükleri değerlendirildiğinde tüm maddelerin 0,3 üzerinde bir değer aldığı belirlenmiştir. Madde 58 ve madde 61 iki faktörde yük oluşturmalarına rağmen faktör yükleri arasındaki farkın 0,1'den fazla olması nedeniyle binişik madde olarak kabul edilmemişlerdir. (Tablo 4.19)

Halk sağlığının önemi boyutuna ait yamaç birikinti grafiği şekil 4.2'de görülmektedir.



Şekil 4. 2. Halk sağlığının önemi boyutunun yamaç birikinti grafiği

Grafikte X eksenindeki 3 faktörün Y ekseninde 1 değerinin üzerinde olduğu görülmektedir. (Şekil 4.2)

Sonuç olarak halk sağlığının önemi boyutunda analizlere 18 madde ile başlanmıştır. Üç maddenin madde-toplam korelasyon katsayısının 0,2'nin altında olması ve faktör analizine uygun olmaması nedeniyle taslak ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Sonraki analizlerde ise çıkarılan herhangi bir madde olmamıştır. Son durumda kalan 15 maddenin üç faktörlü bir yapı oluşturduğu gözlemlenmiştir. Madde 49, 50, 51, 53, 54, 55, 58, 59, 61, 62 ve 63 birinci faktörde yer almıştır. Bu faktöre “değer verme” ismi verilmiştir. 60 ve 64. maddeler ikinci faktörde yer alırken, 65 ve 66. maddeler ise üçüncü faktörde yer almıştır. İkinci faktör “önemsiz bulma” olarak adlandırılırken üçüncü faktör “korumanın önemi” olarak adlandırılmıştır.

4.4. Halk Sağlığı Ders ve Stajı Boyutuna İlişkin Geçerlik Analizleri

Halk sağlığı ders ve stajı boyutu faktör analizlerine geçilmeden önce yine maddelerin analize uygunluğu değerlendirilmiştir. İlk olarak değişkenlerin madde-toplam korelasyon katsayıları değerlendirilmiştir. Katsayı değeri 0,2'nin altında olanlar faktör analizlerine dahil edilmemiştir. Maddelerden alınan puanların ortalama, standart sapma ve madde-toplam korelasyon değerleri tablo 4.20'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 20. Maddelerden alınan puanların tanımlayıcı bulguları ve madde-toplam korelasyon katsayıları

Madde Numarası	Ortalama	Standart Sapma	Madde-Toplam Korelasyon Değeri
m67	2,786	1,2941	0,662
m68	3,693	1,2499	0,696
m69	3,434	1,3155	0,535
m70	2,095	1,0910	0,441
m71	3,900	1,2432	0,600
m72	3,578	1,1923	0,642
m73	3,872	1,1576	0,256
m74	2,801	1,2779	0,614
m75	3,498	1,1337	0,516
m76	3,613	1,1987	0,629
m77	3,425	1,3261	0,131

Madde-toplam korelasyon değerleri incelendiğinde 77. maddenin korelasyon değerinin 0,131 olduğu görülmüştür. (Tablo 4.20) Madde-toplam korelasyon değerinin en az 0,20 olması gerekmektedir. Bu nedenle faktör analizine geçilmeden önce 77. madde taslak ölçekten çıkarılmıştır.

Bu boyutta yine örneklem uygunluğunun değerlendirilmesi için KMO ve Barlett testleri yapılmıştır. Yapılan test analiz sonuçları tablo 4.21'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 21. Halk sağlığı ders ve stajı boyutunun örneklem uygunluk testleri

Kullanılan Test	Değer
Kaiser-Meyer-Olkin Testi	0,847
Barlett Testi	Ki-kare
	2394,831
	df
	45
	p
	<0,001

Örneklem büyüklüğünün yeterliliği için yapılan analiz sonuçlarında KMO değeri 0,847 bulunmuştur. Bu değer örneklem büyüklüğünün iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Barlett küresellik test sonucu ise istatistiksel olarak anlamlıdır (serbestlik derecesi=45, $p<0,001$). (Tablo 4.21) Ayrıca maddelerin KMO-MSA değerlerinin 0,5'in üzerinde olması istenmektedir. Bulunan en düşük KMO-MSA değeri 0,802, en yüksek KMO-MSA değeri ise 0,884'tür. Maddelerin ilk analiz aşamasında ise ortak varyans değerleri 0,536-0,798 arasında değişmektedir. Bu analizler sonrası faktör analizine geçmeden önce herhangi bir sorunlu madde görülmemiştir. Maddelerin açıklanan toplam varyans analiz sonuçları tablo 4.22'de verilmiştir.

Tablo 4. 22. Halk sağlığı ders ve stajı boyutunun toplam varyans analiz sonuçları

Madde Numarası	İlk Özdeğer			Yüklenen Faktörlerin Karelerinin Dağılımı		
	Toplam	Varyans (%)	Birikim (%)	Toplam	Varyans (%)	Birikim (%)
1	4,558	45,583	45,583	4,558	45,583	45,583
2	1,225	12,248	57,831	1,225	12,248	57,831
3	1,099	10,991	68,822	1,099	10,991	68,822
....						
10	0,250	2,497	100,000			

Açıklanan toplam varyans analiz tablosu incelendiğinde birinci faktör (özdeğeri 4,558) varyansın %45,6'sını açıklamaktadır. İkinci faktör (özdeğeri 1,225) varyansın %12,25'ini, üçüncü faktör (özdeğeri 1,099) ise varyansın %10,99'unu açıklamaktadır. Üç faktörün birlikte açıkladıkları birikimli varyans oranı ise %68,82'dir. (Tablo 4.22)

Eğik döndürme işlemi uygulandıktan sonra oluşan yapı matrisi tablo 4.23'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 23. Döndürme işlemi sonrası maddelerin faktör yükleri ve dağılımı

Madde Numarası	Ortak Varyans	Yapı Matrisi		
		F1	F2	F3
m69	0,675	,857		
m71	0,685	,842		
m68	0,662	,666		
m76	0,741	,600	-,372	-,318
m75	0,617	,590	-,418	
m72	0,719	,581	-,318	-,351

Madde Numarası	Ortak Varyans	Yapı Matrisi		
		F1	F2	F3
m73	0,536		,694	
m70	0,747			-,923
m67	0,798			-,806
m74	0,702	,321	,458	-,495

Maddelerin faktör yükleri ve dağılımları incelendiğinde yetersiz bir madde olmadığı anlaşılmıştır. Fakat üç maddenin farklı faktörlerdeki yükleri arasındaki farkın 0,1 altında olduğu ve bu maddelerin binişik maddeler olduğu görülmüştür. (Tablo 4.23)

Sırayla binişik olan maddeler (madde 72, 74 ve 76) çıkarılarak analizler tekrarlanmıştır. Tekrarlanan analizler sonucunda KMO değeri 0,756, Barlett küresellik test sonucu istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p < 0,001$). KMO-MSA değerleri ise 0,670-0,867 arasında değişmektedir. Maddeler için ortak varyans değerleri 0,10 ile 0,80 arasında yer almıştır. 0,50 altında olan iki maddenin ortak varyans değeri madde 73 için 0,10, madde 75 içinse 0,39'dur. Bu iki maddenin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiş ve analizler tekrar edilmiştir.

Son yapılan analiz sonucunda bulunan örneklem yeterlilik değerleri tablo 4.24'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 24. Halk sağlığı ders ve stajı boyutunun son durumda örneklem uygunluk testleri

Kullanılan Test		Değer
Kaiser-Meyer-Olkin Testi		0,706
Barlett Testi	Ki-kare	949,535
	df	10
	p	<0,001

Yapılan yeni analizler sonucunda KMO değeri 0,706 hesaplanmış olup örneklem yeterliliğinin orta olduğu anlaşılmıştır. Yine Barlett testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (serbestlik derecesi=10, $p < 0,001$). (Tablo 4.24)

Maddelerin MSA değerleri ise 0,622 - 0,772 arasında bulunmuştur. Kalan tüm maddelerin ortak varyans değerleri 0,5'in üzerindedir. Halk sağlığı ders ve stajı boyutunun iki faktörlü açıklanan toplam varyans değerleri tablo 4.25'de verilmiştir.

Tablo 4. 25. Halk sağığı ders ve stajı boyutunun son durumda açıklanan toplam varyans analiz sonuçları

Madde Numarası	İlk Özdeğer			Yüklenen Faktörlerin Karelerinin Dağılımı		
	Toplam	Varyans (%)	Birikim (%)	Toplam	Varyans (%)	Birikim (%)
1	2,690	53,806	53,806	2,690	53,806	53,806
2	1,109	22,178	75,983	1,109	22,178	75,983
...						
5	0,279	5,587	100,000			

Son durumda açıklanan toplam varyans analiz sonuçları incelendiğinde özdeğeri 1'den büyük olan iki faktör görülmektedir. İlk faktör (özdeğeri 2,690) varyansın %53,81'ini açıklamaktadır. İkinci faktör (özdeğeri 3,764) ise varyansın %22,17'sini açıklayabilmiştir. Her iki faktörün beraber açıkladıkları birikimli toplam varyans oranı ise %75,98'dir. (Tablo 4.25)

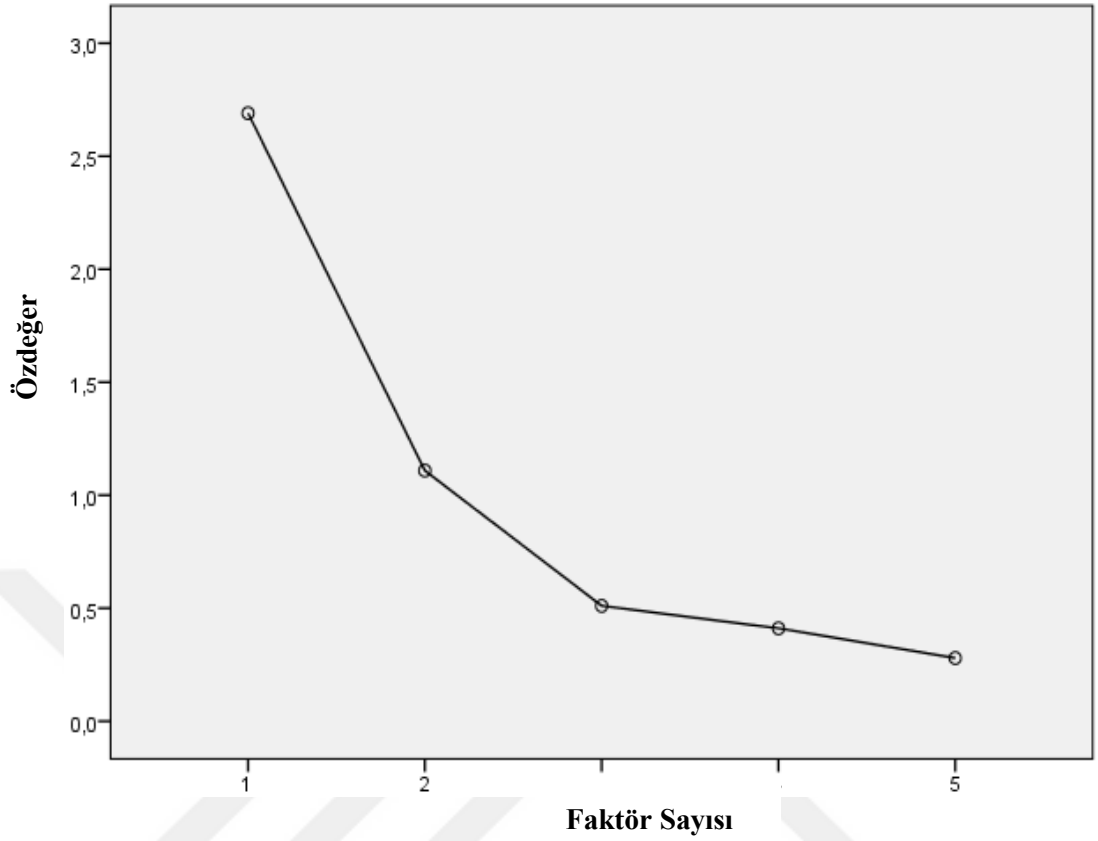
Döndürme işlemi sonrasında oluşan faktör yükleri ve oluşan yapı matrisi tablo 4.26'da verilmiştir.

Tablo 4. 26. Döndürme işlemi sonrasında maddelerin son durumda faktör yükleri ve dağılımı

Madde Numarası	Ortak Varyans	Yapı Matrisi	
		F1	F2
m69	0,708	,873	
m71	0,730	,851	
m68	0,729	,717	
m70	0,820		,937
m67	0,813		,809

Son analiz sonucunda bütün faktör yüklerinin 0,30 üzerinde olduğu görülmüş ve iki faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Madde 68, 69 ve 71 birinci faktörde yer alırken madde 67 ve 70 ikinci faktörde yer almıştır. Birinci faktöre “faydasız bulma”, ikinci faktöre ise “staja ilgi” adı verilmiştir.

İki faktörlü yapıyı gösteren yamaç birikinti grafiğı şekil 4.3'te gösterilmiştir.



Şekil 4. 3. Halk sağlığı ders ve stajı boyutu yamaç birikinti grafiği

Grafikte X eksenindeki iki faktörün Y ekseninde 1 değerinin üzerinde olduğu görülmektedir. (Şekil 4.3)

Halk sağlığı ders ve stajı boyutunda yapılan analizler sonucunda bir madde madde-toplam korelasyon değeri 0,2'nin altında olması nedeniyle, üç madde binişik madde olması nedeniyle ve iki madde de ortak varyans değerinin 0,5'in altında olması nedeniyle taslak ölçekten çıkarılmıştır. Sonuçta bu boyutta iki faktörlü bir yapı elde edilmiştir.

Özetle her üç boyutta yapılan geçerlilik analizleri değerlendirildiğinde mesleki kariyer ve ilgi boyutunda 48 maddeden 19 tanesi, halk sağlığının önemi boyutunda 18 maddeden 3 tanesi, halk sağlığı ders ve stajı boyutunda ise 11 maddeden 6 tanesi çıkarılmıştır. Böylece analizler öncesi 77 olan madde sayısı son durumda 49 olmuştur. Kalan maddelerin boyutlara göre dağılımı tablo 4.27'de gösterilmiştir.

Tüm boyutlar için örneklem yeterliliği istenilen düzeyde bulunmuştur. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunda 6 faktörlü, halk sağlığının önemi boyutunda 3 faktörlü ve halk sağlığı ders ve stajı boyutunda ise 2 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Tüm bu faktörler için isimlendirme yapılmıştır. Birinci boyutta faktörlerin birikimli varyans değeri %65,05, ikinci boyutta %65,43 ve üçüncü boyutta %75,98'dir.

Tablo 4. 27. Son durumda kalan maddelerin boyutlara göre dağılımı

Boyut	Madde Numarası
Mesleki kariyer ve İlgi	m1, m2, m3, m4, m5, m6, m8, m9, m13, m15, m16, m17, m19, m20, m22, m23, m24, m25, m29, m31, m32, m33, m35, m36, m38, m43, m46, m47, m48
Halk Sağlığının Önemi	m49, m50, m51, m53, m54, m55, m58, m59, m60, m61, m62, m63, m64, m65, m66
Halk Sağlığı Ders ve Stajı	m67, m68, m69, m70, m71

Yapılan geçerlilik analizleri sonrası taslak ölçekte son durumu özetleyecek olursak; mesleki kariyer ve ilgi boyutunda 29 madde, halk sağlığının önemi boyutunda 15 madde ve halk sağlığı ders ve stajı boyutunda 5 madde kalmıştır. (Tablo 4.27) Taslak ölçekte kalan bu 49 madde ile güvenirlik analizlerine devam edilmiştir.

4.5. Mesleki Kariyer ve İlgi Boyutuna İlişkin Güvenirlik Analizleri

Mesleki kariyer ve ilgi boyutunda 29 madde ile yapılan güvenirlik analizi sonucu bulunan değerler tablo 4.28'de verilmiştir.

Tablo 4. 28. Mesleki kariyer ve ilgi boyutu güvenirlik analiz sonuçları

Cronbach's alfa	Standardize edilmiş maddelere dayalı Cronbach's alfa	Madde sayısı
0,915	0,918	29

Yapılan güvenirlik analiz sonucunda elde edilen Cronbach's alfa değeri 0,915 bulunmuştur. Bu sonuca göre ölçeğin mesleki kariyer ve ilgi boyutunun çok yüksek güvenirliğe sahip olduğu söylenebilir. (Tablo 4.28)

Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun madde istatistikleri tablo 4.29'da verilmiştir.

Tablo 4. 29. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunun madde güvenirlik analiz sonuçları

Madde Numarası	Madde Silinirse Ölçek Ortalaması	Madde Silinirse Ölçek Varyansı	Madde Silinirse Cronbach's alfa
m1	76,044	321,007	0,910
m2	75,540	320,168	0,912
m3	74,885	320,713	0,911
m4	75,743	318,345	0,910
m5	76,270	326,552	0,912
m6	75,737	322,348	0,912
m8	75,646	323,538	0,913
m9	76,057	330,247	0,913
m13	74,064	325,329	0,913
m15	75,038	320,622	0,912
m16	75,721	325,156	0,913
m17	76,133	324,437	0,911
m19	75,369	315,111	0,910
m20	75,341	316,686	0,911
m22	73,734	325,508	0,914
m23	74,852	332,934	0,916
m24	75,208	319,606	0,912
m25	75,526	327,559	0,915
m29	75,175	320,401	0,912
m31	74,462	326,355	0,914
m32	74,380	327,110	0,916
m33	74,836	329,457	0,914
m35	74,642	322,033	0,912
m36	75,248	321,189	0,911
m38	76,026	326,709	0,913
m43	74,173	332,005	0,916
m46	74,571	323,825	0,913
m47	74,266	322,050	0,912
m48	74,613	320,673	0,912

Madde analizleri incelendiğinde madde silinirse ölçek ortalamalarının 73,734-76,270 arasında değiştiği görülmektedir. Varyans değerleri ise 315,111–332,934 arasında değişmektedir. Madde silinirse Cronbach's alfa değerinin mesleki kariyer ve ilgi boyutu alfa değerine yakın olduğu görülmüştür. Bu nedenle hiçbir madde silinmemiştir. (Tablo 4.29)

Tepki yanlılığı için yapılan analiz sonuçları tablo 4.30’da gösterilmiştir.

Tablo 4. 30. Mesleki kariyer ve ilgi boyutu tepki yanlılığı analiz sonuçları

Hotelling’s T ²	F	df1	df2	p
3443,004	116,895	28	520	,000

Hotelling’s T² değeri 3443,004 ve $p < 0,001$ bulunmuştur. Bu sonuçlara göre mesleki kariyer ve ilgi boyutunda bir tepki yanlılığının olmadığı tespit edilmiştir. (Tablo 4.30)

4.6. Halk Sağlığının Önemi Boyutuna İlişkin Güvenirlik Analizleri

Halk sağlığının önemi boyutunda 15 madde ile yapılan güvenirlik analizi sonucu bulunan değerler tablo 4.31’de verilmiştir.

Tablo 4. 31. Halk sağlığının önemi boyutu güvenirlik analiz sonuçları

Cronbach’s alfa	Standardize edilmiş maddelere dayalı Cronbach’s alfa	Madde sayısı
0,910	0,911	15

Yapılan güvenirlik analiz sonucunda elde edilen Cronbach’s alfa değeri 0,910 bulunmuştur. Bu sonuca göre halk sağlığının önemi boyutunda ölçeğin güvenirlik düzeyinin çok yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 4.31)

Bu boyutta yer alan maddeler için yapılan güvenirlik analiz sonuçları tablo 4.32’de verilmiştir.

Tablo 4. 32. Halk sağlığının önemi boyutunun madde güvenirlik analiz sonuçları

Madde Numarası	Madde Silinirse Ölçek Ortalaması	Madde Silinirse Ölçek Varyansı	Madde Silinirse Cronbach’s alfa
m49	54,011	93,499	0,900
m50	54,524	93,745	0,903
m51	54,299	94,433	0,903
m53	54,080	94,984	0,903

m54	53,832	94,407	0,898
m55	54,047	93,705	0,899
m58	55,066	99,275	0,911
m59	54,692	95,768	0,905
m60	53,641	102,589	0,912
m61	53,717	95,680	0,900
m62	53,819	94,013	0,898
m63	53,838	94,034	0,898
m64	53,836	105,264	0,917
m65	53,763	100,499	0,910
m66	53,558	101,849	0,909

Halk sağığının önemi boyutunda yer alan maddelerin güvenirlilik analizleri incelendiğinde madde silinirse ölçek ortalamalarının 53,558-55,066 arasında değıştığı görölmektedir. Varyans değerleri ise 93,499-105,264 arasında değışmektedir. Madde silinirse Cronbach's alfa değerinin halk sağığının önemi boyutu alfa değerine yakın olduğu görölmüştür. Bu nedenle hiçbir madde çıkarılmamıştır. (Tablo 4.32)

Halk sağığının önemi boyutunda yapılan tepki yanlılığı analiz sonuçları tablo 4,33'te gösterilmiştir.

Tablo 4. 33. Halk sağığının önemi boyutu tepki yanlılığı analiz sonuçları

Hotelling's T ²	F	df1	df2	p
975,591	68,029	14	534	,000

Hotelling's T² değeri 975,591 ve p<0,001 bulunmuştur. Bu sonuçlara göre halk sağığının önemi boyutunda bir tepki yanlılığının olmadığı anlaşılmıştır. (Tablo 4.33)

4.7. Halk Sağığı Ders ve Stajı Boyutuna İlişkin Güvenirlilik Analizleri

Halk sağığı ders ve stajı boyutunda 5 madde ile yapılan güvenirlilik analizi sonucu bulunan değerler tablo 4.34'de verilmiştir.

Tablo 4. 34. Halk sağığı ders ve stajı boyutu güvenirlilik analiz sonuçları

Cronbach's alfa	Standardize edilmiş maddelere dayalı Cronbach's alfa	Madde sayısı
0,782	0,780	5

Halk sağlığı ders ve stajı güvenirlik analizi sonucunda Cronbach's alfa değeri 0,782 bulunmuştur. Bu değer boyutun yüksek güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir. (Tablo 4.34)

Halk sağlığı ders ve stajı boyutunda yer alan maddeler için yapılan güvenirlik analiz sonuçları tablo 4.35'te verilmiştir.

Tablo 4. 35. Halk sağlığı ders ve stajı boyutunun madde güvenirlik analiz sonuçları

Madde Numarası	Madde Silinirse lek Ortalaması	Madde Silinirse lek Varyansı	Madde Silinirse Cronbach's alfa
m67	13,122	13,120	0,721
m68	12,215	12,787	0,693
m69	12,474	13,987	0,764
m70	13,814	15,870	0,786
m71	12,009	13,636	0,731

Halk sağlığı ders ve stajı boyutunda yer alan maddelerin güvenirlik analizleri incelendiğinde madde silinirse ölçek ortalamalarının 12,009-13,814 arasında değiştirdiği görülmektedir. Varyans değerleri ise 12,787-15,870 arasında değişmektedir. Madde silinirse Cronbach's alfa değerinin halk sağlığı ders ve stajı boyutu alfa değerine yakın değerlerde olduğu grlmştr. Bu nedenle hiçbir madde çıkarılmamıştır. (Tablo 4.35)

Bu boyutta tepki yanlılığı için yapılan analizden elde edilen sonuçlar tablo 4.36'da verilmiştir.

Tablo 4. 36. Halk sağlığı ders ve stajı boyutu tepki yanlılığı analiz sonuçları

Hotelling's T²	F	df1	df2	p
916,208	227,796	4	544	,000

Hotelling's T² değerı 916,208 ve $p < 0,001$ bulunmuştur. Bu sonuçlara göre halk sağlığı ders ve stajı boyutunda bir tepki yanlılığı yoktur. (Tablo 4.36)

4.8. Taslak Ölçeğin Tamamına İlişkin Güvenirlik Analizleri

Tüm maddeler dahil edilerek taslak ölçeğin tamamına yönelik de güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Elde edilen Cronbach's alfa değerleri tablo 4.37'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 37. Taslak ölçek güvenilirlik analiz sonuçları

Cronbach's alfa	Standardize edilmiş maddelere dayalı Cronbach's alfa	Madde sayısı
0,944	0,945	49

Tüm ölçek için hesaplanan Cronbach's alfa değeri 0,944 bulunmuştur. Buna göre ölçeğin tamamının yüksek güvenirlilikte olduğu tespit edilmiştir.

Taslak ölçek güvenirliliği için ayrıca bir testin iki yarıya bölünmesi yöntemi de kullanılmıştır. Elde edilen analiz sonuçları tablo 4.38'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 38. Taslak ölçeğin bir testin iki yarıya bölünmesi analiz sonuçları

	Bölüm 1	Bölüm 2
İfade sayısı	25 ^a	24 ^b
Ortalama	2,565	3,647
Minimum	1,562	2,095
Maksimum	4,099	4,350
Cronbach's alfa değeri	0,908	0,923
Bölümler arası korelasyon		0,618
Spearman-Brown değeri		0,764

a. Maddeler: m1, m2, m3, m4, m5, m6, m8, m9, m13, m15, m16, m17, m19, m20, m22, m23, m24, m25, m29, m31, m32, m33, m35, m36, m38

b. Maddeler: m43, m46, m47, m48, m49, m50, m51, m53, m54, m55, m58, m59, m60, m61, m62, m63, m64, m65, m66, m67, m68, m69, m70, m71

Birinci grup Cronbach's alfa değeri 0,908 iken ikinci grup Cronbach's alfa değeri ise 0,923'tür. Elde edilen Spearman-Brown değeri de 0,764 bulunmuş ve testin güvenilir olduğu anlaşılmıştır. (Tablo 4.38)

Taslak ölçeğin tamamına ait tepki yanlılığı analiz sonuçları tablo 4.39'da gösterilmiştir.

Tablo 4. 39. Taslak ölçeğin tepki yanlılığı analiz sonuçları

Hotelling's T ²	F	df1	df2	p
5102,591	97,170	48	500	,000

Taslak ölçek için Hotelling's T² değeri 5102,591 ve p<0,001 bulunmuştur. Bu sonuçlara göre taslak ölçeğin tamamı için de tepki yanlılığı yoktur. (Tablo 4.39)

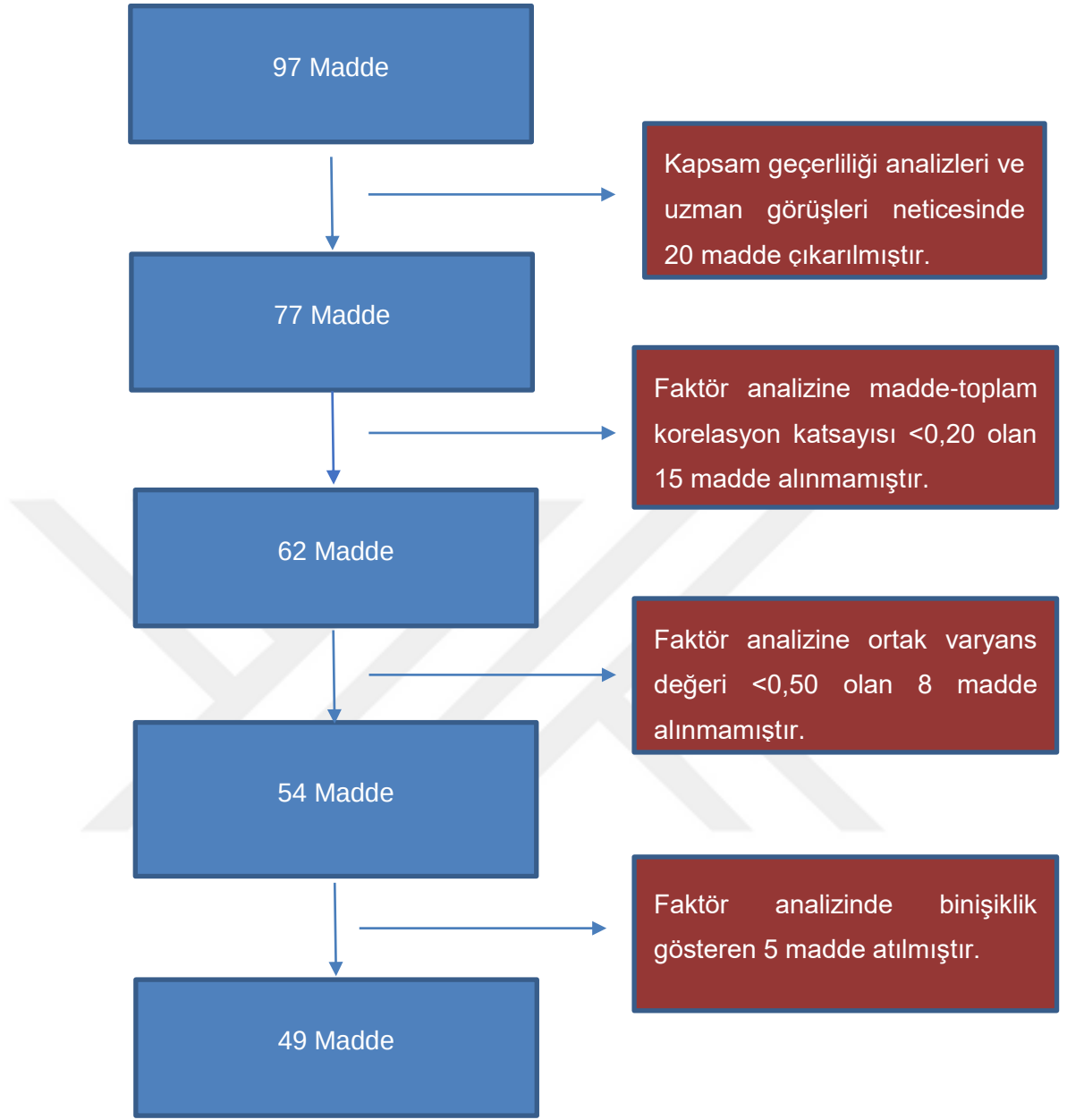
Taslak ölçek için uygulanan Tukey's toplanabilirlik testi analiz sonuçları tablo 4.40'da gösterilmiştir.

Tablo 4. 40. Taslak ölçeğin Tukey's toplanabilirlik analiz sonuçları

		Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Bireyler arası		9578,464	547	17,511		
Bireyler içinde	Maddeler arası	17449,949	48	363,541	371,004	,000
	Toplanamazlık	0,764	1	0,764	0,780	,377
Artık	Denge	25727,042	26255	0,980		
	Toplam	25727,806	26256	0,980		
Toplam		43177,755	26304	1,641		
Toplam		52756,219	26851	1,965		

Taslak ölçeğin Tukey's toplanabilirlik test sonuçlarının istatistiksel olarak önemli (p<0,001) olduğu ve ölçeğin toplanabilir özellikte bulunduğu anlaşılmış olup ölçekten toplam puan elde edilebileceği sonucuna varılmıştır. (Tablo 4.40) Ölçekten en yüksek 245 puan alınabilirken, en düşük alınabilecek puan 49'dur.

Sonuç olarak faktör analizleri sonrası kalan 49 madde ile yapılan güvenilirlik analizleri neticesinde ölçeğin hem boyutları içinde hem de total olarak güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Yapılan tüm analizler sonrasında 97 maddelik ilk taslak ölçekten 49 maddelik Halk Sağlığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeğinin nihai haline ulaşılmıştır. Ölçek son halini alana kadar yapılan madde çıkarma işlemlerinin nedenleri aşağıda şematize edilmiştir.



Şekil 4. 4. Taslak ölçekten atılan maddelerin çıkarılma nedenleri

5.TARTIŞMA

Bu çalışma tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin halk sağlığına yönelik tutumlarını belirlemeyi hedefleyen metodolojik yöntemle yapılmış bir ölçek geliştirme çalışmasıdır. Halk sağlığı profesyonellerine birçok alanda ihtiyaç duyulmasına rağmen ülkemizde hem kurumlar açısından hem de 100.000 nüfusa düşen halk sağlıkçı sayısı bakımından istihdam edilen halk sağlığı profesyonellerinin sayısı yetersizdir.(95) Öğrencilerin tıp fakültesini bitirdikten sonra kariyerlerini planlamadaki en önemli aşamalardan biri TUS tercihleridir. Bu tercihleri etkileyen çok sayıda faktör bulunmaktadır. Halk sağlığı, tıpta uzmanlık sınav puanı ortalamasına göre bakıldığında sınava giren öğrencilerin tercihleri arasında birçok bölüme nazaran daha alt sırada yer almaktadır. Bu durum halk sağlığı uzmanlık alanının diğer gelişmiş ülkelere göre ülkemizde daha az cazip olduğunu göstermektedir. Literatüre bakıldığında halk sağlığına yönelik kariyer düşüncesini, mesleki ilgiyi, halk sağlığına verilen önemi, halk sağlığı ders ve stajlarını değerlendiren bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu nedenle kariyerine henüz başlamamış olan halk sağlığı stajını tamamlamış tıp fakültesi öğrencilerinin halk sağlığına yönelik tutumlarını belirleyebilecek bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır.

Ölçek geliştirme aşamaları literatürde farklılıklar göstermekle birlikte bu çalışmada ağırlıklı olarak DeVellis'in ilkeleri benimsenmiştir.(123) Taslak ölçekte mesleki kariyer ve ilgi, halk sağlığının önemi ve halk sağlığı ders ve stajları ile ilgili 97 maddelik bir havuz oluşturulmuştur. Tıp fakültesi öğrencilerinde tıbbi biyokimya dersi için yapılan bir tutum ölçeği geliştirme çalışmasına kıyasla ilk etapta madde havuzunda daha fazla soru yer almıştır.(136) Bu maddeler kapsam geçerliliği için halk sağlığı ve tıp eğitimi alanında uzman kişilere sorulmuş ve 24 uzmandan görüş alınmıştır. Uzman görüşleri sık kullanılan Lawshe tekniği ile analiz edilmiştir.(137) KGO ve KGİ değerleri hesaplanarak maddelerin ölçekte yer alıp almayacağına karar verilmiştir.(118) KGİ değerleri alt boyutlarda 0,697, 0,680 ve 0,741 bulunmuştur. Belirlenen minimum değer 24 uzman için 0,417 olduğundan ölçek için hesaplanan KGİ değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır.(121) Yani bu sonuçlara göre ölçeğin kapsam geçerliliği yeterli düzeydedir. Ayrıca uzmanların benzer maddelerin çıkarılması yönündeki önerileri de dikkate alınarak bazı maddelerin elenmesine karar verilmiştir. Kapsam geçerliliği analizleri sonucunda madde havuzundan 20 madde elenmiş ve geriye 77 madde kalmıştır.

Ölçek geliştirmenin önemli ilkelerinden biri olan ön uygulama aşaması birçok çalışmada atlanabilmektedir.(138) Taslak ölçeğin uygulanma aşamasına geçmeden ön uygulama yapılarak ölçeğin yüzey geçerliliği 22 öğrencinin geri bildirimleri doğrultusunda yapılmıştır. Uygulama aşamasında ise kolayda örneklem yöntemiyle 590 kişiye ulaşılmıştır. 42 öğrenci henüz halk sağlığı stajını tamamlamadığı için 548 öğrencinin cevapları değerlendirilmeye alınmıştır. Örneklem büyüklüğü ile ilgili literatürde farklı öneriler bulunmaktadır.(139) Fakat genel kural olarak en az 300 örneklem sayısının faktör analizi açısından uygun olacağı belirtilmiştir.(140) Bir başka derlemede ise ideal örneklem büyüklüğü olarak madde sayısının en az beş katı kadar olması belirtilmiştir.(125) Dolayısıyla her iki genel kurala göre değerlendirildiğinde bu çalışmada ulaşılan örneklem sayısının yeterli olduğu rahatlıkla söylenebilir.

Örneklem yeterliliğini değerlendirmenin bir başka yolu ise KMO ve Barlett test sonuçlarının değerlendirilmesidir. Verilerin yeterli sayılabilmesi için KMO değerinin 0,50 üzeri olması ve Barlett test sonucunun $p < 0,05$ olması gerekmektedir.(126) Başka bir sınıflamaya göre ise KMO değerleri beş ayrı seviyede kategorize edilmiştir.(113,141) Bu kategorilere göre KMO değerleri ise şu şekildedir;

0,50-0,60 arası	→	kötü
0,60-0,70 arası	→	vasat
0,70-0,80 arası	→	orta
0,80-0,90 arası	→	çok iyi
0,90 ve üzerinde	→	mükemmel

Ayrıca faktör analizinde ilk aşamada yapılması gereken verilerin analiz için uygun olup olmadığının değerlendirilmesidir. Bunun için genellikle korelasyon matrisi, Barlett testi ve KMO testleri kullanılır.(142) Taslak ölçeğin KMO ve Barlett test değerlerine her bir boyut için ayrı ayrı bakılmıştır. Son durumda halk sağlığına yönelik öğrenci tutum ölçeğinin mesleki kariyer ve ilgi alt boyutunun KMO değeri $> 0,90$ olarak hesaplanmış ve Barlett testi istatistiksel olarak ($p < 0,05$) anlamlı bulunmuştur. Halk sağlığının önemi alt boyutunda ise yine KMO değeri $> 0,90$ olarak hesaplanmış ve Barlett testi istatistiksel olarak ($p < 0,05$) anlamlıdır. Son alt boyut olan halk sağlığı ders ve stajı alt boyutunda ise KMO $> 0,70$ bulunmuş olup Barlett testi ise istatistiksel açıdan ($p < 0,05$) anlamlıdır. Ayrıca antimaj korelasyon matrisinden elde edilen MSA

değerlerinin de 0,50 üzerinde olması gerekmektedir.(129) Bu durum örneklem büyüklüğünün yeterliliği ve ölçeğin homojenliği için bir göstergedir.(132) MSA değeri 0,50 altında kalan maddenin ölçeğe yeterli katkısı olmadığından çıkarılması gerekmektedir.(127) Geliştirilen ölçek için tüm boyutlarda yapılan analizlerde MSA değerleri 0,50'nin üzerinde bulunduğu ve çıkarılması gereken bir madde olmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla taslak ölçek için KMO ve MSA değerlerine bakarak örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve homojenliğin sağlandığı ifade edilebilir.(143) Ayrıca Barlett testinin anlamlılık düzeyinin $p < 0,05$ olması verilerin faktör analizine uygun olduğu anlamına da gelmektedir.

Faktör analizinin uygulanabilmesi için bir diğer şart da değişkenler arasındaki korelasyonun yüksek olmasıdır. Bunun nedeni ise değişkenler arası korelasyonun az veya negatif olması durumunda faktör oluşumunun zorlaşmasıdır.(142) Faktör analizinden önce madde-toplam korelasyonları değerlendirilerek içtutarlılığın yüksek olması sağlanmalıdır. Bu nedenle madde-toplam korelasyonu 0,20 düzeyinin altında olan maddelerin faktör analizi öncesi ölçekten çıkarılması önerilmektedir.(128) Korelasyon düzeyinin 1,00 olması durumunda iki maddenin aynı sonuçları verdiği düşünülür ve maddelerden biri ölçekten atılır.(111) Esasında değişkenler arası hem düşük korelasyon hem de çok yüksek korelasyon istenmeyen iki durumdur.(144) Bazı araştırmalarda madde ölçüm gücünü yükseltmek için bu oran 0,40 alınmıştır.(145) Bir başka araştırmada ise madde toplam korelasyonu 0,50'nin altında olan maddeler içtutarlılığı yükseltmek için ölçeğe alınmamıştır.(146) Hacettepe Üniversitesi tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı ölçeğinde ise madde-toplam korelasyonları 0,20 altında veya negatif olan maddeler ölçeğe dahil edilmemiştir.(147) Bu çalışmada da faktör analizinden önce yapılan madde-toplam korelasyon değerlerinin minimum 0,20 olması istenmiş ve bu değer altındaki maddeler taslak ölçekten çıkartılmıştır. Ölçekte yer alan her üç boyut için de faktör analizlerine uygunluk değerlendirilmiş ve boyutlar için ayrı analizler yapılmıştır. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunda madde-toplam korelasyon değeri 0,20 altında olan 11 madde (11, 14, 18, 26, 28, 30, 34, 40, 42, 44 ve 45. maddeler) yinelenen analizlerde teker teker çıkarılmıştır. Halk sağlığının önemi boyutunda ise üç madde (52, 56 ve 57. maddeler) madde-toplam korelasyon değeri 0,20 altında kaldığı için ilgili boyutta faktör analizine başlamadan ölçekten atılmıştır. Son boyut olan halk sağlığı ders ve stajı boyutunda ise tek bir madde (madde 77) madde-toplam korelasyon değeri 0,20 altında olduğundan ölçekten çıkarılmıştır.

Faktör analizi ölçme aracının yapı geçerliliğini sağlayıp sağlamadığını test edebilecek en önemli araçlardan biridir.(148) Taslak ölçeğin yapısal geçerliliğine dair analizleri yapmak için en sık kullanılan yöntemlerden biri olan AFA kullanılmıştır.(132) AFA istatistiksel analiz açısından bakıldığında çok değişkenli istatistiksel yöntemlerden biridir.(149) AFA yöntemi temelde iki amaç için kullanılır. Bunlardan biri yapıyı açıklamakta yeterli katkısı olmayan maddeleri eleyip veri indirgemesi yapmak, diğeri ise maddeler arasındaki örtük ilişkileri bulup yeni yapıları tespit etmektir.(127) Özellikle tutum gibi örtük değişkenlerin çıkarılmasında faktör analizi sıkça kullanılmaktadır.(150) Bunun nedeni zeka, başarı, tutum ve ilgi gibi kavramlar dışardan gözlenemeyen özellikler olduğundan bu yapıların ortaya çıkarılması için kişilerin ölçme aracına verdiği yanıtların analiz edilmesi gerekir.(151)

AFA ilk olarak psikometriyle ilgili alanlarda çalışan bilim insanları tarafından geliştirilmiş ve zamanla birçok alanda kullanılmaya başlanmıştır.(142) Özellikle kullanıma henüz sunulmamış ve yeni geliştirilmeye çalışılan bir ölçeğin içerdiği temel yapıları keşfetmek amacıyla AFA yapılmaktadır.(152) Yeni bir ölçeğin geliştirildiği durumlarda AFA yapının incelenmesi açısından çok değerli bir araçtır.(153) AFA için kullanılan farklı farklı faktör oluşturma yöntemleri mevcuttur. Bu yöntemlerden en sık kullanılanı ise TBA'dır. Bu yöntemdeki amaç ise her bileşende olabilecek en çok varyansı ortaya çıkarmaktır.(131) Bu nedenle çalışmada literatürle uyumlu olarak faktör analizi için TBA yöntemi kullanılmıştır.

Faktörler tarafından maddelerin her biri üstünde oluşturulan varyansa ortak varyans denilmektedir.(132) Bütün faktörlerin faktör yük değerlerinin karelerinin toplanmasıyla ortak varyans elde edilir. Bulunan değer 1,0'ı geçmemesi gerekmektedir.(127) Ortak varyans değerleri faktör analizi için önemli bir etkiye sahiptir. Ortak varyansın düşük veya yüksek olması durumunda analiz sonuçlarında farklılıklar olabilmektedir.(131) Ölçek geliştirme çalışmalarında her bir değişken için ortak varyans değerinin 0,50 ve üzerinde olması beklenmektedir.(111) Bazı çalışmalarda ortak varyans değeri 0,30 altında olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır.(154) Başka bir çalışmada ortak varyans değeri 0,42 üzerindeki maddelerin ölçekte kalması yönünde karar verilmiştir.(155) Çalışmamızda ise ortak varyans değeri alt sınırı olarak 0,50 kabul edilmiştir. Yapılan analizlerde mesleki kariyer ve ilgi boyutunda ortak varyans değeri 0,50 altında olan 6 madde (7, 10, 12, 27, 37 ve 41.

maddeler) çıkarılmıştır. Halk sağlığının önemi boyutunda ise tüm maddelerin ortak varyansı 0,50 değeri üzerinde olduğu için ilgili boyutta herhangi bir madde bu nedenle atılmamıştır. Son boyut olan halk sağlığı ders ve stajı boyutunda ise iki madde (madde 73 ve 75) ortak varyans değeri 0,50 altında olduğundan ölçekten çıkarılmıştır.

Döndürme işlemi ölçek geliştirme çalışmalarında sıkça başvurulanan yöntemlerden biridir. Döndürme işlemi faktörlerin yapısı ve değişkenlerin yeri hakkında kritik bilgiler sağlamaktadır.(111) Temel olarak eğik döndürme ve dik döndürme şeklinde iki tür yöntem bulunmaktadır. Dik döndürme yönteminde faktörlerin birbiriyle ilişkili olmadığı kabul edilirken eğik döndürme yönteminde faktörler arası ilişki olduğu kabul edilir.(130) Varimax, quartimax ve equamax en sık kullanılan dik döndürme tekniklerindendir. Faktörlerce açıklanan varyans dik döndürme yöntemi ile değişmemektedir.(113) Direct oblmin ve promax teknikleri ise eğik döndürmede sık kullanılan tekniklerdir.(132) Yapılan çalışmalar arasında açıklayıcı faktör analizi için en çok kullanılan döndürme yönteminin eğik döndürme metodu olduğu tespit edilmiştir.(156) Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak eğik döndürme yöntemi kullanılmış ve döndürme işlemleri direct oblmin tekniğiyle yapılmıştır.

Ölçek geliştirme çalışmalarında hangi faktörde hangi maddenin yer alacağına faktör yüklerine ait değerlere bakılarak karar verilmektedir. Aslında faktör yükü değişkenin bulunduğu faktörle korelasyonunu ifade etmektedir.(111) Faktör yük değeri 0,30-0,59 olduğunda orta düzey 0,60 ve üzeri olduğunda ise yüksek düzey kabul edilmektedir. 0,30'luk bir faktör yükü %9 oranında açıklanan varyansı göstermektedir.(130) Faktör yükü için alınan alt kestirim değerleri konusunda araştırmacılar arasında farklılıklar vardır.(157) Genel kabul görmüş faktör yükü alt sınırları 0,30 ile 0,50 arasında değişmektedir. Alt sınır konusunda araştırmacılar tarafından önerilen değerler 0,30, 0,32, 0,40, 0,45 ve 0,50 gibi değerlerdir.(122) Bu çalışma için 0,30 faktör yükü en alt değer olarak kabul edilmiş olup 0,30 altında faktör yükü olan maddelerin çıkarılması planlanmıştır. Fakat tüm maddelerin faktör yük değeri 0,30 ve üzerinde olduğundan hiçbir madde bu nedenle ölçekten çıkarılmamıştır.

Bir faktör analizinde maddelerin birden fazla faktörde yer alıp almadığı mutlaka kontrol edilmelidir. Bu kontrolün amacı binişik madde olup olmadığını tespit etmektir. Eğer bir madde birden fazla faktörde faktör yükü oluştursa bu değerler arasında en az 0,10 düzeyinde bir fark olması gerekir.(113) Aksi takdirde bu madde veya maddeler

binişik madde olarak kabul edilecek ve ölçekten çıkarılacaktır.(158) Yapılan analizlerde mesleki kariyer ve ilgi boyutunda faktör yükleri arasında 0,10'dan daha az fark olan iki madde (21 ve 39. maddeler) ölçekten çıkarılmıştır. Halk sağlığının önemi boyutunda ise binişik madde olmadığından herhangi bir madde atılmamıştır. Halk sağlığı ders ve stajı boyutunda ise üç madde (madde 72, 74 ve 76) binişiklik gösterdiğinden dolayı ölçeğe dahil edilmemiştir.

Faktör sayısını belirlemek için kullanabilecek literatürde farklı istatistiksel yöntemler tanımlanmıştır.(150) Bu çalışmada kullandığımız Kaiser kriteri ve yamaç-birikinti grafiği de bunlardan ikisidir. Kaiser kriteri kolay ve pratik bir faktör belirleme yöntemi olduğundan yaygın olarak kullanılmaktadır.(127) Kaiser özdeğerin 1,0 değerinden büyük olmasını yeterli görmüştür.(122) Bir faktörün sahip olduğu özdeğer faktörle maddeler arasındaki ilişkinin düzeyini yansıtır. Özdeğer arttıkça faktörce açıklanan varyans da yükselir.(132) Özdeğeri 1,0 ve üzerinde olan faktörler önem arz etmektedir.(130) Yamaç-birikinti grafiği de faktör sayısını belirlemede kullanılan bir başka yöntemdir. Cattell tarafından 1966 yılında bulunan göreceli bir değerlendirme kriteridir.(123) Bu yöntemde amaç baskın olan faktörleri tespit ederek uygun olan faktör sayısının ortaya çıkarılmasıdır.(132) Tez çalışmasında özdeğerler ve yamaç-birikinti grafiği ayrı ayrı dikkate alındığında mesleki kariyer ve ilgi boyutunda altı faktör, halk sağlığının önemi boyutunda üç faktör ve halk sağlığı ders ve stajı boyutunda ise iki faktör elde edilmiştir.

Ölçek geliştirmede bir başka önemli noktada güvenirliktir. Esasında güvenirlik geçerliliğin de ön şartlarından biridir.(159) Güvenirlik hesaplamaları için yine farklı yöntemler kullanılabilir. Çalışmalarda güvenirlik sonuçları için sıklıkla alpha katsayısı ve Spearman-Brown katsayısı verilmektedir.(133) Güvenirlik analizlerinde Cronbach alpha katsayısı iç tutarlılık hakkında önemli bilgiler vermektedir. İç tutarlılık ölçeği oluşturan maddelerin homojenliğinin de bir göstergesidir.(123) Genelde Likert ölçeği gibi dikotom olmayan veri türlerinin kullanıldığı ölçeklerde hesaplanmaktadır. Alpha katsayısının yüksek olması ölçekteki maddelerin aynı özelliği ölçtüğünü ifade etmektedir. Yaygın olarak kabul edilen değer 0,70 ve üzeridir.(113) Özdamar'a göre ise sağlık alanında tercih edilen alpha katsayıları altı kategoride ele alınmıştır. 0,50 altındaki katsayılar güvenilir bulunmazken 0,50 üzeri 0,10'luk aralıklarla beş farklı düzeyde değerlendirilmektedir.(127) Bu çalışmada Özdamar'ın belirttiği kategorilere

göre değerlendirme yapılmıştır. Mesleki kariyer ve ilgi boyutu ve halk sağlığının önemi boyutunda 0,90 üzerinde bir alpha güvenirlik katsayısı elde edilmiştir. Bu katsayılara göre her iki boyutun da mükemmel seviyede güvenilir olduğu söylenebilir. Halk sağlığı ders ve stajı boyutunda ise katsayısı 0,70-0,80 arasında yer almıştır. Bu düzey genel kabul seviyesinde bir güvenirliği göstermektedir. Yine ölçeğin tamamı için yapılan güvenirlik analizinde alpha katsayısı 0,90 üzerinde bulunmuş olup mükemmel bir düzeyde güvenirlik sağlanmıştır. Çalışmada güvenirlik analizi için bir başka metot olan bir testin iki yarıya bölünmesi yöntemi de kullanılmıştır. Bu yöntem ölçek güvenirliği saptama yöntemleri arasında en sık kullanılanıdır. Bir ölçek uygulamasından sonra ölçek maddelerinin ilk yarısı ve ikinci yarısı şeklinde veya tek madde-çift madde şeklinde ikiye bölünür.(113) Maddelerin iki bölüme ayrılması sonrasında her biri ayrı test kabul edilerek korelasyonlarına bakılır. Her bir testin güvenirlik katsayısı ve Spearman-Brown değeri hesaplanır. Spearman-Brown değeri ölçeğin tamamının güvenirliğini ifade etmektedir.(160) Bu çalışmada ilk 25 madde ve son 24 madde olarak ölçek iki yarıya ayrılmış ve analizler yapılmıştır. Elde edilen güvenirlik katsayıları 0,90 üzerinde bulunmuş ve Spearman-Brown katsayısı 0,764 bulunmuştur. Tüm bu sonuçlar beraber değerlendirildiğinde ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir, maddelerin tutarlı ve homojen bir yapıda olduğu söylenebilir.

Ölçeğe yanıt verenlerin tepki yanlılığını belirleyebilmek Hotelling's T^2 testi kullanılmıştır. Bu çalışmaya benzer bir tez çalışmasında da aynı test kullanılarak $p < 0,05$ düzeyi anlamlı kabul edilmiştir.(161) Çalışmamızda Hotelling's T^2 değeri 5102,591 ve $p < 0,001$ bulunmuş olup tepki yanlılığı olmadığı sonucuna varılmıştır.

Bir ölçek geliştirme çalışmasında alınan puanların toplanabilirliği Tukey'in toplanabilirlik testi ile değerlendirilmektedir.(162) Tukey test sonuçlarında toplanamazlık olasılığının $p > 0,05$ olması durumunda test puanlarının toplanabileceği sonucuna varılır.(127) Bu çalışmada toplanamazlık olasılığı 0,377 ($p > 0,05$) olduğundan ölçek puanlarının toplanabilir nitelikte olduğu anlaşılmıştır.

5.1.Sonuç ve Öneriler

Günümüzde tüm dünyayı etkisi altına alan pandemi nedeniyle halk sağlığı kapasitesinin ve halk sağlığı profesyonellerinin niteliklerinin sağlığı korumak ve sürdürmek için ne kadar kritik öneme sahip olduğu bir kez daha anlaşılmıştır. Halk sağlığı alanında nitelikli insan gücünün yetiştirilebilmesi için öğrencilik döneminden itibaren tıp fakültesi mezunlarının hem mesleki kariyer hedeflerinin hem de ilgilerinin halk sağlığına yönlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Ayrıca öğrencilerin mesleki kariyerlerinde halk sağlığını tercih etmeseler bile tıp eğitimleri boyunca halk sağlığının önemini kavramaları, ders ve stajlarını nitelikli geçirmeleri halk sağlığı açısından önemli bir kazanımdır. Bu kazanımları elde etmek ve öğrencilerin kariyerlerinde halk sağlığını da düşünmelerini sağlamak için halk sağlığına yönelik tutumlarını anlamak gerekmektedir. Çünkü tutumlar davranışları etkileyen, kişiyi faaliyete hazır hale getiren yönlendirici inanç ve kanılardır.(163,164) Bu nedenle son sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin halk sağlığına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla bir ölçek geliştirilmiştir.

Geliştirilen ölçek genel itibariyle DeVellis'in ilkeleri baz alınan ölçek geliştirme aşamalarından geçmiştir. Öncelikle literatür taranarak ve alanda çalışan uzmanlardan bilgi alınarak ölçek sınırları belirlenmiş ve buna göre de madde havuzu hazırlanmıştır. Ölçek tipi olarak Likert ölçeği kullanılmıştır. Hazırlanan taslak ölçekte üç boyut bulunmaktadır. Bu boyutlar sırasıyla mesleki kariyer ve ilgi, halk sağlığının önemi, halk sağlığı ders ve stajı boyutlarıdır. İlk etapta madde havuzunda 97 adet ölçek sorusu yer almıştır. Bu maddelerin 61'i mesleki kariyer ve ilgi boyutunda, 20'si halk sağlığının önemi boyutunda ve 16'sı halk sağlığı ders ve stajı boyutundadır.

Taslak ölçeğin değerlendirilmesi için uzmanlardan görüşleri istenmiştir. Alınan uzman görüşleri ile kapsam geçerliliği değerlendirilmiş ve altı madde kapsam geçerliliğini sağlamadığı için çıkarılmıştır. Yine uzman görüşleri neticesinde benzer olan 14 madde daha ölçekten atılmıştır. Kalan 77 maddenin KGI değerleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve kapsam geçerliliğinin yeterli olduğu sonucuna varılmıştır. Kalan maddelerin 48'i mesleki kariyer ve ilgi boyutunda, 18'i halk sağlığının önemi boyutunda ve 11'i halk sağlığı ders ve stajı boyutundadır.

Kapsam geçerliliği sağlanan 77 madde ile iki farklı tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine ön deneme uygulaması yapılmış ve ön deneme uygulanan öğrencilerin

geri bildirimleri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Yapılan düzenlemeler sonrasında ölçek 15 farklı tıp fakültesinin son sınıf tıp fakültesi öğrencilerine online olarak uygulanmıştır. 590 öğrenciden yanıt alınmıştır. Fakat 42 öğrenci halk sağlığı stajını tamamlamadığı için yanıtları değerlendirilmemiştir. Sonuçta 548 öğrencinin yanıtları değerlendirmeye alınmıştır. Sonuçta ölçek geliştirme için kullanılan örneklem sayısı madde sayısının beş katından fazla olmuştur.

Ölçeğin örnekleme uygulanmasından sonra madde analizi aşamasına geçilmiştir. AFA için her boyutta uygunluk analizleri yapılmıştır. Bu amaçla madde-toplam korelasyon katsayısı, KMO değerleri, Barlett küresellik test sonuçları, anti-imaj korelasyon matrisi ve ortak varyans değerleri analiz edilmiştir. Madde toplam korelasyon katsayısı 0,20, ortak varyans değeri 0,50 altında olan maddeler ölçekten atılmıştır. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunda 11 madde, halk sağlığının önemi boyutunda 3 madde, halk sağlığı ders ve stajı boyutunda 1 madde olmak üzere toplamda 15 maddenin madde-toplam korelasyon değeri 0,20 altında bulunmuş ve ölçekten çıkarılmıştır. Ortak varyans için yapılan analizlerde ise mesleki kariyer ve ilgi boyutunda 6 madde, halk sağlığı ders ve stajı boyutunda ise 2 madde olmak üzere toplamda 8 madde ortak varyans değeri 0,50 altında olduğundan ölçeğe dahil edilmemiştir. Tüm boyutlarda KMO değerleri yüksek ve Barlett test sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu analizler neticesinde örneklem büyüklüğü yeterli ve maddelerin faktör analizine uygun olduğu kararı verilmiştir.

Faktör analizinde maddelerin faktör yükleri ve binişiklik durumu da her boyut için ayrı ayrı analiz edilmiştir. Faktör yükü alt sınırı 0,30 kabul edilmiş ve tüm boyutlarda bu sınırın altında yer alan bir madde olmamıştır. Bu nedenle faktör yükü yetersizliği nedeniyle hiçbir madde çıkarılmamıştır. En az iki faktöre birden yük veren ve aralarında 0,10'dan daha az fark olan maddeler binişik olarak kabul edilmiştir. Yapılan analizlerde mesleki kariyer ve ilgi boyutunda 2 madde, halk sağlığı ders ve stajı boyutunda ise 3 madde olmak üzere toplamda 5 madde binişik madde olduğundan dolayı ölçekten çıkarılmıştır. Geçerlilik analizleri sonrası geliştirilen ölçekte mesleki kariyer ve ilgi boyutunda 29 madde, halk sağlığının önemi boyutunda 15 madde ve halk sağlığı ders ve stajı boyutunda 5 madde kalmıştır. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunda faktörlerin birikimli varyans değeri %65,05, halk sağlığının önemi boyutunda %65,43

ve halk sağığı ders ve stajı boyutunda %75,98'dir. Faktör analizi sonucunda ölçeğin yapı geçerliliğini de sağladığı tespit edilmiştir.

Kaiser kriteri ve yamaç-birikinti grafikleri üzerinden her boyutta olması gereken faktör sayısı belirlenmiştir. Buna göre mesleki kariyer ve ilgi boyutunda altı faktörlü, halk sağığına önemi boyutunda üç faktörlü ve halk sağığı ders ve stajı boyutunda ise iki faktörlü bir yapı elde edilmiştir.

İç tutarlılık analizleri hem tüm ölçek için hem de her boyut için ayrı ayrı yapılmıştır. Cronbach alpha katsayısı halk sağığı ders ve stajı boyutunda 0,70 üzeri, diğer boyutlarda ise 0,90 üzeri bulunmuştur. Tüm ölçek için hesaplanan alpha katsayısı da 0,90 üzerindedir. Bu sonuçlara göre geliştirilen ölçek yüksek düzeyde güvenilirlerdir.

Hotelling's T^2 sonuçlarına göre tüm boyutlarda ve ölçeğin tamamında verilen tepkilerde yanlılık olmadığı anlaşılmıştır. Ayrıca Tukey's test sonuçlarına göre de ölçeğin toplanabilir özellikte olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak yapılan analizler sonrası Halk Sağığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeğinin nihai haline ulaşılmış olup geçerliliği ve güvenilirliği olan bir ölçek elde edilmiştir. 49 maddelik ölçekte üç boyut bulunmaktadır. Bu boyutlardan mesleki kariyer ve ilgi boyutunda 29 madde, halk sağığına önemi boyutunda 15 madde ve halk sağığı ders ve stajı boyutunda 5 madde yer almaktadır. Mesleki kariyer ve ilgi boyutu altı faktörlü, halk sağığına önemi boyutu üç faktörlü ve halk sağığı ders ve stajı boyutu ise iki faktörlü bir yapı oluşturmuştur. Bu faktörler için isimlendirme yapılmış ve son hali ekte verilmiştir.(Ek-4)

Halk Sağığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeğinin kullanımına yönelik öneriler aşağıda sıralanmıştır;

1. Geliştirilen ölçek İstanbul'da eğitim gören ve halk sağığı stajını tamamlamış son sınıf tıp fakültesi öğrencilerine uygulanmıştır. Dolayısıyla geliştirilen ölçeğin farklı gruplarda uygulanması durumunda geçerlilik ve güvenilirlik analizleri tekrarlanmalıdır.

2. Geliştirilen ölçeğin farklı örneklem gruplarında uygulanarak doğrulayıcı faktör analizlerinin yapılması önerilir.

3. Ölçek iki farklı tıp fakültesinin öğrencileri arasındaki tutum farklarını kıyaslamak ve nedenlerini ortaya çıkarmak için kullanılabilir.

4. Halk sağlığı stajlarında bir uygulama farklılığı olması durumunda öğrencilerin tutum değişikliklerini değerlendirmek için kullanılabilir.

5. Öğrencilerin halk sağlığına yönelik tutumlarının ilişkili olduğu faktörler ortaya çıkarılabilir. Bu amaçla politika belirleyiciler ve meslek dernekleri tutumların olumlu yönde değişmesi için önlemler alabilir ve politikalar belirleyebilir.

6. Halk sağlığı alanında çalışanlarla ilgili bir politika veya mevzuat değişikliğinde tutumların ne yönde değiştii değerlendirilebilir.

7. Geliştirilen ölçekle halk sağlığına yönelik tutumların zamansal değişimi analiz edilebilir.

8. Ölçeğin uluslararası düzeyde kıyaslamalarda kullanılabilmesi için farklı dillere uyarlaması yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Öztekin Z. Halk Sağlığı Bakışıyla Sağlık Hizmetleri Kavramlar-İlkeler-Politikalar. 1. Basım. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Yayınları; 2019.
2. Güler Ç, editör. Halk Sağlığı Diyalektiğine İlk Adım. Ankara: Palme Yayınevi; 2020.
3. Constitution of the World Health Organization [İnternet]. [a.yer 10 Aralık 2021]. Erişim adresi: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
4. Tulchinsky TH, Varavikova E, Bickford JD. The new public health. Third edition. Amsterdam ; Boston: Elsevier/AP; 2014. 32-33 s.
5. Tıp ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği [İnternet]. [a.yer 12 Kasım 2021]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=19629&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
6. Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Kura İlanları [İnternet]. [a.yer 26 Kasım 2021]. Erişim adresi: <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR,10084/duyurular.html>
7. Kılıç B, Şahan C, Bahadır H. History and Content of Public Health Specialization Training and Employment Policies in the World and Turkey. TAF Prev Med Bull. 2014;13(6):495-504.
8. Carter J, Slack M. Pharmacy in public health: basics and beyond. Bethesda, MD: American Society of Health-System Pharmacists; 2010. 390 s.
9. Bilgel NG. Halk Sağlığı Anlayışı Tarihçesi. İçinde: Piyal B, editör. 21 Yüzyılda Halk Sağlığı: Değişen Dünya, Değişen Sorunlar. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri; 2019. s. 9.
10. Tözün M, Sözman MK. Halk Sağlığının Tarihsel Gelişimi ve Temel Kavramları. Smyrna Tıp Dergisi. 2015;(3):58-62.
11. Yurtseven E. Halk Sağlığı [İnternet]. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi; 2015 [a.yer 17 Ekim 2021]. Erişim adresi: https://cdn-acikogretim.istanbul.edu.tr/auzefcontent/20_21_Guz/halk_sagligi/1/index.html#konu-5
12. Akdur R, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan ME. Halk Sağlığı. 1. Baskı. Piyal B, editör. Ankara: Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları; 2011.
13. Öztekin Z, Üner S, Eren N. Halk Sağlığı Temel Bilgiler-1. 3.Baskı. Güler Ç, Akın L, editörler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2015.
14. Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmetleri 1978-2018. 1. Baskı. Edirne: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2018.

15. Gillam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *BMJ*. 08 Mart 2008;336(7643):536-8.
16. Lilienfeld DE, Schneider D. Public health: the development of a discipline [Internet]. 2008 [a.yer 08 Ocak 2022]. Erişim adresi: <http://ezproxy.uniandes.edu.co:8080/login?url=https://muse.jhu.edu/book/17266/>
17. Grech V. The sex ratio at birth – Historical aspects. *Early Human Development*. Ocak 2020;140:104857.
18. Choi BCK. The Past, Present, and Future of Public Health Surveillance. *Scientifica*. 2012;2012:1-26.
19. Rothman KJ. Lessons from John Graunt. *The Lancet*. Ocak 1996;347(8993):37-9.
20. Morabia A. Epidemiology's 350th Anniversary: 1662–2012. *Epidemiology*. Mart 2013;24(2):179-83.
21. Riedel S. Edward Jenner and the History of Smallpox and Vaccination. *Baylor University Medical Center Proceedings*. Ocak 2005;18(1):21-5.
22. Smith KA. Edward Jenner and the Small Pox Vaccine. *Front Immun* [Internet]. 2011 [a.yer 29 Ekim 2021];2. Erişim adresi: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fimmu.2011.00021/abstract>
23. Ergin A. Aşılamanın Tarihçesi ve Aşı Geliştirme Çalışmaları. İçinde: Gökçay G, editör. *Aşılar*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. s. 1-5.
24. Morabia A. Edward Jenner's 1798 report of challenge experiments demonstrating the protective effects of cowpox against smallpox. *J R Soc Med*. Temmuz 2018;111(7):255-7.
25. Selçuk EB. Aşıların Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular*. 2011;2(5):1-4.
26. Esparza J. Early vaccine advocacy: Medals honoring Edward Jenner issued during the 19th century. *Vaccine*. Şubat 2020;38(6):1450-6.
27. Morgan AJ, Poland GA. Edward Jenner and the discovery of vaccination—An appeal for the Edward Jenner Museum. *Vaccine*. Ekim 2013;31(43):4933-4.
28. Golding AMB. Sir Edwin Chadwick and inequalities. *Public Health*. Mayıs 2006;120(5):474-6.
29. Temel F, Sevensan F, Vaizoğlu S. *Sağlıkta Büyük Uyanış Edwin Chadwick*. 1. Baskı. Ankara: Yazıt Yayınları; 2011.
30. Corbett SJ. Channelling Edwin Chadwick: beyond utopian thinking in urban planning policy and health. *NSW Public Health Bull*. 2007;18(10):195.
31. Hanley J. Edwin Chadwick and the poverty of statistics. *Med Hist*. Ocak 2002;46(1):21-40.

32. Green MA, Dorling D, Mitchell R. Updating Edwin Chadwick's seminal work on geographical inequalities by occupation. *Social Science & Medicine*. Ocak 2018;197:59-62.
33. Small H. Edwin Chadwick: A Biographical Update. *J Med Biogr*. 2020;1-8.
34. Soyer A. Halk Sağlığının Doğuşu ve Şekillenışı; Kapitalizmin Sanayi Devrimi Evresinde Doğup Büyüyen Ama Halkın Mutluluğu İçin Kullanılabilecek Bir Mücadele Alanı/Aracı (Mı?). *Toplum ve Hekim*. 2003;18(3).
35. Ataç Ö. Jon Değil, John Snow! *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*. 2016;(39):94-5.
36. Hempel S. John Snow. *The Lancet*. Nisan 2013;381(9874):1269-70.
37. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 150th Anniversary of John Snow and the pump handle. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 03 Eylül 2004;53(34):783.
38. Snowise NG. Memorials to John Snow – Pioneer in anaesthesia and epidemiology. *J Med Biogr*. 07 Mayıs 2021;096777202110138.
39. Shiode N, Shiode S, Rod-Thatcher E, Rana S, Vinten-Johansen P. The mortality rates and the space-time patterns of John Snow's cholera epidemic map. *Int J Health Geogr*. Aralık 2015;14(1):2-16.
40. Walford NS. Demographic and social context of deaths during the 1854 cholera outbreak in Soho, London: a reappraisal of Dr John Snow's investigation. *Health & Place*. Eylül 2020;65:102402.
41. Ruths MB. The Lesson of John Snow and the Broad Street Pump. *American Medical Association Journal of Ethics*. 2009;11(6):470-2.
42. Tanık FA. Çalışmalarıyla Yaşam Hakkını Savunan Bilim İnsanlarının Yaşam Öykülerinin Işığında Halk Sağlığının Elde Ettiği Başarılar. İçinde: Pala K, editör. *Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı*. Ankara: Palme Yayıncılık; 2015.
43. Epöztürk K, Görkey Ş. Yaşadığı çağda efsane olmuş bir tıp insanının işyeri hekimi olarak çalışması: Rudolf Virchow ve Troya. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2018;8(3):167-71.
44. Hammerschmidt DE. About the cover illustration. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*. 2006;147(4):205-6.
45. Scarani P. Rudolf Virchow (1821–1902). *Virchows Arch*. 2003;442(2):95-8.
46. Schechter M. Rudolf Virchow, Public Health, and the Built Environment. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 01 Aralık 2003;80(4):523-4.
47. Lange KW. Celebrating public health lives: Rudolf Virchow. *Public Health*. Eylül 2021;198:290-1.

48. Sur H. Sağlığın ve halk sağlığının felsefesi: 21. yüzyılda gelinen nokta. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi. 2011;(20):72-5.
49. Hayran OE. Demografik ve Epidemiyolojik Geçişler. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi.
50. Lindberg G, Persson G. Chapter 4: Public health in an international perspective. Scand J Public Health. Haziran 2006;34(67_suppl):43-9.
51. Awofeso N. What's New About the "New Public Health"? Am J Public Health. Mayıs 2004;94(5):705-9.
52. Aydın N. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi. Black Sea Journal of Health Science. 2019;2(1):21-9.
53. Bahar Z, Açıl D. SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ: KAVRAMSAL YAPI. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014;7(1):59-67.
54. Ten Great Public Health Achievements- Worldwide,2001-2010. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). 2011;60(24):814-8.
55. Masic I. Public health aspects of global population health and well-being in the 21st century regarding determinants of health. Int J Prev Med. 2018;9(1):4.
56. Kılıç B, Ünal B, Dinç G, Emek M. Önceliklere Karar Verme. İçinde: Toplum Yönelimli Sağlık: TOYS. 1. Baskı. İstanbul: Ema Tıp Kitabevi Yayıncılık; 2019. s. 61-7.
57. Alan Birt C. Two Major 21. Century Public Health Challenges. AIMS Public Health. 2016;3(3):573-6.
58. Öztürk R. Enfeksiyonların değişen epidemiyolojisi ve COVID-19. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi. 2020;(56):30-3.
59. Hayran O. Tıpta Nedensellik. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi. 2015;(35):14-7.
60. Jhang WG. Challenging Every Determinant of Health: Governance and The Role of Practitioners in The Future of Public Health. Perspect Public Health. Eylül 2011;131(5):200-1.
61. Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. Am J Public Health. Nisan 2010;100(4):590-5.
62. Frieden TR. The Future of Public Health. N Engl J Med. 29 Ekim 2015;373(18):1748-54.
63. Gerberding JL. Back to the Future of Public Health. Am J Public Health. Nisan 2021;111(4):596-7.
64. Hayran O, Sur H. Yönetmelik Epidemiyoloji. 1. Baskı. Ankara: Pisa Yayıncılık; 2021.
65. Azzopardi-Muscat N. The future of public health practice in Europe. Eur J Public Health. Ekim 2016;26(5):732-732.

66. Bloom BR. The future of public health. *Nature*. 1999;402:63-4.
67. Marks L, Hunter DJ. Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe [Internet]. Denmark: WHO Regional Office for Europe; s. 33-58. Erişim adresi: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/152683/e95877.pdf
68. Teutsch SM, Fielding JE. Rediscovering the Core of Public Health. *Annu Rev Public Health*. 18 Mart 2013;34(1):287-99.
69. Vatansever K. Tıp Eğitiminin Tarihçesi. *Toplum ve Hekim*. 2020;35(5):352-70.
70. Başer A, Şahin H. Atatürk'ten Günümüze Tıp Eğitimi. 2017;16(48):70-83.
71. 2021-YKS Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin Sayısal Bilgiler [Internet]. [a.yer 11 Kasım 2021]. Erişim adresi: <https://www.osym.gov.tr/TR,21286/2021-yks-yerlestirme-sonuclarina-iliskin-sayisal-bilgiler.html>
72. 100. Dönem Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Kurası [Internet]. [a.yer 11 Kasım 2021]. Erişim adresi: <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR-84922/100-donem-devlet-hizmeti-yukumlulugu-kurasi.html>
73. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2020 [Internet]. Yüksek Öğretim Kurumu; 2020 [a.yer 09 Kasım 2021]. Erişim adresi: https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/mezuniyet-onesi-tip-egitimi-cekirdek-egitimi-programi.pdf
74. Arıcı D. Medical Faculty - National Core Curriculum 2020. Tıp Eğitimi Dünyası [Internet]. 2020 [a.yer 11 Kasım 2021];19(57). Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/doi/10.25282/ted.716873>
75. Odabaşı O, Sayek İ, Kiper N. Türkiye’de mezuniyet öncesi tıp eğitimi-2010. *tpa*. 15 Aralık 2011;46(4):331-6.
76. Özçelik S, Acar C, Özyıldırım B. Evaluation of Community Based Medical Education Program in Bezmialem Vakıf University Faculty of Medicine Education. *Bezmialem Science*. 01 Temmuz 2020;8(3):300-10.
77. Tokuç B, Varol G. Covid-19 Pandemisi ve Türkiye’de Tıp Eğitimi. *Namık Kemal Tıp Dergisi* [Internet]. 12 Kasım 2020 [a.yer 11 Kasım 2021]; Erişim adresi: http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_43289/nkmj-8-595-En.pdf
78. Karabey S. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Halk Sağlığı Eğitimi. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Halk Sağlığı Eğitimi Çalışma Grubu; 2014. 72 s.
79. Demirel Yılmaz E. Tıp Eğitimi Sistemleri, Yöntemleri ve Tıp Fakültelerinin Sorumlulukları. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2006;23(1):1-3.
80. Uskun E, Doğan M, Kişioğlu AN, Baylan S, Uzun E, Akkaya VB. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyelerinin Tıp Eğitimi ile İlgili Düşünce ve Uygulamaları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;11(3):19-24.

81. Özyurda F. Tıp Öğrencileri İçin Halk Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Palme Yayınevi; 2018.
82. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalının Tarihçesi [İnternet]. [a.yer 12 Kasım 2021]. Erişim adresi: <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/hakkinda/tarihce.php>
83. Özyurda F, Aslan D. Tıpta Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Durum Tespit Raporu. Ankara: HASUDER Yayınları; 2018 s. 253.
84. 2020-TUS 1. ve 2. Dönem Değerlendirme Raporu [İnternet]. ÖSYM; 2021 Oca [a.yer 14 Kasım 2021]. Erişim adresi: <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2020/GENEL/TUSDONEM1-2degrapor22012021.pdf>
85. 2021 TUS 1.Dönem Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin Sayısal Bilgiler [İnternet]. 2021 [a.yer 14 Kasım 2021]. Erişim adresi: https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2021/TUSDONEM1/TERCIH/sayisal_bilgiler07052021.pdf
86. 2021 TUS 1. Dönem Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin En Küçük ve En Büyük Puanlar [İnternet]. 2021 [a.yer 14 Kasım 2021]. Erişim adresi: <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2021/TUSDONEM1/TERCIH/Minmax07052021.pdf>
87. 2021 TUS 2.Dönem Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin Sayısal Bilgiler [İnternet]. 2021 [a.yer 14 Kasım 2021]. Erişim adresi: <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2021/TUSDONEM2/TERCIH/sayisalbilgiler21102021.pdf>
88. 2021 TUS 2. Dönem Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin En Küçük ve En Büyük Puanlar [İnternet]. 2021 [a.yer 14 Kasım 2021]. Erişim adresi: <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2021/TUSDONEM2/TERCIH/minmaxgnyb21102021.pdf>
89. 2021 YDUS Uzmanlık Öğrencisi Kontenjanlar [İnternet]. [a.yer 14 Kasım 2021]. Erişim adresi: https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2021/YDUS/konttablo_01102021.pdf
90. Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı [İnternet]. 2021 [a.yer 15 Kasım 2021]. Erişim adresi: <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34085/0/halksagligimufreadativ24pdf.pdf>
91. Kaya E, Üçer H, Ekinci Erdoğan Ö. Türkiye’de Halk Sağlığı Alanındaki Uzmanlık Tezlerinin Bilimsel Yayına Dönüştürülme Oranlarının Değerlendirilmesi. Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2020;5(3):410-7.
92. Uzun SU, Baysan C, Bekar T. Türkiye’de Son 11 Yılda Halk Sağlığı Alanında Yapılmış Tıpta Uzmanlık, Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerinin Bibliyometrik Analizi. Fırat Tıp Dergisi. 2021;26(3):124-9.

93. Kurt ME, Ceylan A. Halk sağlığı ana bilim dallarında üretilen tez çalışmalarının (doktora ve tıpta uzmanlık) sağlık yönetimi açısından değerlendirilmesi. 2021;8(2):9.
94. Pişkin TM, Ceylan A, Aslan D, Çan G. Halk Sağlığı Araştırma Görevlilerinin Eğitim Süreçlerini “Mentor” Kavram Ve Yaklaşımı Kapsamında Değerlendirmeleri. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014;13(40):19-28.
95. Kılıç B, Şahan C, Bahadır H. Türkiye’de Halk Sağlığı Uzmanları İçin İnsangücü Planlaması (2013-2023). Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 30 Nisan 2015;13(1):53.
96. Babayigit MA, Vaizoğlu SA, Evci D, Tekbaş ÖF, Güler Ç. Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminde Çevre Sağlığı Eğitimi: Kavramsal Çerçeve. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011;10(6):621-30.
97. Özkahraman Ş. Halk Sağlığında Yeni Yönelim: Halk Sağlığı Öz Yeterlikleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2012;2(1):36-40.
98. Uzmanlık Eğitimi, Hizmet Sunumu ve Mesleki Gelişim Bütünleştirme Çalıştayı Raporu [İnternet]. Ankara: HASUDER; 2019 [a.yer 15 Kasım 2021]. Erişim adresi: <https://hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Uzmanlik-Egitimi-Hizmet-Sunumu-ve-Mesleki-Gelisim-Bütünlestirme-Calistayi-Raporu.pdf>
99. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Yönergesi [İnternet]. 2011 [a.yer 15 Kasım 2021]. Erişim adresi: <https://halksagligiyeterlik.org/halk-sagligi-uzmanlari-dernegi-hasuder-halk-sagligi-yeterlik-kurulu-yonergesi/>
100. Özkahraman Ş. Halk Sağlığı İşgücünün Yeterliliğe Dayalı Sürekli Eğitimi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2012;2(1):31-5.
101. Balcı Yapalak A, Uçar A, Yüce S, Ataç Ö. Tıpta Uzmanlık Seçimini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. J İstanb Fac Med. 2021;84(1):120-9.
102. Açıkgöz B, Ekemen A, Zorlu I, Yüksel NA, Ayoğlu FN. Tıp öğrencilerinde uzmanlaşma eğilimi, uzmanlık alan seçimi ve etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;12(1):113-25.
103. Göktaş Dört Yol B. Tıp Fakóltesi Son Sınıf Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası ile İlgili Düşünceleri, Kariyer Seçimleri ve Etkileyen Faktörler. Tıp Eğitimi Dünyası. 29 Aralık 2017;16(50):12-21.
104. Querido SJ, Vergouw D, Wigersma L, Batenburg RS, De Rond MEJ, Ten Cate OTJ. Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33. Medical Teacher. 02 Ocak 2016;38(1):18-29.
105. Cansever İH, Metin A, Kişı M. Tıp Öğrencilerinin Tıpta Uzmanlık Tercihlerini Etkileyen Faktörler Üzerine Sistematiğ Derleme. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2020;15(27):791-812.
106. Marakoğlu K, Yıldırım Dİ. Tıp Fakóltesi İnternlerinin Tıp Eğitimi ile Tıpta Uzmanlık Sınavı Hakkındaki Düşünceleri ve Branş Tercihlerinin Belirlenmesi. GenelTıpDer. 16 Aralık 2019;4(29):183-9.

107. Eser E, Hatipoğlu S. Tıpta Uzmanlık Sınavında Türkiye’de Halk Sağlığının son beş yıldaki durumu. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2012;10(1):53-8.
108. Uzun SU, Gültekin H. Halk Sağlığı Uzmanları Mecburi Hizmet Kurallarının Değerlendirilmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi. 2016;3(3):5-9.
109. Haşıloğlu SB, Baran T, Aydın O. A Study On The Potential Problems in Marketing Research: Convenience Sampling and Scale Items with Adverbs of Frequency. Pamukkale J Bus Inf Man. 2015;2(1):19-28.
110. Yurdabakan İ, Çüm S. Scale Development in Behavioral Sciences (Based on Exploratory Factor Analysis). Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 20 Haziran 2017;108-108.
111. Erkuş A. Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-I Temel Kavramlar ve İşlemler [İnternet]. 5. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2021 [a.yer 26 Aralık 2021]. Erişim adresi: <https://www.pegem.net/kitabevi/136124-Psikolojide-Olcme-ve-Olcek-Gelistirme-I-kitabi.aspx>
112. Seçer I. Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS ve LISREL Uygulamaları. 1. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık; 2015.
113. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 5. Basım. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
114. Akbaş U, Aydoğdu Ş, Büyüköztürk Ş. Farklı Ortamlarda Uygulanan Likert Tipi Ölçek ile Metrik Ölçeğin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2020;35(1):222-42.
115. Özdemir Z. Sağlık Bilimlerinde Likert Tipi Tutum Ölçeği Geliştirme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2018;5(1):60-8.
116. McSkimming BM, Mackay S, Decker A. Investigating the usage of Likert-style items within Computer Science Education Research Instruments. İçinde: 2021 IEEE Frontiers in Education Conference (FIE) [İnternet]. Lincoln, NE, USA: IEEE; 2021 [a.yer 09 Ocak 2022]. s. 1-8. Erişim adresi: <https://ieeexplore.ieee.org/document/9637198/>
117. Karakoç AGDrFY, Dönmez ProfDrL. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 01 Mayıs 2014;13(40):39-49.
118. Yeşilyurt S, Çapraz C. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kullanılan Kapsam Geçerliği İçin Bir Yol Haritası. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi [İnternet]. 01 Nisan 2018 [a.yer 26 Ekim 2021]; Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17556/erziefd.297741>
119. Önal Ö, Kişioğlu AN, Uskun E, Evcil FY. Oney Animal Love Scale Validity and Reliability Study. Türkiye Klinikleri J Health Sci. 2020;5(3):625-34.
120. Lawshe CH. A Quantitative Approach to Content Validity. Personnel Psychology. 1975;28(4):563-75.

121. Ayre C, Scally AJ. Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. Ocak 2014;47(1):79-86.
122. Akbaş U, Karabay E, Yıldırım Seheryeli M, Ayaz A, Demir ÖÖ. Türkiye Ölçme Araçları Dizini'nde Yer Alan Açımlayıcı Faktör Analizi Çalışmalarının Paralel Analiz Sonuçları İle Karşılaştırılması. *Kuramsal Eğitimbilim Dergisi*. 2019;12(3):1095-123.
123. DeVellis RF. *Scale Development Theory and Applications*. Üçüncü basımdan çeviri. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2017.
124. Dilidüzgün S, Leana-Taşcılar M, Şahin G. 8-10 Yaş Çocukları İçin Eleştirel Okuma Ölçeği Geçerlik Güvenirlik Çalışması. *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi*. 2020;14(1):372-86.
125. Yaşlıoğlu MM. Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. 2017;46(Özel Sayı):74-85.
126. Williams B, Onsman A, Brown T. Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Australasian Journal of Paramedicine* [Internet]. 02 Ağustos 2010 [a.yer 26 Aralık 2021];8(3). Erişim adresi: <http://ajp.paramedics.org/index.php/ajp/article/view/93>
127. Özdamar K. *Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi*. 1. Baskı. Eskişehir: Nisan Kitabevi; 2016.
128. Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni Spss Uygulamaları Ve Yorum*. 28. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2020. 179-185 s.
129. Çolakoğlu ÖM, Büyükeksi C. Evaluation of Factors Effecting Exploratory Factor Analysis Process. *Karaelmas Journal of Educational Sciences*. 2014;2(1):56-64.
130. Büyüköztürk Ş. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 2002;32(32):470-83.
131. Karaman H, Atar B, Çobanoğlu Aktan D. Açımlayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Faktör Çıkartma Yöntemlerinin Karşılaştırılması. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2017;37(3):1173-93.
132. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları*. 6. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2021.
133. Funda K. Üniversite Öğrencilerinin Spora Yönelik Tutumları: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2014;12(1):59-69.
134. Seçkin Halaç D, Eren H, Bulut Ç. Sosyal Yenilikçilik: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *HÜ İİBF DERGİSİ*. 2014;32(1):165-90.

135. Bilgin N, Gülşen M, Kutlu A, Çınar Pakyüz S. Çalışan Sessizlik ve Seslilik Davranışları Ölçeğinin Öğretim Elemanları Üzerinde Türkçeye Uyarlanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2019;35(3):103-14.
136. Özcan KV, Bütün İ, Gülcü A. Developing an Attitude Scale for Undergraduate Medical Biochemistry Education. Journal of Contemporary Medicine. 27 Aralık 2016;6(4):291-291.
137. Baghestani AR, Ahmadi F, Tanha A, Meshkat M. Bayesian Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 02 Ocak 2019;52(1):69-73.
138. Çüm S, Koç N. Türkiye'de Psikoloji ve Eğitim Bilimleri Dergilerinde Yayımlanan Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Çalışmalarının İncelenmesi. Eğitim Bilimleri ve Uygulama. 2013;12(24):115-35.
139. Cicchetti DV. Methodological Commentary The Precision of Reliability and Validity Estimates Re-Visited: Distinguishing Between Clinical and Statistical Significance of Sample Size Requirements. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. 2001;23(5):695-700.
140. Seçer İ. SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi: Analiz ve Raporlaştırma. 2. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık; 2015.
141. Altaş D, Yıldırım İE. Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikler. Birinci Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2020.
142. Güçlü İ. Sosyal Bilimlerde Nicel Veri Analizi Örneklerle SPSS Uygulamaları ve Yorumlaması. Ankara: Gazi Kitabevi; 2020.
143. Çilingirtürk AM. İstatiksel Karar Almada Veri Analizi. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2011.
144. Doğan N, Başokçu TO. İstatistik Tutum Ölçeği İçin Uygulanan Faktör Analizi ve Aşamalı Kümeleme Analizi Sonuçlarının Karşılaştırılması. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi. :7.
145. Yaşar M. İstatistiğe Yönelik Tutum Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. pamu. 2014;(36):59-75.
146. Özgen K, Bindak R. Matematik Okuryazarlığı Öz-yeterlik Ölçeğinin Geliştirilmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2008;16(2):517-28.
147. Bahar Özvarış Ş, Güçiz Doğan B, Karadağ Çaman Ö, Konşuk Ünlü H, Doğan N, Gelbal S, vd. HÜ-SOY: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2018.
148. Aydın B, Kaplan M, Atilgan H, Gürel S. A Preliminary Study to Evaluate the Reproducibility of Factor Analysis Results: The Case of Educational Research Journals in Turkey. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi. 2019;10(1):1-11.
149. Navruz B, Capraro RM, Biçer A, Capraro MM. A Review of Higher-Order Factor Analysis Interpretation Strategies. EPOD. 2015;6(1):72-94.

150. Koğar H. R ile Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri Klasik Test Kuramı, Faktör Analizi Yaklaşımı ve Madde Tepki Kuramı Uygulamaları [İnternet]. 2. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2021 [a.yer 26 Aralık 2021]. Erişim adresi: <https://www.pegem.net/kitabevi/447759-R-ile-Gecerlik-ve-Guvenirlik-Analizleri-kitabi.aspx>
151. Güler N. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme [İnternet]. 14. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2019 [a.yer 28 Aralık 2021]. Erişim adresi: <https://www.pegem.net/kitabevi/120447-Egitimde-Olcme-ve-Degerlendirme-kitabi.aspx>
152. Başol G. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme [İnternet]. 6. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2019 [a.yer 28 Aralık 2021]. Erişim adresi: <https://www.pegem.net/kitabevi/149551-Egitimde-Olcme-ve-Degerlendirme-kitabi.aspx>
153. Atar B, Atalay Kabasakal K, Ünsal Özberk EB, Özberk EH, Kibrislioğlu Uysal N. R ile Veri Analizi ve Psikometri Uygulamaları [İnternet]. 3. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2021 [a.yer 28 Aralık 2021]. Erişim adresi: <https://www.pegem.net/kitabevi/430896-R-ile-Veri-Analizi-ve-Psikometri-Uygulamalari-kitabi.aspx>
154. Akyüz HE. Yapı Geçerliliği İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi: Uygulamalı Bir Çalışma. Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi. 2018;7(2):186-98.
155. Atalay A, Tortum A, Çodur YM. Modeling of Traffic Accidents by Using Factor Analysis. International Journal of Traffic and Transportation Safety. 2014;1(1):35-54.
156. Goretzko D, Pham TTH, Bühner M. Exploratory Factor Analysis: Current Use, Methodological Developments and Recommendations for Good Practice. Curr Psychol. 2021;40(7):3510-21.
157. DiStefano C, Zhu M, Mindrila D. Understanding and Using Factor Scores: Considerations for the Applied Researcher. Practical Assessment, Research, and Evaluation. 2019;14(20).
158. Çevik MS, Erçetin ŞŞ. Vatandaşlık Algısı Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2021;18(43):6445-77.
159. Güngör D. Psikolojide Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu. Türk Psikoloji Yazıları. 2016;19(38):104-12.
160. Erkuş A, Sünbül Ö, Ömür Sünbül S, Yormaz S, Aşiret S. Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-II: Ölçme Araçlarının Psikometrik Nitelikleri ve Ölçme Kuramları [İnternet]. 2. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2020 [a.yer 26 Aralık 2021]. Erişim adresi: <http://www.pegem.net/kitabevi/209989-Psikolojide-Olcme-ve-Olcek-Gelistirme-II-Olcme-Araclarinin-Psikometrik-Nitelikleri-ve-Olcme-Kuramlari-kitabi.aspx>
161. Çalışkan C. Afet Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalışması [İnternet]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020. Erişim adresi:

<http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/22296/10213916..pdf?sequence=5&isAllowed=y>

162. Dal NA, Ertem G. Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Geliştirme Çalışması. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 2017;6(5):2351-67.
163. Tutar H. Sosyal Psikoloji. 3. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2016.
164. Bakırcıoğlu R. Ansiklopedik Eğitim ve Psikoloji Sözlüğü. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık; 2016.



FORMLAR

Ek-1: Halk Sağlığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi Anket Formu

Halk Sağlığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi Anket Formu

Son sınıf halk sağlığı stajınızı tamamladınız mı? *

Evet

Hayır

Halk sağlığı stajınızda saha rotasyonu yaptınız mı? *

Evet

Hayır

Halk sağlığı stajınızda yüzyüze ders yaptınız mı? *

Evet

Hayır

Halk sağlığı stajınızı hangi üniversitenin tıp fakültesinde yaptınız? *

Acıbadem Üniversitesi

Bahçeşehir Üniversitesi

Bezmialem Vakıf Üniversitesi

İstanbul Bilim Üniversitesi

İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi

Cerrahpaşa Üniversitesi

İstanbul Üniversitesi

Koç Üniversitesi

Maltepe Üniversitesi

Marmara Üniversitesi

Medeniyet Üniversitesi

Medipol Üniversitesi

Okan Üniversitesi

Yeditepe Üniversitesi

Yeni Yüzyıl Üniversitesi

Diğer:

Cinsiyetiniz: *

Kadın

Erkek

Mesleki Kariyer ve İlgili Soruları

Tamamen Katılmıyorum=1, Katılmıyorum=2, Kararsızım=3, Katılıyorum=4 ve Tamamen Katılıyorum=5

1. Kariyerime halk sağlığı alanında devam etmek isterim. *

1 2 3 4 5

2. Halk sağlığı alanında çalışmayı düşünmem. *

1 2 3 4 5

3. Halk sağlığının prestijli bir meslek olduğunu düşünürüm. *

1 2 3 4 5

4. Halk sağlığı alanında yüksek lisans/doktora yapmak isterim. *

1 2 3 4 5

5. Halk sağlığı tıpta uzmanlık sınavında benim için en uygun tercihtir. *

1 2 3 4 5

6. Nöbet tutmayacağım için halk sağlığını tercih ederim. *

1 2 3 4 5

7. Halk sağlığı alanında çalışan iyi rol modeller olduğunu düşünüyorum. *

1 2 3 4 5

8. İş yükü az olduğu için halk sağlığını tercih ederim. *

1 2 3 4 5

9. Halk sağlığı alanında çalışırsam daha çok kazanç sağlayabilirim. *

1 2 3 4 5

10. Halk sağlığı alanında çalışırsam mesleki tatmin yaşayamam. *

1 2 3 4 5

11. Sosyal çevre baskısından dolayı halk sağlığını tercih etmem. *

1 2 3 4 5

12. Halk sağlığı çalışanları diğer sağlık çalışanlarına göre daha mutludur. *

1 2 3 4 5

13. Toplumun sağlık sorunlarına çözümler bulmak beni mutlu eder. *

1 2 3 4 5

14. Halk sağlığı uzmanlığı hakkında yeterince bilgi sahibi değilim. *

1 2 3 4 5

15. Halk sağığı çalışmalarında gönüllü olarak yer almak isterim. *

1 2 3 4 5

16. Halk sağığı alanında çıkan yayınları takip ederim. *

1 2 3 4 5

17. Yandal uzmanlık fırsatlarından dolayı halk sağığında kariyer yapmayı düşünüyorum. *

1 2 3 4 5

18. Halk sağığı asistanlığı tıpta uzmanlık sınavına tekrar çalışmak için tercih edilebilir. *

1 2 3 4 5

19. Halk sağığı konuları benim için ilgi çekicidir. *

1 2 3 4 5

20. Halk sağığı severek çalışabileceğim bir alan değildir. *

1 2 3 4 5

21. Sağığın geliştirilmesine yönelik programlar yapma imkanından dolayı halk sağığı alanında çalışmak isterim. *

1 2 3 4 5

22. Tıpta uzmanlık sınavında halk sağığı tercih edecek arkadaşlarıma üzüliyorum. *

1 2 3 4 5

23. Toplumda halk sağığı çalışanlarına saygı duyulur. *

1 2 3 4 5

24. Malpraktis görölme olasılığı diğer branşlara göre daha düşük olduğundan halk sağığı uzmanlığını seçerim. *

1 2 3 4 5

25. Hasta ile teması daha az olduğu için halk sağığı uzmanlığını tercih ederim. *

1 2 3 4 5

26. Halk sağığının faaliyet alanlarının çok geniş olması beni rahatsız eder. *

1 2 3 4 5

27. Halk sağığı profesyonelleri projelerde yer alarak ek kazanç sağırlarlar. *

1 2 3 4 5

28. Halk sağığı profesyonelleri istatistik bilgileri ile ek gelir elde ederler. *

1 2 3 4 5

29. Sağlık personeline şiddet ihtimali daha az olduğu için halk sağlığı uzmanlığını seçerim. *

1 2 3 4 5

30. Halk sağlığı kadınlar için uygun bir alandır. *

1 2 3 4 5

31. Halk sağlığı profesyonelleri çok iyi makale yazar. *

1 2 3 4 5

32. Pratisyen hekimliği halk sağlığı uzmanlığına tercih ederim. *

1 2 3 4 5

33. Sağlık politikalarını halk sağlığı profesyonelleri belirler. *

1 2 3 4 5

34. Halk sağlığı uzmanlarının kamu kurumları dışında çalışma olanağı daha azdır. *

1 2 3 4 5

35. Halk sağlığının saygınlığı giderek artmaktadır. *

1 2 3 4 5

36. Toplumun tüm sorunlarını çözebildikleri için halk sağlığı çalışanlarında mesleki tatmin duygusu yüksektir. *

1 2 3 4 5

37. Diğer uzmanların halk sağlığı uzmanlarına göre daha saygın olduklarını düşünüyorum. *

1 2 3 4 5

38. Halk sağlığını mesleki kariyerim için vazgeçilmez görüyorum. *

1 2 3 4 5

39. Halk sağlığı araştırma yapmayı öğreten bir disiplindir. *

1 2 3 4 5

40. Halk sağlığını yeterince tanınan bir alan olmadığı için seçmem. *

1 2 3 4 5

41. Tedavi edici hizmetlerde çalışmayı düşünmüyorum. *

1 2 3 4 5

42. Halk sağlığı uzmanlarının görev tanımı belirsiz olduğundan tercih etmem. *

1 2 3 4 5

43. Halk sağığı profesyonellerinin sağılık sisteminde etkin olmadıklarını düşünüyorum. *

1 2 3 4 5

44. Halk sağığı alanında çalışmanın stres yükü daha azdır. *

1 2 3 4 5

45. Halk sağığı uzmanları diğler branşlara göre daha az tükenmişlik sendromu yaşar. *

1 2 3 4 5

46. Toplumsal krizlerde en önemli görevi halk sağığı profesyonelleri üstlenir. *

1 2 3 4 5

47. Halk sağığı profesyonellerinin organizasyon yeteneğı yüksektir. *

1 2 3 4 5

48. Halk sağığı sorunlarını tartışmaktan hoşlanırım. *

1 2 3 4 5

* Gerekli

Halk Sağığının Önemi İle İlgili Sorular

Tamamen Katılmıyorum=1, Katılmıyorum=2, Kararsızım=3, Katılıyorum=4 ve Tamamen Katılıyorum=5

49. Halk sağığı bakış açısı tüm tıp branşları için gereklidir. *

1 2 3 4 5

50. Halk sağığı tıbbın en önemli anabilim dallarından biridir. *

1 2 3 4 5

51. Halk sağığı konularına hakim olmadan iyi bir bilimsel çalışma yapılamaz. *

1 2 3 4 5

52. Klinisyenler halk sağığı ile ilgilenmezler. *

1 2 3 4 5

53. Halk sağığı alanına hakim olmayan biri iyi bir sağılık yöneticisi olamaz. *

1 2 3 4 5

54. Birçok sektör veya disiplin için halk sağığı önemlidir. *

1 2 3 4 5

55. Birçok kurum ve kuruluş bir halk sağığı profosyoneline ihtiyaç duyar. *

1 2 3 4 5

56. Halk sağığı sadece tıp fakóltesi mezunlarının ilgilendikleri bir alandır. *

1 2 3 4 5

57. Sağıık Bakanlığıının halk sağığıına yeterince önem verdiğıini düşünüyorum. *

1 2 3 4 5

58. Halk sağığıı yaklaşımıyla toplumun tüm sağıık sorunlarının çözüleceğıine inanıyorum. *

1 2 3 4 5

59. Sağıığın geliştirilmesinde en önemli rolün halk sağığıına ait olduğunu düşünüyorum. *

1 2 3 4 5

60. Halk sağığıı araştırma sonuçlarının kamuoyu için bir önemi yoktur. *

1 2 3 4 5

61. Sağıık yöneticilerinin halk sağığıı yaklaşımı edinmeleri gerekir. *

1 2 3 4 5

62. Halk sağığıı profesyonelleri bir sağıık sisteminin olmazsa olmaz parçasıdır. *

1 2 3 4 5

63. Sağıık sistemi için halk sağığıı bilimi çok önemlidir. *

1 2 3 4 5

64. Halk sağığıı uzmanları ile aile hekimlerinin sundukları hizmetler arasında fark yoktur. *

1 2 3 4 5

65. Hastalıklardan korumak tedavi etmekten daha önemlidir. *

1 2 3 4 5

66. Halk sağığıının amacı insanları tedavi etmekten ziyade korumaktır. *

1 2 3 4 5

* Gerekli

Halk Sağığıı Ders ve Stajı İle İlgili Sorular

Tamamen Katılmıyorum=1, Katılmıyorum=2, Kararsızım=3, Katılıyorum=4 ve Tamamen Katılıyorum=5

67. Halk sağığıı derslerini severim. *

1 2 3 4 5

68. Halk sağlığı derslerini zaman kaybı olarak görüyorum. *

1 2 3 4 5

69. Halk sağlığı stajlarında yapılan saha uygulamalarının yarar sağlamadığını düşünüyorum. *

1 2 3 4 5

70. Halk sağlığı stajını diğer stajlardan daha çok severim. *

1 2 3 4 5

71. Halk sağlığı stajında bir şey öğrenmediğimi düşünüyorum. *

1 2 3 4 5

72. Halk sağlığı stajları halk sağlığının önemini anlamamda yardımcı olur. *

1 2 3 4 5

73. Halk sağlığı derslerini anlamakta zorlanırım. *

1 2 3 4 5

74. Halk sağlığı dersleri diğer derslerden daha sıkıcıdır. *

1 2 3 4 5

75. Saha uygulama eğitimleri sayesinde halk sağlığı alanında yapılan faaliyetleri öğrenirim. *

1 2 3 4 5

76. Halk sağlığı derslerinde/stajında edindiğim bilgilerin mesleki kariyerim boyunca bana fayda sağlayacağını düşünüyorum. *

1 2 3 4 5

77. Halk sağlığı stajları diğer stajlara göre daha yorucudur. *

1 2 3 4 5

Ek-2: Taslak ölçeğin 97 maddelik ilk hali

Mesleki Kariyer ve İlgili Boyutu	
1	Kariyerime halk sağlığı alanında devam etmek isterim.
2*	Halk sağlığı alanında çalışmayı düşünmem.
3	Halk sağlığının prestijli bir meslek olduğunu düşünürüm.
4*	Tıpta uzmanlık sınav puanım ne olursa olsun halk sağlığını tercihlerime yazmam.
5	Halk sağlığı alanında yüksek lisans/doktora yapmak isterim.
6	Halk sağlığı tıpta uzmanlık sınavında benim için en uygun tercihtir.
7*	Tıpta uzmanlık sınavında yüksek puan alanlar halk sağlığını tercih etmezler.
8	Halk sağlığı alanında akademik kariyer olanağı daha fazladır.
9	Nöbet tutmayacağım için halk sağlığını tercih ederim.
10	Halk sağlığı alanında çalışan iyi rol modeller olduğunu düşünüyorum.
11	İş yükü az olduğu için halk sağlığını tercih ederim.
12	Halk sağlığı alanında çalışırsam daha çok kazanç sağlayabilirim.
13*	Halk sağlığı alanında çalışırsam mesleki tatmin yaşayamam.
14	Tıp branşları içinde halk sağlığı itibarı yüksek bir bilim dalıdır.
15*	Sosyal çevre baskısından dolayı halk sağlığını tercih etmem.
16	Halk sağlığı çalışanları diğer sağlık çalışanlarına göre daha mutludur.
17	Toplumun sağlık sorunlarına çözümler bulmak beni mutlu eder.
18*	Halk sağlığı uzmanlığı hakkında yeterince bilgi sahibi değilim.
19	Halk sağlığı ile ilgili çalışmaktan zevk alırım.
20	Halk sağlığı çalışmalarında gönüllü olarak yer almak isterim.
21*	Halk sağlığı alanında çalışmak sıkıcıdır.
22	Halk sağlığı alanında çıkan yayınları takip ederim.
23	Yandal uzmanlık fırsatlarından dolayı halk sağlığında kariyer yapmayı düşünüyorum.
24*	Halk sağlığı asistanlığı tıpta uzmanlık sınavına tekrar çalışmak için tercih edilebilir.
25	Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışmaktan keyif alırım.
26	Halk sağlığı konuları benim için ilgi çekicidir.
27*	Halk sağlığı severek çalışabileceğim bir alan değildir.
28	Halk sağlığı alanındaki güncel gelişmeleri ve haberleri takip ederim.
29	Sağlığın geliştirilmesine yönelik programlar yapma imkanından dolayı halk sağlığı alanında çalışmak isterim.
30*	Tıpta uzmanlık sınavında halk sağlığı tercih edecek arkadaşlarıma üzülüyorum.
31	Toplumda halk sağlığı çalışanlarına saygı duyulur.
32	Halk sağlığı uzmanlarının çalışma koşullarının rahat olduğunu düşünüyorum.
33	Malpraktis görülme olasılığı diğer branşlara göre daha düşük olduğundan halk sağlığı uzmanlığını seçerim.
34	Hasta ile teması daha az olduğu için halk sağlığını uzmanlığını tercih ederim.
35	Sağlık personeline şiddet ihtimali daha az olduğu için halk sağlığı uzmanlığını seçerim.
36*	Halk sağlığının faaliyet alanlarının çok geniş olması beni rahatsız eder.
37	Halk sağlığı profesyonelleri projelerde yer alarak ek kazanç sağlarlar.
38	Halk sağlığı profesyonelleri istatistik bilgileri ile ek gelir elde ederler.
39*	Halk sağlığı uzmanları diğer uzmanlara göre daha az gelir elde eder.

40	Halk sağığı kadınlar için uygun bir alandır.
41	Halk sağığı profesyonelleri çok iyi makale yazar.
42*	Pratisyen hekimliğı halk sağığı uzmanlığına tercih ederim.
43	Sağık politikalarını halk sağığı profesyonelleri belirler.
44	İstatistiğı en iyi halk sağığı profesyonelleri bilir.
45*	Halk sağığı uzmanlarının kamu kurumları dışında çalışma olanağı daha azdır.
46	Halk sağığının saygınlığı giderek artmaktadır.
47	Toplumun tüm sorunlarını çözebildikleri için halk sağığı çalışanlarında mesleki tatmin duygusu yüksektir.
48*	Diğer uzmanların halk sağığı uzmanlarına göre daha saygın olduklarını düşünüyorum.
49	Toplumun sağık sorunlarını çözmek hoşuma gider.
50	Halk sağığının mesleki kariyerim için vazgeçilmez görüyorum.
51	Halk sağığı araştırma yapmayı öğreten bir disiplindir.
52*	Halk sağığının yeterince tanınan bir alan olmadığı için seçmem.
53	Tedavi edici hizmetlerde çalışmayı düşünmüyorum.
54*	Halk sağığı uzmanlarının görev tanımı belirsiz olduğundan tercih etmem.
55*	Halk sağığı profesyonellerinin sağık sisteminde etkin olmadıklarını düşünüyorum.
56	Halk sağığı alanında çalışmanın stres yükü daha azdır.
57	Halk sağığı uzmanları diğer branşlara göre daha az tükenmişlik sendromu yaşar.
58*	Halk sağığı ile ilgili bir alanda çalışmak istemem.
59	Toplumsal krizlerde en önemli görevi halk sağığı profesyonelleri üstlenir.
60	Halk sağığı profesyonellerinin organizasyon yeteneğı yüksektir.
61	Halk sağığı sorunlarını tartışmaktan hoşlanırım.
Halk Sağığının Önemi Boyutu	
62	Halk sağığı bakış açısı tüm tıp branşları için gereklidir.
63	Halk sağığı tıbbın en önemli anabilim dallarından biridir.
64	Halk sağığı konularına hakim olmadan iyi bir bilimsel çalışma yapılamaz.
65*	Klinisyenler halk sağığı ile ilgilenmezler.
66	Halk sağığı alanına hakim olmayan biri iyi bir sağık yöneticisi olamaz.
67	Birçok sektör veya disiplin için halk sağığı önemlidir.
68	Birçok kurum ve kuruluş bir halk sağığı profesyoneline ihtiyaç duyar.
69*	Halk sağığı sadece tıp fakültesi mezunlarının ilgilendikleri bir alandır.
70	Sağık Bakanlığının halk sağığına yeterince önem verdiğini düşünüyorum.
71	Halk sağığı yaklaşımıyla toplumun tüm sağık sorunlarının çözüleceğine inanıyorum.
72	Sağığın geliştirilmesinde en önemli rolün halk sağığına ait olduğunu düşünüyorum.
73*	Halk sağığı araştırma sonuçlarının kamuoyu için bir önemi yoktur.
74	Sağık yöneticilerinin halk sağığı yaklaşımı edinmeleri gerekir.
75	Halk sağığı profesyonelleri bir sağık sisteminin olmazsa olmaz parçasıdır.
76	Sağık sistemi için halk sağığı bilimi çok önemlidir.
77*	Halk sağığı uzmanları ile aile hekimlerinin sundukları hizmetler arasında fark yoktur.
78	Hastalıklardan korumak tedavi etmekten daha önemlidir.
79	Halk sağığının amacı insanları tedavi etmekten ziyade korumaktır.
80	Halk sağığı hizmetleri iyi sunulursa toplumun sağık sorunları çözülür.
81*	Sahada halk sağığı hizmetlerini aile hekimliğı birimleri sunar.

Halk Sağlığı Ders ve Stajı Boyutu	
82	Halk sağlığı derslerini severim.
83*	Halk sağlığı derslerini zaman kaybı olarak görüyorum.
84	Halk sağlığı stajındaki saha uygulamalarından zevk alırım.
85*	Halk sağlığı stajlarında yapılan saha uygulamalarının yarar sağlamadığını düşünüyorum.
86	Halk sağlığı stajı ve derslerinden keyif alırım.
87*	Devam zorunluluğu olmasa halk sağlığı stajlarına gitmem.
88	Halk sağlığı stajını diğer stajlardan daha çok severim.
89*	Halk sağlığı stajında bir şey öğrenmediğimi düşünüyorum.
90	Halk sağlığı stajları halk sağlığının önemini anlamamda yardımcı olur.
91*	Halk sağlığı derslerini anlamakta zorlanırım.
92	Halk sağlığı stajlarında sahada çalışanlardan bilgi edinmek hoşuma gider.
93*	Saha uygulama eğitimlerinin halk sağlığının öğrenilmesinde bir önemi yoktur.
94*	Halk sağlığı dersleri diğer derslerden daha sıkıcıdır.
95	Saha uygulama eğitimleri sayesinde halk sağlığı alanında yapılan faaliyetleri öğrenirim.
96	Halk sağlığı derslerinde/stajında edindiğim bilgilerin mesleki kariyerim boyunca bana fayda sağlayacağını düşünüyorum.
97*	Halk sağlığı stajları diğer stajlara göre daha yorucudur.

*: Olumsuz maddeler

Ek-3: Geçerlilik ve güvenilirlik analizleri öncesi 77 madde

Mesleki Kariyer ve İlgili Boyutu	
m1	Kariyerime halk sağlığı alanında devam etmek isterim.
m2*	Halk sağlığı alanında çalışmayı düşünmem.
m3	Halk sağlığının prestijli bir meslek olduğunu düşünürüm.
m4	Halk sağlığı alanında yüksek lisans/doktora yapmak isterim.
m5	Halk sağlığı tıpta uzmanlık sınavında benim için en uygun tercihtir.
m6	Nöbet tutmayacağım için halk sağlığını tercih ederim.
m7	Halk sağlığı alanında çalışan iyi rol modeller olduğunu düşünüyorum.
m8	İş yükü az olduğu için halk sağlığını tercih ederim.
m9	Halk sağlığı alanında çalışırsam daha çok kazanç sağlayabilirim.
m10*	Halk sağlığı alanında çalışırsam mesleki tatmin yaşayamam.
m11*	Sosyal çevre baskısından dolayı halk sağlığını tercih etmem.
m12	Halk sağlığı çalışanları diğer sağlık çalışanlarına göre daha mutludur.
m13	Toplumsal sağlık sorunlarına çözümler bulmak beni mutlu eder.
m14*	Halk sağlığı uzmanlığı hakkında yeterince bilgi sahibi değilim.
m15	Halk sağlığı çalışmalarında gönüllü olarak yer almak isterim.
m16	Halk sağlığı alanında çıkan yayınları takip ederim.
m17	Yan dal uzmanlık fırsatlarından dolayı halk sağlığında kariyer yapmayı düşünüyorum.
m18*	Halk sağlığı asistanlığı tıpta uzmanlık sınavına tekrar çalışmak için tercih edilebilir.
m19	Halk sağlığı konuları benim için ilgi çekicidir.
m20*	Halk sağlığı severek çalışabileceğim bir alan değildir.
m21	Sağlığın geliştirilmesine yönelik programlar yapma imkanından dolayı halk sağlığı alanında çalışmak isterim.
m22*	Tıpta uzmanlık sınavında halk sağlığı tercih edecek arkadaşlarıma üzülüyorum.
m23	Toplumda halk sağlığı çalışanlarına saygı duyulur.
m24	Malpraktis görülme olasılığı diğer branşlara göre daha düşük olduğundan halk sağlığı uzmanlığını seçerim.
m25	Hasta ile teması daha az olduğu için halk sağlığı uzmanlığını tercih ederim.
m26*	Halk sağlığının faaliyet alanlarının çok geniş olması beni rahatsız eder.
m27	Halk sağlığı profesyonelleri projelerde yer alarak ek kazanç sağlarlar.
m28	Halk sağlığı profesyonelleri istatistik bilgileri ile ek gelir elde ederler.
m29	Sağlık personeline şiddet ihtimali daha az olduğu için halk sağlığı uzmanlığını seçerim.
m30	Halk sağlığı kadınlar için uygun bir alandır.
m31	Halk sağlığı profesyonelleri çok iyi makale yazar.
m32*	Pratisyen hekimliği halk sağlığı uzmanlığına tercih ederim.
m33	Sağlık politikalarını halk sağlığı profesyonelleri belirler.
m34*	Halk sağlığı uzmanlarının kamu kurumları dışında çalışma olanağı daha azdır.
m35	Halk sağlığının saygınlığı giderek artmaktadır.
m36	Toplumsal tüm sorunlarını çözebildikleri için halk sağlığı çalışanlarında mesleki tatmin duygusu yüksektir.
m37*	Diğer uzmanların halk sağlığı uzmanlarına göre daha saygın olduklarını düşünüyorum.
m38	Halk sağlığını mesleki kariyerim için vazgeçilmez görüyorum.
m39	Halk sağlığı araştırma yapmayı öğreten bir disiplindir.

m40*	Halk sağığını yeterince tanınan bir alan olmadığı için seçmem.
m41	Tedavi edici hizmetlerde çalışmayı düşünmüyorum.
m42*	Halk sağığı uzmanlarının görev tanımını belirsiz olduğundan tercih etmem.
m43*	Halk sağığı profesyonellerinin sağık sisteminde etkin olmadıklarını düşünüyorum.
m44	Halk sağığı alanında çalışmanın stres yükü daha azdır.
m45	Halk sağığı uzmanları diğer branşlara göre daha az tükenmişlik sendromu yaşar.
m46	Toplumsal krizlerde en önemli görevi halk sağığı profesyonelleri üstlenir.
m47	Halk sağığı profesyonellerinin organizasyon yeteneğı yüksektir.
m48	Halk sağığı sorunlarını tartışmaktan hoşlanırım.
Halk Sağığının Önemi Boyutu	
m49	Halk sağığı bakış açısı tüm tıp branşları için gereklidir.
m50	Halk sağığı tıbbın en önemli anabilim dallarından biridir.
m51	Halk sağığı konularına hakim olmadan iyi bir bilimsel çalışma yapılamaz.
m52*	Klinisyenler halk sağığı ile ilgilenmezler.
m53	Halk sağığı alanına hakim olmayan biri iyi bir sağık yöneticisi olamaz.
m54	Birçok sektör veya disiplin için halk sağığı önemlidir.
m55	Birçok kurum ve kuruluş bir halk sağığı profosyoneline ihtiyaç duyar.
m56*	Halk sağığı sadece tıp fakültesi mezunlarının ilgilendikleri bir alandır.
m57	Sağık Bakanlığının halk sağığına yeterince önem verdiğini düşünüyorum.
m58	Halk sağığı yaklaşımıyla toplumun tüm sağık sorunlarının çözüleceğine inanıyorum.
m59	Sağığın geliştirilmesinde en önemli rolün halk sağığına ait olduğunu düşünüyorum.
m60*	Halk sağığı araştırma sonuçlarının kamuoyu için bir önemi yoktur.
m61	Sağık yöneticilerinin halk sağığı yaklaşımı edinmeleri gerekir.
m62	Halk sağığı profesyonelleri bir sağık sisteminin olmazsa olmaz parçasıdır.
m63	Sağık sistemi için halk sağığı bilimi çok önemlidir.
m64*	Halk sağığı uzmanları ile aile hekimlerinin sundukları hizmetler arasında fark yoktur.
m65	Hastalıklardan korumak tedavi etmekten daha önemlidir.
m66	Halk sağığının amacı insanları tedavi etmekten ziyade korumaktır.
Halk Sağığı Ders ve Stajı Boyutu	
m67	Halk sağığı derslerini severim.
m68*	Halk sağığı derslerini zaman kaybı olarak görüyorum.
m69*	Halk sağığı stajlarında yapılan saha uygulamalarının yarar sağlamadığını düşünüyorum.
m70	Halk sağığı stajını diğer stajlardan daha çok severim.
m71*	Halk sağığı stajında bir şey öğrenmediğimi düşünüyorum.
m72	Halk sağığı stajları halk sağığının önemini anlamamda yardımcı olur.
m73*	Halk sağığı derslerini anlamakta zorlanırım.
m74*	Halk sağığı dersleri diğer derslerden daha sıkıcıdır.
m75	Saha uygulama eğitimleri sayesinde halk sağığı alanında yapılan faaliyetleri öğrenirim.
m76	Halk sağığı derslerinde/stajında edindiğim bilgilerin mesleki kariyerim boyunca bana fayda sağlayacağını düşünüyorum.
m77*	Halk sağığı stajları diğer stajlara göre daha yorucudur.

*: Olumsuz maddeler

Ek-4: Halk Sağlığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeği'nin 49 maddelik nihai hali

Mesleki Kariyer ve İlgi Boyutu	
Birinci Faktör- Kariyer Hedefi	
m1	Kariyerime halk sağlığı alanında devam etmek isterim.
m2*	Halk sağlığı alanında çalışmayı düşünmem.
m4	Halk sağlığı alanında yüksek lisans/doktora yapmak isterim.
m5	Halk sağlığı tıpta uzmanlık sınavında benim için en uygun tercihtir.
m17	Yan dal uzmanlık fırsatlarından dolayı halk sağlığında kariyer yapmayı düşünüyorum.
m20*	Halk sağlığı severek çalışabileceğim bir alan değildir.
m38	Halk sağlığını mesleki kariyerim için vazgeçilmez görüyorum.
İkinci Faktör- Konfor	
m6	Nöbet tutmayacağım için halk sağlığını tercih ederim.
m8	İş yükü az olduğu için halk sağlığını tercih ederim.
m24	Malpraktis görülme olasılığı diğer branşlara göre daha düşük olduğundan halk sağlığı uzmanlığını seçerim.
m25	Hasta ile teması daha az olduğu için halk sağlığı uzmanlığını tercih ederim.
m29	Sağlık personeline şiddet ihtimali daha az olduğu için halk sağlığı uzmanlığını seçerim.
Üçüncü Faktör- Üstün Meziyetler	
m31	Halk sağlığı profesyonelleri çok iyi makale yazar.
m33	Sağlık politikalarını halk sağlığı profesyonelleri belirler.
m46	Toplumsal krizlerde en önemli görevi halk sağlığı profesyonelleri üstlenir.
m47	Halk sağlığı profesyonellerinin organizasyon yeteneği yüksektir.
Dördüncü Faktör- Etkisiz Bulma	
m22*	Tıpta uzmanlık sınavında halk sağlığı tercih edecek arkadaşlarıma üzülüyorum.
m32*	Pratisyen hekimliği halk sağlığı uzmanlığına tercih ederim.
m43*	Halk sağlığı profesyonellerinin sağlık sisteminde etkin olmadıklarını düşünüyorum.
Beşinci Faktör- Yüksek İlgi	
m13	Toplumsal sağlık sorunlarına çözümler bulmak beni mutlu eder.
m15	Halk sağlığı çalışmalarında gönüllü olarak yer almak isterim.
m16	Halk sağlığı alanında çıkan yayınları takip ederim.
m19	Halk sağlığı konuları benim için ilgi çekicidir.
m48	Halk sağlığı sorunlarını tartışmaktan hoşlanırım.
Altıncı Faktör- Saygınlık	
m3	Halk sağlığının prestijli bir meslek olduğunu düşünürüm.
m9	Halk sağlığı alanında çalışırsam daha çok kazanç sağlayabilirim.
m23	Toplumda halk sağlığı çalışanlarına saygı duyulur.
m35	Halk sağlığının saygınlığı giderek artmaktadır.
m36	Toplumsal tüm sorunlarını çözebildikleri için halk sağlığı çalışanlarında mesleki tatmin duygusu yüksektir.
Halk Sağlığının Önemi Boyutu	
Birinci Faktör- Değer Verme	
m49	Halk sağlığı bakış açısı tüm tıp branşları için gereklidir.

m50	Halk sağığı tıbbın en önemli anabilim dallarından biridir.
m51	Halk sağığı konularına hakim olmadan iyi bir bilimsel çalışma yapılamaz.
m53	Halk sağığı alanına hakim olmayan biri iyi bir sağık yöneticisi olamaz.
m54	Birçok sektör veya disiplin için halk sağığı önemlidir.
m55	Birçok kurum ve kuruluş bir halk sağığı profosyoneline ihtiyaç duyar.
m58	Halk sağığı yaklaşımıyla toplumun tüm sağık sorunlarının çözüleceğine inanıyorum.
m59	Sağığın geliştirilmesinde en önemli rolün halk sağığına ait olduğunu düşünüyorum.
m61	Sağık yöneticilerinin halk sağığı yaklaşımı edinmeleri gerekir.
m62	Halk sağığı profesyonelleri bir sağık sisteminin olmazsa olmaz parçasıdır.
m63	Sağık sistemi için halk sağığı bilimi çok önemlidir.
İkinci Faktör- Önemsiz Bulma	
m60*	Halk sağığı araştırma sonuçlarının kamuoyu için bir önemi yoktur.
m64*	Halk sağığı uzmanları ile aile hekimlerinin sundukları hizmetler arasında fark yoktur.
Üçüncü Faktör- Korumanın Önemi	
m65	Hastalıklardan korumak tedavi etmekten daha önemlidir.
m66	Halk sağığının amacı insanları tedavi etmekten ziyade korumaktır.
Halk Sağığı Ders ve Stajı Boyutu	
Birinci Faktör- Faydasız Bulma	
m68*	Halk sağığı derslerini zaman kaybı olarak görüyorum.
m69*	Halk sağığı stajlarında yapılan saha uygulamalarının yarar sağlamadığını düşünüyorum.
m71*	Halk sağığı stajında bir şey öğrenmediğimi düşünüyorum.
İkinci Faktör- Staja İlgi	
m67	Halk sağığı derslerini severim.
m70	Halk sağığı stajını diğer stajlardan daha çok severim.

*: Olumsuz maddeler

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

Ek-5: Tez İntihal Rapor Sunucu İlk Sayfa Görüntüsü

HALK SAĞLIĞINA YÖNELİK ÖĞRENCİ TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 7	% 6	% 2	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	abakus.inonu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
2	www.nature.com İnternet Kaynağı	<% 1
3	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<% 1
4	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1