



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**HEKİMLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ BAĞLAMINDA  
KLİNİK REHBERLERE YÖNELİK TUTUMLARI VE  
KULLANIM ENGELLERİ**

Selahattin AKYÜZ

Doktora Tezi

Ankara, 2019

HEKİMLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ BAĞLAMINDA  
KLİNİK REHBERLERE YÖNELİK TUTUMLARI VE  
KULLANIM ENGELLERİ

Selahattin AKYÜZ

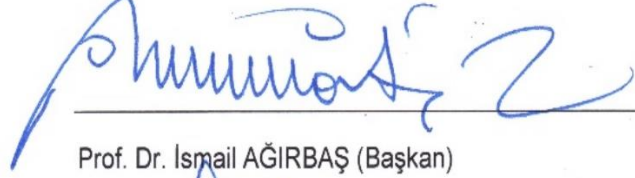
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

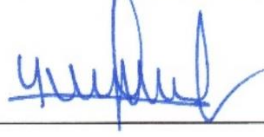
Ankara, 2019

## KABUL VE ONAY

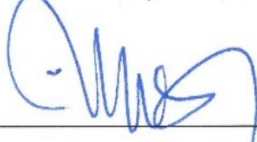
Selahattin AKYÜZ tarafından hazırlanan "Hekimlerin Kişilik Özellikleri Bağlamında Klinik Rehberlere Yönelik Tutumları ve Kullanım Engelleri" başlıklı bu çalışma, 14.02.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



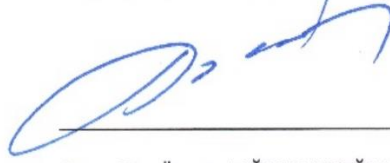
Prof. Dr. Ismail AĞIRBAŞ (Başkan)



Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Danışman)



Prof. Dr. Ömer Rifki ÖNDER



Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU



Doç. Dr. Oğuz IŞIK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ..... ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. <sup>(3)</sup>

14/02/2019

  
Selahattin AKYÜZ

<sup>1</sup>"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.  
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

\* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.**

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Yusuf Çelik** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

  
**Selahattin AKYÜZ**

## TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın başlangıcından itibaren bilgi ve tecrübelerini paylaşan, yol gösteren, desteğini esirgemeyen, kendisinden birçok şey öğrendiğim danışmanım Prof. Dr. Yusuf Çelik'e,

Tez izleme komitesinde ve tez savunma sınavında yer alarak görüş ve önerileri ile destek olan Prof. Dr. Ömer Rıfki ÖNDER, Prof. Dr. İsmail Ağırbaş, Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU ve Doç. Dr. Oğuz IŞIK'a,

Desteklerini her zaman hissettiğim anneme, babama ve kardeşlerime,

Bana olan güven ve sabırlarından dolayı kızım Ayşegül ve oğlum Baki'ye,

Ve her daim niyesiz ve amasız yanımda olan, zor anlarımda elinden bir şey gelmese bile "sen yaparsın" diyerek destek veren, hayat arkadaşım, can yoldaşım, sevgili eşim Fatma Hanım'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

AKYÜZ, Selahattin. *Hekimlerin Kişilik Özellikleri Bağlamında Klinik Rehberlere Yönelik Tutumları ve Kullanım Engelleri*, Doktora Tezi, Ankara, 2019.

Bu araştırmanın amacı hekimlerin kişilik özellikleri, klinik rehberlere yönelik tutumları, rehber kullanım engelleri bağlamında rehber kullanım sıklıklarını etkileyen faktörleri ortaya koymaktır. Veri toplama aracı olarak Beş Faktör Kişilik Ölçeği ile literatür taraması sonrasında hazırlanan klinik rehberlere yönelik tutum ve rehber kullanım engel ifadelerini içeren anket kullanılmıştır. Bir kamu hastanesinde görev yapan 245 hekimden veriler elde edilmiştir. Verilerin analizi SPSS (23) ve AMOS (24) istatistik programları kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde Açıklayıcı Faktör Analizi, Doğrulayıcı Faktör Analizi, Kruskal Wallis H Analizi, Mann Whitney U Analizi, Pearson Korelasyon Analizi, Çoklu Regresyon Analizi ve Yapısal Regresyon Analizi kullanılmıştır. Analiz bulgularında; hekimlerin kişilik özellikleri ile rehberlere yönelik tutum, rehber kullanım engelleri ve rehber kullanımı arasında anlamlı ilişkiler olduğu; kişilik özellikleri, rehberlere yönelik tutum ve rehber kullanım engellerinin rehber kullanımın belirleyicileri olduğu; hekimlerin kişilik özellikleri ile rehber kullanımı arasındaki ilişkide rehberlere yönelik tutumun aracılık rolünün olduğu belirlenmiştir. Tüm bulgular ışığında hekimlerin kişilik özelliklerinin rehberlere yönelik tutum, rehber kullanım engelleri ve rehber kullanımı üzerinde etkili olduğunu söylemek mümkündür. Rehber kullanımını artırmak için hekimlere rehberler hakkında eğitimler verilmesinin, farkındalıklarının artırılmasının, gerekli organizasyonel düzenlemelerin yapılmasının faydalı olabileceği değerlendirilmiştir.

### Anahtar Sözcükler

Kişilik, Klinik Uygulama Rehberleri, Tutum, Engel, Kullanım

## ABSTRACT

AKYÜZ, Selahattin. *Physicians' Attitudes and Usage Barriers to Clinical Guidelines in the Context of Personality Traits*, Ph.D. Dissertation, Ankara, 2019.

Purpose of this research is to present factors affecting the frequency of guideline usage in the context of physicians' personality traits, attitudes towards clinical practice guidelines, usage barriers to guidelines. As a data collection tool, the five-factor personality inventory was used along with a survey designed on the basis of literature, including statements regarding attitudes towards clinical guidelines and usage barriers to guidelines. The data was collected from 245 physicians who work in a public hospital. Analysis of the data was conducted with SPSS (23) and AMOS (24) statistic software. In this analysis, Explanatory Factor Analysis, Confirmatory Factor Analysis, Kruskal Wallis H Analysis, Mann Whitney U Analysis, Pearson Correlation Analysis, Multiple Regression Analysis, and Structural Regression Analysis were used. In findings of the analysis; these were found that there were significant relationships between physicians' personality traits, attitudes towards clinical practice guidelines, usage barriers to guidelines and guideline usage; personality traits, physicians' attitudes towards clinical practice guidelines and usage barriers to guidelines were determinants of guideline usage; physicians' attitudes towards clinical guideline was in mediating role in the relationship between physician traits and guideline usage. In the light of all findings, it is possible to say that physicians' personality traits have a significant effect on physicians' attitudes towards guidelines, usage barriers to guidelines and guideline usage. It is thought that educating physicians on guidelines, raising awareness and implementing required organizational arrangements can be useful in order to increase guideline usage.

### Keywords

Personality, Clinical Practice Guidelines, Attitude, Barrier, Usage



## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI .....	ii
ETİK BEYAN .....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
ÖZET .....	v
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
KISATMALAR DİZİNİ .....	xiii
TABLolar DİZİNİ .....	xv
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xix
GİRİŞ .....	1
1. GENEL BİLGİLER .....	3
1.1. KİŞİLİK .....	3
1.1.1. Kişiliğin Oluşumunu Etkileyen Faktörler .....	4
1.1.2. Kişilik Kuramları .....	4
1.1.2.1. Psikoanalitik Kuram .....	5
1.1.2.2. Neoanalitik Kuram .....	5
1.1.2.3. Fenomenolojik Yaklaşım .....	5
1.1.2.4. Davranışsal Kuram .....	6
1.1.2.5. Bilişsel Sosyal Kuram .....	6
1.1.2.6. Yapısal Kuram .....	6
1.1.2.7. Özellikler Kuramı .....	7
1.1.2.8. Beş Faktör Kişilik Kuramı .....	7
1.1.2.8.1. Beş Faktör Kişilik Kuramının Boyutları .....	8
1.1.2.8.1.1. Dışa Dönüklük .....	8
1.1.2.8.1.2. Uyumluluk .....	8
1.1.2.8.1.3. Öz Disiplin .....	9
1.1.2.8.1.4. Gelişime Açıklık .....	9
1.1.2.8.1.5. Nörotiklik .....	9
1.2. KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ (KUR) .....	10
1.2.1. Kanıta Dayalı Tıp ve Klinik Uygulama Rehberleri .....	10
1.2.2. Klinik Uygulama Rehberlerinin Tanımı .....	12
1.2.3. Klinik Uygulama Rehberlerinin Amaç ve Faydaları .....	13

1.2.4. Klinik Uygulama Rehberlerinin Temel Prensipleri .....	14
1.2.5. Rehber Geliştiriciler ve Türkiye'deki Uygulamalar .....	16
1.2.5.1. Devlet Kurumları .....	17
1.2.5.2. Tıbbi Uzmanlık Dernekleri ve Hastalığa Özgün Organizasyonlar .....	19
1.2.5.3. Diğer Özel Kuruluşlar .....	20
1.2.5.4. Uluslararası Kuruluşlar .....	20
1.2.6. Rehber Geliştirme Süreci .....	22
1.2.6.1. Konunun Belirlenmesi .....	23
1.2.6.2. Rehber Geliştirme Grubu (RGG) .....	23
1.2.6.3. Kapsamın Belirlenmesi .....	26
1.2.6.4. Bilimsel Kanıtların Değerlendirilmesi .....	27
1.2.6.4.1. Araştırma sorularının belirlenmesi .....	27
1.2.6.4.2. Sistematik Literatür Taraması .....	28
1.2.6.4.3. Kanıt Kalitesinin Değerlendirilmesi .....	29
1.2.6.4.4. Ekonomik Değerlendirme .....	32
1.2.6.4.5. Rehber Geliştirme Grubu Yargılarının Dahil Edilmesi .....	33
1.2.6.5. Önerilerin Oluşturulması .....	34
1.2.6.5.1. Önerilerin Gücü .....	35
1.2.6.6. Rehberin Hazırlanması .....	37
1.2.6.6.1. Önerilerin İfade Edilmesi Ve Yazılması .....	37
1.2.6.6.2. Taslak Rehberlerin Onaylanması .....	38
1.2.6.6.3. Rehberin tamamlanması .....	40
1.2.6.7. Yayın ve Yaygınlaştırma .....	42
1.2.6.7.1. Rehberlerin Yayınlanması .....	42
1.2.6.7.2. Rehberlerin Yaygınlaştırılması .....	43
1.2.6.8. Rehberlerin Uygulanması ve Değerlendirme .....	43
1.2.6.9. Güncelleme .....	45
1.2.7. Hekimlerin Klinik Uygulama Rehberlerine Yönelik Tutumları .....	46
1.2.8. Hekimlerin Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Engelleri .....	49
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>51</b>
<b>2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI, KAPSAMI ve VARSAYIMLARI .....</b>	<b>51</b>
<b>2.2. ARAŞTIRMANIN TASARIMI .....</b>	<b>51</b>
<b>2.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ .....</b>	<b>52</b>

<b>2.4. VERİ TOPLAMA ARACI</b> .....	54
2.4.1. Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu .....	54
2.4.2. Beş Faktör Kişilik Ölçeği (BFKÖ) .....	55
2.4.3. Klinik Uygulama Rehberleri Tutum Ölçeği (KURTÖ).....	55
2.4.4. Klinik Uygulama Rehberleri Engel Ölçeği (KUREÖ).....	57
<b>2.5. GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZİ</b> .....	58
2.5.1. Araştırmada Kullanılan Geçerlilik Yöntemleri .....	59
2.5.1.1. Yapı Geçerliliği .....	59
2.5.1.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) .....	60
2.5.1.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) .....	61
2.5.1.2. Yakınsak ve İraksak Geçerlilik .....	62
2.5.2. Araştırmada Kullanılan Güvenilirlik Yöntemleri.....	63
2.5.2.1. Cronbach's Alpha Katsayısı .....	63
2.5.2.2. Kompozit Güvenilirlik .....	64
<b>2.6. EVREN VE ÖRNEKLEM</b> .....	64
<b>2.7. VERİLERİN ANALİZİ</b> .....	65
<b>3. BULGULAR</b> .....	66
<b>3.1. ÖLÇEKLERİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ</b> .....	66
3.1.1. Beş Faktör Kişilik Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği.....	66
3.1.1.1. Beş Faktör Kişilik Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	67
3.1.2. Klinik Uygulama Rehberleri Tutum Ölçeği (KURTÖ) Geçerlilik ve Güvenilirliği .....	73
3.1.2.1. Klinik Uygulama Rehberleri Tutum Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi .....	73
3.1.2.2. Klinik Uygulama Rehberleri Tutum Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi .....	76
3.1.3. Klinik Uygulama Rehberleri Engel Ölçeği (KUREÖ) Geçerlilik ve Güvenilirliği .....	81
3.1.3.1. Klinik Uygulama Rehberleri Engel Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi .....	81
3.1.3.2. Klinik Uygulama Rehberleri Engel Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi .....	88
<b>3.2. SOSYO-DEMOGRAFİK BULGULAR</b> .....	95
<b>3.3. KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM VE KULLANIM ENGELLERİ İFADELERİNE İLİŞKİN BULGULAR</b> .....	97

<b>3.4. KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ BİLGİ KAYNAKLARI, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ HAKKINDA BİLGİLENDİRİLME .....</b>	<b>99</b>
3.4.1. Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Sıklığı .....	100
3.4.2. Klinik Uygulama Rehberleri Kullanımının Zorunluluğu .....	100
3.4.3. Klinik Uygulama Rehberleri Hakkında Bilgilendirilme .....	101
3.4.4. Klinik Uygulama Rehberleri Bilgi Kaynakları.....	102
<b>3.5. HEKİMLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM VE ZORUNLULUĞU FARKLILIKLARINA İLİŞKİN BULGULAR .....</b>	<b>105</b>
3.5.1. Hekimlerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Klinik Uygulama Rehberlerine Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular .....	106
3.5.2. Hekimlerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Engellerine İlişkin Bulgular .....	111
3.5.3. Hekimlerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Sıklığı ve Zorunluluğuna İlişkin Bulgular.....	119
<b>3.6. HEKİMLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KUR KULLANIM ENGELLERİ, KUR KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞUNA İLİŞKİN BULGULAR .....</b>	<b>123</b>
3.6.1. Hekimlerin Kişilik Boyut Düzeylerine Göre Klinik Uygulama Rehberlerine Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular .....	124
3.6.2. Hekimlerin Kişilik Boyut Düzeylerine Göre Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Engellerine İlişkin Bulgular .....	126
3.6.3. Hekimlerin Kişilik Boyut Düzeylerine Göre Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Sıklığı ve Zorunluluğuna İlişkin Bulgular.....	129
<b>3.7. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞUNA İLİŞKİN KORELASYON BULGULARI .....</b>	<b>131</b>
<b>3.8. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU DEĞİŞKENLERİNİN BELİRLEYİCİLERİNE İLİŞKİN REGRESYON ANALİZİ BULGULARI .....</b>	<b>134</b>
3.8.1. Kişilik Özelliklerinin Belirleyicileri.....	134
3.8.2. Klinik Uygulama Rehberlerine Yönelik Tutumun Belirleyicileri ...	138
3.8.3. Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Engellerinin Belirleyicileri	140

3.8.4. Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Sıklığının ve Klinik Uygulama Rehberleri Kullanımının Zorunluluğunun Belirleyicileri .....	143
<b>3.9. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİDE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM VE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİN ARACILIK ROLÜ .....</b>	<b>145</b>
3.9.1. Kişilik Özellikleri İle Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Sıklığı Arasındaki İlişkide Klinik Uygulama Rehberlerine Yönelik Tutumun Aracılık Rolü .....	146
3.9.2. Kişilik Özellikleri İle Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Sıklığı Arasındaki İlişkide Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Engellerinin Aracılık Rolü .....	150
3.9.3. Kişilik Özellikleri İle Klinik Uygulama Rehberleri Kullanımın Zorunluluğu Arasındaki İlişkide Klinik Uygulama Rehberlerine Yönelik Tutumun Aracılık Rolü .....	151
3.9.4. Kişilik Özellikleri İle Klinik Uygulama Rehberleri Kullanımının Zorunluluğu Arasındaki İlişkide Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Engellerin Aracılık Rolü .....	154
<b>4. TARTIŞMA.....</b>	<b>157</b>
<b>4.1. HEKİMLERİN KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM VE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ İFADELERİNE KATILIM DÜZEYLERİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER .</b>	<b>157</b>
<b>4.2. KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIMININ ZORUNLULUĞU, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ BİLGİ KAYNAKLARI VE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ HAKKINDA BİLGİLENDİRİLME BULGULARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER .....</b>	<b>161</b>
<b>4.3. HEKİMLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM FARKLILIKLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER .....</b>	<b>163</b>
<b>4.4. HEKİMLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ FARKLILIKLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER .....</b>	<b>166</b>
<b>4.5. HEKİMLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU FARKLILIKLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER .....</b>	<b>167</b>
<b>4.6. HEKİMLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU FARKLILIKLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER .....</b>	<b>169</b>

<b>4.7. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU KORELASYON BULGULARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER.....</b>	<b>170</b>
<b>4.8. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞUNUN BELİRLEYİCİLERİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER .....</b>	<b>173</b>
<b>4.9. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİDE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM VE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİNİN ARACILIK ROLÜNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER .....</b>	<b>175</b>
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>177</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>182</b>
<b>Ek 1: Örnek Klinik Uygulama Rehberi .....</b>	<b>202</b>
<b>Ek 2: Anket Formu .....</b>	<b>214</b>
<b>Ek 3: Etik Kurul Yazısı .....</b>	<b>219</b>
<b>Ek 4: Araştırma İzni Yazısı .....</b>	<b>220</b>
<b>Ek 5: Tez Çalışması Orijinallik Raporu .....</b>	<b>221</b>

## KISATMALAR DİZİNİ

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AFA</b>	: Açıklayıcı Faktör Analizi
<b>AHRQ</b>	: Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı)
<b>AMOS</b>	: Analysis of Moment Structures
<b>OAV</b>	: Ortalama Açıklanan Varyans
<b>BFKÖ</b>	: Beş Faktör Kişilik Ölçeği
<b>CDC</b>	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
<b>DFA</b>	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ESC</b>	: European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
<b>GATF</b>	: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi
<b>GIN</b>	: Guidelines International Network (Uluslararası Rehber Ağı)
<b>GRADE</b>	: Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (Önerileri Değerlendirme, Geliştirme ve Ölçüm Sınıflandırması)
<b>HBYS</b>	: Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri
<b>ICSI</b>	: Institute for Clinical Systems Improvement (Klinik Sistemler Geliştirme Enstitüsü)
<b>IOM</b>	: Institute of Medicine (Amerikan Tıp Enstitüsü)
<b>IP</b>	: İnternet Protokolü
<b>KDIGO</b>	: Kidney Disease: Improving Global Outcomes (Böbrek Hastalığı: Küresel Sonuçları İyileştirme)
<b>KDT</b>	: Kanıta Dayalı Tıp
<b>KMO</b>	: Kaiser Meyer Olkin
<b>KUR</b>	: Klinik Uygulama Rehberi
<b>KUREÖ</b>	: Klinik Uygulama Rehberi Engel Ölçeği
<b>KURTÖ</b>	: Klinik Uygulama Rehberi Tutum Ölçeği
<b>NGC</b>	: National Guideline Clearinghouse (Ulusal Rehber Kliring Ofisi)
<b>NICE</b>	: National Institute of Health and Clinical Excellence (İngiltere Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü)

<b>NIH</b>	: National Institutes of Health (Ulusal Sağlık Enstitüsü)
<b>RGG</b>	: Rehber Geliştirme Grubu
<b>SIGN</b>	: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (İskoç Rehber Ağı)
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>STK</b>	: Sivil Toplum Kuruluşu
<b>ULS</b>	: Unweighted Least Squares (Ağırlıklandırılmamış En Küçük Kareler)
<b>USPSTF</b>	: U.S. Preventive Services Task Force (ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü)
<b>YEM</b>	: Yapısal Eşitlik Modeli



## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Beş Faktör Kişilik Ölçeğinin Boyutları ve Madde Numaraları.....	55
<b>Tablo 2.</b> KUR'lara Yönelik Tutum İfadeleri ve İlgili Çalışmalar.....	56
<b>Tablo 3.</b> KUR Kullanım Engel İfadeleri ve İlgili Çalışmalar.....	58
<b>Tablo 4.</b> Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İndeksleri Uyum Ölçütleri.....	62
<b>Tablo 5.</b> Beş Faktör Kişilik Ölçeği Faktör Yükleri.....	70
<b>Tablo 6.</b> Beş Faktör Kişilik Ölçeği Boyutlarına İlişkin İstatistik Bilgiler .....	71
<b>Tablo 7.</b> Beş Faktör Kişilik Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Değerleri .....	72
<b>Tablo 8.</b> KUR Tutum Ölçeği KMO ve Barlett Test Sonuçları 1.....	73
<b>Tablo 9.</b> KUR'lara Yönelik Tutum İfadeleri Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu 1.....	74
<b>Tablo 10.</b> KUR'lara Yönelik Tutum İfadeleri Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu 1.....	74
<b>Tablo 11.</b> KUR'lara Yönelik Tutum İfadeleri Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu 2.....	75
<b>Tablo 12.</b> KUR'lara Yönelik Tutum İfadeleri Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu 2.....	75
<b>Tablo 13.</b> KUR Tutum Ölçeği Faktör Yükleri.....	79
<b>Tablo 14.</b> KUR Tutum Ölçeği Boyutlarına İlişkin İstatistik Bilgiler .....	80
<b>Tablo 15.</b> KUR Tutum Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Değerleri .....	80
<b>Tablo 16.</b> KUR Engel Ölçeği KMO ve Barlett Test Sonuçları 1.....	81
<b>Tablo 17.</b> KUR Kullanım Engel İfadeleri Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu 1.....	82
<b>Tablo 18.</b> KUR Kullanım Engel İfadeleri Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu 1.....	83
<b>Tablo 19.</b> KUR Kullanım Engel İfadeleri Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu 2.....	84
<b>Tablo 20.</b> KUR Kullanım Engel İfadeleri Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu 2.....	85

<b>Tablo 21.</b> KUR Kullanım Engel İfadeleri Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu 3.....	86
<b>Tablo 22.</b> KUR Kullanım Engel İfadeleri Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu 3.....	87
<b>Tablo 23.</b> KUR Engel Ölçeği Faktör Yükleri.....	92
<b>Tablo 24.</b> KUR Engel Ölçeği Boyutlarına İlişkin İstatistik Bilgiler .....	93
<b>Tablo 25.</b> KUR Engel Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Değerleri .....	94
<b>Tablo 26.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sosyo-demografik Özellikleri.....	96
<b>Tablo 27.</b> Hekimlerin KUR'lara Yönelik Tutum İfadelerine Katılım Düzeyleri.....	98
<b>Tablo 28.</b> Hekimlerin KUR Engel İfadelerine Katılım Düzeyleri .....	99
<b>Tablo 29.</b> Hekimlerin KUR Kullanım Sıklığı .....	100
<b>Tablo 30.</b> Hekimlerin KUR Kullanımının Zorunluluğuna İlişkin Görüşleri.....	100
<b>Tablo 31.</b> Hekimlerin KUR Hakkında Bilgilendirilmesi .....	101
<b>Tablo 32.</b> KUR Kullanım Sıklığı, Zorunluluğu ve Bilgilendirilmeye İlişkin Korelasyon .....	101
<b>Tablo 33.</b> KUR Bilgi Kaynakları Tanımlayıcı Bulgular .....	102
<b>Tablo 34.</b> KUR Bilgi Kaynakları Mezun Olunan Fakülte Çapraz Tablosu .....	103
<b>Tablo 35.</b> KUR Bilgi Kaynakları Mezuniyet Tarihi Çapraz Tablosu .....	103
<b>Tablo 36.</b> KUR Bilgi Kaynakları Branş Çapraz Tablosu .....	104
<b>Tablo 37.</b> KUR Bilgi Kaynakları Ünvan Çapraz Tablosu .....	105
<b>Tablo 38.</b> KUR'lara Yönelik Olumlu Tutuma İlişkin Analiz Bulguları .....	106
<b>Tablo 39.</b> KUR'lara Yönelik Olumsuz Tutuma İlişkin Analiz Bulguları.....	109
<b>Tablo 40.</b> Rehber Engellerine İlişkin Analiz Bulguları.....	112
<b>Tablo 41.</b> Bireysel Engellere İlişkin Analiz Bulguları.....	115
<b>Tablo 42.</b> Organizasyonel Engellere İlişkin Analiz Bulguları .....	116
<b>Tablo 43.</b> Hasta Engellerine İlişkin Analiz Bulguları .....	117
<b>Tablo 44.</b> KUR Kullanım Sıklığına İlişkin Analiz Bulguları .....	119
<b>Tablo 45.</b> KUR Kullanımının Zorunluluğuna İlişkin Analiz Bulguları.....	122
<b>Tablo 46.</b> Hekimlerin Kişilik Boyut Düzeylerine Göre KUR'lara Yönelik Tutumlarına İlişkin Analiz Bulguları .....	124

<b>Tablo 47.</b> Hekimlerin Kişilik Boyut Düzeylerine Göre KUR Kullanım Engellerine İlişkin Analiz Bulguları .....	126
<b>Tablo 48.</b> Hekimlerin Kişilik Boyut Düzeylerine Göre KUR Kullanım Sıklığı ve Zorunluluğuna İlişkin Analiz Bulguları.....	129
<b>Tablo 49.</b> Kişilik Özellikleri, KUR'lara Yönelik Tutum, KUR Kullanım Engelleri, KUR Kullanım Sıklığı Ve Zorunluluğuna İlişkin Korelasyon.....	131
<b>Tablo 50.</b> Bağımsız Değişkenlerin Uyumluluk Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular .....	134
<b>Tablo 51.</b> Bağımsız Değişkenlerin Öz Disiplin Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular.....	135
<b>Tablo 52.</b> Bağımsız Değişkenlerin Gelişime Açıklık Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular .....	136
<b>Tablo 53.</b> Bağımsız Değişkenlerin Dışa Dönüklük Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular	136
<b>Tablo 54.</b> Bağımsız Değişkenlerin Nörotiklik Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular .....	137
<b>Tablo 55.</b> Bağımsız Değişkenlerin Olumlu Tutum Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular	138
<b>Tablo 56.</b> Bağımsız Değişkenlerin Olumsuz Tutum Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular .....	139
<b>Tablo 57.</b> Bağımsız Değişkenlerin Rehber Engelleri Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular .....	140
<b>Tablo 58.</b> Bağımsız Değişkenlerin Bireysel Engeller Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular .....	141
<b>Tablo 59.</b> Bağımsız Değişkenlerin Organizasyonel Engeller Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular .....	141
<b>Tablo 60.</b> Bağımsız Değişkenlerin Hasta Engelleri Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular .....	142
<b>Tablo 61.</b> Bağımsız Değişkenlerin KUR Kullanım Sıklığına Etkisine İlişkin Bulgular .	143
<b>Tablo 62.</b> Bağımsız Değişkenlerin KUR Kullanımının Zorunluluğuna Etkisine İlişkin Bulgular .....	144
<b>Tablo 63.</b> Kişilik Özellikleri, KUR'lara Yönelik Tutum, KUR Kullanım Sıklığı Aracılık Analiz Bulguları (Gizil Değişkenli).....	147
<b>Tablo 64.</b> Kişilik Özellikleri, KUR'lara Yönelik Tutum, KUR Kullanım Sıklığı Aracılık Analiz Bulguları (Boyut Değişkenli) .....	148
<b>Tablo 65.</b> Kişilik Özellikleri, KUR Kullanım Engelleri, KUR Kullanım Sıklığı Aracılık Analiz Bulguları (Gizil Değişkenli).....	150

<b>Tablo 66.</b> Kişilik Özellikleri, KUR'lara Yönelik Tutum, KUR Kullanımının Zorunluluğu Aracılık Analiz Bulguları (Gizil Değişkenli) .....	151
<b>Tablo 67.</b> Kişilik Özellikleri, KUR'lara Yönelik Tutum, KUR Kullanımının Zorunluluğu Aracılık Analiz Bulguları (Boyut Değişkenli) .....	153
<b>Tablo 68.</b> Kişilik Özellikleri, KUR Kullanım Engelleri, KUR Kullanımının Zorunluluğu Aracılık Analiz Bulguları (Gizil Değişkenli) .....	155

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b> Araştırma Modeli .....	52
<b>Şekil 2.</b> Beş Faktör Kişilik Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model .....	68
<b>Şekil 3.</b> Beş Faktör Kişilik Ölçeği İkinci Düzey Çok Faktörlü Model .....	69
<b>Şekil 4.</b> KUR Tutum Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model .....	77
<b>Şekil 5.</b> KUR Tutum Ölçeği İkinci Düzey Çok Faktörlü Model .....	78
<b>Şekil 6.</b> KUR Engel Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model .....	89
<b>Şekil 7.</b> KUR Engel Ölçeği İkinci Düzey Çok Faktörlü Model .....	90

## GİRİŞ

20. yüzyılın sonlarına kadar klinik kararların büyük ölçüde deneyime ve beceriye (tıp “sanatı”) dayalı olarak alındığı, tıp öğretimi ve uygulamasında tıp liderlerinin hâkim olduğu görülmüştür (Davidoff, 1999; Eddy, 2005; Guyatt vd., 1992). Tıbbi uygulamalarla ilgili olarak gerçekleştirilen çalışmalarda uygulamalarda büyük oranda varyasyonların, gereksiz ve uygunsuz kullanımların olduğu belirlenmiştir (Chassin vd., 1987; Davidoff, 1999; Eddy, 2005; Greenspan vd., 1988; Wennberg ve Gittelsohn, 1973; Woolf, 1990). Benzeri çalışmaların sonucunda Kanıta Dayalı Tıp (KDT) uygulamaları konusunda gelişmeler yaşanmaya başlamıştır (IOM, 2011).

1978-2001 yılları arasında MEDLINE'da 8,1 milyon dergi makalesi endekslenmiş iken (Druss ve Marcus, 2005) günümüzde (1966-2018) MEDLINE'da 5000'den fazla dergiden 25 milyonun üzerinde indeksli atıf yer almakta (<http://www.nlm.nih.gov>), günde 75 randomize kontrollü çalışma ve 11 sistematik inceleme yayınlanmaktadır (Bastian vd., 2010).

Hekimler, çok hızlı bir şekilde genişleyen bu tıbbi veri tabanlarını takip edememekte, bazı tartışmalar nedeniyle literatürdeki çalışmalara şüphe ile yaklaşmakta ve kalitesi hakkında belirsizlik bulunan kanıtlarla yüz yüze kalmaktadır. Bu durumda, özellikle de optimal kararlara ilişkin belirsizlik olduğunda, hekimlerin tecrübeye dayalı bilgi ve becerisi ile hasta değer ve tercihleri, tıbbi uygulamalar hakkında karar alma sürecinde kaçınılmaz unsurlar olmaktadır. Bu nedenle, eleştirel olarak değerlendirilmiş ve sentezlenmiş bilimsel kanıtlara dayalı olarak geliştirilen ve KDT uygulamalarının bir uzantısı olarak görülen klinik uygulama rehberleri, klinik karar verme süreçlerinde bu kritik unsurlar arasındaki ilişkileri somutlaştırmakta ve desteklemektedir (IOM, 2011; Luce vd., 2010).

Klinik uygulama rehberleri (KUR) hekimlerin yanı sıra hizmet alanlara ve sağlık hizmeti yöneticilerine de faydalı olmaktadır (Miller ve Kearney, 2004; RCPCH, 2016). KUR'lar, bilimsel kanıtları ve olası fayda ve zararları ortaya koyarak hekim ve hastanın karar vermelerine yardımcı olmakta (IOM, 2011), hasta sonuçlarını geliştirebilmekte, kaynaklarının etkin kullanımını sağlayabilmekte, sağlık çalışanlarının eğitimine katkıda bulunmakta, hasta-sağlık çalışanları arasındaki iletişim kalitesini artırmakta (NICE,

2012), uygulamadaki varyasyonları azaltabilmekte ve sağlık hizmet kalitesini artılabilmektedir (IOM, 2011).

KUR'ların amaçlanan hedeflerine ulaşması için sadece kanıta dayalı rehber geliştirmek yeterli olmamakta, rehber geliştirilmesi için harcanan zaman ve çabaların boşa gitmemesi için rehber önerilerinin uygulamaya aktarılması gerekmektedir. Bunun gerçekteşmesi için sağlık çalışanlarının rehberin var olduğunun farkında olması, rehberi benimsemeye karar vermesi ve rehberi düzenli olarak kullanması gerekmektedir (RCPCH, 2016). Bu süreçte önerilerin uygulamaya aktarılmasını kolaylaştıracak faktörlerin belirlenmesi, gerek duyulan altyapının sağlanması ve diğer destek faaliyetlerinin uygulanması büyük önem arz etmektedir.

Tüm bu çabaların yanı sıra hekimlerin KUR'lara yönelik tutumları, KUR'ları kullanmalarının önündeki engeller ve hekimlerin kişilik özellikleri de oldukça büyük bir önem taşımaktadır. Nitekim ilgili literatür taraması neticesinde hekimlerin KUR'lara yönelik tutumları ve KUR'ları kullanmalarının önündeki engellere ilişkin olarak 1990'lı yıllardan beri uluslararası çalışmalar gerçekteşirildiği görülmektedir. Bu çalışmalarda ele alınan tutum ve engel ifadelerinde, her ne kadar belli ifadeler temel alınmış olsa da oldukça farklı ifadelerin yer aldığı, değerlendirmelerin herhangi bir boyutlandırma çalışması yapılmadan ifadeler bazında gerçekteşirildiği belirlenmiştir. Fakat gerçekteşirilen çalışmalar arasında, hekimlerin kişilik özellikleri bağlamında KUR'lara yönelik tutumlarını, kullanım engellerini ve KUR kullanımını değerlendiren çalışmaya rastlanamamıştır. Literatür taraması neticesinde ulusal literatürde KUR'lara yönelik tutum ve kullanım engellerini değerlendirmeye alan bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu nedenlerle bu çalışmada hekimlerin kişilik özellikleri bağlamında KUR'lara yönelik tutumlarının, kullanım engellerinin boyutlar bazında değerlendirilmesinin yanı sıra hekimlerin KUR kullanım sıklıklarını ve KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerini etkileyen faktörleri ortaya koymak amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın birinci bölümünde kişilik kavramı, kişilik kuramları, beş faktör kişilik özellikleri, KUR tanımı, KUR'ların amaçları, KUR geliştiriciler, KUR geliştirme süreci, KUR'lara yönelik tutumlara ve KUR kullanım engellerine ilişkin gerçekteşirilen çalışmalar ortaya konmuştur. İkinci bölümünde gereç ve yöntem, üçüncü bölümünde bulgular, dördüncü bölümünde tartışma, beşinci bölümde sonuç ve öneriler yer almıştır.

## 1. GENEL BİLGİLER

### 1.1. KİŞİLİK

İnsanlar birbirlerinden farklı özelliklere sahiptir ve aslında herkesin kendine özgü nitelikleri bulunmaktadır. İnsanların biyolojik yapıları aynı olmasına rağmen düşünceleri, duyguları hatta aynı olay karşısındaki tutum ve davranışları bile farklılık göstermektedir. İşte bu farklılıklar bireysel ayrılıklar olarak nitelendirilmekte ve genelde bunlar kişilik kavramı altında toplanmaktadır (Özkalp vd., 2013).

Bir kişi hakkında “iyi bir kişiliğe sahip olduğu” ifade edildiğinde bununla anlatılmak istenen, o kişinin çalışkan, başarılı, iyi kalpli, güler yüzlü gibi özelliklere sahip olduğudur. İnsanların çevrelerine karşı göstermiş oldukları düzenli tepkiler olarak ifade edilen özelliklerine sorumlu, nazik, sosyal, iyimser gibi sıfatlar örnek gösterilebilir. Bu sıfatlar o kişiye özgü olmakta ve kolay kolay değişmemektedir. Değişmesi zor olan bu özellikler kişilik kavramını ortaya çıkarmakta (Carver ve Scheier, 1992) ve genelde bir insanın kişiliğinden bahsedilirken bu sıfatların birleşimi ifade edilmektedir (Hogan, 1991).

Cüceloğlu (2010) kişiliği, bireyin iç ve dış çevresiyle kurduğu, onu diğer bireylerden farklı kılan, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki şeklinde tanımlamaktadır. Yelboğa (2006) ise kişiliği, bir insanın duyuş, düşünüş, davranış biçimlerini etkileyen faktörlerin kendine özgü yansıması olarak belirtmektedir. Kişilik iç ve dış uyarıcıların etkisi altında kalmakta ve bireyin biyolojik, psikolojik ve kazanılmış tüm yetenekleri ile duygularını, arzularını, alışkanlıklarını ve bütün davranış kalıplarını içermektedir (Tınar, 1999).

Kişilik üç temel unsurdan oluşmaktadır. Bunlar:

- Benzersizlik veya kendine özgü oluş: Her birey değişik ve tek olup davranış ve tutumları diğer insanlardan farklılık göstermektedir.
- Tutarlılık: Bireyler farklı ortam ve durumlarda bile benzer şekilde hareket etmektedir.
- Değişmezlik veya durağanlıktır: Bireyler her durumda tutarlı ve benzer şekilde davranmakta ve bu durum uzun dönemde durağan bir nitelik taşımaktadır. Bireyler tutum ve davranışlarında düzenlilik göstermektedir (Özkalp vd., 2013).



### 1.1.1. Kişiliğin Oluşumunu Etkileyen Faktörler

Kişilik üzerine yapılan araştırmalar genelde kişiliğin hem kalıtsal hem çevresel etkenlerin bir etkileşimi veya sonucu oluştuğunu göstermektedir. Bazı araştırmalar kişiliğin oluşumunda kalıtsal faktörlerin çevre faktörlerinden daha fazla öneme sahip olduğunu göstermektedir. İkizler üzerinde yapılan çalışmalar, ayrı ortamlarda yetişen tek yumurta ikizlerinin oldukça benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir (Robbins ve Judge, 2012).

Üç temel faktör bireyin kişiliğinde egemen unsurlar olarak ortaya çıkmaktadır. Bunlar:

- **Biyolojik faktörler:** İnsanoğlu diğer insanlara benzer bir gelişim süreci içerisinde doğmakta, büyümekte ve ölmektedir. Genetik, insan kişiliğinin oluşumunu ve gelişimini etkilemektedir. Örneğin; fiziksel özelliklerimiz, boyumuz ve vücut yapımız genetik faktörlerden etkilenmekte ve bu durum kişilik üzerinde dolaylı bir etki yapmaktadır.
- **Kültür:** Kültürel değerler bir toplumda arzu edilen ve istenilen davranışların ne olduğunu belirleyen ortak fikirlerdir. Kültürel değerler bireyin kişiliğinin oluşumunda etkili olan özellikleri belirlemektedir. Bireysel olarak öğrendiğimiz birçok şeyde etrafımızdaki insanların büyük etkileri bulunmakta, aile ve arkadaşlar kişiliği oluşturan en önemli gruplar arasında yer almaktadır.
- **Sosyal faktörler:** Her birey farklı bir çevrede yetişmektedir. Farklı eğitimler almakta, farklı tecrübeler yaşamakta ve bu faktörler kişilik oluşumunda etkili olmaktadır. Örneğin; küçük yaşta ebeveynlerinden birini kaybeden bir çocuğun yaşadığı tecrübe yaşam boyu onun kişilik yapısını etkilemektedir (Özkalp vd., 2013).

### 1.1.2. Kişilik Kuramları

Kişiliğin oluşumu, gelişimi ve davranışlara yansımalarına ilişkin birçok araştırma yapılmış ve kişilik kuramları geliştirilmiş olup (Burger, 2004) bu kuramların, kişiliğinin altında yatan mekanizmaları ve bu mekanizmaların bireye özgü davranışların ortaya çıkmasındaki rolünü açıkladığını ifade etmektedir (Arslan, 2017).

### 1.1.2.1. Psikoanalitik Kuram

Sigmund Freud tarafından geliştirilmiş olan bu kuram, insanların davranışlarındaki farklılıkların bilinçaltından kaynaklandığını belirtmektedir. Psikoanalitik kuramda kişiliğin oluşumunda en önemli faktörün, bilinçaltının sağladığı motivasyon olduğu savunulmakta ve kişiliğin, karşıt motivasyonlar ile savunma mekanizması arasındaki çatışma sonucunda şekillendiği ifade edilmektedir (Isır, 2006). Bireylerin davranışlarının nedeninin bilinçaltı güdülerini olduğunu ileri süren Freud kişiliği; alt benlik (id), benlik (ego) ve üst benliğin (süper ego) oluşturduğunu ifade etmektedir (Şimşek vd., 2008). Kişiliğin biyolojik kısmını id, psikolojik kısmını ego, toplumsal kısmını ise süper ego meydana getirmektedir (Burger, 2006). İd, kişiliğin özünü oluşturmakta, en ilkel kalıtsal dürtü ve arzuları kapsamaktadır. İd'i ego kontrol etmektedir. Ego doğuştan gelmekte ve zaman içinde gelişen biyolojik yapıya ters veya gerçeklere uygun olmayan eylemleri bilinçaltına atmaktadır. Süper ego ise, toplumun klasik algı ve beklentilerini kapsamaktadır. Süper ego doğuştan olmamakta, zaman içerisinde oluşmaktadır. Süper ego bireyi denetleyen unsurdur (Engler, 1985; Mischel, 1993).

### 1.1.2.2. Neoanalitik Kuram

Neoanalitik kuram, psikoanalitik kuramın devamı olup ego, egonun fonksiyonları ve ego süreçlerine odaklanmaktadır. Bu yaklaşımda bazı araştırmacılar egonun kendisini ele alırken, diğer araştırmacılar egonun diğer kişilerden, sosyal ve kültürel çevreden etkilenmesini ele almaktadır. Birinci grup araştırmacılar egonun çevreye daha fazla egemen olabilmek için bağımsız hareket etmekte olduğunu belirtmekte ve egonun doğuştan gelen ayrı bir varlığının olduğunu ileri sürmektedirler. Diğer grup araştırmacılar ise kişiliğin içsel biçimde sosyal olduğunu ve özellikle bireylerin çok erken dönemlerdeki ilişkileriyle birlikte geliştiğini belirtmektedirler (Carver ve Scheier, 1996).

### 1.1.2.3. Fenomenolojik Yaklaşım

Freud tarafından ortaya konan davranışları içgüdülerin yönlendirdiği görüşüne tepki olarak ortaya çıkmıştır. Bu kuramda bireylerin davranışlarından sorumlu olduğu vurgulanmakta davranışlarını belirleme ve karar verme gücünün insanın kendisinde olduğu belirtilmektedir (Burger, 2006). Bu yaklaşıma göre davranışlar tecrübelerden, ilişkilerden ve bakış açılarından kaynaklanmaktadır. Böylelikle bireyler bilinçaltı

çatışmalarının kurbanı olmaktan ziyade tecrübe eden varlıklar olarak görülmektedir (Mischel, 1993).

#### 1.1.2.4. Davranışsal Kuram

1920'li yıllarda John Watson tarafından geliştirilmiştir. Diğer kuramlar kişiliği karmaşık yaklaşımlarla açıklarken, davranışsal kuram hayvan davranışlarında da etkili olduğu gibi çevrenin belirleyici unsur olduğunu savunmaktadır (Friedman ve Schustack, 2003). Bu kurama göre kişilik, bireylerin tecrübe ettiği koşulların sonucu olarak ortaya çıkmakta ve dış çevre tarafından belirlenmektedir (Arslan, 2017). Davranışsal kuram, bireylerin psikolojik tepkileri, ne yaptıkları ve ne söylediklerine ilişkin davranışlarının gözlenmesi ile bireyler hakkında bilgi edinilebileceğini ileri sürmektedir (Liebert ve Spiegler, 1990).

#### 1.1.2.5. Bilişsel Sosyal Kuram

Davranışsal yaklaşımların devamı olarak görülen bilişsel sosyal kuram, kişiliğin oluşmasının esas unsurlarının zihinsel süreçler ve algı olduğunu ileri sürmektedir (Friedman ve Schustack, 2003; Hazar, 2006). Bu yaklaşım bireylerin bilişsel süreçlerine odaklanmakta ve davranışların oluşmasında gözlemlenemeyen olayları ön plana çıkartmaktadır. Bireylerin bilgiyi seçme, işleme, depolama ve düşünme tarzına paralel olarak gerçekleştirdikleri davranışların gözlemlenemeyen farklılıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir (Bozkaya, 2013; Mischel, 1993).

#### 1.1.2.6. Yapısal Kuram

Yapısal kuram, bireylerin birbirlerinden ayrılan, süreklilik gösteren ve sabit olan kişilik özelliklerine sahip olduklarını ve bu özelliklerin gerçekleştirilen davranışlarda gözlemlenebileceğini savunmaktadır (Liebert ve Spiegler, 1990). Yapısal kuramda iki varsayım yer almaktadır. Birincisi, bireylerin davranışları tutarlı ve süreklilik göstermektedir, ikincisi ise bireylerin diğer kişilerden birçok yönden farklı olduğudur (Çetin, 2011). Yapısal kuram üç açıdan incelenmektedir. Birincisi, kişilik bireylerin fiziksel özelliklerine vurgu yapılarak açıklanmaktadır. İkincisi, bireylerin diğer kişilerden farklı, sürekli ve sabit kişilik özellikleri bulunmakta ve bu özellikler davranışlarla

gözlemlenebilmektedir. Üçüncüsü, zorunlu bireysel ihtiyaçlar bulunmakta ve bu ihtiyaçlar davranışların oluşmasında etkili olmaktadır (Çetin, 2008).

#### 1.1.2.7. Özellikler Kuramı

Özellikler kuramı, bireyin belirli kişilik özelliklerini gösterme durumuna göre sınıflandırma yapan bir kişilik yaklaşımıdır. Bu yaklaşımda, kişilik yapısı üzerinde etkili olan ve süreklilik gösteren birtakım temel özellikler (utangaçlık, saldırganlık, uysallık, tembellik, isteklilik, güvenilirlik ve sakinlik vb.) üzerinde durulmaktadır. Bu özellikler davranışların açıklanmasında kullanılmaktadır (Burger, 2004). Özellikler kuramı, kişiliği temel özelliklerin bir bütünü olarak açıklamakta ve bu özelliklerin bilinmesiyle bireyin kişiliğinin de öğrenilebileceğini ileri sürmektedir (Cüceloğlu, 2010). Bu kuramda kullanılan özellikler kişiliği belirlemekte faydalı olmakla birlikte bu özelliklerin sayısı hakkında fikir birliği bulunmamaktadır (Friedman ve Schustack, 2003; Hazar, 2006).

#### 1.1.2.8. Beş Faktör Kişilik Kuramı

Beş faktör kişilik kuramı, farklı kişilik özelliklerinin farklı kültürel yaşamlardaki söylemlere yansıtacağı ve bu farklılıkların dilde farklı sözcükler halinde kodlanacağı görüşüne dayanmaktadır (Somer, 1998). Bu kuram, kişilerin kendilerini ve diğer kişileri tanımlamakta kullandıkları sözcüklerin incelenmesini içermekte olup uzun süren araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur (Arslan, 2017). Bu çalışmaların temelini faktör analizleri oluşturmaktadır (Cattell, 1956; Eysenck, 1951). Yapılan çalışmalar sonucunda, kişilik faktör sayılarının değişkenlik gösterdiği belirlenmiş, kişiliğin beş faktörde açıklanmasına 1960'lı yıllarda başlanmış, 1980'lerin sonlarında "Beş Faktör Modeli"nin beş faktörü üzerinde fikir birliğine varılmıştır (Taggar vd., 1999).

Beş faktör kişilik modeli aşağıdaki esaslara dayanmaktadır;

- Faktörler, davranış kalıplarını ortaya koyma gücünü ve etkisini uzun süre korumaktadır.
- Faktörlerin hepsi bütün toplumların dilinde ve kişilik sistemlerinde karşılık bulmaktadır.

- Faktörlerin karşılıkları farklı dil, yaş, ırk ve cinsiyet gruplarında bulunmaktadır. Aynı zamanda bu faktörler bütün kültürlerde o kültürün kabul ettiği sözcüklerle de ifade edilebilmektedir.
- Kuramın kalıtsal özellikleri olup olmadığı konusu tartışmaya açıktır (Costa ve McCrae, 1992).

#### 1.1.2.8.1. Beş Faktör Kişilik Kuramının Boyutları

Beş faktör kişilik; gelişime açıklık, öz disiplin, dışadönüklük, uyumluluk ve nörotiklik faktörlerinden oluşmaktadır (İngilizce'de Openness, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness, Neuroticism olarak ifade edilmekte ve kısaca OCEAN olarak bilinmektedir). Her faktör, birbiriyle ilişkili olan kişilik özelliklerinden oluşmaktadır (Arslan, 2017).

##### 1.1.2.8.1.1. Dışa Dönüklük

Dışa dönük bireyler, ne düşündüğünü açıkça ifade eden, hakkını savunan, liderlik özelliklerine sahip, sosyal yönü kuvvetli, girişimci, konuşkan ve iddialı olmaktadır (Barrick ve Mount, 1991; Costa ve McCrae, 1992; John ve Srivastava, 1999). Baskın olma, enerji ve aktivite, sosyal olma, liderlik, güce sahip olma, istekli olma ve arkadaşça davranma dışa dönüklüğün temel belirleyicileri olarak görülmektedir. Dışa dönükler, içe dönüklere göre genellikle daha hareketli, sempatik, konuşkan, sosyal, enerjik, sıcakkanlı ve girişken olmaktadır (Goldberg, 1992). Dışa dönük kişiler, enerjik olmalarından dolayı, daha kısa sürede daha fazla üretim gerçekleştirebilmekte ve daha az yorgunluk hissedebilmektedir. Bu kişiler olaylara olumlu taraflarından bakmakta, daha az stres yaşamakta ve genelde çatışma yaşamamaktadır. Çevrelerine pozitif enerji vermekte ve olumlu ruh haline sahip olmaktadır (McCrae vd., 2000; Wayne vd., 2004).

##### 1.1.2.8.1.2. Uyumluluk

Uyumlu bireyler arkadaşça ilişkiler kuran, iş birliğini seven, kibar, hoşgörülü, güven veren, yumuşak kalpli kişilerdir. Uyumluluk özelliğine sahip bireyler astlarını iyi motive etmekte ve iyi iletişim kurmaktadır (Ödemiş, 2011). Uyumlu kişiler, kibar, nazik, esnek, güvenilir, iyi mizaçlı, işbirlikçi, affedici, yumuşak huylu, hoşgörülü, alçak gönüllü, destekleyici, esnek, diğer kişilerle duygusal yakınlık kuran, uzlaşmacı, çatışmalardan

uzak duran kişiler olmaktadır (Barrick ve Mount, 1991). Uyumlu bireyler aynı zamanda duruma göre başkalarının çıkarlarını daha fazla düşünmektedir. Uyumlu olmayan bireyler ise birlikte çalışmayı sevmeyen, kaba, bencil, vurdumduymaz, empati yapmayan ve kıskanç özellikler gösterebilmektedir (Digman, 1990).

#### 1.1.2.8.1.3. Öz Disiplin

Öz disiplinli bireyler bilinçli, düzenli, etkili, planlı, sorumluluk sahibi, mükemmeliyetçi ve çok çalışkan kişilerdir. Öz disiplin boyutu, dikkatli olmayı, organize olmayı, planlı yaşamayı, yoğun çalışmayı, başarı odaklı olmayı, kararlı olmayı, etik ilke ve değerlere bağlılığı, başlanan işin bitirebilmesini ve bir şeyi yapmadan önce dikkatli biçimde düşünmeyi içermektedir (Barrick ve Mount, 1991). Öz disiplinli olma olumsuz faktörlere rağmen bir görevin tamamlanmasında sebat etmeyi ve sabırlı olmayı gerektirmektedir. Öz disiplini düşük olan bireyler aldıkları görevleri ertelemekte ve olumsuzluklar karşısında hemen pes etmektedir (McCrae vd., 2000; Somer, 1998).

#### 1.1.2.8.1.4. Gelişime Açıklık

Gelişime açık bireyler analitik, meraklı, yaratıcı, bağımsız, liberal, geleneksel olmayan, orijinal, hayal gücü yüksek, geniş ilgi alanlarına sahip, cesur, artistik, doğal, açık fikirli olmaktadır (John ve Srivastava, 1999). Gelişime açıklık boyutu güçlü bir hayal gücünü, yeni görüşleri kabul etmeyi, çok yönlü düşünmeyi, meraklı olmayı, gelenek dışı ve bağımsız düşüncelere sahip olmayı içermektedir (Burger, 2004). Gelişime açık bireyler yeni şeyler öğrenmek ve yeni şeyler keşfetmekte istekli, iç görüsü (neyi neden yaptığını bilme durumu) ve hayal gücü yüksek, cesur, esnek ve çeşitliliği tek tip olmaya tercih eden kişiler olmaktadır (Costa ve McCrae, 1992). Gelişime açıklık düzeyi düşük olan bireyler daha gelenekçi, yeni olandan ziyade bilineni tercih eden (Burger, 2004), daha az meraklı, pragmatik, sade ve oldukça kuralcı olmaktadır (Camgöz, 2009).

#### 1.1.2.8.1.5. Nörotiklik

Nörotik bireyler sinirli, gergin, endişeli, kaygılı, huzursuz, bunalımlı, karamsar, problemlili ve mutsuz olmaktadır (Somer, 1998). Nörotik kişiler genelde duygusal olarak tepkili ve reaktif olmaktadır. Bu bireyler stresten daha kolay etkilenmekte, zor, tedirgin edici durumlar ile karşı karşıya kaldıklarında ortamı terk etmekte ve uzaklaşmaktadır (Tekin,

2012). Nörotiklik özelliklerine sahip bireyler depresyon, kaygı, kızgınlık, sıkıntı gibi olumsuz duygular yaşamakta, karmaşık duygularla uğraşmak zorunda kalmakta, kuruntulu ve düşmanca tepkiler gibi başa çıkma mekanizmalarını daha sık kullanmakta ve gün içerisinde daha fazla stres yaşamaktadırlar (McCrae ve Costa, 1987). Nörotiklik düzeyi düşük olan kişiler genellikle daha sakin, uysal, kendilerine güvenen, olumlu duygulara sahip ve yaşam doyumları daha yüksek bireyler olmakta ve bu bireyler kişilerarası iletişim ve ilişkilerde başarılı olmaktadır (Camgöz, 2009; Tekin, 2012).

## **1.2. KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ (KUR)**

Bu bölümde kanıta dayalı tıp (KDT) ve KUR arasındaki ilişki, KUR'ların farklı organizasyonlar tarafından yapılan tanımları, amaç ve faydaları, temel prensipleri, KUR geliştirme süreçlerinde görev alan kurum ve kuruluşlar ile KUR geliştirme süreçleri incelenmiştir.

Örnek bir KUR olarak, Türk Nöroloji Derneği tarafından yayınlanmış olan "Epilepsi Çalışma Grubu Tanı ve Tedavi Rehberi 2015" içerisinde yer alan "Tedavide Kanıta Dayalı Etkinlik Sınıflaması" ve "Epilepsi Tanısı Almış Hastada Tedavi Yaklaşımı" bölümleri Ek-1'de sunulmuştur (<https://www.noroloji.org.tr>).

### **1.2.1. Kanıta Dayalı Tıp ve Klinik Uygulama Rehberleri**

20. yüzyılın sonlarına kadar klinik kararlar büyük ölçüde deneyime ve beceriye (tıp "sanatı") dayanıyordu ve tıp eğitimi ve uygulaması tıp liderleri tarafından verilen bilginin hakimiyeti altındaydı (Davidoff, 1999; Eddy, 2005; Guyatt vd., 1992). Bazı kanıtlar uzun süredir klinik uygulamaya katkıda bulunmasına rağmen, klinik karar verme sürecine bilimsel ve eleştirel bir yaklaşım getirmenin genel kabul görmüş resmi bir yolu bulunmamaktaydı (Daly, 2005).

Gerçekleştirilen çalışmalarda benzer hasta popülasyonlarında tıbbi uygulamalarda büyük oranda farklılıklar olduğu (Wennberg ve Gittelsohn, 1973), koroner anjiyografi, karotis endarterektomi ve üst gastrointestinal sistem endoskopisi prosedürlerinin sırasıyla %17, 32 ve 17 oranında uygunsuz uygulandığı (Chassin vd., 1987; Davidoff, 1999), kalp pili endikasyonlarında implant olgularının %20'sinin yetersiz veya belgesiz

olduğu (Greenspan vd., 1988), hekimler tarafından gerçekleştirilen prosedürlerin büyük kısmının ilgili alan uzmanları tarafından bile uygunsuz kabul edildiği ve tüm tıbbi bakımların dörtte birinin gereksiz olabileceği ortaya konmuştur (Eddy, 2005; Woolf, 1990). Gerçekleştirilen çalışmaların ortaya koyduğu bulgular sonucunda KDT konusunda gelişmeler yaşanmaya başlamıştır (IOM, 2011).

Sağlık bilimlerindeki ilk randomize kontrollü çalışma 1948 yılında tüberküloz tedavisinde streptomisin etkinliğine ilişkin yayın olup 1970'lerden sonra randomize kontrollü çalışmalarda ve gözlemsel araştırmalarda ciddi bir artış olmuştur. 1978'den 2001'e kadar MEDLINE'da 8.1 milyon dergi makalesi endekslenmiş ve bunların neredeyse yarısı 1994 ve 2001 yılları arasında gerçekleşmiştir (Druss ve Marcus, 2005). MEDLINE'da hali hazırda 5000'den fazla dergiden 25 milyonun üzerinde indeksli atıf yer almakta (<http://www.nlm.nih.gov>) ve günde 75 randomize kontrollü çalışma ve 11 sistematik inceleme yayınlanmaktadır (Bastian vd., 2010).

KDT, tıbbi karar vermede geleneksel yaklaşımın başarısızlığına çözüm olarak ortaya çıkmış (IOM, 2001; 2011), kanıt standartları daha bağlayıcı hale gelmiş ve yaygın bir şekilde kullanılır olmuştur (Davidoff, 1999).

Hekimler, çok hızlı bir şekilde genişleyen tıbbi veri tabanlarını takip edememekte, önyargılı olabileceği ve hedef popülasyonun önemli alt gruplarına uygulanamayacağı ile ilgili tartışmalar nedeniyle literatürdeki çoğu çalışmaya şüphe ile yaklaşmakta ve kalitesi hakkında belirsizlik bulunan sayısı gittikçe artan kanıtlarla yüz yüze kalmaktadır. Bununla birlikte, özellikle optimal kararlara ilişkin belirsizlik olduğunda, hekimlerin tecrübeye dayalı bilgi ve becerisi (tıp sanatı) ile hasta değer ve tercihleri, kaliteli sağlık hizmeti uygulaması hakkında karar alma sürecinde kaçınılmaz unsurlar olmaktadır. Bu nedenle, eleştirel olarak değerlendirilmiş ve sentezlenmiş bilimsel kanıtlar klinik uygulamada oldukça önemli bir yer tutmakta ve KUR'lar klinik karar verme süreçlerinde bu kritik unsurlar arasındaki ilişkileri somutlaştırmakta ve desteklemektedir. KUR'lar hasta bakımı için ortak bir yaklaşımı dikte etmekten ziyade klinik önerilerin arkasındaki bilimsel kanıtları ve nedenleri (olası yararları ve zararları) açık bir şekilde tanımlayarak, değerlendirerek ve hastanın bireysel özellikleri ile ilişkilendirerek, hekimin ve hastanın daha rahat karar vermesine yardım etmektedir. KDT'nin önemli bir uzantısı olarak



görülen (Luce vd., 2010) ve sentezlenmiş bilgileri içeren KUR'lar KDT'yi uygulamaya aktarmak isteyen hekimler için gerekli bir araç olarak yerini almıştır (IOM, 2011).

### 1.2.2. Klinik Uygulama Rehberlerinin Tanımı

1990 yılında Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine, IOM) tarafından KUR, “belirli klinik durumlara ilişkin en uygun sağlık hizmetinin belirlenmesinde sağlık profesyonelleri ve hastaların karar verme sürecine yardımcı olmak amacıyla sistematik olarak geliştirilmiş önerilerdir” şeklinde tanımlamıştır (IOM, 1990). KUR geliştirme süreçlerine ilişkin literatürdeki gelişmeler ışığında bu tanımın güncellenmesine ihtiyaç duyulmuş ve KUR, “kanıtların sistematik olarak incelenmesi ve alternatif bakım seçeneklerinin fayda ve zararlarının değerlendirilmesi ile şekillendirilen, hasta bakımını optimize etmeye yönelik tavsiyeleri içeren önerilerdir” şeklinde yeniden tanımlanmıştır (IOM, 2011).

İngiltere Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute of Health and Clinical Excellence, NICE) tarafından KUR, “sağlık hizmetleri kuruluşları ve diğer sağlık çalışanları tarafından bakım hizmeti verilen kişiler için geliştirilmiş, mevcut en iyi kanıtlara dayanan öneriler” olarak ifade edilmekte ve KUR'ların hekimler, sağlık hizmeti yöneticileri ve diğer yetkililer ile hastalar, aileleri ve bakıcıları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (NICE, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından rehberler, “hizmet sunucuların, hizmet alanların ve diğer paydaşların uygun sağlık müdahaleleri hakkında bilinçli kararlar vermelerine yardımcı olan, sistematik olarak geliştirilmiş kanıta dayalı önerilerdir” şeklinde tanımlanmaktadır. Tanımda geçen sağlık müdahaleleri, sadece klinik prosedürleri değil aynı zamanda halk sağlığı faaliyetlerini de içermektedir. Rehberler, uygulandıkları özel durumun kendine özgü koşullarını ve kısıtlamalarını dikkate alan ve bunların üstesinden gelecek güce sahip olması gereken formal tavsiye niteliğinde öneriler olarak görülmektedir (DSÖ, 2003).

DSÖ tarafından geliştirilen rehberler, klinik uygulama veya halk sağlığı politikasına ilişkin öneriler içermekte ve bu öneriler rehberde hedeflenen son kullanıcıya, bireysel veya kolektif olarak, mümkün olan en iyi sağlık sonuçlarını elde etmek için belirli durumlarda yapılabilecekleri veya yapılmaması gerekenleri belirtmektedir. Öneriler, rehber

kullanıcılarına, belirli müdahalelerin, klinik testlerin veya halk sağlığı faaliyetlerinin uygulanıp uygulanmayacağına, nerede ve ne zaman uygulanacağına ilişkin konularda bilinçli kararlar vermelerine yardımcı olmaktadır (DSÖ, 2014).

### 1.2.3. Klinik Uygulama Rehberlerinin Amaç ve Faydaları

KUR'lar hekimlere, hizmet alanlara ve sağlık hizmeti yöneticilerine yardımcı olmaktadır. Hekim açısından bakıldığında, hastalar için daha iyi sağlık sonuçlarının elde edilmesini sağlayacak kararları almada ve yeni gelişmeler konusunda bilgi sahibi olma hususlarında yardımcı olabilmektedir. Hizmet alanlar açısından bakıldığında, hastaların, ailelerin ve bakıcıların; hekimlerin ne yapmaları gerektiği, çeşitli tedavi seçeneklerinin fayda ve zararları ile alabilecekleri hizmetler hakkında bilgilendirilmesini sağlayabilmekte ve hasta, aile, bakıcı, hekim ilişkisini geliştirebilmektedir. Sağlık hizmeti yöneticileri açısından bakıldığında, rehberler verimliliği artırmaya ve paranın değerini optimize etmeye yardımcı olarak hem yöneticilere hem de sağlık hizmeti sunmaktan sorumlu olan kişilere faydalı olabilmektedir (Miller ve Kearney, 2004; RCPCH, 2016).

KUR'lar, klinik önerilerin arkasındaki bilimsel kanıtları ve mantığı (olası fayda ve zararları) açıkça tanımlayarak ve değerlendirerek, hekim ve hastanın karar verme süreçlerini geliştirebilmektedir (IOM, 2011).

KUR'lar sağlık hizmetleri süreçlerinde gerek duyulan değişikliklerin yapılmasını sağlamakta, hasta sonuçlarını iyileştirebilmekte ve sağlık hizmeti kaynaklarının etkin kullanımını sağlayabilmektedir. KUR'lar sağlık profesyonellerinin klinik uygulamalarını değerlendirmek, sağlık çalışanlarını eğitmek, hastalara ilişkin bilinçli kararlar vermelerine yardımcı olmak ve hastalarla sağlık çalışanları arasında iletişimi ve ortak karar vermeyi geliştirmek için kullanılabilir (NICE, 2012).

KUR'ların uygulamadaki uygunsuz değişkenliği azaltma, araştırmanın pratiğe dönüştürülmesini artırma ve sağlık hizmeti kalite ve güvenliğini geliştirme potansiyeli bulunmaktadır. Optimal olarak, KUR'lar;

- Belirli uygulamaların neticesi olarak beklenen bakım sonuçlarıyla ilgili olan ve kanıtlara dayanan hekim ve hasta karar verme sürecine rehberlik etmekte,

- Hizmet sunucunun performansını ve bakım kalitesini ölçmek, değerlendirmek ve iyileştirmek için bir temel oluşturmakta,
- Rehber önerilerinin bir bakım standardı olarak dikkate alınıp malpraktis iddialarının uygun şekilde çözümlenmesini desteklemekte,
- Klinik karar destek sistemlerinin ve diğer karar almaya yardımcı araçların geliştirilmesine katkıda bulunmakta,
- En iyi sağlık uygulamaları ile ilgili hastaları, bakım verenleri ve medyayı eğitmeye yardımcı olmakta,
- Sağlık hizmeti kaynaklarının tahsisinde politika yapıcılara yardımcı olmaktadır (IOM, 2011).

Klinik yönetimin önemli bir parçası olarak değerlendirilen ve sağlık hizmeti veren kuruluşların kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirmede sistematik ve şeffaf bir yöntem olarak kullandıkları KUR'lar (RCPCH, 2016), uygun, verimli ve maliyet etkili sağlık hizmeti sunabilmek için önemli bir araç olarak görülmektedir (DOH, 1998). KUR'lar verimliliği artırmakta, uygulamadaki değişkenliği azaltmakta, gereksiz sağlık harcamalarını azaltmakta, hekimler arasında fikir birliğini sağlamakta, etkin olmayan hatta zararlı olabilecek uygulamalardan kaçınmayı sağlamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

#### **1.2.4. Klinik Uygulama Rehberlerinin Temel Prensipleri**

Rehberlerin geçerliliği için kabul edilen kriterler ilk olarak 1990 yılında IOM tarafından belirlenmiştir. Rehberlerin temel özelliklerini ifade eden bu kriterler, geçerlilik, güvenilirlik, klinik uygulanabilirlik, klinik esneklik, açıklık, multidisipliner süreç, programlı gözden geçirme ve dokümantasyonu içermektedir. Bu prensipler kısaca şöyle özetlenebilmektedir:

**Geçerlilik:** KUR'ların uygulanması neticesinde öngörülen sağlık ve maliyet sonuçları elde edilebilmelidir. Bir geçerlilik değerlendirmesinde; öngörülen sağlık sonuçları ve alternatif yöntemlerin maliyetleri, kanıtlar ve öneriler arasındaki ilişki, belirtilen bilimsel ve klinik kanıtların niteliği ve kalitesi, kanıtları değerlendirmek için kullanılan araçlar dikkate alınmaktadır.

Güvenilirlik / Tekrarlanabilirlik: KUR geliştirme için kullanılan kanıt ve metotlar başka bir uzman grubu tarafından kullanıldığında temelde aynı ifadeler ortaya konuyor ya da aynı koşullar altında KUR'lar, uygulayıcılar veya diğer paydaşlar tarafından tutarlı bir şekilde yorumlanabiliyor ve uygulanabiliyorsa KUR'lar güvenilir ve tekrarlanabilir olarak değerlendirilmektedir. Bir güvenilirlik değerlendirmesinde bağımsız dış uzman incelemelerinin sonuçları ve KUR'ların ön testleri dikkate alınmaktadır.

Klinik Uygulanabilirlik: KUR'lar, bilimsel ve klinik kanıtlar ile uzman yargılarının izin verdiği ölçüde uygun bir şekilde tanımlanmış hasta popülasyonlarını içermeli ve KUR'ların uygulanacağı popülasyonlar açıkça belirtilmelidir.

Klinik Esneklik: KUR önerilerinin, özellikle bilinen veya genel olarak beklenen istisnaları tanımlanmalıdır.

Açıklık: KUR'lar belirsizlikten uzak açık bir dil kullanmalı, terimler hassas bir şekilde tanımlanmalı ve mantıksal, takibi kolay sunum yöntemlerini içermelidir.

Multidisipliner Süreç: KUR'lar, etkilenen grupların temsilcilerinin katılımını içeren bir süreçle geliştirilmelidir. Katılım, KUR geliştirme ile görevli gruplarda çalışmayı, çalışmalarda kanıt ve görüş ortaya koymayı ve taslak yönergelerin gözden geçirilmesini içerebilmektedir.

Planlı Gözden Geçirme: KUR'lar, yeni klinik kanıtların varlığı veya uzmanların fikir birliği değişikliğinde, güncellenmenin gerekli olup olmadığını belirlemek için ne zaman inceleme yapılacağına dair açıklamaları içermelidir.

Dokümantasyon: KUR geliştirme süreçlerinde izlenen prosedürler, dahil edilen katılımcılar, kullanılan kanıtlar, kabul edilen varsayımlar ve gerekçeler, kullanılan analitik yöntemler titizlikle belgelenmeli ve açıklanmalıdır (Grimshaw ve Russell, 1993; IOM, 1990; Twaddle, 2005).

NICE tarafından akredite edilmiş olan İngiltere Pediatri ve Çocuk Sağlığı Derneği tarafından yayınlanan klinik rehber geliştirme standartlarına ilişkin kılavuzda belirtilen yüksek kaliteli rehberlerin özellikleri şunlardır;

Geçerlilik: Rehberdeki önerilerin uygulanması sonucunda sağlıkta iyileşmeler elde edilebilmesi için mevcut kanıtlar doğru bir şekilde değerlendirilmelidir.

Tekrarlanabilirlik: Başka bir grup tarafından aynı kanıtlar değerlendirildiğinde benzer öneriler geliştirilmelidir.

Güvenilirlik: Başka bir sağlık çalışanı, aynı klinik koşullar altında, rehber önerilerini benzer şekilde uygulamalıdır.

Temel disiplinlerin ve ilgililerin temsil edilmesi: Tüm temel disiplinler ve diğer ilgililer (hastalar, aileler ve bakıcılar dahil) rehber geliştirme süreçlerine katkıda bulunmalıdır.

Klinik uygulanabilirlik: Rehberin sağlığını geliştirmeyi hedeflediği hedef kitle tanımlanmalıdır.

Klinik esneklik: Rehberlerde, öneriler ile ilgili istisnalar tanımlanmalı ve karar verme sürecine hasta tercihlerinin nasıl katılacağı belirtilmelidir.

Açık ifade kullanılması: Rehberlerde kesin tanımlar, açık bir dil ve kullanıcı dostu bir format kullanılmalıdır.

Dokümantasyon: Rehber geliştirme sürecine katılanlar, kullanılan varsayımlar ve yöntemler kaydedilmeli, önerilerle mevcut kanıtlar açık bir şekilde ilişkilendirilmelidir.

Planlı inceleme: Rehberlerin ne zaman, nasıl ve kimler tarafından gözden geçirileceği belirtilmelidir (RCPCH, 2016).

### **1.2.5. Rehber Geliştiriciler ve Türkiye'deki Uygulamalar**

KUR geliştirme faaliyetleri ulusal çapta tek bir kuruluş tarafından gerçekleştirilebileceği gibi farklı yetenek ve amaçları olan kurum ve kuruluşlar tarafından da gerçekleştirilebilmektedir. Her iki durumunda kendine özgü avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır.

KUR'ların standartları karşıladığına dair güvence sağlayan merkezi bir kuruluş tarafından geliştirilmesinin yanlılığı azaltabileceği, aynı konu üzerinde birden fazla KUR geliştirilmesini önleyebileceği ve KUR geliştirme ve kullanma süreçlerinde etkili olabileceği değerlendirilmektedir. KUR geliştirmede çoğulcu yaklaşımın, çeşitli KUR geliştiricilerin süreçlere katılımını sağlayacağı ve bu durumda sürece daha fazla değer katacağını değerlendirmektedir. Bununla birlikte, birden fazla KUR geliştiricinin bulunması durumunda aynı konuya ilişkin birden fazla KUR geliştirilmesinin sorun olarak

devam edebileceği öngörülmektedir. KUR geliştiren organizasyonların çeşitliliği ve farklı ihtiyaçları göz önüne alındığında KUR geliştirme standartların belirlenmesinin gerekli olduğu değerlendirilmekte fakat bu durumda çok sayıda KUR geliştiricinin farklı yeteneklere sahip olmasından dolayı bazı KUR geliştiricilerin tüm standartları karşılamakta başarısız olabileceği ifade edilmektedir. Önerilen standartların KUR geliştiren kuruluşlar için rehber geliştirme maliyetlerinde artışa yol açabileceği ve bazı küçük grupların rehber geliştirme faaliyetlerini sonlandırmalarına neden olabileceği ileri sürülmektedir (IOM, 2008; 2011; Shaneyfelt ve Centor, 2009).

#### 1.2.5.1. Devlet Kurumları

Bazı devlet kurumları hem maddi hem de entelektüel olarak kılavuz geliştirmeye önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Önleyici Hizmetler Görev Gücü (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF), Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health, NIH) ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) gibi kurumlar rehber geliştirme süreçlerinde etkili olan kuruluşlar olarak öne çıkmaktadır.

USPSTF, ABD'de 1980'lerden beri KUR geliştirmekte olup şeffaf standartların kullanımı ve multidisipliner uzmanların geliştirme sürecine katılmasını sağlayan ilk rehber geliştiricilerden birisi olarak dikkat çekmektedir. USPSTF, farklı uzmanlık alanlarından hekimler, hemşireler ve metodoloji uzmanlarından oluşmakta ve geliştirdiği rehberler her beş yılda bir güncellenmektedir. NIH, temel araştırmaları tıp uygulamasına aktarma misyonunun bir parçası olarak, bazı enstitüleri ve programları aracılığıyla rehberler ile yoğun bir şekilde ilgilenmekte ve KUR geliştirilmesinde etkili olmaktadır. CDC, rehber yayınlayan önemli kuruluşlardan birisi olup veri tabanı farklı konularda 400'den fazla rehber içermektedir. Amerikan Savunma Bakanlığı ve Gaziler İdaresi kendilerine özgü popülasyonlar için rehber geliştirmekte ve kendi sağlık sistemlerinde uygulamaktadır. ABD'de yaklaşık 50 yıldır hizmet veren, kâr amacı gütmeyen bir kuruluş olan ECRI Enstitüsü, kurduğu web sitesinde ulusal ve uluslararası kamu kuruluşları, tıbbi uzmanlık dernekleri ve diğer sivil toplum kuruluşları tarafından geliştirilmiş olan yaklaşık 8.000 KUR yayınlamaktadır (IOM, 2011).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın, kanıta dayalı klinik uygulama rehberlerinin geliştirilmesi (Çekiç vd., 2017), yaygınlaştırılması ve kullanımının teşvik edilmesine yönelik çalışmaları bulunmaktadır. Bu kapsamda Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile Finlandiya Tıp Birliği Duodecim arasında Haziran 2012’de Helsinki’de KDT Rehberinin elektronik versiyonunun kullanımına yönelik anlaşma yapılmıştır (<http://rehber.sagem.gov.tr>).

Rehber, öncelikle Finlandiya’dan alınan veri tabanıyla İngilizce olarak daha sonra da Türkçe’ye çevirileri tamamlanarak kullanıma sunulmuştur. Rehber hakkında görüş ve önerileri toplamak amacıyla Sağlık Bakanlığı’nın ilgili birimlerine, ilgili meslek birliklerine, tıbbi uzmanlık derneklerine, ilaç ve tıbbi cihaz sektörü derneklerine, daha önceden belirlenmiş firmalara kullanıcı adı ve şifreleri gönderilerek görüşler istenmiş ve Türkiye’ye uyumlaştırma ve redaksiyon işlemleri yapılmıştır.

Yapılan anlaşma gereği, Türkçeye çevirisi ve uyarlaması yapılan metinler, başta aile hekimleri olmak üzere tüm hekimlerin kullanımına açılmıştır. Ayrıca rehberin İngilizce metinlerine de ulaşılabilmektedir.

KDT rehberinin, Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin kanıta dayalı ve bilimsel olarak sürdürülmesine, verilen sağlık hizmetlerinde standart bir kalitenin sağlanmasına katkıda bulunması amaçlanmaktadır. Kanıta dayalı tıp rehberi hekimin hızlıca okuyup karar vermesini kolaylaştıran formatta olup, sürekli güncellenmektedir (<http://rehber.sagem.gov.tr>). Tıbbi karar verme sürecinde önemli bir referans başvuru kaynağı olan rehberin içeriğinde;

- 936 kanıta dayalı tıp rehberi,
- 4224 kanıt özeti,
- 1319 resim,
- 77 ses örneği, (akciğer hastalıklarında solunum sesleri ve çocuk kalp sesleri),
- 80 video,
- 14 program bulunmaktadır (<http://rehber.sagem.gov.tr/default.aspx>).

Sisteme <http://www.rehber.saglik.gov.tr> ve <http://www.kdtr.gov.tr> adreslerinden ulaşılabilmektedir. Sistemi kullanabilmek için online kayıt olmak gerekmektedir. Sistemde ayrıca demo versiyonu da bulunmaktadır. Demo üzerinden giriş yapıldığında

sisteme sınırlı süreliğine, tanıtım amaçlı bir defa mahsus olarak bağlanılabilmekte ve bağlantı kurulan IP (İnternet Protokolü) engellenmektedir. KDT rehberi uygulamasının kullanımı ücretsizdir (<http://rehber.sagem.gov.tr>).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) kapsamında anlaşmalı lisanslı programlar aracılığı ile kanıta dayalı tıp uygulamalarına, klinik rehberler ve rehber özetlerine erişilebilmektedir. Örneğin, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi HBYS kapsamında ClinicalKey ve UpToDate veri tabanlarına erişim sağlanabilmektedir.

#### 1.2.5.2. Tıbbi Uzmanlık Dernekleri ve Hastalığa Özgün Organizasyonlar

Tıbbi uzmanlık derneklerinin KUR geliştirme süreçlerine katılımı, 1980'lerden itibaren çarpıcı biçimde artmıştır. Birçok tıbbi uzmanlık derneği ve hekim dışındaki diğer sağlık çalışanları örgütleri, üyelerinin rehber taleplerine cevap vermek ve eğitim imkânı sağlamak için KUR geliştirme süreçlerine dahil olmuş ve sorumluluk almışlardır. Amerikan Kardiyoloji Derneği, Amerikan Toraks Derneği ve Amerikan Hekim Derneği gibi bazı dernekler uzun süredir KUR geliştirme faaliyetinde yer almakta ve kayda değer mali kaynaklar ayırmaktadırlar. Amerikan Tabipler Birliği ve Tıbbi Uzmanlık Dernekleri Konseyi gibi şemsiye organizasyonlar koordinatör ve rehber geliştirme sürecinin "standartlaştırıcıları" rolünde kılavuz geliştirme süreçlerine aktif olarak katılmaktadır. KUR geliştirme süreçlerinde tıbbi uzmanlık dernekleri diğer uzmanlık dernekleri ile iş birliği yapmaktadır. Örneğin, Amerikan Klinik Onkoloji Derneği, Amerikan Hematoloji Derneği ve Amerikan Patologlar Derneği gibi uzmanlık dernekleri ortak rehber geliştirmektedir. Benzer şekilde Amerikan Kalp Derneği ile Amerikan Kardiyoloji Derneği arasında üst düzeyde bir iş birliği bulunmaktadır. Bu dernekler Kalp Ritmi Derneği, Avrupa Kardiyoloji Derneği, Kalp ve Damar Cerrahisi ve Girişimciler Derneği, Göğüs Cerrahları Derneği gibi diğer derneklerle iş birliği yapmakta ve ortak KUR geliştirmektedir. Amerikan Geriatri Derneği de 2003 yılından bu yana diğer dernekler ile iş birliği yaparak rehber geliştirmektedir. Hekimlerin uzmanlık dernekleri dışında, fizyoterapist ve hemşire dernekleri de KUR geliştirmektedir (Guyatt vd., 2010; IOM, 2011; Qaseem vd., 2010).



Çekiç vd. (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, İçişleri Bakanlığı Dernekler Daire Başkanlığı'ndan alınan verilere göre, Türkiye'de sağlık alanında faaliyet gösteren 959 adet Sivil Toplum Kuruluşu (STK) bulunduğu, internet sitesi bulunan STK'lar arasında klinik uygulama rehberi sunmakta olan 47 adet STK olduğu, bunlar arasında 3 STK'nın klinik uygulama rehberlerine ulaşabilmek için üyelik gerektiği, ulaşılabilen 44 dernek tarafından sunulan ve online ulaşılabilen 401 klinik uygulama rehberinin olduğu belirlenmiştir. Çalışmada 401 rehberden 45'inin İngilizce, 356'sının Türkçe rehber olduğu, Türkçe rehberlerin 290'ünün özgün, 66'sının çeviri yolu ile geliştirildiği tespit edilmiştir.

#### 1.2.5.3. Diğer Özel Kuruluşlar

Büyük sağlık kuruluşları, akademik tıp merkezleri, kalite iyileştirme kuruluşları ve ticari şirketler gibi diğer özel kuruluşlar da KUR geliştirmektedir. Bu özel kuruluşlar KUR geliştirirken, kısmen, uzmanlık derneklerinin geliştirdiği KUR'larından ve KUR geliştirme süreçlerinde gerçekleştirdikleri sistematik incelemelerden yararlanmaktadır. Örneğin, Klinik Sistemler Geliştirme Enstitüsü (Institute for Clinical Systems Improvement, ICSI), çoğunluğu birinci basamak sağlık hizmetlerinde olmak üzere 10,000 hekim, birçok hastane, kâr amacı gütmeyen sağlık planları, sağlık hizmeti sunucusu ve hastalarla iş birliği yaparak birçok KUR geliştirmektedir. Haklarında çok fazla bilgi bulunmamakla birlikte bazı özel kuruluşlar tarafından da ticari maksatla KUR'lar geliştirilmektedir. Bu özel kuruluşlar tarafından geliştirilen rehberler bakım kalitesi, kaynakların verimli kullanımı ve uygunsuz bakım varyasyonlarını azaltma konularına yoğunlaşmaktadır. Bu kuruluşlar tarafından geliştirilen rehberleri diğer rehberlerden ayıran en önemli unsur, KUR kullanımını artırmak için gerçek zamanlı olarak davranış değişikliklerini de değerlendirebilen bir yazılım kullanılmasıdır (<http://www.icsi.org>; IOM, 2011).

#### 1.2.5.4. Uluslararası Kuruluşlar

Dünyada bazı ülkeler de bulunan tıbbi dernekler, hastalık örgütleri veya kamu kurumları tarafından KUR geliştirilmekte ve bu kuruluşlardan bazıları üslendikleri rol gereği uluslararası boyutta önemli bir statüye sahip olmaktadır. 1999 yılında İngiltere'de sağlığı geliştirmek ve tedavilerdeki varyasyonu azaltmak amacıyla kurulan NICE, bağımsız bir kuruluş olarak hizmet vermekte, yeni tedavilerin ve cihazların teknoloji değerlendirmelerinin yanı sıra klinik rehber geliştirmek için kullanılan sistematik inceleme

çalışmalarını yürütmekte ve KUR geliştirme standartlarını karşılayan kuruluşları akredite etmektedir. Her ne kadar bu rehber geliştirme ve akreditasyon çalışmaları, İngiltere'de kullanılmak üzere tasarlanmış olsa da dünyada başka ülkelerde de kullanılabilen ve NICE tarafından KUR geliştirme standartları ve KUR geliştirme metodolojileri konularında uluslararası danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Uluslararası diğer bir kuruluş olan DSÖ, hedef kitleleri için çeşitli klinik, halk sağlığı ve sağlık politikası konularını ele alan çok sayıda rehber geliştirmektedir (IOM, 2011; Oxman vd., 2007).

Uluslararası Rehber Ağı (Guidelines International Network, GIN), 2002 yılında kurulmuş küresel bir ağıdır. Tüm dünyadan 54 ülkeyi temsil eden 106 kuruluş ve 149 bireysel üyeden oluşmaktadır. GIN, dünya çapında uygunsuz varyasyonları azaltarak kanıta dayalı sağlık hizmetlerinin ve sağlık sonuçlarının geliştirilmesini desteklemektedir. GIN rehber veri tabanından 83 ülkeden 6559 rehber ulaşmak mümkün olabilmektedir (<http://www.g-i-n.net/>).

Diğer uluslararası KUR geliştiricileri arasında Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology, ESC) ve Böbrek Hastalığı: Küresel Sonuçları İyileştirme (Kidney Disease: Improving Global Outcomes, KDIGO) bulunmaktadır. ESC, kâr amacı gütmeyen ve 95.000 üyeli bağımsız bir organizasyondur. ESC Uygulama Kılavuzları Komitesi 1994 yılında kardiyovasküler hastalıklarda klinik uygulama, korunma, kalite güvencesi, araştırma programları ve sağlık ekonomisi konularında sağlıkla ilgili politikaları ele almak için kurulmuştur. Komite, 2 yıllığına seçilen 8 ila 10 üyeden oluşmaktadır. 2001'den bu yana 36 rehber geliştirmiştir (IOM, 2011). KDIGO, dünya çapında KUR geliştirilmesi ve uygulanması yoluyla böbrek hastalığı hastalarının bakım ve sonuçlarını iyileştirmeyi amaç edinmiş, kâr amacı gütmeyen küresel bir kuruluş olup 2003 yılında kurulmuştur (<http://www.theisn.org>).

Başka bir uluslararası grup olan Cochrane, hekim, hemşire, hasta, hasta bakıcı, araştırmacı ve diğer ilgili kişilerin sağlık bakımı hakkındaki bilgisini artırmak, karar verme becerilerini geliştirmek ve sağlığa ilişkin karar alma süreçlerinde yüksek kaliteli bilgiyi kullanmalarını sağlamak için kanıtlar sunmaktadır. Kuruluşun 130 ülkeden 11.000 üyesi ve 35.000'den fazla destekçisi bulunmaktadır. Karar verme sürecini şekillendirmek ve bilinçli kararlar verilmesini sağlamak için yüksek kaliteli güncel sistematik incelemeler ve meta analizler aracılığı ile kanıtlar üretmektedir. Sistematik incelemeleri üretmenin yanı

sıra sistematik incelemeleri ve özetlerini içeren erişime açık bir kütüphanesi bulunmaktadır. Halen Cochrane kütüphanesinde yayınlanmış 7.500'den fazla sistematik inceleme bulunmaktadır. KUR geliştiricileri genellikle bu sistematik incelemeleri kanıt tabanlarına dahil etmektedir (<http://www.cochrane.org>).

Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) rehber geliştirmekle birlikte diğer kuruluşların rehber geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. AHRQ, sistematik incelemeler, teknoloji değerlendirmeleri ve sistematik inceleme metodolojileri konularında uzmanlığa sahiptir. Bu merkez tarafından ortaya konan raporlar, konunun uzmanları tarafından yürütülen, öncelikli sağlık konularında gerçekleştirilen kapsamlı literatür incelemelerini ve araştırma sentezlerini (meta analizler, maliyet analizleri) içermektedir. Bu raporlara tüm kamu ve özel KUR geliştiricileri tarafından ulaşılabilir. Ulusal Rehber Kliring Ofisi (National Guideline Clearinghouse, NGC), 1997 yılında AHRQ tarafından, KUR'ları hekimlerin, hizmet sunucuların, hizmet alanların ve kamuoyunun ücretsiz olarak temin etmesi, asgari kalite kriterlerini karşılayan KUR'ların çevrimiçi bir veri tabanı aracılığıyla yayınlanması, benimsenmesi ve kullanılması amacıyla kurulmuştur (<http://www.ahrq.gov>; IOM, 2011).

### 1.2.6. Rehber Geliştirme Süreci

Kanıtla dayalı KUR geliştirmek yoğun zaman ve kaynak gerektiren bir süreçtir. Bir KUR geliştirme süreci (kapsamın belirlenmesinden yayınlanmasına kadar) genellikle standart bir kılavuz için 18-24 ay sürerken kısa bir kılavuz için bu süre 11-13 ay arasında olmaktadır (NICE, 2012; Oxman vd., 2006; Schünemann vd., 2014; SIGN, 2015).

Rehber geliştirme süreçleri rehber geliştiricilerin kurumsal yapısına, hedef kitlesine, amacına, rehber geliştirmek için gerekli olan kaynaklarına ve rehberin kapsamına bağlı olarak farklılıklar göstermekle birlikte temel olarak aşağıdaki aşamalardan oluşmaktadır;

- Konunun belirlenmesi,
- Rehber geliştirme grubunun (RGG) oluşturulması,
- Kapsamın belirlenmesi,
- Bilimsel kanıtların değerlendirilmesi,
- Önerilerin oluşturulması,
- Rehberin hazırlanması,

- Rehberin yayınlanması ve yaygınlaştırılması,
- Rehberlerin uygulanması ve değerlendirme,
- Rehberlerin güncellenmesi.

#### 1.2.6.1. Konunun Belirlenmesi

KUR geliştirme süreci klinik bir problem ya da bir sorunun tanımlanmasıyla başlamaktadır. Rehberin konusu sıkça uygulanan, iyileştirilmesinde yarar görülen veya maliyeti yüksek olan bir hastalık, sorun veya işlem olabilmekte, morbidite ve mortalite oranı yüksek, çok sayıda insanı etkileyen bir durum olabilmekte, genellikle daha çok araştırılan bir konu seçilebileceği gibi yeterince araştırılmayan bir konu da seçilebilmektedir. Konu seçiminde kurumsal olarak bir görüş birliğine varılmasının da faydalı olacağı değerlendirilmektedir (Attia, 2013; Kurtçu ve Beji, 2015).

Rehber konusuna ilişkin hastalık yükü, kaynaklar üzerindeki etkisi, uygulamada uygun olmayan bir varyasyonun olup olmadığı gibi birçok faktör konu seçimini etkilemektedir. Tıbbi uzmanlık dernekleri geliştirmeyi planladıkları rehberlerin konularının seçiminde üyelerinin taleplerini dikkate almakta, ihtiyaç duyulan ve belirsizliklerin olduğu konularda KUR geliştirmektedir. DSÖ, üye devletler, ülke ofisleri, dış uzmanlar veya diğer paydaşlar tarafından ihtiyaç duyulan ve talep edilen klinik veya halk sağlığı konularında rehber geliştirmektedir. Bu talep genellikle, bir dizi potansiyel müdahale arasında nasıl seçim yapılacağı veya ne yapılacağı konusunda belirsizlik olduğunda gerçekleşmektedir. Belirsizlik, yeni bir halk sağlığı sorunu ortaya çıktığında veya acil durumlarda, yeni kanıtların ortaya çıkmasında, kaliteli kanıtların (ya da herhangi bir kanıtın) olmaması durumunda, kaynak kullanılabilirliğinde veya hizmetlere erişimde bir değişiklik olduğunda artabilmektedir (Hill vd., 2011; IOM, 2011; Rosenfeld ve Shiffman, 2009; DSÖ, 2014).

#### 1.2.6.2. Rehber Geliştirme Grubu (RGG)

Önde gelen rehber geliştiriciler tarafından oluşturulan RGG'lerin yapısı değişmekle birlikte genellikle 3-5 disiplini kapsayan 10-20 üyeden oluşmaktadır (Burgers vd., 2003). Az sayıda üyeden oluşan RGG yeterli deneyim ve yeteneğe sahip olamayabilirken 15 üyeden fazla katılımcının bulunmasının da grubun etkinliğini azaltabileceği değerlendirilmektedir (Rosenfeld ve Shiffman, 2009). Murphy ve arkadaşları tarafından

gerçekleştirilen sistematik incelemede daha fazla sayıda üyeye sahip olmanın grup kararlarının güvenilirliğini artıracak fakat grup yönetimi açısından da koordinasyon sorunlarına neden olabileceği belirtilmektedir (Murphy vd., 1998).

RGG'nin temel görevleri;

- Kapsamın hazırlanmasına katkıda bulunmak,
- Kanıtların taramasını yönlendirecek olan araştırma sorularını belirlemek,
- Kanıtları değerlendirmek ve sonuçları ortaya koymak,
- Rehber önerilerini oluşturmak,
- Danışma sürecinde belirtilen eleştirilere yanıt vermek ve rehberde yapılması gereken değişiklikler konusunda karar vermek,
- Rehberin yayın ve uygulama araçlarını geliştirmek,
- Rehberin kullanımını desteklemek ve teşvik etmektir (Balshem vd., 2011; NICE, 2012).

Ampirik kanıtlar, RGG'lerin yapısının önerileri etkilediğini göstermektedir (Grimshaw ve Russell, 1993; Hollon vd., 2014). Tek disiplinli ve multidisipliner grupların önerilerini karşılaştıran beş ayrı çalışmada, multidisipliner grupların önerilerinin genel olarak daha ölçülü ve ılımlı olduğu belirlenmiştir (Hutchings ve Raine, 2006). Murphy vd. (1998) tarafından gerçekleştirilen sistematik incelemede grup kompozisyonundaki farklılıkların zıt önerilere yol açabildiği ve bir klinik uzmanın uzmanlığı ile ilgili müdahaleleri teşvik etme olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ampirik ve teorik argümanlar ışığında, RGG'lerin multidisipliner bir yapıda olması ve tüm paydaşların temsil edilmesinin gerektiği konusunda uluslararası çapta geniş bir fikir birliği bulunmaktadır (AGREE, 2003; NICE, 2012; SIGN, 2015). RGG'lerin yapısı ve üye sayısı KUR geliştiren kurum ve kuruluşlara göre farklılıklar göstermektedir.

IOM tarafından yürütülen KUR geliştirme süreçlerinde RGG'ye konuya ilişkin klinik ve klinik dışı disiplinler katılmaktadır. Genellikle temsil edilen klinik disiplinler KUR konusu ile ilişkili bakım süreçlerinde yer alan uzmanları, klinik dışı disiplinler ise epidemiyologları, istatistikçileri, rehber uzmanlarını (rehber geliştirme süreçleri hakkında özel uzmanlığa sahip) ve karar analizi, bilişim, uygulama, klinik ya da sosyal psikoloji gibi alan uzmanlarını içermektedir. Mevcut ve eski hastalar, hasta bakıcılar, hasta/tüketici

kuruluşlarının temsilcileri de RGG'lere katılabilmektedir (Attia, 2013; Balschem vd., 2011; IOM, 2011).

NICE tarafından geliştirilen rehberlerde, çalışabilir bir RGG 13-15 kişiden oluşmakta ve aşağıdaki üyeleri içermektedir;

- Başkan,
- Sağlık hizmetleri çalışanları ve diğer ilgili mesleklerden üyeler (klinik uzmanlar, akademisyenler),
- Hasta, hasta ailesi, hasta bakıcı, konu ile ilgili deneyime sahip kişiler ve dernek üyeleri,
- Teknik üyeler,
- Bir proje yöneticisi,
- İhtiyaç duyulması halinde araştırmacı, epidemiyolog, istatistik ve ekonomi uzmanları (Attia, 2013; Hill vd., 2011; NICE, 2012; 2014).

DSÖ, rehberleri geliştirme süreçlerini gerçekleştirebilmek için dört grup kurmaktadır;

- Yönlendirme grubu: Rehberin konusuyla ilgili olan tüm DSÖ departmanlarının ve bölge ofislerinin üyelerini içermekte ve 8-10 üyeden oluşmaktadır.
- RGG: Temel görevi kanıta dayalı öneriler geliştirmek olup şu üyelerden oluşmaktadır;
  - RGG başkanı,
  - Teknik uzmanlar,
  - Kılavuzun son kullanıcıları,
  - Önerilerden etkilenen kişilerin temsilcileri,
  - Rehber geliştirme uzmanları,
  - Bir ekonomist,
  - Eşitlik, insan hakları ve cinsiyet ayrımcılığı konularında bir uzman
- Dış inceleme grubu: Teknik uzmanları, son kullanıcıları, program yöneticilerini, savunma gruplarını ve bireyleri içermektedir.
- Sistemik inceleme grubu: Sistemik inceleme harici yüklenicilere yaptırılmaktadır.

Bu grupların dışında süreçlere metodoloji uzmanı, teknik danışmanlar, gözlemciler, yazar ve editörler katılmaktadır (DSÖ, 2014).

Rehber geliştiricilerin, KUR geliştirme süreçlerine hastaları ve temsilcilerini dahil etmesinin birkaç yönden faydası bulunmaktadır. Birincisi, süreçle ilgili şeffaflık sağlamakta, sürece yeni bir bakış açısı kazandırmakta ve rehberlerin kapalı kapılar ardında başkalarının çıkarlarına göre geliştirilmediği yönünde paydaşlara güven vermektedir. İkincisi, hastalar ve meslek dışındaki diğer kişiler, klinik ve bilim uzmanlarına farklı bakış açıları kazandırmaktadır. Bu durum, sadece neyin önerileceğine karar vermede değil aynı zamanda önerilerin hastalar için anlaşılabilir olmasında ve hasta ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde sunulmasında da faydalı olmaktadır. Üçüncüsü, klinik ve bilim uzmanların yargılanmasına yol açabilecek çıkar çatışmalarına karşı bir koruma görevi görebilmektedir. Rehberler hastaların ve kamunun reaksiyonları dikkate alınmadan geliştirildiğinde sıkıntılar yaşanabilmektedir. Çok güçlü bilimsel mantığa sahip rehberlerin önerileri hastalar, medya veya politikacılar tarafından yanlış anlaşıldığı ve alay konusu olduğunda emekler boşa gidebilmektedir. Bu nedenle, hastaların ve ilgili diğer paydaşların rehber geliştirme sürecinin tüm aşamalarında yer alması gerekmektedir (Hollon vd., 2014; IOM, 2011).

#### 1.2.6.3. Kapsamın Belirlenmesi

KUR geliştirme sürecinde en önemli görevlerden biri rehberin kapsamını belirlemektir. Bu aşama, hekimler, hastalar, aileler, bakıcılar ve klinik rehberde yer alan diğer paydaşlar arasında bir diyalogu içermektedir (Shekelle vd., 1999). Kapsam belirleme, çalışma için bir çerçeve sağlamanın yanı sıra neyin dahil edilip edilmemesi gerektiğini tanımlayarak klinik rehberin sınırlarını belirlemektedir. Taslak kapsamın diğer aşamalara geçilmeden önce tüm paydaşlar tarafından kabul edilmesi gerekmektedir (RCPCH, 2016).

Kapsam belirleme süreci, önerilerin odak noktasını ve önerileri şekillendiren kanıt aramasının temel sorularını ortaya koymaktadır. Bu süreç, rehberin yönetilebilir büyüklükte olmasını, konusuna yeterince odaklanmasını, belirlenen zaman çerçevesinde tamamlanmasını ve mevcut kaynaklarla geliştirilmesini sağlamaktadır. Kapsam belirleme, rehber geliştirmenin en zor ama önemli aşamalarından biridir.

Kapsam doğru ise, kılavuz süreci yönetilebilir ve ortaya konan son ürün son kullanıcı tarafından kullanılabilir olmaktadır. Kapsam yanlışsa, kaynaklar boşa harcanmakta ve son kullanıcı optimal müdahale veya yaklaşım konusunda belirsizlik yaşamaktadır (DSÖ, 2014).

NICE kapsam belirleme sürecini dört aşamada gerçekleştirmektedir;

- Temel klinik konuları seçmek ve kapsamı belirlemek,
- Paydaşlarla seçilen temel klinik konuların kontrol edilmesi,
- Taslak kapsam hakkında danışma süreci,
- Danışma süreci sonrasında kapsamın son halinin ortaya konması.

Kapsam belirleme aşamasında, geliştirilmesi planlanan rehberle ilgili yayınlanmış veya geliştirme aşamasında olan rehberler tanımlanmalı ve geliştirilmekte olan rehber ile mevcut yayınlanmış rehberlerdeki öneriler arasında çapraz referans yapıp yapılmayacağı veya geliştirilmekte olan rehberde benzer araştırma sorularının ele alınıp alınmayacağına belirlenmesi için ilişkili olduğu değerlendirilen rehberlerin gözden geçirilmesi gerekmektedir (Hill vd., 2011; NICE, 2012; 2014).

#### 1.2.6.4. Bilimsel Kanıtların Değerlendirilmesi

Açık ve şeffaf bir süreç olması gereken kanıt değerlendirmesi için bir araştırma protokolü hazırlanmaktadır. Bu protokol, araştırmanın nasıl yapılacağını açıklamakta, araştırmacının farklı aşamalarda plan yapmasına ve düşünmesine yardımcı olmakta ve yanlılığa karşı bir koruma sağlamaktadır. Ayrıca, araştırma protokolü, değerlendirmenin daha sonraki bir süreçte başkaları tarafından tekrarlanmasını mümkün kılmaktadır (NICE, 2012; 2014).

##### 1.2.6.4.1. Araştırma sorularının belirlenmesi

Rehber geliştirme sürecinin kapsam belirleme aşamasında ortaya konan önemli konu ve soruların araştırma sorusuna dönüştürülmesi gerekmektedir. Araştırma soruları kanıt incelemesinin sınırlarını belirlediği için açık ve odaklanmış olmalıdır. Bu sorular literatür taramasının tasarımı için bir çerçeve çizmekte, kanıt incelemesinin planlamasını ve sürecini şekillendirmekte ve RGG'nin önerileri oluşturmasında bir rehber görevi



yapmaktadır. Her rehber için araştırma sorularının sayısı konuya, kapsamın genişliğine, mevcut kaynaklara ve zaman çizelgesine bağlı olarak büyük ölçüde farklılık göstermekte olup bazı önerilerin kanıt temelini oluşturmak için birkaç temel soruya ihtiyaç duyulurken bazı öneriler için sadece bir soru yeterli olabilmektedir. Toplam soru sayısının yönetilebilir olması, zamanında ve mevcut kaynaklarla karşılanabilir olması, rehber için yeterli odaklanmayı sağlaması ve kapsamda belirtilen tüm alanları içermesi gerekmektedir (Hill vd., 2011; NICE, 2012; 2014; DSÖ, 2014).

#### 1.2.6.4.2. Sistemik Literatür Taraması

Rehberin kapsamının belirlenmesi, temel soruların oluşturulması ve her bir sorunun araştırma sorusuna dönüştürülmesinden sonraki adım ilgili sorular için sistemik literatür taraması yapılmasıdır. Güvenilir KUR kanıtlarının yüksek kaliteli sistemik literatür taramasına dayanması gerektiği fikri tartışmasız kabul edilmektedir (AGREE, 2003; Balslem vd., 2011; IOM, 2011; NICE, 2014; SIGN, 2015). Literatür taraması sırasında tespit edilen çalışmalar araştırma sorularını cevaplamak için en uygun bilgileri elde etmek ve rehber önerilerinin mevcut olan en iyi kanıtlara dayanmasını sağlamak için kullanılmaktadır. Literatür taraması sonucunda, kapsamlı, şeffaf ve tekrarlanabilir bir süreç içerisinde kanıtlar sistemik olarak ortaya konmaktadır. Dolayısıyla rehberlerdeki öneriler, belirlenen temel sorular ışığında gerçekleştirilen sistemik literatür taraması sonucunda ortaya konan kanıtlara dayanmakta ve sonuçta geçerli öneriler oluşturulmakta ve yüksek kaliteli rehberler geliştirilmektedir (NICE, 2014; DSÖ, 2014).

Literatür taramasında altı temel adım yer almaktadır;

- Temel soruları ve çalışmaların uygunluk kriterlerini oluşturmak,
- Bilgi kaynaklarını tanımlamak ve orijinal makaleleri taramak,
- Çalışmaları ve özet verileri seçmek,
- Çalışmaların yanlılık riskini ve kanıtlarını değerlendirmek,
- Sonuçları sentezlemek ve raporlamak,
- Nihai raporunu hazırlamak (DSÖ, 2014).

Literatür tarama süreci belli bir protokol çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Araştırma protokolünün bir parçası olan literatür tarama protokolleri enformasyon uzmanı

tarafından geliştirilmekte ve sistematik bir tarama yapmadan önce RGG üyeleri ile birlikte değerlendirilerek ortak karar alınmaktadır. Literatür tarama protokolü;

- Tarama yapılacak kaynakları,
- Ek tarama tekniklerinin kullanım planlarını,
- Taramanın sınırlarını içermektedir.

Literatür taraması, araştırma sorusunun konusuna ve aranan kanıtların türüne bağlı olarak veri tabanlarını, web sitelerini ve diğer veri kaynaklarını içermektedir. Sistematik literatür taramasında, dahil etme ve hariç tutma kriterlerinin tüm ayrıntıları ile belirtilmesi, sürecin her aşamasında dahil edilen ve hariç tutulan çalışma sayısı ve çalışma bilgilerinin sunulması, kanıtları değerlendirilen çalışmaların seçim sürecinin açık bir şekilde belgelendirilmesi gerekmektedir (Hill vd., 2011; NICE, 2014).

#### 1.2.6.4.3. Kanıt Kalitesinin Değerlendirilmesi

Sistematik literatür taraması sonucunda elde edilen ve sentezlenen kanıtların kalitesinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Kanıt kalitesi, kanıtın ilgili olduğu konuya ilişkin bir sonuçta güven veya kesinlik düzeyini tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu kesinlik ya da güven, genellikle kanıtların niteliğine bir skor, derecelendirme ya da not (sayı, harf, sembol ya da sözcük biçiminde) verilerek ifade edilmektedir. Kanıt değerlendirmesi, ekonomik çalışmalar dahil olmak üzere hem nicel hem de nitel kanıtlara uygulanabilecek açık, sistematik, şeffaf ve tekrarlanabilir bir süreçtir. Kanıt değerlendirmesinin temel amacı, RGG'ye rehber önerilerini oluşturmaya ilişkin karar alma süreçlerinde kullanabilecekleri kanıtlara yönelik bilgiyi sunmaktır (IOM, 2011; NICE, 2014; Rosenfeld ve Shiffman, 2009).

Kanıt kalitesinin değerlendirilmesi, kanıtların gözden geçirilmesinde kritik bir aşamadır. Konu ile ilgili çalışmaların tüm yönleri ile kalitesini değerlendirmek ve karar vermek zor olduğundan dolayı değerlendirmeye başlamadan önce hangi kalite değerlendirme kriterlerinin araştırma sorusu açısından en önemli göstergeler olabileceğinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu kriterler, çalışmaların genel kalitesi ile ilgili karar vermede, belirli çalışmaların dahil edip edilmemesinde, kanıtların bir bütün olarak özetlenmesinde ve sunulmasında faydalı olmaktadır. Bir çalışmanın bir bütün olarak kalite

değerlendirmesinin derecelendirmesi ++, + veya – sembolleri ile yapılmaktadır. Bu semboller aşağıdaki açıklamaları ifade etmektedir;

++ Kalite kriterlerinin tamamı ya da çoğu yerine getirilmiştir,

+ Kalite kriterlerinin bazıları yerine getirilmiştir,

- Çok az kalite kriteri yerine getirilmiş veya hiç yerine getirilmemiştir (NICE, 2014; DSÖ, 2014).

Çalışmaların kanıt düzeylerini bir bütün halinde değerlendirmek için kullanılan bir başka yaklaşım da 2011 yılında Oxford Kanıta Dayalı Tıp Merkezi tarafından geliştirilmiştir. Bu yaklaşımda kanıtlar, 1, 2, 3, 4 ya da 5 şeklinde çalışma türlerinin seviyelerine göre kategorize edilmektedir (sistemik derlemeler, randomize kontrollü çalışmalar, kesitsel çalışmalar, kohort çalışmaları, vaka kontrol veya vaka serileri) (RCPCH, 2016).

Önerileri Değerlendirme, Geliştirme ve Ölçüm Sınıflandırması (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation, GRADE) yaklaşımı, sistemik incelemelerde ve rehberlerde kanıt kalitesini değerlendirmek için uluslararası bir çalışma grubu tarafından geliştirilmiş bir sistem olup rehber önerilerin gücünü derecelendirmek için de kullanılabilir (Hill vd., 2011; NICE, 2012; 2014).

Ferreira vd. (2002) tarafından gerçekleştirilen çalışmada farklı değerlendirme sistemleri ile aynı kanıtların derecelendirilmesinde ve aynı sistemlerle aynı kanıtların farklı bireyler tarafından derecelendirilmesinde değişkenlik olduğu belirlenmiştir. Birçok rehber geliştirici arasında, kanıt kalitesinin standardize edilmesinin rehber önerilerinin oluşturulmasını kolaylaştıracağı yönünde görüş birliği bulunmaktadır. KUR geliştiriciler, kanıt kalitesinin ve önerilerin gücünün değerlendirilmesine yönelik açık ve sistemik bir yaklaşımın, yargı hatalarını azaltacağı ve rehber geliştiricileri arasındaki iletişimi artıracığını ileri sürmektedir (Atkins vd., 2004; IOM, 2011).

DSÖ, NICE ve İskoç Rehber Ağı (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN) gibi kuruluşlar, KUR geliştirme süreçlerinde GRADE sistemini sistemik literatür taraması sonucunda elde edilen kanıtların kalitesini değerlendirmek, önerileri geliştirmek ve raporlamak için kullanmaktadır (NICE, 2012; 2014; SIGN, 2015; DSÖ, 2014).

KUR geliştirme metodolojisindeki son gelişmeler, klinik rehber geliştirmede GRADE kullanan klinik rehber geliştirme gruplarının sayısının artmasına neden olmuştur. GRADE, soruları geliştirmek, kanıtları özetlemek ve kanıtları önerilere dönüştürmek için daha sistematik ve şeffaf bir plan sunmak gibi bir dizi potansiyel faydalar sağlamaktadır. Bununla birlikte, bu yaklaşım daha önce kullanılan yaklaşımlarla karşılaştırıldığında daha teknik ve zaman alıcı olduğundan özellikle küçük organizasyonların/kurumların bazılarının rehber geliştirmesine bir engel teşkil edebilmektedir (RCPCH, 2016).

GRADE sisteminde kanıt kalitesi yüksek, orta, düşük veya çok düşük olarak sınıflandırılmaktadır. Buna göre;

- Yüksek: Gerçek etki, etki tahminine oldukça yakındır. Daha fazla araştırmanın etki tahminine olan güveni değiştirme olasılığı çok düşüktür.
- Orta: Gerçek etkinin, etki tahminine yakın olması muhtemeldir, ancak büyük ölçüde farklı olma ihtimali de vardır. Daha fazla araştırmanın etki tahminine olan güven üzerinde önemli bir etkisi olması ihtimali vardır ve etki tahminini değiştirebilir.
- Düşük: Gerçek etki, etki tahmininden önemli ölçüde farklı olabilir. Daha fazla araştırmanın etki tahminine olan güven üzerinde önemli bir etkisi olması kuvvetle muhtemeldir ve etki tahminini büyük olasılıkla değiştirebilir.
- Çok düşük: Gerçek etki, etki tahmininden önemli ölçüde farklıdır. Herhangi bir etki tahmininde bulunmak güvenli değildir (Balslem vd., 2011; NICE, 2014; DSÖ, 2014).

Rehber geliştirme bağlamında kanıt kalitesi, bir etki tahmininin belirli bir kararı veya öneriyi desteklemek için yeterli olup olmadığına ilişkin güveni yansıtmaktadır (DSÖ, 2014). Kanıtların değerlendirilmesine başlamadan önce, hangi sonuçların karar verme için 'kritik' ve hizmeti kullanan kişiler için 'önemli' olduğunu belirlemek gerekmektedir. GRADE sistemi, her 'kritik' ve 'önemli' sonuç için bulunan kanıtların özelliklerine bakarak çalışmaların kanıt kalitesini değerlendirmektedir (NICE, 2012; 2014).

Kanıt değerlendirme süreci tamamlandıktan sonra kanıt ifadelerinin açık bir şekilde ortaya konması gerekmektedir. Kanıt ifadeleri, RGG'nin önerileri şekillendirmesine ve önceliklendirmesine yardımcı olmak için yapılandırılmakta ve yazılmaktadır. Kanıt ifadeleri, bulgularına bakılmaksızın, ilgili tüm çalışmaların veya analizlerin genel bir

özetini sağlamakta, kanıtın dengesini, gücünü ve uygulanabilirliğini yansıtmakta, kanıtların önemli yönlerini özetlemekte, aynı zamanda kanıt eksikliğinin nerede olduğunu da vurgulamaktadır. Kanıt ifadeleri, RGG'nin aşağıdaki konularda karar vermesine yardımcı olmaktadır;

- Bir yargının oluşturulması için yeterli kanıtın olup olmadığı,
- Kanıtların bir müdahalenin, yaklaşımın veya programın etkili olabileceğini gösterip göstermediği,
- Normal etki büyüklüğü,
- Kanıtın, rehberden etkilenen kişilere uygulanabilir olup olmadığı (NICE, 2014).

#### 1.2.6.4.4. Ekonomik Değerlendirme

Sağlık ekonomisi, kaynakların verimli kullanımı yoluyla halkın sağlığının iyileştirilmesi ile ilgili olup bireysel klinik kararlar dahil olmak üzere her düzeyde karar vericiler tarafından dikkate alınması gerekmektedir. Ekonomik değerlendirme, alternatif müdahalelerin maliyetlerini ve sonuçlarını karşılaştırmaktadır. Bir müdahalenin, hizmetin veya programın maliyet etkililiğini değerlendirmek, sınırlı kaynaklardan maksimum kazancın elde edilmesinde karar vericilere yardımcı olmaktadır. Kaynaklar, maliyet etkin olmayan müdahaleler veya hizmetler için kullanıldığında, bir bütün olarak nüfus daha az fayda sağlamaktadır. Hekimler klinik kararları verirken maliyeti zaten hesaba katmaktadırlar fakat kaliteli sağlık-ekonomik kanıtların KUR'lara dahil edilmesi bunu daha tutarlı hale getirmeye yardımcı olabilmektedir (NICE, 2012; 2014; Woolf vd., 2012).

RGG üyelerinin, ekonomik analizin sadece rehber önerilerinin sonuçlarının maliyetini tahmin etmekle değil, aynı zamanda alternatif müdahalelerin fayda ve zararlarına ilişkin maliyetleri değerlendirmekle ilgili olduğunu anlaması oldukça önemlidir. Rehber geliştirme süreçlerinde gerçekleştirilen bir ekonomik analizin faydalı olması için RGG tarafından rehber önerilerini şekillendirilirken etkinliğin yanı sıra maliyet etkililiğinde dikkate alınması gerekmektedir. Genel olarak, RGG, uygulamanın maliyeti arttıkça bir önerinin maliyet etkililiğinden daha fazla emin olmak istemektedir. Bu nedenle RGG, kaynaklar üzerinde önemli bir etkisi olması beklenen önerilerin etkililiği ve maliyet etkililiği konusunda daha sağlam kanıtlara ihtiyaç duyabilmektedir. Fakat bir önerinin maliyet etkisi veya tasarruf potansiyeli, RGG'nin karar vermesinde etkili tek neden olmamalıdır (Hill vd., 2011; NICE, 2014).

#### 1.2.6.4.5. Rehber Geliştirme Grubu Yargılarının Dahil Edilmesi

Rehber önerileri her zaman yalnızca RGG tarafından incelenen ampirik kanıtlara dayalı olarak oluşturulamamaktadır (IOM, 2011). KUR geliştirme süreci genellikle birçok farklı konuyla ilgili kanıtların yorumlanmasını gerektirmektedir. Bu nedenle, aynı konuyu ele alan önerilerde rehberler arasında farklılıklar oluşabilmektedir. Bu durum özellikle düşük kaliteli kanıtların varlığında daha belirgin olmaktadır çünkü kanıtlar sınırlı veya düşük kaliteye sahip olduğunda yargılamanın devreye girmesi daha olasıdır (Burgers vd., 2002).

Bir müdahalenin net bir şekilde faydalı olduğu veya bir müdahalenin etkisiz veya zararlı olduğu bilimsel olarak belirlendiğinde değer ve tercihler daha az dikkate alınmaktadır. Bununla birlikte, kişisel tercihlere ve öznel yargılara gerek duyulduğunda rehber geliştirmede sıklıkla iki durum ortaya çıkmaktadır (IOM, 2011). Birincisi, kanıtlar belirsiz olduğunda, bir müdahalenin etkisi hakkındaki yargılar, çoğunlukla, fayda ve zararlara ilişkin öznel yargılarla verilmektedir. Bilimsel olarak belirsizlik yaşanması durumunda yargılar daha büyük öneme sahip olabilmektedir. Bu nedenle, rehber geliştiriciler klinik deneyimleri, uzman görüşlerini ve girişimin potansiyel fayda ve zararlarına ilişkin kişisel yargıları sıklıkla göz önüne almaktadır. Bu yargılar kaçınılmaz olarak kanıtların özelliklerini ve önerilerin oluşturulmasını etkilemektedir (Woolf ve George, 2000). Bazı durumlarda RGG, kanıtların bir tavsiyede bulunmak için yeterli olmadığını belirterek tarafsız kalmayı tercih edebilmektedir (Calonge ve Randhawa, 2004). İkincisi, etki büyüklüğü belirgin ve açık olsa bile, faydanın zarardan fazla olup olmadığı yargısı sübjektif olarak değişebilmektedir (Kassirer ve Pauker, 1981). Fayda ve zarar olasılığına ilişkin özdeş veriler verilen bireylerin net fayda hakkında birbiriyle çelişen sonuçlara ulaştıkları görülmüştür (Kassirer, 1994; Pauker ve Kassirer, 1997; Shrier vd., 2008). Örneğin, prostat kanseri ameliyatından dolayı idrar inkontinansı gelişme riski, kanser riskine odaklanmış bir onkoloji uzmanı veya kanser hastasına, yaşam kalitesine odaklanmış bir hekim veya hastaya göre daha az kaygı verici olabilmektedir. Bu öznel yargıların doğru ya da yanlış olduğu söylenememektedir fakat bu yargılar net fayda hakkındaki sonuçları ve dolayısıyla da RGG'nin önerilerini önemli ölçüde etkilemektedir (IOM, 2011).

KUR'ların yasal statüsü hakkında tartışmalar sürmekle birlikte, rehberler klinik yargının yerini almak için değil klinik yargıya yardımcı olmak için geliştirilmektedir. Rehberler her

klirik sorunun cevabını vermemekte ve her durumda başarılı bir sonucu garanti etmemektedir. Belirli bir klinik prosedür veya tedavi hakkındaki nihai karar, daima her bir hastanın durumuna, koşullarına, isteklerine ve sağlık ekibinin klinik yargılarına dayanmaktadır (SIGN, 2015).

#### 1.2.6.5. Önerilerin Oluşturulması

Kanıtlar belirlendikten, sentezlendikten ve kalitesi değerlendirildikten sonra RGG tarafından kanıtlara dayalı önerilerde bulunmak kritik öneme sahiptir. Bu işlem, belirli bir müdahalenin yararları ve zararlarının dengesini, önerilerin sağlık hizmetlerindeki eşitsizlik üzerindeki etkisini, ekonomik değerlendirmeyi ve kaynak faktörlerini göz önüne almayı gerektirmektedir (RCPCH, 2016).

Tam versiyon klinik rehber, RGG'nin kanıtları öneriye nasıl çevirdiğini açıkça göstermektedir (RCPCH, 2016). Rehber önerileri, RGG'nin KUR geliştirme çalışmasının özüdür ve çoğu KUR kullanıcısı rehberin tamamını okumak için zamanı bulunmadığından yalnızca önerilere odaklanmak isteyebilmektedir. Bu nedenle önerilerin net olması, tam versiyon rehberi okumayan kişiler tarafından anlaşılabilir olması, klinik ve maliyet etkililiğe ilişkin mevcut en iyi kanıtlara dayanması hayati önem taşımaktadır (NICE, 2012; 2014).

Öneriler, bir dizi bilimsel kanıtların yanı sıra bilirkişi raporlarına, paydaşların, hizmeti kullanan kişilerin ve uygulayıcıların görüşlerine, RGG'nin değer ve yargılarına dayalı olarak geliştirilmektedir. Klinik rehberler normal olarak farklı kanıt düzeylerine dayanan birçok farklı öneriyi içermektedir (NICE, 2014).

Rehberde, RGG'nin kanıtlardan her bir öneriyi nasıl oluşturduğu açıklanmalı ve herhangi bir unsurun karar verme sürecini nasıl etkilediğini belgelenmelidir. NICE, sonuçların ortaya koyduğu değeri, fayda ve zararları, kaynak kullanımını, genel kaliteyi ve RGG tarafından dikkate alınan diğer hususları belgeleyen bir tablonun kullanımını desteklemektedir. Rehberde, her bir öneriyle ilgili referans numarası verilmekte ve ekte tüm referansların yer aldığı bir liste bulunmaktadır (NICE, 2014; RCPCH, 2016).

### 1.2.6.5.1. Önerilerin Gücü

Önerilerin gücü, bir müdahaleye ilişkin fayda ve zararların dengesini ve RGG'nin bir öneriyi uygulamanın önemi hakkındaki görüşlerini değerlendirmektedir (IOM, 2008). Açık ve uygulanabilir öneriler oluşturulurken, önerilerin dayandığı kanıtların kalitesinin ve önerilerin gücünün belirtilmesi gerekmektedir (Balshem vd., 2011; DSÖ, 2014). Bir önerinin gücü kavramı, kanıtların önerilere dönüştürülmesi için temel bir unsurdur. Bu kavram, kanıtların kalitesini dikkate almaktadır fakat kavramsal olarak farklıdır (NICE, 2012; 2014).

Her bir önerinin gücü açık bir şekilde belirtilmelidir. Guyatt vd. (2006), etkili bir rehber geliştirme sürecinin temel kriterlerinden birinin kanıt kalitesini ve önerilerin gücünü değerlendirmek için kullanılan derecelendirme sistemine sahip olmak olduğunu önermektedir. Kanıt kalitesinin ve önerilerin gücünün değerlendirilmesi için çok sayıda yaklaşım rehber geliştirme süreçlerinde kullanılmaktadır (IOM, 2011). Hangi yaklaşımın en iyi olduğu konusunda bir fikir birliği bulunmamakla birlikte (Shekelle vd., 1999) kullanılan yaklaşımın tutarlı ve şeffaf olması gerekmektedir (RCPCH, 2016).

Kanıt kalitesi gibi, önerilerin kesinlik ya da güven derecesinin de öneriye atanmış bir skor, derecelendirme ya da sınıflandırma (sayı, harf, sembol ya da sözcük) ile belirlenmesi gerekmektedir (Swiglo vd., 2008). Önerilerin gücünün değerlendirilmesinde kullanılan yaklaşımlar genel olarak önerinin fayda ve zararları arasındaki dengeye dayalı olarak elde edilen iki şıklı veya sıralı bir skoru kullanmaktadır (güçlü öneri, zayıf öneri; A, B, C, D; GRADE I, GRADE II, GRADE III) (IOM, 2011).

GRADE, her bir önerinin yönünü ve gücünü etkileyebilecek belirli faktörleri açık bir şekilde ele alarak bir çerçeve sunmaktadır. Bir önerinin yönünü ve gücünü dört ana faktör belirlemektedir;

- Önerilerin dayandığı kanıtların etki tahminlerine olan güven (kanıt kalitesi),
- Bir müdahalenin sonuçlarına ilişkin değer ve tercihler,
- Fayda ve zarar dengesi,
- Kaynak etkisi. (DSÖ, 2014)



GRADE yaklaşımı, bir önerinin gücünü belirtmek için sınıflandırmalar veya semboller kullanmaktadır. NICE bu yöntemi tercih etmemekte, önerilerin gücünü ifadelerle yansıtmaktadır. NICE, genellikle faydanın açık olarak görüldüğü kanıtlara dayalı güçlü bir öneriyi yansıtmak için “önerilmektedir” ifadesini kullanmaktadır. Benzer şekilde faydaya ilişkin kanıtın daha düşük derecede kesin olduğu bir öneriyi yansıtmak için “göz önüne alınmalıdır” ifadesini kullanmaktadır (NICE, 2012; 2014). Bazı rehber geliştiriciler her bir önerinin gücünü öneride kullanılan ifade ile vurgulamakta (NICE tarafından benimsenen yaklaşım) ve bu ifadenin yanı sıra semboller veya harfler kullanarak desteklemektedir (GRADE tarafından benimsenen yaklaşım) (RCPCH, 2016).

Bir önerinin gücü, RGG'nin bir önerinin uygulanması durumunda arzu edilen sonuçların elde edileceğine ilişkin güven derecesini ifade etmektedir. Bir RGG, bu dengeden çok kesin bir şekilde emin olduğunda (yani arzu edilen sonuçlar, arzu edilmeyen sonuçlardan açık bir şekilde daha ağır bastığında) bir müdahale lehine güçlü bir öneride bulunmaktadır. Bununla birlikte, bu denge konusunda belirsizlik yaşadığında koşullu (veya zayıf) bir öneride bulunmaktadır. Güçlü öneriler, öneriye uyulması halinde arzu edilen sonuçların istenmeyen sonuçlardan daha ağır basacağına dair güveni ve maliyet etkililiği ifade etmektedir. RGG, bir müdahalenin zararlarının faydalarından daha ağır basacağına dair güvene ve müdahalenin maliyet etkili olmadığına yönelik bilgiye sahip olduğunda olumsuz yönde güçlü bir öneride bulunabilmektedir. Koşullu veya zayıf öneriler, RGG'nin bir önerinin uygulanmasının fayda ve zararları arasındaki dengeden daha az emin olduğu durumlarda verilmektedir. Koşullu önerilerde kullanıcının öneriyi uygulaması veya uygulamaması gereken şartlara ilişkin açıklamalar yer almaktadır. Bir önerinin, neden güçlü ya da koşullu olduğuna ve neden belirli bir müdahaleyi önerdiğine ya da ona karşı olduğuna dair gerekçeyi, önerinin uygulanma koşullarını, uygulama hakkında akılda tutulması gereken noktalara ilişkin açıklamaları, önerilerin dayandığı kanıtların kalitesini içermesi gerekmektedir. Ayrıca, her bir önerinin, kanıtlarla ilgili özetlere, GRADE kanıt profillerine ve öneri-kanıt tablolarına bir link ile bağlanması gerekmektedir. Öneri-kanıt tabloları, bir önerinin dayandığı kanıtları, önerinin gücünün gerekçelerini, dikkate alınan alt grupları, önerileri şekillendirmek için kullanılan süreci ve uygulama, değerlendirme ve izlemeye ilişkin önemli konuları içermektedir. Bu tablolar, sürecin şeffaflığını artırmakta ve her bir faktörün önerilere nasıl katkıda bulunduğunu göstermektedir (Hill vd., 2011; IOM, 2011; NICE, 2012; 2014; DSÖ, 2014).

### 1.2.6.6. Rehberin Hazırlanması

Rehber önerilerine şekil verecek olan kanıtlar belirlendikten, kanıtların kalitesi ve kanıtlara dayalı önerilerin gücü değerlendirildikten sonra RGG tarafından rehberin hazırlanması aşamasına geçilmektedir. Bu aşamada öneriler yazılmakta, hazırlanan taslak rehber dış incelemeye açılmakta, dış inceleme sonrasında gerekli düzenlemeler yapılarak onaylanmakta ve yayınlanmaya hazır hale getirilmektedir.

#### 1.2.6.6.1. Önerilerin İfade Edilmesi Ve Yazılması

Önerilerin yazılması, bir rehber geliştirme sürecindeki en önemli adımlardan biridir. Birçok kişi sadece önerileri okuduğundan, önerilerdeki ifadelerin açık, anlaşılır, hedef kitle tarafından kolay bir şekilde pratiğe aktarılabilir olması, genel bir kural olarak her bir önerinin sadece bir ana eylemi içermesi (Hill vd., 2011; NICE, 2014), tüm terimlerin tanımlanması (SIGN, 2015) ve öneri ifadelerinde pasif yapıdan ziyade aktif yapıların kullanılması gerekmektedir (Balshem vd., 2011; IOM, 2011; Woolf vd., 2012).

Önerilerin, uygulamadan kimin sorumlu olduğunu, kimlerin hedeflendiğini, hangi durumlarda ne zaman ne yapılması gerektiğini (NICE, 2014), neden önemli olduğunu ve ne ölçüde zorunluluk içerdiğini açık bir şekilde belirtmesi gerekmektedir (IOM, 2011; Rosenfeld ve Shiffman, 2009).

Hasta bakımında gelişme sağlayacak öneriler oluşturmanın temel unsurlarından biri öneride kullanılan dil ve ifade biçimidir. GRADE, güçlü ve koşullu (zayıf) önerilerin anlamsal olarak ayrılmasını önermektedir. Güçlü öneriler için "...malı", "şiddetle önerilir" ve "hekimlerin . . . gerekir" gibi ifadeleri, koşullu öneriler için "... önerilir", "dikkate alınmalıdır", ". . . şartlı olarak önerilir" ve "hekimler ....ebilir" gibi ifadeleri kullanmayı, kafa karıştırıcı veya belirsiz ifadelerin kullanılmasından kaçınılmasını önermektedir (Balshem vd., 2011; Hollon vd., 2014; IOM, 2011; DSÖ, 2014). KUR kullanıcıları, "eğer klinik olarak uygunsa" veya "eğer gerekliyse" gibi muğlak ifadeler içeren belirsiz veya spesifik olmayan öneriler nedeniyle sıkıntı yaşamakta ve bu gibi durumlarda nasıl karar vereceklerini bilememektedirler. Hollandalı pratisyen hekimler arasında yapılan bir çalışmada, belirsiz veya spesifik olmayan rehber önerilerinin varlığında KUR önerilerinin uygulamasının %35, açık önerilerin varlığında ise %67 olduğu belirlenmiştir (Grol vd., 1998; IOM, 2011).

#### 1.2.6.6.2. Taslak Rehberlerin Onaylanması

Bir RGG içerisinde sınırlı sayıda uzman ve farklı bakış açısı yer aldığından dolayı rehber taslaklarının incelenmesi maksadıyla paydaşlar ile paylaşılması faydalı olmaktadır (Balshem vd., 2011; IOM, 1992). Paydaşlarla müzakere, KUR geliştirme sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır (NICE, 2012; 2014). KUR geliştiriciler tarafından bu süreç farklı süre ve yöntemlerle gerçekleştirilmektedir.

NICE, tescilli paydaşlardan alınan yorumları kalite güvence ve hakemlik süreçlerinin önemli bir parçası olarak görmekte ve uygun şekilde ele alınmasının faydalı olacağını değerlendirmektedir. Paydaşlar, kılavuz geliştirme sürecinin herhangi bir noktasında kayıt ve tescil işlemlerini gerçekleştirebilmektedirler. Tescilli paydaşlar ve katılımcılar, NICE web sitesi aracılığıyla müzakere tarihi hakkında önceden bilgilendirilmekte ve e-posta ile hatırlatma yapılmaktadır. Rehberin taslak versiyonu NICE web sitesinde yayınlanmaktadır. NICE, tescilli paydaşlara ve katılımcılara taslağın değerlendirme için yayımlandığı ve belirtilen son tarihe kadar rehber ile ilgili yorumlarını bildirmeleri yönünde bilgilendirme yapmaktadır. Kısmi rehber güncellemeleri veya küçük çaplı rehberler için 4 haftalık bir müzakere süreci yeterli bulunurken normal müzakere süreci genellikle 6 hafta sürmektedir. Kayıtlı olmayan paydaşlardan alınan görüşler ve son teslim tarihinden sonra alınan yorumlar dikkate alınmamakta, bu yorumlara cevap verilmemekte ve göndericiye iade edilmektedir.

NICE, dış uzmanlara bağımsız değerlendirme işlemini düzenli olarak yaptırmamakla birlikte, bazen bir rehberin tamamı veya bir kısmı için ek bir dış uzman değerlendirmesi sürecini işletebilmektedir. Dış uzman inceleyiciler arasında rehber uygulayıcıları, hasta bakımından sorumlu kişiler ve akademisyenler (örneğin, ekonomik ya da meta-analiz konularında uzman) olabilmektedir. Uzmanlar, rehber konusundaki deneyimlerine göre seçilmektedir. Dış uzman incelemesi, rehber geliştirme döneminde veya taslak rehberin müzakeresi sırasında gerçekleştirilebilmektedir. Rehber geliştirme döneminde gerçekleştirilirse yorumlar yayınlanmamakta, yorumlara ilişkin tartışmalar RGG tarafından yapılmakta fakat inceleyen uzmanlar rehberde belirtilmektedir. Dış inceleme uzmanları müzakere sürecinde yorum yaparsa, yorumları, tescilli paydaşların yorumları ile aynı şekilde değerlendirilmektedir. Tüm dış uzman inceleyicilerin çıkar çatışması beyan formunu doldurması gerekmektedir.

Müzakere sürecinden sonra RGG, bu süreçte elde edilen yorumları tartışmakta, rehberde gerekli görülen değişiklikleri yapmakta ve önerilerin nihai metnini hazırlamaktadır. İlk sunulan taslakta önemli ölçüde değişiklikler yapılmış veya ilk taslak paydaşlar tarafından yanlış yorumlanmışsa, NICE ilk müzakere sürecinden sonra 4 haftalık yeni bir paydaş müzakeresine gereksinim duyabilmektedir (Hill vd., 2011; NICE, 2012; 2014).

DSÖ tarafından geliştirilmekte olan rehberler yayınlanmak üzere son hali verilmeden önce taslak halinde hakem değerlendirmesine tabi tutulmaktadır. Dış inceleme grubu öncelikli olarak hakem değerlendirmesinden sorumlu olmakla birlikte DSÖ genel merkezindeki ve bölge ofislerindeki ilgili bölümlerde bu sürece katılmaktadır. Önerileri içeren taslak rehber incelenmek üzere dağıtılmaktadır. Bireysel hareket eden hakemlerin çıkar beyanı formunu doldurması zorunlu olmakla birlikte bir örgütü temsil eden hakemlerin bu formu doldurmaları gerekmemektedir. Her bir yoruma ayrı ayrı cevap vermek gerekli olmamakla birlikte değerlendiricilere onların katkılarını da içeren rehberin kopyası sunularak yorumların nasıl ele alındığını görmelerini sağlamak gerekmektedir (DSÖ, 2014).

SIGN, her bir rehberin taslak önerilerini tartışmak için ulusal açık bir toplantı düzenlemekte ve bu toplantı RGG'ye ön sonuçları ve taslak önerileri daha geniş bir kitleye sunma fırsatı vermektedir. Ulusal açık toplantının iki yönlü faydası bulunmaktadır;

- RGG, grup üyelerinin göz önüne alabileceği ek kanıtlar için geri bildirimler ve öneriler elde etmekte,
- Katılımcılar nihai rehberin şekillendirilmesine katkıda ve etkide bulunabilmekte ve bu durum rehberin daha fazla sahiplenilmesini ve benimsenmesini sağlamaktadır.

Taslak rehber, ayrıca, toplantıya katılmayanların rehber hakkında yorumda bulunmalarını sağlamak için SIGN web sitesinde de bir ay boyunca yayınlanmaktadır. Sosyal medya da taslak rehberin içeriğinin tartışılması için kullanılmaktadır. Tüm SIGN rehberleri, uzmanlıklarına göre seçilen ve rehberin multidisipliner yapısını yansıtan bağımsız hakemler tarafından taslak halindeyken gözden geçirilmektedir. Taslak ayrıca, hastanın bakış açısıyla değerlendirilmesi için en az iki meslek dışından eleştirmene gönderilmektedir. Değerlendiricilerden, öncelikle rehberlerdeki önerileri destekleyen

kanıt tabanının kapsam ve doğruluğunun değerlendirilmesi hakkında yorum yapmaları istenmektedir. Hakem değerlendircilerden ve diğerlerinden alınan yorumlar bir raporda toplanmakta, RGG tarafından tartışılmakta ve gerekli değişiklikler yapılmaktadır. Tüm değerlendiricilerin isimleri rehberde yayınlanmakta ve bu kişilerin yorumları, RGG tarafından verilen yanıtları ile birlikte istenmesi halinde SIGN tarafından sunulmaktadır (SIGN, 2015).

IOM tarafından geliştirilmekte olan rehberlerin müzakere sürecine dahil olan potansiyel inceleyiciler şunlardır;

- Önerilerin oluşturulmasında etkili olabileceği değerlendirilen veya rehber konusuyla ilgili temel çalışmaların yürütülmesinden sorumlu olan ulusal ya da uluslararası önde gelen araştırmacılar,
- Kamu kurumları, meslek örgütleri, tıbbi uzmanlık dernekleri, hakemli dergiler, ulusal ve uluslararası RGG temsilcileri,
- Destek örgütleri, kamu grupları ve halk sağlığı kuruluşlarının temsilcileri,
- Sağlık planları, Medicare, ilaç veya tıbbi cihaz üreticileri ve rehberden etkilenen sağlık sisteminin temsilcileri.

Bu inceleyiciler, kanıtların tavsiyeye dönüştürülmesinde RGG tarafından uygulanan mantığı sorgulayabilmekte; yanlılığa, önyargılara, politik baskıya veya RGG üyelerinin yargılarını etkileyebilecek diğer faktörlere dikkat çekeabilmekte; rehber önerilerinin iyileştirilmesi ve netleştirilmesi için öneriler sunabilmekte ve rehberin gerekçesinin tartışılmasına imkân sağlayabilmektedir (Burgers vd., 2003). Bununla birlikte, paydaşlardan rehberle ilgili yorumlarını istemek onları rehberlerin uygulanması konusunda teşvik etmektedir (IOM, 2011).

#### 1.2.6.6.3. Rehberin tamamlanması

NICE, tescilli paydaşlardan gelen müzakere görüşleri doğrultusunda değişiklikler yapıldıktan sonra, rehber, kalite güvence sorumluluğu olan personel tarafından gözden geçirilmektedir. Rehberde yapılan değişikliklerin uygunluğu ve tescilli paydaş yorumlarına uygun şekilde yanıt verilip verilmediği kontrol edilmektedir. Bir rehber yayınlanmadan önce kalite güvence sorumlusunun raporunu incelenmektedir. Raporda şu hususlar ele alınmaktadır;

- Kapsamda belirlenen tüm konuların ele alınıp alınmadığı,
- Kullanılan kanıtların tutarlılığı,
- Kararlaştırılan süreç ve yöntemlerin kullanılıp kullanılmadığı,
- Ayrımcılığı ortadan kaldırmak, eşitliği sağlamak için gerekenlerin yapılıp yapılmadığı,
- Açık ve tutarlı olup olmadığı,
- Kararlaştırılan modelin takip edilip edilmediği.

Raporda önemli bir konu hakkında olumsuzluk tespit edilmesi durumunda, RGG'nin sorunun çözümüne yönelik yeni görüşmeler yapması gerekebilmektedir. Taslak rehber hakkında yorum yapmış ve gizlilik koşullarını kabul etmiş olan tescilli paydaşlara, yayınlanmadan iki hafta önce nihai şekli verilmiş rehber ve paydaş müzakere yorumlarına verilen cevapların bir kopyası gönderilmektedir. Bu esnada öğrenilen bilgiler, rehber yayınlanana kadar taraflarca gizli tutulmaktadır. Bu süreç, tescilli paydaşların önemli hataları belirlemelerine imkân tanınmasına rağmen rehber hakkında müzakere sürecinde olduğu gibi daha fazla yorum yapmalarına izin vermemektedir (NICE, 2014).

SIGN, rehber yayınlanmadan önce son bir kalite kontrolü olarak, rehber ve hakem yorumlarının özetinin SIGN editörler grubu tarafından gözden geçirilmesini sağlayarak hakemler tarafından gündeme getirilen her bir noktanın yeterince ele alındığını ve rehber geliştirme süreci boyunca yanlışlık riskinin minimize edildiğini güvence altına almaktadır. Bundan sonra, yayınlanması için RGG'nin her üyesi tarafından nihai rehberin resmi olarak onaylanması gerekmektedir (SIGN, 2015).

DSÖ Kılavuz Değerlendirme Komitesi, rehberlerin yüksek kalitede olmasını, şeffaf ve açık bir süreç kullanılarak geliştirilmesini ve mümkün olduğu ölçüde önerilerin kanıtlara dayalı olmasını sağlamak için kurulmuştur. Komite, tüm DSÖ bölgelerinin yanı sıra dış üyelerin temsilcileri de dahil olmak üzere yaklaşık 30 kişiden oluşmakta ve her ay sunulan belgeleri değerlendirmekte ve onaylamaktadır. Komite, her bir rehberi, planlama aşamasında ve öneriler geliştirilip rehberine son hali verildikten sonra olmak üzere iki kez değerlendirmektedir (DSÖ, 2014).

### 1.2.6.7. Yayın ve Yaygınlaştırma

Rehberin dış inceleme sonrasında gerekli düzenlemeler yapılarak onaylanması aşamasından sonrasında yayın ve yaygınlaştırma aşamasına geçilmektedir.

#### 1.2.6.7.1. Rehberlerin Yayınlanması

Farklı KUR geliştiriciler tarafından meydana getirilen rehberler benzer içerikleri kapsamakla birlikte farklı versiyonlarda yayınlanmaktadır.

NICE tarafından geliştirilen her klinik rehber dört versiyonda yayınlanmaktadır;

- Tam versiyon rehber, rehberin yanı sıra önerilerin tüm arka plan detaylarını ve kanıtlarını içermektedir.
- Rehber, yalnızca tam versiyon rehberden alınan önerileri içermekte, yöntemler ve kanıtlar hakkında bilgi içermemektedir.
- Yol (pathway), rehberdeki tüm önerilerin yanı sıra konuyla doğrudan ilgili diğer NICE rehberlerini de içermektedir. Sağlık çalışanları ve diğer profesyoneller için online olarak çalışabilen pratik bir kaynaktır. Ayrıca, uygulama araçlarına, ilgili NICE rehberlerine ve yollarına ilişkin linkleri de içermektedir.
- Kamu bilgilendirmesi, NICE rehberindeki önerilerin hastalar, aileleri, bakıcıları ve daha geniş çapta toplum için gündelik dilde özetlerini içermektedir (Hill vd., 2011; NICE, 2012).

DSÖ tarafından yayınlanan tam versiyon rehberler özet, ana metin ve eklerden oluşmaktadır. Özet kısmı, rehberin temel önerilerini içermektedir. Özetler genellikle bağımsız olarak okunan belgeler olduğundan, önerilerin gücü ve kanıt kalitesi rehberin ana metninin yanında özet kısmında da yer almaktadır. Kılavuzun ana metni içindekiler tablosunu, giriş, yöntem, öneri ve sonuç kısımlarını içermektedir. Bu kısımda, tüm katılımcılar ve görevleri, çıkar çatışmaları ve bunların nasıl yönetildiği belirtilmektedir. Sistemik incelemeler, sonuç derecelendirmeleri, bulguların özetleri, GRADE kanıt profilleri, kanıt-öneri tabloları ve diğer ilgili belgeler ekte sunulabilmekte ve/veya elektronik olarak yayınlanabilmekte ve böylece baskı ve dağıtım maliyetleri azaltılabilmektedir (DSÖ, 2014).

#### 1.2.6.7.2. Rehberlerin Yaygınlaştırılması

Klinik kararlar belirsizlik altında verilmektedir ve tıbbi, biyomedikal ve sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilen araştırmalar sayesinde kanıtların uygulamaya aktarılması klinik uygulamadaki belirsizliği gittikçe azaltmaktadır. Fakat yüksek kaliteli kanıtlara dayalı olarak KUR geliştirmek tek başına yeterli olmamakta, hekimlerin, hastaların ve diğer paydaşların bu rehberlere erişebilmeleri gerekmektedir (IOM, 2011). Bu nedenle KUR'ların yayınlandıktan sonra yaygınlaştırılması gerekmektedir. Yaygınlaştırma, rehberlerin erişilebilir olmasını, kullanılabilir olduğunun duyurulmasını ve rehberleri yaygın bir şekilde dağıtmayı içermektedir (DSÖ, 2014).

NICE, rehber hakkında farkındalığı artırmak için bir dizi farklı yöntem kullanmaktadır. Bu yöntemler arasında tescilli paydaşlara bildirimde bulunmak, NICE haber bülteni aracılığıyla duyurmak, basın açıklaması yapmak ya da brifing vermek, NICE web sitesinde duyurmak, sosyal medya kanallarını kullanmak ve rehberi NICE bünyesinde yayınlamak yer almaktadır (Attia, 2013; NICE, 2014).

Uygulamayı kolaylaştırmak için rehberlerin mümkün olduğunca geniş bir yelpazede erişilebilir olması gerekmektedir. Bu bağlamda SIGN, tüm rehberleri SIGN web sitesinde yayınlamakta, ücretsiz olarak indirilebilmesine imkân tanımakta, hızlı referans rehberleri ve hasta kitapçıklarını ücretsiz olarak dağıtmakta ve uygulamalar yoluyla rehberlere akıllı telefon ve tabletlerden de erişilebilmesini sağlamaktadır (Attia, 2013; SIGN, 2015)

#### 1.2.6.8. Rehberlerin Uygulanması ve Değerlendirme

KUR'ların nihai hedefine ulaşması için sadece sağlam bir metodoloji ile geçerli rehberler geliştirmek yeterli olmamakta aynı zamanda kanıt temelli önerilerin uygulamaya aktarılması da gerekmektedir. Geliştirilen rehberlerin uygulanması hekim ve diğer sağlık çalışanlarının ortak klinik karar verme becerilerini geliştirmelerine, ekip çalışmasını artırmalarına, kanıt temelli bilgilerini genişletmelerine, uygulamadaki değişkenliği azaltmalarına, bilgilerinin güncel kalmasına ve klinik performanslarını en iyi uygulama önerilerine göre değerlendirmelerine imkân sağlamaktadır (SIGN, 2015).



Klinik rehberlerin etkili olması ve geliştirilmesi için harcanan zaman ve çabaların boşa gitmemesi için, sağlık çalışanlarının davranışını değiştirmesi ve klinik rehber önerilerini uygulamaya geçirmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının bir klinik rehberin var olduğunun farkında olması (yaygınlaştırma), rehberi benimsemeye karar vermesi ve daha sonra rehberi düzenli olarak kullanması (uygulama) gerekmektedir. Bu durum, etkili bir iletişimi, klinik rehberlerin uygulanmasına yardımcı olacak spesifik girişimlerle birlikte uygulamanın önündeki engellerin belirlenmesini ve uygulamadaki değişimi kolaylaştıracak faktörlerin tanımlanmasını gerektirmektedir. Bu faktörler arasında çok yönlü bir iş birliği, klinik rehberlik uygulaması için kalıcı bir altyapı, lider pozisyonundaki profesyonellerin desteği, iyi proje yönetimi, kullanıcı katılımı, uzman tavsiyelerine erişim ve değişime açık destekleyici bir ortam yer alabilmektedir. Klinik uygulamada sağlık çalışanlarının davranışlarını rehberlere uyumlu olacak şekilde değiştirmek için yaygınlaştırma çalışmalarının bir uygulama stratejisiyle bütünleştirilmesi, dikkatli bir şekilde planlanması ve şeffaf olması gerekmektedir. Bu da iyi bir hazırlık ve stratejik planlama gerektirmektedir. Uygulanan her bir stratejinin hasta bakımını geliştirmek için ele aldığı unsur ve etkinlik farklılık göstermekte olup (Grimshaw vd., 2004) bu stratejilerin mümkün olduğunca hasta organizasyonlarını da içermesi gerekmektedir (RCPCH, 2016).

Pek çok ulusal kuruluş, geliştirdikleri klinik rehberlerini ilgili kuruluşlara mail atarak veya web sitelerinde erişime açarak ve hakemli dergilerde yayınlamak gibi diğer iletişim yollarını kullanarak yaygınlaştırmaktadır. Klinik rehberlerin kâğıt baskısının yanı sıra elektronik sürümleri, hızlı başvuru rehberleri veya posterler gibi eğitim materyallerinin dağıtımını yaygınlaştırmada etkili yöntemlerdir (Medves vd., 2010). Ayrıca olgu senaryoları ve önerilerin detaylarını içeren PowerPoint sunumları gibi eğitim paketleri, rehberlerin yayılmasında ve sağlık çalışanlarının klinik rehberini kullanmalarını teşvik etmede yardımcı olabilmektedir. SIGN ve İngiliz Toraks Derneği tarafından ortaklaşa üretilen astım klinik rehberi bu konuda iyi bir örnek teşkil etmektedir. Eğitim toplantıları, interaktif oturumlar ve destek eğitimleri rehber önerileri hakkındaki bilgilerin artırılmasına, bunların uygulanmasına yönelik yerel engellerin belirlenmesine ve bu engellerin üstesinden gelmek için gereken stratejilerin tartışılmasına yardımcı olabilmektedir. Tek bir strateji yerine çoklu stratejilerin kullanımının daha etkili olabileceği değerlendirilmektedir (Medves vd., 2010; NICE, 2002; Prior vd., 2008). Örneğin, bir klinik rehberin farkındalığını artırmak için internet yoluyla yayınlanması, klinik denetim ve geri bildirim, fikir liderlerinin kullanımı gibi birtakım müdahaleler aynı strateji içerisinde rehberin

kullanımını artırmak ve davranışlarda değişiklik oluşturmak için kullanılabilir. Uygulanan stratejilerin ortama (Cabana vd., 1999) ve hedef gruba (Grimshaw vd., 2004) uygun olmasına dikkat edilmesi gerekmektedir (RCPCH, 2016).

Adaptasyon, uygulama ve değerlendirme rehber geliştirme sürecini tamamlayan adımlardır. KUR'ların uygulanması devamlı bir süreçtir ve sürekli değerlendirmeyi gerektirmektedir. İzleme ve değerlendirme sistemleri, rehberin etkililiğini ve etkisini değerlendirmek için verileri toplamak ve analiz etmek için kullanılmaktadır. Mevcut uygulamaları kabul edilen standartlara göre ölçmeyi ve gerektiğinde uygulamada değişiklik yapmayı içeren klinik denetim, rehber uygulamalarını destekleyen bir çerçeve sağlayabilmektedir (Kastner vd., 2014). Rehberin neden olduğu potansiyel değişikliğe ilişkin performansı değerlendirmek için temel ölçütlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle rehber geliştiriciler, rehber önerilerinin yanı sıra denetim kriterlerini ve araçlarını, izlenebilecek sonuç veya performans ölçütlerini de geliştirmektedir. Bu araçlarla gerçekleştirilen klinik denetimler sayesinde önerilerin ne derece uygulamaya aktarıldığı ve klinik rehberin faydaları ortaya konabilmektedir (RCPCH, 2016; DSÖ, 2014)

#### 1.2.6.9. Güncelleme

Ne sıklıkla ve nasıl yapılacağı konusunda tartışmalar olmakla birlikte KUR önerilerinin güncellenmesi gerekmektedir. Rehber geliştiren kurum ve kuruluşlar farklı sürelerde güncelleme yapmaktadır. NGC, veri tabanında yayınlanan rehberlerin her beş yılda bir yeniden gözden geçirilmesini sağlamakta, NICE, bir rehberin güncellenme ihtiyacını belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmaları rehber yayınlanma tarihinden itibaren en geç her dört yılda bir mutlaka yapmaktadır. Bazı klinik alanlarda, tedavi önerilerini etkileyen yeni kanıtlar ortaya çıktığında daha sık güncelleme gerekli olabilmektedir (Balshem vd., 2011; Hill vd., 2011; IOM, 2011; NICE, 2014).

Bir KUR yayınladığından itibaren rehber konusu ile ilgili yeni klinik çalışmaların, hakemli dergilerin izlenmesi ve mevcut rehber önerilerinin en güncel kanıtlarla karşılaştırılması gerekmektedir. Rehberin güncellenmesi için en azından iki temel güncellenmenin ve/veya önemli sayıda öneride güncelleme gerektiren yeni kanıtların olması gerekmektedir. Bir rehberin güncellenmesini gerektirebilecek altı durum olduğu ileri sürülmektedir;

1. Müdahalelerin mevcut fayda ve zararları hakkındaki kanıtlardaki değişiklikler,

2. Önemli olduğu değerlendirilen sonuçlardaki değişiklikler,
3. Mevcut müdahalelerdeki değişiklikler,
4. Mevcut uygulamanın optimalliğine ilişkin kanıtlardaki değişiklikler,
5. Sonuçlara ilişkin değerlerdeki değişiklikler,
6. Sağlık hizmetlerinin mevcut kaynaklarındaki değişiklikler (Hollon vd., 2014; IOM, 2011).

Güncelleme sürecinde KUR kalitesini artırmak için yalnızca kanıt incelemesine dayalı güncelleme yapılmayıp aynı zamanda diğer rehber özelliklerinin de iyileştirilmesine dikkat edilmesi gerekmektedir (Clark vd., 2006).

Güncelleme kararları, rehberin yayınlanmasından sonra ortaya çıkan yeni kanıtların, RGG üyeleri ile uzman görüşlerinin ve diğer bilgi kaynaklarının değerlendirilmesine dayanmaktadır. Güncelleme sürecinde revize edilmesi gereken önerilerin belirlenmesinin yanı sıra rehberdeki önerilerin artık geçerli olmadığına veya rehberin güncelleme için yeterince yüksek önceliğe sahip olmadığına karar verilebilmekte ve bu durumda tescilli paydaşlara danışılarak rehber geri çekilebilmektedir (NICE, 2014).

### **1.2.7. Hekimlerin Klinik Uygulama Rehberlerine Yönelik Tutumları**

Tutum, en geniş anlamda bir bireyin belirli bir objeye, konuya, duruma veya bir kimseye karşı zihinsel açıdan hazır oluş durumu veya belirli bir biçimdeki vaziyet alışışı olarak tanımlanmaktadır (Özkalp vd., 2013; Tolan, 1985). Thurstone (1928), bir kimsenin bir konu hakkındaki meyli ve hissettiklerinin, önyargı veya yanlılıklarının, geçmişten gelen düşüncelerinin, fikirlerinin, korkularının ve inançlarının kişinin o konudaki tutumunu meydana getirdiğini ifade etmektedir. Bogardus (1925) tutumu, bir şeye meyletme veya karşı eğilimde bulunma olarak değerlendirmekte ve tutumun olumlu ve olumsuz değerlere sahip olabileceğini belirtmektedir.

Tutum insanları birbirinden ayıran özellikler arasında yer almaktadır (Özkalp vd., 2013). İnsanlar tutumlara sahip olarak doğmamakta, tutumları sonradan öğrenmektedir. Bazı tutumlar insanların kendi deneyimlerine dayanırken, bazıları başka kaynaklardan elde edilmektedir. Tutumlar genellikle deneyim, pekiştirme, taklit ve sosyal öğrenme yoluyla elde edilmektedir (Gürkan, 2018). Bireysel tutumlar yaşam boyu elde edilen tecrübeler

ve yetiştirme tarzı sonucunda oluşmaktadır. Aile, arkadaş çevresi, içinde bulunulan gruplar, fikirlerine değer verilen ve saygı duyulan kişiler tutumların oluşumunda etkili olmaktadır (Özkalp vd., 2013).

Tutumları gözle görmenin imkânı yoktur ancak gösterilen düzenli davranışlarla gözlemlenebilir veya yordanabilirler. Tutumlar, insanın bir şey hakkında ne hissettiğini ifade etmektedir. Örneğin; "(X)'i seviyorum" demek olumlu bir tutumu ifade ederken "(X)'i sevmiyorum" demek olumsuz bir tutumu ifade etmektedir (Özkalp vd., 2013).

Tutumların duygusal, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç temel bileşeni bulunmaktadır.

1. Duygusal Bileşen: Tutum nesnesi ile ilgili olumlu veya olumsuz duygusal tecrübeleri ve tepkileri ifade etmektedir (Baysal ve Tekarslan, 1996; Özkalp vd., 2013). Birey bir tutum objesinden hoşlanabilmekte veya hoşlanmayabilmektedir. Daha önce karşılaşılmayan bir objeye yönelik hoşlanma ya da hoşlanmama duygusu oluşamayacağından tutum oluşmamaktadır (Erdoğan, 1999).
2. Bilişsel Bileşen: Algı ve tutum arasındaki ilişkiyi oluşturmaktadır. Bilişsel bileşen, bireyin tutum nesnesi hakkındaki bilgi ve inançlarından oluşmaktadır. Bireyler tutum objesine ilişkin bilgilerini doğrudan ya da dolaylı olarak kazanabilmektedir (Özkalp vd., 2013; Tavşancıl, 2010). Baysal (2003), daha önce karşılaşılmayan, dolayısıyla bilinmeyen bir objeye karşı tutum oluşmayacağını ifade etmektedir. Eğer bir şeye ilişkin olumsuz bir tutum varsa, o şey hakkında olumsuz inançta bulunmaktadır. Bir tutumun inanç yönü ile duygu yönü karşılıklı birbirlerini etkilemektedir (Özkalp vd., 2013). Tutum, düşünce ve inanç kavramlarının birbirine karıştırılmaması gerekmektedir. Bu üç kavram da tepki göstermek için öğrenilmiş eğilimlerdir ve bu kavramlar eğer bir doğru üzerine yerleştirilecek olursa, düşünceler ve inançlar iki uca, tutumlar ise ortaya yerleştirilebilir. İnanç, tutumların bilişsel boyutunda yer almakta ve kapsadığı bilgi ve inanç düzeyleri oranında tutumların farklılık göstermesine yol açmaktadır (Eren, 2001).
3. Davranışsal Bileşen: Davranışsal bileşen tutum objesine karşı gözlenebilen, sözel ya da sözel olmayan, tüm davranışlardır. Başka bir ifadeyle, bireyin duygu ve inancına uygun olarak belli bir tutum objesine ilişkin davranış eğilimini yansıtmaktadır (Özkalp vd., 2013; Tavşancıl, 2010). İnsanlar şu ya da bu nedenle her zaman duygularına uygun şekilde davranmamakta veya

davranmamaktadır. Ancak, duygulara uygun hareket etme eğilimi bulunmaktadır. Bu nedenle, çoğu kez tutumlardan davranışları anlamak mümkün olabilmektedir. Davranış biçimimizi tutumlarımız şekillendirmektedir (Özkalp vd., 2013). Bir nesneye karşı olumlu tutuma sahip olan bireyler bu nesneye karşı olumlu davranışlar geliştirme, ona yaklaşma, onu destekleme ve yardım etme eğiliminde olmaktadır. Bir nesneye karşı olumsuz tutuma sahip olan bireyler ise, bu nesneye karşı ilgisiz kalma veya ondan uzaklaşma, eleştirme, üstelik ona zarar verme şeklinde davranış eğiliminde olmaktadır (Hotaman, 1995).

Tutumu üç temel bileşenli olarak görmek (biliş, duygu ve davranış) tutumun karmaşıklığını ve tutum ile davranış arasındaki potansiyel ilişkiyi anlamaya yardımcı olmaktadır. Bu bileşenler birbirleriyle yakından ilişkili olup özellikle biliş ve duygu iç içe geçmiş birbirinden kolayca soyutlanamayan iki önemli tutum bileşenidir (Özkalp vd., 2013; Robbins ve Judge, 2012).

Tavşancıl (2010) tutumlarla ilgili aşağıdaki özellikleri sıralamaktadır:

1. Tutumlar doğuştan gelmez, yaşanarak kazanılır.
2. Tutumlar geçici değillerdir, belli bir süre devamlılık gösterirler.
3. Tutumlar, birey ve obje arasındaki ilişkide bir düzenlilik olmasını sağlarlar.
4. İnsan-obje ilişkisinde, tutumların belirlediği bir yanlılık ortaya çıkar.
5. Bir objeye ilişkin olumlu ya da olumsuz bir tutumun oluşması, ancak o objenin başka objelerle karşılaştırılması sonucu mümkündür.
6. Kişisel tutumlar gibi, toplumsal tutumlar da vardır.
7. Tutum bir tepki şekli değil, daha çok bir tepki gösterme eğilimidir.
8. Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilir.

Tutumların ölçülmesinde birçok farklı yöntem kullanılabilmektedir. Hazırlamasının kolay olması nedeniyle tutumların ölçülmesinde Likert dereceleme ölçekleri sıklıkla kullanılmaktadır (Tezbaşaran, 2008). Likert dereceleme ölçeklerinde bireyler kendilerine sunulan ifadelere ne derecede katıldıklarını belirtmektedirler (Özgüven, 2011).

Hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarına ilişkin gerçekleştirilen çalışmalarda genellikle Tunis vd. (1994) tarafından kullanılan "uygun bir öneri kaynağıdır", "hasta bakım kalitesini artırabilir", "iyi bir eğitim aracıdır", "sağlık hizmeti giderlerini azaltabilir", "tarafsız

uzman görüşünden oluşmaktadır”, “hekim özerkliğine karşı bir engeldir”, “aşırı derecede basitleştirilmiş tıptır” ve “özellikli hastalara uygulamada esnek değildir” ifadeleri temel alınmıştır. Hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarını inceleyen diğer çalışmalarda bu ifadelerin yanı sıra sıklıkla kullanılan ifadeler arasında “Özellikli hastalara uygulamada esnek değildir”, “Malpraktis davalarını azaltabilir”, “Doktorların iş doyumunu azaltabilir” ifadeleri yer almaktadır (Basedow vd., 2015; Birrenbach vd., 2016; Bochud vd., 2002; Dye vd., 2000; Farquhar vd., 2002; Ferrier vd., 1996; Formoso vd., 2001; Graham vd., 2000; Halm vd., 1999; Hayward vd., 1997; Heidrich vd., 2005; Hendaus vd., 2014; Inouye vd., 1998; Kalies vd., 2017; Kim vd., 2010; Kunz, 2005; Larisch vd., 2009; Sinuff vd., 2007). Hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarına ilişkin çalışmalarda genelde kullanılan ve bu araştırmada da kullanılmış olan ifadeler ve bu ifadelerin yer aldığı çalışmalar araştırmanın “Veri Toplama Araçları” bölümünde Tablo 2’de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

### **1.2.8. Hekimlerin Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Engelleri**

KUR'lardaki önerilerin uygulanmasına yönelik engeller sağlık çalışanı, klinik rehberin kendisi veya çevre ile ilgili olabilmektedir. Örneğin, sağlık çalışanlarının günlük rutin uygulamalarda rehber önerileri doğrultusunda değişikliğin gerekliliğine yönelik bir tutum içerisinde olmadığı veya hasta tercihlerinin klinik rehber önerilerinden farklı olduğu durumlarda rehberler uygulamaya aktarılamamaktadır. Ayrıca, klinik rehberin önerdiği şekilde bakım yapmak için gerekli bilgi ve beceriden yoksun olunabilmekte ve bunun sonucunda da klinik rehberin dayandığı kanıtların geçerliliğinden şüphe duyulabilmektedir (Cabana vd., 1999; RCPCH, 2016).

Klinik rehber önerilerinin uygulamaya aktarılmasının mevcut kaynaklarda, örgütlerde ve sağlık profesyonellerinde yapabileceği potansiyel etkiler ile ilgili olası organizasyonel ve finansal engellerde dikkate alınmalıdır. Örneğin, bir önerinin uygulanmasının etkisi sonucunda daha fazla sayıda personel, uzman personel, yeni ekipman veya farklı ilaç tedavileri gibi ek kaynaklara ihtiyaç duyulabilmektedir (RCPCH, 2016).

Rehberlerin uygulanmasında, rehberlerin kendisinden kaynaklı iç engellerin haricinde klinik çevre ve yerel koşullarla ilgili dış engeller bulunmaktadır. Rehberlerin uygulanmasına yönelik potansiyel dış engeller arasında aşağıdaki unsurlar yer almaktadır;

- Yapısal faktörler (bütçe kısıtlamaları, gerekli görülen hizmetlerin yeniden tasarımı),
- Organizasyonel faktörler (uygun olmayan personel envanteri, tesis veya ekipman eksikliği),
- Bireysel faktörler (bilgi, tutum, beceri),
- Hastaların algıları ve tedavi tercihleri,
- Sağlık çalışanları-hasta etkileşimi (dil veya sosyal kökene bağlı sorunlar, ruh sağlığı sorunları)
- Dezavantajlı hasta popülasyonları (yoksulluk, evsizlik) (SIGN, 2015).

Hekimlerin KUR kullanımının önündeki engellere ilişkin gerçekleştirilen çalışmalarda sıklıkla kullanılan ifadeler arasında “zaman yetersizliği”, “eski uygulama alışkanlıklarından vazgeçmemek”, “rehberlerin farkında olmamak”, “rehberlerin pratik olmaması” ve “rehberlerin kullanılabilir olmaması” ifadeleri yer almaktadır (Birrenbach vd., 2016; Echlin vd., 2004; El-Solh vd., 2011; Haagen vd., 2005; Heidrich vd., 2005; Hendaus vd., 2014; Heselmans vd., 2009; 2010; Kalies vd., 2017; Larisch vd., 2009; Lugtenberg vd., 2009; Mansfield, 1995; Mounesan vd., 2013; Pogorzelska ve Larson, 2008; Reiner vd., 2010; Sinuff vd., 2007; Taba vd., 2012; van Dijk vd., 2010). Hekimlerin KUR kullanımının önündeki engellere ilişkin çalışmalarda genelde kullanılan ve bu araştırmada da kullanılmış olan ifadeler ve bu ifadelerin yer aldığı çalışmalar araştırmanın “Veri Toplama Araçları” bölümünde Tablo 3’te ayrıntılı olarak sunulmuştur.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI, KAPSAMI ve VARSAYIMLARI

Bu çalışmanın temel amacı, hekimlerin KUR kullanım sıklıklarını ve KUR kullanımın zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerini etkileyen faktörleri ortaya koymaktır. Çalışmada hekimlerin sosyo-demografik ve kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik tutumları, KUR kullanım engelleri, KUR kullanım sıklığı ve KUR kullanımın zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri arasındaki farklılıkların, ilişkilerin, belirleyicilerin ve aracılık rollerinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

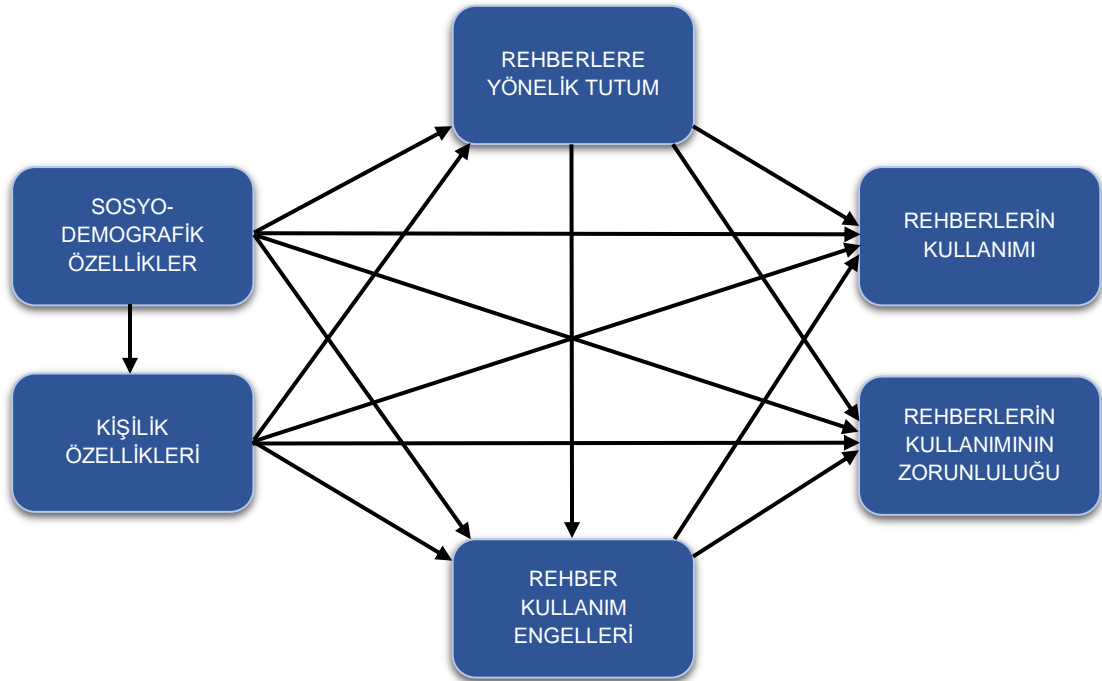
Araştırmada, hekimlerin klinik uygulama rehberlerine yönelik tutum ve kullanım engelleri kişilik özellikleri bağlamında ele alınmakta ve klinik uygulama rehberlerine yönelik tutum ve kullanım engelleri boyutlandırılarak değerlendirilmeye alınmaktadır. Bu yönleriyle araştırmanın literatüre önemli katkılar sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Araştırma kapsamında anket çalışmasına katılan hekimlerin KUR'lara yönelik tutum, KUR kullanım engelleri, KUR kullanım sıklığı, KUR'lar hakkında bilgilendirilme ve KUR kullanımın zorunlu olup olmamasına ilişkin soru ve ifadeleri yanıtlarken genel olarak tüm KUR'ları değerlendirmeye aldıkları varsayılmaktadır.

### 2.2. ARAŞTIRMANIN TASARIMI

Şekil 1'de araştırmada ele alınan değişkenler ve değişkenler arası ilişkiler görülmektedir. Temel amacı, hekimlerin KUR kullanım sıklıklarını ve KUR kullanımın zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerini etkileyen faktörleri ortaya koymak olan araştırmada sosyo-demografik özellikler bağımsız değişken, rehberlerin kullanım sıklığı ve rehberlerin kullanımının zorunluluğu bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. Kişilik, rehberlere yönelik tutum ve rehber kullanım engelleri ise bağımlı değişkenler olarak araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada kişilik özellikleri ile rehberlerin kullanım sıklığı ve rehberlerin kullanımının zorunluluğu arasındaki ilişkide rehberlere yönelik tutum ve rehber kullanım engelleri aracı değişkenler olarak kullanılmıştır.





**Şekil 1. Araştırma Modeli**

### 2.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın hipotezleri aşağıda belirtilmiştir.

H1: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri hakkında bilgilendirilmeleri ile klinik uygulama rehberleri kullanım sıklığı arasında anlamlı ilişki vardır.

H2: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri hakkında bilgilendirilmeleri ile klinik uygulama rehberlerinin kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri arasında anlamlı ilişki vardır.

H3: Hekimlerin klinik uygulama rehberlerine yönelik olumlu ve olumsuz tutumları sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterir.

H4: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri kullanım engellerine yönelik görüşleri sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterir.

H5: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri kullanım sıklıkları sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterir.

H6: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterir.

H7: Hekimlerin klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumları kişilik özellikleri ifadelerine katılım düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterir.

H8: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri kullanım engellerine yönelik görüşleri kişilik özellikleri ifadelerine katılım düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterir.

H9: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri kullanım sıklıkları kişilik özellikleri ifadelerine katılım düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterir.

H10: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri kişilik özellikleri ifadelerine katılım düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterir.

H11: Hekimlerin kişilik özellikleri, klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumları, kullanım engelleri, klinik uygulama rehberleri kullanım sıklığı ve kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri arasında anlamlı ilişki vardır.

H12: Hekimlerin sosyo-demografik özellikleri kişilik özellikleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

H13: Hekimlerin sosyo-demografik ve kişilik özellikleri klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

H14: Hekimlerin sosyo-demografik ve kişilik özellikleri ile klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumları kullanım engellerine yönelik görüşleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

H15: Hekimlerin sosyo-demografik ve kişilik özellikleri, klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumları ve kullanım engellerine yönelik görüşleri klinik uygulama rehberleri kullanım sıklığı üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

H16: Hekimlerin sosyo-demografik ve kişilik özellikleri, klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumları, kullanım engellerine yönelik görüşleri ve klinik uygulama rehberleri kullanım sıklıkları klinik uygulama rehberlerinin kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

H17: Hekimlerin kişilik özellikleri ile klinik uygulama rehberleri kullanım sıklığı arasındaki ilişkide klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumun aracılık rolü vardır.

H18: Hekimlerin kişilik özellikleri ile klinik uygulama rehberleri kullanım sıklığı arasındaki ilişkide klinik uygulama rehberleri kullanım engellerinin aracılık rolü vardır.

H19: Hekimlerin kişilik özellikleri ile klinik uygulama rehberlerinin kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri arasındaki ilişkide klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumun aracılık rolü vardır.

H20: Hekimlerin kişilik özellikleri ile klinik uygulama rehberlerinin kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri arasındaki ilişkide klinik uygulama rehberleri kullanım engellerinin aracılık rolü vardır.

## **2.4. VERİ TOPLAMA ARACI**

Araştırmada verilerin toplanmasında beş bölümden oluşan anket kullanılmıştır (Ek-2). Anketin birinci bölümünde hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır. Anketin ikinci bölümünde hekimlerin kişilik özelliklerini belirlemek amacıyla Beş Faktör Kişilik Ölçeği (BFKÖ), üçüncü bölümünde hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarını belirlemek için KUR Tutum Ölçeği, dördüncü bölümünde hekimlerin KUR kullanımlarının önündeki engelleri belirlemek için KUR Engel Ölçeği kullanılmıştır. Beşinci bölümünde, hekimlerin KUR kullanım sıklığını, KUR hakkında bilgilendirilme sıklığını ve KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerini belirlemeye yönelik ifadeler yer almaktadır.

### **2.4.1. Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu**

Bu bölümde hekimlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, mezun oldukları fakülte, mezuniyet tarihi, branş, yan dal, unvan, görev yılı, idari görev, üye olduğu mesleki dernek sayısı, abone olduğu mesleki yayın sayısı, mesleki yayınları takip sıklığı, klinik uygulama rehberleri hakkında Tıp Fakültesinde ve mezuniyet sonrasında aldığı eğitim durumu ile klinik uygulama rehberleri hakkında bilgiyi nereden aldığını belirlemeye yönelik 17 soru yer almaktadır.

### 2.4.2. Beş Faktör Kişilik Ölçeği (BFKÖ)

BFKÖ, kişilik özelliklerini ölçmek amacıyla Beş Faktör Kişilik Modeline uygun olarak Benet-Martinez ve John (1998) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması, 56 ülkeyi içeren kişilik özellikleri konusunda yapılan çalışmanın (Schmitt vd., 2007) Türkiye versiyonu kapsamında, Sümer (2005) tarafından gerçekleştirilmiştir. 5'li Likert tipindeki ölçek (1) Beni Hiç Tanımlamıyor, (2) Beni Çok Az Tanımlıyor, (3) Beni Kısmen Tanımlıyor, (4) Beni Oldukça Tanımlıyor ve (5) Beni Tamamen Tanımlıyor şeklinde düzenlenmiştir. Ölçek 44 madde ve beş boyuttan oluşmaktadır. Kişilik özellikleri uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık, dışa dönüklük ve nörotiklik boyutlarıyla ölçülmektedir. Ölçek maddelerinin boyutlara dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

**Tablo 1. Beş Faktör Kişilik Ölçeğinin Boyutları ve Madde Numaraları**

Boyutlar	Madde Numaraları
Dışa Dönüklük	1,6*,11,16,21*,26,31*,36
Uyumluluk	2*,7,12*,17,22,27*,32,37*,42
Öz Disiplin	3,8*,13,18*,23*,28,33,38,43*
Nörotiklik	4,9*,14,19,24*,29,34*,39
Gelişime Açıklık	5,10,15,20,25,30,35*,40,41*,44

\*Ters kodlanan maddeler

### 2.4.3. Klinik Uygulama Rehberleri Tutum Ölçeği (KURTÖ)

KURTÖ, hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarını belirlemek için Tablo 2'de sunulan çalışmalardan alınan ifadeler kullanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Literatür taraması sonrasında oluşturulan form 5 uzman hekimin görüşüne sunulmuştur. Uzman hekimlerin değerlendirmeleri sonrasında formun hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarını ölçmek için uygun bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir. 5'li Likert tipindeki ölçek (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde düzenlenmiş skala ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği bu araştırma kapsamında gerçekleştirilmiştir.

Tablo 2. KUR'lara Yönelik Tutum İfadeleri ve İlgili Çalışmalar

Tutum İfadesi	Yer Aldığı Çalışmalar
Uygun bir öneri kaynağıdır	(Amer vd., 2018; Birrenbach vd., 2016; Farquhar vd., 2002; Ferrier vd., 1996; Graham vd., 2000; Halm vd., 1999; Hayward vd., 1997; Heselmans vd., 2009; 2010; Kim vd., 2010; Kunz, 2005; Larisch vd., 2009; Mounesan vd., 2013; Sinuff vd., 2007; Tunis vd., 1994; Wahabi vd., 2011)
Hasta bakım kalitesini artırabilir	(Birrenbach vd., 2016; Bochud vd., 2002; Farquhar vd., 2002; Ferrier vd., 1996; Graham vd., 2000; Hayward vd., 1997; Heidrich vd., 2005; Helwig vd., 1998; Hendaus vd., 2014; Heselmans vd., 2009; 2010; Inouye vd., 1998; James vd., 1997; Kunz, 2005; Larisch vd., 2009; Mansfield, 1995; Mounesan vd., 2013; Siriwardena, 1995; Taba vd., 2012; Tunis vd., 1994; Wahabi vd., 2011; Wolff vd., 1998)
İyi bir eğitim aracıdır	(Basedow vd., 2015; Birrenbach vd., 2016; Bochud vd., 2002; Farquhar vd., 2002; Ferrier vd., 1996; Graham vd., 2000; Gupta vd., 1997; Halm vd., 1999; Hayward vd., 1997; James vd., 1997; Kim vd., 2010; Kunz, 2005; Larisch vd., 2009; Mounesan vd., 2013; Sinuff vd., 2007; Tunis vd., 1994; Wahabi vd., 2011)
Malpraktis davalarını azaltabilir	(Basedow vd., 2015; Birrenbach vd., 2016; Dye vd., 2000; Formoso vd., 2001; Hayward vd., 1997; Hendaus vd., 2014; Kim vd., 2010; Larisch vd., 2009)
Sağlık hizmeti giderlerini azaltabilir	(Birrenbach vd., 2016; Bochud vd., 2002; Farquhar vd., 2002; Ferrier vd., 1996; Graham vd., 2000; Hayward vd., 1997; Hendaus vd., 2014; Heselmans vd., 2009; Inouye vd., 1998; Kim vd., 2010; Kunz, 2005; Larisch vd., 2009; Reiner vd., 2010; Tunis vd., 1994; Wolff vd., 1998)
Günlük tıbbi uygulamalarda faydalı bir araçtır	(Formoso vd., 2001; Heselmans vd., 2009; 2010; Taba vd., 2012)
Tarafsız uzman görüşünden oluşmaktadır	(Birrenbach vd., 2016; Ferrier vd., 1996; Graham vd., 2000; Hayward vd., 1997; Heselmans vd., 2009; 2010; Kim vd., 2010; Kunz, 2005; Larisch vd., 2009; Mounesan vd., 2013; Tunis vd., 1994; Wahabi vd., 2011)
Kalite denetimlerinde kullanılabilir	(Ferrier vd., 1996; Hayward vd., 1997)
Defansif tıbbi uygulamaları azaltabilir	(Hayward vd., 1997; Kim vd., 2010)
Hekimin düşüncelerini çok fazla kısıtlamaktadır	(Haagen vd., 2005; Kalies vd., 2017; Larisch vd., 2009)
Doktorların iş doyumunu azaltabilir	(Bochud vd., 2002; Hayward vd., 1997; Heidrich vd., 2005; Inouye vd., 1998; Kim vd., 2010)
Hekim özerkliğine karşı bir engeldir	(Basedow vd., 2015; Birrenbach vd., 2016; Bochud vd., 2002; Farquhar vd., 2002; Ferrier vd., 1996; Formoso vd., 2001; Graham vd., 2000; Halm vd., 1999; Hayward vd., 1997; Heidrich vd., 2005; Heselmans vd., 2009; 2010; Kim vd., 2010; Kunz, 2005; Larisch vd., 2009; Mounesan vd., 2013; Pogorzelska ve Larson, 2008; Reiner vd., 2010; Sinuff vd., 2007; Taba vd., 2012; Tunis vd., 1994)
Araştırma faaliyetini azaltabilir	(Bochud vd., 2002)
Klinik rutin uygulamalar hakkında çok az bilgisi olan uzmanlar tarafından geliştirilmiştir	(Birrenbach vd., 2016; Gupta vd., 1997; Kalies vd., 2017; Larisch vd., 2009)
Aşırı derecede basitleştirilmiş tiptir	(Basedow vd., 2015; Birrenbach vd., 2016; Bochud vd., 2002; Farquhar vd., 2002; Ferrier vd., 1996; Flores vd., 2000; Graham vd., 2000; Halm vd., 1999; Hayward vd., 1997; Kalies vd., 2017; Kim vd., 2010; Kunz, 2005; Larisch vd., 2009; Pogorzelska ve Larson, 2008; Sinuff vd., 2007; Taba vd., 2012; Tunis vd., 1994)
Özellikli hastalara uygulamada pratik değildir	(Farquhar vd., 2002; Heidrich vd., 2005; Siriwardena, 1995)
Özellikli hastalara uygulamada esnek değildir	(Birrenbach vd., 2016; Bochud vd., 2002; Farquhar vd., 2002; Ferrier vd., 1996; Formoso vd., 2001; Graham vd., 2000; Halm vd., 1999; Hayward vd., 1997; Heidrich vd., 2005; Kalies vd., 2017; Kim vd., 2010; Kunz, 2005; Larisch vd., 2009; Sinuff vd., 2007; Tunis vd., 1994)

#### **2.4.4. Klinik Uygulama Rehberleri Engel Ölçeği (KUREÖ)**

KUREÖ, hekimlerin KUR'ları kullanmalarının önündeki engelleri belirlemek için Tablo 3'te sunulan çalışmalardan alınan ifadeler kullanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Literatür taraması sonrasında oluşturulan form 5 uzman hekimin görüşüne sunulmuştur. Uzman hekimlerin değerlendirmeleri sonrasında formun hekimlerin KUR'ları kullanmalarının önündeki engelleri belirlemek için uygun bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir. 5'li Likert tipindeki ölçek (1) Kesinlikle Engel Değil, (5) Kesinlikle Engel şeklinde düzenlenmiş skala ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği bu araştırma kapsamında gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 3. KUR Kullanım Engel İfadeleri ve İlgili Çalışmalar**

<b>Engel İfadesi</b>	<b>Yer Aldığı Çalışmalar</b>
Çelişkili rehberlerin bulunması	(Bochud vd., 2002; El-Solh vd., 2011; Kalies vd., 2017; Larisch vd., 2009)
İçerik ile ilgili uzlaşının olmaması	(Birrenbach vd., 2016; Larisch vd., 2009; Sinuff vd., 2007)
Güncelliği ile ilgili uzlaşının olmaması	(Birrenbach vd., 2016; Larisch vd., 2009; Lugtenberg vd., 2009)
Kullanılabilir olmaması	(Birrenbach vd., 2016; Kalies vd., 2017; Lugtenberg vd., 2009; Pogorzelska ve Larson, 2008; Taba vd., 2012)
Kafa karıştırıcı olması	(Haagen vd., 2005; Kalies vd., 2017; Lugtenberg vd., 2009)
Anlaşılabilir olmaması	(Reiner vd., 2010)
Hasta doktor ilişkisinin doğasını bozması	(Mounesan vd., 2013)
Erişilebilir olmaması	(Echlin vd., 2004; Larisch vd., 2009; Mounesan vd., 2013; Sinuff vd., 2007; Taba vd., 2012)
Pratik olmaması	(Hendaus vd., 2014; Mansfield, 1995; Mounesan vd., 2013; Pogorzelska ve Larson, 2008; Reiner vd., 2010)
Kullanıcı dostu olmaması	(Larisch vd., 2009)
Aşırı teorik olması	(Heidrich vd., 2005; Heselmans vd., 2009; 2010)
Hekimin esnekliğini azaltması	(Heidrich vd., 2005; Taba vd., 2012)
Rehberleri hazırlayanlara güvensizlik	(Birrenbach vd., 2016; Larisch vd., 2009)
Farkında olmamak	(Birrenbach vd., 2016; El-Solh vd., 2011; Larisch vd., 2009; Lugtenberg vd., 2009; Mansfield, 1995; Sinuff vd., 2007)
Hasta için arzu edilen sonuçların elde edileceğine inanmamak	(Birrenbach vd., 2016; Larisch vd., 2009)
Eski uygulama alışkanlıklarından vazgeçmemek	(Birrenbach vd., 2016; Haagen vd., 2005; Kalies vd., 2017; Larisch vd., 2009; Lugtenberg vd., 2009; Pogorzelska ve Larson, 2008)
Alışkın olmamak	(Birrenbach vd., 2016; Larisch vd., 2009; Lugtenberg vd., 2009; Sinuff vd., 2007)
Rehberleri kullanma yönünde teşvik olmaması	(Kalties vd., 2017; Sinuff vd., 2007)
Doktorlar arasında rehberlerin uygulanması yönünde fikir birliği bulunmaması	(Heidrich vd., 2005; Mounesan vd., 2013)
Zaman yetersizliği	(Birrenbach vd., 2016; Echlin vd., 2004; Heidrich vd., 2005; Heselmans vd., 2009; 2010; Larisch vd., 2009; Lugtenberg vd., 2009; Pogorzelska ve Larson, 2008; Sinuff vd., 2007; Taba vd., 2012; van Dijk vd., 2010)
Rehberleri uygulamak için gerekli imkânın olmaması	(Heselmans vd., 2009; 2010; Lugtenberg vd., 2009; Taba vd., 2012)
Hasta popülasyonuna uygulanamaması	(Birrenbach vd., 2016)
Hasta tercihleriyle uyumlu olmaması	(Birrenbach vd., 2016; Lugtenberg vd., 2009; Taba vd., 2012)
Çoklu hastalığa sahip kişilere uygulanamaması	(Birrenbach vd., 2016; Boyd vd., 2005; Hughes vd., 2012; Shea vd., 2007)

## 2.5. GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZİ

Araştırmacılar, araştırma amaçlarına uygun veriyi elde etmek için anket, mülakat, gözlem vs. gibi veri toplama araçları kullanabilmektedir. Fakat kullanılan veri toplama aracı her ne olursa olsun toplanan verilerin doğruluğunu kanıtlamak ve araştırma sonunda elde edilen sonuçları evrene genelleyebilmek için veri toplama araçlarının objektif olması

gerekmektedir. Bunun için gerçekleştirilen çalışmalarda iki husus büyük önem taşımaktadır. Bunlar geçerlilik ve güvenilirliktir. Araştırmada kullanılan önceden geliştirilmiş veya yeni geliştirilmekte olan bir ölçeğin standardize olması ve daha sonrada uygun bilgiler üretebilmesi için geçerlilik ve güvenilirliğinin sağlanması gerekmektedir (Altunışık vd., 2012; Erdoğan vd., 2014).

Geçerlilik, bir ölçeğin ölçülmesi istenen şeyi doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçme derecesidir (Alpar, 2006; Altunışık vd., 2012). Güvenilirlik ise, bir ölçme aracının ölçmek istenen şeyi duyarlı, istikrarlı ve birbiriyle tutarlı bir şekilde ölçme derecesidir (Altunışık vd., 2012; Erdoğan vd., 2014). Geçerlilik ve güvenilirlik arasında bir bağ bulunmaktadır. Bir ölçek mükemmel bir geçerliliğe sahipse, aynı zamanda mükemmel bir güvenilirliğe de sahip olmaktadır. Bir ölçeğin güvenilir olmaması geçerliliğini riske sokmaktadır. Bir ölçeğin güvenilir olması, geçerliliğinin sağlandığı anlamına gelmemektedir. Geçerliliğin sağlanması için güvenilirliğin sağlanması gereklidir fakat yeterli değildir (Altunışık vd., 2012).

### **2.5.1. Araştırmada Kullanılan Geçerlilik Yöntemleri**

Araştırmada veri toplama amacıyla kullanılan ölçeklerin geçerliliğini belirlemek için kullanılan yöntemlere ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır.

#### **2.5.1.1. Yapı Geçerliliği**

Araştırmalarda kimi özellikler doğrudan ölçülememektedir. Yapı geçerliliği, doğrudan ölçülemeyen fakat kuramsal olarak varlığı bilinen soyut bir kavramı ölçmek için kullanılan bir ölçeğin ne denli başarılı olduğu, ölçmek istediği kavramı ne derece ölçebildiğidir (Alpar, 2006; Büyüköztürk, 2017; Erdoğan vd., 2014). Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden birisi de faktör analizidir. Faktör analizi, açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere iki yöntem kullanılarak yapılmaktadır (Erdoğan vd., 2014).



### 2.5.1.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

Açıklayıcı Faktör analizi, birbirleriyle ilişkisi olan çok sayıda değişkeni kavramsal ve kuramsal olarak belirli sayıda gruplara ayırarak, her gruptaki değişkenler arasındaki ilişkiyi maksimize, gruplar arasındaki ilişkiyi minimize ederek grupları yeni değişkenler (faktör, boyut) haline getiren bir istatistik tekniğidir. AFA, mevcut olduğu bilinen fakat direk olarak gözlemlenemeyen gizli faktörleri ortaya çıkarmakta ve çok fazla değişkenden oluşan veri setini basitleştirmektedir. AFA sonucunda ortaya çıkan faktörlerle regresyon, korelasyon gibi analizler yapılabilmektedir (Karagöz, 2016).

AFA'da verilerin faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Katsayısı ve Bartlett Küresellik Testi ile değerlendirilmektedir (Büyüköztürk, 2017; Çokluk vd., 2010; Karagöz, 2016). KMO testinde gözlenen korelasyon katsayılarının büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğü karşılaştırılmakta ve örneklem yeterliliği değerlendirilmektedir. KMO test değeri 0 ile 1 arasında değişmekle birlikte 0.50 altında olan değerler faktör analizinin gerçekleştirilemeyeceğini göstermekte, 0.50 zayıf, 0,60 orta, 0,70 iyi, 0,80 çok iyi ve 0,90 mükemmel olarak değerlendirilmektedir (Altunışık vd., 2012; Karagöz, 2016). Bartlett Küresellik testinde değişkenler arasında ilişki kısmi korelasyon bağlamında değerlendirilmektedir. Bu test sonucunda hesaplanan ki-kare değerinin anlamlı çıkması ( $p < 0,05$ ) değişkenler arasında yüksek düzeyde korelasyon olduğunu ve verilerin çoklu normal dağılımdan geldiğini göstermektedir (Büyüköztürk, 2017; Karagöz, 2016).

Faktör sayısının belirlenmesinde özdeğer ve varyans yüzdesi kullanılmaktadır. Özdeğer, faktörler tarafından açıklanan toplam varyansı göstermekte ve faktör sayısına karar verilirken özdeğeri bir ve daha büyük olan faktörler dikkate alınmaktadır (Büyüköztürk, 2017; Karagöz, 2016). Faktör sayısının belirlenmesinde dikkate alınan diğer bir değer olan varyans yüzdesi her bir faktör tarafından açıklanan toplam varyanstaki bölümü ifade etmektedir (Altunışık vd., 2012). Sosyal bilimlerde toplam varyans yüzdesinin %40 ile %60 arasında olması yeterli görülmektedir (Karagöz, 2016).

AFA'da ölçeğin kaç faktörden oluşacağı belirlendikten sonra her faktöre ilişkin değişken sayısı ve değişkenlerin ilgili faktörlere dağılımı değerlendirilmektedir. Faktörlerde yer alacak maddelerin belirlenmesinde maddelerin faktör altındaki faktör yükleri dikkate

alınmaktadır. Faktör yükleri maddelerin her faktördeki ağırlığını gösteren bir katsayısı olup bir madde hangi faktör altında en yüksek değeri almışsa, o faktörün elemanı olarak kabul edilmektedir. Madde faktör yükünün 0.45 değerinden düşük olması halinde atılması gerektiği belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2017; Nakip, 2003).

#### 2.5.1.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Doğrulayıcı faktör analizi önceden oluşturulan bir modelle gözlenen değişkenlere dayalı olarak gizli (faktör) değişken oluşturma işlemidir. DFA ölçek geliştirme çalışmalarının yanı sıra daha önce keşfedilmiş ve farklı çalışmalarda kullanılmış bir yapının doğrulanmasında kullanılmaktadır. DFA, AFA sonucunda ortaya konan faktörlerin hipotez ile belirlenen faktör yapılarına uygunluğunu test etmekte kullanılmaktadır. Kısacası teoride var olan kavramsal model araştırmada elde edilen veri ile test edilmeye çalışılmaktadır (Bayram, 2010; Karagöz, 2016; Meydan ve Şeşen, 2011).

DFA'da genellikle iki modelle analizler gerçekleştirilmektedir (Byrne, 1998; Sümer, 2000). Bu modeller;

1. Birinci Düzey Çok Faktörlü Model: Gözlenen değişkenlerin iki ve daha fazla, birbiriyle bağlantısız faktörlerde toplandığı modeldir.
2. İkinci Düzey Çok Faktörlü Model: Gözlenen değişkenlerin öncelikle iki ve daha fazla, birbiriyle bağlantısız faktörler altında toplandığı, daha sonra bu faktörlerin daha geniş ve kapsayıcı bir faktör altında birleştiği modeldir (Meydan ve Şeşen, 2011).

DFA ve yapısal eşitlik modellemesi temelde aynı mantığa dayanmakta ve aynı hesaplama tekniğini kullanmaktadır (Bayram, 2010). Yapısal eşitlik modellemesinin (YEM) temel varsayımlarından birisi çok değişkenli normalliktir. Çok değişkenli normallik için çok değişkenli basıklık (mardia katsayısı) ve kritik oran değerine bakılmaktadır. Kritik oran değerinin 1,96'dan büyük olması verilerin çoklu normallik varsayımını karşılamadığını göstermektedir (Karagöz, 2016). Kline (2011) 8'den büyük olması durumunda verilerin çok değişkenli normal dağılıma uymadığını, 10'dan büyük olması durumunda bir sorun teşkil ettiğini, 20'den büyük olması durumunda ise ciddi bir sorun olduğunu ifade etmektedir. Çok değişkenli normallik YEM'de önemli bir varsayım olup dikkate alınmadığında, sonuçların yanlış çıkmasına sebep olabilmektedir. Çok değişkenli

normalliğin sağlanamadığı verilerde tahmin yöntemi olarak dağılımdan bağımsız veya ağırlıklı yöntemlerin kullanılması önerilmektedir (Raykov ve Marcoulides, 2006). Araştırmada test edilen modellerin çok değişkenli normallik kritik oran değerinin yüksek olması nedeniyle tahmin yöntemlerinden ağırlıklandırılmamış en küçük kareler (Unweighted Least Squares-ULS) yöntemi kullanılmıştır.

YEM ile yapılan analizlerde test edilen modellerin verilerle uyumluluğunu belirlemek için uyum indekslerine bakılmaktadır. Modellerin uyumunu değerlendirmede kullanılan birden fazla uyum indeksi bulunmaktadır (Karagöz, 2016). YEM modellerinin raporlanmasında hangi uyum indekslerinin kullanılacağı kesin olarak belli olmamakla birlikte her çalışmada ki-kare ( $\chi^2$ ), serbestlik derecesi (sd), iyilik uyum indeksi değerleri (Goodness Of Fit Index-GFI, Adjustment Goodness Of Fit Index-AGFI) mutlaka verilmekte, amaca uygun olarak diğer indekslerden bir iki tanesi de raporlanmaktadır (Meydan ve Şeşen, 2011). Araştırmada kullanılan uyum indeksleri uyum değerleri Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4. Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İndeksleri Uyum Ölçütleri**

Uyum İndeksleri	İyi Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
$\chi^2/sd$	$0 \leq \chi^2/sd \leq 3$	$3 \leq \chi^2/sd \leq 5$
GFI	$0,90 \leq GFI \leq 1,00$	$0,85 \leq GFI \leq 0,90$
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1,00$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1,00$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$
RMR	$0,00 \leq RMR \leq 0,05$	$0,05 \leq RMR \leq 0,08$

**Kaynak:** (Karagöz, 2016; Meydan ve Şeşen, 2011; Schermelleh-Engel vd., 2003)

Modelin uyumunu gösteren diğer bir gösterge ise doğrulanmış olan modelde doymuş (saturated) modelin ki-kare değerinin 0,000 ve bağımsız (independent) modelin ki-kare değerinin ise maksimum olmasıdır (Bayram, 2010).

#### 2.5.1.2. Yakınsak ve İraksak Geçerlilik

Yapı geçerliği sağlandıktan sonra değerlendirilmesi gereken diğer geçerlilik türleri ise yakınsak ve ayırt edici (ıraksak) geçerliliğdir. Yakınsak geçerlilik, gerçekleştirilen AFA ve DFA sonucunda aynı faktör altında toplanan maddelerin birbirleriyle yüksek seviyede korelasyon göstermeleri, diğer faktörler altında toplanan maddelerle düşük seviyede korelasyon göstermeleri olarak ifade edilmektedir. Ölçeğin yakınsak geçerliği için

Ortalama Açıklanan Varyans (OAV) değerinin hesaplanması gerekmektedir. OAV bir faktör altında toplanan maddelerin faktör yüklerinin karelerinin toplamının ortalamasını ifade etmektedir. Her faktör için ayrı ayrı hesaplanmakta ve değerlendirilmektedir (Yaşlıoğlu, 2017). Ölçeğin yakınsak geçerliği için OAV değerinin 0,5'den yüksek ve kompozit güvenilirlik katsayısından da düşük olması gerekmektedir (Fornell ve Larcker, 1981; Hair vd., 2009). Ancak Bagozzi ve Yi (1988) OAV değerinin 0,40'tan yüksek olmasının yeterli olacağını ifade etmektedir.

İraksak geçerlilik, AFA ve DFA sonucunda ortaya konan faktörlerin kendi aralarında belirli düzeyde korelasyon değerine sahip olmalarını ifade etmektedir. Yani faktörlerin ne çok yüksek seviyede ne de çok düşük seviyede korelasyon değerlerine sahip olmasıdır. Çünkü çok yüksek seviyede korelasyon faktörlerin birleştirilmesini gerektirirken çok düşük seviyede korelasyon faktörlerin aynı ölçek içerisinde yer almamasını gerektirmektedir. Kısacası, her faktör kendi içerisinde yüksek seviyede korelasyona sahipken faktörlerin kendi arasında da orta seviyede korelasyonun olması gerekmektedir (Gül ve Sözbilir, 2015). İraksak geçerlilik maddelerin kendi faktörleri dışındaki faktörlerle kendi faktöründen daha az korelasyon içerisinde olmasını ifade etmektedir (Yaşlıoğlu, 2017). Ölçeğin iraksak geçerliliği için her bir faktörün OAV değerinin karekökü hem 0,50'den hem de diğer faktörlerle olan korelasyon katsayısından daha yüksek olmalıdır (Fornell ve Larcker, 1981).

## 2.5.2. Araştırmada Kullanılan Güvenilirlik Yöntemleri

Araştırmada veri toplama amacıyla kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini değerlendirmek için kullanılan yöntemlere ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır.

### 2.5.2.1. Cronbach's Alpha Katsayısı

Güvenilirlik çalışmalarında en fazla kullanılan yöntem Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı olup Likert tipi ölçeklerde sıklıkla kullanılmaktadır (Alpar, 2006; Altunışık vd., 2012; Erdoğan vd., 2014). Cronbach's Alpha katsayısı, ölçeğe ilişkin tüm ikiye ayırma kombinasyonları sonucu hesaplanan alfa katsayıların ortalamasını göstermektedir (Altunışık vd., 2012). Bir ölçekte yer alan ifadelerin iç tutarlılığını (homojenliğini) gösteren Cronbach's Alpha katsayısı ölçekteki ifadelerin bir yapıyı açıklamakta bir bütünlük oluşturup oluşturmadığı hakkında bilgi vermektedir. Alfa katsayısının yüksek değerde

olması tüm ifadelerin birlikte çalıştığı yorumunun yapılmasını sağlamaktadır (Alpar, 2006). Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı 0 ile 1 arasında bir değer alabilmekte ve kabul edilebilir olması için en az 0,7 olması istenmektedir (Altunışık vd., 2012; Büyüköztürk, 2010; Urbina, 2004).

#### 2.5.2.2. Kompozit Güvenilirlik

Kompozit (birleşik) güvenilirlik, iki ve daha fazla sayıda, heterojen, ancak benzer olan ifadelerin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (Raykov, 1998). Cronbach's Alpha, ölçekte bulunan madde sayısından etkilenmekte ve madde sayısı arttıkça alfa değeri de artmakta, fakat bu artış gerçek bir değeri yansıtmayabilmektedir. Bu nedenden dolayı kompozit güvenilirlik, Cronbach's Alpha iç tutarlılığına alternatif veya kontrol aracı olarak kullanılmaktadır (Altunışık vd., 2012; Yaşlıoğlu, 2017). Kompozit güvenilirlik değerinin de Cronbach's Alpha değeri gibi 0.70'den büyük olması beklenmektedir (Fornell ve Larcker, 1981; Hair vd., 2009; Yaşlıoğlu, 2017).

### 2.6. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırma evreni Ankara ilinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet veren Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hekimlerden oluşmaktadır. Hastane bünyesinde 567 hekim görev yapmaktadır. Örneklem hesabında 567 kişilik evren için %95'lik güven düzeyinde örneklem sayısının 229 olması gerektiği belirlenmiştir.

$$n = \frac{N \times p \times q \times Z^2}{[(N-1) \times t^2] + (p \times q \times Z^2)} = \frac{567 \times 0,5 \times 0,5 \times 1,96^2}{[(567-1) \times 0,05^2] + (0,5 \times 0,5 \times 1,96^2)} = 229$$

Formülde n örneklem sayısını, N evren sayısını, p incelenen özelliğin gerçekleşme olasılığını, q incelenen özelliğin gerçekleşmeme olasılığını, Z güven düzeyine göre t tablosu teorik değerini ve t kabul edilebilir hata oranını ifade etmektedir.

Araştırma sürecinde 01.05.2017 – 30.11.2017 tarihleri arasında katılımcılara yüz yüze anket uygulaması yapılmış, toplanan geçerli anket sayısı 245 olmuş ve evrenin %43,2'sine ulaşılmıştır. Geçerli anket sayısının hesaplanan örneklem sayısından fazla olması nedeniyle araştırma örnekleminin evreni temsil ettiği değerlendirilmektedir.

Araştırma etik kurul izni Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek-3), araştırmanın uygulanmasına ilişkin idari izin Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği'nden (Ek-4) alınmıştır.

## 2.7. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma kapsamında toplanan veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 23.0 istatistik paket programı ile analize hazır hale getirilmiş ve analizler gerçekleştirilmiştir. Verilerin normallik varsayımını karşılayıp karşılamadığı Kolmogorov-Smirnov ile Shapiro-Wilk normallik testlerinin yanı sıra çarpıklık ve basıklık değerlerine göre değerlendirilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 2$  aralığında olması durumunda verilerin normal dağılıma uygun olduğu değerlendirilmiştir (Field, 2000, 2009; Gravetter ve Wallnau, 2014; Trochim ve Donnelly, 2006). Tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzdeler, minimum ve maksimum değerler, aritmetik ortalama, standart sapma; gruplar arası istatistiksel karşılaştırmalarda verilerin her grup için normal dağılım varsayımını karşılamamasından dolayı Kruskal Wallis H ve Mann Whitney U Analizi; ölçeklerin yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi; değişkenler arası ilişkilerin belirlenmesinde Pearson Korelasyon Analizi; bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisini belirlemek için basamaklı Çoklu Regresyon Analizi kullanılmıştır. Çoklu regresyon analizinde niteliksel ya da kategorik değişkenler için kukla kodlama tekniği ile göstermelik (dummy) değişkenler oluşturulmuştur. İstatistiksel olarak  $p < 0.05$  değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Araştırma verileri Analysis of Moment Structures (AMOS) 24.0 programı ile analiz edilirken ölçeklerin yapı geçerliliği için Doğrulayıcı Faktör Analizi; değişkenler arasındaki aracılık etkilerinin belirlenebilmesi için Yapısal Regresyon Analizi kullanılmıştır. Gerçekleştirilen analizlerde model uyumunun değerlendirilmesinde dikkate alınan uyum iyiliği indeksleri ve uyum değerleri Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri bölümünde Tablo 4'te verilmiştir.

### 3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına yönelik gerçekleştirilen analizler sonucunda elde edilen bulgular sunulmuştur. Öncelikle araştırmada kullanılan ölçeklere ait geçerlilik ve güvenilirliğe ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Daha sonra sosyo-demografik özelliklere, KUR'lara yönelik tutum ve KUR kullanım engelleri ifadelerine ve KUR kullanım sıklığı, KUR kullanımının zorunlu olup olmaması, KUR bilgi kaynakları ve KUR'lar hakkında bilgilendirmeye ilişkin tanımlayıcı bulgular sunulmuştur. Devamında sosyo-demografik özellikler, kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik tutum, KUR kullanım engelleri, KUR kullanım sıklığı ve KUR kullanımının zorunluluğuna ilişkin farklılık, korelasyon ve regresyon analizlerine ilişkin bulgular verilmiştir. Son olarak kişilik özellikleri ile KUR kullanım sıklığı ve kullanımın zorunluluğu arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutum ve KUR kullanım engellerinin aracılık rolüne ilişkin bulgular sunulmuştur.

#### 3.1. ÖLÇEKLERİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Bu bölümde araştırma kapsamında hekimlerin kişilik özelliklerini değerlendirmek için kullanılan BFKÖ, hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarını değerlendirmek için kullanılan KURTÖ ve KUR kullanımının önündeki engelleri değerlendirmek için kullanılan KUREÖ'ye ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik analiz bulguları sunulmuştur.

##### 3.1.1. Beş Faktör Kişilik Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği

Ölçeğin geçerlilik çalışmalarında öncelikle yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmış, ıraksak geçerlilik için Ortalama Açıklanan Varyans (OAV) değerlerinin kareköklerine bakılmıştır.

BFKÖ'nün yapı geçerliliğini belirlemek için Basım vd. (2009) tarafından yapılan birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizinde 44 maddelik orijinal ölçeğin uyum iyiliği indeksleri,  $\chi^2/sd=2,39$ ,  $RMSEA=0,059$ ,  $CFI=0,82$ ,  $TLI=0,79$  olarak bulunmuş ve yapı geçerliliğinin sağlanmadığı görülmüştür. Uyum iyiliğinin artırılabilmesi için faktör yükleri 0,40'ın altında olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. 36 madde kalan ölçeğin uyum iyiliği indeksleri,  $\chi^2/sd=2,03$ ,  $RMSEA=0,049$ ,  $CFI=0,93$ ,  $TLI=0,91$  olarak bulunmuştur. Leung

vd. (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmada 29 maddeye düşen BFKÖ DFA değerleri  $\chi^2=813,8$ ,  $sd=367$ ,  $CFI=0,835$ ,  $SRMR=0,075$ ,  $RMSEA=0,054$  olarak bulunmuştur. Gurven vd. (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada BFKÖ DFA değerleri  $\chi^2=314$ ,  $RMSEA=0,062$ ,  $CFI=0,823$  olarak bulunmuştur. Bu araştırmada DFA sonucunda 43 maddeye düşen BFKÖ'nün uyum iyiliği değerleri uyum düzeyinin üzerinde bulunmuştur.

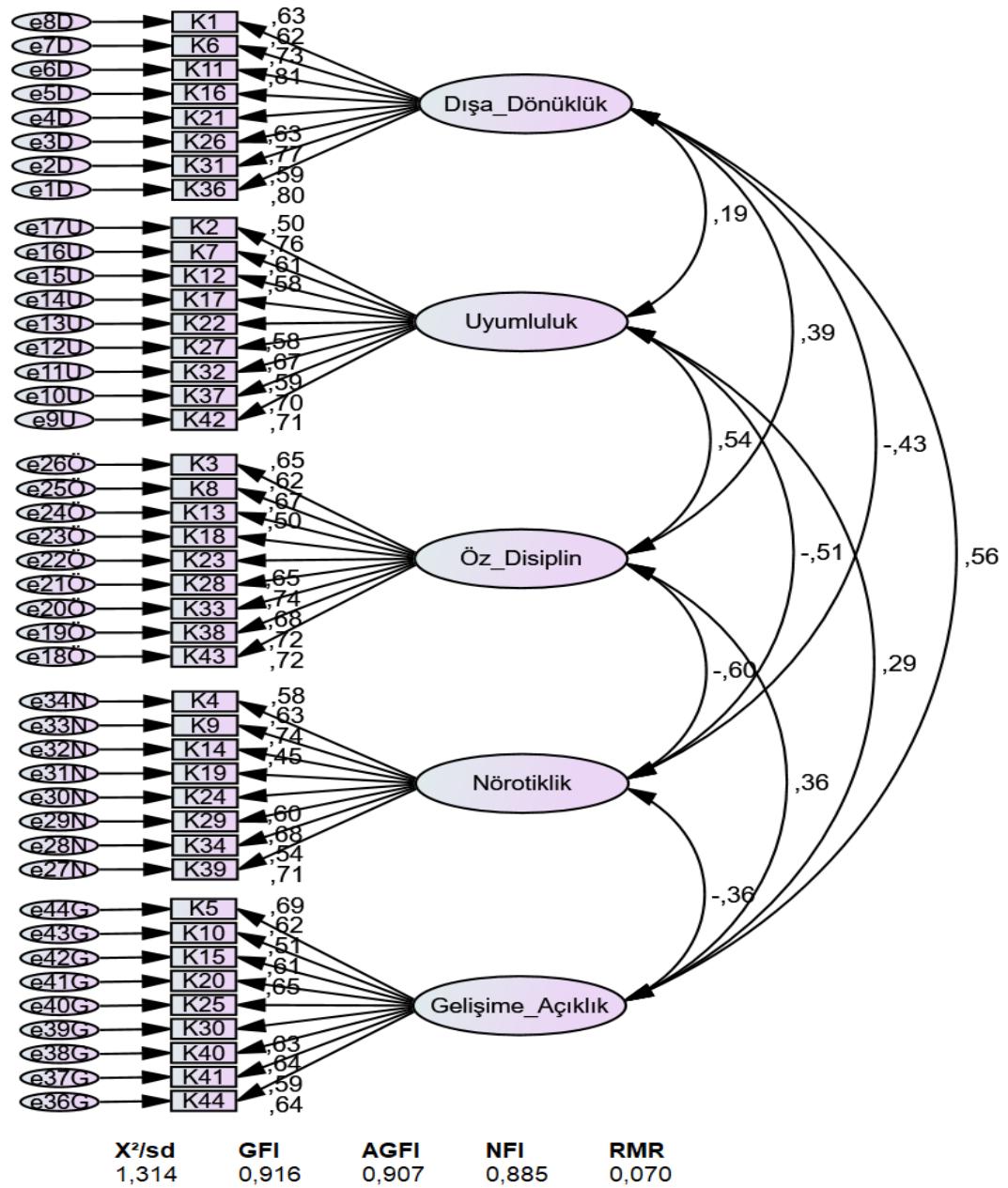
#### 3.1.1.1. Beş Faktör Kişilik Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

BFKÖ yapı geçerliğinin belirlenmesi için YEM ile gerçekleştirilen DFA analizde 44 maddenin çoklu değişkenlik oranının yüksek olması (multivariate kurtosis= 376,514; c.r.=46,314) sebebiyle tahmin yöntemlerinden ağırlıklandırılmamış en küçük kareler (Unweighted Least Squares-ULS) yöntemi kullanılmıştır.

5 boyut ve 44 madde ile gerçekleştirilen birinci düzey çok faktörlü model DFA bulgularına göre gelişime açıklık boyutuna ait 35 numaralı maddenin faktör yükü ( $r=0,323$ ) düşük olduğundan dolayı bu madde analizden çıkarılmıştır. 5 boyut ve 43 madde kalan BFKÖ için iki ayrı model ile verilerin modele uyumu test edilmiştir. BFKÖ için uygulanan DFA modelleri aşağıda sunulmuştur.



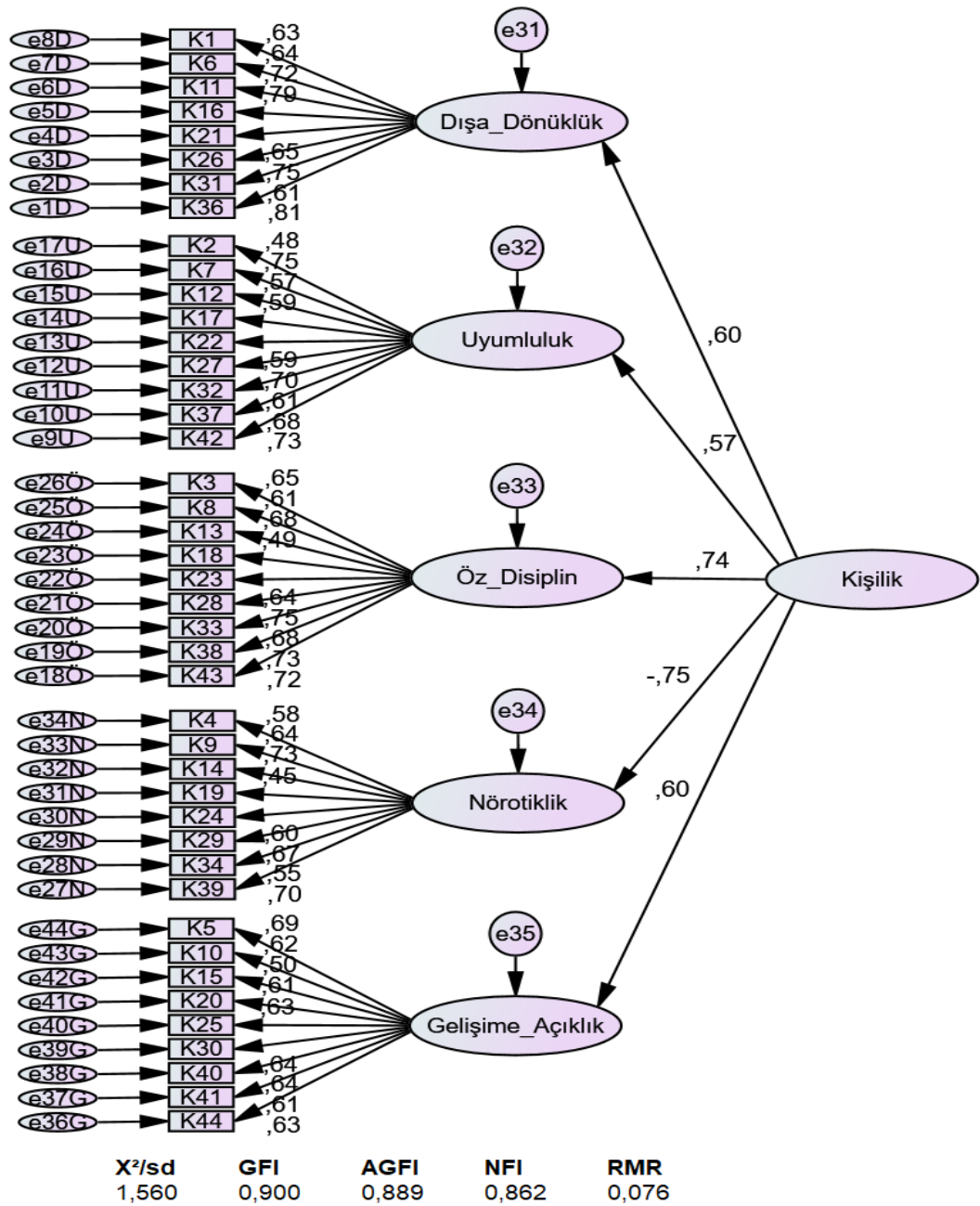
1. Birinci Düzey Çok Faktörlü Model: BFKÖ birinci düzey çok faktörlü modeli Şekil 2'de sunulmuştur.



Şekil 2. Beş Faktör Kişilik Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model

Şekil 2'de görüldüğü üzere her ne kadar NFI değeri kabul edilebilir uyum düzeyinin altında olsa da X<sup>2</sup>/sd, GFI, AGFI ve RMR değerleri kabul edilebilir uyum düzeyinin üzerindedir. Bu sonuçlara göre birinci düzey çok faktörlü modelin verilerle uyumlu, geçerli ve uygun bir model olduğu görülmektedir. Yapılan birinci düzey çok faktörlü modelde doymuş model (X<sup>2</sup>=0,000) ve bağımsız model için (X<sup>2</sup>=9673,837) ki-kare değerleri modelin uyumunu desteklemektedir.

2. İkinci Düzey Çok Faktörlü Model: BFKÖ ikinci düzey çok faktörlü modeli Şekil 3'te sunulmuştur.



Şekil 3. Beş Faktör Kişilik Ölçeği İkinci Düzey Çok Faktörlü Model

Şekil 3'te görüldüğü üzere her ne kadar NFI değeri kabul edilebilir uyum düzeyinin altında olsa da  $X^2/sd$ , GFI, AGFI ve RMR değerleri kabul edilebilir uyum düzeyinin üzerindedir. Bu sonuçlara göre ikinci düzey çok faktörlü modelin verilerle uyumlu, geçerli ve uygun bir model olduğu görülmektedir. Yapılan ikinci düzey çok faktörlü modelde doymuş model ( $X^2=0,000$ ) ve bağımsız model için ( $X^2=9673,837$ ) ki-kare değerleri modelin uyumunu desteklemektedir.

BFKÖ için yapılan iki farklı DFA model uyum indekslerine göre birinci düzey çok faktörlü model ve ikinci düzey çok faktörlü model değerlerinin uyum düzeyinin üzerinde olduğu görülmektedir. Uyum indeksleri en iyi düzeyde olan model birinci düzey çok faktörlü modeldir. Bu sonuçlar araştırma verilerinin model ile uyumlu olduğunu göstermekte ve modelin yapısal geçerliliğini desteklemektedir. BFKÖ birinci düzey çok faktörlü modele ilişkin faktör yükleri Tablo 5'te sunulmuştur.

**Tablo 5. Beş Faktör Kişilik Ölçeği Faktör Yükleri**

Boyutlar	Gözlenen Değişkenler	Faktör Yüğü
Dışa Dönüklük	K16	0,814
	K36	0,804
	K26	0,773
	K11	0,735
	K1	0,629
	K21	0,626
	K6	0,624
Uyumluluk	K31	0,588
	K7	0,759
	K42	0,708
	K37	0,702
	K27	0,674
	K12	0,612
	K32	0,594
	K17	0,581
Öz Disiplin	K22	0,580
	K2	0,496
	K28	0,742
	K43	0,718
	K38	0,715
	K33	0,681
	K13	0,672
	K3	0,654
Nörotiklik	K23	0,653
	K8	0,625
	K18	0,500
	K14	0,737
	K39	0,706
	K29	0,681
	K9	0,627
Gelişime Açıklık	K24	0,598
	K4	0,582
	K34	0,539
	K19	0,449
	K5	0,688
	K25	0,651
	K44	0,642
	K40	0,635
K30	0,626	
	K10	0,618
	K20	0,613
	K41	0,594
	K15	0,512

Tablo 5'te görüldüğü gibi BFKÖ'nün Dışa Dönüklük boyutu 8 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,814 – 0,588 arasında yer almakta, Uyumluluk boyutu 9 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,759 – 0,496 arasında yer almakta, Öz Disiplin boyutu 9 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,742 – 0,500 arasında yer almakta, Nörotiklik boyutu 8 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,737 – 0,449 arasında yer almakta, Gelişime Açıklık boyutu 9 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,688 – 0,512 arasında yer almaktadır.

BFKÖ boyutlarına ilişkin istatistiki bilgiler Tablo 6'da verilmiştir. Tablo 6'da görüldüğü gibi en yüksek ortalamaya sahip boyut 3,98 (Ss=0,568) ile öz disiplin iken en düşük ortalamaya sahip boyut 2,40 (Ss=0,680) ile nörotiklik. Tüm boyutların çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 2$  aralığında olmasından dolayı normal dağılıma uygun olduğu değerlendirilmektedir.

**Tablo 6. Beş Faktör Kişilik Ölçeği Boyutlarına İlişkin İstatistiki Bilgiler**

<b>BFKÖ Boyutları</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Ss</b>	<b>Çarpıklık</b>	<b>Basıklık</b>
Uyumluluk	245	3,71	0,552	- 0,564	0,088
Öz Disiplin	245	3,98	0,568	-0,915	0,473
Gelişime Açıklık	245	3,39	0,620	0,025	0,215
Dışa Dönüklük	245	3,36	0,697	-0,265	-0,428
Nörotiklik	245	2,40	0,680	0,447	-0,001

BFKÖ'nün uygulandığı farklı çalışmalarda nörotiklik boyutu en düşük ortalamaya sahip boyut olurken diğer boyutların sıralamasının değişkenlik gösterdiği görülmüştür. Yapılan çalışmalar arasında uyumluluk boyutunun en yüksek (Beğenirbaş, 2013; Çetin, 2008; Kaptangil ve Erenler, 2014; Lievens vd., 2002; Yusof vd., 2016), gelişime açıklık boyutunun en yüksek (Özutku ve Altındış, 2011; Song ve Shi, 2017; Uğurlu, 2012; Uzuntarla, 2015), öz disiplin boyutunun en yüksek (Drosdeck vd., 2015) olduğu çalışmalar bulunmaktadır.

BFKÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmelerinde kullanılan değerler Tablo 7'de sunulmuştur.

**Tablo 7. Beş Faktör Kişilik Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Değerleri**

	Uyumluluk	Öz Disiplin	Gelişime Açıklık	Dışa Dönüklük	Nörotiklik
Uyumluluk	(0,638)				
Öz Disiplin	0,462**	(0,665)			
Gelişime Açıklık	0,251**	0,313**	(0,621)		
Dışa Dönüklük	0,166**	0,349**	0,476**	(0,704)	
Nörotiklik	-0,419**	-0,503**	-0,311**	-,386**	(0,621)
Cronbach Alfa	0,859	0,866	0,846	0,883	0,829
Kompozit Güvenilirlik	0,859	0,876	0,849	0,885	0,831

\*\*p<0,01; (Karekök OAV)

Tablo 7’de görüldüğü gibi bütün boyutlar arasında anlamlı ilişki vardır. Uyumluluk ile öz disiplin boyutları arasında aynı yönlü ( $r=0,462$ ;  $p<0,01$ ), uyumluluk ile gelişime açıklık boyutları arasında aynı yönlü ( $r=0,251$ ;  $p<0,01$ ), uyumluluk ile dışa dönüklük boyutları arasında aynı yönlü ( $r=0,166$ ;  $p<0,01$ ), öz disiplin ile gelişime açıklık boyutları arasında aynı yönlü ( $r=0,313$ ;  $p<0,01$ ), öz disiplin ile dışa dönüklük boyutları arasında aynı yönlü ( $r=0,349$ ;  $p<0,01$ ), gelişime açıklık ile dışa dönüklük boyutları arasında aynı yönlü ( $r=0,476$ ;  $p<0,01$ ), nörotiklik ile uyumluluk boyutları arasında ters yönlü ( $r=-0,419$ ;  $p<0,01$ ), nörotiklik ile öz disiplin boyutları arasında ters yönlü ( $r=-0,503$ ;  $p<0,01$ ), nörotiklik ile gelişime açıklık boyutları arasında ters yönlü ( $r=-0,311$ ;  $p<0,01$ ) ve nörotiklik ile dışa dönüklük boyutları arasında ters yönlü ( $r=-0,386$ ;  $p<0,01$ ) ilişki bulunmaktadır. Bu durum, ölçeğin güçlü bir iç tutarlılığının olduğunu göstermektedir. BFKÖ boyutlarına ilişkin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0,829 ile 0,883 arasında, kompozit güvenilirlik katsayısı 0,831 ile 0,885 arasındadır. Bu bulgular ölçeğin yüksek düzeyde güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Boyutlara ilişkin karekök OAV değerleri (uyumluluk=0,638; öz disiplin=0,665; gelişime açıklık=0,621; dışa dönüklük=0,704; nörotiklik=0,621) hem 0,50’den hem de boyutlar arası korelasyon katsayılarından daha yüksektir. Bu bulgular ölçeğin iraksak geçerliliğinin olduğunu göstermektedir.

BFKÖ’nün alt boyutlara ait güvenilirlik katsayıları Schmitt vd. (2007) tarafından gerçekleştirilen uluslararası çalışmada 0,64-0,77 arasında, Song ve Shi (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada 0,70-0,77 arasında, Shi vd. (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada 0,65-0,72 arasında bulunmuştur. Türkiye’de gerçekleştirilen farklı çalışmalarda da alt boyutlara ilişkin güvenilirlik katsayıları 0,67-0,83 (Ülke, 2006),

0,60-0,73 (Basım vd., 2009), 0,77-0,81 (Ulu ve Tezer, 2010), 0,63-0,78 (Beğenirbaş, 2013), 0,64-0,77 (Sümer vd., 2005), 0,77-0,86 (Gültaş, 2014), 0,60-0,73 (Çetin, 2008) ve 0,66-0,86 (Uzuntarla, 2015) arasında bulunmuştur.

### 3.1.2. Klinik Uygulama Rehberleri Tutum Ölçeği (KURTÖ) Geçerlilik ve Güvenilirliği

Ölçeğin geçerlilik çalışmalarında öncelikle yapı geçerliliği için AFA ve sonrasında boyutlar altında kalan maddeler ile DFA yapılmış, yakınsak geçerlilik için OAV değerlerine, ıraksak geçerlilik için karekök OAV değerlerine bakılmıştır.

#### 3.1.2.1. Klinik Uygulama Rehberleri Tutum Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi

Ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla yapılan AFA'da verilerin analize uygunluğuna ilişkin KMO ve Barlett Test sonuçları Tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo 8. KUR Tutum Ölçeği KMO ve Barlett Test Sonuçları 1**

<b>Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Ölçütü</b>		0,889
<b>Bartlett Küresellik Testi</b>	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	2226,724
	Serbestlik Derecesi	153
	Anlamlılık	0,000

Tablo 8'de görüldüğü gibi KMO örneklem yeterliliği 0,889, Bartlett Küresellik Test değeri 2226,724 ( $p=0,000$ ) bulunmuş ve bu bulgularla ölçeğin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

KURTÖ'ye öncelikle boyut sınırlandırılması yapılmadan Temel Bileşen Analizi ve Varimax yöntemleri ile AFA yapılmıştır. Analiz sonrası Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu (Tablo 9) ve Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu (Tablo 10) aşağıda verilmiştir. Analiz sonucunda değişkenlerin 4 boyutta toplandığı ve açıklanan varyans değerinin %64,684 olduğu görülmüştür.

Tablo 9. KUR'lara Yönelik Tutum İfadeleri Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu 1

Bileşen	Başlıca Öz Değerler			Kareli Yükler Toplamının Çıkarımı			Kareli Yükler Toplamının Rotasyonu		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	6,978	38,764	38,764	6,978	38,764	38,764	3,938	21,876	21,876
2	2,432	13,509	52,273	2,432	13,509	52,273	3,416	18,977	40,853
3	1,160	6,445	58,718	1,160	6,445	58,718	2,566	14,253	55,106
4	1,074	5,965	64,684	1,074	5,965	64,684	1,724	9,577	64,684
5	0,863	4,792	69,476						
6	0,765	4,248	73,724						
7	0,633	3,519	77,243						
8	0,578	3,211	80,454						
9	0,518	2,879	83,333						
10	0,501	2,782	86,115						
11	0,467	2,596	88,711						
12	0,429	2,384	91,095						
13	0,350	1,946	93,040						
14	0,325	1,803	94,843						
15	0,281	1,559	96,403						
16	0,244	1,353	97,756						
17	0,218	1,211	98,966						
18	0,186	1,034	100,000						

Tablo 10. KUR'lara Yönelik Tutum İfadeleri Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu 1

	Bileşen			
	1	2	3	4
T12	<b>0,820</b>	-0,175	-0,221	0,052
T11	<b>0,766</b>	-0,162	-0,009	0,138
T14	<b>0,747</b>	-0,114	-0,203	0,167
T13	<b>0,726</b>	-0,236	0,050	0,189
T10	<b>0,663</b>	-0,201	-0,258	0,176
T7	<b>0,639</b>	-0,080	-0,171	0,149
T3	-0,259	<b>0,782</b>	0,159	-0,070
T1	-0,223	<b>0,728</b>	0,373	-0,073
T2	-0,238	<b>0,698</b>	0,359	-0,022
T17	-0,209	<b>0,662</b>	0,290	-0,048
T15	-0,064	<b>0,641</b>	0,141	-0,101
T16	0,503	<b>-0,504</b>	0,394	0,181
T18	-0,024	<b>0,411</b>	0,406	0,026
T5	-0,212	0,290	<b>0,796</b>	-0,070
T4	-0,183	0,420	<b>0,718</b>	-0,027
T6	-0,156	0,256	<b>0,708</b>	-0,093
T8	0,281	-0,075	-0,022	<b>0,880</b>
T9	0,296	-0,102	-0,096	<b>0,860</b>

Literatür incelemesi sonrasında KURTÖ 2 boyut altında düzenlendiği için 2 boyutlu olarak, Temel Bileşen Analizi ve Varimax yöntemleri ile AFA tekrar yapılmıştır. Analiz sonrası Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu (Tablo 11) ve Faktör Analizi

Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu (Tablo 12) aşağıda verilmiştir. Analiz sonucunda değişkenlerin 2 boyutta toplandığı, açıklanan varyans değerinin %52,273 olduğu ve değişkenlerin tamamının istenen boyutlarda yer aldığı görülmüştür.

**Tablo 11. KUR'lara Yönelik Tutum İfadeleri Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu 2**

Bileşen	Başlıca Öz Değerler			Kareli Yükler Toplamının Çıkarımı			Kareli Yükler Toplamının Rotasyonu		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	6,978	38,764	38,764	6,978	38,764	38,764	4,848	26,935	26,935
2	2,432	13,509	52,273	2,432	13,509	52,273	4,561	25,338	52,273
3	1,160	6,445	58,718						
4	1,074	5,965	64,684						
5	0,863	4,792	69,476						
6	0,765	4,248	73,724						
7	0,633	3,519	77,243						
8	0,578	3,211	80,454						
9	0,518	2,879	83,333						
10	0,501	2,782	86,115						
11	0,467	2,596	88,711						
12	0,429	2,384	91,095						
13	0,350	1,946	93,040						
14	0,325	1,803	94,843						
15	0,281	1,559	96,403						
16	0,244	1,353	97,756						
17	0,218	1,211	98,966						
18	0,186	1,034	100,000						

**Tablo 12. KUR'lara Yönelik Tutum İfadeleri Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu 2**

	Bileşen	
	1	2
T4	<b>0,805</b>	-0,124
T1	<b>0,786</b>	-0,257
T5	<b>0,763</b>	-0,147
T2	<b>0,761</b>	-0,244
T17	<b>0,683</b>	-0,236
T3	<b>0,680</b>	-0,319
T6	<b>0,672</b>	-0,117
T18	<b>0,578</b>	0,000
T15	<b>0,550</b>	-0,154
T13	-0,166	<b>0,747</b>
T11	-0,161	<b>0,742</b>
T12	-0,328	<b>0,722</b>
T14	-0,256	<b>0,710</b>
T8	-0,003	<b>0,672</b>
T9	-0,075	<b>0,668</b>
T10	-0,349	<b>0,644</b>
T16	-0,106	<b>0,623</b>
T7	-0,204	<b>0,609</b>

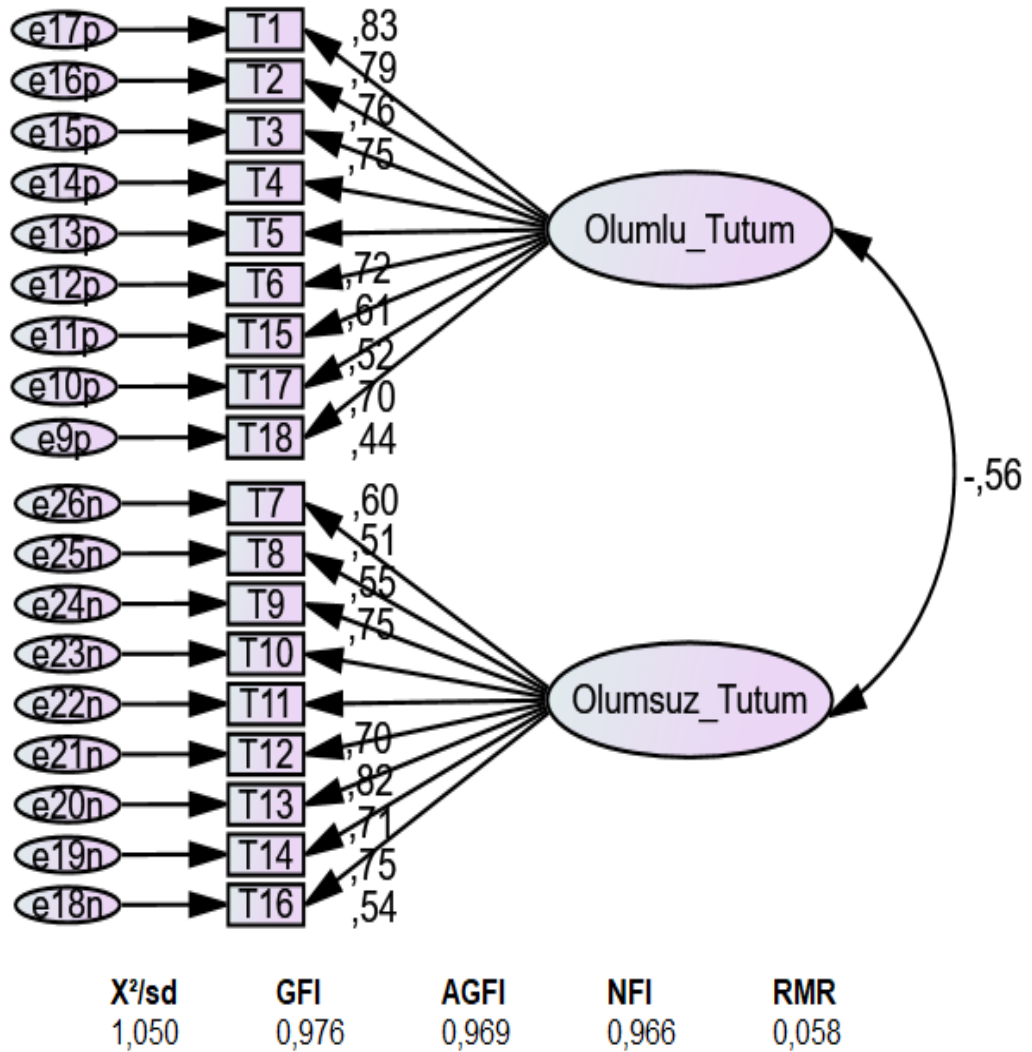


Tablo 12’de görüldüğü gibi, birinci boyut 9 maddeden oluşmakta olup faktör yükleri 0,805 – 0,550 arasında yer almaktadır. Bu boyut Olumlu Tutum olarak isimlendirilmiştir. İkinci boyut 9 maddeden oluşmakta olup faktör yükleri 0,747 – 0,609 arasında yer almaktadır. Bu boyut Olumsuz Tutum olarak isimlendirilmiştir.

### 3.1.2.2. Klinik Uygulama Rehberleri Tutum Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

AFA sonucunda 9 maddenin olumlu tutum boyutunda 9 maddenin ise olumsuz tutum boyutunda toplandığı 18 maddeden oluşan KURTÖ’nün çoklu değişkenlik oranının yüksek olması (multivariate kurtosis= 64,795; c.r.=18,899) sebebiyle tahmin yöntemlerinden ULS yöntemi kullanılmıştır. KURTÖ için uygulanan DFA modelleri aşağıda sunulmuştur.

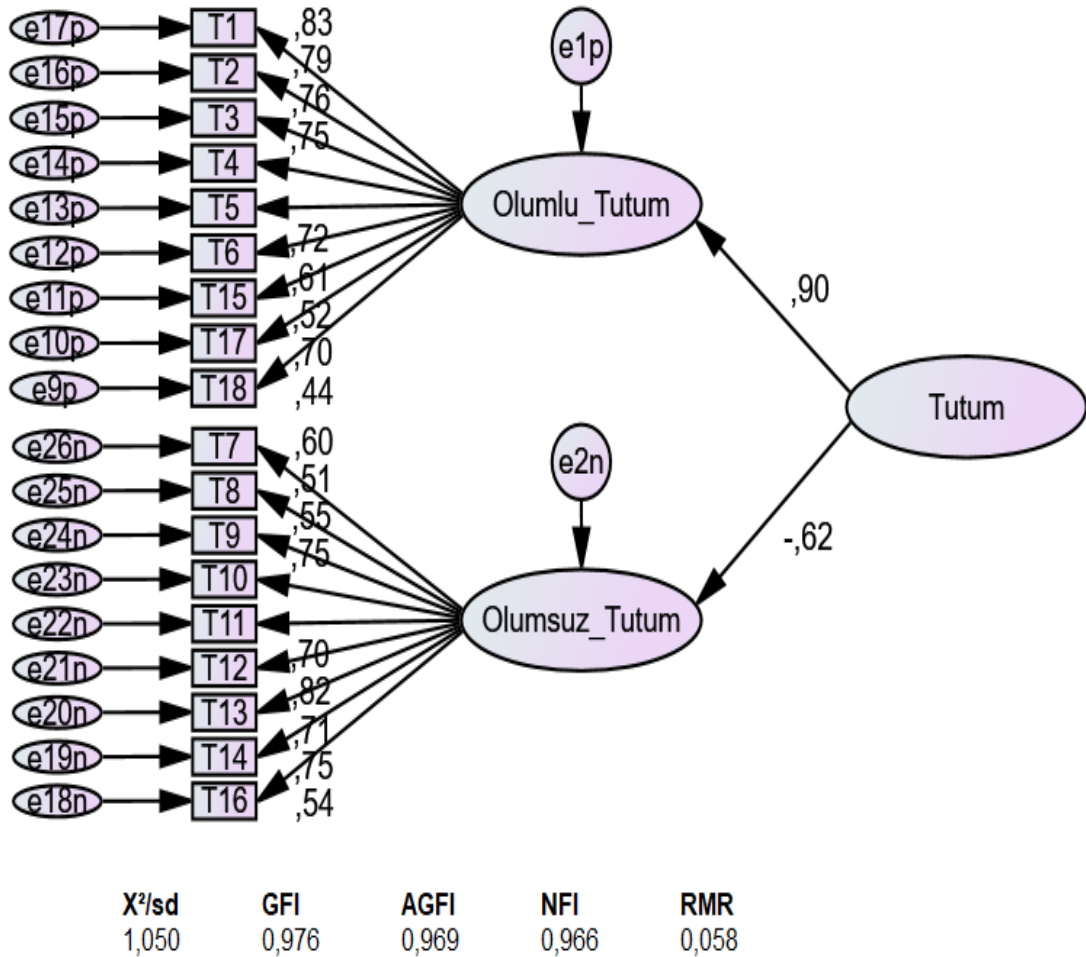
1. Birinci Düzey Çok Faktörlü Model: KURTÖ birinci düzey çok faktörlü modeli Şekil 4'te sunulmuştur.



Şekil 4. KUR Tutum Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model

Şekil 4'te görüldüğü üzere  $X^2/sd$ , GFI, AGFI, NFI ve RMR değerleri kabul edilebilir uyum düzeyinin üzerindedir. Bu sonuçlara göre birinci düzey çok faktörlü modelin verilerle uyumlu, geçerli ve uygun bir model olduğu görülmektedir. Yapılan birinci düzey çok faktörlü modelde doymuş model ( $X^2=0,000$ ) ve bağımsız model için ( $X^2=4098,133$ ) ki-kare değerleri modelin uyumunu desteklemektedir.

2. İkinci Düzey Çok Faktörlü Model: KURTÖ ikinci düzey çok faktörlü modeli Şekil 5'te sunulmuştur.



Şekil 5. KUR Tutum Ölçeği İkinci Düzey Çok Faktörlü Model

Şekil 5'te görüldüğü üzere X<sup>2</sup>/sd, GFI, AGFI, NFI ve RMR değerleri kabul edilebilir uyum düzeyinin üzerindedir. Bu sonuçlara göre ikinci düzey çok faktörlü modelin verilerle uyumlu, geçerli ve uygun bir model olduğu görülmektedir. Yapılan ikinci düzey çok faktörlü modelde doymuş model (X<sup>2</sup>=0,000) ve bağımsız model için (X<sup>2</sup>=4098,133) ki-kare değerleri modelin uyumunu desteklemektedir.

KURTÖ için yapılan iki farklı DFA model uyum indekslerine göre birinci düzey çok faktörlü model ve ikinci düzey çok faktörlü model değerlerinin uyum düzeyinin üzerinde olduğu görülmektedir. Birinci düzey çok faktörlü model ve ikinci düzey çok faktörlü model uyum indeksi değerleri aynıdır. Bu sonuçlar araştırma verilerinin model ile uyumlu olduğunu göstermekte ve modelin yapısal geçerliliğini desteklemektedir.

KURTÖ'ye ilişkin DFA faktör yükleri ve ifadeler ilgili boyutlar altında Tablo 13'te sunulmuştur.

**Tablo 13. KUR Tutum Ölçeği Faktör Yükleri**

Boyutlar	Gözlenen Değişkenler	Faktör Yükü	İfade
Olumlu Tutum	T1	0,830	Uygun bir öneri kaynağıdır
	T2	0,792	Hasta bakım kalitesini artırabilir
	T3	0,765	İyi bir eğitim aracıdır
	T4	0,746	Malpraktis davalarını azaltabilir
	T5	0,722	Sağlık hizmeti giderlerini azaltabilir
	T17	0,697	Günlük tıbbi uygulamalarda faydalı bir araçtır
	T6	0,609	Tarafsız uzman görüşünden oluşmaktadır
	T15	0,518	Kalite denetimlerinde kullanılabilir
	T18	0,445	Defansif tıbbi uygulamaları azaltabilir
Olumsuz Tutum	T12	0,822	Hekimin düşüncelerini çok fazla kısıtlamaktadır
	T14	0,750	Doktorların iş doyumunu azaltabilir
	T10	0,748	Hekim özerkliğine karşı bir engeldir
	T13	0,705	Araştırma faaliyetini azaltabilir
	T11	0,700	Klinik rutin uygulamalar hakkında çok az bilgisi olan uzmanlar tarafından geliştirilmiştir
	T7	0,604	Aşırı derecede basitleştirilmiş tıptır
	T9	0,551	Özellikli hastalara uygulamada pratik değildir
	T16	0,535	Yalnızca mesleğe yeni başlayanlar için faydalıdır
	T8	0,507	Özellikli hastalara uygulamada esnek değildir

Tablo 13'te görüldüğü gibi KURTÖ olumlu tutum boyutu 9 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,830 – 0,445 arasında yer almakta, olumsuz tutum boyutu 9 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,822 – 0,507 arasında yer almaktadır.

KURTÖ boyutlarına ait istatistiki bilgilerin sunulduğu Tablo 14'te görüldüğü gibi olumlu tutum boyutunun ortalaması 3,61 (Ss=0,661) ve olumsuz tutum boyutunun ortalaması 2,58 (Ss=0,683) olup boyutların çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 2$  aralığında olmasından dolayı normal dağılıma uygun olduğu değerlendirilmektedir.

**Tablo 14. KUR Tutum Ölçeği Boyutlarına İlişkin İstatistikî Bilgiler**

Tutum Boyutları	n	$\bar{x}$	Ss	Çarpıklık	Basıklık
Olumlu Tutum	245	3,61	0,661	-0,100	-0,589
Olumsuz Tutum	245	2,58	0,683	0,126	-0,185

KURTÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmelerinde kullanılan değerler Tablo 15'te sunulmuştur.

**Tablo 15. KUR Tutum Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Değerleri**

	Olumlu Tutum	Olumsuz Tutum
Olumlu Tutum	(0,743)	
Olumsuz Tutum	-0,485**	(0,685)
Cronbach Alfa	0,886	0,875
Kompozit Güvenilirlik	0,916	0,885
OAV	0,552	0,469

\*\*p<0,01; (Karekök OAV)

Tablo 15'de görüldüğü gibi olumlu ve olumsuz tutum boyutları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki ( $r=-0,485$ ;  $p<0,01$ ) vardır. Bu durum, ölçeğin güçlü bir iç tutarlılığının olduğunu göstermektedir. Olumlu tutum boyutu 0,886, olumsuz tutum boyutu 0,875 Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısına; olumlu tutum boyutu 0,916, olumsuz tutum boyutu 0,885 kompozit güvenilirlik katsayısına sahiptir. Bu bulgular ölçeğin güvenilirlik düzeyinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Boyutlara ilişkin OAV değerlerinin (olumlu tutum=0,552; olumsuz tutum=0,469) 0,40'tan yüksek ve kompozit güvenilirlik katsayılarından (olumlu tutum=0,916; olumsuz tutum=0,885) düşük olduğu görülmektedir. Bu durum ölçeğin yakınsak geçerliğe sahip olduğunu göstermektedir. Boyutlara ilişkin karekök OAV değerleri (olumlu tutum=0,743; olumsuz tutum=0,685) hem 0,50'den hem de boyutlar arası korelasyon katsayısından daha yüksektir. Bu bulgular ölçeğin ıraksak geçerliliğinin olduğunu göstermektedir.

### 3.1.3. Klinik Uygulama Rehberleri Engel Ölçeği (KUREÖ) Geçerlilik ve Güvenilirliği

Ölçeğin geçerlilik çalışmalarında öncelikle yapı geçerliliği için AFA ve sonrasında boyutlar altında kalan maddeler ile DFA yapılmış, yakınsak geçerlilik için OAV değerlerine, ıraksak geçerlilik için karekök OAV değerlerine bakılmıştır.

#### 3.1.3.1. Klinik Uygulama Rehberleri Engel Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi

Ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla yapılan AFA'da verilerin analize uygunluğuna ilişkin KMO ve Bartlett Test sonuçları Tablo 16'da verilmiştir.

**Tablo 16. KUR Engel Ölçeği KMO ve Bartlett Test Sonuçları 1**

<b>Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Ölçütü</b>		0,882
<b>Bartlett Küresellik Testi</b>	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	3768,610
	Serbestlik Derecesi	435
	Anlamlılık	0,000

Tablo 16'da görüldüğü gibi KMO örneklem yeterliliği 0,882, Bartlett Küresellik Test değeri 3768,610 ( $p=0,000$ ) bulunmuş ve bu bulgularla ölçeğin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

KUREÖ'ye öncelikle boyut sınırlandırılması yapılmadan Temel Bileşen Analizi ve Varimax yöntemleri ile AFA yapılmıştır. Analiz sonrası Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu (Tablo 17) ve Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu (Tablo 18) aşağıda verilmiştir. Analiz sonucunda değişkenlerin 5 boyutta toplandığı ve açıklanan varyans değerinin %60,386 olduğu görülmüştür.

Tablo 17. KUR Kullanım Engel İfadeleri Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu 1

Bileşen	Başlıca Öz Değerler			Kareli Yükler Toplamının Çıkarımı			Kareli Yükler Toplamının Rotasyonu		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	8,313	27,709	27,709	8,313	27,709	27,709	7,067	23,556	23,556
2	4,284	14,279	41,988	4,284	14,279	41,988	3,792	12,640	36,196
3	2,827	9,425	51,413	2,827	9,425	51,413	3,703	12,343	48,539
4	1,544	5,148	56,561	1,544	5,148	56,561	1,895	6,318	54,856
5	1,147	3,825	60,386	1,147	3,825	60,386	1,659	5,529	60,386
6	0,976	3,254	63,640						
7	0,937	3,124	66,764						
8	0,833	2,778	69,542						
9	0,726	2,422	71,963						
10	0,715	2,383	74,346						
11	0,671	2,236	76,582						
12	0,633	2,109	78,691						
13	0,585	1,951	80,642						
14	0,558	1,860	82,502						
15	0,493	1,644	84,146						
16	0,474	1,581	85,726						
17	0,435	1,451	87,177						
18	0,407	1,357	88,534						
19	0,379	1,265	89,799						
20	0,364	1,214	91,012						
21	0,346	1,153	92,166						
22	0,326	1,086	93,252						
23	0,321	1,069	94,321						
24	0,306	1,021	95,342						
25	0,283	0,942	96,284						
26	0,269	0,898	97,182						
27	0,263	0,876	98,057						
28	0,232	0,775	98,832						
29	0,191	0,638	99,470						
30	0,159	0,530	100,000						

Tablo 18. KUR Kullanım Engel İfadeleri Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu 1

	Bileşen				
	1	2	3	4	5
E12	<b>0,781</b>	0,049	-0,042	0,116	0,073
E13	<b>0,781</b>	0,105	-0,160	0,149	0,181
E21	<b>0,778</b>	0,053	0,003	0,109	0,018
E24	<b>0,776</b>	0,036	-0,018	-0,055	-0,002
E28	<b>0,770</b>	0,082	-0,113	0,020	0,112
E11	<b>0,769</b>	0,006	-0,040	0,085	0,055
E22	<b>0,753</b>	0,102	-0,063	0,155	0,019
E15	<b>0,749</b>	-0,002	0,025	0,003	0,049
E5	<b>0,723</b>	0,235	-0,152	0,114	0,265
E6	<b>0,701</b>	0,230	-0,153	0,212	0,188
E29	<b>0,663</b>	0,088	0,102	0,055	0,085
E20	<b>0,631</b>	0,057	0,230	0,191	-0,047
E1	0,049	<b>0,821</b>	0,204	-0,057	0,086
E3	-0,008	<b>0,813</b>	0,047	-0,043	0,010
E2	-0,017	<b>0,755</b>	0,312	-0,158	-0,030
E8	0,084	<b>0,659</b>	-0,070	0,420	-0,012
E27	0,179	<b>0,644</b>	0,039	0,084	0,205
E4	0,230	<b>0,634</b>	0,036	0,291	-0,069
E7	0,276	<b>0,590</b>	-0,080	0,315	0,114
E19	-0,010	0,012	<b>0,804</b>	-0,093	0,036
E23	-0,094	-0,053	<b>0,768</b>	0,005	0,018
E26	-0,057	0,139	<b>0,701</b>	-0,133	-0,001
E14	0,094	0,079	<b>0,674</b>	0,022	-0,107
E30	-0,021	0,171	<b>0,669</b>	0,044	0,074
E25	-0,170	0,069	<b>0,615</b>	0,151	0,075
E18	0,121	-0,074	<b>0,557</b>	0,076	0,535
E9	0,223	0,130	0,016	<b>0,799</b>	0,137
E10	0,275	0,106	0,032	<b>0,768</b>	0,123
E17	0,314	0,058	-0,147	0,069	<b>0,753</b>
E16	0,122	0,189	0,222	0,167	<b>0,712</b>

Literatür incelemesi sonrasında KUREÖ 4 boyut altında düzenlendiği için 4 boyutlu olarak, Temel Bileşen Analizi ve Varimax yöntemleri ile AFA tekrar yapılmıştır. Analiz sonrası Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu (Tablo 19) ve Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu (Tablo 20) aşağıda verilmiştir. Analiz sonucunda



değişkenlerin 4 boyutta toplandığı, açıklanan varyans değerinin %56,561 olduğu ve yalnızca 17. maddenin farklı boyutta yer aldığı görülmüştür.

**Tablo 19. KUR Kullanım Engel İfadeleri Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu 2**

Bileşen	Başlıca Öz Değerler			Kareli Yükler Toplamının Çıkarımı			Kareli Yükler Toplamının Rotasyonu		
	Toplam	Varyans	Kümülatif	Toplam	Varyans	Kümülatif	Toplam	Varyans	Kümülatif
		%	%		%	%		%	
1	8,313	27,709	27,709	8,313	27,709	27,709	6,988	23,294	23,294
2	4,284	14,279	41,988	4,284	14,279	41,988	3,842	12,807	36,101
3	2,827	9,425	51,413	2,827	9,425	51,413	3,748	12,492	48,593
4	1,544	5,148	56,561	1,544	5,148	56,561	2,390	7,967	56,561
5	1,147	3,825	60,386						
6	0,976	3,254	63,640						
7	0,937	3,124	66,764						
8	0,833	2,778	69,542						
9	0,726	2,422	71,963						
10	0,715	2,383	74,346						
11	0,671	2,236	76,582						
12	0,633	2,109	78,691						
13	0,585	1,951	80,642						
14	0,558	1,860	82,502						
15	0,493	1,644	84,146						
16	0,474	1,581	85,726						
17	0,435	1,451	87,177						
18	0,407	1,357	88,534						
19	0,379	1,265	89,799						
20	0,364	1,214	91,012						
21	0,346	1,153	92,166						
22	0,326	1,086	93,252						
23	0,321	1,069	94,321						
24	0,306	1,021	95,342						
25	0,283	0,942	96,284						
26	0,269	0,898	97,182						
27	0,263	0,876	98,057						
28	0,232	0,775	98,832						
29	0,191	0,638	99,470						
30	0,159	0,530	100,000						

Tablo 20. KUR Kullanım Engel İfadeleri Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu 2

	Bileşen			
	1	2	3	4
E12	<b>,778</b>	,056	-,042	,150
E13	<b>,778</b>	,107	-,148	,247
E24	<b>,777</b>	,036	-,014	-,030
E21	<b>,774</b>	,063	-,003	,108
E28	<b>,771</b>	,079	-,100	,102
E11	<b>,767</b>	,013	-,040	,115
E15	<b>,749</b>	-,002	,030	,047
E22	<b>,747</b>	,115	-,071	,144
E5	<b>,722</b>	,227	-,126	,270
E6	<b>,696</b>	,235	-,143	,296
E29	<b>,661</b>	,090	,108	,106
E20	<b>,623</b>	,079	,209	,122
E1	,050	<b>,808</b>	,224	-,004
E3	-,008	<b>,805</b>	,058	-,040
E2	-,015	<b>,742</b>	,323	-,158
E8	,069	<b>,688</b>	-,095	,307
E4	,218	<b>,658</b>	,013	,172
E27	,178	<b>,634</b>	,062	,189
E7	,266	<b>,604</b>	-,084	,312
E19	-,008	,006	<b>,807</b>	-,065
E23	-,097	-,050	<b>,762</b>	-,001
E26	-,055	,131	<b>,705</b>	-,119
E30	-,024	,172	<b>,670</b>	,065
E14	,089	,090	<b>,655</b>	-,065
E25	-,177	,076	<b>,608</b>	,148
E18	,123	-,100	<b>,608</b>	,394
E9	,197	,181	-,024	<b>,702</b>
E10	,250	,157	-,009	<b>,670</b>
E16	,124	,154	,293	<b>,580</b>
E17	,321	,013	-,062	<b>,544</b>

17. madde analizden çıkartılarak 4 boyutlu, Temel Bileşen Analizi ve Varimax yöntemleri ile AFA tekrar yapılmıştır. Analiz sonucunda KMO örneklem yeterliliği 0,883, Bartlett Küresellik Test değeri 3671,435 ( $p=0,000$ ) bulunmuş ve bu bulgularla ölçeğin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Analiz sonrası Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu (Tablo 21) ve Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen

Matris Tablosu (Tablo 22) aşağıda verilmiştir. Yapılan incelemede değişkenlerin 4 boyutta toplandığı ve açıklanan Varyans değerinin %57,528 olduğu görülmüştür.

**Tablo 21. KUR Kullanım Engel İfadeleri Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Tablosu 3**

Bileşen	Başlıca Öz Değerler			Kareli Yükler Toplamının Çıkarımı			Kareli Yükler Toplamının Rotasyonu		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
	1	8,109	27,960	27,960	8,109	27,960	27,960	7,022	24,215
2	4,280	14,759	42,720	4,280	14,759	42,720	3,805	13,119	37,334
3	2,827	9,748	52,467	2,827	9,748	52,467	3,737	12,887	50,222
4	1,467	5,060	57,528	1,467	5,060	57,528	2,119	7,306	57,528
5	0,997	3,440	60,967						
6	0,967	3,334	64,301						
7	0,889	3,066	67,367						
8	0,816	2,813	70,179						
9	0,723	2,494	72,673						
10	0,709	2,443	75,117						
11	0,667	2,301	77,417						
12	0,616	2,125	79,542						
13	0,583	2,011	81,553						
14	0,513	1,771	83,323						
15	0,493	1,700	85,024						
16	0,436	1,503	86,527						
17	0,414	1,427	87,954						
18	0,382	1,317	89,271						
19	0,379	1,307	90,578						
20	0,347	1,198	91,776						
21	0,332	1,144	92,920						
22	0,321	1,108	94,029						
23	0,309	1,067	95,095						
24	0,288	0,992	96,087						
25	0,272	0,938	97,025						
26	0,265	0,914	97,938						
27	0,233	0,804	98,742						
28	0,205	0,706	99,448						
29	0,160	0,552	100,000						

Tablo 22. KUR Kullanım Engel İfadeleri Faktör Analizi Rotasyonlu Bileşen Matris Tablosu 3

	Bileşen			
	1	2	3	4
E13	<b>0,791</b>	0,109	-0,137	0,186
E12	<b>0,782</b>	0,051	-0,035	0,131
E28	<b>0,777</b>	0,083	-0,095	0,054
E21	<b>0,775</b>	0,057	0,002	0,096
E24	<b>0,775</b>	0,037	-0,013	-0,056
E11	<b>0,771</b>	0,011	-0,034	0,083
E22	<b>0,750</b>	0,109	-0,066	0,132
E15	<b>0,749</b>	-0,004	0,033	0,027
E5	<b>0,738</b>	0,228	-0,117	0,220
E6	<b>0,709</b>	0,226	-0,134	0,283
E29	<b>0,664</b>	0,089	0,112	0,080
E20	<b>0,619</b>	0,065	0,213	0,145
E1	0,052	<b>0,820</b>	0,217	-0,026
E3	-0,008	<b>0,810</b>	0,049	-0,030
E2	-0,022	<b>0,753</b>	0,311	-0,162
E8	0,074	<b>0,667</b>	-0,092	0,370
E27	0,192	<b>0,644</b>	0,064	0,138
E4	0,217	<b>0,641</b>	0,012	0,230
E7	0,278	<b>0,592</b>	-0,079	0,335
E19	-0,016	0,015	<b>0,804</b>	-0,084
E23	-0,104	-0,049	<b>0,761</b>	0,004
E26	-0,063	0,145	<b>0,700</b>	-0,149
E30	-0,027	0,173	<b>0,669</b>	0,065
E14	0,075	0,085	<b>0,651</b>	-0,029
E18	0,149	-0,085	<b>0,623</b>	0,290
E25	-0,175	0,074	<b>0,611</b>	0,154
E9	0,215	0,142	-0,004	<b>0,775</b>
E10	0,267	0,117	0,010	<b>0,748</b>
E16	0,164	0,167	0,312	<b>0,469</b>

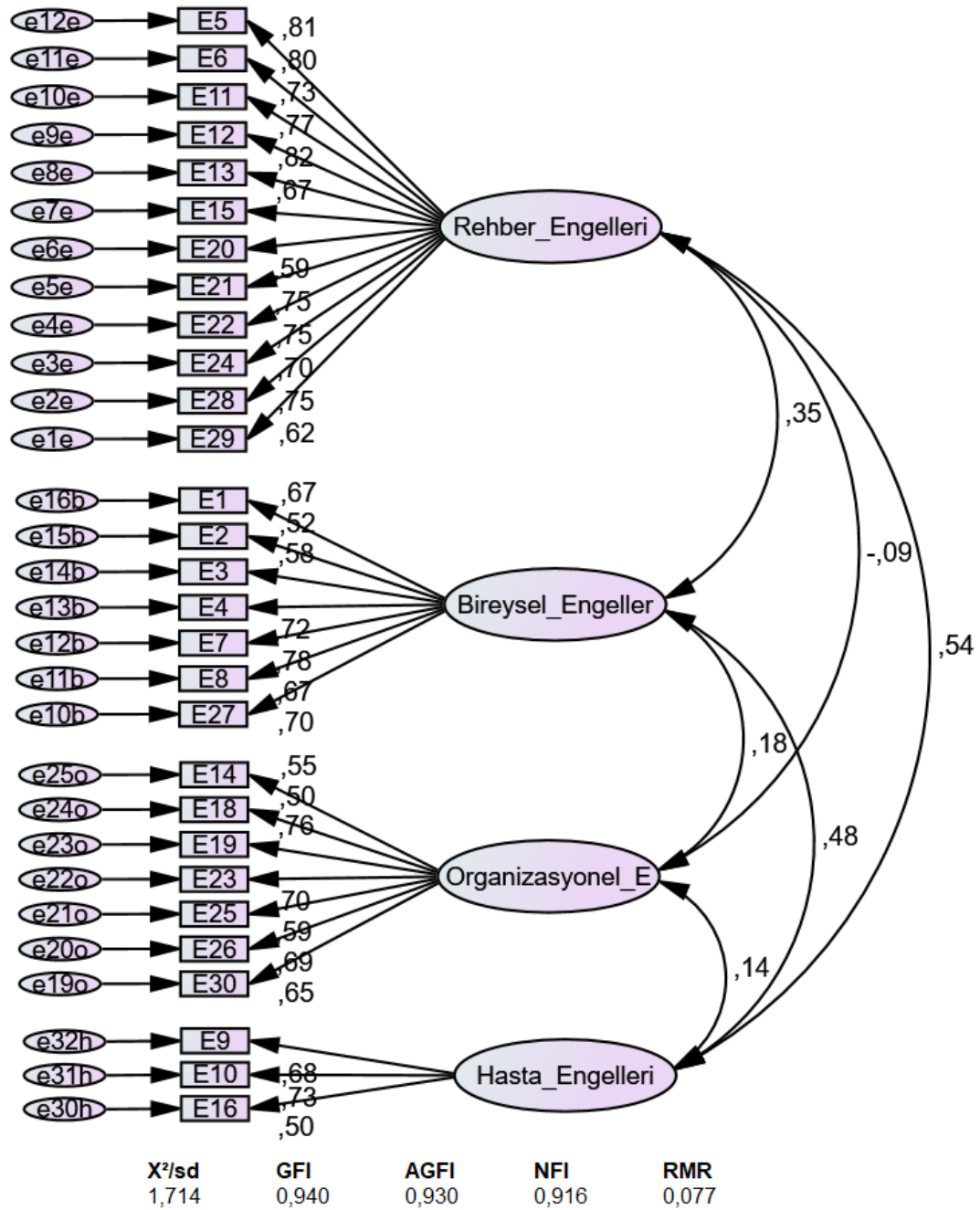
Tablo 22’de görüldüğü gibi, birinci boyut 12 maddeden oluşmakta olup faktör yükleri 0,791 – 0,691 arasında yer almaktadır. Bu boyut Rehber Engelleri olarak isimlendirilmiştir. İkinci boyut 7 maddeden oluşmakta olup faktör yükleri 0,820 – 0,592 arasında yer almaktadır. Bu boyut Bireysel Engeller olarak isimlendirilmiştir. Üçüncü boyut 7 maddeden oluşmakta olup faktör yükleri 0,804 – 0,611 arasında yer almaktadır. Bu boyut Organizasyonel Engeller olarak isimlendirilmiştir. Dördüncü boyut 3 maddeden

oluşmakta olup faktör yükleri 0,775 – 0,469 arasında yer almaktadır. Bu boyut Hasta Engelleri olarak isimlendirilmiştir.

### 3.1.3.2. Klinik Uygulama Rehberleri Engel Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

AFA sonucunda 12 maddenin rehber engelleri boyutunda, 7 maddenin bireysel engeller boyutunda, 7 maddenin organizasyonel engeller boyutunda ve 3 maddenin hasta engelleri boyutunda toplandığı 29 maddeden oluşan KUREÖ'nün çoklu değişkenlik oranının yüksek olması (multivariate kurtosis= 105,592; c.r.=19,489) sebebiyle tahmin yöntemlerinden ağırlıklandırılmamış en küçük kareler ULS yöntemi kullanılmıştır. KUREÖ için uygulanan DFA modelleri aşağıda sunulmuştur.

1. Birinci Düzey Çok Faktörlü Model: KUREÖ birinci düzey çok faktörlü modeli Şekil 6'da sunulmuştur.



Şekil 6. KUR Engel Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model

Şekil 6'da görüldüğü üzere  $X^2/sd$ , GFI, AGFI, NFI ve RMR değerleri kabul edilebilir uyum düzeyinin üzerindedir. Bu sonuçlara göre birinci düzey çok faktörlü modelin verilerle uyumlu, geçerli ve uygun bir model olduğu görülmektedir. Yapılan birinci düzey çok faktörlü modelde doymuş model ( $X^2=0,000$ ) ve bağımsız model için ( $X^2=7601,219$ ) ki-kare değerleri modelin uyumunu desteklemektedir.

2. İkinci Düzey Çok Faktörlü Model: KUREÖ ikinci düzey çok faktörlü modeli Şekil 7'de sunulmuştur.



Şekil 7. KUR Engel Ölçeği İkinci Düzey Çok Faktörlü Model

Şekil 7'de görüldüğü üzere X<sup>2</sup>/sd, GFI, AGFI, NFI ve RMR değerleri kabul edilebilir uyum düzeyinin üzerindedir. Bu sonuçlara göre ikinci düzey çok faktörlü modelin verilerle uyumlu, geçerli ve uygun bir model olduğu görülmektedir. Yapılan ikinci düzey çok faktörlü modelde doymuş model (X<sup>2</sup>=0,000) ve bağımsız model için (X<sup>2</sup>=7601,219) ki-kare değerleri modelin uyumunu desteklemektedir.

KUREÖ için yapılan iki farklı DFA model uyum indekslerine göre birinci düzey çok faktörlü model ve ikinci düzey çok faktörlü model değerlerinin uyum düzeyinin üzerinde olduğu görülmektedir. Birinci düzey çok faktörlü modelin uyum indeksleri en yüksek değere sahiptir. Bu sonuçlar araştırma verilerinin model ile uyumlu olduğunu göstermekte ve modelin yapısal geçerliliğini desteklemektedir.

KUREÖ birinci düzey çok faktörlü modele ilişkin faktör yükleri ve ifadeler ilgili boyutlar altında Tablo 23'te sunulmuştur.



Tablo 23. KUR Engel Ölçeği Faktör Yükleri

Boyutlar	Gözlenen Değişkenler	Faktör Yükü	İfade
Rehber Engelleri	E13	0,818	Çelişkili rehberlerin bulunması
	E5	0,810	İçerik ile ilgili uzlaşının olmaması
	E6	0,798	Güncelliği ile ilgili uzlaşının olmaması
	E12	0,767	Kullanılabilir olmaması
	E22	0,754	Kafa karıştırıcı olması
	E28	0,750	Anlaşılabilir olmaması
	E21	0,748	Hasta doktor ilişkisinin doğasını bozması
	E11	0,730	Erişilebilir olmaması
	E24	0,695	Pratik olmaması
	E15	0,672	Kullanıcı dostu olmaması
	E29	0,623	Aşırı teorik olması
	E20	0,587	Hekimin esnekliğini azaltması
Bireysel Engeller	E7	0,775	Rehberleri hazırlayanlara güvensizlik
	E4	0,719	Rehberlerdeki önerileri gerçekleştirebileceğine inanmamak
	E27	0,697	Rehberlerin nerede bulunacağını bilinmemesi
	E1	0,672	Farkında olmamak
	E8	0,666	Hasta için arzu edilen sonuçların elde edileceğine inanmamak
	E3	0,580	Eski uygulama alışkanlıklarından vazgeçmemek
	E2	0,520	Alışkın olmamak
Organizasyonel Engeller	E19	0,756	Rehberleri kullanma yönünde teşvik olmaması
	E23	0,703	Kullanımı yönünde hatırlatma sisteminin olmaması
	E26	0,687	Rehberler hakkında bilgilendirme yapılmaması
	E30	0,646	Doktorlar arasında rehberlerin uygulanması yönünde fikir birliği bulunmaması
	E25	0,593	Performans ödemesine ek katkı sağlamaması
	E14	0,553	Zaman yetersizliği
	E18	0,499	Rehberleri uygulamak için gerekli imkânın olmaması
Hasta Engelleri	E10	0,727	Hasta popülasyonuna uygulanamaması
	E9	0,682	Hasta tercihleriyle uyumlu olmaması
	E16	0,497	Çoklu hastalığa sahip kişilere uygulanamaması

Tablo 23'te görüldüğü gibi KUREÖ rehber engelleri boyutu 12 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,818 – 0,587 arasında yer almakta, bireysel engeller boyutu 7 maddeden

oluşmakta ve faktör yükleri 0,775 – 0,520 arasında yer almakta, organizasyonel engeller boyutu 7 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,756 – 0,499 arasında yer almakta ve hasta engelleri boyutu 3 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,727 – 0,497 arasında yer almaktadır.

KUREÖ boyutlarına ait istatistiki bilgilerin sunulduğu Tablo 24’de görüldüğü gibi rehber engelleri boyutunun ortalaması 2,82 (Ss=0,730), bireysel engeller boyutunun ortalaması 3,20 (Ss=0,681), organizasyonel engeller boyutunun ortalaması 3,54 (Ss=0,696) ve hasta engelleri boyutunun ortalaması 2,80 (Ss=0,673) olup boyutların çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 2$  aralığında olmasından dolayı normal dağılıma uygun olduğu değerlendirilmektedir.

**Tablo 24. KUR Engel Ölçeği Boyutlarına İlişkin İstatistiki Bilgiler**

	<b>n</b>	$\bar{x}$	<b>Ss</b>	<b>Çarpıklık</b>	<b>Basıklık</b>
Rehber Engelleri	245	2,82	0,730	-0,152	-0,733
Bireysel Engeller	245	3,20	0,681	0,225	-0,696
Organizasyonel Engeller	245	3,54	0,696	-0,919	0,740
Hasta Engelleri	245	2,80	0,673	0,220	0,870

KUREÖ’nün geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmelerinde kullanılan değerler Tablo 25’de sunulmuştur.

**Tablo 25. KUR Engel Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Değerleri**

	Rehber Engelleri	Bireysel Engeller	Organizasyonel Engeller	Hasta Engelleri
Rehber Engelleri	(0,732)			
Bireysel Engeller	0,288**	(0,666)		
Organizasyonel Engeller	-0,052	0,171**	(0,639)	
Hasta Engelleri	0,425**	0,363**	0,154*	(0,643)
Cronbach Alfa	0,933	0,852	0,824	0,648
Kompozit Güvenilirlik	0,932	0,846	0,826	0,673
OAV	0,536	0,443	0,408	0,413

\*p<0,05; \*\*p<0,01; (Karekök OAV)

Tablo 25’de görüldüğü gibi rehber engelleri ile bireysel engeller boyutu arasında ( $r=0,288$ ;  $p<0,01$ ) ve hasta engelleri boyutları arasında ( $r=0,425$ ;  $p<0,01$ ) aynı yönlü anlamlı ilişki vardır. Bireysel engeller ile organizasyonel engeller boyutları arasında ( $r=0,171$ ;  $p<0,01$ ) ve bireysel engeller ile hasta engelleri boyutları arasında ( $r=0,363$ ;  $p<0,01$ ) aynı yönlü anlamlı ilişki vardır. Organizasyonel engeller ile hasta engelleri boyutları arasında ( $r=0,154$ ;  $p<0,05$ ) aynı yönlü anlamlı ilişki vardır. Bu durum, ölçeğin iç tutarlılığının olduğunu göstermektedir. Rehber engelleri boyutu 0,993, bireysel engeller boyutu 0,852, organizasyonel engeller boyutu 0,824, hasta engelleri boyutu 0,648 Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısına; rehber engelleri boyutu 0,932, bireysel engeller boyutu 0,846, organizasyonel engeller boyutu 0,826, hasta engelleri boyutu 0,673 kompozit güvenilirlik katsayısına sahiptir. Bu bulgular ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Boyutlara ilişkin OAV değerlerinin (rehber engelleri=0,536; bireysel engeller=0,443; organizasyonel engeller=0,408; hasta engelleri=0,413) 0,40’tan yüksek ve kompozit güvenilirlik katsayılarından (rehber engelleri=0,932; bireysel engeller=0,846; organizasyonel engeller=0,826; hasta engelleri=0,673) düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durum ölçeğin yakınsak geçerliğe sahip olduğunu göstermektedir. Boyutlara ilişkin karekök OAV değerleri (rehber engelleri=0,732; bireysel engeller=0,666; organizasyonel engeller=0,639; hasta engelleri=0,643) hem 0,50’den hem de boyutlar arası korelasyon katsayılarından daha yüksektir. Bu bulgular ölçeğin iraksak geçerliliğinin olduğunu göstermektedir.

### **3.2. SOSYO-DEMOGRAFİK BULGULAR**

Araştırmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinin yer aldığı bulgular Tablo 26'da sunulmuştur.

Tablo 26. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sosyo-demografik Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	n	%	
Yaş	26-35 Yaş	98	40,0
	36-45 Yaş	101	41,2
	46-60 Yaş	46	18,8
Cinsiyet	Erkek	206	84,1
	Kadın	39	15,9
Medeni Durum	Evlü	198	80,8
	Bekar	35	14,3
	Dul/Boşanmış	12	4,9
Mezun Olunan Tıp Fakültesi	Gülhane Askeri Tıp Fakültesi	168	68,6
	Diğer Tıp Fakülteleri	59	24,1
	Diş Hekimliği Fakültesi	18	7,3
Mezuniyet Tarihi	1981-1999	66	26,9
	2000-2009	107	43,7
	2010-2016	72	29,4
Branş	Dahili Tıp	124	50,6
	Cerrahi Tıp	89	36,3
	Temel Tıp	14	5,7
	Diş Hekimliği	18	7,3
Yan Dal	Evet	20	8,2
	Hayır	225	91,8
Unvan	Uzmanlık Öğrencisi	83	33,9
	Uzman	94	38,4
	Yardımcı Doçent	19	7,8
	Doçent	36	14,7
	Profesör	13	5,3
Görev Süresi	1-5 Yıl	40	16,3
	6-10 Yıl	59	24,1
	11-20 Yıl	103	42,0
	21 Yıl ve Üzeri	43	17,6
İdari Görev	Evet	68	27,8
	Hayır	177	72,2
İdari Görev Süresi	1 Yıldan Az	10	4,1
	1-5 Yıl	42	17,2
	6 Yıl ve Üzeri	16	6,5
Üye Olunan Mesleki Dernek Sayısı	Hiç	83	33,9
	1-5	155	63,3
	6 ve Üzeri	7	2,9
Abone Olunan Mesleki Yayın Sayısı	Hiç	71	29,0
	1-5	125	51,0
	6 ve Üzeri	49	20,0
Mesleki Yayınları Takip Sıklığı	Hiçbir Zaman	2	0,8
	Nadiren	51	20,8
	Bazen	86	35,1
	Sık	87	35,5
	Çok Sık	19	7,8
Tıp Fakültesinde KUR Eğitimi	Evet	67	27,3
	Hayır	178	72,7
Mezuniyet Sonrasında En Son KUR Eğitimi	Hiç	121	49,4
	1 Yıl İçinde	55	22,4
	3 Yıl İçinde	45	18,4
	5 Yıl ve Üzeri İçinde	24	9,8

Tablo 26'da görüldüğü gibi hekimlerin %40,0'ı 26-35, %41,2'si 36-45 ve %18,8'i 46-60 yaşları arasında olup %84,1'i erkek ve %80,8'i evlidir. Hekimlerin %68,6'sı Gülhane

Askeri Tıp Fakültesinden (GATF), %24,1'i diğer Tıp Fakültelerinden ve %7,3'ü Diş Hekimliği Fakültelerinden mezun olmuştur. Hekimlerin %26,9'u 1981-1999, %43,7'si 2000-2009, %29,4'ü 2010-2016 yılları arasında mezun olmuş olup %50,6'sı Dahli Tıp Bilimlerinde, %36,3'ü Cerrahi Tıp Bilimlerinde, %5,7'si Temel Tıp bilimlerinde ve %7,3'ü Diş Hekimliğinde görev yapmaktadır.

%8,2'si Yan Dal Uzmanlığına sahip olan hekimlerin %33,9'u Uzmanlık Öğrencisi, %38,4'ü Uzman, %7,8'i Yardımcı Doçent, %14,7'si Doçent ve %5,3'ü Profesördür. Hekimlerin %16,3'ü 1-5, 24,1'i 6-10, %42,0'i 11-20 ve %17,6'sı 21 yıl ve üzerinde Türk sağlık sistemi içerisinde görev yapmaktadır. %27,8'i daha önce veya şimdi idari görev almış olan hekimlerin %4,1'i 1 yıldan az, %17,2'si 1-5 yıl ve %6,5'i 6 yıl ve üzerinde idari görev yapmıştır/yapmaktadır.

Hekimlerin %63,3'ü 1-5 mesleki derneğe üye, %51,0'i 1-5 mesleki yayına abone olup %35,5'i sık, %35,1'i bazen mesleki yayınları takip etmektedir. Hekimlerin %72,7'si Tıp Fakültesinde, %49,4'ü ise mezuniyet sonrasında KUR eğitimi almamıştır.

### **3.3. KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM VE KULLANIM ENGELLERİ İFADELERİNE İLİŞKİN BULGULAR**

Araştırmaya katılan hekimlerin KUR'lara yönelik tutum ifadelerine katılım düzeylerine ilişkin bulgular Tablo 27'de verilmiştir. Olumlu tutum ifadelerinden katılım ortalaması en yüksek ifade "iyi bir eğitim aracıdır" ( $\bar{x}$ :3,95; Ss:0,88) iken ortalaması en düşük olan ifade "tarafsız uzman görüşünden oluşmaktadır" ( $\bar{x}$ :3,20; Ss:0,94) olmuştur. Olumsuz tutum ifadelerinden katılım ortalaması en yüksek ifade "Özellikli hastalara uygulamada esnek değildir" ( $\bar{x}$ :2,93; Ss:0,90) iken en düşük olan ifade "Yalnızca mesleğe yeni başlayanlar için faydalıdır" ( $\bar{x}$ :2,15; Ss:1,06) olmuştur.

Tablo 27. Hekimlerin KUR'lara Yönelik Tutum İfadelerine Katılım Düzeyleri

KUR'lara Yönelik Tutum İfadeleri	$\bar{x}$	Ss
<b>Olumlu Tutum</b>		
İyi bir eğitim aracıdır	3,95	0,88
Hasta bakım kalitesini artırabilir	3,81	0,88
Günlük tıbbi uygulamalarda faydalı bir araçtır	3,77	0,81
Uygun bir öneri kaynağıdır	3,75	0,93
Kalite denetimlerinde kullanılabilir	3,69	0,86
Malpraktis davalarını azaltabilir	3,57	1,00
Defansif tıbbi uygulamaları azaltabilir	3,39	0,88
Sağlık hizmeti giderlerini azaltabilir	3,36	0,99
Tarafsız uzman görüşünden oluşmaktadır	3,20	0,94
<b>Olumsuz Tutum</b>		
Özellikli hastalara uygulamada esnek değildir	2,93	0,90
Özellikli hastalara uygulamada pratik değildir	2,84	0,88
Aşırı derecede basitleştirilmiş tıptır	2,80	0,91
Hekim özerkliğine karşı bir engeldir	2,77	1,00
Doktorların iş doyumunu azaltabilir	2,58	0,94
Hekimin düşüncelerini çok fazla kısıtlamaktadır	2,48	0,97
Araştırma faaliyetini azaltabilir	2,40	1,03
Klinik rutin uygulamalar hakkında çok az bilgisi olan uzmanlar tarafından geliştirilmiştir	2,31	0,94
Yalnızca mesleğe yeni başlayanlar için faydalıdır	2,15	1,06

Araştırmaya katılan hekimlerin KUR kullanım engelleri ifadelerine katılım düzeylerine ilişkin bulgular Tablo 28'de verilmiştir. Rehber engelleri ifadelerinden katılım ortalaması en yüksek ifade "hekimin esnekliğini azaltması" ( $\bar{x}$ :3,01; Ss:0,87) iken ortalaması en düşük olan ifade "kafa karıştırıcı olması" ( $\bar{x}$ :2,67; Ss:0,99) olmuştur. Bireysel engeller ifadelerinden katılım ortalaması en yüksek ifade "alışkın olmamak" ( $\bar{x}$ :3,47; Ss:0,93) iken en düşük olan ifade "rehberleri hazırlayanlara güvensizlik" ( $\bar{x}$ :2,87; Ss:1,04) olmuştur. Organizasyonel engeller ifadelerinden katılım ortalaması en yüksek ifade "doktorlar arasında rehberlerin uygulanması yönünde fikir birliği bulunmaması" ( $\bar{x}$ :3,72; Ss:0,98) iken en düşük olan ifade "rehberleri uygulamak için gerekli imkânın olmaması" ( $\bar{x}$ :3,33; Ss:0,95) olmuştur. Hasta engelleri ifadelerinden katılım ortalaması en yüksek ifade "çoklu hastalığa sahip kişilere uygulanamaması" ( $\bar{x}$ :3,11; Ss:0,86) iken ortalaması en düşük olan ifade "hasta tercihleriyle uyumlu olmaması" ( $\bar{x}$ :2,62; Ss:0,88) olmuştur.

Tablo 28. Hekimlerin KUR Engel İfadelerine Katılım Düzeyleri

KUR Kullanım Engel İfadeleri	$\bar{x}$	Ss
<b>Rehber Engelleri</b>		
Hekimin esnekliğini azaltması	3,01	0,87
Aşırı teorik olması	3,00	0,90
İçerik ile ilgili uzlaşının olmaması	2,97	1,00
Güncelliği ile ilgili uzlaşının olmaması	2,91	0,98
Pratik olmaması	2,86	0,93
Çelişkili rehberlerin bulunması	2,81	1,13
Anlaşılabilir olmaması	2,79	0,94
Hasta doktor ilişkisinin doğasını bozması	2,74	0,93
Kullanıcı dostu olmaması	2,72	0,88
Kullanılabilir olmaması	2,71	0,91
Erişilebilir olmaması	2,70	1,02
Kafa karıştırıcı olması	2,67	0,99
<b>Bireysel Engeller</b>		
Alışkın olmamak	3,47	0,93
Eski uygulama alışkanlıklarından vazgeçmemek	3,46	0,87
Farkında olmamak	3,41	0,97
Rehberlerdeki önerileri gerçekleştirebileceğine inanmamak	3,18	0,84
Hasta için arzu edilen sonuçların elde edileceğine inanmamak	3,02	0,84
Rehberlerin nerede bulunacağını bilinmemesi	3,01	1,00
Rehberleri hazırlayanlara güvensizlik	2,87	1,04
<b>Organizasyonel Engeller</b>		
Doktorlar arasında rehberlerin uygulanması yönünde fikir birliği bulunmaması	3,72	0,98
Rehberleri kullanma yönünde teşvik olmaması	3,70	1,07
Rehberler hakkında bilgilendirme yapılmaması	3,62	0,97
Kullanımı yönünde hatırlatma sisteminin olmaması	3,49	0,94
Zaman yetersizliği	3,48	1,03
Performans ödemesine ek katkı sağlamaması	3,42	1,01
Rehberleri uygulamak için gerekli imkânın olmaması	3,33	0,95
<b>Hasta Engelleri</b>		
Çoklu hastalığa sahip kişilere uygulanamaması	3,11	0,86
Hasta popülasyonuna uygulanamaması	2,67	0,88
Hasta tercihleriyle uyumlu olmaması	2,62	0,88

### 3.4. KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ BİLGİ KAYNAKLARI, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ HAKKINDA BİLGİLENDİRİLME

Bu bölümde hekimlerin KUR kullanım sıklığı, KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri, KUR'lar hakkında bilgilendirilme sıklığı ve KUR bilgi kaynaklarına ilişkin tanımlayıcı bulguların yanı sıra hekimlerin KUR kullanım sıklığı, KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri ve KUR'lar hakkında bilgilendirilme sıklığına ilişkin korelasyon bulguları sunulmuştur.



### 3.4.1. Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Sıklığı

Araştırmada hekimlerin KUR kullanım düzeylerini belirlemek amacıyla “Klinik uygulama rehberlerini hangi sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusu anket formunda yer almış ve 5’li Likert tipinde (1) Hiçbir Zaman, (5) Çok Sık şeklinde düzenlenmiş skala kullanılmıştır. Hekimlerin KUR kullanım bulguları Tablo 29’da sunulmuştur.

**Tablo 29. Hekimlerin KUR Kullanım Sıklığı**

	1 Hiçbir Zaman	2	3	4	5 Çok Sık	Ortalama (Ss)
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
KUR Kullanım Sıklığı	16 (6,5)	69 (28,2)	106 (43,3)	47 (19,2)	7 (2,9)	2,83 (0,90)

Tablo 29’da görüldüğü gibi hekimlerin %6,5’inin hiçbir zaman KUR kullanmadığını, %2,9’unun ise çok sık KUR kullandığını ifade ettiği ve KUR kullanım ortalamasının ise 2,83 (Ss=0,90) olduğu belirlenmiştir.

### 3.4.2. Klinik Uygulama Rehberleri Kullanımının Zorunluluğu

Araştırmada hekimlerin KUR kullanımının zorunluluğu ifadesine katılım düzeylerinin belirlemek amacıyla “Kullanımı zorunlu olmalıdır” ifadesi anket formunda yer almış ve 5’li Likert tipinde (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde düzenlenmiş skala kullanılmıştır. Hekimlerin KUR kullanım zorunluluğuna ilişkin bulgular Tablo 30’da sunulmuştur.

**Tablo 30. Hekimlerin KUR Kullanımının Zorunluluğuna İlişkin Görüşleri**

	1 Kesinlikle Katılmıyorum	2	3	4	5 Kesinlikle Katılıyorum	Ortalama (Ss)
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
KUR Kullanım Zorunluluğu	11 (4,5)	42 (17,1)	97 (39,6)	70 (28,6)	25 (10,2)	3,22 (0,99)

Tablo 30’da görüldüğü gibi KUR kullanımının zorunluluğu ifadesine hekimlerin %4,5’inin kesinlikle katılmıyorum, %10,2’sinin ise kesinlikle katılıyorum seçeneğini işaretlediği ve

KUR kullanım zorunluluğu ifadesine katılım ortalamasının ise 3,22 (Ss=0,99) olduğu belirlenmiştir.

### 3.4.3. Klinik Uygulama Rehberleri Hakkında Bilgilendirilme

Araştırmada hekimlerin KUR hakkında bilgilendirilme durumlarını belirlemek amacıyla "Klinik uygulama rehberleri hakkında ne sıklıkla bilgilendiriliyorsunuz?" sorusu anket formunda yer almış ve 5'li Likert tipinde (1) Hiçbir Zaman, (5) Çok Sık şeklinde düzenlenmiş skala kullanılmıştır. Hekimlerin KUR hakkında bilgilendirilme durumlarına ilişkin bulgular Tablo 31'de sunulmuştur.

**Tablo 31. Hekimlerin KUR Hakkında Bilgilendirilmesi**

	1 Hiçbir Zaman	2	3	4	5 Çok Sık	Ortalama (Ss)
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
KUR Hakkında Bilgilendirme	108 (44,1)	93 (38,0)	30 (12,2)	11 (4,5)	3 (1,2)	1,80 (0,90)

Tablo 31'de görüldüğü gibi hekimlerin %44,1'inin hiçbir zaman KUR hakkında bilgilendirilmediğini, %1,2'sinin ise çok sık KUR hakkında bilgilendirildiğini ifade ettiği ve KUR hakkında bilgilendirilme ortalamasının ise 1,80 (Ss=0,90) olduğu belirlenmiştir.

KUR kullanım, zorunluluk ve bilgilendirme değişkenleri arasındaki ilişkilerin yönünü ve şiddetini belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Değişkenlere ilişkin korelasyon analiz bulguları Tablo 32'de sunulmuştur.

**Tablo 32. KUR Kullanım Sıklığı, Zorunluluğu ve Bilgilendirilmeye İlişkin Korelasyon**

	Kullanım	Zorunluluk	Bilgilendirme
Kullanım	1		
Zorunluluk	0,416**	1	
Bilgilendirme	0,281**	0,031	1

\*\*p<0,01

Kullanım ile zorunluluk ( $r=0,416$ ;  $p<0,01$ ) ve kullanım ile bilgilendirme ( $r=0,281$ ;  $p<0,01$ ) arasında aynı yönlü anlamlı ilişki vardır. Zorunluluk ile bilgilendirme ( $r=0,031$ ;  $p>0,01$ ) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin KUR hakkında bilgilendirilme sıklıkları ile klinik uygulama rehberleri kullanım sıklığı ve klinik uygulama rehberlerinin kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda;

“H1: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri hakkında bilgilendirilmeleri ile klinik uygulama rehberleri kullanım sıklığı arasında anlamlı ilişki vardır” hipotezi kabul edilmiş,

“H2: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri hakkında bilgilendirilmeleri ile klinik uygulama rehberlerinin kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri arasında anlamlı ilişki vardır” hipotezi reddedilmiştir.

#### 3.4.4. Klinik Uygulama Rehberleri Bilgi Kaynakları

Hekimlerin KUR bilgi kaynaklarını belirlemek amacıyla düzenlenen “Klinik uygulama rehberleri hakkında bilgiyi genellikle nereden alıyorsunuz?” sorusuna ilişkin bulgular aşağıda Tablo 33-37’te sunulmuştur. İlgili Tablolarda cevap sayısının örneklem sayısından ve satır yüzde toplamalarının %100’den fazla olması anket sorusunun çok seçenekli olarak düzenlenmiş olmasından kaynaklanmaktadır.

**Tablo 33. KUR Bilgi Kaynakları Tanımlayıcı Bulgular**

KUR Bilgi Kaynakları	n	%
Kıdemli Hekimler	87	16,2
İş Arkadaşları	50	9,3
Kurs, Kongre, Sempozyum	135	25,1
Hastane Bilgi Sistemi	11	2,0
Mesleki Dernekler	29	5,4
Mesleki Yayınlar	81	15,1
İnternet	145	27,0
Toplam	538	100,0

Tablo 33’de görüldüğü gibi KUR hakkında bilgiyi hekimlerin %27’si internet, %25,1’i kurs, kongre, sempozyum, %16,2’si kıdemli hekimler, %15,1’i mesleki yayınlar %9,3’ü iş arkadaşları, %5,4’ü mesleki dernekler ve %2,0’si hastane bilgi sisteminden almaktadır.

Hekimlerin KUR bilgi kaynaklarının mezun olunan fakültelere göre dağılımına ilişkin bulgular Tablo 34’de sunulmuştur.

Tablo 34. KUR Bilgi Kaynakları Mezun Olunan Fakülte Çapraz Tablosu

Mezun Olunan Fakülte	KUR Bilgi Kaynakları							Toplam n
	Kıdemli Hekimler n (%)	İş Arkadaşları n (%)	Kurs, Kongre, Sempozyum n (%)	Hastane Bilgi Sistemi n (%)	Mesleki Dernekler n (%)	Mesleki Yayınlar n (%)	İnternet n (%)	
GATF	59 (35,1)	32 (19,0)	95 (56,5)	8 (4,8)	20 (11,9)	50 (29,8)	110 (65,5)	168
Diğer Tıp Fakülteleri	18 (30,5)	14 (23,7)	32 (54,2)	1 (1,7)	7 (11,9)	27 (45,8)	29 (49,2)	59
Diş Hekimliği Fakülteleri	10 (55,6)	4 (22,2)	8 (44,4)	2 (11,1)	2 (11,1)	4 (22,2)	6 (33,3)	18
Toplam	87	50	135	11	29	81	145	245

Tablo 34'de görüldüğü gibi KUR hakkında bilgiyi GATF mezunu 168 hekimin 110'u (%65,5) internetten, 95'i (%56,5) kurs, kongre ve sempozyumdan, 59'u (%35,1) kıdemli hekimlerden almaktadır. Diğer Tıp Fakülteleri mezunu 59 hekimin 32'si (%54,2) kurs, kongre ve sempozyumdan, 29'u (%49,2) internetten, 27'si (%45,8) mesleki yayınlardan almaktadır. Diş Hekimliği Fakülteleri mezunu 18 hekimin 10'u (%55,6) internetten, 8'i (%44,4) kurs, kongre ve sempozyumdan, 6'sı (%33,3) mesleki yayınlardan almaktadır.

Hekimlerin KUR bilgi kaynaklarının mezuniyet tarihlerine göre dağılımına ilişkin bulgular Tablo 35'de sunulmuştur.

Tablo 35. KUR Bilgi Kaynakları Mezuniyet Tarihi Çapraz Tablosu

Mezuniyet Tarihi	KUR Bilgi Kaynakları							Toplam n
	Kıdemli Hekimler n (%)	İş Arkadaşları n (%)	Kurs, Kongre, Sempozyum n (%)	Hastane Bilgi Sistemi n (%)	Mesleki Dernekler n (%)	Mesleki Yayınlar n (%)	İnternet n (%)	
1981-1999	14 (21,2)	13 (19,7)	49 (74,2)	7 (10,6)	16 (24,2)	31 (47,0)	42 (63,6)	66
2000-2009	40 (37,4)	20 (18,7)	61 (57,0)	2 (1,9)	9 (8,4)	35 (32,7)	69 (64,5)	107
2010-2016	33 (45,8)	17 (23,6)	25 (34,7)	2 (2,8)	4 (5,6)	15 (20,8)	34 (47,2)	72
Toplam	87	50	135	11	29	81	145	245

Tablo 35'de görüldüğü gibi KUR hakkında bilgiyi 1981-1999 yıllarında mezun olan 66 hekimin 49'u (%74,2) kurs, kongre ve sempozyumdan, 42'si (%63,6) internetten, 31'i

(%47,0) mesleki yayınlardan almaktadır. 2000-2009 yıllarında mezun olan 107 hekimin 69'u (%64,5) internetten, 61'i (%57,0) kurs, kongre ve sempozyumdan, 40'ı (%37,4) kıdemli hekimlerden almaktadır. 2010-2016 yıllarında mezun olan 72 hekimin 34'ü (%47,2) internetten, 33'ü (%45,8) kıdemli hekimlerden, 25'i (%34,7) kurs, kongre ve sempozyumdan almaktadır.

Hekimlerin KUR bilgi kaynaklarının bransa göre dağılımına ilişkin bulgular Tablo 36'da sunulmuştur.

**Tablo 36. KUR Bilgi Kaynakları Brans Çapraz Tablosu**

Brans	KUR Bilgi Kaynakları							Toplam n
	Kıdemli Hekimler n (%)	İş Arkadaşları n (%)	Kurs, Kongre, Sempozyum n (%)	Hastane Bilgi Sistemi n (%)	Mesleki Dernekler n (%)	Mesleki Yayınlar n (%)	İnternet n (%)	
Dahili Tıp Bilimleri	38 (30,6)	26 (21,0)	67 (54,0)	4 (3,2)	12 (9,7)	48 (38,7)	73 (58,9)	124
Cerrahi Tıp Bilimleri	34 (38,2)	15 (16,9)	51 (57,3)	3 (3,4)	11 (12,4)	24 (27,0)	60 (67,4)	89
Temel Tıp Bilimleri	5 (35,7)	5 (35,7)	9 (64,3)	2 (14,3)	4 (28,6)	5 (35,7)	6 (42,9)	14
Diş Hekimliği	10 (55,6)	4 (22,2)	8 (44,4)	2 (11,1)	2 (11,1)	4 (22,2)	6 (33,3)	18
Toplam	87	50	135	11	29	81	145	245

Tablo 36'da görüldüğü gibi KUR hakkında bilgiyi Dahili Tıp Bilimlerinde görev yapan 124 hekimin 73'ü (%58,9) internetten, 67'si (%54,0) kurs, kongre ve sempozyumdan, 48'i (%38,7) mesleki yayınlardan almaktadır. Cerrahi Tıp Bilimlerinde görev yapan 89 hekimin 60'ı (%67,4) internetten, 51'i (%57,3) kurs, kongre ve sempozyumdan, 34'ü (%38,2) kıdemli hekimlerden almaktadır. Temel Tıp Bilimlerinde görev yapan 14 hekimin 9'u (%64,3) kurs, kongre ve sempozyumdan, 6'sı (%42,9) internetten, 5'i (%35,7) kıdemli hekimlerden, 5'i (%35,7) iş arkadaşlarından almaktadır. Diş Hekimliğinde görev yapan 18 hekimin 10'u (%55,6) kıdemli hekimlerden, 8'i (%44,4) iş arkadaşlarından, 6'sı (%33,3) internetten almaktadır.

Hekimlerin KUR bilgi kaynaklarının unvana göre dağılımına ilişkin bulgular Tablo 37'de sunulmuştur.

Tablo 37. KUR Bilgi Kaynakları Ünvan Çapraz Tablosu

Unvan	KUR Bilgi Kaynakları							Toplam n
	Kıdemli Hekimler	İş Arkadaşları	Kurs, Kongre, Sempozyum	Hastane Bilgi Sistemi	Mesleki Dernekler	Mesleki Yayınlar	İnternet	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Uzmanlık Öğrencisi	38 (45,8)	18 (21,7)	28 (33,7)	3 (3,6)	4 (4,8)	17 (20,5)	40 (48,2)	83
Uzman	37 (39,4)	25 (26,6)	62 (66,0)	5 (5,3)	14 (14,9)	38 (40,4)	53 (56,4)	94
Yardımcı Doçent	5 (26,3)	1 (5,3)	11 (57,9)	0 (0,0)	1 (5,3)	2 (10,5)	16 (84,2)	19
Doçent	6 (16,7)	5 (13,9)	24 (66,7)	1 (2,8)	6 (16,7)	15 (41,7)	27 (75,0)	36
Profesör	1 (7,7)	1 (7,7)	10 (76,9)	2 (15,4)	4 (30,8)	9 (69,2)	9 (69,2)	13
Toplam	87	50	135	11	29	81	145	245

Tablo 37’de görüldüğü gibi KUR hakkında bilgiyi Uzmanlık Öğrencisi 83 hekimin 40’ı (%48,2) internetten, 38’i (%45,8) kıdemli hekimlerden, 28’i (%33,7) kurs, kongre ve sempozyumdan almaktadır. Uzman 94 hekimin 62’si (%66,0) kurs, kongre ve sempozyumdan, 53’ü (%56,4) internetten, 38’i (%40,4) mesleki yayınlardan almaktadır. Yardımcı Doçent 19 hekimin 16’sı (%84,2) internetten, 11’i (%57,9) kurs, kongre ve sempozyumdan, 5’i (%26,3) kıdemli hekimlerden almaktadır. Doçent 36 hekimin 27’si (%75,0) internetten, 24’ü (%66,7) kurs, kongre ve sempozyumdan, 15’i (%41,7) mesleki yayınlardan almaktadır. Profesör 13 hekimin 10’u (%76,9) kurs, kongre ve sempozyumdan, 9’u (%69,2) mesleki yayınlardan, 9’u (%69,2) internetten almaktadır.

### 3.5. HEKİMLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM VE ZORUNLULUĞU FARKLILIKLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde çalışma kapsamında kullanılan hekimlere ait sosyo-demografik özellikler bakımından hekimlerin KUR’lara yönelik tutumları, KUR kullanım engellerine ilişkin görüşleri, KUR kullanım sıklıkları ve KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerinde farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan analizlere ilişkin bulgular sunulmuştur.

### 3.5.1. Hekimlerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Klinik Uygulama Rehberlerine Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hekimlerin KUR'lara yönelik tutumları iki boyut (olumlu tutum, olumsuz tutum) altında toplanmıştır. KUR'lara yönelik tutum boyutlarına yönelik hekimlerin görüşlerinde sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık olup olmadığını belirlemek için gerçekleştirilen analizlere ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre KUR'lara yönelik olumlu tutumlarında farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçları Tablo 38'de verilmiştir. KUR'lara yönelik olumlu tutuma sahip olmada hekimlerin yaşının, cinsiyetinin, mezuniyet tarihinin, branşının, şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmamasının, mesleki yayın takip sıklığının, fakültede KUR eğitimi alıp almamasının ve mezuniyet sonrası KUR eğitimi alıp almamasının önemli olabileceği bulunmuştur.

**Tablo 38. KUR'lara Yönelik Olumlu Tutuma İlişkin Analiz Bulguları**

Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	$\chi^2$	p*	Fark
Yaş	26-35 Yaş <sup>1</sup>	98	3,54	0,64	6,893	<b>0,032</b>	3>1 3>2
	36-45 Yaş <sup>2</sup>	101	3,58	0,62			
	46-60 Yaş <sup>3</sup>	46	3,83	0,73			
Mezuniyet Tarihi	1981-1999 <sup>1</sup>	66	3,81	0,67	9,532	<b>0,009</b>	1>2 1>3
	2000-2009 <sup>2</sup>	107	3,57	0,64			
	2010-2016 <sup>3</sup>	72	3,48	0,64			
Branş	Dahili Tıp <sup>1</sup>	124	3,61	0,64	14,346	<b>0,002</b>	3>1 3>2
	Cerrahi Tıp <sup>2</sup>	89	3,49	0,68			
	Temel Tıp <sup>3</sup>	14	4,16	0,42			
	Diş Hekimliği <sup>4</sup>	18	3,78	0,57			
Yayın Takip Sıklığı	Hiçbir Zaman <sup>1</sup>	2	4,05	0,23	14,815	<b>0,005</b>	4>2 4>3
	Nadiren <sup>2</sup>	51	3,37	0,73			
	Bazen <sup>3</sup>	86	3,54	0,63			
	Sık <sup>4</sup>	87	3,81	0,58			
	Çok Sık <sup>5</sup>	19	3,65	0,67			
Mezuniyet Sonrası KUR Eğitimi	Hiç <sup>1</sup>	121	3,47	0,64	13,227	<b>0,004</b>	2>1 4>1
	1 Yıl İçinde <sup>2</sup>	55	3,78	0,67			
	3 Yıl İçinde <sup>3</sup>	45	3,62	0,54			
	5 Yıl ve Üzeri İçinde <sup>4</sup>	24	3,91	0,74			
Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	U	z	p**
Cinsiyet	Erkek	206	3,57	0,65	3035,000	-2,423	<b>0,015</b>
	Kadın	39	3,84	0,65			
İdari Görev	Evet	71	3,82	0,61	4569,500	-3,199	<b>0,001</b>
	Hayır	174	3,53	0,66			
Fakülte KUR Eğitimi	Evet	67	3,77	0,71	4848,500	-2,257	<b>0,024</b>
	Hayır	178	3,55	0,63			

\* Kruskal Wallis H; \*\*Mann Whitney U

KUR'lara yönelik olumlu tutuma sahip olmada hekimlerin yaş grupları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,032$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın 46-60 yaş grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,83) 26-35 yaş grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,54), 46-60 yaş grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,83) 36-45 yaş grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,58) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hekimlerin cinsiyetlerine göre KUR'lara yönelik olumlu tutum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,015$ ). Analiz sonucuna göre kadın hekimlerin ( $\bar{x}$ : 3,84) erkek hekimlerden ( $\bar{x}$ : 3,57) daha yüksek KUR'lara yönelik olumlu tutuma sahip oldukları görülmüştür.

Analiz sonuçlarına göre, KUR'lara yönelik olumlu tutum ortalamaları bakımından çalışmaya katılan hekimlerin mezuniyet tarihlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,009$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda farklılığın 1981-1999 grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,81) 2000-2009 grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,57), 1981-1999 grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,81) 2010-2016 grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,48) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

KUR'lara yönelik olumlu tutum ortalamaları bakımından çalışmaya katılan hekimlerin branşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,002$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda farklılığın Temel Tıp grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 4,16) Dahili Tıp grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,61), Temel Tıp grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 4,16) Cerrahi Tıp grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,49) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmamasına göre KUR'lara yönelik olumlu tutum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,001$ ). Analiz sonucuna göre şimdi veya daha önce idari görev yapan hekimlerin ortalaması ( $\bar{x}$ : 3,82) şimdi veya daha önce idari görev yapmayan hekimlerin ortalamasından ( $\bar{x}$ : 3,53) daha yüksektir.



Hekimlerin mesleki yayın takip sıklığına göre KUR'lara yönelik olumlu tutum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,005$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda farklılığın sık grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}: 3,81$ ) nadiren grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}: 3,37$ ), sık grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}: 3,81$ ) bazen grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}: 3,54$ ) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hekimlerin fakültede KUR eğitimi alıp almamasına göre KUR'lara yönelik olumlu tutum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,024$ ). Analiz sonucuna göre fakültede KUR eğitimi alan hekimlerin ortalaması ( $\bar{x}: 3,77$ ) fakültede KUR eğitimi almayan hekimlerin ortalamasından ( $\bar{x}: 3,55$ ) daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre KUR'lara yönelik olumlu tutum ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin mezuniyet sonrasında KUR eğitimi alıp almama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,004$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın 1 yıl içinde grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}: 3,78$ ) hiç grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}: 3,47$ ), 5 yıl ve üzeri içinde grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}: 3,91$ ) hiç grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}: 3,47$ ) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden medeni durumlarına, mezun oldukları fakültele, yan dal branşının olup olmamasına, ünvanlarına, görev sürelerine, idari görev sürelerine, üye olunan mesleki dernek sayısına ve abone olunan mesleki yayın sayısına göre KUR'lara yönelik olumlu tutumlarında farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p>0,05$ ) bulunamamıştır.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre KUR'lara yönelik olumsuz tutumlarında farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçları Tablo 39'da verilmiştir. KUR'lara yönelik olumsuz tutuma sahip olmada hekimlerin mezuniyet tarihinin, branşının, yan dal branşının olup olmamasının, şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmamasının, üye olunan mesleki dernek sayısının, mesleki yayın takip sıklığının, fakültede KUR eğitimi alıp almamasının ve mezuniyet sonrası KUR eğitimi alıp almamasının önemli olabileceği bulunmuştur.

**Tablo 39. KUR'lara Yönelik Olumsuz Tutuma İlişkin Analiz Bulguları**

Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	$\chi^2$	p*	Fark
Mezuniyet Tarihi	1981-1999 <sup>1</sup>	66	2,37	0,70	8,605	<b>,014</b>	2>1
	2000-2009 <sup>2</sup>	107	2,66	0,65			3>1
	2010-2016 <sup>3</sup>	72	2,67	0,66			
Branş	Dahili Tıp <sup>1</sup>	124	2,53	0,66	8,358	<b>0,039</b>	2>1
	Cerrahi Tıp <sup>2</sup>	89	2,70	0,69			2>3
	Temel Tıp <sup>3</sup>	14	2,24	0,85			4>3
	Diş Hekimliği <sup>4</sup>	18	2,69	0,44			
Üye Olunan Mesleki Dernek	Hiç <sup>1</sup>	83	2,71	0,70	7,513	<b>0,023</b>	1>3
	1-5 <sup>2</sup>	155	2,54	0,66			
	6 ve Üzeri <sup>3</sup>	7	2,12	0,53			
Yayın Takip Sıklığı	Hiçbir Zaman <sup>1</sup>	2	3,16	0,39	14,337	<b>0,006</b>	2>4
	Nadiren <sup>2</sup>	51	2,80	0,67			3>4
	Bazen <sup>3</sup>	86	2,65	0,70			
	Sık <sup>4</sup>	87	2,39	0,63			
	Çok Sık <sup>5</sup>	19	2,53	0,63			
Mezuniyet Sonrası KUR Eğitimi	Hiç <sup>1</sup>	121	2,82	0,60	30,878	<b>0,000</b>	1>2
	1 Yıl İçinde <sup>2</sup>	55	2,37	0,68			1>3
	3 Yıl İçinde <sup>3</sup>	45	2,36	0,68			1>4
	5 Yıl ve Üzeri İçinde <sup>4</sup>	24	2,31	0,70			
Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	U	z	p**
Yan Dal	Evet	20	2,30	0,47	1636,500	-2,023	<b>0,043</b>
	Hayır	225	2,61	0,69			
İdari Görev	Evet	71	2,37	0,60	4680,000	-2,979	<b>0,003</b>
	Hayır	174	2,67	0,69			
Fakülte KUR Eğitimi	Evet	67	2,36	0,69	4459,000	-3,046	<b>0,002</b>
	Hayır	178	2,67	0,66			

\* Kruskal Wallis H; \*\*Mann Whitney U

Analiz sonuçlarına göre KUR'lara yönelik olumsuz tutum ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin mezuniyet tarihlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,014$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın 2000-2009 grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,66) 1981-1999 grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,37), 2010-2016 grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,67) 1981-1999 grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,37) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin branşlarına göre KUR'lara yönelik olumsuz tutum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,039$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın Cerrahi Tıp grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,70) Dahili Tıp grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,53), Cerrahi Tıp grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,70) Temel Tıp grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,24), Diş Hekimliği grubunda yer alan

hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,69) Temel Tıp grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,24) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hekimlerin yan dal branşı olup olmamasına göre KUR'lara yönelik olumsuz tutum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,043$ ). Analiz sonucuna göre yan dal branşı olmayan hekimlerin ( $\bar{x}$ : 2,61) yan dal branşı olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,30) daha yüksek KUR'lara yönelik olumsuz tutuma sahip oldukları görülmüştür.

KUR'lara yönelik olumsuz tutum ortalamaları arasında hekimlerin şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,003$ ). Analiz sonucuna göre şimdi veya daha önce idari görev yapmayan hekimlerin ortalaması ( $\bar{x}$ : 2,67) şimdi veya daha önce idari görev yapan hekimlerin ortalamasından ( $\bar{x}$ : 2,37) daha yüksektir.

KUR'lara yönelik olumsuz tutuma sahip olmada hekimlerin üye olunan mesleki dernek sayısı grupları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,023$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın hiç grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,71) 6 ve üzeri grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,12) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

KUR'lara yönelik olumsuz tutum ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin mesleki yayın takip sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,006$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın nadiren grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,80) sık grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,39), bazen grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,65) sık grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,39) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Analiz sonuçlarına göre KUR'lara yönelik olumsuz tutum ortalamaları ( $p=0,002$ ) arasında hekimlerin fakültede KUR eğitimi alıp almamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Analiz sonucuna göre fakültede KUR eğitimi almayan hekimlerin ortalaması ( $\bar{x}$ : 2,67) fakültede KUR eğitimi alan hekimlerin ortalamasından ( $\bar{x}$ : 2,36) daha yüksektir.

KUR'lara yönelik olumsuz tutum ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin mezuniyet sonrasında KUR eğitimi alıp almama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın hiç grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,82) 1 yıl içinde grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,37), hiç grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,82) 3 yıl içinde grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,36), hiç grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,82) 5 yıl ve üzeri içinde grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,31) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, mezun oldukları fakültele, ünvanlarına, görev sürelerine, idari görev sürelerine, abone olunan mesleki yayın sayısına göre KUR'lara yönelik olumsuz tutumlarında farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p>0,05$ ) bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin KUR'lara yönelik olumlu ve olumsuz tutumlarının sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analizler sonucunda "H3: Hekimlerin klinik uygulama rehberlerine yönelik olumlu ve olumsuz tutumları sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterir" hipotezi kabul edilmiştir. Sonuçlara göre;

- Olumlu tutum boyutu için yaş, cinsiyet, mezuniyet tarihi, branş, şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmama, mesleki yayın takip sıklığı, fakültede KUR eğitimi alıp almama ve mezuniyet sonrası KUR eğitimi alıp almamaya göre,
- Olumsuz tutum boyutu için mezuniyet tarihi, branş, yan dal branşının olup olmaması, şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmama, üye olunan mesleki dernek sayısı, mesleki yayın takip sıklığı, fakültede KUR eğitimi alıp almama ve mezuniyet sonrası KUR eğitimi alıp almamaya göre farklılık gösterdiği bulunmuştur.

### **3.5.2. Hekimlerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Engellerine İlişkin Bulgular**

Araştırmaya katılan hekimlerin KUR kullanımının önündeki engeller dört boyut (rehber engelleri, bireysel engeller, organizasyonel engeller, hasta engelleri) altında toplanmıştır.

KUR kullanım engel boyutlarına yönelik hekimlerin görüşlerinde sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık olup olmadığını belirlemek için gerçekleştirilen analizlerde elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre KUR kullanım engelleri boyutlarından rehber engelleri boyutuna yönelik görüşlerinde farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçları Tablo 40'ta verilmiştir. Hekimlerin rehber engelleri boyutuna yönelik görüşlerinde mezun olunan fakültenin, mezuniyet tarihinin, branşın, görev süresinin, şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmamanın, idari görev süresinin, üye olunan mesleki dernek sayısının ve abone olunan mesleki yayın sayısının önemli olabileceği bulunmuştur.

**Tablo 40. Rehber Engellerine İlişkin Analiz Bulguları**

Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	$\chi^2$	p*	Fark
Mezun Olunan Fakülte	GATF <sup>1</sup>	168	2,74	0,71	7,208	<b>0,027</b>	2>1
	Diğer Tıp Fakülteleri <sup>2</sup>	59	2,99	0,78			
	Diş Hek.Fakülteleri <sup>3</sup>	18	3,09	0,56			
Mezuniyet Tarihi	1981-1999 <sup>1</sup>	66	2,76	0,81	6,915	<b>0,032</b>	3>2
	2000-2009 <sup>2</sup>	107	2,74	0,66			
	2010-2016 <sup>3</sup>	72	3,01	0,71			
Branş	Dahili Tıp <sup>1</sup>	124	2,93	0,70	14,604	<b>0,002</b>	1>2 3>2 4>2
	Cerrahi Tıp <sup>2</sup>	89	2,59	0,71			
	Temel Tıp <sup>3</sup>	14	3,07	0,86			
	Diş Hekimliği <sup>4</sup>	18	3,09	0,56			
Görev Süresi	1-5 Yıl <sup>1</sup>	40	2,97	0,71	11,069	<b>0,011</b>	1>3 2>3
	6-10 Yıl <sup>2</sup>	59	3,02	0,74			
	11-20 Yıl <sup>3</sup>	103	2,69	0,66			
	21 Yıl ve Üzeri <sup>4</sup>	43	2,75	0,82			
İdari Görev Süresi	1 Yıldan Az <sup>1</sup>	10	2,33	0,80	9,776	<b>0,008</b>	2>3
	1-5 Yıl <sup>2</sup>	42	2,80	0,72			
	6 Yıl ve Üzeri <sup>3</sup>	16	2,21	0,44			
Üye Olunan Mesleki Dernek	Hiç <sup>1</sup>	83	3,02	0,67	10,149	<b>0,006</b>	1>2
	1-5 <sup>2</sup>	155	2,73	0,73			
	6 ve Üzeri <sup>3</sup>	7	2,55	0,85			
Abone Olunan Mesleki Yayın	Hiç <sup>1</sup>	71	3,03	0,64	9,745	<b>0,008</b>	1>2 1>3
	1-5 <sup>2</sup>	125	2,80	0,69			
	6 ve Üzeri <sup>3</sup>	49	2,60	0,85			
Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	U	z	p**
İdari Görev	Evet	71	2,61	0,71	4580,000	-3,176	<b>0,001</b>
	Hayır	174	2,91	0,72			

\* Kruskal Wallis H; \*\*Mann Whitney U

Analiz sonuçlarına göre rehber engelleri ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin mezun oldukları fakültelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,027$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın diğer tıp fakülteleri grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,99) GATF grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,74) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Rehber engelleri ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin mezuniyet tarihine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,032$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın 2010-2016 grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,01) 2000-2009 grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,74) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Rehber engelleri ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin branş durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,002$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın Dahili Tıp grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,93) Cerrahi Tıp grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,59), Temel Tıp grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,07) Cerrahi Tıp grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,59), Diş Hekimliği grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,09) Cerrahi Tıp grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,59) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Rehber engelleri ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin görev sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,011$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın 1-5 yıl grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,97) 11-20 yıl grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,69), 6-10 yıl grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,02) 11-20 yıl grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,69) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmamasına göre rehber engelleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Analiz sonucuna göre şimdi veya daha önce idari görev yapmayan hekimlerin ( $\bar{x}$ : 2,91) şimdi veya daha önce idari görev yapan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,61) daha yüksek düzeyde rehber engelleri ifadelerine katıldıkları görülmüştür.

Rehber engelleri ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin idari görev sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,008$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın 1-5 yıl grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}: 2,80$ ) 6 yıl ve üzeri grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}: 2,21$ ) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Rehber engelleri ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin üye oldukları mesleki dernek sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,006$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın hiç grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}: 3,02$ ) 1-5 grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}: 2,73$ ) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Rehber engelleri ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin abone oldukları mesleki yayın sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,008$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın hiç grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}: 3,03$ ) 1-5 grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}: 2,80$ ), hiç grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}: 3,03$ ) 6 ve üzeri grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}: 2,60$ ) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, yan dal branşının olup olmamasına, ünvanlarına, mesleki yayın takip sıklığına, fakültede KUR eğitimi alıp almama durumuna ve mezuniyet sonrasında KUR eğitimi alıp almama durumuna göre hekimlerin KUR kullanım engelleri boyutlarından rehber engelleri boyutuna yönelik görüşlerinde farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p>0,05$ ) bulunamamıştır.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre KUR kullanım engelleri boyutlarından bireysel engeller boyutuna yönelik görüşlerinde farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçları Tablo 41'de verilmiştir. Hekimlerin bireysel engeller boyutuna yönelik görüşlerinde şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmamanın, abone olunan mesleki yayın sayısının ve mesleki yayın takip sıklığının önemli olabileceği bulunmuştur.

Tablo 41. Bireysel Engellere İlişkin Analiz Bulguları

Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	$\chi^2$	p*	Fark
Abone Olunan Mesleki Yayın	Hiç <sup>1</sup>	71	3,53	0,61	38,118	0,000	1>2
	1-5 <sup>2</sup>	125	3,19	0,68			1>3
	6 ve Üzeri <sup>3</sup>	49	2,77	0,50			2>3
Yayın Takip Sıklığı	Hiçbir Zaman <sup>1</sup>	2	3,85	0,20	43,992	0,000	1>4
	Nadiren <sup>2</sup>	51	3,41	0,67			1>5
	Bazen <sup>3</sup>	86	3,46	0,68			2>4
	Sık <sup>4</sup>	87	2,88	0,55			2>5
	Çok Sık <sup>5</sup>	19	2,89	0,49			3>4
							3>5
Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	U	z	p**
İdari Görev	Evet	71	2,92	0,58	4013,000	-4,311	0,000
	Hayır	174	3,32	0,68			

\* Kruskal Wallis H; \*\*Mann Whitney U

Bireysel engeller ortalamaları arasında hekimlerin abone oldukları mesleki yayın sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,000). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın hiç grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,53) 1-5 grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,19), hiç grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,53) 6 ve üzeri grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,77), 1-5 grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,19) 6 ve üzeri grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,77) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin mesleki yayın takip sıklığına göre bireysel engeller ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,000). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın hiçbir zaman grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,85) sık grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,88), hiçbir zaman grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,85) çok sık grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,89), nadiren grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,41) sık grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,88), nadiren grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,41) çok sık grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,89), bazen grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,46) sık grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,88), bazen grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,46) çok sık grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,89) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Bireysel engeller ortalamaları arasında hekimlerin şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,000). Analiz sonucuna göre şimdi veya daha önce idari görev yapmayan hekimlerin ( $\bar{x}$ : 3,32)



şimdi veya daha önce idari görev yapan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,92) daha yüksek düzeyde KUR kullanım engel ifadelerine katıldıkları görülmüştür.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, mezun oldukları fakültele, mezuniyet tarihine, branşlarına, yan dal branşının olup olmamasına, ünvanlarına, görev süresine, idari görev sürelerine, üye olunan mesleki dernek sayısına, fakültede KUR eğitimi alıp almama durumuna ve mezuniyet sonrasında KUR eğitimi alıp almama durumuna göre hekimlerin KUR kullanım engelleri boyutlarından bireysel engeller boyutuna yönelik görüşlerinde farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p>0,05$ ) bulunamamıştır.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre KUR kullanım engelleri boyutlarından organizasyonel engeller boyutuna yönelik görüşlerinde farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçları Tablo 42'de verilmiştir. Hekimlerin organizasyonel engeller boyutuna yönelik görüşlerinde branşlarının ve fakültede KUR eğitimi alıp almamanın önemli olabileceği bulunmuştur.

**Tablo 42. Organizasyonel Engellere İlişkin Analiz Bulguları**

Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	$\chi^2$	p*	Fark
Branş	Dahili Tıp <sup>1</sup>	124	3,48	0,71	20,703	0,000	1>3
	Cerrahi Tıp <sup>2</sup>	89	3,74	0,60			2>1
	Temel Tıp <sup>3</sup>	14	2,86	0,84			2>3
	Diş Hekimliği <sup>4</sup>	18	3,45	0,51			2>4
							4>3
Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	U	z	p**
Fakülte KUR Eğitimi	Evet	67	3,21	0,71	3635,500	-4,720	0,000
	Hayır	178	3,66	0,64			

\* Kruskal Wallis H; \*\*Mann Whitney U

Organizasyonel engeller ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin branş durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın Dahili Tıp grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,48) Temel Tıp grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,86), Cerrahi Tıp grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,74) Dahili Tıp grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,48), Cerrahi Tıp grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,74) Temel Tıp grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,86), Cerrahi Tıp grubunda yer alan

hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,74) Diş Hekimliği grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,45), Diş Hekimliği grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,45) Temel Tıp grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,86) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin fakültede KUR eğitimi alıp almama durumlarına göre organizasyonel engeller ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Analiz sonucuna göre organizasyonel engeller boyutunda fakültede KUR eğitimi almayan hekimlerin ( $\bar{x}$ : 3,66) fakültede KUR eğitimi alan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 3,21) daha yüksek düzeyde KUR kullanım engel ifadelerine katıldıkları görülmüştür.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, mezun oldukları fakülterlere, mezuniyet tarihine, yan dal branşının olup olmamasına, ünvanlarına, görev süresine, şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmamasına, idari görev sürelerine, üye olunan mesleki dernek sayısına, abone olunan mesleki yayın sayısına, mesleki yayın takip sıklığına ve mezuniyet sonrasında KUR eğitimi alıp almama durumuna göre hekimlerin KUR kullanım engelleri boyutlarından organizasyonel engeller boyutuna yönelik görüşlerinde farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p>0,05$ ) bulunamamıştır.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre KUR kullanım engelleri boyutlarından hasta engelleri boyutuna yönelik görüşlerinde farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçları Tablo 43'te verilmiştir. Hekimlerin hasta engelleri boyutuna yönelik görüşlerinde mezun olunan fakültenin ve branşlarının önemli olabileceği bulunmuştur.

**Tablo 43. Hasta Engellerine İlişkin Analiz Bulguları**

Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	$\chi^2$	$p^*$	Fark
Mezun Olunan Fakülte	GATF <sup>1</sup>	168	2,74	0,59	10,597	<b>0,005</b>	3>1
	Diğer Tıp Fakülteleri <sup>2</sup>	59	2,85	0,88			
	Diş Hek. Fakülteleri <sup>3</sup>	18	3,18	0,41			
Branş	Dahili Tıp <sup>1</sup>	124	2,78	0,70	10,607	<b>0,014</b>	4>1 4>2
	Cerrahi Tıp <sup>2</sup>	89	2,74	0,58			
	Temel Tıp <sup>3</sup>	14	2,85	1,03			
	Diş Hekimliği <sup>4</sup>	18	3,18	0,41			

\* Kruskal Wallis H

Hasta engelleri ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin mezun oldukları fakültele göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,005$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın dış hekimliği fakülteleri grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}: 3,18$ ) GATF grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}: 2,74$ ) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hasta engelleri ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin branş durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,014$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın Dış Hekimliği grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}: 3,18$ ) Dahili Tıp grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}: 2,78$ ), Dış Hekimliği grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}: 3,18$ ) Cerrahi Tıp grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}: 2,74$ ) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, mezuniyet tarihine, yan dal branşının olup olmamasına, ünvanlarına, görev süresine, şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmamasına, idari görev sürelerine, üye olunan mesleki dernek sayısına, abone olunan mesleki yayın sayısına, mesleki yayın takip sıklığına, fakültede KUR eğitimi alıp almama durumuna ve mezuniyet sonrasında KUR eğitimi alıp almama durumuna göre hekimlerin KUR kullanım engelleri boyutlarından hasta engelleri boyutuna yönelik görüşlerinde farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p>0,05$ ) bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin KUR kullanım engellerine ilişkin görüşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analizler sonucunda "H4: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri kullanım engellerine yönelik görüşleri sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterir" hipotezi kabul edilmiştir. Sonuçlara göre;

- Rehber engelleri boyutu için mezun olunan fakülte, mezuniyet tarihi, branş, görev süresi, şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmama, idari görev süresi, üye olunan mesleki dernek sayısı ve abone olunan mesleki yayın sayısına göre,
- Bireysel engeller boyutu için şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmama, abone olunan mesleki yayın sayısı ve mesleki yayın takip sıklığına göre,

- Organizasyonel engeller boyutu için branş ve fakültede KUR eğitimi alıp almamaya göre,
- Hasta engelleri boyutu için mezun olunan fakülte ve branşa göre farklılık gösterdiği bulunmuştur.

### 3.5.3. Hekimlerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Sıklığı ve Zorunluluğuna İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hekimlerin “klinik uygulama rehberlerini hangi sıklıkla kullanıyorsunuz” ve “kullanımı zorunlu olmalıdır” ifadelerine yönelik hekimlerin görüşlerinde sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık olup olmadığını belirlemek için gerçekleştirilen analizlerde elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre KUR kullanım sıklıklarında farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçları Tablo 44’te verilmiştir. Hekimlerin KUR kullanım sıklıklarında şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmamanın, üye olunan mesleki dernek sayısının, abone olunan mesleki yayın sayısının, mesleki yayın takip sıklığının ve mezuniyet sonrası KUR eğitimi alıp almama durumunun önemli olabileceği bulunmuştur.

**Tablo 44. KUR Kullanım Sıklığına İlişkin Analiz Bulguları**

Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	$\chi^2$	p*	Fark
Üye Olunan Mesleki Dernek	Hiç <sup>1</sup>	83	2,57	0,87	18,403	<b>0,000</b>	2>1
	1-5 <sup>2</sup>	155	2,92	0,88			3>1
	6 ve Üzeri <sup>3</sup>	7	4,00	0,57			3>2
Abone Olunan Mesleki Yayın	Hiç <sup>1</sup>	71	2,52	0,92	24,607	<b>0,000</b>	2>1
	1-5 <sup>2</sup>	125	2,81	0,85			3>1
	6 ve Üzeri <sup>3</sup>	49	3,34	0,80			3>2
Yayın Takip Sıklığı	Hiçbir Zaman <sup>1</sup>	2	2,00	1,41	29,350	<b>0,000</b>	4>2
	Nadiren <sup>2</sup>	51	2,50	0,83			4>3
	Bazen <sup>3</sup>	86	2,60	0,80			5>2
	Sık <sup>4</sup>	87	3,20	0,91			5>3
	Çok Sık <sup>5</sup>	19	3,15	0,83			
Mezuniyet Sonrası KUR Eğitimi	Hiç <sup>1</sup>	121	2,57	0,86	21,188	<b>0,000</b>	2>1
	1 Yıl İçinde <sup>2</sup>	55	3,14	0,89			3>1
	3 Yıl İçinde <sup>3</sup>	45	3,17	0,77			
	5 Yıl ve Üzeri İçinde <sup>4</sup>	24	2,83	1,00			
Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	U	z	p**
İdari Görev	Evet	71	3,11	0,83	4660,500	-3,195	<b>0,001</b>
	Hayır	174	2,72	0,91			

\* Kruskal Wallis H; \*\*Mann Whitney U

KUR kullanım sıklığı ortalamaları arasında hekimlerin şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,001$ ). Analiz sonucuna göre KUR kullanım sıklığında şimdi veya daha önce idari görev yapan hekimlerin ortalaması ( $\bar{x}$ : 3,11) şimdi veya daha önce idari görev yapmayan hekimlerin ortalamasından ( $\bar{x}$ : 2,72) daha yüksektir.

Çalışmaya katılan hekimlerin üye oldukları mesleki dernek sayısına göre KUR kullanım sıklığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın 1-5 grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,92) hiç grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,57), 6 ve üzeri grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 4,00) hiç grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,57), 6 ve üzeri grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 4,00) 1-5 grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,92) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

KUR kullanım sıklığı ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin abone olunan mesleki yayın sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın 1-5 grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 2,81) hiç grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,52), 6 ve üzeri grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,34) hiç grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,52), 6 ve üzeri grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,34) 1-5 grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,81) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

KUR kullanım sıklığı ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin mesleki yayın takip sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın sık grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,20) nadiren grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,50), sık grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,20) bazen grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,60), çok sık grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,15) nadiren grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,50), çok sık grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,15) bazen grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,60) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin mezuniyet sonrasında KUR eğitimi alıp almama durumuna göre KUR kullanım sıklığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın 1 yıl içinde grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,14) hiç grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,57), 3 yıl içinde grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,17) hiç grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,57) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, mezun oldukları fakülterlere, mezuniyet tarihine, branşlarına, yan dal branşının olup olmamasına, ünvanlarına, görev süresine, idari görev sürelerine ve fakültede KUR eğitimi alıp almama durumuna göre hekimlerin KUR kullanım sıklığına yönelik görüşlerinde farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p>0,05$ ) bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin KUR kullanım sıklıklarının sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analizler sonucunda “H5: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri kullanım sıklıkları sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterir” hipotezi kabul edilmiştir. Sonuçlara göre KUR kullanım sıklığının şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmama, üye olunan mesleki dernek sayısı, abone olunan mesleki yayın sayısı, mesleki yayın takip sıklığı ve mezuniyet sonrası KUR eğitimi alıp almama durumuna göre farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerinde farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçları Tablo 45’te verilmiştir. Hekimlerin KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerinde yaşın, şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmamanın, abone olunan mesleki yayın sayısının ve mesleki yayın takip sıklığının önemli olabileceği bulunmuştur.

Tablo 45. KUR Kullanımının Zorunluluğuna İlişkin Analiz Bulguları

Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	$x^2$	$p^*$	Fark
Yaş	26-35 Yaş <sup>1</sup>	98	3,10	0,94	6,097	<b>0,047</b>	3>1
	36-45 Yaş <sup>2</sup>	101	3,20	0,96			
	46-60 Yaş <sup>3</sup>	46	3,54	1,12			
Abone Olunan Mesleki Yayın	Hiç <sup>1</sup>	71	3,05	0,99	9,224	<b>0,010</b>	3>1 3>2
	1-5 <sup>2</sup>	125	3,20	0,99			
	6 ve Üzeri <sup>3</sup>	49	3,55	0,95			
Yayın Takip Sıklığı	Hiçbir Zaman <sup>1</sup>	2	3,00	0,00	12,626	<b>0,013</b>	4>2 4>3 5>3
	Nadiren <sup>2</sup>	51	3,07	0,97			
	Bazen <sup>3</sup>	86	3,03	0,93			
	Sık <sup>4</sup>	87	3,44	0,99			
	Çok Sık <sup>5</sup>	19	3,52	1,17			
Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x}$	Ss	U	z	$p^{**}$
İdari Görev	Evet	71	3,54	1,03	4518,500	-3,458	<b>0,001</b>
	Hayır	174	3,09	0,95			

\* Kruskal Wallis H; \*\*Mann Whitney U

KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerinde hekimlerin yaş grupları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,047$ ). Analiz sonuçlarına göre 46-60 yaş grubunda yer alan hekimlerin KUR'ların zorunlu olması gerektiği ifadesine katılım ortalaması ( $\bar{x}$ : 3,54) 26-35 yaş grubunda olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 3,10) daha yüksektir.

Hekimlerin KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerinin ortalamaları arasında şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,001$ ). Analiz sonucuna göre şimdi veya daha önce idari görev yapan hekimlerin ortalaması ( $\bar{x}$ : 3,54) şimdi veya daha önce idari görev yapmayan hekimlerin ortalamasından ( $\bar{x}$ : 3,09) daha yüksektir.

KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerinin ortalamaları arasında çalışmaya katılan hekimlerin abone olunan mesleki yayın sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,010$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın 6 ve üzeri grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,55) hiç grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,05), 6 ve üzeri grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,55) 1-5 grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,20) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hekimlerin mesleki yayın takip sıklığına göre KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,013$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucu farklılığın sık grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,44) nadiren grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,07), sık grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,44) bazen grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,03), çok sık grubunda yer alan hekimlerle ( $\bar{x}$ : 3,52) bazen grubunda yer alan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,03) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyetlerine, medeni durumlarına, mezun oldukları fakülterlere, mezuniyet tarihine, branşlarına, yan dal branşının olup olmamasına, ünvanlarına, görev süresine, idari görev sürelerine, üye olunan mesleki dernek sayısına, fakültede KUR eğitimi alıp almama durumuna ve mezuniyet sonrasında KUR eğitimi alıp almama durumuna göre hekimlerin KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerinde farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p>0,05$ ) bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analizler sonucunda “H<sub>6</sub>: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterir” hipotezi kabul edilmiştir. Sonuçlara göre KUR’ların zorunlu olması gerektiği görüşünün yaş, şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmama, abone olunan mesleki yayın sayısı ve mesleki yayın takip sıklığına göre farklılık gösterdiği bulunmuştur.

### **3.6. HEKİMLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KUR KULLANIM ENGELLERİ, KUR KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞUNA İLİŞKİN BULGULAR**

Araştırmanın bu bölümünde KUR’lara yönelik tutum, kullanım engelleri, kullanım ve zorunluluk bakımından hekimlerin kişilik özelliklerine göre farklılıkların belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonuçları verilmiştir. Araştırma verilerinin analizi neticesinde elde edilen kişilik boyut ortalamaları dikkate alınarak her boyutta ortalamanın üstünde ve



ortalamanın altında olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. KUR'lara yönelik tutum, kullanım engelleri, kullanım sıklığı ve zorunlu olup olmaması gerektiğine ilişkin hekim görüşleri hekimlerin kişilik ortalaması gruplarına göre karşılaştırılmıştır.

### 3.6.1. Hekimlerin Kişilik Boyut Düzeylerine Göre Klinik Uygulama Rehberlerine Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular

Hekimlerin kişilik özelliklerine göre KUR'lara yönelik tutumlarında farklılık olup olmadığına yönelik yapılan Mann Whitney U analiz sonuçları Tablo 46'da verilmiştir.

**Tablo 46. Hekimlerin Kişilik Boyut Düzeylerine Göre KUR'lara Yönelik Tutumlarına İlişkin Analiz Bulguları**

Tutum Boyutları	Kişilik Boyut Düzeyleri		n	$\bar{x}$	Ss	U	z	p	
Olumlu Tutum	Uyumluluk	Ort. Altında	107	3,41	0,72	5120,000	-4,119	<b>0,000</b>	
		Ort. Üstünde	138	3,77	0,56				
	Öz Disiplin	Ort. Altında	96	3,36	0,66	4668,000	-4,594	<b>0,000</b>	
		Ort. Üstünde	149	3,77	0,61				
	Gelişime Açıklık	Ort. Altında	116	3,42	0,68	5272,000	-3,996	<b>0,000</b>	
		Ort. Üstünde	129	3,78	0,59				
	Dışa Dönüklük	Ort. Altında	113	3,49	0,71	5944,500	-2,741	<b>0,006</b>	
		Ort. Üstünde	132	3,72	0,59				
	Nörotiklik	Ort. Altında	130	3,75	0,57	5654,500	-3,293	<b>0,001</b>	
		Ort. Üstünde	115	3,45	0,72				
	Olumsuz Tutum	Uyumluluk	Ort. Altında	107	2,84	0,67	4214,000	-5,768	<b>0,000</b>
			Ort. Üstünde	138	2,39	0,62			
Öz Disiplin		Ort. Altında	96	2,90	0,69	3967,000	-5,890	<b>0,000</b>	
		Ort. Üstünde	149	2,38	0,59				
Gelişime Açıklık		Ort. Altında	116	2,73	0,71	5686,000	-3,247	<b>0,001</b>	
		Ort. Üstünde	129	2,45	0,62				
Dışa Dönüklük		Ort. Altında	113	2,77	0,72	4964,500	-4,515	<b>0,000</b>	
		Ort. Üstünde	132	2,42	0,60				
Nörotiklik		Ort. Altında	130	2,38	0,54	4608,500	-5,185	<b>0,000</b>	
		Ort. Üstünde	115	2,82	0,74				

Tablo 46'da görüldüğü gibi KUR'lara yönelik olumlu ve olumsuz tutuma sahip olmada hekimlerin kişilik özelliklerinin önemli olabileceği bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre KUR'lara yönelik olumlu tutum bakımından uyumluluk ( $p=0,000$ ), öz disiplin ( $p=0,000$ ), gelişime açıklık ( $p=0,000$ ), dışa dönüklük ( $p=0,006$ ) ve nörotiklik ( $p=0,001$ ) kişilik özellikleri ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucuna göre uyumluluk düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,77) uyumluluk düzeyi ortalamanın altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 3,41); öz disiplin düzeyi

ortalamanın üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,77) öz disiplin düzeyi ortalamanın altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 3,36); gelişime açıklık düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,78) gelişime açıklık düzeyi ortalamanın altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 3,42); dışa dönüklük düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,72) dışa dönüklük düzeyi ortalamanın altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 3,49) daha yüksek seviyede KUR'lara yönelik olumlu tutuma sahip iken nörotiklik düzeyi ortalamanın altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,75) nörotiklik düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 3,45) daha yüksek düzeyde KUR'lara yönelik olumlu tutuma sahiptir. Daha yüksek düzeyde uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık ve dışa dönüklük kişilik özelliklerine sahip hekimlerle daha düşük düzeyde nörotiklik kişilik özelliklerine sahip hekimlerin KUR'lara yönelik daha yüksek düzeyde olumlu tutuma sahip olmaları önemli bir bulgudur.

Elde edilen sonuçlara göre KUR'lara yönelik olumsuz tutum bakımından uyumluluk ( $p=0,000$ ), öz disiplin ( $p=0,000$ ), gelişime açıklık ( $p=0,001$ ), dışa dönüklük ( $p=0,000$ ) ve nörotiklik ( $p=0,000$ ) kişilik özellikleri ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucuna göre uyumluluk düzeyi ortalamanın altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,84) uyumluluk düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,39); öz disiplin düzeyi ortalamanın altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,90) öz disiplin düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,38); gelişime açıklık düzeyi ortalamanın altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,73) gelişime açıklık düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,45); dışa dönüklük düzeyi ortalamanın altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,77) dışa dönüklük düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,42) daha yüksek seviyede KUR'lara yönelik olumsuz tutuma sahip iken nörotiklik düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,82) nörotiklik düzeyi ortalamanın altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,38) daha yüksek düzeyde KUR'lara yönelik olumsuz tutuma sahiptir. Daha düşük düzeyde uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık ve dışa dönüklük kişilik özelliklerine sahip hekimlerle daha yüksek düzeyde nörotiklik kişilik özelliklerine sahip hekimlerin KUR'lara yönelik daha yüksek düzeyde olumsuz tutuma sahip olmaları önemli bir bulgudur.

Araştırmaya katılan hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarının kişilik özellikleri ifadelerine katılım düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analizler sonucunda "H7: Hekimlerin klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumları kişilik özellikleri ifadelerine katılım düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterir" hipotezi olumlu ve

olumsuz tutum boyutları için uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık, dışa dönüklük ve nörotiklik boyut düzeyleri bakımından kabul edilmiştir.

### 3.6.2. Hekimlerin Kişilik Boyut Düzeylerine Göre Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Engellerine İlişkin Bulgular

Hekimlerin kişilik özelliklerine göre KUR kullanım engellerine ilişkin görüşlerinde farklılık olup olmadığına yönelik yapılan Mann Whitney U analiz sonuçları Tablo 47’de verilmiştir.

**Tablo 47. Hekimlerin Kişilik Boyut Düzeylerine Göre KUR Kullanım Engellerine İlişkin Analiz Bulguları**

Engel Boyutları	Kişilik Boyut Düzeyleri	n	$\bar{x}$	Ss	U	z	p	
Rehber Engelleri	Uyumluluk	Ort. Altında	107	3,10	0,60	4473,000	-5,293	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	138	2,61	0,75			
	Öz Disiplin	Ort. Altında	96	3,20	0,56	3531,500	-6,691	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	149	2,58	0,72			
	Gelişime Açıklık	Ort. Altında	116	2,95	0,65	5948,000	-2,772	<b>0,006</b>
		Ort. Üstünde	129	2,71	0,77			
	Dışa Dönüklük	Ort. Altında	113	3,08	0,65	4488,000	-5,375	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	132	2,61	0,71			
	Nörotiklik	Ort. Altında	130	2,36	0,57	1409,500	-10,964	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	115	3,35	0,49			
Bireysel Engeller	Uyumluluk	Ort. Altında	107	3,33	0,67	5824,500	-2,840	<b>0,005</b>
		Ort. Üstünde	138	3,11	0,67			
	Öz Disiplin	Ort. Altında	96	3,48	0,67	4439,500	-5,021	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	149	3,03	0,62			
	Gelişime Açıklık	Ort. Altında	116	3,72	0,49	1203,500	-11,364	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	129	2,74	0,45			
	Dışa Dönüklük	Ort. Altında	113	3,51	0,65	3910,500	-6,431	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	132	2,94	0,58			
	Nörotiklik	Ort. Altında	130	3,05	0,62	5332,500	-3,880	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	115	3,38	0,70			
Organizasyonel Engeller	Uyumluluk	Ort. Altında	107	3,56	0,72	6971,000	-,751	0,453
		Ort. Üstünde	138	3,51	0,67			
	Öz Disiplin	Ort. Altında	96	3,54	0,70	7145,500	-,012	0,990
		Ort. Üstünde	149	3,53	0,69			
	Gelişime Açıklık	Ort. Altında	116	3,61	0,71	6432,500	-1,900	0,057
		Ort. Üstünde	129	3,47	0,67			
	Dışa Dönüklük	Ort. Altında	113	3,58	0,69	7025,500	-,784	0,433
		Ort. Üstünde	132	3,50	0,69			
	Nörotiklik	Ort. Altında	130	3,57	0,69	6877,500	-1,082	0,279
		Ort. Üstünde	115	3,50	0,70			
Hasta Engelleri	Uyumluluk	Ort. Altında	107	2,93	0,71	5705,000	-3,094	<b>0,002</b>
		Ort. Üstünde	138	2,70	0,62			
	Öz Disiplin	Ort. Altında	96	3,03	0,69	4881,000	-4,255	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	149	2,65	0,61			
	Gelişime Açıklık	Ort. Altında	116	2,94	0,64	6027,000	-2,665	<b>0,008</b>
		Ort. Üstünde	129	2,67	0,68			
	Dışa Dönüklük	Ort. Altında	113	2,98	0,73	5628,500	-3,357	<b>0,001</b>
		Ort. Üstünde	132	2,65	0,58			
	Nörotiklik	Ort. Altında	130	2,68	0,61	5817,000	-3,039	<b>0,002</b>
		Ort. Üstünde	115	2,93	0,71			

Tablo 47’de görüldüğü gibi KUR kullanım engellerine ilişkin görüşlerinde rehber engelleri, bireysel engeller ve hasta engelleri bakımından hekimlerin kişilik özelliklerinin önemli olabileceği bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre rehber engelleri bakımından uyumluluk ( $p=0,000$ ), öz disiplin ( $p=0,000$ ), gelişime açıklık ( $p=0,006$ ), dışa dönüklük ( $p=0,000$ ) ve nörotiklik ( $p=0,000$ ) kişilik özellikleri ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucuna göre uyumluluk düzeyi ortalamasının altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,10) uyumluluk düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,61); öz disiplin düzeyi ortalamasının altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,20) öz disiplin düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,58); gelişime açıklık düzeyi ortalamasının altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,95) gelişime açıklık düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,71); dışa dönüklük düzeyi ortalamasının altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,08) dışa dönüklük düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,61) daha yüksek seviyede rehber engelleri ifadelerine katılırken nörotiklik düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,35) nörotiklik düzeyi ortalamasının altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,36) daha yüksek düzeyde rehber engelleri ifadelerine katılmaktadır.

Elde edilen sonuçlara göre bireysel engeller bakımından uyumluluk ( $p=0,005$ ), öz disiplin ( $p=0,000$ ), gelişime açıklık ( $p=0,000$ ), dışa dönüklük ( $p=0,000$ ) ve nörotiklik ( $p=0,000$ ) kişilik özellikleri ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucuna göre uyumluluk düzeyi ortalamasının altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,33) uyumluluk düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 3,11); öz disiplin düzeyi ortalamasının altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,48) öz disiplin düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 3,03); gelişime açıklık düzeyi ortalamasının altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,72) gelişime açıklık düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,74); dışa dönüklük düzeyi ortalamasının altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,51) dışa dönüklük düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,94) daha yüksek seviyede bireysel engeller ifadelerine katılırken nörotiklik düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,38) nörotiklik düzeyi ortalamasının altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 3,05) daha yüksek düzeyde bireysel engeller ifadelerine katılmaktadır.

Elde edilen sonuçlara göre hasta engelleri bakımından uyumluluk ( $p=0,002$ ), öz disiplin ( $p=0,000$ ), gelişime açıklık ( $p=0,008$ ), dışa dönüklük ( $p=0,001$ ) ve nörotiklik ( $p=0,002$ ) kişilik özellikleri ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucuna göre uyumluluk düzeyi ortalamanın altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,93) uyumluluk düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,70); öz disiplin düzeyi ortalamanın altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,03) öz disiplin düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,65); gelişime açıklık düzeyi ortalamanın altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,94) gelişime açıklık düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,67); dışa dönüklük düzeyi ortalamanın altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,98) dışa dönüklük düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,65) daha yüksek seviyede hasta engelleri ifadelerine katılırken nörotiklik düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 2,93) nörotiklik düzeyi ortalamanın altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,68) daha yüksek düzeyde hasta engelleri ifadelerine katılmaktadır.

Hekimlerin kişilik özelliklerine göre organizasyonel engellere ilişkin görüşlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamasına ( $p>0,05$ ) rağmen uyumluluk ( $\bar{x}=3,56$ ), öz disiplin ( $\bar{x}=3,54$ ), gelişime açıklık ( $\bar{x}=3,61$ ) ve dışa dönüklük ( $\bar{x}=3,58$ ) düzeyi ortalamanın altında olan hekimlerin hasta engelleri ifadelerine daha fazla katıldıkları görülmüştür.

Daha düşük düzeyde uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık ve dışa dönüklük kişilik özelliklerine sahip hekimlerle daha yüksek düzeyde nörotiklik kişilik özelliklerine sahip hekimlerin rehber engelleri, bireysel engeller ve hasta engelleri ifadelerine daha fazla katılmaları önemli bir bulgudur. Ayrıca hekimlerin organizasyonel engellere ilişkin görüşlerinde kişilik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık olmaması, hekimlerin organizasyon kaynaklı KUR kullanım engellerine ilişkin görüşlerinin benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin KUR kullanım engellerine yönelik görüşlerinin kişilik özellikleri ifadelerine katılım düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analizler sonucunda "H8: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri kullanım engellerine yönelik görüşleri kişilik özellikleri ifadelerine katılım düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterir" hipotezi rehber engelleri, bireysel engeller ve hasta engelleri boyutları için uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık, dışa dönüklük ve nörotiklik boyut düzeyleri bakımından kabul edilmiştir.

### 3.6.3. Hekimlerin Kişilik Boyut Düzeylerine Göre Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Sıklığı ve Zorunluluğuna İlişkin Bulgular

Hekimlerin kişilik özelliklerine göre KUR kullanım sıklığı ve KUR'ların zorunlu olmasına ilişkin görüşlerinde farklılık olup olmadığına yönelik yapılan Mann Whitney U analiz sonuçları Tablo 48'de verilmiştir.

**Tablo 48. Hekimlerin Kişilik Boyut Düzeylerine Göre KUR Kullanım Sıklığı ve Zorunluluğuna İlişkin Analiz Bulguları**

KUR	Kişilik Boyut Düzeyleri	n	$\bar{x}$	Ss	U	z	p	
Kullanım	Uyumluluk	Ort. Altında	107	2,62	0,93	5668,000	-3,305	<b>0,001</b>
		Ort. Üstünde	138	3,00	0,85			
	Öz Disiplin	Ort. Altında	96	2,58	0,86	5285,500	-3,655	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	149	3,00	0,90			
	Gelişime Açıklık	Ort. Altında	116	2,34	0,79	3273,000	-8,058	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	129	3,27	0,77			
	Dışa Dönüklük	Ort. Altında	113	2,51	0,91	4741,000	-5,210	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	132	3,11	0,80			
	Nörotiklik	Ort. Altında	130	3,03	0,82	5525,500	-3,734	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	115	2,60	0,94			
Zorunluluk	Uyumluluk	Ort. Altında	107	2,98	0,93	5551,000	-3,494	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	138	3,42	1,00			
	Öz Disiplin	Ort. Altında	96	2,77	1,02	4300,000	-5,526	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	149	3,52	0,86			
	Gelişime Açıklık	Ort. Altında	116	2,95	0,92	5122,500	-4,470	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	129	3,47	1,00			
	Dışa Dönüklük	Ort. Altında	113	3,00	0,91	5684,500	-3,365	<b>0,001</b>
		Ort. Üstünde	132	3,41	0,80			
	Nörotiklik	Ort. Altında	130	3,43	0,99	5420,500	-3,894	<b>0,000</b>
		Ort. Üstünde	115	2,99	0,94			

Tablo 48'de görüldüğü gibi KUR kullanım sıklığı ve KUR'ların zorunlu olmasına ilişkin görüşlerinde hekimlerin kişilik özelliklerinin önemli olabileceği bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre KUR kullanım sıklığı bakımından uyumluluk ( $p=0,001$ ), öz disiplin ( $p=0,000$ ), gelişime açıklık ( $p=0,000$ ), dışa dönüklük ( $p=0,000$ ) ve nörotiklik ( $p=0,000$ ) kişilik özellikleri ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucuna göre uyumluluk düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,00) uyumluluk düzeyi ortalamanın altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,62); öz disiplin düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,00) öz disiplin düzeyi ortalamanın altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,58); gelişime açıklık düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,27) gelişime açıklık düzeyi ortalamanın altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,34); dışa dönüklük düzeyi ortalamanın üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,11) dışa dönüklük düzeyi ortalamanın altında

olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,51) daha sık KUR kullanırken nörotiklik düzeyi ortalamasının altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,03) nörotiklik düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,60) daha sık KUR kullanmaktadır. Daha yüksek düzeyde uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık ve dışa dönüklük kişilik özelliklerine sahip hekimlerle daha düşük düzeyde nörotiklik kişilik özelliklerine sahip hekimlerin daha sık KUR kullanmaları önemli bir bulgudur.

Araştırmaya katılan hekimlerin KUR kullanım sıklıklarının kişilik özellikleri ifadelerine katılım düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analizler sonucunda “H9: Hekimlerin klinik uygulama rehberleri kullanım sıklıkları kişilik özellikleri ifadelerine katılım düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterir” hipotezi KUR kullanım sıklığı için uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık, dışa dönüklük ve nörotiklik boyut düzeyleri bakımından kabul edilmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre KUR’ların zorunlu olmasına ilişkin görüşleri bakımından uyumluluk ( $p=0,000$ ), öz disiplin ( $p=0,000$ ), gelişime açıklık ( $p=0,000$ ), dışa dönüklük ( $p=0,001$ ) ve nörotiklik ( $p=0,000$ ) kişilik özellikleri ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucuna göre uyumluluk düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,42) uyumluluk düzeyi ortalamasının altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,98); öz disiplin düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,52) öz disiplin düzeyi ortalamasının altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,77); gelişime açıklık düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,47) gelişime açıklık düzeyi ortalamasının altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,95); dışa dönüklük düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,41) dışa dönüklük düzeyi ortalamasının altında olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 3,00) daha fazla KUR’ların zorunlu olmasına ilişkin ifadeye katılırken nörotiklik düzeyi ortalamasının altında olan hekimler ( $\bar{x}$ : 3,43) nörotiklik düzeyi ortalamasının üstünde olan hekimlerden ( $\bar{x}$ : 2,99) daha fazla KUR’ların zorunlu olmasına ilişkin ifadeye katılmaktadır. Daha yüksek düzeyde uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık ve dışa dönüklük kişilik özelliklerine sahip hekimlerle daha düşük düzeyde nörotiklik kişilik özelliklerine sahip hekimlerin daha fazla KUR’ların zorunlu olmasına ilişkin ifadeye katılmaları önemli bir bulgudur.

Araştırmaya katılan hekimlerin KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerinin kişilik özellikleri ifadelerine katılım düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analizler sonucunda “H10: Hekimlerin klinik

uygulama rehberleri kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri kişilik özellikleri ifadelerine katılım düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterir” hipotezi KUR kullanım zorunluluğu için uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık, dışa dönüklük ve nörotiklik boyut düzeyleri bakımından kabul edilmiştir.

### 3.7. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞUNA İLİŞKİN KORELASYON BULGULARI

Araştırmada kullanılan kişilik özellikleri (uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık, dışa dönüklük, nörotiklik), KUR'lara yönelik tutum (olumlu tutum, olumsuz tutum), KUR kullanım engelleri (rehber engelleri, bireysel engeller, organizasyonel engeller, hasta engelleri), KUR kullanım sıklığı ve KUR kullanımının zorunluluğu değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılan Pearson korelasyon analiz bulguları Tablo 49'da sunulmuştur.

**Tablo 49. Kişilik Özellikleri, KUR'lara Yönelik Tutum, KUR Kullanım Engelleri, KUR Kullanım Sıklığı Ve Zorunluluğuna İlişkin Korelasyon**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.Uyumluluk	1												
2.Öz Disiplin	,462**	1											
3.Gelişime Açıklık	,251**	,313**	1										
4. Dışa Dönüklük	,166**	,349**	,476**	1									
5. Nörotiklik	-,419**	-,503**	-,311**	-,386**	1								
6. Olumlu Tutum	,367**	,309**	,353**	,238**	-,215**	1							
7. Olumsuz Tutum	-,311**	-,429**	-,258**	-,231**	,332**	-,485**	1						
8. Rehber Engelleri	-,283**	-,402**	-,119	-,264**	,702**	-,120	,393**	1					
9. Bireysel Engeller	-,147	-,288**	-,737**	-,440**	,307**	-,165**	,189**	,288**	1				
10. Organizas. Eng.	-,029	-,021	-,169**	-,129	-,017	-,204**	,267**	-,052	,171**	1			
11. Hasta Engelleri	-,129	-,254**	-,164**	-,213**	,162	-,028	,352**	,425**	,363**	,154	1		
12. Kullanım	,180**	,236**	,503**	,381**	-,215**	,396**	-,384**	-,201**	-,445**	-,133	-,190**	1	
13. Zorunluluk	,264**	,373**	,318**	,236**	-,231**	,427**	-,413**	-,289**	-,235**	-,034	-,248**	,416**	1

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Uyumluluk ile öz disiplin ( $r=0,462$ ;  $p<0,01$ ), gelişime açıklık ( $r=0,251$ ;  $p<0,01$ ), dışa dönüklük ( $r=0,166$ ;  $p<0,01$ ), olumlu tutum ( $r=0,367$ ;  $p<0,01$ ), kullanım ( $r=0,180$ ;  $p<0,01$ ) ve zorunluluk ( $r=0,264$ ;  $p<0,01$ ) arasında aynı yönlü, nörotiklik ( $r=-0,419$ ;  $p<0,01$ ),



olumsuz tutum ( $r=-0,311$ ;  $p<0,01$ ), rehber engelleri ( $r=-0,283$ ;  $p<0,01$ ), bireysel engeller ( $r=-0,147$ ;  $p<0,05$ ) ve hasta engelleri ( $r=-0,129$ ;  $p<0,05$ ) arasında ters yönlü anlamlı ilişki vardır.

Öz disiplin ile gelişime açıklık ( $r=0,313$ ;  $p<0,01$ ), dışa dönüklük ( $r=0,349$ ;  $p<0,01$ ), olumlu tutum ( $r=0,309$ ;  $p<0,01$ ), kullanım ( $r=0,236$ ;  $p<0,01$ ) ve zorunluluk ( $r=0,373$ ;  $p<0,01$ ) arasında aynı yönlü, nörotiklik ( $r=-0,503$ ;  $p<0,01$ ), olumsuz tutum ( $r=-0,429$ ;  $p<0,01$ ), rehber engelleri ( $r=-0,402$ ;  $p<0,01$ ), bireysel engeller ( $r=-0,288$ ;  $p<0,01$ ) ve hasta engelleri ( $r=-0,254$ ;  $p<0,01$ ) arasında ters yönlü anlamlı ilişki vardır.

Gelişime açıklık ile dışa dönüklük ( $r=0,476$ ;  $p<0,01$ ), olumlu tutum ( $r=0,353$ ;  $p<0,01$ ), kullanım ( $r=0,503$ ;  $p<0,01$ ) ve zorunluluk ( $r=0,318$ ;  $p<0,01$ ) arasında aynı yönlü, nörotiklik ( $r=-0,311$ ;  $p<0,01$ ), olumsuz tutum ( $r=-0,258$ ;  $p<0,01$ ), bireysel engeller ( $r=-0,737$ ;  $p<0,01$ ), organizasyonel engeller ( $r=-0,169$ ;  $p<0,01$ ) ve hasta engelleri ( $r=-0,164$ ;  $p<0,05$ ) arasında ters yönlü anlamlı ilişki vardır.

Dışa dönüklük ile olumlu tutum ( $r=0,238$ ;  $p<0,01$ ), kullanım ( $r=0,381$ ;  $p<0,01$ ) ve zorunluluk ( $r=0,236$ ;  $p<0,01$ ) arasında aynı yönlü, nörotiklik ( $r=-0,386$ ;  $p<0,01$ ), olumsuz tutum ( $r=-0,231$ ;  $p<0,01$ ), rehber engelleri ( $r=-0,264$ ;  $p<0,01$ ), bireysel engeller ( $r=-0,440$ ;  $p<0,01$ ), organizasyonel engeller ( $r=-0,129$ ;  $p<0,05$ ) ve hasta engelleri ( $r=-0,213$ ;  $p<0,01$ ) arasında ters yönlü anlamlı ilişki vardır.

Nörotiklik ile olumsuz tutum ( $r=0,332$ ;  $p<0,01$ ), rehber engelleri ( $r=0,702$ ;  $p<0,01$ ), bireysel engeller ( $r=0,307$ ;  $p<0,01$ ) ve hasta engelleri ( $r=0,162$ ;  $p<0,05$ ) arasında aynı yönlü, olumlu tutum ( $r=-0,215$ ;  $p<0,01$ ), kullanım ( $r=-0,215$ ;  $p<0,01$ ) ve zorunluluk ( $r=-0,231$ ;  $p<0,01$ ) arasında ters yönlü anlamlı ilişki vardır.

Olumlu tutum ile kullanım ( $r=0,396$ ;  $p<0,01$ ) ve zorunluluk ( $r=0,427$ ;  $p<0,01$ ) arasında aynı yönlü, olumsuz tutum ( $r=-0,485$ ;  $p<0,01$ ), bireysel engeller ( $r=-0,165$ ;  $p<0,01$ ) ve organizasyonel engeller ( $r=-0,204$ ;  $p<0,01$ ) arasında ters yönlü anlamlı ilişki vardır.

Olumsuz tutum ile rehber engelleri ( $r=0,393$ ;  $p<0,01$ ), bireysel engelleri ( $r=-0,189$ ;  $p<0,01$ ), organizasyonel engeller ( $r=0,267$ ;  $p<0,01$ ) ve hasta engelleri ( $r=0,352$ ;  $p<0,01$ ) arasında

aynı yönlü, kullanım ( $r=-0,384$ ;  $p<0,01$ ) ve zorunluluk ( $r=-0,413$ ;  $p<0,01$ ) arasında ters yönlü anlamlı ilişki vardır.

Rehber engelleri ile bireysel engeller ( $r=0,288$ ;  $p<0,05$ ), hasta engelleri ( $r=0,425$ ;  $p<0,01$ ) arasında aynı yönlü, kullanım ( $r=-0,201$ ;  $p<0,01$ ) ve zorunluluk ( $r=-0,289$ ;  $p<0,01$ ) arasında ters yönlü anlamlı ilişki vardır.

Bireysel engeller ile organizasyonel engeller ( $r=0,171$ ;  $p<0,01$ ) ve hasta engelleri ( $r=0,363$ ;  $p<0,05$ ) arasında aynı yönlü, kullanım ( $r=-0,445$ ;  $p<0,01$ ) ve zorunluluk ( $r=-0,235$ ;  $p<0,05$ ) arasında ters yönlü anlamlı ilişki vardır.

Organizasyonel engeller ile hasta engelleri ( $r=0,154$ ;  $p<0,05$ ) arasında aynı yönlü, kullanım ( $r=-0,133$ ;  $p<0,05$ ) arasında ters yönlü anlamlı ilişki vardır.

Hasta engelleri ile kullanım ( $r=-0,190$ ;  $p<0,05$ ) ve zorunluluk ( $r=-0,248$ ;  $p<0,01$ ) arasında ters yönlü anlamlı ilişki vardır.

Kullanım ile zorunluluk ( $r=0,416$ ;  $p<0,01$ ) arasında aynı yönlü anlamlı ilişki vardır.

Araştırmaya katılan hekimlerin kişilik özellikleri, klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumları, kullanım engelleri, klinik uygulama rehberleri kullanım sıklığı ve kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda "H11: Hekimlerin kişilik özellikleri, klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumları, kullanım engelleri, klinik uygulama rehberleri kullanım sıklığı ve kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri arasında anlamlı ilişki vardır" hipotezi kabul edilmiştir.

### 3.8. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU DEĞİŞKENLERİNİN BELİRLEYİCİLERİNE İLİŞKİN REGRESYON ANALİZİ BULGULARI

Kategorik değişkenlerin regresyon analizine direk olarak katılması yanlış olacağından dolayı (Atakurt, 1999) bu değişkenlerin kukla (dummy) değişkenlere dönüştürülmesi gerekmektedir (Bircan, 2004; İnal vd., 2006). Bu nedenle araştırma kapsamındaki bireysel özelliklere ilişkin kategorik değişkenler için kukla değişkenler oluşturulmuştur. Kodlaması 0-1 olarak yapılan (Burns ve Bush, 2015) ve ilgili değişkenin kategori sayısının bir eksiği sayıda oluşturulan kukla değişkenlerde kolay karşılaştırılabilir ve örneklem boyutu küçük olmayan bir kategori referans olarak alınmıştır (Atakurt, 1999; Bircan, 2004; Hair vd., 2006; Malhotra, 2010). Bu maksatla cinsiyet değişkeninde kadın, medeni durum değişkeninde evli, mezun olunan fakülte değişkeninde GATF, branş değişkeninde Dahili Tıp Bilimleri, yan dal değişkeninde yan dal branşı olmayanlar, idari görev değişkeninde şimdi veya daha önce idari görev yapmayanlar ve fakültede KUR eğitimi değişkeninde fakültede KUR eğitimi almayanlar kategorileri referans olarak kabul edilmiştir. İleriye doğru (forward) metodu kullanılarak gerçekleştirilen aşamalı çoklu regresyon analizinde yorumlamanın daha kolay olması için mezuniyet sonrası KUR eğitimi değişkeni “1=Hiç”, “2=5 Yıl ve Üzeri İçinde”, “3=3 Yıl İçinde” ve “4=1 Yıl İçinde” şeklinde yeniden kodlanarak analize dahil edilmiştir.

#### 3.8.1. Kişilik Özelliklerinin Belirleyicileri

Çalışma kapsamında kullanılan hekimlere ait sosyo-demografik özelliklerin hekimlerin kişilik özellikleri üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla aşamalı çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Tablo 50’de hekimlere ait sosyo-demografik özelliklerin kişilik özelliklerinden ilki olan uyumluluk üzerindeki etkileri gösterilmiştir.

**Tablo 50. Bağımsız Değişkenlerin Uyumluluk Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	4,003	0,100		40,161	0,000
Erkek	-0,279	0,101	-0,185	-2,776	0,006
Kadın	Referans				
Diğer Tıp Fak. Mezunu	-0,212	0,086	-0,164	-2,463	0,014
GATF Mezunu	Referans				
R: 0,203      R <sup>2</sup> : 0,041      F: 5,200      p: 0,006					

İki aşamada gerçekleşen çoklu regresyon analizinde ikinci aşamada en anlamlı modele ulaşılmıştır. İkinci aşamada elde edilen sonuçlara göre cinsiyet ve mezun olunan tıp fakültesi değişkenleri hekimlerin “uyumluluk” kişilik özelliğini istatistiksel olarak anlamlı yönde etkileyen değişkenler olarak bulunmuştur. Bu iki değişken toplam varyansın %4,1’ini açıklasa bile model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F: 5,200; p<0,05). Kadın hekimlerle karşılaştırıldığında “erkek” hekimlerin ve GATF mezunu hekimlerle karşılaştırıldığında “diğer tıp fakültelerinden mezun” hekimlerin uyumluluk kişilik özelliği gösterme olasılıkları daha düşüktür. Başka bir anlatımla “erkek” ve “diğer tıp fakültelerinden mezun” hekim olmak “uyumluluk” kişilik özelliği üzerinde negatif bir etkiye sahiptir.

**Tablo 51. Bağımsız Değişkenlerin Öz Disiplin Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	3,905	0,043		91,374	0,000
Yan Dal (+)	0,303	0,132	0,146	2,296	0,023
Yan Dal (-)	Referans				
İdari Görev (+)	0,178	0,080	0,142	2,236	0,026
İdari Görev (-)	Referans				
R: 0,221      R <sup>2</sup> : 0,049      F: 6,193      p: 0,002					

Tablo 51’de hekimlere ait sosyo-demografik özelliklerin kişilik özelliklerinden öz disiplin üzerindeki etkileri gösterilmiştir. İki aşamada gerçekleşen çoklu regresyon analizinde ikinci aşamada en anlamlı modele ulaşılmıştır. İkinci aşamada elde edilen sonuçlara göre yan dal branşının olup olmaması ve şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmama değişkenleri hekimlerin “öz disiplin” kişilik özelliğini istatistiksel olarak anlamlı yönde etkileyen değişkenler olarak bulunmuştur. Bu iki değişken toplam varyansın %4,9’unu açıklasa bile model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F: 6,193; p<0,05). Yan dal branşı olmayan hekimlerle karşılaştırıldığında “yan dal branşı olan” ve şimdi veya daha önce idari görev yapmayan hekimlerle karşılaştırıldığında “şimdi veya daha önce idari görev yapan” hekimlerin öz disiplin kişilik özelliği gösterme olasılıkları daha yüksektir. Başka bir anlatımla “yan dal branşı olan” ve “şimdi veya daha önce idari görev yapan” hekim olmak “öz disiplin” kişilik özelliği üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir.

**Tablo 52. Bağımsız Değişkenlerin Gelişime Açıklık Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	3,501	0,105		33,381	0,000
İdari Görev (+)	0,536	0,085	0,393	6,284	0,000
İdari Görev (-)	Referans				
Unvan	-0,081	0,032	-0,158	-2,530	0,012
R: 0,376      R <sup>2</sup> : 0,142      F: 19,965      p: 0,000					

Tablo 52’de hekimlere ait sosyo-demografik özelliklerin kişilik özelliklerinden gelişime açıklık üzerindeki etkileri gösterilmiştir. İki aşamada gerçekleşen çoklu regresyon analizinde ikinci aşamada en anlamlı modele ulaşılmıştır. İkinci aşamada elde edilen sonuçlara göre şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmama ve unvan değişkenleri hekimlerin “gelişime açıklık” kişilik özelliğini istatistiksel olarak anlamlı yönde etkileyen değişkenler olarak bulunmuştur. Bu iki değişken toplam varyansın %14,2’sini açıklamakta olup model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F: 19,965; p<0,05). Şimdi veya daha önce idari görev yapmayan hekimlerle karşılaştırıldığında “şimdi veya daha önce idari görev yapan” hekimlerin gelişime açıklık kişilik özelliği gösterme olasılıkları daha yüksek iken, “ünvanı daha yüksek olan” hekimlerin gelişime açıklık kişilik özelliği gösterme olasılıkları daha düşüktür. Başka bir anlatımla “şimdi veya daha önce idari görev yapan” hekim olmak “gelişime açıklık” kişilik özelliği üzerinde pozitif bir etkiye sahip iken, “ünvanı daha yüksek” hekim olmak “gelişime açıklık” kişilik özelliği üzerinde negatif bir etkiye sahiptir.

**Tablo 53. Bağımsız Değişkenlerin Dışa Dönüklük Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	3,250	0,051		63,562	0,000
İdari Görev (+)	0,484	0,092	0,316	5,236	0,000
İdari Görev (-)	Referans				
Temel Tıp Bilimleri	-0,426	0,181	-0,142	-2,360	0,019
Dahili Tıp Bilimleri	Referans				
R: 0,356      R <sup>2</sup> : 0,127      F: 17,590      p: 0,000					

Tablo 53’te hekimlere ait sosyo-demografik özelliklerin kişilik özelliklerinden dışa dönüklük üzerindeki etkileri gösterilmiştir. İki aşamada gerçekleşen çoklu regresyon analizinde ikinci aşamada en anlamlı modele ulaşılmıştır. İkinci aşamada elde edilen sonuçlara göre şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmama ve branş değişkenleri hekimlerin “dışa dönüklük” kişilik özelliğini istatistiksel olarak anlamlı yönde etkileyen değişkenler olarak bulunmuştur. Bu iki değişken toplam varyansın %12,7’ini açıklamakta olup model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F: 17,590; p<0,05). Şimdi veya daha önce idari görev yapmayan hekimlerle karşılaştırıldığında “şimdi veya daha önce idari görev yapan” hekimlerin dışa dönüklük kişilik özelliği gösterme olasılıkları daha yüksek iken, “ünvanı daha yüksek olan” hekimlerin dışa dönüklük kişilik özelliği gösterme olasılıkları daha düşüktür. Başka bir anlatımla “şimdi veya daha önce idari görev yapan” hekim olmak “dışa dönüklük” kişilik özelliği üzerinde pozitif bir etkiye sahip iken, “ünvanı daha yüksek” hekim olmak “dışa dönüklük” kişilik özelliği üzerinde negatif bir etkiye sahiptir.

önce idari görev yapmayan hekimlerle karşılaştırıldığında “şimdi veya daha önce idari görev yapan” hekimlerin dışa dönüklük kişilik özelliği gösterme olasılıkları daha yüksek iken, Dahili Tıp Bilimleri ile karşılaştırıldığında “Temel Tıp Bilimleri branşında çalışan” hekimlerin dışa dönüklük kişilik özelliği gösterme olasılıkları daha düşüktür. Başka bir anlatımla “şimdi veya daha önce idari görev yapan” hekim olmak “dışa dönüklük” kişilik özelliği üzerinde pozitif bir etkiye sahip iken, “Temel Tıp Bilimleri branşında çalışan” hekim olmak “dışa dönüklük” kişilik özelliği üzerinde negatif bir etkiye sahiptir.

**Tablo 54. Bağımsız Değişkenlerin Nörotiklik Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	2,664	0,063		42,394	0,000
İdari Görev (+)	-0,250	0,093	-0,167	-2,700	0,007
İdari Görev (-)	Referans				
Cerrahi Tıp Bilimleri	-0,344	0,090	-0,244	-3,810	0,000
Dahili Tıp Bilimleri	Referans				
Dış Hek. Fak. Mezunu	-0,441	0,164	-0,170	-2,697	0,007
GATF Mezunu	Referans				
Yan Dal (+)	-0,334	0,158	-0,135	-2,116	0,035
Yan Dal (-)	Referans				
R: 0,334    R <sup>2</sup> : 0,111    F: 7,509    p: 0,000					

Tablo 54’te hekimlere ait sosyo-demografik özelliklerin kişilik özelliklerinden nörotiklik üzerindeki etkileri gösterilmiştir. Dört aşamada gerçekleşen çoklu regresyon analizinde dördüncü aşamada en anlamlı modele ulaşılmıştır. Dördüncü aşamada elde edilen sonuçlara göre şimdi veya daha önce idari görev yapıp yapmama, branş, mezun olunan fakülte ve yan dal branşının olup olmaması değişkenleri hekimlerin “nörotiklik” kişilik özelliğini istatistiksel olarak anlamlı yönde etkileyen değişkenler olarak bulunmuştur. Bu dört değişken toplam varyansın %11,1’ini açıklamakta olup model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F: 7,509; p<0,05). Şimdi veya daha önce idari görev yapmayan hekimlerle karşılaştırıldığında “şimdi veya daha önce idari görev yapan”, Dahili Tıp Bilimleri ile karşılaştırıldığında “Cerrahi Tıp Bilimleri branşında çalışan”, GATF mezunu hekimlerle karşılaştırıldığında “dış hekimliği fakültelerinden mezun olan” ve yan dal branşı olmayan hekimlerle karşılaştırıldığında “yan dal branşı olan” hekimlerin nörotiklik kişilik özelliği gösterme olasılıkları daha düşüktür. Başka bir anlatımla “şimdi veya daha önce idari görev yapan”, “Cerrahi Tıp Bilimleri branşında çalışan”, “dış hekimliği fakültelerinden mezun olan” ve “yan dal branşı olan” hekim olmak “nörotiklik” kişilik özelliği üzerinde negatif bir etkiye sahiptir.

Araştırmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinin kişilik özellikleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olup olmadığını belirlemek için yapılan analizler sonucunda “H12: Hekimlerin sosyo-demografik özellikleri kişilik özellikleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir” hipotezi;

- Uyumluluk boyutu için erkek (negatif yönde) ve diğer Tıp Fakültesi mezunu (negatif yönde) değişkenleri,
- Öz disiplin boyutu için yan dal (+) ve idari görev değişkenleri,
- Gelişime açıklık boyutu için idari görev (+) ve ünvan değişkenleri,
- Dışa dönüklük boyutu için idari görev (+) ve Temel Tıp Bilimleri (negatif yönde) değişkenleri,
- Nörotiklik boyutu için idari görev (+) (negatif yönde), Cerrahi Tıp Bilimleri (negatif yönde), Diş Hekimliği Fakültesi mezunu (negatif yönde) ve yan dal (+) (negatif yönde) değişkenleri bakımından kabul edilmiştir.

### 3.8.2. Klinik Uygulama Rehberlerine Yönelik Tutumun Belirleyicileri

Çalışmaya katılan hekimlerin KUR'lara yönelik olumlu ve olumsuz tutumlarının belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla aşamalı çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Analizde hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ve kişilik özellikleri olumlu ve olumsuz tutumların belirleyicileri olarak kullanılmıştır.

**Tablo 55. Bağımsız Değişkenlerin Olumlu Tutum Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	0,940	0,296		3,173	0,002
Uyumluluk	0,331	0,067	0,277	4,909	0,000
Gelişime Açıklık	0,308	0,061	0,289	5,069	0,000
Temel Tıp Bilimleri	0,632	0,155	0,222	4,068	0,000
Dahili Tıp Bilimleri	Referans				
Ünvan	0,098	0,031	0,179	3,212	0,001
Fakültede KUR Eğitimi (+)	0,183	0,083	0,123	2,203	0,029
Fakültede KUR Eğitimi (-)	Referans				
R: 0,542      R <sup>2</sup> : 0,294      F: 19,933      p: 0,000					

Tablo 55'te hekimlerin KUR'lara yönelik olumlu tutumlarının belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla yapılan aşamalı çoklu regresyon analizinin sonuçları verilmiştir. Analizin beşinci aşamasında en uygun modele ulaşılmıştır (F:19,933: p<0,05). Nihai modelde sosyo-demografik özelliklerden üç tanesi ve kişilik özelliklerinden “uyumluluk” ve “gelişime açıklık” yer almış ve bu değişkenler toplam varyansın %29,4'ünü

açıklamıştır. Elde edilen sonuçlara göre referans olarak kullanılan kategorilerle karşılaştırıldığında “uyumluluk” ve “gelişime açıklık” kişilik özellikleri daha yüksek olan, Temel Tıp Bilimlerinde çalışan, ünvanı daha yüksek olan ve fakültede KUR eğitimi alan hekimlerin KUR'lara yönelik olumlu tutuma sahip olma ihtimali daha fazladır.

**Tablo 56. Bağımsız Değişkenlerin Olumsuz Tutum Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	4,573	0,440		10,393	0,000
Öz Disiplin	-0,378	0,074	-0,314	-5,090	0,000
Mezuniyet Sonrası KUR Eğitimi	-0,099	0,031	-0,180	-3,227	0,001
Fakültede KUR Eğitimi (+)	-0,273	0,087	-0,179	-3,128	0,002
Fakültede KUR Eğitimi (-)	Referans				
Yaş	-0,010	0,005	-0,110	-1,991	0,048
Nörotiklik	0,169	0,062	0,168	2,711	0,007
Cerrahi Tıp Bilimleri	0,219	0,077	0,154	2,826	0,005
Dahili Tıp Bilimleri	Referans				
Yayın Takip Sıklığı	-0,090	0,041	-0,120	-2,198	0,029
R: 0,587      R <sup>2</sup> : 0,345      F: 17,814      p: 0,000					

Tablo 56’da hekimlerin KUR'lara yönelik olumsuz tutumlarının belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla yapılan aşamalı çoklu regresyon analizinin sonuçları verilmiştir. Analizin yedinci aşamasında en uygun modele ulaşılmıştır (F:17,814: p<0,05). Nihai modelde sosyo-demografik özelliklerden beş tanesi ve kişilik özelliklerinden “öz disiplin” ve “nörotiklik” yer almış ve bu değişkenler toplam varyansın %34,5’ini açıklamıştır. Elde edilen sonuçlara göre referans olarak kullanılan kategorilerle karşılaştırıldığında “nörotiklik” kişilik özelliği daha yüksek olan ve Cerrahi Tıp Bilimlerinde çalışan hekimlerin KUR'lara yönelik olumsuz tutuma sahip olma ihtimali daha fazla iken, “öz disiplin” kişilik özelliği daha yüksek olan, mezuniyet sonrasında daha yakın süre içerisinde KUR eğitimi alan, fakültede KUR eğitimi alan, daha ileri yaşta olan ve daha sık mesleki yayın takibi yapan hekimlerin KUR'lara yönelik olumsuz tutuma sahip olma ihtimali daha düşüktür.

Araştırmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik ve kişilik özelliklerinin KUR'lara yönelik tutumları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olup olmadığını belirlemek için yapılan analizler sonucunda “H13: Hekimlerin sosyo-demografik ve kişilik özellikleri klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir” hipotezi;

- Olumlu tutum boyutu için uyumluluk, gelişime açıklık, Temel Tıp Bilimleri, ünvan ve Fakültede KUR Eğitimi (+) değişkenleri,
- Olumsuz tutum boyutu için öz disiplin (negatif yönde), mezuniyet sonrası KUR eğitimi (negatif yönde), Fakültede KUR Eğitimi (+) (negatif yönde), yaş (negatif



yönde), nörotiklik, Cerrahi Tıp Bilimleri ve yayın takip sıklığı (negatif yönde) değişkenleri bakımından kabul edilmiştir.

### 3.8.3. Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Engellerinin Belirleyicileri

KUR kullanımının önündeki engeller daha önce açıklandığı üzere dört boyut altında toplanmıştır. Her bir engel boyutunun belirleyicileri ayrı ayrı aşamalı çoklu regresyon analizi ile belirlenmeye çalışılmıştır. Bu analizlerde hekimlerin sosyo-demografik özellikleri, kişilik özellikleri ve KUR'lara yönelik olumlu ve olumsuz tutumları bağımsız değişkenler olarak analizlere dahil edilmiştir.

**Tablo 57. Bağımsız Değişkenlerin Rehber Engelleri Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	-0,016	0,267		-0,059	0,953
Nörotiklik	0,695	0,051	0,647	13,698	0,000
Dış Hek. Fak. Mezunu	0,344	0,123	0,123	2,796	0,006
GATF Mezunu	Referans				
Olumsuz Tutum	0,260	0,050	0,243	5,187	0,000
Fakültede KUR Eğitimi (+)	0,189	0,071	0,116	2,671	0,008
Fakültede KUR Eğitimi (+)	Referans				
Gelişime Açıklık	0,144	0,053	0,123	2,699	0,007
Cerrahi Tıp Bilimleri	-0,184	0,069	-0,122	-2,679	0,008
Dahili Tıp Bilimleri	Referans				
R: 0,769      R <sup>2</sup> : 0,592      F: 57,457      p: 0,000					

Kullanım engelleri boyutlarından ilki olan “rehber engelleri” boyutunu etkileyen istatistiksel olarak anlamlı değişkenler Tablo 57’de gösterilmiştir. Analizin altıncı aşamasında en uygun modele ulaşılmıştır (F:57,457: p<0,05). Nihai modelde sosyo-demografik özelliklerden üç tanesi, kişilik özelliklerinden “nörotiklik” ve “gelişime açıklık”, KUR'lara yönelik tutum boyutlarından “olumsuz tutum” yer almış ve bu değişkenler toplam varyansın %59,2’sini açıklamıştır. Elde edilen sonuçlara göre referans olarak kullanılan kategorilerle karşılaştırıldığında “nörotiklik” ve “gelişime açıklık” kişilik özelliği daha yüksek olan, KUR'lara yönelik daha yüksek “olumsuz tutum” sergileyen, dış hekimliği fakültelerinden mezun olan ve fakültede KUR eğitimi alan hekimlerin rehber engelleri ifadelerine katılma ihtimali daha fazla iken, Cerrahi Tıp Bilimlerinde çalışan hekimlerin rehber engelleri ifadelerine katılma ihtimali daha düşüktür.

**Tablo 58. Bağımsız Değişkenlerin Bireysel Engeller Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	5,887	0,204		28,873	0,000
Gelişime Açıklık	-0,792	0,055	-0,721	-14,425	0,000
Olumlu Tutum	0,121	0,047	0,117	2,588	0,010
Dışa Dönüklük	-0,123	0,047	-0,125	-2,603	0,010
Dul/Boşanmış Evli	-0,268	0,133	-0,085	-2,014	0,045
	Referans				
R: 0,757      R <sup>2</sup> : 0,573      F: 80,457      p: 0,000					

Kullanım engelleri boyutlarından “bireysel engeller” boyutunu etkileyen istatistiksel olarak anlamlı değişkenler Tablo 58’de gösterilmiştir. Analizin dördüncü aşamasında en uygun modele ulaşılmıştır (F:80,457: p<0,05). Nihai modelde sosyo-demografik özelliklerden dul/boşanmış, kişilik özelliklerinden “gelişime açıklık” ve “dışa dönüklük”, KUR'lara yönelik tutum boyutlarından “olumlu tutum” yer almış ve bu değişkenler toplam varyansın %57,3’ünü açıklamıştır. Elde edilen sonuçlara göre KUR'lara yönelik daha yüksek “olumlu tutum” sergileyen hekimlerin bireysel engeller ifadelerine katılma ihtimali daha fazla iken, “gelişime açıklık” ve “dışa dönüklük” kişilik özelliği daha yüksek olan ve evli hekimlerle karşılaştırıldığında dul/boşanmış olan hekimlerin bireysel engeller ifadelerine katılma ihtimali daha düşüktür.

**Tablo 59. Bağımsız Değişkenlerin Organizasyonel Engeller Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	3,632	0,299		12,149	0,000
Fakültede KUR Eğitimi (+)	-0,345	0,093	-0,221	-3,719	0,000
Fakültede KUR Eğitimi (-)	Referans				
Temel Tıp Bilimleri	-0,612	0,180	-0,204	-3,395	0,001
Dahili Tıp Bilimleri	Referans				
Olumsuz Tutum	0,152	0,063	0,149	2,415	0,016
Cerrahi Tıp Bilimleri	0,210	0,087	0,146	2,430	0,016
Dahili Tıp Bilimleri	Referans				
Dışa Dönüklük	-0,128	0,061	-0,128	-2,105	0,036
R: 0,450      R <sup>2</sup> : 0,202      F: 12,131      p: 0,000					

Kullanım engelleri boyutlarından “organizasyonel engeller” boyutunu etkileyen istatistiksel olarak anlamlı değişkenler Tablo 59’da gösterilmiştir. Analizin beşinci aşamasında en uygun modele ulaşılmıştır (F:12,131: p<0,05). Nihai modelde sosyo-demografik özelliklerden üç tanesi, kişilik özelliklerinden “dışa dönüklük” ve KUR'lara yönelik tutum boyutlarından “olumsuz tutum” yer almış ve bu değişkenler toplam varyansın %20,2’sini açıklamıştır. Elde edilen sonuçlara göre referans olarak kullanılan kategorilerle karşılaştırıldığında KUR'lara yönelik “olumsuz tutum” sergileyen, Cerrahi Tıp Bilimlerinde çalışan hekimlerin organizasyonel engeller ifadelerine katılma ihtimali

daha fazla iken fakültede KUR eğitimi alan, Temel Tıp Bilimlerinde çalışan ve “dışa dönüklük” kişilik özelliği daha yüksek olan hekimlerin organizasyonel engeller ifadelerine katılma ihtimali daha düşüktür.

**Tablo 60. Bağımsız Değişkenlerin Hasta Engelleri Boyutuna Etkisine İlişkin Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	1,592	0,403		3,951	0,000
Olumsuz Tutum	0,392	0,066	0,307	5,111	0,000
Diş Hek. Fak. Mezunu	0,423	0,152	0,164	2,793	0,006
GATF Mezunu	Referans				
Dışa Dönüklük	-0,150	0,058	-0,156	-2,582	0,010
Bekar	0,239	0,113	0,124	2,120	0,035
Evli	Referans				
R: 0,426      R <sup>2</sup> : 0,181      F: 13,297      p: 0,000					

Kullanım engelleri boyutlarından “hasta engelleri” boyutunu etkileyen istatistiksel olarak anlamlı değişkenler Tablo 60’da gösterilmiştir. Analizin dördüncü aşamasında en uygun modele ulaşılmıştır (F:13,297: p<0,05). Nihai modelde sosyo-demografik özelliklerden iki tanesi, kişilik özelliklerinden “dışa dönüklük” ve KUR’lara yönelik tutum boyutlarından “olumsuz tutum” yer almış ve bu değişkenler toplam varyansın %18,1’ini açıklamıştır. Elde edilen sonuçlara göre referans olarak kullanılan kategorilerle karşılaştırıldığında KUR’lara yönelik “olumsuz tutum” sergileyen, diş hekimliği fakültelerinden mezun olan ve bekar olan hekimlerin hasta engelleri ifadelerine katılma ihtimali daha fazla iken “dışa dönüklük” kişilik özelliği daha yüksek olan hekimlerin hasta engelleri ifadelerine katılma ihtimali daha düşüktür.

Araştırmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik ve kişilik özellikleri ile KUR’lara yönelik tutumlarının KUR kullanım engellerine yönelik görüşleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olup olmadığını belirlemek için yapılan analizler sonucunda “H14: Hekimlerin sosyo-demografik ve kişilik özellikleri ile klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumları kullanım engellerine yönelik görüşleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.” hipotezi;

- Rehber engelleri boyutu için nörotiklik, Diş Hekimliği Fakültesi mezunu, olumsuz tutum, Fakültede KUR eğitimi (+), gelişime açıklık ve Cerrahi Tıp Bilimleri (negatif yönde),
- Bireysel engeller boyutu için gelişime açıklık (negatif yönde), olumlu tutum, dışa dönüklük (negatif yönde) ve dul/boşanmış (negatif yönde),

- Organizasyonel engeller boyutu için Fakültede KUR eğitimi (+) (negatif yönde), Temel Tıp Bilimleri (negatif yönde), olumsuz tutum, Cerrahi Tıp Bilimleri ve dışa dönüklük (negatif yönde),
- Hasta engelleri boyutu için olumsuz tutum, dış hekimliği fakültesi mezunu, dışa dönüklük (negatif yönde) ve bekar değişkenleri bakımından kabul edilmiştir.

### 3.8.4. Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Sıklığının ve Klinik Uygulama Rehberleri Kullanımının Zorunluluğunun Belirleyicileri

Hekimlerin KUR kullanım sıklığı ve kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerinin belirleyicileri aşamalı çoklu regresyon analizi ile ortaya konmaya çalışılmıştır. KUR kullanım sıklığının belirleyicilerine ilişkin analizlerde hekimlerin sosyo-demografik özellikleri, kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik olumlu ve olumsuz tutumları ile KUR kullanım engelleri boyutları analizlere dahil edilmiştir. KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşlerinin belirleyicilerine ilişkin analizlerde hekimlerin sosyo-demografik özellikleri, kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik olumlu ve olumsuz tutumları, KUR kullanım engelleri boyutları ve KUR kullanım sıklığı analizlere dahil edilmiştir.

**Tablo 61. Bağımsız Değişkenlerin KUR Kullanım Sıklığına Etkisine İlişkin Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	1,394	0,746		1,869	0,063
Gelişime Açıklık	0,341	0,115	0,233	2,956	0,003
Olumsuz Tutum	-0,179	0,079	-0,134	-2,255	0,025
Mezuniyet Sonrası KUR Eğitimi	0,111	0,039	0,152	2,873	0,004
Üye Olunan Dernek Sayısı	0,257	0,089	0,147	2,875	0,004
Olumlu Tutum	0,244	0,083	0,178	2,947	0,004
Bireysel Engeller	-0,251	0,100	-0,188	-2,509	0,013
R: 0,637    R <sup>2</sup> : 0,405    F: 27,037    p: 0,000					

Tablo 61'de hekimlerin KUR kullanım sıklığının belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla yapılan aşamalı çoklu regresyon analizinin sonuçları verilmiştir. Analizin altıncı aşamasında en uygun modele ulaşılmıştır (F:27,037: p<0,05). Nihai modelde sosyo-demografik özelliklerden iki tanesi, kişilik özelliklerinden "gelişime açıklık", KUR'lara yönelik "olumlu tutum" ve "olumsuz tutum" boyutları ve KUR kullanım engellerinden "bireysel engeller" boyutu yer almış ve bu değişkenler toplam varyansın %40,5'ini açıklamıştır. Elde edilen sonuçlara göre "gelişime açıklık" kişilik özellikleri daha yüksek olan, mezuniyet sonrasında daha yakın süre içerisinde KUR eğitimi alan, üye olduğu

mesleki dernek sayısı daha fazla olan, KUR'lara yönelik "olumlu tutum" sergileyen hekimlerin KUR'ları kullanma ihtimali daha yüksek iken KUR'lara yönelik "olumsuz tutum" sergileyen ve KUR kullanım engellerinden "bireysel engeller" ifadelerine daha fazla katılan hekimlerin KUR'ları kullanma ihtimali daha düşüktür.

Araştırmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik ve kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik tutumları ve kullanım engellerine yönelik görüşlerinin KUR kullanım sıklığı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda "H15: Hekimlerin sosyo-demografik ve kişilik özellikleri, klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumları ve kullanım engellerine yönelik görüşleri klinik uygulama rehberleri kullanım sıklığı üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir" hipotezi gelişime açıklık, olumsuz tutum (negatif yönde), mezuniyet sonrası KUR eğitimi, üye olunan dernek sayısı, olumlu tutum ve bireysel engeller (negatif yönde) değişkenleri bakımından kabul edilmiştir.

**Tablo 62. Bağımsız Değişkenlerin KUR Kullanımının Zorunluluğuna Etkisine İlişkin Bulgular**

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	,140	,526		0,265	0,791
Olumlu Tutum	,444	,091	0,294	4,869	0,000
Kullanım	,249	,065	0,227	3,863	0,000
Öz Disiplin	,320	,102	0,182	3,148	0,002
Hasta Engelleri	-,210	,082	-0,142	-2,568	0,011
Cerrahi Tıp Bilimleri	,261	,111	0,126	2,346	0,020
Dahili Tıp Bilimleri	Referans				
R: 0,581      R <sup>2</sup> : 0,338      F: 24,393      p: 0,000					

Tablo 62'de hekimlerin KUR kullanımının zorunluğunun belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla yapılan aşamalı çoklu regresyon analizinin sonuçları verilmiştir. Analizin beşinci aşamasında en uygun modele ulaşılmıştır (F:24,393: p<0,05). Nihai modelde sosyo-demografik özelliklerden bir tanesi, kişilik özelliklerinden "öz disiplin", KUR'lara yönelik "olumlu tutum", KUR kullanım engellerinden "hasta engelleri" boyutu ve "KUR kullanım sıklığı" yer almış ve bu değişkenler toplam varyansın %33,8'ini açıklamıştır. Elde edilen sonuçlara göre referans olarak kullanılan kategorilerle karşılaştırıldığında KUR'lara yönelik "olumlu tutum" sergileyen, KUR'ları daha sık kullanan, "öz disiplin" kişilik özellikleri daha yüksek olan, Dahili Tıp Bilimleri ile karşılaştırıldığında "Cerrahi Tıp Bilimleri branşında çalışan" hekimlerin KUR'ların kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki ifadeye katılma ihtimali daha yüksek iken KUR kullanım engellerinden "hasta engelleri" ifadelerine daha fazla katılan hekimlerin KUR'ların kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki ifadeye katılma ihtimali daha düşüktür.

Araştırmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik ve kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik tutumları, kullanım engellerine yönelik görüşleri ve KUR kullanım sıklıklarının KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda "H16: Hekimlerin sosyo-demografik ve kişilik özellikleri, klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumları, kullanım engellerine yönelik görüşleri ve klinik uygulama rehberleri kullanım sıklıkları klinik uygulama rehberlerinin kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir" hipotezi olumlu tutum, KUR kullanım sıklığı, öz disiplin, hasta engelleri (negatif yönde) ve Cerrahi Tıp Bilimleri değişkenleri bakımından kabul edilmiştir.

### **3.9. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİDE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM VE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİN ARACILIK ROLÜ**

Araştırmada aşamalı regresyon analizi ile bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki direk etkileri incelenmiştir. Fakat değişkenler arasındaki ilişkiler her zaman sadece direk etkiler şeklinde olmamaktadır. Bazen bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisine başka bir değişken etki edebilmekte ve bu değişken aracı (mediator) olarak isimlendirilmektedir. İki değişken arasındaki ilişkide üçüncü bir değişkenin aracılık rolünün olup olmadığı klasik regresyon analizleri ile incelenebilmekte fakat bu art arda analizlerin yapılmasını ve değerlendirilmesini gerektirmektedir. Aracılık ilişkisinin değerlendirilmesinde klasik regresyon analizlerinin yerine analizlerde ölçüm ve artıksal hatalarında dikkate alınmasından dolayı YEM analizleri tercih edilmektedir (Meydan ve Şeşen, 2011).

Araştırmada yapılan analizler sonucunda kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik tutum, KUR kullanım engelleri, KUR kullanım sıklığı ve KUR kullanımın zorunluluğu arasında anlamlı ilişkilerin olduğu; KUR kullanım sıklığının belirleyicileri arasında "gelişime açıklık" kişilik özelliği, "olumlu tutum" ve "olumsuz tutum" boyutları ile "bireysel engeller" boyutunun yer aldığı; KUR kullanımın zorunluluğunun belirleyicileri arasında "öz disiplin" kişilik özelliği, "olumlu tutum" boyutu ile "hasta engelleri" boyutunun yer aldığı görülmüştür. Böyle bir durumda kişilik özellikleri ile KUR kullanım sıklığı ve KUR kullanımının zorunluluğu arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutumun ve KUR kullanım engellerinin aracılık

rolünün olabileceği değerlendirilmiş ve aracılık analizleri yapılmıştır. Araştırmada bağımsız değişkenle bağımlı değişken arasındaki ilişkide aracı değişkenin rolünün tespiti iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

İlk aşamada Baron ve Kenny (1986) tarafından değişkenler arası aracılık rolünü değerlendirmede kullanılan dört şart incelenmiştir. Bu şartlar;

- Bağımsız değişken aracı değişkeni anlamlı biçimde etkilemelidir.
- Aracı değişken bağımlı değişkeni anlamlı biçimde etkilemelidir.
- Bağımsız değişken bağımlı değişkeni anlamlı biçimde etkilemelidir.
- Bağımsız değişken, aracı değişken ve bağımlı değişkenin birlikte analize dahil edildiği modelde bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi azalmalı veya tamamen ortadan kalkmalıdır.

Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin azalması kısmi aracılık etkisini, tamamen ortadan kalkması ise tam aracılık etkisini göstermektedir (Meydan ve Şeşen, 2011).

İkinci aşamada aracılık etkisinin ne kadar yüksek olduğunu tespit etmek için doğrudan, dolaylı ve toplam etkiler incelenmiştir. Dolaylı etkinin yüksekliği aracılık etkisinin de yüksekliği olarak değerlendirilmiştir.

### **3.9.1. Kişilik Özellikleri İle Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Sıklığı Arasındaki İlişkide Klinik Uygulama Rehberlerine Yönelik Tutumun Aracılık Rolü**

Kişilik özellikleri ile KUR kullanım sıklığı arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutumun aracılık rolünün belirlenmesi için gerçekleştirilen analize kişilik ve tutum değişkenleri gizil değişkenler, KUR kullanım sıklığı değişkeni ise gözlenen değişken olarak dahil edilmiştir. Aracılık analizine ilişkin bulgular Tablo 63'te sunulmuştur.

**Tablo 63. Kişilik Özellikleri, KUR'lara Yönelik Tutum, KUR Kullanım Sıklığı Aracılık Analiz Bulguları (Gizil Değişkenli)**

	Standardize Edilmiş Tahmin ( $\beta$ )			
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Kullanım <--- Kişilik	<b>0,533*</b>			0,263
Tutum <--- Kişilik		<b>0,703*</b>		<b>0,700*</b>
Kullanım <--- Tutum			<b>0,560*</b>	<b>0,376*</b>
	X <sup>2</sup> /sd: 0,773 GFI: 0,975 AGFI: 0,941 NFI: 0,928 RMR: 0,037	X <sup>2</sup> /sd: 0,329 GFI: 0,983 AGFI: 0,963 NFI: 0,959 RMR: 0,025	Tam Model	X <sup>2</sup> /sd: 0,533 GFI: 0,976 AGFI: 0,952 NFI: 0,945 RMR: 0,033

\*p<0,05

Tablo 63'te görüldüğü gibi kişilik özellikleri ile KUR kullanım sıklığı arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutumun aracılık rolünün belirlenmesi için Baron ve Kenny (1986) tarafından öne sürülen aşamaları test etmek amacıyla dört ayrı model analiz edilmiştir. Analizlerde Model 3'ün tam model olduğu, diğer modellerin uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre;

- Kişilik gizil değişkeni ile KUR kullanım sıklığı değişkenini içeren Model 1'de kişilik gizil değişkeni KUR kullanım sıklığı değişkenini ( $\beta=0,533$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Kişilik gizil değişkeni ile tutum gizil değişkenini içeren Model 2'de kişilik gizil değişkeni tutum gizil değişkenini ( $\beta=0,703$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Tutum gizil değişkeni ile KUR kullanım sıklığı değişkenini içeren Model 3'te tutum gizil değişkeni KUR kullanım sıklığı değişkenini ( $\beta=0,560$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Kişilik ve tutum gizil değişkenleri ile KUR kullanım sıklığı değişkeninin birlikte analize dahil edildiği Model 4'te kişilik gizil değişkeni tutum gizil değişkenini ( $\beta=0,700$ ,  $p<0,05$ ), tutum gizil değişkeni KUR kullanım sıklığı değişkenini ( $\beta=0,376$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemekte ve Model 1'de anlamlı olan kişilik gizil değişkenin KUR kullanım sıklığı değişkeni ( $\beta=0,263$ ,  $p>0,05$ ) üzerindeki etkisi anlamlılığını kaybetmektedir.

Kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik tutum ve KUR kullanım sıklığı aracılık modelinde doğrudan etkinin 0,263; dolaylı etkinin 0,263; toplam etkinin 0,525 olduğu görülmüştür.



Yukarıdaki sonuçlara göre kişilik özellikleri ile KUR kullanım sıklığı arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutumun tam aracılık rolünün olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin kişilik özellikleri ile KUR kullanım sıklığı arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutumun aracılık rolünün olup olmadığını belirlemek için yapılan analizler sonucunda "H17: Hekimlerin kişilik özellikleri ile klinik uygulama rehberleri kullanım sıklığı arasındaki ilişkide klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumun aracılık rolü vardır" hipotezi kabul edilmiştir.

Belirlenen aracılık rolünün kişiliğin ve tutumun hangi boyutları arasında gerçekleştiğini ortaya koymak amacıyla kişilik ve tutum değişkenlerinin boyut bazında dahil edildiği model geliştirilmiştir. Modelde kişilik ve tutum boyutları ile kullanım değişkenleri gözlenen değişkenler olarak analize dahil edilmiştir. Aracılık analizine ilişkin bulgular Tablo 64'te sunulmuştur.

**Tablo 64. Kişilik Özellikleri, KUR'lara Yönelik Tutum, KUR Kullanım Sıklığı Aracılık Analiz Bulguları (Boyut Değişkenli)**

	Standardize Edilmiş Tahmin ( $\beta$ )			
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Kullanım <--- Uyumluluk	0,037			-0,029
Kullanım <--- Gelişime Açıklık	<b>0,402*</b>			<b>0,343*</b>
Kullanım <--- Öz Disiplin	0,037			-0,044
Kullanım <--- Dışa Dönüklük	<b>0,175*</b>			<b>0,159*</b>
Kullanım <--- Nörotiklik	0,011			0,025
Olumlu <--- Uyumluluk		<b>0,265*</b>		<b>0,265*</b>
Olumlu <--- Gelişime Açıklık		<b>0,237*</b>		<b>0,237*</b>
Olumlu <--- Öz Disiplin		0,117		0,117
Olumlu <--- Dışa Dönüklük		0,061		0,061
Olumlu <--- Nörotiklik		0,052		0,052
Olumsuz <--- Uyumluluk		-0,106		-0,106
Olumsuz <--- Gelişime Açıklık		-0,096		-0,096
Olumsuz <--- Öz Disiplin		<b>-0,290*</b>		<b>-0,290*</b>
Olumsuz <--- Dışa Dönüklük		-0,028		-0,028
Olumsuz <--- Nörotiklik		0,101		0,101
Kullanım <--- Olumlu			<b>0,274*</b>	<b>0,161*</b>
Kullanım <--- Olumsuz			<b>-0,251*</b>	<b>-0,217*</b>
	Tam Model	Tam Model	Tam Model	Tam Model

\*p<0,05

Tablo 64'te görüldüğü gibi kişilik boyutları ile KUR kullanım sıklığı arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutum boyutlarının aracılık rolünün belirlenmesi için Baron ve Kenny (1986) tarafından öne sürülen aşamaları test etmek amacıyla dört ayrı model analiz edilmiştir. Analizdeki tüm modellerin tam model olduğu ve dolayısıyla modellerin geçerli olduğu görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre;

- Kişilik boyutları ile KUR kullanım sıklığı değişkenini içeren Model 1'de gelişime açıklık ( $\beta=0,402$ ,  $p<0,05$ ) ve dışa dönüklük ( $\beta=0,175$ ,  $p<0,05$ ) değişkenleri KUR kullanım sıklığı değişkenini anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Kişilik boyutları ile tutum boyutlarını içeren Model 2'de uyumluluk değişkeni olumlu tutum değişkenini ( $\beta=0,265$ ,  $p<0,05$ ), gelişime açıklık değişkeni olumlu tutum değişkenini ( $\beta=0,237$ ,  $p<0,05$ ) ve öz disiplin değişkeni olumsuz tutum değişkenini ( $\beta=-0,290$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Tutum boyutları ile KUR kullanım sıklığı değişkenini içeren Model 3'te olumlu tutum ( $\beta=0,274$ ,  $p<0,05$ ) ve olumsuz tutum ( $\beta=-0,251$ ,  $p<0,05$ ) değişkenleri KUR kullanım sıklığı değişkenini anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Kişilik boyutları ve tutum boyutları ile KUR kullanım sıklığı değişkeninin birlikte analize dahil edildiği Model 4'te gelişime açıklık değişkeni KUR kullanım sıklığı değişkenini ( $\beta=0,343$ ,  $p<0,05$ ), dışa dönüklük değişkeni KUR kullanım sıklığı değişkenini ( $\beta=0,159$ ,  $p<0,05$ ), uyumluluk değişkeni olumlu tutum değişkenini ( $\beta=0,265$ ,  $p<0,05$ ), gelişime açıklık değişkeni olumlu tutum değişkenini ( $\beta=0,237$ ,  $p<0,05$ ), öz disiplin değişkeni olumsuz tutum değişkenini ( $\beta=-0,290$ ,  $p<0,05$ ), olumlu tutum değişkeni KUR kullanım sıklığı değişkenini ( $\beta=0,161$ ,  $p<0,05$ ) ve olumsuz tutum değişkeni KUR kullanım sıklığı değişkenini ( $\beta=-0,217$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.

Baron ve Kenny (1986) tarafından değişkenler arası aracılık rolünü değerlendirmede kullanılan şartlar yönünden değerlendirildiğinde; Model 1'de gelişime açıklık ve dışa dönüklük değişkenleri KUR kullanım sıklığı değişkenini anlamlı biçimde etkilemesine rağmen Model 2'de bu iki değişkenden sadece gelişime açıklık değişkeni yalnızca olumlu tutum değişkenini anlamlı biçimde etkilemektedir. Model 3'te olumlu tutum değişkeni KUR kullanım sıklığı değişkenini anlamlı biçimde etkilemektedir. Model 4'te gelişime açıklık değişkeninin KUR kullanım sıklığı değişkeni üzerindeki anlamlı etkisi Model 1'deki anlamlı etkiye göre azalmaktadır. Bu durumda yalnızca gelişime açıklık değişkeni ile KUR kullanım sıklığı değişkeni arasındaki ilişkide olumlu tutum boyutunun kısmi aracılık rolünün olduğu görülmektedir.

### 3.9.2. Kişilik Özellikleri İle Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Sıklığı Arasındaki İlişkide Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Engellerinin Aracılık Rolü

Kişilik özellikleri ile KUR kullanım sıklığı arasındaki ilişkide KUR kullanım engellerinin aracılık rolünün belirlenmesi için gerçekleştirilen analize kişilik ve engeller değişkenleri gizil değişkenler, KUR kullanım sıklığı değişkeni ise gözlenen değişken olarak dahil edilmiştir. Aracılık analizine ilişkin bulgular Tablo 65'te sunulmuştur.

**Tablo 65. Kişilik Özellikleri, KUR Kullanım Engelleri, KUR Kullanım Sıklığı Aracılık Analiz Bulguları (Gizil Değişkenli)**

	Standardize Edilmiş Tahmin ( $\beta$ )			
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Kullanım <--- Kişilik	<b>0,533*</b>			0,433
Engeller <--- Kişilik		<b>-0,923*</b>		<b>-0,924*</b>
Kullanım <--- Engeller			<b>-0,500*</b>	-0,102
	X <sup>2</sup> /sd: 0,773 GFI: 0,975 AGFI: 0,941 NFI: 0,928 RMR: 0,037	X <sup>2</sup> /sd: 1,007 GFI: 0,932 AGFI: 0,883 RMR: 0,049	X <sup>2</sup> /sd: 0,949 GFI: 0,981 AGFI: 0,943 NFI: 0,910 RMR: 0,036	X <sup>2</sup> /sd: 0,999 GFI: 0,939 AGFI: 0,898 RMR: 0,050

\*p<0,05

Tablo 65'te görüldüğü gibi kişilik özellikleri ile KUR kullanım sıklığı arasındaki ilişkide KUR kullanım engellerinin aracılık rolünün belirlenmesi için Baron ve Kenny (1986) tarafından öne sürülen aşamaları test etmek amacıyla dört ayrı model analiz edilmiştir. Analizlerde tüm modellerin uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre;

- Kişilik gizil değişkeni ile KUR kullanım sıklığı değişkenini içeren Model 1'de kişilik gizil değişkeni KUR kullanım sıklığı değişkenini ( $\beta=0,533$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Kişilik gizil değişkeni ile engeller gizil değişkenini içeren Model 2'de kişilik gizil değişkeni engeller gizil değişkenini ( $\beta=-0,923$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Engeller gizil değişkeni ile KUR kullanım sıklığı değişkenini içeren Model 3'te engeller gizil değişkeni KUR kullanım sıklığı değişkenini ( $\beta=-0,500$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Kişilik ve engeller gizil değişkenleri ile KUR kullanım sıklığı değişkeninin birlikte analize dahil edildiği Model 4'te kişilik gizil değişkeni engeller gizil değişkenini ( $\beta=-0,924$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemekte, engeller gizil değişkeninin KUR

kullanım sıklığı değişkeni üzerinde anlamlı etkisi bulunmamakta ( $\beta=-0,102$ ,  $p>0,05$ ) ve Model 1’de anlamlı olan kişilik gizil değişkenin KUR kullanım sıklığı değişkeni ( $\beta=0,433$ ,  $p>0,05$ ) üzerindeki etkisi anlamlılığını kaybetmektedir.

Yukarıdaki sonuçlara göre Model 4’te engeller gizil değişkeninin KUR kullanım sıklığı değişkeni üzerinde anlamlı etkisi bulunmaması nedeniyle kişilik özellikleri ile KUR kullanım sıklığı arasındaki ilişkide KUR kullanım engellerinin aracılık rolünün olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin kişilik özellikleri ile KUR kullanım sıklığı arasındaki ilişkide KUR kullanım engellerinin aracılık rolünün olup olmadığını belirlemek için yapılan analizler sonucunda “H18: Hekimlerin kişilik özellikleri ile klinik uygulama rehberleri kullanım sıklığı arasındaki ilişkide klinik uygulama rehberleri kullanım engellerinin aracılık rolü vardır” hipotezi reddedilmiştir.

### 3.9.3. Kişilik Özellikleri İle Klinik Uygulama Rehberleri Kullanımın Zorunluluğu Arasındaki İlişkide Klinik Uygulama Rehberlerine Yönelik Tutumun Aracılık Rolü

Kişilik özellikleri ile KUR kullanımının zorunluluğu arasındaki ilişkide KUR’lara yönelik tutumun aracılık rolünün belirlenmesi için gerçekleştirilen analize kişilik ve tutum değişkenleri gizil değişkenler, KUR kullanımının zorunluluğu değişkeni ise gözlenen değişken olarak dahil edilmiştir. Aracılık analizine ilişkin bulgular Tablo 66’da sunulmuştur.

**Tablo 66. Kişilik Özellikleri, KUR’lara Yönelik Tutum, KUR Kullanımının Zorunluluğu Aracılık Analiz Bulguları (Gizil Değişkenli)**

	Standardize Edilmiş Tahmin ( $\beta$ )			
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Zorunluluk <--- Kişilik	<b>0,461*</b>			0,073
Tutum <--- Kişilik		<b>0,703*</b>		<b>0,708*</b>
Zorunluluk <--- Tutum			<b>0,604*</b>	<b>0,551*</b>
	X <sup>2</sup> /sd: 0,407 GFI: 0,988 AGFI: 0,972 NFI: 0,960 RMR: 0,027	X <sup>2</sup> /sd: 0,329 GFI: 0,983 AGFI: 0,963 NFI: 0,959 RMR: 0,025	Tam Model	X <sup>2</sup> /sd: 0,278 GFI: 0,989 AGFI: 0,978 NFI: 0,972 RMR: 0,024

\* $p<0,05$

Tablo 66'da görüldüğü gibi kişilik özellikleri ile KUR kullanımının zorunluluğu arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutumun aracılık rolünün belirlenmesi için Baron ve Kenny (1986) tarafından öne sürülen aşamaları test etmek amacıyla dört ayrı model analiz edilmiştir. Analizlerde Model 3'ün tam model olduğu, diğer modellerin uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre;

- Kişilik gizil değişkeni ile KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini içeren Model 1'de kişilik gizil değişkeni KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini ( $\beta=0,461$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Kişilik gizil değişkeni ile tutum gizil değişkenini içeren Model 2'de kişilik gizil değişkeni tutum gizil değişkenini ( $\beta=0,703$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Tutum gizil değişkeni ile KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini içeren Model 3'te tutum gizil değişkeni KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini ( $\beta=0,604$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Kişilik ve tutum gizil değişkenleri ile KUR kullanımının zorunluluğu değişkeninin birlikte analize dahil edildiği Model 4'te kişilik gizil değişkeni tutum gizil değişkenini ( $\beta=0,708$ ,  $p<0,05$ ), tutum gizil değişkeni KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini ( $\beta=0,551$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemekte ve Model 1'de anlamlı olan kişilik gizil değişkenin KUR kullanımının zorunluluğu değişkeni ( $\beta=0,073$ ,  $p>0,05$ ) üzerindeki etkisi anlamlılığını kaybetmektedir.

Kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik tutum ve KUR kullanımının zorunluluğu aracılık modelinde doğrudan etkinin 0,073; dolaylı etkinin 0,390; toplam etkinin 0,463 olduğu görülmüştür.

Yukarıdaki sonuçlara göre kişilik özellikleri ile KUR kullanımının zorunluluğu arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutumun tam aracılık rolünün olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin kişilik özellikleri ile KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutumun aracılık rolünün olup olmadığını belirlemek için yapılan analizler sonucunda "H19: Hekimlerin kişilik özellikleri ile klinik uygulama rehberlerinin kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri arasındaki ilişkide klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumun aracılık rolü vardır" hipotezi kabul edilmiştir.

Belirlenen aracılık rolünün kişiliğin ve tutumun hangi boyutları arasında gerçekleştiğini ortaya koymak amacıyla kişilik ve tutum değişkenlerinin boyut bazında dahil edildiği model geliştirilmiştir. Modelde kişilik ve tutum boyutları ile zorunluluk değişkenleri gözlenen değişkenler olarak analize dahil edilmiştir. Aracılık analizine ilişkin bulgular Tablo 67’de sunulmuştur.

**Tablo 67. Kişilik Özellikleri, KUR'lara Yönelik Tutum, KUR Kullanımının Zorunluluğu Aracılık Analiz Bulguları (Boyut Değişkenli)**

	Standardize Edilmiş Tahmin ( $\beta$ )			
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Zorunluluk <--- Uyumluluk	0,094			0,013
Zorunluluk <--- Gelişime Açıklık	<b>0,198*</b>			0,125
Zorunluluk <--- Öz Disiplin	<b>0,262*</b>			<b>0,179*</b>
Zorunluluk <--- Dışa Dönüklük	0,041			0,022
Zorunluluk <--- Nörotiklik	0,018			0,025
Olumlu <--- Uyumluluk		<b>0,265*</b>		<b>0,265*</b>
Olumlu <--- Gelişime Açıklık		<b>0,237*</b>		<b>0,237*</b>
Olumlu <--- Öz Disiplin		0,117		0,117
Olumlu <--- Dışa Dönüklük		0,061		0,061
Olumlu <--- Nörotiklik		0,052		0,052
Olumsuz <--- Uyumluluk		-0,106		-0,106
Olumsuz <--- Gelişime Açıklık		-0,096		-0,096
Olumsuz <--- Öz Disiplin		<b>-0,290*</b>		<b>-0,290*</b>
Olumsuz <--- Dışa Dönüklük		-0,028		-0,028
Olumsuz <--- Nörotiklik		0,101		0,101
Zorunluluk <--- Olumlu			<b>0,296*</b>	<b>0,230*</b>
Zorunluluk <--- Olumsuz			<b>-0,270*</b>	<b>-0,192*</b>
	Tam Model	Tam Model	Tam Model	Tam Model

\*p<0,05

Tablo 67’de görüldüğü gibi kişilik boyutları ile KUR kullanımının zorunluluğu arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutum boyutlarının aracılık rolünün belirlenmesi için Baron ve Kenny (1986) tarafından öne sürülen aşamaları test etmek amacıyla dört ayrı model analiz edilmiştir. Analizdeki tüm modellerin tam model olduğu ve dolayısıyla modellerin geçerli olduğu görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre;

- Kişilik boyutları ile KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini içeren Model 1’de gelişime açıklık ( $\beta=0,198$ ,  $p<0,05$ ) ve öz disiplin ( $\beta=0,262$ ,  $p<0,05$ ) değişkenleri KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Kişilik boyutları ile tutum boyutlarını içeren Model 2’de uyumluluk değişkeni olumlu tutum değişkenini ( $\beta=0,265$ ,  $p<0,05$ ), gelişime açıklık değişkeni olumlu tutum değişkenini ( $\beta=0,237$ ,  $p<0,05$ ) ve öz disiplin değişkeni olumsuz tutum değişkenini ( $\beta=-0,290$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Tutum boyutları ile KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini içeren Model 3’te olumlu tutum ( $\beta=0,296$ ,  $p<0,05$ ) ve olumsuz tutum ( $\beta=-0,270$ ,  $p<0,05$ )

değişkenleri KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini anlamlı biçimde etkilemektedir.

- Kişilik boyutları ve tutum boyutları ile KUR kullanımının zorunluluğu değişkeninin birlikte analize dahil edildiği Model 4'te öz disiplin değişkeni KUR kullanımının zorunluluğu ( $\beta=0,179$ ,  $p<0,05$ ), uyumluluk değişkeni olumlu tutum değişkenini ( $\beta=0,265$ ,  $p<0,05$ ), gelişime açıklık değişkeni olumlu tutum değişkenini ( $\beta=0,237$ ,  $p<0,05$ ), öz disiplin değişkeni olumsuz tutum değişkenini ( $\beta=-0,290$ ,  $p<0,05$ ), olumlu tutum değişkeni KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini ( $\beta=0,230$ ,  $p<0,05$ ) ve olumsuz tutum değişkeni KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini ( $\beta=-0,192$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.

Baron ve Kenny (1986) tarafından değişkenler arası aracılık rolünü değerlendirmede kullanılan şartlar yönünden değerlendirildiğinde; Model 1'de gelişime açıklık ve öz disiplin değişkenleri KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini anlamlı biçimde etkilemektedir. Model 2'de gelişime açıklık değişkeni yalnızca olumlu tutum değişkenini, öz disiplin değişkeni yalnızca olumsuz tutum değişkenini anlamlı biçimde etkilemektedir. Model 3'te hem olumlu tutum hem de olumsuz değişkeni KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini anlamlı biçimde etkilemektedir. Model 4'te gelişime açıklık değişkeninin KUR kullanımının zorunluluğu değişkeni üzerindeki anlamlı etkisi (Model 1) anlamlılığını kaybetmekte, öz disiplin değişkeninin KUR kullanımının zorunluluğu değişkeni üzerindeki anlamlı etkisi Model 1'deki etkiye göre azalmaktadır. Bu durumda gelişime açıklık değişkeni ile KUR kullanımının zorunluluğu değişkeni arasındaki ilişkide olumlu tutum boyutunun tam aracılık rolünün, öz disiplin değişkeni ile KUR kullanımının zorunluluğu değişkeni arasındaki ilişkide olumsuz tutum boyutunun kısmi aracılık rolünün olduğu görülmektedir.

#### **3.9.4. Kişilik Özellikleri İle Klinik Uygulama Rehberleri Kullanımının Zorunluluğu Arasındaki İlişkide Klinik Uygulama Rehberleri Kullanım Engellerin Aracılık Rolü**

Kişilik özellikleri ile KUR kullanımının zorunluluğu arasındaki ilişkide KUR kullanım engellerinin aracılık rolünün belirlenmesi için gerçekleştirilen analize kişilik ve engeller değişkenleri gizil değişkenler, KUR kullanımının zorunluluğu değişkeni ise gözlenen değişken olarak dahil edilmiştir. Aracılık analizine ilişkin bulgular Tablo 68'de sunulmuştur.

**Tablo 68. Kişilik Özellikleri, KUR Kullanım Engelleri, KUR Kullanımının Zorunluluğu Aracılık Analiz Bulguları (Gizil Değişkenli)**

	Standardize Edilmiş Tahmin ( $\beta$ )			
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Zorunluluk <--- Kişilik	<b>0,461*</b>			0,373
Engeller <--- Kişilik		<b>-0,923*</b>		<b>-0,917*</b>
Zorunluluk <--- Engeller			<b>-0,426*</b>	-0,089
	X <sup>2</sup> /sd: 0,407 GFI: 0,988 AGFI: 0,972 NFI: 0,960 RMR: 0,027	X <sup>2</sup> /sd: 1,007 GFI: 0,932 AGFI: 0,883 RMR: 0,049	X <sup>2</sup> /sd: 0,458 GFI: 0,992 AGFI: 0,976 NFI: 0,953 RMR: 0,025	X <sup>2</sup> /sd: 0,865 GFI: 0,950 AGFI: 0,916 RMR: 0,046

\*p<0,05

Tablo 68’de görüldüğü gibi kişilik özellikleri ile KUR kullanımının zorunluluğu arasındaki ilişkide KUR kullanım engellerinin aracılık rolünün belirlenmesi için Baron ve Kenny (1986) tarafından öne sürülen aşamaları test etmek amacıyla dört ayrı model analiz edilmiştir. Analizlerde tüm modellerin uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre;

- Kişilik gizil değişkeni ile KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini içeren Model 1’de kişilik gizil değişkeni KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini ( $\beta=0,461$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Kişilik gizil değişkeni ile engeller gizil değişkenini içeren Model 2’de kişilik gizil değişkeni engeller gizil değişkenini ( $\beta=-0,923$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Engeller gizil değişkeni ile KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini içeren Model 3’te engeller gizil değişkeni KUR kullanımının zorunluluğu değişkenini ( $\beta=-0,426$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemektedir.
- Kişilik ve engeller gizil değişkenleri ile KUR kullanımının zorunluluğu değişkeninin birlikte analize dahil edildiği Model 4’te kişilik gizil değişkeni engeller gizil değişkenini ( $\beta=-0,917$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı biçimde etkilemekte, engeller gizil değişkeninin KUR kullanımının zorunluluğu değişkeni üzerinde anlamlı etkisi bulunmamakta ( $\beta=-0,089$ ,  $p>0,05$ ) ve Model 1’de anlamlı olan kişilik gizil değişkenin KUR kullanımının zorunluluğu değişkeni ( $\beta=0,373$ ,  $p>0,05$ ) üzerindeki etkisi anlamlılığını kaybetmektedir.

Yukarıdaki sonuçlara göre Model 4’te engeller gizil değişkeninin KUR kullanımının zorunluluğu değişkeni üzerinde anlamlı etkisi bulunmaması nedeniyle kişilik özellikleri ile KUR kullanımının zorunluluğu arasındaki ilişkide KUR kullanım engellerinin aracılık rolünün olmadığı görülmektedir.



Araştırmaya katılan hekimlerin kişilik özellikleri ile KUR kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri arasındaki ilişkide KUR kullanım engellerinin aracılık rolünün olup olmadığını belirlemek için yapılan analizler sonucunda “H20: Hekimlerin kişilik özellikleri ile klinik uygulama rehberlerinin kullanımının zorunlu olup olmaması hakkındaki görüşleri arasındaki ilişkide klinik uygulama rehberleri kullanım engellerinin aracılık rolü vardır” hipotezi reddedilmiştir.

## 4. TARTIŞMA

### 4.1. HEKİMLERİN KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM VE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ İFADELERİNE KATILIM DÜZEYLERİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Bu araştırmada hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarını değerlendirmek için kullanılan tutum ifadeleri olumlu ve olumsuz tutum boyutları bazında, KUR kullanım engellerini değerlendirmek için kullanılan engel ifadeleri rehber engelleri, bireysel engeller, organizasyonel engeller ve hasta engelleri boyutları bazında analiz edilmesine ve değerlendirilmesine rağmen uluslararası çalışmalarda tutum ve engel ifadeleri bazında değerlendirilmiştir. Uluslararası çalışmalarda tutum ve engel ifadeleri genellikle ifadelere katılım düzeylerine göre değerlendirilmiş, ifadelere ilişkin bulgular sayı ve yüzdeler şeklinde sunulmuştur. Uluslararası çalışmalarda ifadelere ilişkin veriler genelde 3'lü ya da 5'li Likert ölçeği kullanılarak toplanmıştır. 3'lü Likert ölçeğinde 1 katılmıyorum, 2 nötr, 3 katılıyorum; 5'li Likert ölçeğinde 1+2 katılmıyorum, 3 nötr, 4+5 katılıyorum şeklinde değerlendirilmiştir. Bu çalışmalar ile yapılan karşılaştırmalarda katılımcıların çoğunluğunun katılım durumuna göre çalışmaların ifadeleri desteklediği veya desteklemediği belirtilmiştir.

Bu araştırmada olumlu tutum boyutu altında değerlendirmeye alınmış olan “uygun bir öneri kaynağıdır” ( $\bar{x}$ : 3,75; Ss:0,93), “iyi bir eğitim aracıdır” ( $\bar{x}$ : 3,95; Ss:0,88), “hasta bakım kalitesini artırabilir” ( $\bar{x}$ : 3,81; Ss:0,88), “günlük tıbbi uygulamalarda faydalı bir araçtır” ( $\bar{x}$ : 3,77; Ss:0,81) ve “kalite denetimlerinde kullanılabilir” ( $\bar{x}$ : 3,69; Ss:0,86) ifadelerine araştırmaya katılan hekimlerin katılım düzeylerinin yüksek olduğu, gerçekleştirilen uluslararası çalışmalarda da benzer şekilde bu ifadelere katılım düzeyinin yüksek olduğu ve bu ifadelerin desteklediği belirlenmiştir (Amer vd., 2018; Basedow vd., 2015; Birrenbach vd., 2016; Bochud vd., 2002; Farquhar vd., 2002; Ferrier vd., 1996; Formoso vd., 2001; Graham vd., 2000; Gupta vd., 1997; Halm vd., 1999; Hayward vd., 1997; Heidrich vd., 2005; Helwig vd., 1998; Hendaus vd., 2014; Heselmans vd., 2009; 2010; Inouye vd., 1998; James vd., 1997; Kim vd., 2010; Kunz, 2005; Larisch vd., 2009; Mansfield, 1995; Mounesan vd., 2013; Sinuff vd., 2007; Siriwardena, 1995; Taba vd., 2012; Tunis vd., 1994; Wahabi vd., 2011; Wolff vd., 1998).

Araştırmada olumlu tutum boyutu altında değerlendirmeye alınmış olan “malpraktis davalarını azaltabilir” ( $\bar{x}$ : 3,57; Ss:1,00), “sağlık hizmeti giderlerini azaltabilir” ( $\bar{x}$ : 3,36; Ss:0,99), “tarafsız uzman görüşünden oluşmaktadır” ( $\bar{x}$ : 3,20; Ss:0,94) ve “defansif tıbbi uygulamaları azaltabilir” ( $\bar{x}$ : 3,39; Ss:0,88) ifadelerine araştırmaya katılan hekimlerin katılım düzeylerinin yüksek olduğu, uluslararası bazı çalışmalarda da benzer şekilde bu ifadelerle katılım düzeyinin yüksek olduğu ve desteklendiği (Basedow vd., 2015; Birrenbach vd., 2016; Bochud vd., 2002; Dye vd., 2000; Farquhar vd., 2002; Ferrier vd., 1996; Formoso vd., 2001; Hayward vd., 1997; Hendaus vd., 2014; Heselmans vd., 2009; 2010; Inouye vd., 1998; Kim vd., 2010; Kunz, 2005; Larisch vd., 2009; Mounesan vd., 2013; Tunis vd., 1994; Wahabi vd., 2011; Wolff vd., 1998) bazı çalışmalarda ise düşük olduğu ve desteklenmediği (Birrenbach vd., 2016; Graham vd., 2000; Hayward vd., 1997; Hendaus vd., 2014; Larisch vd., 2009; Reiner vd., 2010; Tunis vd., 1994) belirlenmiştir.

Araştırmada olumsuz tutum boyutu altında değerlendirmeye alınmış olan “hekimin düşüncelerini çok fazla kısıtlamaktadır” ( $\bar{x}$ : 2,48; Ss:0,97), “doktorların iş doyumunu azaltabilir” ( $\bar{x}$ : 2,58; Ss:0,94), “araştırma faaliyetini azaltabilir” ( $\bar{x}$ : 2,40; Ss:1,03) ve “özellikli hastalara uygulamada pratik değildir” ( $\bar{x}$ : 2,84; Ss:0,88) ifadelerine araştırmaya katılan hekimlerin katılım düzeyinin nispeten düşük olduğu, gerçekleştirilen uluslararası çalışmalarda da bu ifadelerle katılım düzeyinin benzer şekilde düşük olduğu ve desteklenmediği belirlenmiştir (Bochud vd., 2002; Farquhar vd., 2002; Haagen vd., 2005; Hayward vd., 1997; Heidrich vd., 2005; Kalies vd., 2017; Kim vd., 2010; Larisch vd., 2009; Siriwardena, 1995).

Araştırmada olumsuz tutum boyutu altında değerlendirmeye alınmış olan “hekim özerkliğine karşı bir engeldir” ( $\bar{x}$ : 2,77; Ss:1,00), “klinik rutin uygulamalar hakkında çok az bilgisi olan uzmanlar tarafından geliştirilmiştir” ( $\bar{x}$ : 2,31; Ss:0,94), “aşırı derecede basitleştirilmiş tıptır” ( $\bar{x}$ : 2,80; Ss:0,91) ve “özellikli hastalara uygulamada esnek değildir” ( $\bar{x}$ : 2,93; Ss:0,90) ifadelerine araştırmaya katılan hekimlerin katılım düzeylerinin nispeten düşük olduğu, uluslararası bazı çalışmalarda bu ifadelerle katılım düzeyinin düşük olduğu ve desteklenmediği (Basedow vd., 2015; Birrenbach vd., 2016; Bochud vd., 2002; Farquhar vd., 2002; Ferrier vd., 1996; Formoso vd., 2001; Graham vd., 2000; Halm vd., 1999; Hayward vd., 1997; Heidrich vd., 2005; Heselmans vd., 2009; 2010; Kalies vd., 2017; Kim vd., 2010; Larisch vd., 2009; Mounesan vd., 2013; Pogorzelska ve Larson, 2008; Sinuff vd., 2007; Taba vd., 2012; Tunis vd., 1994) bazı çalışmalarda ise yüksek

olduğu ve desteklendiği (Flores vd., 2000; Formoso vd., 2001; Gupta vd., 1997; Halm vd., 1999; Kim vd.; Kunz, 2005; Reiner vd., 2010) belirlenmiştir.

Araştırmada rehber engelleri boyutu altında değerlendirmeye alınmış olan “güncelliği ile ilgili uzlaşının olmaması” ( $\bar{x}$ : 2,91; Ss:0,98), “kullanılabilir olmaması” ( $\bar{x}$ : 2,71; Ss:0,91), “anlaşılabilir olmaması” ( $\bar{x}$ : 2,79; Ss:0,94), “hasta doktor ilişkisinin doğasını bozması” ( $\bar{x}$ : 2,74; Ss:0,93), “kullanıcı dostu olmaması” ( $\bar{x}$ : 2,72; Ss:0,88), “aşırı teorik olması” ( $\bar{x}$ : 3,00; Ss:0,90) ve “hekimin esnekliğini azaltması” ( $\bar{x}$ : 3,01; Ss:0,87) ifadelerine araştırmaya katılan hekimlerin katılım düzeyinin nispeten düşük olduğu, gerçekleştirilen uluslararası çalışmalarda da bu ifadelerle katılım düzeyinin benzer şekilde düşük olduğu ve desteklenmediği belirlenmiştir (Birrenbach vd., 2016; Heidrich vd., 2005; Heselmans vd., 2009; 2010; Kalies vd., 2017; Larisch vd., 2009; Lugtenberg vd., 2009; Mounesan vd., 2013; Pogorzelska ve Larson, 2008; Reiner vd., 2010; Taba vd., 2012).

Araştırmada rehber engelleri boyutu altında değerlendirmeye alınmış olan “çelişkili rehberlerin bulunması” ( $\bar{x}$ : 2,81; Ss:1,13), “içerik ile ilgili uzlaşının olmaması” ( $\bar{x}$ : 2,97; Ss:1,00), “kafa karıştırıcı olması” ( $\bar{x}$ : 2,67; Ss:0,99), “erişilebilir olmaması” ( $\bar{x}$ : 2,70; Ss:1,02) ve “pratik olmaması” ( $\bar{x}$ : 2,86; Ss:0,93) ifadelerine araştırmaya katılan hekimlerin katılım düzeylerinin nispeten düşük olduğu, uluslararası bazı çalışmalarda bu ifadelerle katılım düzeyinin düşük olduğu ve desteklenmediği (Birrenbach vd., 2016; Haagen vd., 2005; Hendaus vd., 2014; Kalies vd., 2017; Larisch vd., 2009; Mounesan vd., 2013; Pogorzelska ve Larson, 2008; Reiner vd., 2010; Taba vd., 2012) bazı çalışmalarda ise yüksek olduğu ve desteklendiği (Bochud vd., 2002; Echlin vd., 2004; El-Solh vd., 2011; Lugtenberg vd., 2009; Mansfield, 1995; Mounesan vd., 2013; Sinuff vd., 2007) belirlenmiştir.

Araştırmada bireysel engeller boyutu altında değerlendirmeye alınmış olan “rehberleri hazırlayanlara güvensizlik” ( $\bar{x}$ : 2,87; Ss:1,04) ifadesine araştırmaya katılan hekimlerin katılım düzeyinin nispeten düşük olduğu, gerçekleştirilen uluslararası çalışmalarda da bu ifadeye katılım düzeyinin benzer şekilde düşük olduğu ve desteklenmediği belirlenmiştir (Birrenbach vd., 2016; Larisch vd., 2009).

Araştırmada bireysel engeller boyutu altında değerlendirmeye alınmış olan “farkında olmamak” ( $\bar{x}$ : 3,41; Ss:0,97), “hasta için arzu edilen sonuçların elde edileceğine

inanmamak" ( $\bar{x}$ : 3,02; Ss:0,84), "eski uygulama alışkanlıklarından vazgeçmemek" ( $\bar{x}$ : 3,46; Ss:0,87) ve "alışkın olmamak" ( $\bar{x}$ : 3,47; Ss:0,93) ifadelerine araştırmaya katılan hekimlerin katılım düzeylerinin yüksek olduğu, uluslararası bazı çalışmalarda bu ifadelerle katılım düzeyinin düşük olduğu ve desteklenmediği (Birrenbach vd., 2016; Haagen vd., 2005; Larisch vd., 2009; Pogorzelska ve Larson, 2008) bazı çalışmalarda ise yüksek olduğu ve desteklendiği (Birrenbach vd., 2016; El-Solh vd., 2011; Kalies vd., 2017; Larisch vd., 2009; Lugtenberg vd., 2009; Mansfield, 1995; Sinuff vd., 2007) belirlenmiştir.

Araştırmada organizasyonel engeller boyutu altında değerlendirmeye alınmış olan "rehberleri uygulamak için gerekli imkânın olmaması" ( $\bar{x}$ : 3,33; Ss:0,95) ifadesine araştırmaya katılan hekimlerin katılım düzeyinin yüksek olduğu buna karşın gerçekleştirilen uluslararası çalışmalarda bu ifadeye katılım düzeyinin düşük olduğu ve desteklenmediği belirlenmiştir (Heselmans vd., 2009; 2010; Lugtenberg vd., 2009; Taba vd., 2012).

Araştırmada organizasyonel engeller boyutu altında değerlendirmeye alınmış olan "rehberleri kullanma yönünde teşvik olmaması" ( $\bar{x}$ : 3,70; Ss:1,07), "doktorlar arasında rehberlerin uygulanması yönünde fikir birliği bulunmaması" ( $\bar{x}$ : 3,72; Ss:0,98) ve "zaman yetersizliği" ( $\bar{x}$ : 3,48; Ss:1,03) ifadelerine araştırmaya katılan hekimlerin katılım düzeylerinin yüksek olduğu, uluslararası bazı çalışmalarda bu ifadelerle katılım düzeyinin düşük olduğu ve desteklenmediği (Birrenbach vd., 2016; Heidrich vd., 2005; Kalies vd., 2017; Lugtenberg vd., 2009; Pogorzelska ve Larson, 2008; Taba vd., 2012) bazı çalışmalarda ise yüksek olduğu ve desteklendiği (Echlin vd., 2004; Heidrich vd., 2005; Heselmans vd., 2009; 2010; Larisch vd., 2009; Mounesan vd., 2013; Sinuff vd., 2007; van Dijk vd., 2010) belirlenmiştir.

Araştırmada hasta engelleri boyutu altında değerlendirmeye alınmış olan "hasta popülasyonuna uygulanamaması" ( $\bar{x}$ : 2,67; Ss:0,88) ifadesine araştırmaya katılan hekimlerin katılım düzeyinin nispeten yüksek olduğu buna karşın gerçekleştirilen uluslararası çalışmalarda bu ifadeye katılım düzeyinin düşük olduğu ve desteklenmediği (Birrenbach vd., 2016); araştırmada "çoklu hastalığa sahip kişilere uygulanamaması" ( $\bar{x}$ : 3,11; Ss:0,86) ifadesine araştırmaya katılan hekimlerin katılım düzeyinin yüksek olduğu, gerçekleştirilen uluslararası çalışmalarda da bu ifadeye katılım düzeyinin benzer şekilde

yüksek olduğu ve desteklediği (Birrenbach vd., 2016; Boyd vd., 2005; Hughes vd., 2012; Shea vd., 2007); araştırmada “hasta tercihleriyle uyumlu olmaması” ( $\bar{X}$ : 2,62; Ss:0,88) ifadesine araştırmaya katılan hekimlerin katılım düzeyinin nispeten yüksek olduğu, uluslararası bazı çalışmalarda bu ifadelerle katılım düzeyinin düşük olduğu ve desteklenmediği (Birrenbach vd., 2016; Taba vd., 2012), (Lugtenberg vd., 2009) tarafından yapılan çalışmada ise yüksek olduğu ve desteklendiği görülmüştür.

#### **4.2. KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIMININ ZORUNLULUĞU, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ BİLGİ KAYNAKLARI VE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ HAKKINDA BİLGİLENDİRİLME BULGULARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER**

Bu çalışmada hekimlerin %6,5'inin hiçbir zaman KUR kullanmadığını, %2,9'unun ise çok sık KUR kullandığını ifade ettiği ve KUR kullanım ortalamasının ise 2,83 (Ss=0,90) olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin KUR kullanım sıklığının düşük seviyede olmasının hekimler arasında KUR kullanım kültürünün tam olarak yerleşmemiş olmasından, KUR'ların faydaları hakkında yeterli bilgiye sahip olmamalarından, yoğun iş yükü nedeniyle yeterli zamana sahip olamamalarından kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir. KUR kullanımını hakkında Bochud vd. (2002) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin %44'ünün haftada en az bir defa, %26'sinin haftada birden daha az, %21'inin ayda birden daha az KUR kullandığı, %7'sinin hiç KUR kullanmadığı ve %2'sininde fikrinin olmadığı ve son bir yılda katılımcıların sadece yarısının tıbbi uygulamalarında KUR önerileri ile değişiklik yaptığı bildirilmiştir. Graham vd. (2000) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, hastaların klinik problemleri hakkında karar vermek için hekimlerin %10'unun rutin olarak, %31'inin çoğu zaman, %42'sinin bazen, %14'ünün çok nadir KUR kullandığı ve %3'ünün ise hiç KUR kullanmadığı belirlenmiştir. Hayward vd. (1997) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin %14'ünün günde veya haftada bir, %38'inin ayda bir, %48'inin yılda bir KUR kullandığı veya hiç kullanmadığı belirlenmiştir. Birrenbach vd. (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin sadece üçte birinin çok sık (%7) veya sık (%26) olarak rehberleri kullandığı, yarıdan fazlasının bazen (%56), diğerlerinin ise nadiren (%6) kullandığı veya hiç (%6) kullanmadığı belirlenmiştir. Hendaus vd. (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin %25,3'ünün çok sık olarak, %60,2'sinin sık olarak, %14,5'inin nadiren KUR kullandıkları belirlenmiştir. Mansfield (1995) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin %60'ının günde veya haftada bir kez, %76'sinin ayda bir kez

rehber kullandıkları belirtilmiştir. Bhagat ve Nyazema (2001) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin %65,9'unun günlük uygulamalarında KUR'ları kullandıkları belirlenmiştir. Butzlaff vd. (2006) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin %55,3'ünün hastalarının bakımlarında KUR kullandıkları belirlenmiştir. Kunz (2005) tarafından gerçekleştirilen çalışmada aile hekimlerinin sadece %40'ının son altı ay içerisinde klinik rehberler kullandığı bildirilmiştir. Flores vd. (2000) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin %35'inin KUR kullandığı, %44'ünün kısmen kullandığı ve %21'inin kullanmadığı, daha fazla hasta bakan hekimlerin KUR kullanım düzeyinin daha düşük olduğu, yoğun hekimler arasında KUR kullanımının düşük olmasında KUR'lara ilişkin bilimsel kanıtların yetersizliğinin, çok detaylı KUR'ların kullanımındaki karmaşıklığın ve zorluğun etkili olabileceği ifade edilmiştir.

Bu çalışmada KUR kullanımının zorunlu olup olmamasına ilişkin ifadeye hekimlerin %4,5'inin kesinlikle katılmıyorum, %10,2'sinin ise kesinlikle katılıyorum seçeneğini işaretlediği ve KUR kullanımının zorunlu olup olmamasına ilişkin ifadenin katılım ortalamasının ise 3,22 (Ss=0,99) olduğu belirlenmiştir. Literatürde benzer bulguların değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Araştırmaya katılan hekimlerin KUR kullanımının zorunlu olup olmamasına ilişkin ifadeye katılım ortalamasının KUR kullanım ortalamasından daha yüksek olmasının, hekimlerin gerçekleştirdikleri tıbbi uygulamalarda KUR'ları yasal bir dayanak olarak kullanabileceklerini değerlendirmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hekimlerin %44,1'inin hiçbir zaman KUR hakkında bilgilendirilmediğini, %1,2'sinin ise çok sık KUR hakkında bilgilendirildiğini ifade ettiği ve KUR hakkında bilgilendirilme ifadesine katılım ortalamasının ise 1,80 (Ss=0,90) olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin KUR'lar hakkında bilgilendirilme sıklığının düşük olmasının sağlık sistemi içerisinde KUR kültürünün yeterli düzeyde oluşmamasından ve eğitim programlarına KUR'ların dahil edilmemesinden kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Birrenbach vd. (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin klinik rehberler hakkında nadiren (%38) ya da bazen (%43) bilgilendirildiği belirlenmiştir.

Bu çalışmada hekimlerin %27'sinin internet, %25,1'inin kurs, kongre, sempozyum, %16,2'sinin kıdemli hekimler, %15,1'inin mesleki yayınlar %9,3'ünün iş arkadaşları, %5,4'ünün mesleki dernekler ve %2,0'sinin hastane bilgi sistemi aracılığı ile KUR

hakkında bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir. Hekimlerin öncelikle internet ve kurs, kongre, sempozyum yoluyla dış hekimlerinin ise kıdemli hekimler ve kurs, kongre, sempozyum yoluyla bilgilendikleri, uzmanlık öğrencilerinin diğer ünvandaki hekimlere göre daha yüksek oranda kıdemli hekimlerden bilgi aldıkları belirlenmiştir. Mansfield (1995) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin %50'sinin iş arkadaşlarından, %39'unun dergilerden, %37'sinin kıdemli hekimlerden KUR'lar hakkında bilgi aldıkları belirlenmiştir. Birrenbach vd. (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin KUR hakkında bilgiyi çoğunlukla kıdemli hekimler, kendi çabaları, internet, diğer iş arkadaşları veya konferanslar yoluyla edindiği ve hekimlerin %30'unun klinik rehberler hakkında bilgiyi nereden bulacağını bilmediği belirlenmiştir. Dye vd. (2000) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin bilgisayar ortamındaki veri tabanlarına ve bilimsel yayınlara göre toplantı ve konferanslardan daha fazla etkilendikleri belirlenmiştir.

#### **4.3. HEKİMLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM FARKLILIKLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER**

Bu çalışmada anlamlı bir farklılık olarak ileri yaştaki hekimlerin genç yaştaki hekimlere göre KUR'lara yönelik olarak daha yüksek düzeyde olumlu tutum içerisinde oldukları belirlenmiştir. İleri yaştaki hekimlerin daha olumlu tutum içerisinde olmasının mesleki tecrübesine bağlı olarak KUR kullanımının faydaları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarından, yurtdışı eğitimleri esnasında KUR'lar hakkında daha fazla deneyim elde etmiş olmalarından kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir. Ayrıca yaş arttıkça nörotiklik düzeyinde azalma (Uğurlu, 2012; Uzuntarla, 2015) ve düşük nörotiklik düzeyi ile olumlu tutum arasındaki aynı yönlü ilişkinin etkili olduğu düşünülmektedir. Hekimlerin KUR'lara yönelik tutumları ile yaş arasındaki ilişkinin incelendiği bazı çalışmalarda daha genç yaştaki hekimlerin daha olumlu tutum içerisinde oldukları (El-Solh vd., 2011; Hasenbein vd., 2005; Watkins vd., 1999; Wolff vd., 1998) ve bu durumun genç hekimlerin rehberlerin ve klinik problem çözme mantığının kullanımı hakkında daha kapsamlı eğitim almalarından kaynaklanabileceği (Watkins vd., 1999), bazı çalışmalarda daha ileri yaştaki hekimlerin KUR'lara yönelik olarak daha olumlu tutuma sahip oldukları (Hendaus vd., 2014; Wahabi vd., 2011), bazı çalışmalarda ise hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarında yaş bakımından istatistiki olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir (Formoso vd., 2001; Heselmans vd., 2009). Dye vd. (2000) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarında yaş bakımından istatistiki olarak fark



bulunmadığı fakat daha ileri yaştaki hekimlerden geçmişte KUR deneyimi olanların olmayanlara göre KUR'lara yönelik olarak daha olumlu tutum içerisinde oldukları belirlenmiştir. Bochud vd. (2002) tarafından gerçekleştirilen çalışmada daha ileri yaştaki hekimlerin "KUR'ların iyi bir eğitim aracı" olduğu görüşüne daha az düzeyde katıldıkları ve "özellikli hastalara uygulamada esnek değildir" ifadelerine daha yüksek düzeyde katıldıkları belirlenmiştir.

Bu çalışmada anlamlı bir farklılık olarak kadın hekimlerin erkek hekimlere göre KUR'lara yönelik olarak daha yüksek düzeyde olumlu tutum içerisinde oldukları belirlenmiştir. Kadın hekimlerin erkek hekimlere göre daha uyumlu, dışadönük ve öz disiplinli kişilik özelliklerine sahip olmasının (Eley vd., 2013; Beğenirbaş, 2013) ve uyumluluk, dışa dönüklük ve öz disiplin kişilik özellikleri ile olumlu tutum arasındaki aynı yönlü ilişkinin kadın hekimlerin daha olumlu tutum içerisinde olmasında etkili olduğu değerlendirilmektedir. Dye vd. (2000) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da kadın hekimlerin erkek hekimlere göre KUR'lara yönelik olarak daha olumlu tutum içerisinde oldukları belirlenmiştir. Birrenbach vd. (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada rehberlere yönelik olumlu tutum ifadelerine katılım derecesinin genel olarak yüksek olduğu ve katılım derecesi bakımından cinsiyete göre anlamlı farklılığın bulunmadığı görülmüştür. Formoso vd. (2001) ve Heselmans vd. (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarında cinsiyet bakımından istatistiki olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada anlamlı bir farklılık olarak daha eski tarihlerde mezun olan hekimlerin yakın tarihlerde mezun olan hekimlere göre KUR'lara yönelik olarak daha fazla olumlu tutum içerisinde oldukları ve daha düşük seviyede olumsuz tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Bu durumun yaş değişkeniyle de yüksek ilişkisi nedeniyle daha eski tarihlerde mezun olan hekimlerin daha düşük seviyede nörotiklik özellikleri göstermesi (Uğurlu, 2012; Uzuntarla, 2015) ve nörotiklik düzeyi ile olumlu tutum arasındaki ters yönlü, olumsuz tutum arasındaki aynı yönlü ilişkiden kaynaklandığı ve aynı zamanda mesleki tecrübelerine bağlı olarak KUR'lar hakkında farkındalıklarının ve bilgilerinin daha fazla olmasının etkili olabileceği değerlendirilmektedir. Tunis vd. (1994) tarafından gerçekleştirilen çalışmada yakın zamanda mezun olmuş hekimlerin daha olumlu tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. Formoso vd. (2001) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarında mezuniyet tarihi bakımından istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada cerrahi tıp bilimlerinde çalışan hekimler ve diş hekimlerinin dahili tıp bilimlerinde ve temel tıp bilimlerinde çalışan hekimlere göre KUR'lara yönelik olarak daha yüksek seviyede olumsuz tutum içerisinde oldukları belirlenmiştir. Bu çalışmada ayrıca anlamlı bir farklılık olarak temel tıp bilimlerinde çalışan hekimlerin dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde çalışan hekimlere göre KUR'lara yönelik olarak daha yüksek seviyede olumlu tutum içerisinde oldukları belirlenmiştir. Bu durumun temel tıp bilimlerinde çalışan hekimlerin daha az sayıda hasta ile iletişim halinde olmasından ve dolayısıyla KUR kullanımının önündeki temel engellerden birisi olan zaman yetersizliği sorununu daha az yaşamalarından ve cerrahi tıp bilimlerinde çalışan hekimlerle diş hekimlerinin daha fazla sayıda hasta ile iletişim halinde olmasından ve dolayısıyla KUR kullanımının önündeki temel engellerden birisi olan zaman yetersizliği sorununu daha fazla yaşamalarından kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir. Mansfield (1995) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da benzer şekilde genel cerrahi branşındaki hekimlerin KUR'lara yönelik olarak olumsuz tutum içerisinde oldukları belirlenmiştir.

Bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamış olmasına rağmen hekimlerin ünvanları arttıkça KUR'lara yönelik olarak daha yüksek seviyede olumlu tutuma ve daha düşük seviyede olumsuz tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Yaş değişkeniyle yüksek ilişkisi de dikkate alındığında daha yüksek ünvana sahip hekimlerin KUR'lara yönelik olarak daha yüksek seviyede olumlu ve daha düşük seviyede olumsuz tutum içerisinde olmasının yaş arttıkça nörotiklik düzeyinde azalma (Uğurlu, 2012; Uzuntarla, 2015) ve nörotiklik boyutu ile olumlu tutum arasındaki ters olumsuz tutum arasındaki aynı yönlü ilişkiden kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Bochud vd. (2002) tarafından gerçekleştirilen çalışmada kıdemli ve kıdemsiz asistan hekimlerin olumlu tutum ifadelerine yüksek düzeyde, olumsuz tutum ifadelerine ise düşük düzeyde katıldıkları belirlenmiştir. Birrenbach vd. (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada rehberlere yönelik olumlu tutum ifadelerine katılım derecesinin genel olarak yüksek olduğu ve katılım derecesi bakımından asistan ve uzman hekimler bakımından anlamlı farklılığın bulunmadığı görülmüştür.

Bu çalışmada KUR'lara yönelik tutumlarında hekimlerin görev süresi bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Dye vd. (2000) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarında görev süresi bakımından anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir. Bochud vd. (2002) ve Ferrier vd. (1996) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda daha az deneyimli hekimlerin genel olarak KUR'lara yönelik

olumlu tutum içerisinde oldukları gözlenmiştir. Wahabi vd. (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise mesleki deneyim süresi ile KUR'lara yönelik olumlu tutum arasında ilişkili olduğu bulunmuş ve bu durumun uzmanların yurtdışındaki lisansüstü uzmanlaşma eğitimi sırasında KUR'ları kullanma konusundaki deneyimleri ve yurtdışındaki kanıta dayalı uygulama kültürü ile ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada anlamlı bir farklılık olarak şimdi veya daha önce idari görevde çalışan, mesleki yayınları daha sık takip eden, fakültede ve mezuniyet sonrasında KUR eğitimi alan hekimlerin KUR'lara yönelik olarak daha fazla olumlu tutum içerisinde oldukları ve daha düşük seviyede olumsuz tutuma sahip oldukları, yan dal branşı olmayan ve mesleki dernek üyeliği olmayan hekimlerin daha yüksek düzeyde olumsuz tutum ifadelerine katıldıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlarda şimdi veya daha önce idari görevde çalışan hekimlerin KUR'ların önemi ve faydaları bakımından daha olumlu bir bakış açısına sahip olmalarının, mesleki yayınları daha sık takip eden hekimlerin KUR'lar hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarının, fakültede ve mezuniyet sonrasında KUR eğitimi alan hekimlerin KUR'lar hakkında farkındalıklarının daha yüksek seviyede olmasının etkili olabileceği değerlendirilmektedir. Hekimlerin medeni durumlarına, mezun olunan fakültelere, idari görev sürelerine ve abone olunan mesleki yayın sayısına göre KUR'lara yönelik olarak tutumlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde benzer bulguların değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır.

#### **4.4. HEKİMLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ FARKLILIKLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER**

Bu çalışmada hekimlerin ünvanlarına göre kullanım engelleri boyutları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Echlin vd. (2004) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise birinci ve ikinci sene asistanı olan hekimlerin zaman yetersizliğini KUR kullanımının önündeki en önemli engel olarak algıladıkları belirlenmiş ve bunun sebebinin de ilk asistanlık döneminde hekimlerin ayaktan hastalardan ziyade yatan hastalara odaklanmalarından kaynaklanmalarıyla ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada anlamlı bir farklılık olarak GATF harici diğer tıp fakültelerinden mezun olan, daha yakın tarihlerde mezun olan, dahili branşlarda görev yapan, dış hekimi olan,

mesleki deneyimi daha az olan, idari görev süresi daha az olan, mesleki dernek üyeliği olmayan hekimlerin rehber engelleri; mesleki yayınları daha az sıklıkta takip eden hekimlerin bireysel engeller; cerrahi branşlarda görev yapan, fakültede KUR eğitimi almayan hekimlerin organizasyonel engeller; dış hekimlerinin hasta engelleri; şimdi veya daha önce idari görevde çalışmayan, mesleki yayın aboneliği olmayan veya daha az sayıda olan hekimlerin rehber engelleri ve bireysel engeller ifadelerine daha yüksek düzeyde katıldıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlarda genç yaşta hekimlerin KUR'lar hakkında yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmamasının, idari görev yapmayan veya daha kısa süreli idari görev yapan hekimlerin KUR'ların faydaları hakkında daha az bilgiye ve farkındalığa sahip olmasının, mesleki dernek üyeliği olmayan hekimlerin tıbbi uzmanlık dernekleri tarafından yayınlanan KUR'lar hakkında yeterli bilgi ve eğitimi almamasının, mesleki yayınları daha az sıklıkta takip eden hekimlerin KUR'ların faydaları, hasta sonuçlarına etkileri ve güncel KUR'lar hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasının etkili olabileceği değerlendirilmektedir. Hekimlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, yan dal branşları ve mezuniyet sonrası KUR eğitimine göre kullanım engelleri boyutları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde benzer bulguların değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır.

#### **4.5. HEKİMLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU FARKLILIKLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER**

Bu çalışmada hekimlerin yaşları bakımından KUR kullanım sıklığı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ragab vd. (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da hekimlerin KUR'lara uyumları ile yaş bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bochud vd. (2002) tarafından gerçekleştirilen çalışmada daha ileri yaşta hekimlerin daha az sıklıkta KUR kullandıkları belirlenmiştir. Tinkle vd. (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada daha yüksek yaşta rehberlere uyumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aarts vd. (2012) ve El-Solh vd. (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada daha genç hekimlerin daha sık olarak KUR kullandıkları belirlenmiştir. Dye vd. (2000) tarafından gerçekleştirilen çalışmada genç hekimlerin KUR'ları kullanma konusunda fikir birliği içerisinde oldukları belirlenmiştir. Kenefick vd. (2008) tarafından gerçekleştirilen çalışmada 40 yaş ve altındaki hekimlerin %36'sının, 40 yaş üstündeki hekimlerin %25'inin yoğun olarak KUR kullandıkları fakat farklılığın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Wolff vd. (1998) tarafından gerçekleştirilen çalışmada daha genç yaşta hekimlerin

KUR'lara daha fazla uyum sağlamanın sebebinin maruz kalmak mı, rehberler hakkında eğitim almak mı yoksa tıbbi belirsizliği yönetmede deneyim eksikliği mi olduğunun bilinmediği belirtilmiştir.

Bu çalışmada hekimlerin cinsiyetleri bakımından KUR kullanım sıklığı ve zorunluluğu açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Flores vd. (2000), Ragab vd. (2017) ve Aarts vd. (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda da KUR kullanım sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Bu çalışmada hekimlerin görev süresi bakımından KUR kullanım sıklığı ve zorunluluğu açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bochud vd. (2002) tarafından gerçekleştirilen çalışmada mesleki deneyimi daha fazla olan hekimlerin daha az sıklıkta KUR kullandıkları belirlenmiştir. Aarts vd. (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmada daha az tecrübeli hekimlerin daha sık olarak KUR kullandıkları belirlenmiştir. Wahabi vd. (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada KUR kullanımıyla görev süresi arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiş, 15 yıl ve üzerinde görev yapan sağlık çalışanlarının KUR kullanımının daha az süre görev yapan çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Hendaus vd. (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada mesleki deneyim ile KUR kullanımı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi sonucunda 11–16 yıllık deneyime sahip hekimlerin 5 yıldan daha az, 5–10 yıl ve 16 yıldan fazla deneyime sahip olan hekimlerden daha fazla KUR kullandıkları fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiş olup bunun sebebinin kıdemli hekimlerin çoğunluğunun daha önceki eğitim süreçlerinde KUR'ların yaygın olarak kullanıldığı batılı ülkelerde almış oldukları eğitim olabileceği değerlendirilmiştir. Flores vd. (2000) ve Ragab vd. (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda KUR kullanımı ile görev süresi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Bu çalışmada hekimlerin mezuniyet tarihi bakımından KUR kullanım sıklığı ve zorunluluğu açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Wolfe vd. (2004) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da hekimlerin mezuniyet tarihi bakımından KUR kullanımlarında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Christakis ve Rivara (1998) tarafından gerçekleştirilen çalışmada daha yakın zamanda mezun olan hekimlerin davranışlarını KUR'lara bağlı olarak daha fazla değiştirdikleri belirlenmiştir.

Bu çalışmada hekimlerin ünvanları bakımından KUR kullanım sıklığı ve zorunluluğu açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bochud vd. (2002) tarafından gerçekleştirilen çalışmada statüsü daha yüksek olan hekimlerin daha az sıklıkta KUR kullandıkları belirlenmiştir. Hendaus vd. (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada uzman hekimlerin KUR kullanımının asistan hekimlere göre daha yüksek düzeyde olduğu fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada anlamlı bir farklılık olarak şimdi veya daha önce idari görevde çalışan, abone olunan mesleki yayın sayısı daha fazla olan, mesleki yayınları daha sık takip eden hekimlerin daha fazla KUR kullandıkları ve daha yüksek düzeyde KUR kullanımın zorunluluğu ifadesine katıldıkları; üye olunan mesleki dernek sayısı daha fazla olan ve mezuniyet sonrasında KUR eğitimi alan hekimlerin daha fazla KUR kullandıkları; daha ileri yaştaki hekimlerin daha yüksek düzeyde KUR kullanımın zorunluluğu ifadesine katıldıkları belirlenmiştir. Bu durumun idari görevlerin, daha fazla sayıda mesleki yayının takip edilmesinin ve tıbbi uzmanlık derneklerinin KUR geliştirme ve yaygınlaştırma faaliyetlerinin sonucunda elde edilen bilgi ve farkındalıktan kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir. Hekimlerin medeni durum, mezun olunan fakülte, branş, yan dal branşı, idari görev süresi ve fakültede KUR eğitimi almalarına göre KUR kullanım sıklığı ve zorunluluğu açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde benzer bulguların değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır.

#### **4.6. HEKİMLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU FARKLILIKLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER**

Bu çalışmada anlamlı bir farklılık olarak uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık ve dışa dönüklük düzeyi daha yüksek ve nörotiklik düzeyi daha düşük olan hekimlerin KUR'lara yönelik olarak daha olumlu tutum içerisinde oldukları, daha sık olarak KUR kullandıkları ve KUR'ların kullanımının zorunluluğu ifadesine daha yüksek düzeyde katıldıkları; olumsuz tutum, rehber engelleri, bireysel engeller ve hasta engelleri boyutuna ilişkin ifadeler daha düşük düzeyde katıldıkları belirlenmiştir. Bu durumun olumlu kişilik özellikleri ile KUR'lara yönelik olumlu tutum, KUR kullanım sıklığı ve KUR kullanımının zorunluluğu arasındaki aynı yönlü, olumlu kişilik özellikleri ile olumsuz tutum ve kullanım engelleri arasındaki ters yönlü ilişkiden kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada hekimlerin kişilik boyut düzeylerine göre organizasyonel engeller açısından anlamlı fark bulunmamıştır ve bu önemli bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Hekimlerin KUR kullanım sıklığını azaltan organizasyonel engellere bakış açılarının kişilik özelliklerine göre değişiklik göstermediği görülmüştür. Bunun sebebinin ise bu boyuttaki engellerin hekimlerin kontrolünün dışında örgütsel ve çevresel kaynaklı olması ve farklı kişilik yapısındaki hekimler içinde benzer biçimde algılanması olabileceği değerlendirilmiştir.

Literatürde kişilik özellikleri bağlamında KUR'lara yönelik tutumların, KUR kullanım engellerinin, KUR kullanım sıklığının ve KUR kullanımının zorunluluğunun değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır.

#### **4.7. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU KORELASYON BULGULARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER**

Bu çalışmada literatür sonuçlarına paralellik gösterir şekilde, olumlu boyutlar olan uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık ve dışa dönüklük boyutları arasında aynı yönlü anlamlı ilişkiler, olumsuz boyut olan nörotiklik ile diğer boyutlar arasında ters yönlü anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Kişilik özellikleri boyutlarının kendi aralarındaki korelasyonlarına yönelik olarak gerçekleştirilen çalışmalarda uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık ve dışa dönüklük boyutları arasında aynı yönlü anlamlı ilişkiler, nörotiklik ile diğer boyutlar arasında ters yönlü anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (Basım vd., 2009; Beğenirbaş, 2013; Burke vd., 2006; Çetin, 2008; Demirkol, 2013; Doğan, 2012; Gurven vd., 2013; Gültaş, 2014; Karaboğa, 2013; Kubat ve Kuruüzüm, 2010; Özutku ve Altındış, 2011; Shi vd., 2015; Song ve Shi, 2017; Sümer vd., 2005; Uzuntarla, 2015).

Literatür taraması sonucunda katılımcıların BFKÖ kullanılarak kişilik özelliklerinin belirlendiği ve kişilik boyutlarının araştırmanın diğer değişkenleriyle ilişkisinin incelendiği birçok çalışmaya rastlanmış olmasına rağmen kişilik boyutları ile KUR'lara yönelik tutum, KUR kullanım engelleri ve KUR kullanım sıklığı arasındaki ilişkilerin değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Fakat bu çalışmada kişilik özellikleri ile KUR'lara yönelik tutum, KUR kullanım engelleri, KUR kullanım sıklığı ve zorunluluğu

arasındaki ilişkiler farklı alanlarda ve farklı değişkenlerle yapılmış olan çalışmaların bulguları ışığında değerlendirilmiştir. Kişilik özellikleri ile iş stresi, depresyon düzeyi, empati, anksiyete, iş performansı, işkoliklik, iş tatmini, öznel iyi oluş, tükenmişlik, örgütsel vatandaşlık, çatışma yönetimi, kullanılan disiplin stilleri arasındaki ilişkilerin ele alındığı çalışmalar incelenmiştir (Barrick ve Mount, 1991; Barrick ve Ryan, 2003; Burke vd., 2006; Çetin ve Hazır, 2012; Dinç vd., 2013; Doğan, 2012; Erkuş ve Tabak, 2009; Gezer, 2013; Göksal, 2017; Özutku ve Altındış, 2011; Rothmann ve Coetzer, 2003; Shi vd., 2015; Song ve Shi, 2017; Uğurlu, 2012; Yıldırım, 2014).

İncelenen çalışmaların genel bir değerlendirmesi yapıldığında olumlu olarak nitelendirilebilecek araştırma değişkenleri ile olumlu kişilik özellikleri olan uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık ve dışa dönüklük arasında aynı yönlü, nörotiklik ile ters yönlü anlamlı ilişkilerin olduğu görülmektedir. Bu çalışmada da kişilik özellikleri ile KUR'lara yönelik tutum, KUR kullanım engelleri, KUR kullanım sıklığı ve zorunluluğu arasında da benzer yönlü ilişkilerin olduğu görülmektedir. Bu çalışmada uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık ve dışa dönüklük ile KUR'lara yönelik tutum boyutlarından olumlu tutum arasında aynı yönlü, olumsuz tutum boyutu ile ters yönlü anlamlı ilişkilerin; nörotiklik ile olumlu tutum arasında ters yönlü, olumsuz tutum boyutu ile aynı yönlü anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada uyumluluk ve öz disiplin ile rehber engelleri, bireysel engeller ve hasta engelleri arasında ters yönlü, gelişime açıklık ile bireysel engeller, organizasyonel engeller ve hasta engelleri arasında ters yönlü, dışa dönüklük ile rehber engelleri, bireysel engeller, organizasyonel engeller ve hasta engelleri arasında ters yönlü; nörotiklik ile rehber engelleri, bireysel engeller ve hasta engelleri arasında aynı yönlü anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık ve dışa dönüklük ile KUR kullanım sıklığı ve zorunluluğu arasında aynı yönlü, nörotiklik ile KUR kullanım sıklığı ve zorunluluğu arasında ters yönlü anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada olumlu ve olumsuz tutum boyutları arasında ters yönlü anlamlı ilişki olduğu, rehber engelleri ile organizasyonel engeller arasındaki ilişki hariç olmak üzere tüm engel boyutları arasında aynı yönlü anlamlı ilişki olduğu, KUR kullanım sıklığı ile zorunluluğu arasında aynı yönlü anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir.



Olumlu tutum ile kullanım ve zorunluluk arasında aynı yönlü, bireysel engeller ve organizasyonel engeller arasında ters yönlü anlamlı ilişki; olumsuz tutum ile tüm engel boyutları arasında aynı yönlü, KUR kullanım sıklığı ve zorunluluğu arasında ters yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Tüm engel boyutları ile KUR kullanım sıklığı arasında ters yönlü anlamlı ilişki, rehber engelleri, bireysel engeller ve hasta engelleri ile KUR kullanımının zorunluluğu arasında ters yönlü anlamlı ilişki belirlenmiştir.

Bu araştırmanın KUR'lara yönelik olumlu tutum boyutu ile KUR kullanım sıklığı arasındaki aynı yönlü ve olumsuz tutum boyutu ile KUR kullanım sıklığı arasındaki ters yönlü ilişki olduğu yönündeki bulgularıyla paralellik gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Hayward vd. (1997) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin genel olarak KUR'lara yönelik olumlu bir tutum sergilediği ancak uygulamalarında rehberleri aynı oranda kullanmadığı belirlenmiş olmasına rağmen gerçekleştirilmiş olan bazı çalışmalarda hekimlerin KUR'lara yönelik olumlu tutumları ile KUR kullanımları arasında anlamlı ilişkili olduğu ve olumlu tutumun KUR kullanımını artırdığı belirlenmiştir (Dye vd., 2000; Kim vd., 2010; Wahabi vd., 2011). Heselmans ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş olan çalışmalarda kanıta dayalı tıp ve KUR'lara yönelik olarak daha yüksek ortalamada olumlu tutum sergileyen hekimlerin literatür sonuçlarını ve rehberleri uygulamada daha fazla kullandıkları belirlenmiştir (Heselmans vd., 2009; 2010). Kotzeva vd. (2010) tarafından gerçekleştirilen çalışmada KUR'lara yönelik daha fazla aşinalığın daha yüksek oranda olumlu tutum içerisinde olmak ve daha fazla KUR kullanma ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Tinkle vd. (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada KUR'lara yönelik olarak daha olumlu tutum içerisinde olanların olumsuz ve nötr tutum içerisinde olanlara göre daha fazla uyum içerisinde oldukları belirlenmiştir. Çalışmada rehberlere yönelik olarak farkındalığı ve aşinalığı olanların farkındalığı olmayan veya farkında olupta aşına olmayanlara göre 2-5 kat daha fazla uyum sağladıkları belirlenmiştir. Graham vd. (2000) tarafından gerçekleştirilen çalışmada daha fazla sıklıkta rehber kullanan hekimlerin, rehberlerin sağlık bakım kalitesini artırabileceğini, aşırı derecede basitleştirilmiş tıp olmadığını, hekim özerkliğine karşı bir engel olmadığını, sağlık hizmetleri giderlerini azaltmayacağını düşündükleri belirlenmiştir. Hekimlerin rehber kullanımları ile rehberlere yönelik tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi neticesinde rehberlere karşı bir bütün olarak olumlu tutum sahibi olan hekimlerin anlamlı biçimde rehber kullanımlarının da fazla olduğu belirlenmiş ve bununda beklenmedik bir sonuç

olmadığı belirtilmiştir. Rehberlere yönelik olumsuz tutum sahibi olan hekimlerle kıyaslandığında nötr düşünceye sahip hekimlerin 3, olumlu tutum sahibi hekimlerin ise 5 kat daha fazla rehber kullanımı raporladıkları belirlenmiştir.

Tinkle vd. (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada KUR'ları uygulamak için gerekli imkanların ve zamanın olmadığını ifade edenlerin etmeyenlere göre KUR'lara uyum oranlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgunun, araştırmamızın organizasyonel engeller ile KUR kullanımı arasındaki ters yönlü ilişki olduğu yönündeki bulgusuyla paralellik gösterdiği görülmektedir.

#### **4.8. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİ, KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞUNUN BELİRLEYİCİLERİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER**

Hekimlerin kişilik özelliklerinden her birinin önemli belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla yapılan regresyon analizleri sonucunda uyumluluk kişilik özelliğinin GATF dışındaki diğer tıp fakültelerinden mezun olmadan ve cinsiyetin erkek olmasından negatif yönde etkilendiği; öz disiplin kişilik özelliğinin yan dal branşına sahip olmaktan ve şimdi veya daha önce idari görevde çalışmaktan etkilendiği; gelişime açıklık kişilik özelliğinin şimdi veya daha önce idari görevde çalışmak ve daha yüksek düzeyde ünvana sahip olmaktan etkilendiği; dışa dönüklük kişilik özelliğinin temel tıp bilimleri branşlarında görev yapmaktan negatif yönde etkilenmesinin yanı sıra şimdi veya daha önce idari görevde çalışmaktan etkilendiği; nörotiklik kişilik özelliğinin şimdi veya daha önce idari görevde çalışmaktan negatif yönde, cerrahi branşlarda görev yapmaktan negatif yönde, dış hekimi olmaktan negatif yönde ve yan dal branşına sahip olmaktan negatif yönde etkilendiği belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarını etkileyen en önemli faktörleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analiz sonucunda olumlu tutum boyutunu etkileyen faktörlerin uyumluluk ve gelişime açıklık kişilik özelliklerine sahip olmak, temel tıp bilimleri branşlarında görev yapmak, daha yüksek düzeyde ünvana sahip olmak ve fakültede KUR eğitimi almış olmak olduğu belirlenmiştir. Yapılan regresyon analizi sonucunda olumsuz tutum boyutunun öz disiplin kişilik özelliğinden negatif yönde,

mezuniyet sonrası KUR eğitimi almış olmaktan negatif yönde, fakültede KUR Eğitimi almış olmaktan negatif yönde, yaştan negatif yönde, mesleki yayınları daha sık takip etmekten negatif yönde etkilenmesinin yanı sıra, cerrahi branşlarda görev yapmaktan ve nörotiklik kişilik özelliğinden etkilendiği belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin KUR kullanım engelleri boyutlarını etkileyen önemli belirleyicileri ortaya koymak amacıyla yapılan regresyon analizleri sonucunda rehber engelleri boyutunun nörotiklik ve gelişime açıklık kişilik özelliklerinden, dış hekimi olmaktan, KUR'lara yönelik olumsuz tutumdan, fakültede KUR eğitimi almış olmaktan etkilenmesinin yanı sıra cerrahi branşlarda görev yapmaktan negatif yönde etkilendiği; bireysel engeller boyutunun gelişime açıklık ile dışa dönüklük kişilik özelliklerinden ve dul/boşanmış olmaktan negatif yönde etkilenmesinin yanı sıra KUR'lara yönelik olumlu tutumdan etkilendiği; organizasyonel engeller boyutunun KUR'lara yönelik olumsuz tutumdan, cerrahi branşlarda görev yapmaktan etkilenmesinin yanı sıra dışa dönüklük kişilik özelliğinden negatif yönde, fakültede KUR eğitimi almış olmaktan negatif yönde ve temel tıp bilimlerinde görev yapmaktan negatif yönde etkilendiği; hasta engelleri boyutunun KUR'lara yönelik olumsuz tutumdan, dış hekimi olmaktan, bekar olmaktan etkilenmesinin yanı sıra dışa dönüklük kişilik özelliğinden negatif yönde etkilendiği belirlenmiştir. Haagen vd. (2005) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin daha yüksek yaşta olmasının hasta engellerin belirleyicisi olduğu belirtilmiştir.

Hekimlerin KUR kullanım sıklığının ve KUR kullanımının zorunlu olup olmamasına ilişkin görüşlerinin önemli belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla yapılan regresyon analizleri sonucunda KUR kullanım sıklığının gelişime açıklık kişilik özelliğinden, KUR'lara yönelik olumlu tutumdan, mezuniyet sonrası KUR eğitimi almış olmaktan, üye olunan mesleki dernek sayısından etkilenmesinin yanı sıra KUR'lara yönelik olumsuz tutumdan negatif yönde ve KUR kullanım engelleri boyutlarından bireysel engellerden negatif yönde etkilendiği; hekimlerin KUR kullanımının zorunlu olup olmamasına ilişkin görüşlerinin öz disiplin kişilik özelliğinden, KUR'lara yönelik olumlu tutumdan, KUR kullanım sıklığından, cerrahi branşlarda görev yapmaktan etkilenmesinin yanı sıra KUR kullanım engelleri boyutlarından hasta engellerinden negatif yönde etkilendiği belirlenmiştir.

Watkins vd. (1999) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin kadın olmasının ve görev süresinin daha fazla olmasının günlük uygulamalarda rehber kullanmalarının

yordayıcıları olduğu belirlenmiştir. Kim vd. (2010) tarafından gerçekleştirilen çalışmada KUR kullanımında KUR'lara yönelik farkındalık ve alışkanlık derecesinin en yüksek etkiye sahip yordayıcı olduğu, KUR'lara yönelik olumlu ve olumsuz tutumunda yordayıcılar arasında yer aldığı belirlenmiştir. Hsiao ve Chen (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin KUR kullanma niyetini etkileyen en önemli faktörün hekimlerin KUR'lara yönelik tutumu olduğu, algılanan faydanın da önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir. Inouye vd. (1998) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin rehberlere yönelik tutumlarının, rehberlerin uygulanmasında ve rehberlere uyumun artırılmasında önemli bir unsur olabileceği belirtilmiştir. Gerçekleştirilen çalışmalarda, çalışma çevresinin ve organizasyonel düzenlemelerin hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarında ve KUR'ların uygulamaya aktarılmasında önemli bir role sahip olduğu, yalnız çalışan hekimlerin diğer hekimler ile daha yakın iş birliği içinde olan hekimlere göre KUR'lar hakkında daha az bilgi sahibi oldukları ve uygulamada KUR'ları daha nadir kullandıkları (Formoso vd., 2001) belirtilmiştir. Bu literatür bulgularının araştırmamızın bulguları ile paralellik gösterdiği görülmektedir.

#### **4.9. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM SIKLIĞI VE ZORUNLULUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİDE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİNE YÖNELİK TUTUM VE KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ KULLANIM ENGELLERİNİN ARACILIK ROLÜNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER**

Bu çalışmada kişilik özellikleri gizil değişkeni ile KUR kullanım sıklığı gözlenen değişkeni arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutum gizil değişkeninin tam aracılık etkisinin olduğu görülmüştür. Bu aracılık rolünün kişiliğin hangi özellikleri ile KUR'lara yönelik tutumun hangi boyutları arasında gerçekleştiğini belirlemek amacıyla oluşturulan kişilik ve tutum değişkenlerinin de boyutlar bazında gözlenen değişkenler olarak dahil edildiği kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik tutum, KUR kullanım sıklığı aracılık modelinde, gelişime açıklık kişilik özelliği ile KUR kullanım sıklığı arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik olumlu tutumun kısmi aracılık etkisinin olduğu belirlenmiştir. Gerçekleştirilen analizde kişilik özellikleri gizil değişkeni ile KUR kullanım sıklığı gözlenen değişkeni arasındaki ilişkide KUR kullanım engelleri gizil değişkeninin aracılık etkisinin olmadığı görülmüştür.

Bu çalışmada kişilik özellikleri gizil değişkeni ile KUR kullanımının zorunluluğu gözlenen değişkeni arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutum gizil değişkeninin tam aracılık etkisinin olduğu görülmüştür. Bu aracılık rolünün kişiliğin hangi özellikleri ve KUR'lara

yönelik tutumun hangi boyutları arasında gerçekleştiğini belirlemek amacıyla oluşturulan kişilik ve tutum değişkenlerinin de boyutlar bazında gözlenen değişkenler olarak dahil edildiği kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik tutum, KUR kullanımının zorunluluğu aracılık modelinde, gelişime açıklık özelliği ile KUR kullanımının zorunluluğu arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik olumlu tutumun tam aracılık rolünün olduğu, öz disiplin kişilik özelliği ile KUR kullanımının zorunluluğu arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik olumsuz tutumun kısmi aracılık rolünün olduğu belirlenmiştir. Gerçekleştirilen analizde kişilik özellikleri gizil değişkeni ile KUR kullanımının zorunluluğu gözlenen değişkeni arasındaki ilişkide kullanım engelleri gizil değişkeninin aracılık etkisinin olmadığı görülmüştür. Literatürde benzer bulguların değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen analizler sonucunda kişilik özelliklerinin KUR'lara yönelik tutum, KUR kullanım engelleri, KUR kullanım sıklığı ve zorunluluğu üzerinde direk etkisinin ve aralarında anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Yapılan aracılık analizleri sonucunda kişilik özelliklerinin KUR kullanım sıklığı ve zorunluluğu üzerindeki direk etkisi üzerinde KUR'lara yönelik olumlu ve olumsuz tutumların etkili olduğu görülmüştür. KUR kullanım sıklığını artırmada ve KUR kullanımının zorunluluğuna yönelik hekimlerin düşüncelerini geliştirmede kişilik özellikleri önemli faktörler olmakla birlikte KUR'lara yönelik olumlu ve olumsuz tutumun oldukça önemli faktörler olduğu belirlenmiştir.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hekimlerin kişilik özellikleri bağlamında KUR'lara yönelik tutumları ve kullanım engelleri açısından değerlendirildiğinde; uyumluluk, öz disiplin, gelişime açıklık ve dışa dönüklük kişilik özelliğine sahip olan hekimlerin KUR'lara yönelik olarak daha fazla olumlu tutum içerisinde oldukları, KUR kullanım engellerine yönelik daha olumlu bakış açısına sahip oldukları ve nihayetinde kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik tutum ve KUR kullanım engelleri arasındaki etkileşimin sonucu olarak daha sık olarak KUR kullandıkları, nörotiklik kişilik özelliğine sahip olan hekimlerin KUR'lara yönelik olarak daha fazla olumsuz tutum içerisinde oldukları, KUR kullanım engellerine yönelik daha olumsuz bakış açısına sahip oldukları ve nihayetinde kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik tutum ve KUR kullanım engelleri arasındaki etkileşimin sonucu olarak daha nadir KUR kullandıkları belirlenmiştir.

Bu araştırma sonuçları ve konu ile ilgili literatürde yer alan çalışmalar ışığında sunulan ve nihai amacı KUR kullanımının artırılması olan aşağıdaki hususlara dikkat edilmesinin faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

- Hekimlerin KUR kullanımlarının artırılmasında KUR'lar hakkında bilgi sahibi olmalarının önemli bir etken olduğu görülmektedir. Bu maksatla hekimlerin KUR'lar hakkında bilgi edindikleri kaynaklara daha kolay erişiminin sağlanması gerekmektedir. Hekimlerin en fazla internet, kurs, kongre, sempozyum, kıdemli hekimler ve mesleki yayınlar aracılığı ile KUR'lar hakkında bilgi sahibi oldukları görülmektedir. Bu nedenle hekimlerin daha sık ve aktif olarak kurs, kongre ve sempozyumlara katılımının sağlanmasının, kıdemli hekimlerin KUR'lar hakkındaki bilgi ve tecrübelerini diğer hekimlerle paylaşması için uygun faaliyetlerin planlanmasının, hekimlerin daha sık mesleki yayınları takip etmesi için teşvik edilmesinin faydalı olacağı değerlendirilmektedir.
- KUR'lara yönelik olumlu tutumun KUR kullanımını üzerindeki önemli etkisi bulunmaktadır. Daha ileri yaşta olan, kadın olan, Temel Tıp Bilimlerinde görev yapan, şimdi veya daha önce idari görev yapan, mesleki derneklere üye olan, yandal branşı olan, mesleki yayınları daha sık takip eden ve KUR'lar hakkında eğitim almış olan hekimlerin KUR'lara yönelik daha olumlu içinde oldukları görülmektedir. Bu nedenle bu gruptaki hekimlerin KUR'lar hakkındaki bilgi, beceri ve deneyimlerini diğer hekimlerle paylaşmasının, hekimlerin mesleki derneklere

üye olmalarının, dernekler tarafından gerçekleştirilen kurs, kongre ve sempozyumlara katılımlarının teşvik edilmesinin faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

- KUR kullanım engellerine ilişkin hekim görüşleri KUR kullanımını etkilemektedir. Daha ileri yaşta olan, Cerrahi Tıp Bilimlerinde görev yapan, şimdi veya daha önce idari görev yapan, idari görev süresi daha uzun olan, mesleki derneklere üye olan, mesleki yayınları takip eden, KUR'lar hakkında eğitim almış olan hekimlerin KUR kullanım engellerine ilişkin daha olumlu bakış açısına sahip oldukları görülmektedir. Bu gruptaki hekimlerin diğer hekimlerle fikir paylaşımında bulunmasının sağlanmasının, hekimlerin tıbbi uzmanlık derneklerine üye olmalarının, derneklerin eğitim faaliyetlerine katılımlarının teşvik edilmesinin ve hizmet içi eğitimlerde bu hususların ele alınmasının faydalı olacağı değerlendirilmektedir.
- Topluma büyük hizmetlerde bulunan hekimlerin mesleklerinde başarılı olabilmesi, hastalarına daha faydalı olabilmesi için sürekli olarak kendini geliştirmesi, alanındaki yenilikler hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Bu bağlamda, hekimlik mesleğini icra edecek kişilerin diploma gibi resmî belgelere sahip olmasının yanı sıra olumlu kişilik özelliklerine de sahip olması büyük önem arz etmektedir. Nitekim bu çalışma bulgularından da görüldüğü üzere uyumluluk, gelişime açıklık, öz disiplin ve dışa dönüklük kişilik özelliklerine daha yüksek düzeyde sahip olan hekimlerin mesleğini gereği gibi yerine getirme olasılıkları daha yüksek iken nörotiklik kişilik özelliği daha yüksek olan hekimlerin mesleğini gereği gibi yerine getirme olasılıkları daha düşüktür. Hekim adaylarının kişilik gelişimine uygun bir dönem olan tıp fakültelerindeki öğrenim süreçlerinde mesleklerini en iyi şekilde icra etmelerini sağlayacak kişilik özelliklerini kazanmaları için gerekli eğitimi almalarının faydalı olacağı değerlendirilmektedir.
- Hekimlerin KUR'lara yönelik tutumlarında, KUR kullanım engellerine ilişkin görüşlerinde, KUR kullanım sıklıklarında ve KUR'ların zorunlu olup olmamasına ilişkin görüşlerinde kişilik özelliklerinin etkili olduğu ve olumlu kişilik özelliklerine sahip hekimlerin genel olarak KUR'lar hakkında daha olumlu bakış açısına sahip oldukları görülmektedir. Bu nedenle hekimlerin daha olumlu kişilik özelliklerine sahip olabilmelerine yönelik eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesinin uygun olacağı değerlendirilmektedir.
- KUR kullanım engellerinden organizasyonel engeller boyutuna ilişkin ifadelere yönelik olarak tüm kişilik tipindeki hekimlerin benzer görüşlere sahip oldukları ve

organizasyonel engellerin en önemli engeller olarak değerlendirildiği görülmüştür. Bu nedenle, hekimlerin KUR kullanımını artırmak için zaman planlamasının yapılmasının, rehberleri uygulamak için gerekli olan altyapı ve malzemelerin sağlanmasının, hekimlerin rehber kullanımı yönünde uygun stratejiler kullanılarak teşvik edilmesinin, rehberler hakkında bilgilendirilmelerinin, hekimler arasında KUR kullanımı yönünde fikir birliği sağlanmasının etkili olabileceği değerlendirilmektedir.

- Hekimlerin kişilik özellikleri, KUR'lara yönelik tutumları, KUR kullanım engellerine ilişkin görüşleri ve KUR kullanımı arasındaki ilişkiler göz önüne alındığında hekimlerin KUR'lara yönelik olumlu tutum ve KUR kullanım engellerine yönelik olumlu bakış açısı geliştirmelerinin önemli olduğu görülmektedir. Ayrıca kişilik özellikleri ile KUR kullanımı ve KUR'ların zorunluluğu arasındaki ilişkide KUR'lara yönelik tutumun aracılık rolünün olduğu dikkate alındığında KUR'lara yönelik tutumun oldukça önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Hekimlerin KUR'lar hakkında farkındalıklarını artırmak, KUR'lara uyumlarını artırmak, daha olumlu bakış açısına sahip olmalarını sağlamak için KUR geliştirme süreçlerine katılımlarını sağlamanın, geliştirilen KUR'ların hekimlerin de güven duyduğu saygın bir kurum veya kuruluş tarafından onaylanmasının, tıbbi uzmanlık derneklerinin KUR geliştirme süreçlerine dahil edilmesinin, hekimlerin yöneticiler tarafından KUR kullanımı için desteklenmesinin, KUR'ların sağlık bakımında gelişme sağlayacağı yönünde ikna edilmelerinin, KUR'ların uygulanabilir olduğuna ve hekim özerkliği için bir engel olmadığına inandırılmalarının faydalı olacağı değerlendirilmektedir.
- KUR kullanımının önündeki engellerin hekimlerin branşlarına, ünvanlarına ve çalıştığı bölümlere göre farklılık gösterebileceğinin dikkate alınmasının, KUR kullanım engellerinin bertaraf edilmesine yönelik bir strateji tasarlanmadan önce lokal bazda engellerin belirlenmesinin, belli bir ortamda uygulanan bir stratejinin engellerin farklı olduğu bir ortamda daha az yararlı olabileceğinin göz önünde bulundurulmasının, stratejilerin lokal engellere odaklanılarak düzenlenmesinin uygun olacağı değerlendirilmektedir.
- KUR'lar hakkında farkındalık oluşturmak, uygulamalarda KUR kullanımını artırmak, KUR kültürünü yerleştirmek için tıp fakültelerinde müfredatların düzenlenmesinin, KUR'ları içeren eğitim materyallerinin kullanılmasının, öğrencilerin hipotetik hastalar üzerinden KUR kullanımı konusunda tecrübe kazanmalarının faydalı olacağı değerlendirilmektedir.



- Hekimlerin yanı sıra ekip çalışmasının diğer unsurları olan diğer sağlık personelinin de KUR'lar hakkında bilgilendirilmesinin ve KUR'lara uyumunun artırılmasının hasta bakım kalitesini artıracığı değerlendirilmektedir.
- Hekimlerin KUR'lara yönelik olumlu tutumlarının artırılması, olumsuz tutumlarının ve KUR kullanım engellerinin azaltılması veya ortadan kaldırılması için hastane yönetimi tarafından KUR'ların yararı hakkında daha fazla danışmanlık yapılması, KUR eğitimlerinin planlanması, düzenlenmesi ve geri bildirimler yolu ile sonuçların kısa ve uzun vadede değerlendirilerek yeni eğitim planlamalarına yön verilmesi gerekmektedir.
- KUR kullanımlarını incelemek, konu ile aksaklıkları ve önerileri hızlı bir şekilde değerlendirmek, yönetime periyodik olarak rapor ve teklif sunmak, yönetim, idari birimler ve sağlık hizmet birimleri arasında koordinasyonu sağlamak maksadıyla, aktif olarak çalışabilecek, uygulama sahalarında bulunabilecek, iletişim ve ikna kabiliyeti yüksek, mümkünse bu konuda eğitim almış ve gönüllü olarak çalışacak bir ekip kurulmasının ve yetkilendirilmesinin uygun olacağı değerlendirilmektedir.

KUR'lar hakkında çalışma yapmayı düşünen araştırmacıların aşağıdaki hususlar ışığında çalışmalarını dizayn etmelerinin yararlı olacağı değerlendirilmektedir.

- Halm vd. (1999) tarafından gerçekleştirilen çalışmada KUR'ların etkisini ölçmenin birkaç yönteminin olduğu ifade edilmiştir. İlk ve en önemli yöntem, bir KUR'un bakım süreçlerinde istenen değişiklikleri sağlayıp sağlamadığının titizlikle değerlendirilmesidir. İkinci yöntem, KUR'lara bağlı olarak değişen hekim davranışının hastanın sağlığını tehlikeye atmadığından emin olmak için hem KUR öncesi hem de KUR sonrası (veya kılavuz kullanılarak ve kullanılmayarak) önemli klinik sonuçların ölçülmesidir. KUR geliştirme ve uygulamaya aktarma süreçlerinde görev alan paydaşlar ile KUR'lar hakkında çalışma yapmak isteyen araştırmacıların bu bağlamda yapılmış çalışmaları (Nast vd., 2009) inceleyerek ve araştırma dizaynlarını bu doğrultuda düzenleyerek KUR'ların etkilerini ortaya koyabilecekleri değerlendirilmektedir.
- Bu çalışmada hekimlerin kişilik özellikleri bağlamında KUR'lara yönelik tutumları, kullanım engelleri ve KUR kullanımları değerlendirilmiştir. Bundan sonraki çalışmalarda KUR'lara yönelik tutumları, KUR kullanımının önündeki engelleri ve KUR kullanımını etkileyeceği değerlendirilen başka hususların dikkate alınmasının faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

- Daha sonra yapılacak çalışmalarda verilerin daha hızlı toplanması ve zaten yoğun bir çalışma ortamı olan hekimlerin daha fazla zamanlarının alınmaması için veri toplama amacıyla kullanılacak anketin daha kısa olmasının, ölçüklerin geçerlilik ve güvenilirlikleri yapılmış kısa formlarının kullanılmasının ve anket onam formuna KUR hakkında kısa tanımlayıcı bilgi eklenmesinin uygun olacağı değerlendirilmektedir.
- Gelecekte yapılması planlanan çalışmaların, karşılaştırma yapılabilmesi için farklı kamu hastanelerinde, üniversite hastanelerinde ve özel hastanelerde yapılmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.
- İleride yapılması planlanan çalışmalarda önce kalitatif çalışmalar (Cabana vd., 2000; Espeland ve Baerheim, 2003; Kotzeva vd., 2010; Munteanu ve Jordan, 2017; Solà vd., 2014) yapıp hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının KUR'lara yönelik tutumlarının, kullanım engellerinin, kullanım durumlarının vs. belirlenmesinin, bu ve benzeri konularda veriler toplanmasının ve bu veriler ışığında hazırlanan anket ile kantitatif çalışmalar uygulanmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.
- Bu çalışma her ne kadar yalnızca hekimler üzerinde yapılsa da sağlık hizmetlerinin ekip çalışmasıyla gerçekleştirildiği göz önüne alındığında bundan sonra yapılacak çalışmaların diğer sağlık çalışanlarını da kapsayacak şekilde planlanmasının uygun olacağı ve bu yönde yapılmış çalışmaların (Kalies vd., 2017; Kiyoshi-Teo vd., 2014; Koh vd., 2008; Kortteisto vd., 2010; Pogorzelska ve Larson, 2008; Quiros vd., 2007; Sinuff vd., 2007) incelenmesinin faydalı olacağı değerlendirilmektedir.
- Son yıllarda KUR'larla ilgili gerçekleştirilen çalışmaların KUR'ların genel olarak değerlendirilmesinden ziyade belli KUR'lara yönelik olarak tutum, bilgi, uyum, engel, hekim davranışlarındaki değişim, rehber sunum şekilleri, belli özelliğe sahip hastalar ile hipotetik hastalar üzerinden KUR'lara uyumun değerlendirilmesi ve benzeri konularda yoğunlaştığı (Aarts vd., 2012; Almutawa vd., 2014; Boyd vd., 2005; Koh vd., 2008; Kwon vd., 2014; Lovell vd., 2013; Quiros vd., 2007; Schröder vd., 2011) ve ilerleyen süreçlerde Türkiye'de de bu tür araştırmaların yapılmasının faydalı olabileceği değerlendirilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Aarts, M. C., van der Heijden, G. J., Siegers, C., Grolman, W. ve Rovers, M. M. (2012). Awareness of, opinions about, and adherence to evidence-based guidelines in otorhinolaryngology. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 138(2), 148-152.
- AGREE. (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*, 12, 18-23.
- Almutawa, F. N., Al-Mutairy, G., Al-Arada, N. ve Kamel, M. I. (2014). Perception of primary care physicians about guidelines of bronchial asthma. *Alexandria Journal of Medicine*, 50(1), 17-24.
- Alpar, R. (2006). *Spor bilimlerinde uygulamalı istatistik* (3. Baskı): Nobel Yayın Dağıtım.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2012). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri SPSS uygulamalı* (7. Baskı). Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Amer, Y. S., Al Nemri, A., Osman, M. E., Saeed, E., Assiri, A. M. ve Mohamed, S. (2018). Perception, attitude, and satisfaction of paediatric physicians and nurses towards clinical practice guidelines at a university teaching hospital. *Journal of Evaluation In Clinical Practice*.
- Arslan, E. (2017). *Otel işletmelerinde çalışanların kişilik özelliklerinin örgütsel bağlılık ve iş tatmini üzerine etkisi*. (Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Eğitimi Anabilim Dalı.
- Atakurt, Y. (1999). Lojistik regresyon analizi ve tıp alanında kullanımına ilişkin bir uygulama. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 52(04).
- Atkins, D., Best, D., Briss, P. A., Eccles, M., Falck-Ytter, Y., Flottorp, S., Guyatt, G. H., Harbour, R. T., Haugh, M. C. ve Henry, D. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 328(7454), 1490.
- Attia, A. (2013). Adaptation of international evidence based clinical practice guidelines: the ADAPTE process. *Middle East Fertility Society Journal*, 18(2), 123-126.
- Bagozzi, R. P. ve Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16(1), 74-94.
- Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., Meerpohl, J. ve Norris, S. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 401-406.

- Baron, R. M. ve Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173.
- Barrick, M. R. ve Mount, M. K. (1991). The big five personality dimensions and job performance: a meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44(1), 1-26.
- Barrick, M. R. ve Ryan, A. M. (2003). *Personality and work: reconsidering the role of personality in organizations*: Jossey-Bass.
- Basedow, M., Runciman, W., Lipworth, W. ve Esterman, A. (2015). Australian GP attitudes to clinical practice guidelines and some implications for translating osteoarthritis care into practice. *Australian Journal of Primary Health*.
- Basım, H. N., Çetin, F. ve Tabak, A. (2009). Beş faktör kişilik özelliklerinin kişilerarası çatışma çözme yaklaşımlarıyla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24(63).
- Bastian, H., Glasziou, P. ve Chalmers, I. (2010). Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: how will we ever keep up? *PLoS Medicine*, 7(9), e1000326.
- Bayram, N. (2010). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş amos uygulamaları*. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Baysal, A. (2003). *Sosyal ve örgütsel psikolojide tutumlar*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi.
- Baysal, A. ve Tekarslan, E. (1996). *İşletmeler için davranış bilimleri* (2. Baskı). İstanbul: Avcıol Basım Yayım.
- Beğenirbaş, M. (2013). *Kişiliğin öğretim stillerine etkisinde duygusal emek ve tükenmişliğin aracılık rolü: öğretmenler üzerinde bir araştırma*. (Doktora Tezi), Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü Savunma Yönetimi Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Benet-Martinez, V. ve John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: multitrait-multimethod analyses of the big five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 729.
- Bhagat, K. ve Nyazema, N. (2001). General practitioners and clinical guidelines. *East African Medical Journal*, 78(1), 30-34.
- Bircan, H. (2004). Lojistik regresyon analizi: tıp verileri üzerine bir uygulama. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(8), 185-208.
- Birrenbach, T., Kraehenmann, S., Perrig, M., Berendonk, C. ve Huwendiek, S. (2016). Physicians' attitudes toward, use of, and perceived barriers to clinical guidelines:

- a survey among Swiss physicians. *Advances in Medical Education and Practice*, 7, 673.
- Bochud, M., Cornuz, J., Vader, J.-P., Kamm, W. ve Burnand, B. (2002). Are internists in an non-prescriptive setting favourable to guidelines? a survey in a department of internal medicine in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 132(15-16), 201-206.
- Bogardus, E. S. (1925). Measuring social distance. *Journal of Applied Sociology*, 9, 299-308.
- Boyd, C. M., Darer, J., Boulton, C., Fried, L. P., Boulton, L. ve Wu, A. W. (2005). Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *Jama*, 294(6), 716-724.
- Bozkaya, E. (2013). *Örgüt çalışanlarının kişilik özellikleri ile örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi: hiyerarşik yapısı yüksek bir kurumda uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi), Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Balıkesir.
- Burger, J. (2004). *Personality*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Burger, J. (2006). *Kişilik* (Çeviri: E. Sarioğlu). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Burgers, J. S., Bailey, J. V., Klazinga, N. S., Van der Bij, A. K., Grol, R. ve Feder, G. (2002). Inside guidelines: comparative analysis of recommendations and evidence in diabetes guidelines from 13 countries. *Diabetes Care*, 25(11), 1933-1939.
- Burgers, J. S., Grol, R. P., Zaat, J. O., Spies, T. H., van der Bij, A. K. ve Mokkink, H. G. (2003). Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. *Br J Gen Pract*, 53(486), 15-19.
- Burke, R. J., Matthiesen, S. B. ve Pallesen, S. (2006). Personality correlates of workaholism. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1223-1233.
- Burns, A. C. ve Bush, R. F. (2015). *Pazarlama Araştırması* (Çeviri: F. D. Orel). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Butzlaff, M., Kempkens, D., Schnee, M., Dieterle, W. E., Böcken, J. ve Rieger, M. A. (2006). German ambulatory care physicians' perspectives on clinical guidelines—a national survey. *BMC Family Practice*, 7(1), 47.
- Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Büyüköztürk, Ş. (2017). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı* (23. Baskı). Ankara: Pegem A Akademi.

- Byrne, B. M. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: basic concepts, applications, and programming*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cabana, M. D., Ebel, B. E., Cooper-Patrick, L., Powe, N. R., Rubin, H. R. ve Rand, C. S. (2000). Barriers pediatricians face when using asthma practice guidelines. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(7), 685-693.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P.-A. C. ve Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: a framework for improvement. *Jama*, 282(15), 1458-1465.
- Calonge, N. ve Randhawa, G. (2004). The meaning of the US Preventive Services Task Force grade I recommendation: screening for hepatitis C virus infection. *Annals of Internal Medicine*, 141(9), 718-719.
- Camgöz, S. M. (2009). *Kişilik özellikleri ile finansal performans arasındaki ilişkiler: a-tipi yatırım fonu yöneticileri üzerinde bir değerlendirme*. (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Carver, C. ve Scheier, M. (1992). *Perspectives on personality* (2. Baskı). Boston M.A.: Allyn and Bacon.
- Carver, C. ve Scheier, M. (1996). *Perspectives on personality*. Boston: Allyn and Bacon.
- Cattell, R. B. (1956). Validation and intensification of the sixteen personality factor questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 12(3), 205-214.
- Chassin, M. R., Koseoff, J., Park, R. E., Winslow, C. M., Kahn, K. L., Merrick, N. J., Keesey, J., Fink, A., Solomon, D. H. ve Brook, R. H. (1987). Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services?: a study of three procedures. *Jama*, 258(18), 2533-2537.
- Christakis, D. A. ve Rivara, F. P. (1998). Pediatricians' awareness of and attitudes about four clinical practice guidelines. *Pediatrics*, 101(5), 825-830.
- Clark, E., Donovan, E. F. ve Schoettker, P. (2006). From outdated to updated, keeping clinical guidelines valid. *International Journal of Quality Health Care*, 18(3), 165-166.
- Costa, P. T. ve McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality And Individual Differences*, 13(6), 653-665.
- Cüceloğlu, D. (2010). *İnsan ve davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çekiç, İ., Kahveci, R., Başer, D. A., Koç, E. M. ve Artantaş, A. B. (2017). Türkiye'deki sivil toplum kuruluşlarının klinik uygulama rehberleri alanındaki faaliyetleri. *Ankara Medical Journal*, 17(1).

- Çetin, F. (2008). *Kişilerarası ilişkilerde kendilik algısı, kontrol odağı ve kişilik yapısının çatışma çözme yaklaşımlarına etkisi* (Yüksek Lisans Tezi), Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü Savunma Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.
- Çetin, F. (2011). *Örgütsel vatandaşlık davranışlarının açıklanmasında örgütsel bağlılık, İş tatmini, kişilik ve örgüt kültürünün rolü*. (Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Çetin, F. ve Hazır, K. (2012). Örgütsel bağlamda tükenmişlik tepkisinin gelişmesinde kişilik özelliklerinin rolü. *Business and Economics Research Journal*, 3(2), 65.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2010). *Çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları* (1. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Daly, J. (2005). *Evidence-based medicine and the search for a science of clinical care*: Univ of California Press.
- Davidoff, F. (1999). In the teeth of the evidence: the curious case of evidence-based medicine. *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*, 66(2), 75-83.
- Demirkol, M. (2013). *İntihar olasılığı: kişilik özellikleri, kontrol odağı ve ölüm algısı açısından bir değerlendirme*. (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Uygulamalı Psikoloji) Anabilim Dalı, Ankara
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41(1), 417-440.
- Dinç, M., Bitlisli, F., Çetinceli, E. ve Aydın, S. Z. (2013). Öğretim elemanlarının tükenmişliğinde beş faktör kişilik özelliklerinin etkisi: Süleyman Demirel üniversitesi meslek yüksekokulları örneği. *Vizyoner Dergisi*, 4(9).
- Doğan, T. (2012). Beş faktör kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14(1), 56-64.
- DOH. (1998). *A first class service: quality in the new NHS*. London: Department of Health.
- Drosdeck, J. M., Osayi, S. N., Peterson, L. A., Yu, L., Ellison, E. C. ve Muscarella, P. (2015). Surgeon and nonsurgeon personalities at different career points. *Journal of Surgical Research*, 196(1), 60-66.
- Druss, B. G. ve Marcus, S. C. (2005). Growth and decentralization of the medical literature: implications for evidence-based medicine. *Journal of the Medical Library Association*, 93(4), 499.
- DSÖ. (2003). *Guidelines for WHO guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- DSÖ. (2014). *WHO handbook for guideline development*. World Health Organization.

- Dye, T. D., Alderdice, F., Roberge, E. ve Jamison, J. Q. (2000). Attitudes toward clinical guidelines among obstetricians in Northern Ireland. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(1), 101-107.
- Echlin, P. S., Upshur, R. E. ve Markova, T. P. (2004). Lack of chart reminder effectiveness on family medicine resident JNC-VI and NCEP III guideline knowledge and attitudes. *BMC Family Practice*, 5(1), 14.
- Eddy, D. M. (2005). Evidence-based medicine: a unified approach. *Health Affairs*, 24(1), 9-17.
- El-Solh, A. A., Alhajhusain, A., Saliba, R. G. ve Drinka, P. (2011). Physicians' attitudes toward guidelines for the treatment of hospitalized nursing home-acquired pneumonia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(4), 270-276.
- Eley, D., Cloninger, C. R., Walters, L., Laurence, C., Synnott, R. ve Wilkinson, D. (2013). The relationship between resilience and personality traits in doctors: implications for enhancing well being. *PeerJ*, 1, e216.
- Engler, B. (1985). *Personality theories: an introduction* (2. Baskı). Boston: Houghton Mifflin.
- Erdoğan, İ. (1999). *İşletmelerde davranış*. İstanbul: Evrim Basımevi.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Esin, M. N. (2014). *Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik*: Nobel Tıp Kitabevi.
- Eren, E. (2001). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi*: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Erkuş, A. ve Tabak, A. (2009). Beş faktör kişilik özelliklerinin çalışanların çatışma yönetim tarzlarına etkisi: savunma sanayiinde bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(2), 213-242.
- Espeland, A. ve Baerheim, A. (2003). Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers—a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 3(1), 8.
- Eysenck, H. J. (1951). The organization of personality. *Journal of Personality* 20(1), 101-107.
- Farquhar, C. M., Kofa, E. W. ve Slutsky, J. R. (2002). Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *The Medical Journal of Australia*, 177(9), 502-506.
- Ferreira, P., Ferreira, M., Maher, C., Refshauge, K., Herbert, R. ve Latimer, J. (2002). Effect of applying different “levels of evidence” criteria on conclusions of Cochrane



- reviews of interventions for low back pain. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(11), 1126-1129.
- Ferrier, B. M., Woodward, C. A., Cohen, M. ve Williams, A. P. (1996). Clinical practice guidelines. new-to-practice family physicians' attitudes. *Canadian Family Physician*, 42, 463.
- Field, A. (2000). *Discovering statistics using spss for windows*: Sage Publications.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*: Sage Publications.
- Flores, G., Lee, M., Bauchner, H. ve Kastner, B. (2000). Pediatricians' attitudes, beliefs, and practices regarding clinical practice guidelines: a national survey. *Pediatrics*, 105(3), 496-501.
- Formoso, G., Liberati, A. ve Magrini, N. (2001). Practice guidelines: useful and participative method?: survey of italian physicians by professional setting. *Archives of Internal Medicine*, 161(16), 2037-2042.
- Fornell, C. ve Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error: algebra and statistics. *Journal of Marketing Research*, 382-388.
- Friedman, H. S. ve Schustack, M. W. (2003). *Personality: classic theories and modern research*. Boston: Allyn and Bacon.
- Gezer, H. (2013). *Tıp doktorlarının depresyon düzeyleri ile kişilik özellikleri ve çalışma koşulları arasındaki ilişkilerin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Ankara.
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the big-five factor structure. *Psychological Assessment*, 4(1), 26.
- Göksal, M. (2017). *Sınıf öğretmenlerinin beş faktör kişilik özellikleri ile örgütsel vatandaşlık davranışları arasındaki ilişkinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş.
- Graham, I., Evans, W., Logan, D., O'Connor, A., Palda, V., McAuley, L., Brouwers, M. ve Harrison, M. (2000). Canadian oncologists and clinical practice guidelines: a national survey of attitudes and reported use. *Oncology*, 59(4), 283-290.
- Gravetter, F. J. ve Wallnau, L. B. (2014). *Essentials of statistics for the behavioral sciences* (8. Baskı). Belmont, CA: Wadsworth.
- Greenspan, A. M., Kay, H. R., Berger, B. C., Greenberg, R. M., Greenspon, A. J. ve Gaughan, M. J. S. (1988). Incidence of unwarranted implantation of permanent

- cardiac pacemakers in a large medical population. *New England Journal of Medicine*, 318(3), 158-163.
- Grimshaw, J. ve Russell, I. (1993). Achieving health gain through clinical guidelines. I: developing scientifically valid guidelines. *Quality in Health Care*, 2(4), 243.
- Grimshaw, J., Thomas, R., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C., Vale, L., Whitty, P., Eccles, M., Matowe, L. ve Shirran, L. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6).
- Grol, R., Dalhuijsen, J., Thomas, S., Rutten, G. ve Mokkink, H. (1998). Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *Bmj*, 317(7162), 858-861.
- Gupta, L., Ward, J. E. ve Hayward, R. (1997). Clinical practice guidelines in general practice: a national survey of recall, attitudes and impact. *The Medical Journal of Australia*, 166(2), 69-72.
- Gurven, M., Von Rueden, C., Massenkoff, M., Kaplan, H. ve Lero Vie, M. (2013). How universal is the big five? testing the five-factor model of personality variation among forager–farmers in the Bolivian Amazon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(2), 354.
- Guyatt, G., Akl, E. A., Hirsh, J., Kearon, C., Crowther, M., Gutterman, D., Lewis, S. Z., Nathanson, I., Jaeschke, R. ve Schünemann, H. (2010). The vexing problem of guidelines and conflict of interest: a potential solution. *Annals of Internal Medicine*, 152(11), 738-741.
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., Irvine, J., Levine, M., Levine, M. ve Nishikawa, J. (1992). Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *Jama*, 268(17), 2420-2425.
- Guyatt, G., Gutterman, D., Baumann, M. H., Addrizzo-Harris, D., Hylek, E. M., Phillips, B., Raskob, G., Lewis, S. Z. ve Schünemann, H. (2006). Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American College of Chest Physicians task force. *Chest*, 129(1), 174-181.
- Gül, Ş. ve Sözbilir, M. (2015). Fen ve matematik eğitimi alanında gerçekleştirilen ölçek geliştirme araştırmalarına yönelik tematik içerik analizi. *Eğitim ve Bilim*, 40(178).
- Gültaş, M. (2014). *Work discipline compound personality scale development with item response theory*. (Master of Science), Middle East Technical University The Graduate School of Social Sciences The Department of Psychology.

- Gürkan, G. (2018). *Fen bilgisi öğretmen adaylarının organ nakli ve bağışi konularındaki argümantasyon becerileri, epistemolojik inançları, konu alan bilgileri ve tutumlarının İncelenmesi*. (Doktora Tezi), İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Matematik ve Fen Bilimleri Eğitimi Anabilim Dalı.
- Haagen, E., Nelen, W., Hermens, R., Braat, D., Grol, R. ve Kremer, J. (2005). Barriers to physician adherence to a subfertility guideline. *Human Reproduction*, 20(12), 3301-3306.
- Hair, J., Black, W., Babin, B. ve Anderson, R. (2009). *Multivariate data analysis* (7. Baskı). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Hair, J., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. ve Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (6. Baskı). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Halm, E. A., Atlas, S. J., Borowsky, L. H., Benzer, T. I. ve Singer, D. E. (1999). Change in physician knowledge and attitudes after implementation of a pneumonia practice guideline. *Journal of General Internal Medicine*, 14(11), 688-694.
- Hasenbein, U., Schulze, A., Busse, R. ve Wallesch, C. (2005). Physicians' attitudes concerning guidelines. an empirical survey in neurologic clinics. *Gesundheitswesen* 67(5), 332-341.
- Hayward, R. S., Guyatt, G. H., Moore, K., McKibbin, A. ve Carter, A. O. (1997). Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 156(12), 1715-1723.
- Hazar, Ç. M. (2006). Kişilik ve iletişim tipleri. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 4(2), 125-140.
- Heidrich, J., Behrens, T., Raspe, F. ve Keil, U. (2005). Knowledge and perception of guidelines and secondary prevention of coronary heart disease among general practitioners and internists. Results from a physician survey in Germany. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 12(6), 521-529.
- Helwig, A., Bower, D., Wolff, M. ve Guse, C. (1998). Residents find clinical practice guidelines valuable as educational and clinical tools. *Family Medicine*, 30(6), 431-435.
- Hendaus, M. A., Alhammadi, A. H., Razig, E. A. ve Alnaimi, L. (2014). Pediatricians' perceptions of clinical practice guidelines. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 349.
- Heselmans, A., Donceel, P., Aertgeerts, B., Van de Velde, S. ve Ramaekers, D. (2009). The attitude of Belgian social insurance physicians towards evidence-based practice and clinical practice guidelines. *BMC Family Practice*, 10(1), 64.

- Heselmans, A., Donceel, P., Aertgeerts, B., Van de Velde, S. ve Ramaekers, D. (2010). The attitude of Flemish occupational health physicians toward evidence-based occupational health and clinical practice guidelines. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(2), 201-208.
- Hill, J., Bullock, I. ve Alderson, P. (2011). A summary of the methods that the National Clinical Guideline Centre uses to produce clinical guidelines for the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Annals of Internal Medicine*, 154(11), 752-757.
- Hogan, R. T. (1991). *Personality and personality measurement: handbook of industrial and organizational psychology* (Editör: M. D. Dunnette ve L. M. Hough). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Hollon, S. D., Areán, P. A., Craske, M. G., Crawford, K. A., Kivlahan, D. R., Magnavita, J. J., Ollendick, T. H., Sexton, T. L., Spring, B. ve Bufka, L. F. (2014). Development of clinical practice guidelines. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 213-241.
- Hotaman, D. (1995). *Gülhane Askeri Tıp Akademisi sağlık meslek yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin tutumları ile akademik başarıları arasındaki ilişki*. (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Hsiao, J.-L. ve Chen, R.-F. (2015). Critical factors influencing physicians' intention to use computerized clinical practice guidelines: an integrative model of activity theory and the technology acceptance model. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16(1), 3.
- <http://rehber.sagem.gov.tr/rehber.aspx> (Erişim Tarihi: 08.11.2018)
- <http://rehber.sagem.gov.tr/default.aspx> (Erişim Tarihi: 08.11.2018)
- <https://www.ahrq.gov/data/resources/index.html> (Erişim Tarihi: 15.01.2019)
- <https://www.cochrane.org/about-us> (Erişim Tarihi: 09.11.2018)
- <https://www.g-i-n.net/> (Erişim Tarihi: 01.11.2018)
- [https://www.icsi.org/about\\_icsi/](https://www.icsi.org/about_icsi/) (Erişim Tarihi: 15.01.2019)
- <https://www.nlm.nih.gov/bsd/medline.html> (Erişim Tarihi: 28.11.2018)
- <https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/Epilepsi%202015%20G%C3%BCnce%20Ilenmi%C5%9F.pdf> (Erişim Tarihi: 22.02.2019)
- <https://www.theisn.org/kidney-disease-improving-global-outcomes-kdigo> (Erişim Tarihi: 01.11.2018)
- Hughes, L. D., McMurdo, M. E. ve Guthrie, B. (2012). Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age and Ageing*, 42(1), 62-69.

- Hutchings, A. ve Raine, R. (2006). A systematic review of factors affecting the judgments produced by formal consensus development methods in health care. *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(3), 172-179H.
- İnal, M. E., Topuz, D. ve Okyay, U. (2006). Doğrusal olasılık ve logit modelleri ile parametre tahmini. *Sosyoekonomi*, 3(3).
- Inouye, J., Kristopatis, R., Stone, E., Pelter, M., Sandhu, M. ve Weingarten, S. (1998). Physicians' changing attitudes toward guidelines. *Journal of General Internal Medicine*, 13(5), 324-326.
- IOM. (1990). *Clinical practice guidelines: directions for a new program* (Editör: K. N. Lohr ve M. J. Field). Washington, DC: Institute of Medicine of The National Academies.
- IOM. (1992). *Guidelines for clinical practice : from development to use* (Editör: K. N. Lohr ve M. J. Field). Washington, DC: Institute of Medicine of The National Academies.
- IOM. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: Institute of Medicine of The National Academies.
- IOM. (2008). *Knowing what works in health care: a roadmap for the nation* (Editör: H. Sox, B. McNeil, B. Wheatley ve J. Eden). Washington, DC: Institute of Medicine of The National Academies.
- IOM. (2011). *Clinical practice guidelines we can trust* (Editör: R. Graham, M. Mancher, D. M. Wolman, S. Greenfield ve E. Steinberg). Washington, DC: Institute of Medicine of The National Academies.
- Isır, T. (2006). *Örgütlerde personel seçim süreci: bir kamu kuruluşundaki yönetici personelin kişilik özelliklerinin tespit edilerek personel seçim sürecinin iyileştirilmesi üzerine araştırma*. (Doktora Tezi), Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- James, P. A., Cowan, T. M., Graham, R. P. ve Majeroni, B. A. (1997). Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. *The Journal of Family Practice*, 45(4), 341-347.
- John, O. P. ve Srivastava, S. (1999). The big five trait taxonomy: history, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of Personality: Theory And Research*, 2, 102-138.
- Kalies, H., Schöttmer, R., Simon, S. T., Voltz, R., Crispin, A. ve Bausewein, C. (2017). Critical attitudes and beliefs towards guidelines amongst palliative care professionals—results from a national survey. *BMC Palliative Care*, 16(1), 20.

- Kaptangil, K. ve Erenler, E. (2014). Öğretmenlerin kişilik özellikleri ve mesleki tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1).
- Karaboğa, I. (2013). *Şiddete maruz kalan kadınlarda psikolojik belirtiler: kişilik özellikleri ve sosyal destek algısı açısından bir inceleme*. (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Uygulamalı Psikoloji) Anabilim Dalı, Ankara.
- Karagöz, Y. (2016). *SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kassirer, J. (1994). Incorporating patients' preferences into medical decisions. *New England Journal of Medicine*, 330(26), 1895–1896.
- Kassirer, J. ve Pauker, S. (1981). The toss-up. *New England Journal of Medicine*, 305(24), 1467–1469.
- Kastner, M., Estey, E., Hayden, L., Chatterjee, A., Grudniewicz, A., Graham, I. D. ve Bhattacharyya, O. (2014). The development of a guideline implementability tool (GUIDE-IT): a qualitative study of family physician perspectives. *BMC Family Practice*, 15(1), 19.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Ankara: Siyasal Yayın-Dağıtım.
- Kenefick, H., Lee, J. ve Fleishman, V. (2008). *Improving physician adherence to clinical practice guidelines, barriers and strategies for change* (Editör: W. Everett): New England Healthcare Institute.
- Kim, Y.-K., Lee, S.-H., Seo, J.-H., Kim, J.-H., Kim, S.-D. ve Kim, G.-K. (2010). A comprehensive model of factors affecting adoption of clinical practice guidelines in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 25(11), 1568-1573.
- Kiyoshi-Teo, H., Cabana, M. D., Froelicher, E. S. ve Blegen, M. A. (2014). Adherence to institution-specific ventilator-associated pneumonia prevention guidelines. *American Journal of Critical Care*, 23(3), 201-215.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*: The Guilford Press.
- Koh, S. S., Manias, E., Hutchinson, A. M., Donath, S. ve Johnston, L. (2008). Nurses' perceived barriers to the implementation of a fall prevention clinical practice guideline in Singapore hospitals. *BMC Health Services Research*, 8(1), 105.

- Kortteisto, T., Kaila, M., Komulainen, J., Mäntyranta, T. ve Rissanen, P. (2010). Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: a survey using the theory of planned behaviour. *Implementation Science*, 5(1), 51.
- Kotzeva, A., Solà, I., Carrasco, J. M., del Campo, P. D., Gracia, F. J., Calderón, E., de Gaminde, I., Estrada, M. D., Martínez, F. ve Orrego, C. (2010). Perceptions and attitudes of clinicians in Spain toward clinical practice guidelines and grading systems: a protocol for a qualitative study and a national survey. *BMC Health Services Research*, 10(1), 328.
- Kubat, U. ve Kuruüzüm, A. (2010). İş değerleri ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: bir yapısal denklem modelleme yaklaşımı. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(3).
- Kunz, A. U. (2005). *Leitlinien in der Medizin: Anwendung, Einstellungen und Barrieren – Eine Befragung Berliner Hausärzte [Clinical practice guidelines: application, attitudes and barriers – a survey of general practitioners in Berlin]*. (Master thesis MPH), Freie Universität, Berlin.
- Kurtçu, A. ve Beji, N. K. (2015). Klinik uygulama rehberleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 76-82.
- Kwon, H.-M., Oh, M. S., Choi, H.-Y., Cho, A.-H., Hong, K.-S., Yu, K.-H., Bae, H.-J., Lee, J. ve Lee, B.-C. (2014). Physicians' attitudes toward guidelines for stroke: a survey of Korean neurologists. *Journal of Stroke*, 16(2), 81.
- Larisch, A., Oertel, W. H. ve Eggert, K. (2009). Attitudes and barriers to clinical practice guidelines in general and to the guideline on parkinson's disease. a national survey of German neurologists in private practice. *Journal of Neurology*, 256(10), 1681-1688.
- Leung, D. Y., Wong, E. M., Chan, S. S. ve Lam, T. (2012). Psychometric properties of the big five inventory in a Chinese sample of smokers receiving cessation treatment: a validation study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(6), 1.
- Liebert, M. L. ve Spiegler, M. D. (1990). *Personality strategies and issues*. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Lievens, F., Coetsier, P., De Fruyt, F. ve De Maeseneer, J. (2002). Medical students' personality characteristics and academic performance: a five-factor model perspective. *Medical Education*, 36(11), 1050-1056.
- Lovell, M., Agar, M., Lockett, T., Davidson, P. M., Green, A. ve Clayton, J. (2013). Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain

- assessment and management: perspectives of palliative care physicians. *Journal of Palliative Medicine*, 16(11), 1403-1409.
- Luce, B. R., Drummond, M., Jönsson, B., Neumann, P. J., Schwartz, J. S., Siebert, U. ve Sullivan, S. D. (2010). EBM, HTA, and CER: clearing the confusion. *The Milbank Quarterly*, 88(2), 256-276.
- Lugtenberg, M., Zegers-van Schaick, J. M., Westert, G. P. ve Burgers, J. S. (2009). Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? an analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implementation Science*, 4(1), 54.
- Malhotra, N. K. (2010). *Marketing research: an applied orientation* (6. Baskı). New Jersey: Pearson Education.
- Mansfield, C. D. (1995). Attitudes and behaviors towards clinical guidelines: the clinicians' perspective. *BMJ Quality & Safety*, 4(4), 250-255.
- McCrae, R. R., Costa Jr, P. T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hřebíčková, M., Avia, M. D., Sanz, J., Sanchez-Bernardos, M. L., Kusdil, M. E. ve Woodfield, R. (2000). Nature over nurture: temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173.
- McCrae, R. R. ve Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81.
- Medves, J., Godfrey, C., Turner, C., Paterson, M., Harrison, M., MacKenzie, L. ve Durando, P. (2010). Systematic review of practice guideline dissemination and implementation strategies for healthcare teams and team-based practice. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 8(2), 79-89.
- Meydan, C. H. ve Şeşen, H. (2011). *Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Miller, M. ve Kearney, N. (2004). Guidelines for clinical practice: development, dissemination and implementation. *International Journal of Nursing Studies*, 41(7), 813-821.
- Mischel, W. (1993). *Introduction to personality* (5. Baskı). Florida: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Mounesan, L., Nedjat, S., Majdzadeh, R., Rashidian, A. ve Gholami, J. (2013). Only one third of Tehran's physicians are familiar with 'evidence-based clinical guidelines'. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(3), 349.



- Munteanu, M. C. ve Jordan, J. C. (2017). A view into clinical practice guidelines: who uses them, who doesn't and possibly, why. *Qualitative Research in Medicine & Healthcare*, 1(2).
- Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S. ve Watson, P. (1998). Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technology Assessment*, 2(16), vii–260.
- Nakip, M. (2003). *Pazarlama araştırmaları: teknikler ve (SPSS destekli) uygulamalar*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Nast, A., Erdmann, R., Hofelich, V., Reytan, N., Orawa, H., Sterry, W. ve Rzany, B. (2009). Do guidelines change the way we treat? studying prescription behaviour among private practitioners before and after the publication of the german psoriasis guidelines. *Archives of Dermatological Research*, 301(8), 553-559.
- NICE. (2002). *Principles for best practice in clinical audit*. London: Radcliffe Publishing.
- NICE. (2012). *The guidelines manual*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- NICE. (2014). *Developing NICE guidelines: the manual*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Oxman, A. D., Lavis, J. N. ve Fretheim, A. (2007). Use of evidence in WHO recommendations. *The Lancet*, 369(9576), 1883-1889.
- Oxman, A. D., Schünemann, H. J. ve Fretheim, A. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 2. priority setting. *Health Research Policy and Systems*, 4(1), 14.
- Ödemiş, S. N. (2011). *Beş faktör kişilik özelliklerinin üretkenlik karşıtı davranışlar üzerine etkileri bir araştırma*. (Yüksek Lisans), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özgüven, İ. E. (2011). *Psikolojik testler*. Ankara: PDREM Yayınları.
- Özkalp, E., Varoğlu, A., Varoğlu, D., Kirel, Ç. ve Acar, P. (2013). *Örgütsel davranış* (Editör: Ç. Kirel ve O. Ağlargöz). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Özutku, H. ve Altındış, S. (2011). Big five personality factors and other elements in understanding work stress of Turkish health care professionals. *African Journal of Business Management*, 5(26), 10462.
- Pauker, S. G. ve Kassirer, J. P. (1997). Contentious screening decisions: does the choice matter? *New England Journal of Medicine* 336(17), 1243–1244.
- Pogorzelska, M. ve Larson, E. L. (2008). Assessment of attitudes of intensive care unit staff toward clinical practice guidelines. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 27(1), 30-38.

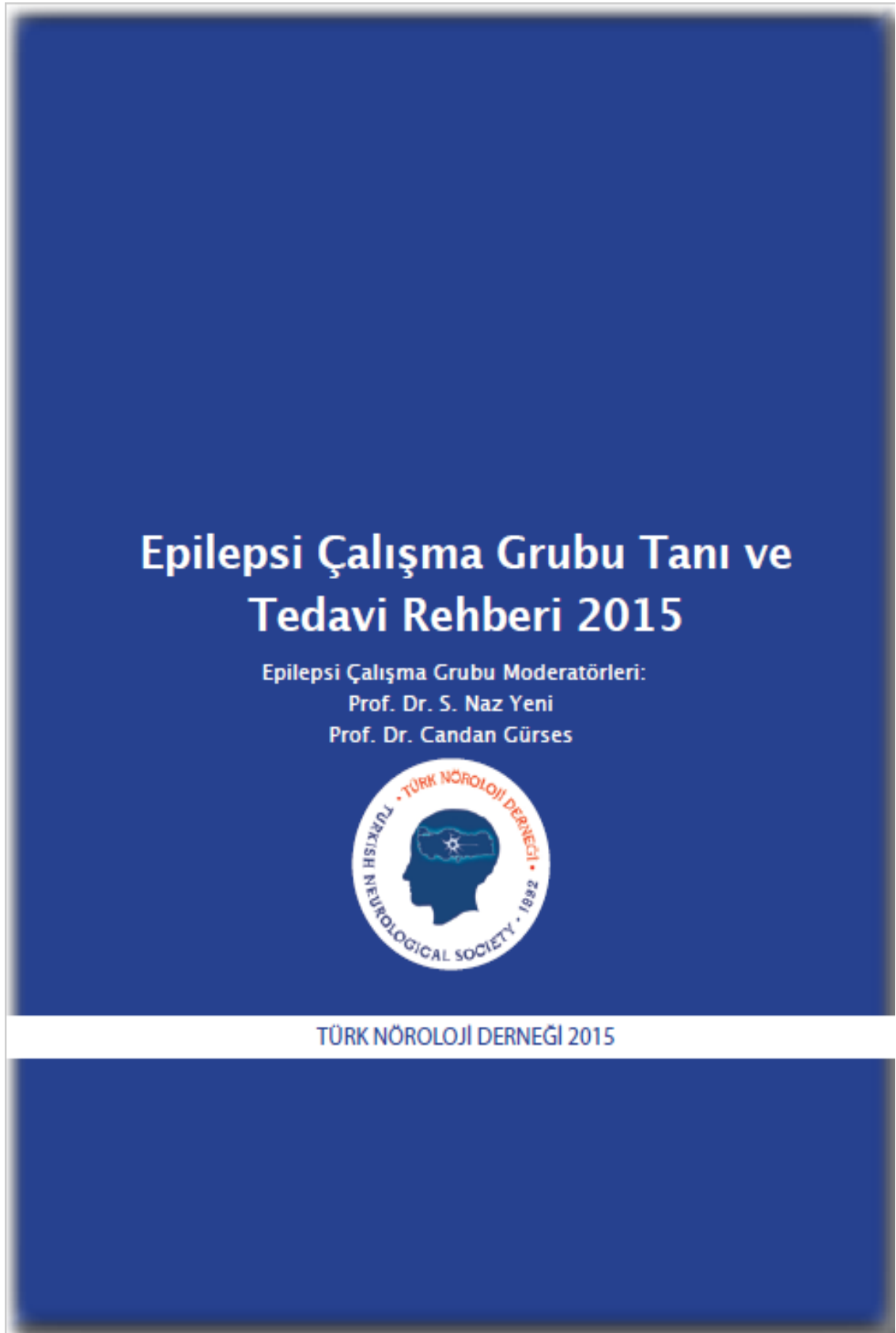
- Prior, M., Guerin, M. ve Grimmer-Somers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies—a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 888-897.
- Qaseem, A., Snow, V., Owens, D. K. ve Shekelle, P. (2010). The development of clinical practice guidelines and guidance statements of the American college of physicians: summary of methods. *Annals of Internal Medicine*, 153(3), 194-199.
- Quiros, D., Lin, S. ve Larson, E. L. (2007). Attitudes toward practice guidelines among intensive care unit personnel: a cross-sectional anonymous survey. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 36(4), 287-297.
- Ragab, A. A., Shaheen, H. M. ve Salman, H. A. (2017). Knowledge and attitude of family physicians, pediatricians, and otolaryngologists as regards pediatric acute bacterial rhinosinusitis guidelines in Menoufia. *Menoufia Medical Journal*, 30(2), 602-606.
- Raykov, T. (1998). Coefficient alpha and composite reliability with interrelated nonhomogeneous items. *Applied Psychological Measurement*, 22(4), 375-385.
- Raykov, T. ve Marcoulides, G. A. (2006). *A first course in structural equation modeling*. London: Lavrance Erlbaum Associates.
- RCPCH. (2016). *Setting Standards for Development of Clinical Guidelines in Paediatrics and Child Health* (4. Baskı). London: Royal College of Paediatrics and Child Health.
- Reiner, Ž., Sonicki, Z. ve Tedeschi-Reiner, E. (2010). Physicians' perception, knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: the PERCRO-DOC survey. *Atherosclerosis*, 213(2), 598-603.
- Robbins, S. P. ve Judge, T. A. (2012). *Örgütsel davranış* (Çeviri: İ. Erdem). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Rosenfeld, R. ve Shiffman, R. N. (2009). Clinical practice guideline development manual: a quality-driven approach for translating evidence into action. *Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 140(6 Suppl 1), 1–43.
- Rothmann, S. ve Coetzer, E. P. (2003). The big five personality dimensions and job performance. *SA Journal of Industrial Psychology*, 29(1), 68-74.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. ve Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Schmitt, D. P., Allik, J., McCrae, R. R. ve Benet-Martínez, V. (2007). The geographic distribution of big five personality traits: patterns and profiles of human self-

- description across 56 nations. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38(2), 173-212.
- Schröder, S., Kuessner, D., Arnold, G., Zöllner, Y., Jones, E. ve Schaefer, M. (2011). Do neurologists in Germany adhere to the national Parkinson's disease guideline? *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 103.
- Schünemann, H. J., Wiercioch, W., Etzeandía, I., Falavigna, M., Santesso, N., Mustafa, R., Ventresca, M., Brignardello-Petersen, R., Laisaar, K.-T. ve Kowalski, S. (2014). Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. *Canadian Medical Association Journal*, 186(3), E123-E142.
- Shaneyfelt, T. M. ve Centor, R. M. (2009). Reassessment of clinical practice guidelines: go gently into that good night. *Jama*, 301(8), 868-869.
- Shea, A. M., DePuy, V., Allen, J. M. ve Weinfurt, K. P. (2007). Use and perceptions of clinical practice guidelines by internal medicine physicians. *American Journal of Medical Quality*, 22(3), 170-176.
- Shekelle, P., Woolf, S., Eccles, M. ve Grimshaw, J. (1999). Developing guidelines. *Bmj*, 318(7183), 593-596.
- Shi, M., Liu, L., Wang, Z. Y. ve Wang, L. (2015). The mediating role of resilience in the relationship between big five personality and anxiety among Chinese medical students: a cross-sectional study. *PLoS One*, 10(3), e0119916.
- Shrier, I., Boivin, J.-F., Platt, R. W., Steele, R. J., Brophy, J. M., Carnevale, F., Eisenberg, M. J., Furlan, A., Kakuma, R. ve Macdonald, M. E. (2008). The interpretation of systematic reviews with meta-analyses: an objective or subjective process? *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8(1), 19.
- SIGN. (2015). *SIGN 50: a guideline developer's handbook*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Sinuff, T., Eva, K. W., Meade, M., Dodek, P., Heyland, D. ve Cook, D. (2007). Clinical practice guidelines in the intensive care unit: a survey of Canadian clinicians' attitudes. *Canadian Journal of Anesthesia*, 54(9), 728.
- Siriwardena, A. N. (1995). Clinical guidelines in primary care: a survey of general practitioners' attitudes and behaviour. *Br J Gen Pract*, 45(401), 643-647.
- Solà, I., Carrasco, J. M., del Campo, P. D., Gracia, J., Orrego, C., Martínez, F., Kotzeva, A., Guillamón, I., Calderón, E. ve de Gaminde, I. (2014). Attitudes and perceptions about clinical guidelines: a qualitative study with Spanish physicians. *PLoS One*, 9(2), e86065.

- Somer, O. (1998). Türkçe'de kişilik özelliği tanımlayan sıfatların yapısı ve beş faktör modeli. *Türk Psikoloji Dergisi*, 13(42), 17-32.
- Song, Y. ve Shi, M. (2017). Associations between empathy and big five personality traits among Chinese undergraduate medical students. *PloS One*, 12(2), e0171665.
- Sümer, N. (2000). Yapısal eşitlik modelleri: temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.
- Sümer, N. (2005). *Beş faktör kişilik özellikleri (big five inventory) anketi Türkçeleştirme çalışması*.
- Sümer, N., Lajunen, T. ve Özkan, T. (2005). *Big five personality traits as the distal predictors of road accident* (Editör: G. Underwood): Elsevier Ltd.
- Swiglo, B. A., Murad, M., Schunemann, H. J., Kunz, R., Vigersky, R. A., Guyatt, G. H. ve Montori, V. M. (2008). A case for clarity, consistency, and helpfulness: state-of-the-art clinical practice guidelines in endocrinology using the grading of recommendations, assessment, development, and evaluation system. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(3), 666-673.
- Şimşek, M. Ş., Akgemci, T. ve Çelik, A. (2008). *Davranış bilimlerine giriş ve örgütlerde davranış*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Taba, P., Rosenthal, M., Habicht, J., Tarien, H., Mathiesen, M., Hill, S. ve Bero, L. (2012). Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines: a cross-sectional survey among physicians in Estonia. *BMC Health Services Research*, 12(1), 455.
- Taggar, S., Hackew, R. ve Saha, S. (1999). Leadership emergence in autonomous work teams: antecedents and outcomes. *Personnel Psychology*, 52(4), 899-926.
- Tavşancıl, E. (2010). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Tekin, Ö. A. (2012). *Yabancılaşma ve beş faktör kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler: Antalya Kemer'deki beş yıldızlı otel işletmeleri çalışanları üzerinde bir uygulama*. (Doktora Tezi), Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Tezbaşaran, A. (2008). *Likert tipi ölçek hazırlama kılavuzu*. Mersin: Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü, Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme ABD.
- Thurstone, L. L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33(4), 529-554.
- Tınar, M. Y. (1999). Çalışma yaşamı ve kişilik. *Mercek Dergisi*, 14, 43-53.

- Tinkle, M. B., Tigges, B. B., Boursaw, B. ve McFarlane, D. R. (2016). Adherence to the women's preventive services guidelines in the affordable care act. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(6), 813-824.
- Tolan, B. (1985). *Toplum bilimlerine giriş: sosyoloji ve sosyal psikoloji*. Ankara: Savaş.
- Trochim, W. ve Donnelly, J. (2006). *The research knowledge methods base* (3. Baskı). Cincinnati, OH: Atomic Dog Publishing.
- Tunis, S. R., Hayward, R. S., Wilson, M. C., Rubin, H. R., Bass, E. B., Johnston, M. ve Steinberg, E. P. (1994). Internists' attitudes about clinical practice guidelines. *Annals of Internal Medicine*, 120(11), 956-963.
- Twaddle, S. (2005). Clinical practice guidelines. *Singapore Medical Journal*, 46(12), 681.
- Uğurlu, B. (2012). *Resmi liselerde çalışan öğretmenlerin kişilik özellikleri ile kullandıkları disiplin stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Eğitim Yönetimi Ve Denetimi Bilim Dalı İstanbul.
- Ulu, İ. P. ve Tezer, E. (2010). Adaptive and maladaptive perfectionism, adult attachment, and big five personality traits. *The Journal of Psychology*, 144(4), 327-340.
- Urbina, S. (2004). *Essentials of psychological testing*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Uzuntarla, Y. (2015). *Kişilik özellikleri ile empatik özellikler arasındaki ilişkide duygusal emek ve tükenmişliğin aracılık rolü: hekimler üzerine bir araştırma*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı, Ankara.
- Ülke, H. E. (2006). *Kişilik ve adalet algılarının sosyal kaytarma üzerindeki rolünün araştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- van Dijk, N., Hooft, L. ve Wieringa-de Waard, M. (2010). What are the barriers to residents' practicing evidence-based medicine? a systematic review. *Academic Medicine*, 85(7), 1163-1170.
- Wahabi, H. A., Alzeidan, R. A., Fayed, A. A., Esmail, S. A. ve Al Aseri, Z. A. (2011). Attitude and practice of the health care professionals towards the clinical practice guidelines in King Khalid University Hospital in Saudi Arabia. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 763-767.
- Watkins, C., Harvey, I., Langley, C., Gray, S. ve Faulkner, A. (1999). General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. *Br J Gen Pract*, 49(438), 11-15.

- Wayne, J. H., Musisca, N. ve Fleeson, W. (2004). Considering the role of personality in the work–family experience: relationships of the big five to work–family conflict and facilitation. *Journal of Vocational Behavior*, 64(1), 108-130.
- Wennberg, J. ve Gittelsohn, A. (1973). Small area variations in health care delivery. *Science*, 182(117), 1102–1108.
- Wolfe, R. M., Sharp, L. K. ve Wang, R. M. (2004). Family physicians' opinions and attitudes to three clinical practice guidelines. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 17(2), 150-157.
- Wolff, M., Bower, D. J., Marbella, A. M. ve Casanova, J. E. (1998). US family physicians' experiences with practice guidelines. *Family Medicine*, 30, 117-121.
- Woolf, S., Schünemann, H. J., Eccles, M. P., Grimshaw, J. M. ve Shekelle, P. (2012). Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. *Implementation Science*, 7(1), 61.
- Woolf, S. H. (1990). Practice guidelines: a new reality in medicine: I. recent developments. *Archives of Internal Medicine*, 150(9), 1811-1818.
- Woolf, S. H. ve George, J. N. (2000). Evidence-based medicine: interpreting studies and setting policy. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 14(4), 761-784.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.
- Yelboğa, A. (2006). Kişilik özellikleri ve iş performansı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 8(2), 196-217.
- Yıldırım, B. I. (2014). *Çalışanların beş faktör kişilik özellikleri ile iş tatminleri arasındaki ilişki: Alanya'daki beş yıldızlı oteller üzerine bir uygulama.* (Doktora Tezi), Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı Antalya.
- Yusof, Z. Y., Hassan, W. N. W., Razak, I. A., Hashim, S. M. N., Tahir, M. K. A. ve Keng, S. B. (2016). Personality traits and stress levels among senior dental students: evidence from Malaysia and Singapore. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 47(6), 1353-1365.

**Ek 1: Örnek Klinik Uygulama Rehberi**

## Tedavide Kanıta Dayalı Etkinlik Sınıflaması

**Tablo: Tedavide kanıta dayalı etkinlik sınıflaması**

(Glauser T. et al. ILAE Treatment Guidelines: Evidence-based Analysis of Antiepileptic Drug Efficacy and Effectiveness as Initial Monotherapy for Epileptic Seizures and Syndromes. *Epilepsia* 2006; 47(7); 1094-1120)

Kanıt /Öneri	Gerektirdiği çalışma düzeyi	Çalışma düzeyinin tanımı
Kademe A Etkili, yararlı  Düşünülmeli	≥ 1 sınıf I çalışma veya Class I kriterlerini karşılayan meta analiz  YA DA  ≥ 2 sınıf II çalışma	Sınıf I: Aşağıdaki kriterleri karşılayan, uygun popülasyonda yapılmış randomize kontrollü çalışma veya randomize kontrollü çalışmanın meta-analizi  Primer sonlanım noktaları: yararlılık, etkinlik  Tedavi süresi: ≥ 48 hf, ≥ 24 hf nöbetsizlik ("efficacy") ya da ≥ 48 hf etkinlik ("effectiveness")*  Çalışma dizaynı: Çift kör  Bir ilacın üstünlüğünün gösterilmesi veya üstün değilse çalışmanın örneklem sayısının etkisinin %20 'den daha kötü olmadığını gösterecek şekilde olması  Çalışmadan çıkarılma: Önceden belirlenmiş acil nöbet tedavi sayısının aşılması  Uygun istatistiksel analiz



**EPILEPSİ TEDAVİ YÖNETİMİ KILAVUZU**

<b>Tablo: (Devamı) Tedavide kanıta dayalı etkinlik sınıflaması</b>		
<p>Kademe B</p> <p>Olası (probable) etkili</p> <p>Önerilmesi düşünülmeli</p>	<p>1 sınıf II çalışma ya da Class II kriterlerini karşılayan meta-analiz</p>	<p>Sınıf II: Yukarıdaki kriterlerden d'i karşılamayan veya etkinliğin %21-30 daha kötü olduğu veya</p> <p>Tedavi süresi: <math>\geq 24</math> hf veya <math>\leq 48</math> hf olduğu</p> <p>Randomize kontrollü çalışma veya meta-analizi</p>
<p>Kademe C</p> <p>Mümkün (possible) etkili</p> <p>Önerilmesi düşünülebilir</p>	<p><math>\geq 2</math> Sınıf III çift kör veya açık etiketli çalışma</p>	<p>Sınıf III: Class I ve II'nin kriterlerini karşılamayan randomize kontrollü çalışma veya meta-analizi (açık etiketli ya da etkinliğin %30'dan daha kötü olduğu karşılaştırma çalışması ya da dışlama kriterine uyan çalışma)</p>
<p>Kademe D</p> <p>Potansiyel etkili</p> <p>İlacın etkinliğini destekleyen zayıf data</p>	<p>1 Sınıf III çift kör veya açık etiketli çalışma</p>	
<p>Kademe E</p> <p>İlacın etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışma yoktur</p> <p>İlacın etkinliğini önerecek uygun data yoktur</p>	<p><math>\geq 1</math> Sınıf IV YA DA uzman komite raporu YA DA uzman klinisyen görüşü YA DA önerinin dayandığı klinik kanıtın olmaması</p>	<p>Sınıf IV: Nonrandomize, kontrollü veya kontrollü olmayan çalışmalar, olgu serileri ve uzman görüşlerinden gelen bilgiler</p>
<p>Kademe F</p> <p>İlaç etkisiz veya nöbet alevasyonu için riskli</p> <p>Kullanılmamalıdır</p>	<p>İlacın etkin olduğunu gösteren Sınıf I-IV çalışma olmaması</p> <p>YA DA</p> <p>İlacın kullanımı ile nöbet alevasyonunu gösteren Sınıf I-IV çalışma olması</p>	

\*Tabloda yer alan bazı tanımların açıklaması:

"Efficacy"(yararlılık) ilacın nöbetsizlik sağlayabilme becerisidir.

"Tolerability" (tolere edilebilirlik) ilaca bağlı yan etkilerin sıklığı, şiddeti, ve etkisini içerir.

"Effectiveness"(verimlilik) ise hem yararlılık hem de tolere edilebilirliği kapsar ve tedavide kalma süresi ile gösterilir.

## EPİLEPSİ TANISI ALMIŞ HASTADA TEDAVİ YAKLAŞIMI

Günay Gül, Özlem Çokar

Epilepsi Çalışma Grubu Tam ve  
Tedavi Rehberi 2015

Antiepileptik ilaçlar (AEI), epilepsi tanısından emin olduğunda başlanmalıdır. AEI başlama kararı, eğer uygunsa hasta birey, ailesi ve uzman doktor arasında tedavinin risk ve yararları tam olarak tartışılarak alınmalıdır. Risk-fayda oranı tam olarak bilgilendirildikten sonra bile bazı hasta ve ailelerin AEI almayı kabul etmeyebilecekleri de bilinmelidir. Genel eğilim AEI tedavisinin 2. nöbetten sonra başlanması yönündedir. AEI'lerin ilk nöbetten sonra başlanması aşağıdaki durumlarda düşünülmelidir:

- Hastada nörolojik defisit varsa
- EEG'de patolojik bulgular varsa
- Hasta ve/veya ailesi ikinci nöbet riskini göze almak istemiyorsa
- Magnetik rezonans görüntüleme (MRG) yapısal lezyon varsa

Tedavinin hedefi yan etkiler olmaksızın nöbetsizlik halini sağlamaktır, bazen yan etki nöbetin kendisinden daha fazla negatif etki yaratmaktadır. Tedavi kararı verilen kişide en iyi nöbet kontrolünü oluşturacak ve en iyi tolere edilecek ilacı öngörmek sıklıkla zordur. Yeni başlayan epilepside monoterapi için kabul edilmiş olan pek çok AEI olması nedeniyle ilk tercih kafa karıştırıcı olabilir.

Tedavi planı yapılırken kişiye özgü yaklaşım benimsenmeli ve şu faktörler değerlendirilerek AEI seçilmelidir:

- Hastanın yaşı,
- Cinsiyeti,
- Nöbet tipi,
- Epilepsi sendromu,
- Başka aldığı ilaçlar ve varsa hastalıkları,
- Hayat tarzı ve tercihleri
- Ayrıca, ilaç farmakokinetiği iyi bilinmelidir

Çalışmalar yeni tanı almış epilepsili hastalarda ilk denenen antiepileptik ile yaklaşık %40-50 oranında nöbetsizliğin sağlandığını göstermiştir. Bir kez nöbetsizlik sağlandıktan sonra hasta yan etki varlığında bile tedaviyi değiştirmeye gönüllü olmayabilir. Hasta veya doktor ilaç değiştirerek nöbet tekrarı riskini göze almak istemeyebilir ve hasta yıllarca aynı AEI ile kalabilir. Bu nedenle başlangıç tedavisi kararı kritiktir.

### Epilepsi Sendromu:

İlk değerlendirilmesi gereken konudur. Nöbet kontrolü tedavinin öncelikli amacıdır ve pek çok AEI belirli tip epilepsileri tedavi ederken diğerlerinde etkisiz kalabilir. Dar spektrumlu antiepileptik ilaçlar özel sendromlarla birlikte veya spesifik bir kategori içinde (fokal/jeneralize) olan nöbetlerin kontrolünde daha fazla etkilidir. Geniş spektrumlu olan AEI'ler değişik epilepsi ve nöbet tiplerine etkilidir.

**Fokal epilepsileri tedavi eden dar spektrumlu AEI'ler:** Karbamazepin (CBZ), Okskarbazepin (OXC), Gabapentin (GBP), Pregabalin (PGB), *Tiagabin (TGB)* ve *Eslıkarbazepin (ESL)*.

Bu ilaçların birçoğu miyokloni ve absans gibi bazı jeneralize nöbetleri kötüleştirebilir. Vigabatrin (VGB) dar spektrumlu olmakla birlikte infantil spazmların tedavisinde çok etkilidir. Primer olarak jeneralize epilepsi sendromlarını tedavi eden dar spektrumlu ajanlar *Rufinamid (RUF)* (özellikle Lennox-Gastaut sendromundaki atonik nöbetler için) ve etosüksimid'dir (özellikle absans nöbetleri için). Bunlar parsiyel epilepsi durumlarında tipik olarak kullanılmazlar.

**Fokal ve jeneralize epilepsilerin her ikisine de uygun olan geniş spektrumlu AEI'ler:** Levetirasetam (LEV), Lamotrijin (LTG), Topiramet (TPM), *Felbamat (FBM)*, Zonisamid (ZNS), Valproik asit (VPA), *Perampanel (PER)*.

Levetirasetam miyoklonik nöbetlerde daha etkilidir. Lamotrijin bazen miyoklonik nöbetleri arttırabilir fakat tonik-klonik nöbetlerde etkili olabilir. Absans nöbetlerinin kontrolünde VPA ve etosüksimid (ESM) LTG'ye üstündür. Tüm jeneralize nöbetlerde VPA LTG'ye üstündür. Fenobarbital ve fenitoin (PHT) geniş spektrumlu olarak değerlendirilmekle birlikte absans nöbetlerini tetikleyebilir veya etkisiz kalabilirler. Ayrıca Lennox-Gastaut Sendromu ve miyoklonik nöbetlerde kötüleşme görülmüştür. Kompleks parsiyel nöbetlerin kontrolünde CBZ VPA'dan üstündür fakat jeneralize tonik klonik nöbetlere ilerleyen parsiyel nöbetlerin kontrolünde birbirine eşittir. *Perampanel* daha önce fokal nöbetler üzerine bilinen etkinliğine ek olarak primer jeneralize tonik klonik nöbetlerin tedavisinde de çok etkili bulunmuştur. Bazı yeni AEI'ler (örneğin lakozamid (LCM), *Ezogabine (EZG)* sadece fokal epilepsiler için test edilmiştir ve spektrumları henüz bilinmemektedir.

Çalışmalar tanı konulma aşamasında fokal ya da jeneralize sınıflamasının ancak yansıma yapılabildiğini göstermiştir, kesin ayrım yapılamamışsa geniş spektrumlu bir AEI seçmek uygundur.

### İlaça başlama/ Dozaj

İlk seçenek antiepileptik ilaç optimal dozlarda kullanılırken nöbetler devam ediyorsa epilepsi tanısı ciddi olarak yeniden gözden geçirilmelidir.

Mümkünse monoterapi tercih edilmeli ve eğer ilk ilaç etkili olmazsa ikinci ilaçla monoterapi önerilmektedir. Eğer başlanan AEI yan etki yapar ya da nöbetler devam ederse ikinci ilaç başlanmalı (ilk seçeneklerden bir başka ilaç veya ikinci seçeneklerden biri); tolere edilebilen maksimum doza yavaşça çıkıldıktan sonra ilk ilaç yavaşça kesilebilir. Eğer ikinci ilaç da yardımcı olmazsa, yan etki ve etkiler gözetilerek, bir başka ilaç başlanmadan, ya ilk başlanan ya da ikinci başlanan ilaç kesilebilir. Kombine ilaç tedavisi, yalnızca, monoterapi denemesinde nöbetsizlik durumu sağlanamazsa tavsiye edilmektedir.

Kombine tedavi de tatmin edici sonuç vermezse, ilaç rejimi, mono veya kombine tedavi biçiminde, etkinlik ve yan etkiler hasta tarafından kabul edilebilir düzeyde olacak şekilde yeniden değiştirilir.

Yeni tanı almış hastalar seçilen ilaç terapötik düzeylere ulaşana kadar yeni bir nöbet açısından risk altındadır. Bu hızla titre edilen veya terapötik dozlarda başlanabilen ilaçlar için bir avantaj sağlar. Bazı AEI'ler, LTG, TPM ve ZNS gibi, tipik olarak uzun titrasyon gerektirir ve bazı hastalarda kullanımlarını kısıtlayabilir. CBZ tipik olarak 1-2 haftada titre edilebilir. OXC, ESL, LCM, LEV, GBP ve PGB'e terapötik dozlarda başlanabilir fakat yavaş titre edildiklerinde daha iyi tolere edildikleri gösterilmiştir.

### Güvenilirlik ve tolerabilite

Geniş ve dar spektrumlu kategorisinde olan pek çok AEI "birinci basamak" olarak değerlendirilir. Yeni tanı almış epilepsili hastaların nöbetleri kronik hastalara göre tedaviye daha iyi yanıtlıdır. Pek çok etkili ilaç olduğu için bu hastalar güvenli ve iyi tolere edilen bir ilaçla tedavi edilmelidir.

Daha eski AEI'ler genellikle güvenli olmakla birlikte karaciğer yetmezliği, aplastik anemi, ciddi alerjik reaksiyonlar gibi yaşamı tehdit eden yan etki riskleri de vardır. Ayrıca uzun süreli kullanımlarında dişeti hiperplazisi, nöropati, konnektif doku hastalığı ve osteopeni gibi yan etkiler yapabilirler.

Yeni AEI'ler içinde VGB'nin kalıcı görme alanı defekti yapabilmesi dışında uzun süreli kullanıma bağlı bildirilmiş majör bir yan etki yoktur. Yeni AEI'ler eskilere göre daha iyi tolere edilebilmektedir.

### Başka komorbid/medikal durumu olan hastalarda AEI seçimi

**Hipersensitivite:** Daha önce AEI'lere veya başka bir ajana karşı döküntü/hipersensitivite öyküsü olan hastalarda böyle bir reaksiyon oluşturmayacak ilaç seçilmelidir. Lamotrijin bu hastalar için optimal bir seçenek olmayabilir. Fenobarbital, CBZ ve PHT arasında çapraz duyarlılık olduğu akılda tutulmalıdır.

## EPİLEPSİ TEDAVİ YÖNETİMİ KILAVUZU

Levetirasetam, GBP, PGB ve VPA düşük hipersensitivite riskine sahiptir ve iyi bir seçenek olabilirler.

**Kilo:** VPA, GBP, PGB ve CBZ gibi kilo artışı yapan ilaçlar obez hastalarda optimal bir seçenek değildir. Topiramet ve ZNS gibi kilo kaybettiren ilaçlar bu grup hastalarda tercih edilebilir fakat çok zayıf ve yeme bozukluğu olanlarda kaçınılmalıdır.

**Böbrek taşı:** TPM ve ZNS taş oluşumu için yatkınlık yaratırlar. Böbrek taşı öyküsü olan hastalarda özel bir neden yoksa kullanımlarından kaçınılmalıdır.

### Karaciğer enzim indüksiyonu

Bir çok eski jenerasyon AEI sitokrom P450 sistemi üzerinden karaciğer metabolizmasında değişikliğe neden olmaktadır. Fenitoin, CBZ, PB ve PRM primidon güçlü karaciğer enzim indükleyicisidir. Daha yeni jenerasyon AEI'lerin karaciğer enzim indükleyici özelliği ya yoktur ya da sadece minimal indükleyici bir etkisi vardır. İndüklenme yarı-ömürde kısaltmaya neden olduğundan daha yüksek dozlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bilinen eşzamanlı ilaç kullanımı ve komorbiditeleri olan hastalarda yeni bir AEI başlarken bu husus göz önünde tutulmalıdır.

### Yeni tanı alan nöbetlerde tedavi

İki ya da daha fazla sayıda geçirilen nöbet sonrası tedavi başlanmalıdır. Tedavinin amacı antiepileptik ilaçların belirgin yan etkisi olmaksızın nöbetlerin tam olarak kontrol altına alınabilmesidir. AEI'lerin karşıt etkileri ve eğer varsa eşlik eden diğer hastalıklar ya da kullanılan ilaçlar da göz önüne alınarak nöbet ya da sendrom tipine uygun ilaç seçilmelidir (Tablo III,IV,V).

Parsiyel (fokal) başlangıçlı nöbetlerin tedavisinde yavaş-salınımlı CBZ , PHT , VPA, LEV, ve ZNS etkinliği en iyi olan ilaçlardır. Gabapentin, LTG, OXC ve TPM da iyi seçeneklerdir. Ama biryıla kadar etkinlik takibi yapan klinik çalışmalarda daha zayıf oldukları bildirilmiştir. Ancak LTG ile PGB'nin karşılaştırıldığı bir çalışmada LTG daha etkili bulunmuştur. Okskarbazepin, TPM, LTG, ve GPB 1980'lerde geliştirilen ve 1990'larda onaylanan yeni ilaçlardır. Bundan dolayı, bunların yeni ilaç olarak kabul edilip edilmeyeceği de halen tartışma konusudur. Bu ilaçların eski AEI'ler kadar etkili olup daha az yan etkiye sahip olduklarına karar verilmesi için halen daha çok veriye ihtiyaç vardır.

Jeneralize tonik-klonik nöbetlerin tedavisinde yine eski ilaçlar ilk sırada gelmektedir. Ancak, tonik-klonik nöbetlere yol açan nöbet sendromu bilinmeyen bir hastada PHT ve CBZ gibi sodyum kanal blokerleri kullanımı altta yatan miyoklonik ve absans nöbetlerinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Etosüksimid tipik absans nöbetleri için LTG ve VPA ile kıyaslandığında en iyi seçenektir.

### Özet ve Sonuçlar

İki ya da daha fazla sayıda geçirilen nöbet sonrası tedavi başlanmalıdır. Tedavinin amacı antiepileptik ilaçların belirgin yan etkisi olmaksızın nöbetlerin tam olarak kontrol

altına alınabilmesidir. Epilepsi hastasında AEİ seçimi dikkatle yapılmalı, AEİ'lerin karşıt etkileri ve eğer varsa eşlik eden diğer hastalıklar ya da kullanılan ilaçlar da göz önüne alınarak nöbet ya da sendrom tipine uygun ilaç seçilmelidir (Tablo 3,4,5). Yeni başlangıçlı epilepsisi olan bir hastanın tedavisinde hekim bir çok faktörü göz önünde bulundurarak en uygun AEİ'yi seçmelidir. Bundan dolayı hekimin AEİ'ların etkinliğini ve yan etkilerini iyi bilmesi gerekmektedir.

#### Tedavide Genel prensipler (Algoritma 4)

1. Tedaviye monoterapi ile başlanmalıdır
2. Düşük dozla başlayıp, kademeli doz artışı yapılmalıdır
3. Günlük aktiviteleri engellemeyecek şekilde günlük 2 doz verilebilen uzun etkili formlar tercih edilmelidir
4. İlaç uyumuna dikkat edilmelidir
5. Nöbetlerin tekrarladığı olgularda ilaç dozu maksimum farmakolojik doza ya da maksimum tolere edilebilecek doza kadar çıkılmalıdır
6. Yanıt alınamayan olgularda diğer alternatif ilaca geçilmelidir

<b>Tablo 3. Antiepileptik ilaçların etkili olduğu nöbet tipleri</b>	
<b>Antiepileptik ilaç</b>	<b>Etkili olduğu nöbet tipi</b>
Benzodiazepinler	Geniş spektrum
Etosüksimid	Absans
Felbamat	Geniş spektrum
Fenitoin	Fokal, Jeneralize tonik- klonik
Fenobarbital	Fokal, Jeneralize tonik- klonik
Gabapentin	Fokal, Jeneralize tonik- klonik
Karbamazepin	Fokal, Jeneralize tonik- klonik
Lakozamid	Fokal
Lamotrijin	Fokal, Jeneralize tonik- klonik, Absans
Levetirasetam	Fokal, Jeneralize tonik- klonik, Miyoklonik
Okskarbazepin	Fokal, Jeneralize tonik- klonik
Tiagabin	Fokal
Topiramet	Geniş spektrum
Valproat	Geniş spektrum
Vigabatrin	Fokal, Epileptik Spazm
Zonizamid	Fokal, Jeneralize tonik- klonik, Miyoklonik

**EPILEPSİ TEDAVİ YÖNETİMİ KILAVUZU**

<b>Tablo 4. Antiepileptik ilaçların etkili olduğu epilepsi sendromları</b>				
<b>Epilepsi Sendromu</b>	<b>İlk sıra AEİ</b>	<b>İkinci sıra AEİ</b>	<b>Diğer AEİ</b>	<b>Kullanılmaması gereken AEİ</b>
Çocukluk Çağının Absans Epilepsisi	Etosuksimid Valproat Lamotrijin	Levetirasetam Topiramet		Karbamazepin Okskarbazepin Fenitoin <i>Tiagabin</i> Vigabatrin
Juvenil Absans Epilepsi	Valproat Lamotrijin	Levetirasetam Topiramet		Karbamazepin Okskarbazepin Fenitoin <i>Tiagabin</i> Vigabatrin
Juvenil Miyoklonik Epilepsi	Valproat Lamotrijin Levetirasetam * (*Monoterapi endikasyonu ülkemizde yoktur)	<i>Klobazam</i> Klonazepam Topiramet Fenobarbital	Asetazolamid Primidon Zonisamid	Karbamazepin Okskarbazepin Fenitoin <i>Tiagabin</i> Vigabatrin Gabapentin
Jeneralize Tonik-Klonik Nöbetler (yalnız)	Valproat Lamotrijin Karbamazepin (nöbetleri artırabileceği de unutulmamalı) Topiramet	Levetirasetam	Asetazolamid	<i>Tiagabin</i> Vigabatrin
Sentro-temporal Dikenli Selim Çocukluk Çağı Epilepsisi	Karbamazepin Lamotrijin Okskarbazepin Valproat	Levetirasetam Topiramet Fenobarbital	Sultiam	



<b>Tablo 4. (Devamı) Antiepileptik ilaçların etkili olduğu epilepsi sendromları</b>				
Oksipital Paroksizmlili Çocukluk Çağı Epilepsisi	Karbamazepin Lamotrijin Okskarbazepin Valproat	Levetirasetam Topiramet Fenobarbital		
Fokal Epilepsiler Semptomatik, Kriptojenik (1981-1989 ILAE sınıflaması)	Karbamazepin Lamotrijin Okskarbazepin Valproat Topiramet Levetirasetam	<i>Klobazam</i> Gabapentin Fenitoin <i>Tiagabin</i> Zonizamid	Asetazolamid Klonazepam Fenobarbital Pirimidon	
Infantil Spazm (1981-1989 ILAE sınıflaması)	Steroid Vigabatrin Valproat	<i>Klobazam</i> Klonazepam Topiramet Lamotrijin Zonizamid		Karbamazepin Okskarbazepin

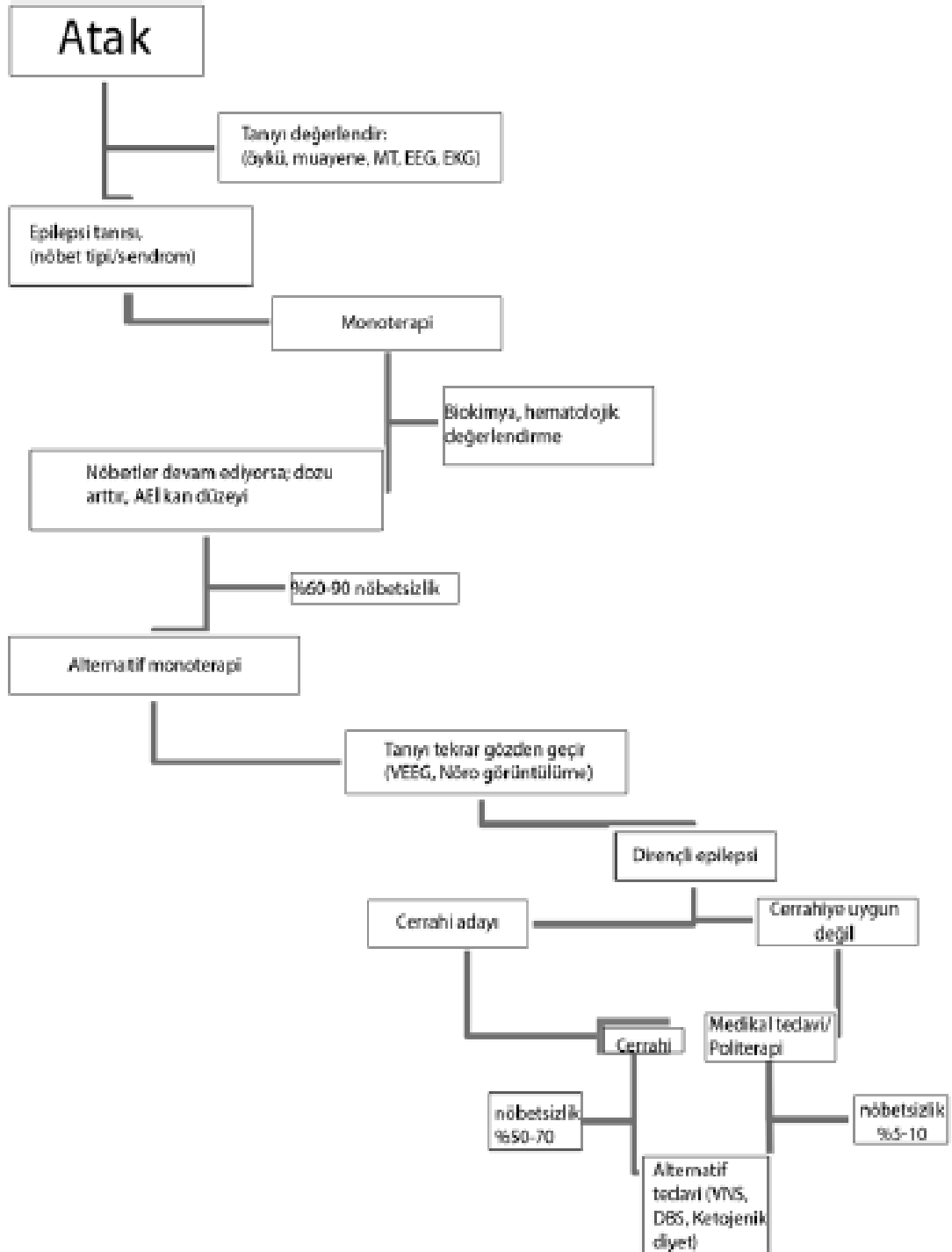
7. İlaç değişimi sonrası ilk ilaca yanıt alınamayan olguların ancak % 20'sinde nöbetlerin kontrol altına alınabileceği akılda tutulmalıdır

8. Tedaviye yanıt alınamayan olgularda; tedaviye uyum, ilaç düzeyleri, ilaç etkileşimleri, araya giren nöbeti tetikleyebilecek diğer faktörler araştırılmalı, gerekirse tanı tekrar gözden geçirilmeli, progresif nörolojik hastalıklar dışlanmalıdır

### Okuma önerileri

- 1.American Academy of Neurology Annual Meeting Congress Book, 2015.
- 2.Brodie MJ, Kwan P. Staged approach to epilepsy management. *Neurology*. 2002 23;58 (8 Suppl 5):S2-8.
- 3.Epilepsi Rehberi (Epilepsi Çalışma Grubu). Türk Nöroloji Derneği, 2007
- 4.Leach JP, Mohanraj R. Treatment of adults with newly diagnosed epilepsy. In: Therapeutic strategies in epilepsy. French JA, Delanty N. Clinical Publishing Oxford 2009, p:119-133
- 5.Shellhaas RA, Dlugos DJ. Treatment of the child or adolescent with newly diagnosed epilepsy. In: Therapeutic strategies in epilepsy. French JA, Delanty N. Clinical Publishing Oxford 2009, p:85-102
- 6.Simon Shorvon. The Principles of drug treatment, Chapter 2; Handbook of Epilepsy Treatment, Second Edit. 2005. vv

## Algoritma 4. Epilepsi tedavisinde basamaklar



## Ek 2: Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Bu anket formu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında "Hekimlerin Kişilik Özellikleri Bağlamında Klinik Rehberlere Yönelik Tutumları ve Kullanım Engelleri" başlıklı Doktora Tezi kapsamında yapılan araştırmada veri toplama amacıyla hazırlanmıştır.

Araştırmada hekimlerin sosyodemografik ve kişilik özellikleri bağlamında klinik rehberlere yönelik tutumlarının, kullanım engellerinin ve rehberleri kullanımlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle ankette yer alan sorulara içtenlikle ve hiçbir soruyu atlamadan yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anket 5 bölümden oluşmaktadır. Doldurulması 15-20 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyerek veya daire içine alarak, açık uçlu sorularda ise sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederim.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki iletişim bilgilerini kullanabilirsiniz.

Adres : Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programı  
Tel : 0 505 633 99 24  
E-posta : selahattinakyuz@hotmail.com

Selahattin AKYÜZ  
Hacettepe Üniversitesi  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı  
Doktora Programı

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

**BÖLÜM 1****1.Doğum tarihiniz**

19.....

**2.Cinsiyetiniz** Erkek  Kadın**3.Medeni durumunuz** Evli  Bekar  Dul/Boşanmış**4.Mezun olduğunuz Tıp Fakültesi**

.....

**5.Tıp Fakültesinden mezuniyet tarihiniz**

.....

**6.Branşınız**

.....

**7.Yandal uzmanlığınız**

.....

**8.Görev Ünvanınız** Pratisyen  Uzm.Öğrc.  Uzman  Yrd.Doç.  Doç.  Prof.**9.Türk sağlık sisteminde kaç yıldır görev yapmaktasınız?** 1 yıldan az  1-5 yıl  6-10 yıl  11-20 yıl  21 yıl ve üzeri**10.Daha önceki çalışma yıllarınızda veya şimdi herhangi bir idari göreviniz oldu mu/var mı?** Evet  Hayır (Cevabınız hayır ise lütfen 12. soruya geçiniz)**11.İdari görevlerde çalıştığınız süre** 1 yıldan az  1-5 yıl  6-10 yıl  11-20 yıl  21 yıl ve üzeri**12.Üye olduğunuz mesleki dernek sayısı** Hiç  1-5  6-10  11 ve üzeri**13.Abone olduğunuz mesleki yayın sayısı** Hiç  1-5  6-10  11 ve üzeri**14.Mesleki yayınları takip sıklığınız** Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık  Çok sık**15.Klinik uygulama rehberleri hakkında Tıp Fakültesinde eğitim aldınız mı?** Evet  Hayır**16.Klinik uygulama rehberleri hakkında mezuniyet sonrasında en son ne zaman eğitim aldınız?** Hiç  1 yıl içinde  3 yıl içinde  5 yıl içinde  10 yıl içinde  11 yıl ve üzeri içinde**17.Klinik uygulama rehberleri hakkında bilgiyi genellikle nereden alıyorsunuz?** Kıdemli Hekimler  İş Arkadaşları  Kurs, Kongre, Sempozyum  Hastane Bilgi Sistemi Mesleki Dernekler  Mesleki Yayınlar  İnternet  Diğer (Lütfen Belirtiniz.....)

Lütfen aşağıdaki kişilik özellikleri ile ilgili ifadelere size en uygun olan yanıtı işaretleyerek cevap veriniz.

S. N.	BÖLÜM 2	Beni Hiç Tanımlamıyor	Beni Çok Az Tanımlıyor	Beni Kısmen Tanımlıyor	Beni Oldukça Tanımlıyor	Beni Tamamen Tanımlıyor
1	Konuşkan biriyim.					
2	Başkalarında hata ararım.					
3	İşini tam yapan biriyim.					
4	Bunalımlı biriyim.					
5	Orijinal, yeni görüşler ortaya koyarım.					
6	Çekingen biriyim.					
7	Yardımsever ve çıkarıcı olmayan biriyim.					
8	Umursamaz biriyim.					
9	Rahatımdır, stresle kolay baş ederim.					
10	Çok değişik konuları merak ederim.					
11	Enerji doluyum.					
12	Başkalarıyla tartışırım.					
13	Güvenilir bir çalışanımdır.					
14	Gergin olabilen bir yapım vardır.					
15	Maharetli, derin düşünebilen biriyim.					
16	Heyecan yaratabilen biriyim.					
17	Affedici bir yapıya sahibim.					
18	Dağınık olduğum söylenebilir.					
19	Çok endişeli biriyim.					
20	Hayal gücüm yüksektir.					
21	Sessiz bir yapıya sahibim.					
22	Genellikle başkalarına güvenirim.					
23	Tembel olma eğiliminde olan biriyim.					
24	Duygusal olarak dengeli, kolayca keyfi kaçmayan biriyim.					
25	Keşfeden, icat eden biriyim.					
26	Atılgan bir kişiliğe sahibim.					
27	Soğuk ve mesafeli olabilen biriyim.					
28	Görevim tamamlanıncaya kadar sabır gösterebilirim.					
29	Dakikası dakikasına uymayan biriyim.					
30	Sanata ve estetik değerlere önem veririm.					
31	Bazen utangaç, çekingenimdir.					
32	Hemen hemen herkese karşı saygılı ve nazik olan biriyim.					
33	İşleri verimli yaparım.					
34	Gergin ortamlarda sakin kalabilirim.					
35	Rutin işleri yapmayı tercih ederim.					
36	Sosyal, girişken biriyim.					
37	Bazen başkalarına kaba davranırım.					
38	Planlar yapar ve bunları takip ederim.					
39	Kolayca sinirlenirim.					
40	Düşünmeyi seven, fikirler geliştirebilen biriyim.					
41	Sanata ilgisi çok az olan biriyim.					
42	Başkalarıyla işbirliği yapmayı severim.					
43	Kolaylıkla dikkati dağılabilen biriyim.					
44	Sanat, müzik ve edebiyatta çok bilgiliyim.					

Lütfen klinik uygulama rehberleri ile ilgili aşağıdaki ifadelere katılım derecenizi, 1'in "kesinlikle katılmıyorum" 5'in "kesinlikle katılıyorum"u ifade ettiği skala üzerinde işaretleyiniz.

S. N.	BÖLÜM 3	Kesinlikle Katılmıyorum				Kesinlikle Katılıyorum
		1	2	3	4	5
1	Uygun bir öneri kaynağıdır	1	2	3	4	5
2	Hasta bakım kalitesini artırabilir	1	2	3	4	5
3	İyi bir eğitim aracıdır	1	2	3	4	5
4	Malpraktis davalarını azaltabilir	1	2	3	4	5
5	Sağlık hizmeti giderlerini azaltabilir	1	2	3	4	5
6	Tarafsız uzman görüşünden oluşmaktadır	1	2	3	4	5
7	Aşırı derecede basitleştirilmiş tıptır	1	2	3	4	5
8	Özellikli hastalara uygulamada esnek değildir	1	2	3	4	5
9	Özellikli hastalara uygulamada pratik değildir	1	2	3	4	5
10	Hekim özerkliğine karşı bir engeldir	1	2	3	4	5
11	Klinik rutin uygulamalar hakkında çok az bilgisi olan uzmanlar tarafından geliştirilmiştir	1	2	3	4	5
12	Hekimin düşüncelerini çok fazla kısıtlamaktadır	1	2	3	4	5
13	Araştırma faaliyetini azaltabilir	1	2	3	4	5
14	Doktorların iş doyumunu azaltabilir	1	2	3	4	5
15	Kalite denetimlerinde kullanılabilir	1	2	3	4	5
16	Yalnızca mesleğe yeni başlayanlar için faydalıdır	1	2	3	4	5
17	Günlük tıbbi uygulamalarda faydalı bir araçtır	1	2	3	4	5
18	Defansif tıbbi uygulamaları azaltabilir	1	2	3	4	5

Lütfen klinik uygulama rehberlerinin kullanımının önündeki engeller ile ilgili aşağıdaki ifadelere katılım derecenizi, 1'in "kesinlikle engel değil" 5'in "kesinlikle engel"i ifade ettiği skala üzerinde işaretleyiniz.

S. N.	BÖLÜM 4	Kesinlikle Engel Değil				Kesinlikle Engel
		1	2	3	4	5
1	Farkında olmamak	1	2	3	4	5
2	Alışkın olmamak	1	2	3	4	5
3	Eski uygulama alışkanlıklarından vazgeçmemek	1	2	3	4	5
4	Rehberlerdeki önerileri gerçekleştirebileceğine inanmamak	1	2	3	4	5
5	İçerik ile ilgili uzlaşının olmaması	1	2	3	4	5
6	Güncelliği ile ilgili uzlaşının olmaması	1	2	3	4	5
7	Rehberleri hazırlayanlara güvensizlik	1	2	3	4	5
8	Hasta için arzu edilen sonuçların elde edileceğine inanmamak	1	2	3	4	5
9	Hasta tercihleriyle uyumlu olmaması	1	2	3	4	5
10	Hasta popülasyonuna uygulanamaması	1	2	3	4	5
11	Erişilebilir olmaması	1	2	3	4	5
12	Kullanılabilir olmaması	1	2	3	4	5
13	Çelişkili rehberlerin bulunması	1	2	3	4	5
14	Zaman yetersizliği	1	2	3	4	5
15	Kullanıcı dostu olmaması	1	2	3	4	5
16	Çoklu hastalığa sahip kişilere uygulanamaması	1	2	3	4	5
17	Rehberlerdeki işlemlerin ödeyici kurum veya sigorta şirketleri tarafından karşılanmaması	1	2	3	4	5
18	Rehberleri uygulamak için gerekli imkânın olmaması	1	2	3	4	5
19	Rehberleri kullanma yönünde teşvik olmaması	1	2	3	4	5
20	Hekimin esnekliğini azaltması	1	2	3	4	5





**Ek 3: Etik Kurul Yazısı**

**T.C.**  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -565

Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

**Toplantı Tarihi** : 11 NİSAN 2017 SALI  
**Toplantı No** : 2017/10  
**Proje No** : GO 17/310 (Değerlendirme Tarihi: 04.04.2017)  
**Karar No** : GO 17/310- 09

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Yusuf ÇELİK' in sorumlu araştırmacı olduğu ve Selahattin AKYÜZ' ün doktora tezi olan GO 17/310 kayıt numaralı, **"Hekimlerin Kişilik Özellikleri Bağlamında Klinik Rehberlere Yönelik Tutumları ve Kullanım Engelleri"** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- |   |   |
|---|---|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan)     | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye)       |
| İZİNLİ                                  |   |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye)   | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye)           |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye)     | İZİNLİ                                      |
|   | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye)             |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye)        | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye)         |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye)       |
| İZİNLİ                                  |   |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye)      | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüseyin TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye)      | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye)          |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye)    | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye)         |
| 9. Prof. Dr. Mintazi Kerem GÜNEL (Üye)  | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye)                 |



## Ek 4: Araştırma İzni Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU  
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
24/04/2017 16:32 - 70629056 - 604.01.02 - E.136



Sayı : 70629056-604.01.02  
Konu : Selahattin AKYÜZ-Araştırma İzni

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sosyal Bilimler Enstitüsü)

İlgi : 17/04/2017 tarihli ve 70629056-67 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı doktora öğrencisi Selahattin AKYÜZ' ün, Prof.Dr. Yusuf ÇELİK danışmanlığında yapılması planlanan "Hekimlerin Kişilik Özellikleri Bağlamında Klinik Rehberlere Yönelik Tutumları ve Kullanım Engelleri" konulu çalışmasının Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmasına ilişkin Hastane Yöneticiliği görüş yazısı ekte gönderilmiştir.

Doktora çalışmasının onay yazısıyla birlikte Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Ar-Ge Birimine başvurarak başlatılması, ilgili sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılması, çalışmanın sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi, çalışma sonunda sonuç raporunun Genel Sekreterliğimize gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Ali EDİZER  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

EK: 1 Sayfa

ÖZETLENİ ELEKTRONİK  
İMZA ASLI İLE AYNIYDIR

25.04.2017  
Hüseyin KILINÇ

Yazışmasını  
yapılacak  
02-05-2017

Talatpaşa Bulvarı No:177 Altındağ Belediye Sarayı İçi 2.Kat 06230  
Altındağ/ANKARA  
Faks No:

e-Posta:tuba.akca@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://ankara1bolge.khb.saglik.gov.tr/



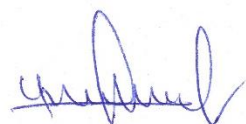
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e5001280-c636-4bd4-baf3-238ea78cf3c2 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Tuba AKÇA

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:+90 312 306 36 36

## Ek 5: Tez Çalışması Orijinallik Raporu

	<b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</b>
<b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</b>	
Tarih: 25/02/2019	
<p>Tez Başlığı: HEKİMLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ BAĞLAMINDA KLİNİK REHBERLERE YÖNELİK TUTUMLARI VE KULLANIM ENGELLERİ</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 201 sayfalık kısmına ilişkin, 25/02/2019 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 8'dir.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç</li> <li>2- <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç</li> <li>3- <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç</li> <li>4- <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil</li> <li>5- <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç</li> </ol> <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p>	
 25/02/2019	
<p><b>Adı Soyadı:</b> Selahattin AKYÜZ</p> <p><b>Öğrenci No:</b> N13240003</p> <p><b>Anabilim Dalı:</b> Sağlık Yönetimi</p> <p><b>Programı:</b> Sağlık Yönetimi</p> <p><b>Statüsü:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Bütünleşik Dr.</p>	
<b><u>DANIŞMAN ONAYI</u></b>	
<p>UYGUNDUR.</p>  Prof. Dr. Yusuf ÇELİK	