



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIPTA
UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN GENEL EMPATİ
DÜZEYLERİ İLE HEKİMLİK EMPATİ
BECERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özge Fatma MENGİ BAŞ

Antalya, 2020



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIPTA
UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN GENEL EMPATİ
DÜZEYLERİ İLE HEKİMLİK EMPATİ
BECERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özge Fatma MENGİ BAŞ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2020

TEŞEKKÜR

Tez çalışmasının planlanması, yürütülmesi ve yazımı esnasında her kademedede vermiş olduğu desteklerinden dolayı değerli hocam Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e,

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bana her aşamada yardımcı olan, bilgi ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen ilgisini hiç esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e ve Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya teşekkür ederim.

Tez araştırmasının ve uzmanlık eğitimimin her kademesinde yardımlarını esirgemeyen birlikte çalıştığım araştırma görevlisi arkadaşlarım ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı personellerine;

Rotasyon yaptığım kliniklerdeki tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Varlığıyla beni hayata bağlayan ve yüzümü güldüren sevgili eşim Cüneyt BAŞ'a ve kızım Nil BAŞ'a;

Ayrıca bugünlere gelmemi sağlayan, hayatımın her döneminde anlayış gösterip destek veren, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim annem Sevim MENGİ'ye ve babam İhsan MENGİ'ye

Teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Şekiller Dizini	vi
Çizelgeler Dizini	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Empatinin Tanımı	6
2.1.1. Bilişsel Empati	7
2.1.2. Duygusal Empati	7
2.2. Empatiyi Etkileyen Faktörler	7
2.2.1. Cinsiyet Farklılıkları	8
2.2.2. Bağlanma	8
2.2.3. Kişilik Özelliği	8
2.3. Tıbbi Bakımda Empati	9
2.4. Tıbbi Bakımda Empatinin Temel Özellikleri	9
2.4.1. Bilişsellik	9
2.4.2. Anlayış	10
2.4.3. İletişim	10
2.5. Empati ve İyileşme İlişkisi	11
2.6. Sağlık Sistemine Empatinin Dahil Edilmesi	13
2.7. Empati ve Hasta Sonuçları	15
2.7.1. Hastalıkta İnsanların İlgilenilme İhtiyacı	15
2.7.2. Klinisyen-Hasta İlişkisi ve Hasta Sonuçları	15
2.7.2.1. Hasta memnuniyeti	16
2.7.2.2. Uyum ve rıza	17
2.8. Malpraktis Davaları	18
2.9. Klinisyenlerin Empati Düzeyi ve Klinik Sonuçları	19

3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırma Evreni ve Zamanı	22
3.3. Araştırmaya Kabul Kriterleri	22
3.4. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri	22
3.5. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler	23
3.5.1. Anketin Kapsamı	23
3.5.2. Toronto Empati Ölçeği	23
3.5.3. Jefferson Empati Ölçeği	23
3.6. Etik Kurul Onayı	24
3.7. İstatistiksel Analiz	24
4. BULGULAR	25
4.1. Çapraz Tablolar	29
4.1.1. Toronto Empati Ölçeği'nin bazı sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılması	29
4.1.2. Jefferson Empati Ölçeği'nin bazı sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılması	32
4.2. Ölçeklerin Güvenilirlikleri	35
4.3. Ölçekler Arasındaki İlişkiler	36
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇLAR	44
7. ÖZET	46
8. ABSTRACT	48
9. KAYNAKLAR	50
10. EKLER	62
Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	62
Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	63
Ek 3. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Gören Hekimlerin Empati Düzeylerinin Uzmanlık Eğitimi Süresince Olan Değişimini Değerlendirme Anketi Formu	66

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANS	Ayna Nöron Sistemi
HIV	İnsan İmmünyetmezlik Virüsü
JSPE	Jefferson Hekim Empati Ölçeği
POS	Kişi Odaklı Uzmanlık
TEÖ	Toronto Empati Ölçeği
TOS	Teknoloji Odaklı Uzmanlık

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) ve Jefferson Empati Ölçeği (JSPE) puanlarının dağılım grafiği	28
4.2. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puanlarının asistanlık yıllarına göre dağılım grafiği	30
4.3. Jefferson Empati Ölçeği (JSPE) puanlarının asistanlık yıllarına göre dağılım grafiği	33
4.4. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) ile Jefferson Empati Ölçeği (JSPE) arasındaki korelasyon grafiği	37

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait bazı sosyo-demografik özellikler	25
4.2. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımları	26
4.3. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin kendileri ve çalışma ortamlarıyla ilgili bilgi ve düşünceleri	27
4.4. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) ve Jefferson Empati Ölçeği (JSPE) puan ortalamaları	28
4.5. Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait TEÖ puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması	29
4.6. Katılımcıların TEÖ puanlarının hekimlerin kendileri ve çalışma ortamlarıyla ilgili bazı bilgi ve düşüncelere göre karşılaştırılması	31
4.7. Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait JSPE puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması	32
4.8. Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait JSPE puan ortalamalarının, hekimlerin kendileri ve çalışma ortamlarıyla ilgili bazı bilgi ve düşüncelere göre karşılaştırılması	34
4.9. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) güvenilirlik tablosu	35
4.10. Jefferson Empati Ölçeği (JSPE) güvenilirlik tablosu	36
4.11. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) ile Jefferson Empati Ölçeği (JSPE) arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)	37

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Empati, bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısı ile bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecidir (1). Başka bir deyişle bir kişinin karşısındakinin bakış açısından dış dünyayı görebilme kapasitesidir (2). Hekimlik açısından empati; hekimin, hastasının bakış açısını ve düşüncelerini anlayabilme ve bunu hastaya geri iletebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (3). Mercer ve Reynolds ise empatiyi “bir hekimin hastanın durumunu, bakış açısını ve duygularını anlama becerisi” olarak tanımlamıştır (4).

Empati ile en çok karıştırılan bir terim olan sempati, karşımızdaki kişi ile aynı düşünceleri paylaşmak, onunla birlikte üzülmek anlamına gelmektedir. Empatide ise karşımızdaki kişi ile aynı düşünceleri paylaşmak gerekmez, karşıdaki bireyi anlamak yeterlidir. Empatide anahtar nokta karşıdaki kişiyi ‘anlamak’ iken, sempatide karşıdaki kişiye ‘hak vermek’ veya ‘duygularına katılmak’ söz konusudur (5).

İyi iletişim becerilerinin yaşamsal öneme sahip olduğu alanlardan birisi de sağlık sektörüdür. Kaliteli ve verimli sağlık hizmeti verilmesinde nitelikli bir hasta-hekim ilişkisi önemli bir yere sahiptir. Bu hasta-hekim ilişkisinin niteliğini belirleyen en önemli unsurlardan biri de hekimin hastasına karşı duyduğu ‘empati’dir. Hekimlik mesleğinde empati bir döngü olarak değerlendirilebilir: Hasta bir duygusunu ifade eder, hekim bu duyguyu tanır ve hastasına onu anladığını hissettirir ve son olarak hasta da hekime duygusunu iletmiş olduğunu bildirerek karşılık verir. Buna ‘Empati Döngüsü’ denir (6). Empati sürecinde hekim, elde ettiği bilgilerle duygusal iletişim konusunda hastayı giderek daha doğru biçimde algılayabilir. Bu şekilde döngü tamamlanır (7).

Hastaya empati ile yaklaşılması hekime duyulan güveni artırmaktadır. Hastalar kendilerini anlaşılmış ve cesaretlendirilmiş hissederler. Böylece hastaların tedaviye uyumu ve tedavi başarı oranları da artmaktadır. Ayrıca empati ile yaklaşılan hastalarda plasebo etkisi de gözlenmiştir (8). Empati hastaları psikolojik olarak da etkiler. Psikolojik etkilerinin yanında kan basıncı regülasyonunda düzelme veya semptomlarında azalma gibi nesnel etkileri de görülmektedir (9).

Hastaların anksiyeteleri azalır ve memnuniyetleri artar. Hastaların memnuniyet ve tedavi uyumlarının artmasının sonucu olarak hekim, hastasının iyi tıbbi sonuçlarını görmekte, hekimin mesleki tatmininde ve iş doyumunda artış görülmektedir. Bu da, son zamanlarda üzerinde oldukça durulan, hekimlerdeki tükenmişlik duygusunu azaltmaktadır (10).

Diğer kişisel özellikler gibi empati de kişiden kişiye değişkenlik göstermektedir. Bunun nedeni kişiyi etkileyen sosyal, eğitimsel, deneyimsel ve birçok kişisel faktöre bağlı olabilir (3). Kişiler arası iletişim kapsamında yer alan hasta-hekim ilişkisi; rahatlama, problem çözme, stresi giderme, bilgi verme, ilişkileri biçimlendirme ve sürdürme, duyguları açıklama, ikna etme, karar verme gibi birçok amaca hizmet eder. Katılımcı mesaj paylaşımı olarak tanımlanabilen iletişimde amaç sorunların çözülmesi ve gereksinimlerin karşılanmasıdır. İletişimin dayandığı temel koşullar ise karşımızdaki kişiye saygı duymak, gerçekçi ve doğal davranmak ve empati kurmak olarak özetlenebilir. İletişimde doğru mesaj alışverişinin en etkili ve en güvenilir uygulama biçimi olan “empatik iletişim” ile hasta memnuniyeti artmakta, tıbbi uygulamalardan olumlu sonuç alabilme olasılığı artış göstermektedir. Ancak Hekimin kişiliği, rolü, hastaya bakış açısı, kullandığı beden dili, mesleğine sevgisi, maddi ve manevi açıdan iş doyumunu, tükenmişlik düzeyi gibi hekime dayalı etkenler ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyokültürel özellikler, kişilik yapısı ve psikolojik durum gibi hastaya dayalı etkenler hasta-hekim ilişkisini belirleyen temel unsurlardır (11).

Empatinin kişiler arası iletişimdeki önemi bilindiği için, empatik becerileri artırmak amacıyla birçok meslek dalında empati eğitimi verilmektedir. Özellikle tıp alanında empati eğitimi büyük önem taşımaktadır. Empatik iletişim becerisi tıp alanındaki diğer beceriler gibi hekimlere öğretilen bir yetidir (6). Bu eğitim sayesinde; doğru öykü alınması, tedavi uyumunun artması, hekimin zamanını daha etkin kullanması, sağlık kaynaklarının gereksiz meşgul edilmesinin önlenmesi gibi yararlar sağlanabilir (11). Teknolojiye dayalı tanı yöntemlerinin kullanımının artmasıyla birlikte hasta-hekim iletişiminin giderek azaldığı, hekimlerin giderek daha fazla bilim ve teknoloji konularına odaklanmaları sonucunda, hastalarını anlamayan veya şefkat göstermeyen hekimler yetiştiği; bunu önlemek için

hekimlerin öncelikle stetoskopun ucunda düşünen ve hisseden insanlar olduklarını kabul etmelerinin önemli olduğu bildirilmektedir (12, 13).

Falvo ve Tippy'nin 29 hekim üzerinde yaptıkları çalışmalarında hekimlerin %50'sinden fazlasının hastaları bilgilendirmedikleri, %38'inin hastalara kullanmaları gereken ilaçları tam olarak anlatmadıkları saptanmış, bunun nedeninin de hekimlerdeki empati kurma eksikliği olduğu ifade edilmiştir (14). Beckman ve Frankel 74 hekim ve hastaları üzerinde yaptıkları inceleme sonucunda, hastaların ancak ortalama 18 saniye sözleri kesilmeden hekimlerle muhatap olduklarını, bundan sonra hekimlerin kendileri için gereksiz kelimeleri duymak istemediklerini; hekimlerin hastaların özel hayatları, duygu ve düşüncelerine önem vermediklerini, bundan dolayı sadece hastalıkların teşhis ve tedavisi için gerekli soruları sorup hemen hastanın yanından ayrılmak istediklerini belirtmişlerdir (15).

Hojat ve ark. 704 hekim üzerinde Jefferson Empati ölçeğini kullanarak gerçekleştirdikleri araştırmada kadınların erkeklere göre daha fazla empati kurduklarını; psikiyatristlerin, ortopedi, nöroloji, anesteziyoloji, radyoloji, kalp-damar, jinekoloji ve genel cerrahi dallarında uzmanlaşan hekimlere göre daha fazla empati kurduklarını tespit etmişlerdir. Ayrıca, psikiyatristlerle, pediatri, acil servis ve aile hekimlerinin empati kurma değerleri arasında bir fark olmadığını belirlemişlerdir (16).

Park ve arkadaşlarının 4 üniversite hastanesinde toplam 317 asistan hekim üzerinde yaptıkları çalışmada, hekimlere Jefferson Empati Ölçeği (HP versiyonu) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği uygulanmış, empati puanlarının kadın, evli ve çocuklu olanlar ile iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, acil tıp ve psikiyatri gibi kişi odaklı uzmanlığa (POS) sahip olanlarda anesteziyoloji, beyin cerrahisi, genel cerrahi ve radyoloji gibi teknoloji odaklı uzmanlıklara (TOS) göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Söz konusu çalışmada empati ve tükenmişlik durumu uzmanlık dalı ve eğitim yıllarına göre analiz edildiğinde, POS grubunda birinci yıla göre dördüncü yıldaki hekimlerde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek empati puanları saptanırken, TOS grubunda birinci yıldan dördüncü yıla doğru empati puanlarında azalma olduğu gözlenmiştir. Her iki grupta da yıllara göre tükenmişlik skorlarında anlamlı farklılık gözlenmemiştir (17).

Walocha E. ve arkadaşlarının 2013 yılında 25'i kadın 46'sı erkek toplam 71 hekim üzerinde yaptıkları çalışmada, hekimlere Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Duygusal Empati Ölçeği ve Tematik Görüşme Testi uygulanmış, cerrahi olmayan uzmanlık alanlarında empati ve emosyonel tükenmişlik düzeylerinin cerrahi uzmanlık alanlarına mensup hekimlere ve aile hekimlerine göre daha yüksek olduğu, tüm grup için duygusal tükenmişlik düzeyi, duyarsızlaşma düzeyi ile toplam tükenmişlik ve empati düzeyleri arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür (158).

Penšek ve Selic'in 2018 yılında yaptıkları çalışmada (19), 319 aile hekimine Jefferson Empati Ölçeği (HP versiyonu) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği uygulanmış, katılımcıların %24,8'inde yüksek bir tükenmişlik olduğu tespit edilmiştir. Çok değişkenli analizlerde, asistanların aksine uzmanlarda daha yüksek bir "Duygusal Tükenme" ve "Duyarsızlaşma" ile daha düşük bir "Kişisel başarı" olduğu bildirilmiş, daha fazla iş tecrübesine sahip, kırsal kesimde çalışan, günde 40'tan fazla hastayla ilgilenen ve kronik bir hastalığa sahip olan yaşlı hekimlerde de "Duygusal Tükenme" düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Lee ve arkadaşlarının 446 asistan hekim üzerinde yaptıkları çalışmada, toplam ve alt grup empati puanlarında, farklı eğitim dönemleri arasında istatistiksel anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir. Bununla birlikte, asistan hekimlerin %80,7'sinin "Duygusal Tükenme", "Duyarsızlaşma" veya "Kişisel başarı" alt alanlarından en az bir tanesinde tükenmişlik olduğu, farklı eğitim dönemleri arasında tükenmişlik açısından istatistiksel anlamlı farklılıklar bulunmadığı saptanmıştır (20).

Ülkemizde Uyar'ın Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde araştırma görevlilerinin empati düzeyi ile iş doyumu ve tükenmişlik arasındaki ilişkilerinin değerlendirilmesini amaçladığı tez çalışmasında (21), 248 asistan hekim üzerinde Jefferson Hekim Empati Ölçeği (Hekim versiyonu), Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği uygulanmış, yaş, cinsiyet, medeni durum, aktif hekimlik süresi, haftalık çalışma süresi, sosyal aktive sahibi olması, sigara ve alkol tüketimi, tekrar aynı mesleği tercih etme ile empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Duygusal tükenmişlik düzeyi cerrahi uzmanlık alanlarında çalışan hekimlerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuş,

empati ve iş doyumu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Empati konusunda yapılmış diğer çalışmalarda da kadınların empati becerilerinin erkeklerden daha yüksek olduğu (22), pratisyen hekimlerin diğer uzmanlık alanı hekimlerine göre daha yüksek oranda empati yaptıkları gösterilmiştir (23).

Empati, hekim-hasta ilişkisini etkilediği için tıp eğitiminin önemli unsurlarından birisidir (19). Bu ilişkinin iyi olması hem sağlık standartlarının artırılmasında hem de hasta güvenliğinin sağlanmasında önemlidir (24). Bu nedenle tıp öğrencilerinde olduğu gibi, mezuniyet sonrası tıpta uzmanlık eğitimlerinde de hekimlerin empati yeteneklerini geliştirecek yönde planlamanın yapılmasının çok önemli olduğu kabul edilmektedir (24). Hekimlerin empati düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenerek ortadan kaldırılması ve empati düzeylerini artırmak için eğitimler planlanmasının, empati yetisi daha güçlü hekimler yetiştirmeyi sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmayı yapmamızdaki amaç, tıpta uzmanlık eğitiminde klinik empati düzeylerinin saptanması; hasta-hekim iletişiminde ve sağlık hizmeti sunumunun kalitesinin artırılmasında çok önemli bir yere sahip olan empatinin uzmanlık eğitimi boyunca değişiminin değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Empatinin Tanımı

Empatinin kökeni öz bilinçtir. Titchener ilk olarak 1900'lerin başlarında empati terimini, Almanca “*emfühlung*” kelimesinin İngilizce çevirisi olarak kullanmıştır. Ondokuzuncu Yüzyıl Almanya’ında estetik üzerine yapılan kapsamlı felsefi tartışmalar sırasında Robert Vischer, sanatla ilgili olarak *Einfühlung* kavramını tanıtmıştır. Theodor Lipps daha sonra onu sanattan görsel yanılsamalara ve kişilerarası anlayışa genişletmiştir. Lipps, *Einfühlung*'un temel olarak eski sempati kavramına benzediğini, kendini başka bir kişinin ya da nesnenin yerinde hayal etme süreci olduğunu bildirmiştir. Edward Titchener bunun farklı bir anlamı olduğunu ileri sürmüş ve empati terimini çeviri olarak kullanmıştır. Bu terim, önce psikolojide, daha sonra yaygın bir şekilde diğer alanlarda benimsenmiştir (25). Wispé empatinin tam kelime anlamının “*hissetmek*” olduğunu belirtmektedir (26). Başka bir deyişle, empati korku, neşe, utanç, suçluluk ve sevgi, hüznün, öfke, şehvet ve acı gibi temel duyguları içeren durumlarda kendini başkalarının duygusal ve zihinsel olarak yerine koyma yetisini ifade etmektedir (27).

Geçmişten günümüze empati tanımlarına ilişkin birçok ifade kullanılmıştır (29). Bu ifadelerin bazıları aşağıda yer almaktadır:

Wispé (1986); empatiyi kendini tanıyan biri tarafından, yargısız bir şekilde başka bir benliğin olumlu ve olumsuz deneyimlerini anlama çabası olarak ifade etmiştir (26). Zahavi (2008); başkalarının deneyimlerine yönlendirilen temel niyet biçimi (30), Rogers (1993) ise; bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısı ile bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve karşısındakine bu durumu yansıtması sürecidir şeklinde tanımlamıştır (31).

Araştırmacıların çoğunluğu, duygusal empati ve bilişsel empati olarak empatiyi iki başlık altında toplamaktadır. Duygusal empati, bir bireyin başkasının üzüntüsüyle ilgilendiği otomatik ve bazen bilinçsiz bir süreç olarak; bilişsel empati ise başkalarının duygularının sebeplerini kendi bakış açılarıyla anlaşılabilceği bilinçli bir süreç olarak tanımlanmaktadır (33).

2.1.1. Bilişsel Empati

Bilişsel empati, başka bir kişinin ne hissettiğini duygusal olarak yaşamak yerine, bilişsel olarak anlama süreciyle birlikte onun bakış açısına sahip olma şeklinde tanımlanmaktadır. Mead'a göre bilişsel empati, bireyin uygun sosyal tepki verebilmesi için karşısındaki kişinin rolünü almasıdır (34). Staub bilişsel empatiyi, karşıdaki bireyin içsel durumu, düşünceleri, duyguları ve niyetinin bilişsel olarak farkında olunması şeklinde açıklamaktadır (28). Bilişsel empatiye ağırlık veren görüşlerde, empati söz konusu olduğunda duygular önemli olsa da empatinin temel bileşeninin düşünme (biliş) olduğu ileri sürülmektedir (35). Bilişsel empati, düşünmeyi ve dikkatli gözlemi gerektirirken aynı zamanda karşıdaki bireyin duygularını hem sözel hem de sözel olmayan ipuçları ile anlamlandırma becerisini içermektedir (28).

2.1.2. Duygusal Empati

Empatinin duygusal boyutu, empatinin önemli bileşenlerinden biridir. Rogers (1993) duygusal empatiyi, bireyin karşısındaki kişinin duygularına duyarlı olma ve onun yaşadığı duyguları paylaşabilme becerisi olarak belirtmektedir (31). Meeus (2007) ise, bireyin karşısındaki bireyin duygularını hissedebilmek ve bu bireyin duygu durumuna göre en uygun davranışı sergileyebilmek olarak ifade etmektedir (32). Duygusal empatide kişinin duygularını hissetmede bilişsel ve zihinsel süreçler yerine; kişinin ses tonu, mimikleri vb. gibi ipuçlarından yararlanmak yer almaktadır. Yeni doğmuş bebeklerin bile duygusal empati duyarlılığına sahip olabilmesi bilişsel boyuttan ayıran en önemli özelliklerden birisidir (33).

2.2. Empatiyi Etkileyen Faktörler

Her birey gelişimsel, sosyal, kişisel faktörlere bağlı olarak farklı empati düzeyine sahip olabilmektedir. Empati düzeyini etkileyen faktörlerden bazıları aşağıda yer almaktadır.

2.2.1. Cinsiyet Farklılıkları

Kadınlar ve erkekler arasındaki farklılıklar uzun zamandır tartışılmaktadır. Kadınların erkeklere göre daha hassas duygulara sahip olmalarından dolayı empatik ilişkilere de daha duyarlı oldukları öne sürülmektedir (36). Araştırmalar, kadınların empatik ilişkiler kurma konusunda erkeklerden daha iyi olduklarını göstermektedir (37). Ayrıca araştırmaların çoğunda, kadın hekimlerin kendilerini erkek hekimlere göre daha empatik gösterme eğiliminde oldukları ifade edilmektedir (38,39). Bu sonuçların zamanla veya farklı kültürlerde değişebileceği belirtilmektedir.

2.2.2. Bağlanma

Ebeveynlerle çocukların ilişkilerinin kalitesi gelişimsel faktörlerden etkilenmektedir. Bağlanma teorisyenleri insanların geçmiş ve mevcut ilişkilerinin, içsel çalışma modellerinin, bağlanma ile ilgili durumlarda davranışlarını yönlendirdiğini belirtmektedirler (40). Tıbbi bir ortamda çocukluklarında anneleriyle olan ilişkilerinden oldukça memnun olan tıp öğrencileri, ilişkilerinden memnun olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek empati puanları elde etmişlerdir (39).

2.2.3. Kişilik Özelliği

Yetkin bir klinisyenin başarısını ve empati düzeyini kişisel özellikleri etkilemektedir. Son yirmi yılda araştırmacılar fikir birliğine vararak bireysel özellik farklılıklarının beş faktörle özetlenebileceğini belirtmiştir: açıklık, vicdan, dışa dönüklük, anlaşılabilirlik ve nörotizmdir (41). Bu, kişilik farklılıklarının yalnızca beş özelliğe indirgenmesi anlamına gelmemekte, bu beş faktörün insanların kişiliğini en geniş kavramsal düzeyde belirttiği kabul edilmektedir (42). İnsanların kişilerarası ilişkilerde nasıl davrandıkları bireysel özelliklerine göre belirlenebilir ve empati kişisel özelliklerle orantılı olabilir. Bununla birlikte, kişilik ve empati arasındaki ilişkiyi araştıran literatürün sınırlı olduğu da ifade edilmektedir.

Kişilik özelliği olarak vicdanlı olmak saldırgan davranışları engellemektedir (43). Düşük nörotizmin sosyal davranışlarla ve endişeyle ilgili olduğu ileri sürülmektedir (44). Sonuç olarak, empati puanları ile insan ilişkilerinin kişilik ölçütleri arasında anlamlı bir korelasyon beklenmektedir (39).

2.3. Tıbbi Bakımda Empati

Araştırmacılar, empatinin tıp alanındaki yararına ilişkin çeşitli araştırmalar yapmışlar ve farklı sonuçlar elde etmişlerdir. Bazıları, bir hekimin her hastayla gerçekten empati kurmasının mümkün olmadığını, bunun zaman kısıtlılığı nedeniyle duygusal olarak zor olacağını savunmaktadırlar (45).

Hojat,"hastalık, hastayı anlamadan anlaşılamaz ve şifa, ilaç verildiğinde değil, hastaya hizmet edildiğinde başlar " şeklinde ifade etmektedir (45). İyi bir hekim olmak için her zaman gerekli olan bir özellik, iyi bir dinleyici olmaktır. Her hasta, hasta olarak değil, birey olarak tedavi edilmek ister ve hekiminin durumunun tıbbi olmayan yönlerini anladığından emin olmak ister. Hekim hastayı dikkatle dinliyor olabilir, ancak hastanın bunu bilmesinin tek yolu hekimin hastanın endişelerini anladığını göstermesi, yani empati kurarak hastanın sorularını yanıtlamasıdır. Hastayı tedavi etmek sadece ıstırapı hafifletmek veya sadece hastalığı tedavi etmek değil empati içeren klinik becerilerin uygulanmasını içermektedir (3, 46).

2.4. Tıbbi Bakımda Empatinin Temel Özellikleri

Empati kuramları, empati tanımını ve kavramsallaştırılmasını klinik bir ortamda sağlamaktadır. Araştırmacılar, tıbbi bakımda empati tanımını şu şekilde ifade etmektedirler: "Empati, hastanın deneyimlerini, kaygılarını ve bakış açılarını bir araya getirmeyi (hissetmekten ziyade) anlamayı içeren, ağırlıklı olarak bilişsel (duygusal değil) bir niteliklidir (45). Bu tanım, empatinin üç özel özelliğini vurgulamaktadır: Bilişsellik, anlayış ve iletişim.

2.4.1. Bilişsellik

Hasta bakımı bağlamında empati bilişseldir, bilişsel bilgi işlemeye ilişkin literatüre dayanmaktadır. Empati, klinik muhakemenin temeli olarak görülen akıl yürütme ve değerlendirme gibi zihinsel faaliyetlerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (45). Deneyimli terapistler hastanın üzüntüsüne duygusal geri bildirimler yerine bilişsel tepki gösterme eğilimindedir (54). Tıbbi bakımda bilişsellik ve duygu arasındaki ayrım, hasta sonuçlarıyla ilgili farklı sonuçlardan

dolayı önemlidir (45). Klinisyenlerin hastalarına ilişkin duygularını, kararlarını engellemeden, hasta hakkındaki anlayışlarını geliştirmek için gerekli ölçüde deneyimlemelerinin yararlı olacağı ileri sürülmektedir (55). Klinisyenlerin hastaları ile aralarındaki duygusal mesafeyi koruyabilmeleri için bilişsellik kavramı önemlidir (56, 57).

2.4.2. Anlayış

Başka bir kişinin duygularını ve davranışlarını anlamak, hasta bakımının uygulanmasında empatinin anahtar özelliğidir (59). Hastanın fiziksel, zihinsel ve sosyal dünyasını anlamak, temel bir insan ihtiyacını karşıladığı için önemlidir (45). Hasta bakımında empatinin kavramsallaştırılmasına anlayışın dahil edilmesi hastanın iç dünyasını hissetmeye dayanır. Klinisyenlerin hastayı anlamaları için kendi kişisel, klinik rollerini ve dünyayı hastanın gözleriyle görme yeteneğine sahip olmaları önemlidir. Empati, klinisyenin hastanın bakış açısını, kaygılarını ve deneyimlerini giderek daha doğru bir şekilde anlamaya çalıştığı dinamik bir süreçtir. Bu yeteneğe doğru empati denmektedir ve klinisyenin hastanın mevcut duygularına olan duyarlılığını ve bu empatik anlayışı hastaya iletme sözlü yeteneğini içermektedir (59). Doğru empati sergileyen bir klinisyen, "Sizinleyim" mesajını iletmenin yanı sıra, hastanın endişeleri ve deneyimlerine daha kolay uyum göstermektedir.

2.4.3. İletişim

Hasta bakımında empati sadece klinisyenin hastasını tam olarak anlama yeteneğine bağlı değildir, aynı zamanda klinisyenin bu anlayışı hastaya geri bildirme yeteneğine dayanır. Klinisyenler hastalarının bakış açısını anlasalar bile, hastaları tarafından empatik olarak algılanmayabilirler (60). Empatik anlayışı ifade etmek için klinik etkileşimlerde birçok yol vardır (61). Klinisyenin bu anlayışı iletebilme yolları; doğrulama, kendini açıklama, yeniden ifade etme, metafor ve/veya empatik anlayışın ifadesidir. Empatik iletişim hastayı desteklemekte ve klinisyenin klinik yeterliliği ile ilgili bilgi vermektedir (62). Yapılan bir araştırmada, empatik iletişimin hastalarda anksiyeteyi azaltarak doğrudan tedavi edici olduğu belirtilmiştir (3). Hasta, hekiminin durumunu ve çekincelerini

anladığını hissettiğinde, hekimine güvenerek kendini daha rahat ifade edebilir. Birinin öyküsünü anlatma süreci terapötik olabilmekte; ayrıca iyileşme sürecini kolaylaştırmaya da yardım edebilmektedir (62). Dahası, hastalar genellikle fiziksel hastalıklar (somatizasyon) olarak ortaya çıkabilecek psikososyal endişelerini açıkça ifade etmemektedirler (63). Somatoform bozuklukların prevalansının yüzde 30 olduğu tahmin edilmektedir (64) ve bu durum sadece hastayı dikkatlice değerlendiren bir hekim tarafından tanımlanabilmektedir (65).

2.5. Empati ve İyileşme İlişkisi

Empati ile hastaların tedavisi arasında çok güçlü bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır (47). Empati hekimlerin hastalarının durumunu anlamalarına ilişkindir. Bu anlayış hastaya saygı duyulmasını ve onaylanmasını sağlamaktadır. Empati, hasta ve hekim memnuniyetini arttırmakta, hastanın tedavi sürecinde yer almasında katkıda bulunmakta ve hasta sonuçlarını iyileştirmektedir. Ayrıca, empati, hastadan elde edilen öykünün kalitesini artırarak hekimlerin tanı yeteneğini geliştirmeye yardımcı olmakta, yanlış iletişim ve dava oranlarını azaltmaktadır (47).

Sağlık hizmetlerinde etkili iletişimin önemli bir bileşeni sağlık okuryazarlığıdır. Okuryazarlık sağlık hizmetiyle bulunduğu zaman, gerçek sağlık okuryazarlığı konusu başlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı olanlar bilgiyi uygulayabilir ve basit çıkarımlar yapabilirler. Bununla birlikte, sağlık bilgileri (sigorta formları, izin formları ve ilaç talimatları) genellikle çok karmaşıktır (49). Bir hastanın sağlık bakımı ortamında bir şeyi anladığına inanması da kolaydır, ancak hekimleriyle konuştuktan hemen sonra hastalar, kendilerine verilen önemli bilgilerin %50'sini veya daha azını hatırlayabilmektedir (50). Özellikle yaygın tıbbi terimleri ve yazılı sağlık malzemelerini iyi anlamayan hastalar, muhtemelen bu hastaların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastalar, sağlık sonuçlarını etkileyebilecek düzeyde iletişim kurmakta zorlanmaktadırlar (50).

Hastaların sadece hastalık değil, aynı zamanda tıbbi bakım konusunda bilinçli kararlar alabilmesi için çeşitli tedavi seçeneklerinin riskleri ve faydaları hakkında bir anlayışa sahip olmaları gerekmektedir. Klinisyenlerin, ayrıca hastaların

değerlerini, tercihlerini ve sağlıkla ilgili inançlarını öğrenmeleri gerekmektedir. Bununla birlikte, klinisyenler ve hastalar sıklıkla sağlık ve hastalıkları farklı mercekler aracılığıyla anladıkları için ortak bir anlayışı başarmak zor olabilmektedir. Sağlık hizmeti verenlerin hastalarla iletişim kurmak için kullandıkları terminoloji, birçok hasta için engel oluşturabilmektedir (66). Düşük sağlık okuryazarlığı oranlarının sağlık bakım sisteminde gezinme, koruyucu sağlık hizmetinden daha az yararlanma, randevuları kaçırma, ilaç talimatlarını takip edememe, tedaviye onay vermeme ve genel olarak daha kötü sağlık sonuçları yaşama gibi zorlukları içeren sayısız sonuçları vardır. Birçok hasta bu beceriye sahip olmadığı için, genellikle belirsizlik, gerginlik ve kaygıya yol açabilecek bilgi eksikliği hissedebilmektedir (47). Düşük sağlık okuryazarlığının sonuçları, daha yüksek sağlık harcamalarına yol açabilmektedir.

Etkili hasta merkezli iletişimde yer alan empati en etkili bileşen gibi görünse de, en çok göz ardı edilen iletişim aracıdır. Bir iletişim aracı olarak empatinin uygun bir şekilde kullanılması hasta hekim ilişkisinde birçok yarar sağlamaktadır. Bunlar:

1. Hastaları semptomlarını ve kaygılarını daha iyi tanımlamaları için teşvik etmek,
2. Daha doğru bir tanıya götüren sağlık bilgilerini toplama ve anlama etkinliğini arttırmak,
3. Hastalara tedavi ve iyileşmelerine katılmaları için yardım etmek,
4. Hastaları terapötik olarak faydalı bir şekilde onurlandırmak ve yatıştırmak (51).

Empati, sözsüz iletişimde de yardımcı olabilir. Klinik ortamlarda sözsüz iletişim, sözsüz endişe ifadelerini anlamaya yardımcı olmaktadır. Bu tür sözel olmayan ifadeler ses tonu, göz teması, bakışları ve bakışlardan uzak durma, sessizlik, kahkaha, gözyaşı gözleri, yüz ifadeleri, el ve vücut hareketleri, titreme, dokunma, fiziksel mesafe, öne veya geriye yaslanma, iç çekiş veya diğer sıkıntı işaretlerini içermektedir (48).

Empatiyi iletişim aracı olarak kullanmak, hastalar için daha başarılı sonuçlara yol açabilmektedir. İletişimin, sağlık sonuçlarını yedi yolla iyileştirdiği düşünülmektedir:

1. Bakıma erişimi geliştirmek,
2. Hasta bilgisini ve ortak anlayışı geliştirmek,
3. Teröpetik ittifakı geliştirmek,
4. Hastaların duygularını yönetme yeteneğini geliştirmek,
5. Aile ve sosyal desteği geliştirmek,
6. Hastanın ve kurumunun güçlendirilmesi,
7. Daha yüksek kalitede kararların alınmasıdır (66).

Empatinin hastalar için gelişmiş klinik sonuçlarla ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır. İtalya'da diyabetli hastalar ile hasta komplikasyonları ve sağlık çalışanlarının empati düzeyleriyle ilişkisini araştıran çalışmada, sağlık çalışanlarının empati puanları, Jefferson Empati Ölçeği kullanılarak ölçülmüştür. Yüksek düzeyde empati puanına sahip olan sağlık çalışanlarının bakım verdiği hastalarda akut metabolik komplikasyon oranının diğer gruba göre daha düşük olduğu bulunmuştur (52).

Empati iletişim için çok önemli bir araçtır ve iletişim şifa olabilir. Konuşma sırasında, hastanın bakış açısını doğrulayan ya da empatik olarak ifade eden bir hekimin, daha az olumsuz duygu ve psikolojik iyilik deneyimlemesine yardımcı olabileceği için hasta açısından terapötik olabilmektedir. Hasta merkezli bir yaklaşım ve etkili iletişim genellikle daha iyi anlama ve daha az gerginlik düzeyleri ile ilişkilidir (53).

2.6. Sağlık Sistemine Empatinin Entegre Edilmesi

Empatinin sağlık hizmetlerinde etkili bir araç olduğu kanıtlanmış olsa da, hekimler genellikle hastayı tedavi ederken kullanmamaktadırlar (66). Sorunun, sadece kullanım eksikliği ile ilgili değil, aynı zamanda birçok hekimin etkili iletişim becerilerine sahip olmaması gerçeği ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Eğitimciler arasında, klinik eğitimin, tıp asistanlarının ve öğrencilerinin empatilerini olumsuz yönde etkileyebileceği konusunda endişeler vardır. Empati, birçok hekimin tıp fakültesi derslerinde aldığı, ancak uygulayamadığı bir beceridir (47). Dahiliye stajyer öğrencilerini içeren bir çalışmada, empati düzeyinin staj başlangıcında yüksek iken staj sonunda azaldığı bulunmuştur. Uzun çalışma saatleri ve uyku

yoksunluğu dahil işle ilgili zorlukların bu azalmaya katkıda bulunduğu düşünülmektedir (47).

Hekimlerde empati eksikliğinin birçok nedeni vardır. Spiro (1992), tıp öğrencilerinin eğitimlerine başkalarına yardım etmek için istekle başladıklarına, ancak zamanla bilinçli bir şekilde duygularını gizleme ya da inkâr etme inancına sahip olduklarını, bunda empati düzeyini azalttığını ileri sürmüştür (67). Spiro, bunun nedeninin, öğrencilerin hastalarına bağlanmadıkları ve tıbbi kararlar alırken hastaları önemsemedikleri olduğuna inanmaktadır. Spiro'ya göre “empati, narsisizm ve izolasyonun üstesinden gelir”. Bunlar, hekimin kendilerine ve kararlarına inanması gereken özelliklerdir (67).

Araştırmalar, sağlık sistemindeki cinsiyet veya meslek gibi diğer faktörlerin de empati düzeyinde azalmaya neden olabileceğini belirtmektedir. Kişi yönelimli uzmanlık alanlarındaki hekimlerin (iç hastalıkları, aile hekimliği, pediatri, rehabilitasyon gibi), Jefferson Empati Ölçeği'nde, teknoloji odaklı uzmanlıklardan (patoloji, cerrahi, radyoloji, anesteziyoloji, vb.) daha yüksek empatiye sahip oldukları bulunmuştur (23). Ayrıca, kadınlar neredeyse her zaman erkeklerden daha yüksek puan almışlardır. Ayrıca, psikiyatri gibi uzmanlık alanlarındaki hekimler anestezi uzmanlarından, ortopedistlerden, beyin cerrahlarından ve radyologlardan daha yüksek puan almıştır (23).

Empatinin sağlık hizmeti ortamına nasıl daha iyi entegre edilebileceğini belirlemek önemlidir. Empati çoğunlukla çocuklukta kurulmaktadır. Bununla birlikte yeniden öğrenilebilir; ancak daha fazla zaman ve emek gerektirir. Yeniden öğrenme empatisinin çoğu, bu deneyimleri ve paylaşmak için deneyim ve iletişimlere bağlıdır (67). Klinik anlatı veya kritik olay yazımını tıp fakültesine entegre etmek için önerilerde bulunulmuştur. Bunun gibi yaratıcı yazarlık, empatinin korunmasına ve hatta arttırılmasına yardımcı olabilmektedir. Rol yapma veya benzetilmiş hasta senaryoları da benzer bir etkiye sahip olabilmektedir (67). İletişim, empatinin önemli bir bileşeni olduğundan, tıp fakültelerinde sunulan hasta görüşme kurslarının bu özelliklerin geliştirilmesine yardımcı olabileceği belirtilmektedir (47).

2.7. Empati ve Hasta Sonuçları

2.7.1. Hastalıkta İnsanların İlgilenilme İhtiyacı

İnsanların ilgilenilme ihtiyacını karşılayan faktörler arasında klinisyen-hasta empatik ilişkileri de dahil olmak üzere aile, evlilik ve sosyal destek gibi durumlar önemlidir (45). Epidemiyolojik araştırmalarda, sosyal ilişki ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin önemli olduğu belirtilmektedir. Sosyal ilişkiler kurmak fiziksel, zihinsel ve sosyal refahı sağlamaktadır (68). Sosyal destek sisteminin yararları aşağıda yer almaktadır (69,70):

- Maddi yardımların sağlanması,
- Empati, önemsenme ve güvence,
- Bireye seçimler yapma ve zorluklarla başa çıkma konusunda yardımcı olacak bilgilerin sağlanması.

Hastalık sırasında izolasyon, olumsuz duygular olabilir ve bu durumlarda insanların destek aramaları doğaldır (71). Bu bireyler hasta olduğunda empatik bir klinisyenin varlığı hastaya sosyal destek sağlamakta ve hastaların sıkıntısı olduğunda yalnız olmadıklarını hissetmelerine yardımcı olabilmektedir (45).

2.7.2. Klinisyen-Hasta İlişkisi ve Hasta Sonuçları

Klinisyen-hasta ilişkisinin kalitesinin hasta bakım sürecini kolaylaştırabileceği ve bu nedenle hasta sonuçları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu fikrini destekleyen çok sayıda araştırma yapılmıştır (72-77). Bu tür araştırma bulgularının hasta bakımındaki empati ile ilgisi, empatinin pozitif klinisyen-hasta ilişkilerinin temel bir bileşeni olduğunu göstermektedir. Tıbbi literatür, klinisyen-hasta ilişkilerinin kalitesinin klinik sonuçlar üzerinde somut bir etkiye sahip olduğu fikrini destekleyen kanıt içermektedir. Örneğin, yayınlanan 21 araştırmanın gözden geçirilmesi sonucunda, araştırmaların 16'sının (%76) etkili hekim-hasta iletişimi ve sağlık sonuçları arasında pozitif, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koyduğu belirtilmektedir (76). Etkili iletişimin unsurları arasında hekimlerin empatik tutumları, destekleyici rolü, hastaların duyguları, deneyimleriyle ilgili kaygılar vardır (76). Aşağıdaki bölümler, yüksek kaliteli klinisyen-hasta ilişkilerinin hastaların memnuniyetini ve uyumluluğunu olumlu

yönde etkiilediği ve malpraktis davalarının ortaya çıkma olasılığını azalttığı fikrini destekleyen tıbbi literatürden bazı kanıtlar sunmaktadır.

2.7.2.1. Hasta memnuniyeti

Hasta memnuniyeti sağlık araştırmalarında yaygın olarak kabul görmüş bir sonuç ölçütüdür (75). Hastaların sağlık hizmeti sağlayıcısından memnun olmaları ve sağlık hizmeti sağlayıcısının tıbbi tavsiyelerine uyma arasındaki ilişki, memnuniyetin sağlık hizmetinin sonucunun önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir.

Hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarından genel olarak memnuniyeti genellikle orta derecede yüksektir (100 puanlık bir ölçekte 70'lerde veya 80'lerde) (78). Hekim ve hasta arasındaki kişilerarası değişimler sıklıkla hastaların memnuniyetinin önemli belirleyicileridir (72). Örneğin, bir meta-analitik çalışma sözel olmayan işaretler (örneğin, dokunma, daha yakın mesafe, göz teması, başını sallama, jestler), sosyal-duygusal konuşma (tıbbi olmayan konular hakkında), olumlu konuşma ve konuşmanın süresi gibi faktörlerin önemli olduğunu belirtmektedir. Hasta memnuniyetinin diğer belirleyicileri, hastaların terapötik sürece katılımı (74), terapötik ilişkiye bağlılığı (yani, hekime bakım için geri dönme isteği), hekimlerin hastalarıyla geçirdikleri süre ve hekimlerin gerektiğinde dinlemeye, ulaşılabilir olmaya istekli olmalarıdır (79). Ayrıca hekimlerin kaygılarını, içtenliklerini ve ilgilerini hastalarına aktarma yetenekleri de hastaların memnuniyetine yol açmaktadır (74). Yukarıda bahsedilen tüm hekim nitelikleri, hasta bakımına empatik katılımın bileşenleri arasındadır.

Hekimlerin empati düzeyi ve hasta sonuçları arasındaki pozitif ilişki, hastaların sağlık sorunlarını daha net bir şekilde ortaya koymasına yardımcı olan empatik bağlılığın sonucudur, böylece daha doğru tanımlar, sağlık sorunlarına daha kabul edilebilir çözümler ve ayrıca tedavi rejimine bağlılık (90) oluşturulabilir. Örneğin, HIV tedavisi gören hastalar, sağlık personeli ile kişilerarası ilişkilerinin kalitesinin hasta bakım memnuniyetlerinde önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir (80). Bir başka çalışmada, hastaların hekimlerinin bilgisi ve kişilerarası iletişim becerilerine ilişkin algılarının hastaların klinik sonuçlardan memnuniyetlerine katkıda bulunduğu ifade edilmektedir (81).

Stajyer hekimler ile çalışma yürüten araştırmacılar hastalara, hekimin nezaketinde ve vücut duruşu gibi sözel olmayan davranışlarından daha fazla bilgi vermesinin, hasta memnuniyetinin kişilerarası ilişkilerle daha fazla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (82).

Hastalar genel olarak empatik ilişkiler kuran sağlık çalışanlarından daha memnun olduklarını bildirmişler (15,83, 84) ve onları daha iyi anlayan hekimlerin tavsiyelerine daha uyumlu olduklarını belirtmişlerdir (75,76, 85). Hastalar genellikle hekimlerin davranışlarını tıbbi bakımdan memnuniyetlerini belirleyen temel faktör olarak görmektedirler (76). Hekimlerin hastaların bakış açılarını anlamaları, hastalara yardım etme algıları empatik anlayış ile hastanın güçlenmesini ve iyileştirme arasındaki bağlantıya destek sağlamaktadır (66). Diyabet hastaları ile yapılan bir çalışmada, diyetisyenlerin empatik anlayışının hastaların memnuniyetini ve hastalığa uyumu arttırdığını ifade etmektedir (86). Özetlemek gerekirse, bir klinisyenin iletişim becerileri ve empatik kaygılarına yansıyan uygulama hastanın memnuniyetine yol açmaktadır.

2.7.2.2. Uyum ve rıza

Tedavi rejimlerine uyum ve rıza gösterme, klinik sonuçlarda yaygın olarak kullanılan diğer göstergelerdir (73,75-88). Her ne kadar "uyum" ve "rıza" terimleri literatürde birbirinin yerine kullanılsa da, anlamları aynı değildir. Rıza; hastanın karar verme sürecine katılmadan klinisyenin tavsiyelerini kabul etmesini ifade ederken (89), uyum; hastanın tedaviyi planlamadaki tercihini içeren daha aktif bir hasta-klinisyen işbirliğini ifade etmektedir (73, 85).

Hekimlerin hastalarını anlamalarının, hastaların tedaviye bağlı kalmaları ve kendilerini daha iyi hissetmeleri ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (90). Pediatrik bir sağlık bakımı ortamında araştırmacılar, hasta çocukların annelerinin endişelerini anlamaya çalıştıklarını algıladıklarında, bakım sunucularının tavsiyelerine daha fazla uyduğunu bildirmiştir (91). Benzer bir çalışmada, hekimlerin empatik anlayışının, çocuk hastanesine yapılan acil ziyaretlerden sonra annelerin olumlu etkilerini ifade ettiklerini ve hekimlerin tavsiyelerine bağlılıklarını arttırdığını göstermiştir (92).

Hastaların hekimlerinin tavsiyelerine uymaktan elde ettiği önemli yararlarla rağmen, iki çalışma önemli sayıda hastanın (%30-60) bu tavsiyeye uymadığını bildirmiştir (93, 94). Bu durumun empati eksikliğine bağlı olduğu ileri sürülmektedir. Hekimlerin empatik becerileri ve kişilerarası ilişki tarzı, hastaların tedavi rejimlerine uyup uymadığını belirleyen önemli faktörler olarak gösterilmiştir (31). Bir hekimin duyarlılığı, ses tonu ve sözsüz iletişim gibi empati göstergelerinin hastaların planlanan randevulara uyumluluğuyla ilgili olduğu gösterilmiştir (33,95). Ayrıca, hekimin empatik davranış göstermediği durumlarda hastanın hekim tavsiyelerini kolayca unutması ve takip randevularını kaçırmaması muhtemeldir (85). Bu çalışmalar, bir hekimin hastalarını empatik olarak algılayışını yansıtan kişilerarası ilişki biçiminin hastaların tedaviye uyumunu arttırabileceğini göstermektedir.

2.8. Malpraktis Davaları

Araştırmalar, sorunlu bir hekim-hasta ilişkisinin, hastanın hekime karşı yasal bir işlem başlatması olasılığını arttırabileceğini göstermektedir. Özellikle bir hekimin iletişim tarzı, davacının böyle bir eylemde bulunma kararında önemli bir faktördür (58,96,97). Ampirik kanıtlar, pozitif bir hekim-hasta ilişkisinin, olumsuz tıbbi sonuçların ciddiyetine bakılmaksızın bu tür bir eylemde bulunma niyetini azalttığını göstermektedir (99). Bir malpraktis avukatı anketinde, malpraktis davalarının %80'inden fazlasının yetersiz hekim-hasta ilişkisine dayandığının tespit edildiği ifade edilmektedir (100).

Bir çalışma, hastaları için empatik kaygı duyan hekimlerin daha iyi tanı koyduklarını ve daha etkili tedaviler sunduklarını belirtmiştir (101). Buna karşılık, hekimler açısından, hastalarla yetersiz empatik ilişkiye yol açan zayıf iletişim becerilerinin hastaları hekime karşı dava açmaya iten en önemli faktör olduğu gösterilmiştir (102). Farklı tıbbi uzmanlıklara yönelik yanlış tedavi iddialarını inceleyen bir çalışmada (103), karıştırıcı faktörler (örneğin, hekimlerin yaşı, eğitimi ve sertifika durumu ve tedavi ettikleri hastalıkların şiddeti) kontrol altına alınmış ve talep oranlarındaki değişimin, hekimlerin akademik başarılarındaki farklılıklarla açıklanamayacağı sonucuna varmışlardır. Bu bulgular ile tutarlı olarak, bir başka çalışmada araştırmacılar, kadın doğum uzmanlarına karşı yapılan yanlış tedavi

iddiaları ile hekimin bakımının kalitesi arasında bir ilişki bulamadıklarını ifade etmişlerdir (104).

Doğum sırasında kalıcı olarak yaralanan veya ölen bebeklerin annelerinin kadın doğum uzmanının kişilerarası ilişkisinden memnun olmamasının (örneğin, dinlememek, açık konuşmamak ve uzun vadeli sonuçları tartışmamak), kadın doğum uzmanının dava edilip edilmediğinin belirlenmesinde ana faktör olduğu bulunmuştur (97). Diğer çalışmalar, hekimin iletişim becerilerinin ve empatik kaygının yanlış uygulama davalarının oluşma riskini azaltan faktörler olduğunu göstermiştir (58,96). İddianameler incelendiğinde ise, hekimlerin hastalarının veya hastalarının ailelerinin bakış açılarını anlamadaki başarısızlıklarının empati eksikliğinin bir göstergesi olduğu, hastaların dava açma kararlarına katkıda bulunan önemli faktörler arasında yer aldığını ortaya koymaktadır (58,96).

2.9. Klinisyenlerin Empati Düzeyi ve Klinik Sonuçları

Terapistlerinin empati düzeylerine ilişkin düşük puanlar veren hastaların tedavilerini erken sonlandırdığı bildirilmiştir. Ayrıca, terapistin empatik ilişkilerde bulunmaması, hastalığın nüks oranları, zayıf terapötik ilişkinin hasta sonuçları için olumsuz olabileceği belirtilmektedir (105). Bazı literatürlerde ise terapistin empati düzeyinin yüksek olması, hastaya olumlu tutum sergilemesi ve hastalığa ilişkin yeterli açıklama yapmasının hastalarda olumlu değişikliklere neden olduğu belirtilmiştir (106). Ayrıca hastalar ve hemşireler arasındaki empatik ilişkiden kaynaklanan pozitif sonuçlar bildirilmiştir (107). Örneğin, psikoterapötik sonuçlar üzerine yapılan araştırmalar, semptomların azaltılmasında en önemli faktör olarak yüksek düzeyde empatik klinisyen-hasta katılımını bildirmiştir (31). Bacharach, bir terapistin empatisinin, tedavi sonuçları ile ilgili olan gerçeklik, somutluk ve kendini açıklama gibi diğer niteliklerle tutarlı bir şekilde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bazı çalışmalar, empatinin psikoterapötik sonuçlarda nedensellik rolünü destekleyen kanıtlar sağlamıştır (98). Kavramsallaştırmadaki değişiklikler ve hasta bakımında empati ölçümündeki çeşitlilik, yukarıda belirtilen çalışmalarda bildirilen empati ve hasta sonuçları konusundaki farklılıkların nedenleri arasında olabilir.

Levinson (1994), hastaların memnuniyeti ve tedaviye bağlılığın hekimlerin empatik becerileri ile doğrudan ilişkili olduğunu, hastaların memnuniyetsizliği ve yanlış uygulama iddialarının da hekimlerinin bu becerilerinin eksikliği ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (59). Hekimlerin empati düzeyinin hastaların memnuniyetine ve tedaviye uyumuna etkisi üzerine yapılan bir çalışmada (87), Güney Kore'deki bir üniversite hastanesinde 550 hastaya anket uygulanmıştır. Sonuçlar, Barrett-Lennard İlişki Envanteri ile değerlendirilmiştir. Hekimlerin empati algılarının, hastaların memnuniyetini ve uyumunu önemli ölçüde etkileyebileceği gösterilmiştir. Araştırmacılar, hekimlerin empatik iletişim becerilerinin geliştirilmesinin, hasta memnuniyetini ve tedaviye uyumu arttırmada en iyi yaklaşımlar arasında olduğu sonucuna varmışlardır. Başka bir çalışmada, empati ve destek ifadelerinin hastaların hekimlerine duydukları memnuniyeti arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (108).

Kendall ve Wilcox (1980), terapistlerin, hiperaktif ve kontrolsüz çocuklarla empatik bir ilişki kurduklarında, çocukların davranışlarının geliştiğini keşfetmişlerdir (109). Hekimlerin empatisi, tedavi gören çocuklar ve anneleri arasındaki pozitif etkileşimlerle belirlenmektedir. Ayrıca yapılan bir araştırmada, hekimlerin empatik davranışları annelerin çocuklarının bakımından duyduğu memnuniyeti arttırmış ve hastalıklarla ilgili endişelerini azaltmıştır (110). Başka bir çalışma, hekimlerin empatik duyarlılık ve güvenilirliğinin, hastaların sağlık hizmetlerinden memnun kalmalarında önemli belirleyici olduğunu ortaya koymuştur (111). Bununla birlikte, hastaların kendi sağlık hizmeti sağlayıcılarının empati konusundaki algılarının klinik sonuçlarının daha iyi olabileceği öne sürülmüştür (112). Bu durum, altı sağlık hizmeti sağlayıcısı (beş aile hekimi ve bir hemşire) tarafından tedavi edilen, soğuk algınlığı olan 350 hasta ile yapılan çalışmada doğrulanmıştır. Çalışma sonuçları (hastaların cinsiyetine, ırkına, eğitimine, iyimserliğine, algılanan stresine, ilk semptomdan beri geçen süre gibi karıştırıcı faktörler kontrol altına alındıktan sonra), hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarının empati düzeyi ile soğuk algınlığı semptomları ve hastanın bağışıklık sisteminde pozitif bir değişiklik ile birlikte klinik sonuçlar arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir (113).

Empatik katılımdaki kişilerarası uyum, bazı sosyal endojen nöropeptidleri veya oksitosin ve vazopressin gibi hormonal değişiklikleri aktive edebilir (114). Ek olarak, ayna nöron sistemi (ANS) olarak bilinen bir dizi nöronun, gözlemci harekete geçiyormuş gibi, hedefe yönelik bir eylem gerçekleştiren başka bir kişiyi gözlemlerken deşarj olduğu gösterilmiştir (115). Başka bir deyişle, deşarj edilen aynı nöron hücrelerinin kümesi, eylemi gerçekte gerçekleştirmeden gözlemleyen veya diğer kişinin duygularını, kaygılarını hisseden kişiyi etkileyecektir. ANS'nin, hasta bakımına empatik katılımın ana bileşeni olan başkalarının deneyimlerini anlamada önemli bir rol oynadığına inanılmaktadır. Bu nedenle, hasta bakımına empatik katılımda ANS'nin bilinçaltı aktivasyonu, pozitif hasta sonuçlarına yol açabilecek hasta-klinisyen senkronize bağlantılarının nörolojik temellerini açıklayabileceği ileri sürülmektedir (115).

Özetle, empatik hekim-hasta etkileşimlerinde yer alan psikososyal ve biyofizyolojik mekanizmaların kombine etkilerinin, hasta bakımına empatik katılımın yararlı etkilerinin altında yatan mekanizmaları anlamada yardımcı olabileceği düşünülmektedir (110, 111).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Bu araştırma, kesitsel şekilde tasarlanmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırma Evreni ve Zamanı

Kesitsel tipte planlanan çalışmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi tıpta uzmanlık öğrencileri oluşturmuştur. Araştırma kapsamında, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili ve Cerrahi Tıp Bölümlerinde yer alan Anabilim Dallarında uzmanlık eğitimi gören 1 - 4. yıl asistanı hekimlerden, her uzmanlık yılından en az 30'ar kişi (5. yıl asistanlardan 10'ar kişi) olmak üzere toplam 262 asistan hekime ulaşılmıştır. Veriler, 01.09.2019 – 31.12.2019 tarihleri arasındaki 4 aylık sürede araştırmaya katılmaya gönüllü olan hekimlere yüz yüze anket görüşmesi uygulanarak toplanmıştır.

3.3. Araştırmaya Kabul Kriterleri

1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde tıpta uzmanlık öğrencisi olmak,
2. Çalışmaya katılmak için onay vermiş olmak.

3.4. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

1. Çalışmaya katılım için gönüllü olmamak,
2. Çalışmaya kaldığı halde anket veya ölçekleri doldurmayıp çalışmayı yarıda bırakmak.

3.5. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler

3.5.1. Anketin Kapsamı

Katılımcılara, 3 bölümden oluşan “Tıpta uzmanlık eğitimi gören hekimlerin empati düzeylerinin uzmanlık eğitimi süresince olan değişimini değerlendirme anketi” başlıklı anket, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Anketin birinci bölümü ulusal ve uluslararası bilimsel literatürde yer alan anket ve çalışmaların kapsamlı bir incelemesinden sonra araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, 17 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Ankette yer alan 1 ile 5 arası soru; sosyo-demografik özellikleri, 6-12 arası sorular, katılımcıların meslek seçimi ve çalışma ortamlarıyla ilgili özellikleri, 13-17 arası sorular ise katılımcıların hastalık varlığı ve maruz kaldığı olumsuz davranışlara yönelik durumlarını belirlemeyi amaçlamıştır.

3.5.2. Toronto Empati Ölçeği

Anketin ikinci bölümünde katılımcıların genel empati düzeyini ölçmek için Toronto Empati Ölçeği kullanılmıştır. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) Spreng ve ark. tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir (116). TEÖ'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması Totan, Doğan ve Sapmaz tarafından Türk üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda 13 maddelik, tek boyutlu, kullanımı kolay ve diğer ölçeklerle korelasyonu yüksek olan TEÖ geliştirilmiştir. Ölçeğin güvenirliği test-tekrar test ve iç tutarlılık (Cronbach alfa) yöntemleriyle incelenmiştir (118). Ölçek empatiyi test eden 13 sorudan oluşmaktadır. Anket soruları 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Puanlama kriterlerine göre “hiç uygun değil”=1; “uygun değil”=2; “biraz uygun”=3; “uygun”=4; “tamamen uygun”=5 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekteki 1- 3 -5 -7 -8- 9 -11- 12 numaralı sorular ters şekilde değerlendirilmeye alınmaktadır. Toplam puan 13 ile 65 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar yüksek empati düzeyine işaret etmektedir.

3.5.3. Jefferson Empati Ölçeği

Anketin üçüncü bölümünde katılımcıların klinik empati düzeyini ölçmek için “Jefferson Hekim Empati Ölçeği” kullanılmıştır. Jefferson Hekim Empati Ölçeği (JSPE) 2001 yılında Hojat tarafından geliştirilmiştir (117). JSPE'nin iki versiyonu mevcuttur: bir versiyon öğrenci (S-Version), diğeri hekim ve diğer sağlık uzmanları

(HP-Version) için geliştirilmiştir. Bizim çalışmamızda hekim ve diğer sağlık uzmanları versiyonu (HP-Version) kullanılmıştır. JSPE-HP 20 madde içermekte olup, orijinalinde 7’li Likert kullanılan ölçeğin, Teke ve ark. tarafından Türkçe kültürüne uygunluk araştırmasında 5’li Likert tipi kullanılmıştır (119). Türkçe JSPE-HP’de anket soruları 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Puanlama kriterlerine göre; “kesinlikle katılmıyorum”=1, “katılmıyorum”=2, fikrim yok=3, “katılıyorum”=4, “kesinlikle katılıyorum”=5 şeklinde puanlanmaktadır. İlk 10 madde olumlu yönde değerlendirilirken son 10 madde ters şekilde değerlendirmeye alınmaktadır. Toplam puan 20 ile 100 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar yüksek empati düzeyine işaret etmektedir.

3.6. Etik Kurul Onayı

Araştırmamız, ‘Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ tarafından, 17.07.2019 tarih ve 2012-KAEK-20 70904504/362 sayılı ve tarihli karar ile onaylanmış olup; bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür.

3.7. İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin gruplar arası analizinde Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi ile normallik analizleri yapılmıştır. Normal dağılıma uyan verilerin iki grup arasındaki karşılaştırmaları için T Testi, üç grup ve üzerindeki karşılaştırmaları için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA Testi) kullanılmıştır. Bu karşılaştırmalarda ileri testler (post-hoc) LSD testi ile yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin iki grup arasındaki karşılaştırmaları için Mann Whitney U Testi, üç grup ve üzerindeki karşılaştırmaları için Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Bu karşılaştırmalarda ileri analizler için ise Mann Whitney U Testi, kategorik verilerin karşılaştırmasında Ki-Kare Testi, ölçekler arası doğrusal ilişki Pearson Korelasyon Testi kullanılarak yapılmıştır. Analizler IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin (n=262) yaş ortalaması 28,19±2,92 idi. Katılımcıların %51,1'i kadın, %37,8'si evli ve %13,7'sinin en az bir çocuğu vardı. Katılımcıların %38,9'u (n=102) birinci asistanlık yılında iken, %24,4'ü ikinci, %16,8'i üçüncü, %14,9'u dördüncü ve %5,0'i ise beşinci asistanlık yılındaydı. Çizelge 4.1 araştırmaya katılan asistan hekimlere ait bazı sosyo-demografik özelliklerini, Çizelge 4.2 katılımcıların asistanlık dönemlerine göre uzmanlık alanı dağılımlarını göstermektedir.

Çizelge 4.1. Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait bazı sosyo-demografik özellikler

Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	134	51,1
	Erkek	128	48,9
Yaş	24-29 yaş	201	76,7
	30-34 yaş	53	20,2
	35 yaş ve üzeri	8	3,1
Medeni durum	Evli	99	37,8
	Bekar	161	61,5
	Dul/Boşanmış	2	0,8
Çocuk sahibi olma durumu	Var	36	13,7
	Yok	226	86,3
Asistanlık yılı	1	102	38,9
	2	64	24,4
	3	44	16,8
	4	39	14,9
	5	13	5,0
TOPLAM		152	100,0

Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımları

Uzmanlık Alanları/ ↓ Asistanlık Yılı →	Asistanlık Yılı										Toplam	
	1		2		3		4		5			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dahili Uzmanlık Alanları												
Aile Hekimliği	16	15,7	8	12,5	10	22,7	0	0,0	1	7,7	35	13,4
Pediyatri	9	8,8	5	7,8	4	9,1	6	15,4	3	23,1	27	10,3
Çocuk Psikiyatrisi	2	2,0	2	3,1	1	2,3	0	0,0	0	0,0	5	1,9
Dermatoloji	0	0,0	2	3,1	2	4,5	0	0,0	0	0,0	4	1,5
Enfeksiyon Hast	2	2,0	0	0,0	0	0,0	2	5,1	0	0,0	4	1,5
F.T.R.	2	2,0	1	1,6	1	2,3	2	5,1	1	7,7	7	2,7
Göğüs Hastalıkları	2	2,0	4	6,3	1	2,3	2	5,1	0	0,0	9	3,4
Halk Sağlığı	0	0,0	1	1,6	0	0,0	3	7,7	0	0,0	4	1,5
İç Hastalıkları	18	17,6	10	15,6	7	15,9	10	25,6	1	7,7	46	17,6
Kardiyoloji	1	1,0	1	1,6	1	2,3	2	5,1	1	7,7	6	2,3
Nöroloji	1	1,0	1	1,6	1	2,3	0	0,0	0	0,0	3	1,1
Nükleer Tıp	1	1,0	1	1,6	1	2,3	0	0,0	0	0,0	3	1,1
Radyoloji	4	3,9	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	7,7	6	2,3
Radyasyon Onkol	2	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8
Psikiyatri	3	2,9	6	9,4	2	4,5	6	15,4	0	0,0	17	6,5
Tıbbi Genetik	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Cerrahi Uzmanlık Alanları												
Adli Tıp	6	5,9	0	0,0	3	6,8	2	5,1	0	0,0	11	4,2
Acil Tıp	7	6,9	6	9,4	3	6,8	3	7,7	1	7,7	20	7,6
Anesteziyoloji	5	4,9	9	14,1	2	4,5	0	0,0	2	15,4	18	6,9
Çocuk Cerrahisi	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Genel Cerrahi	6	5,9	3	4,7	1	2,3	0	0,0	0	0,0	10	3,8
Göz Hastalıkları	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Kadın H ve Doğum	4	3,9	1	1,6	0	0,0	1	2,6	0	0,0	6	2,3
K.B.B.	2	2,0	1	1,6	1	2,3	0	0,0	2	15,4	6	2,3
Üroloji	2	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8
Ortopedi	1	1,0	0	0,0	2	4,5	0	0,0	0	0,0	3	1,1
Tıbbi Patoloji	3	2,9	1	1,6	1	2,3	0	0,0	0	0,0	5	1,9
Toplam	102	100,0	64	100,0	44	100,	39	100,0	13	100,0	262	100,0

Kısaltmalar: FTR= Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon; K.B.B.= Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin ortalama hekimlik yılı $3,57 \pm 2,67$ yıl, ortalama haftalık çalışma saatleri $65,31 \pm 27,68$ saattir. Asistan hekimlerin %87,4'ü (n=229) hekim olmayı kendisinin istediğini; sadece %47,1'i (n=123) çalışma ortamından memnun olduğunu; %59,0'u ise uzmanlık sonrası yandal eğitimi düşünmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %87,3'ü kendisinde bir kronik hastalık bulunmadığını, %57,6'sı birinci derece akrabasında kronik bir hastalık bulunduğunu bildirmiştir. Son 1 yıl içerisinde (ölüm, hastalık, boşanma vb.)

olumsuz bir olay yaşayanların oranı %27,9; asistanlığı süresince hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade edenlerin oranı %67,2; asistanlığı süresince hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü veya yazılı olarak şikayet edilme, mahkemeye verilme vb. bir durum yaşayanların oranı %34,1 olarak bulunmuştur. Çizelge 4.3 araştırmaya katılan asistan hekimlerin kendileri ve çalışma ortamlarıyla ilgili bilgi ve düşüncelerini göstermektedir.

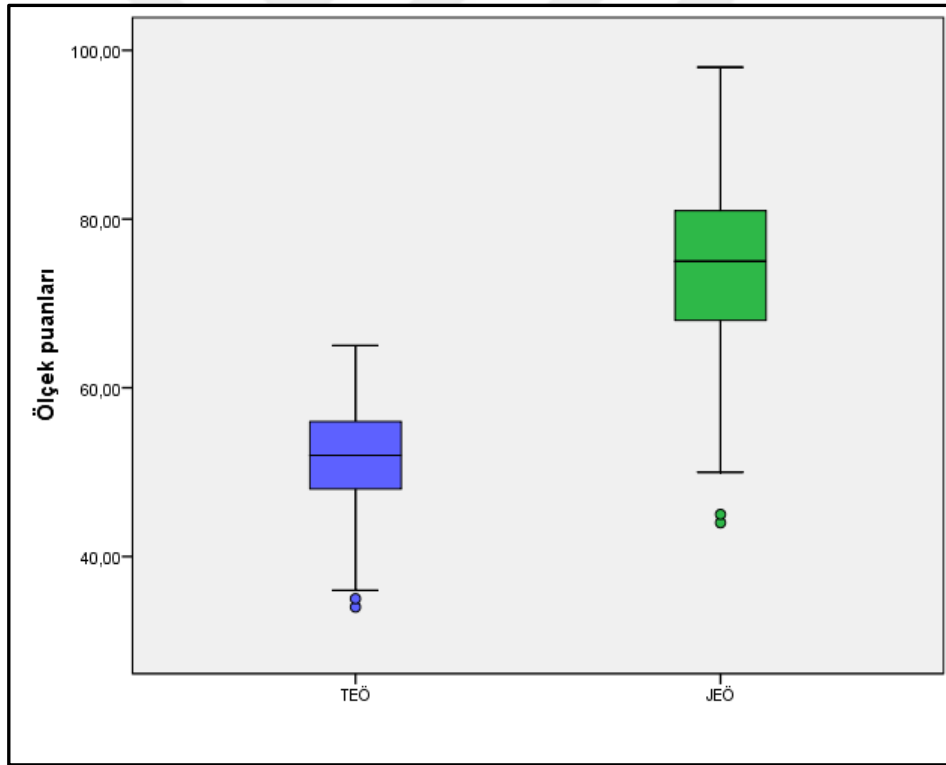
Çizelge 4.3. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin kendileri ve çalışma ortamlarıyla ilgili bilgi ve düşünceleri

Sorular		n	%
Hekim olmayı kendisi mi istedi?	Evet	229	87,4
	Hayır	33	12,6
Çalışma ortamından memnuniyet	Evet	123	47,1
	Hayır	34	13,0
	Kısmen	104	39,8
Uzmanlık sonrası yandal eğitimi düşünüyor mu?	Hayır	154	59,0
	Evet dahili tıp	83	31,8
	Evet cerrahi tıp	16	6,1
	Evet diğer alanlar	8	3,1
Haftalık çalışma saati	40 saat ve altı	81	31,4
	41-60 saat	69	26,7
	61 saat ve üzeri	108	41,9
Kendisinde kronik hastalık varlığı	Var	33	12,7
	Yok	227	87,3
Birinci derece akrabasında kronik hastalık varlığı	Var	151	57,6
	Yok	111	42,4
Son 1 yıl içerisinde (ölüm, hastalık, boşanma vb.) olumsuz olay yaşadı mı?	Evet	73	27,9
	Hayır	189	72,1
Asistanlığı süresince hasta veya yakınları tarafından sözlü veya fiziksel şiddete maruziyet durumu	Evet	176	67,2
	Hayır	85	32,4
Asistanlığı süresince hasta veya yakınları tarafından sözlü veya yazılı olarak şikayet edilme, mahkemeye verilme vb. durumu	Evet	89	34,1
	Hayır	172	65,9
TOPLAM		262	100,0

Araştırmaya katılan tüm asistan hekimlerin (n=262) Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puan ortalaması $52,08 \pm 6,16$ (en düşük değer 34, en yüksek değer ise 65); JSPE-HP puan ortalaması $74,75 \pm 9,85$ (en düşük değer 44, en yüksek değer ise 98) olarak bulunmuştur. Çizelge 4.4 TEÖ ve JSPE-HP puan ortalamalarını; Şekil 4.1 TEÖ ve JSPE-HP puanlarının dağılım grafiğini göstermektedir.

Çizelge 4.4. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) ve Jefferson Empati Ölçeği (TEÖ ve JSPE-HP) puan ortalamaları

	Minimum	Maksimum	Ort.±SS
Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) (min 13, maks 65 puan)	25,00	65,00	$52,08 \pm 6,16$
Jefferson Empati Ölçeği (JSPE) (min 20, maks 100 puan)	44,00	98,00	$74,75 \pm 9,85$



Şekil 4.1. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) ve Jefferson Empati Ölçeği (JSPE) puanlarının dağılım grafiği

4.1. Çapraz Tablolar

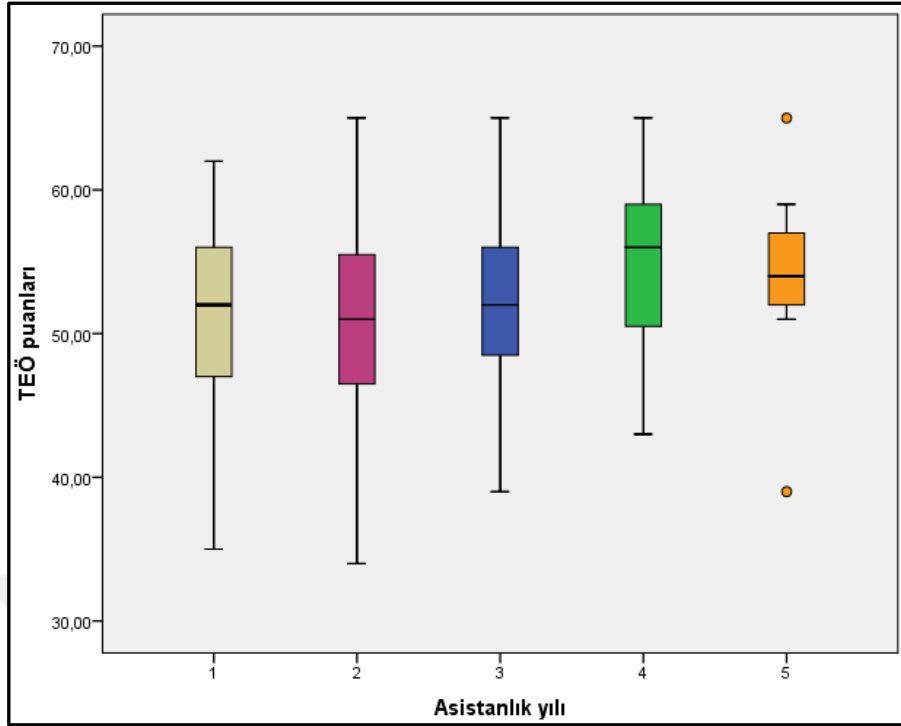
4.1.1. Toronto Empati Ölçeği'nin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Toronto Empati Ölçeği puanlarının, kadınlarda erkeklere göre, 35 yaş ve üzeri hekimlerde 24-29 yaştakilere göre, 4 ve 5. yılındaki asistan hekimlerde 1 ve 2. senesindeki hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Evli, dul ve boşanmışlar ile çocuğu olanlarda daha yüksek ortalamalar görülse de bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Çizelge 4.5 araştırmaya katılan asistan hekimlere ait TEÖ puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılmasını; Şekil 4.2 TEÖ puanlarının asistanlık yıllarına göre dağılım grafiğini göstermektedir.

Çizelge 4.5. Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait TEÖ puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması

		TEÖ puanları Ort.±Ss)	p
Cinsiyet	Kadın	52,90±5,39	0.029*
	Erkek	51,21±6,79	
Yaş	24-29 yaş	51,56±6,04*	0.024**
	30-34 yaş	53,49±6,61	
	35 yaş ve üzeri	55,62±3,20*	
Medeni durum	Evli	52,55±5,92	0.278**
	Bekar	51,72±6,31	
	Dul/Boşanmış	57,00±2,82	
Çocuk sahibi olma durumu	Var	53,47±6,04	0.155**
	Yok	51,85±6,16	
Asistanlık yılı	1	51,54±5,68*	0.012***
	2	50,65±6,88*	
	3	52,50±6,10	
	4	54,69±5,55*	
	5	54,00±5,84*	

* Mann Whitney U Testi, ** Kruskal Wallis Testi, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post hoc:LSD)



Şekil 4.2. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puanlarının asistanlık yıllarına göre dağılım grafiği

Toronto Empati Ölçeği puanlarının, dahili uzmanlık alanlarında yer alan, son bir yıl içerisinde (ölüm, hastalık, boşanma vb.) olumsuz bir olay yaşayan asistan hekimlerde, cerrahi uzmanlık alanında yer alan ve olumsuz bir olay yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). TEÖ puanlarının asistanlığı süresince hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü veya yazılı olarak şikayet edilme, mahkemeye verilme vb. bir durum yaşayan asistan hekimlerde, bu şekilde olumsuz bir durum yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha düşük** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hekim olmayı kendisi isteyenlerde, çalışma ortamından memnun olanlarda, uzmanlık sonrası dahili bir uzmanlık alanında yandal uzmanlık eğitimi isteyenlerde, haftalık çalışma saati 40 saat ve altında olanlarda, kendisinde ve/veya birinci derece akrabasında kronik bir hastalığı olanlarda, asistanlığı süresince hasta veya yakınları tarafından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalmış olanlarda olmayanlara göre daha yüksek ortalamalar görülse de bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Çizelge 4.6 araştırmaya katılan asistan hekimlere ait TEÖ puan ortalamalarının, hekimlerin kendileri ve çalışma ortamlarıyla ilgili bazı bilgi ve düşüncelere göre karşılaştırılmasını vermektedir.

Çizelge 4.6. Katılımcıların TEÖ puanlarının hekimlerin kendileri ve çalışma ortamlarıyla ilgili bazı bilgi ve düşüncelere göre karşılaştırılması

		TEÖ puanları (Ort.±Ss)	p
Uzmanlık Alanı	Dahili Tıp	52,84±5,60	0.011*
	Cerrahi Tıp	50,42±6,97	
Hekim olmayı kendisi mi istedi?	Evet	52,37±5,74	0.119*
	Hayır	50,00±8,35	
Çalışma ortamından memnuniyet	Evet	52,76±6,02	0.230***
	Hayır	51,29±6,64	
	Kısmen	51,50±6,17	
Uzmanlık sonrası yandal eğitimi düşünüyor mu?	Hayır	51,47±6,34	0.135**
	Evet Dahili Tıp	53,28±5,59	
	Evet Cerrahi Tıp	50,81±7,41	
	Evet diğer alanlar	54,00±4,44	
Haftalık çalışma saati	40 saat ve altı	52,91±5,98	0.189**
	41-60 saat	52,65±5,68	
	61 saat ve üzeri	51,08±6,53	
Kendisinde kronik hastalık varlığı	Var	53,33±6,43	0.113*
	Yok	51,85±6,13	
Birinci derece akrabasında kronik hastalık varlığı	Var	52,76±5,62	0.100*
	Yok	51,15±6,74	
Son 1 yıl içerisinde (ölüm, hastalık, boşanma vb.) olumsuz olay yaşadı mı?	Evet	53,47±6,09	0.031*
	Hayır	51,53±6,12	
Asistanlığı süresince hasta veya yakınları tarafından sözlü veya fiziksel şiddete maruziyet durumu	Evet	52,15±6,38	0.559*
	Hayır	51,84±5,70	
Asistanlığı süresince hasta veya yakınları tarafından sözlü veya yazılı olarak şikayet edilme, mahkemeye verilme vb. durumu	Evet	50,56±6,96	0.031*
	Hayır	52,82±5,56	

* Mann Whitney U Testi, ** Kruskal Wallis Testi

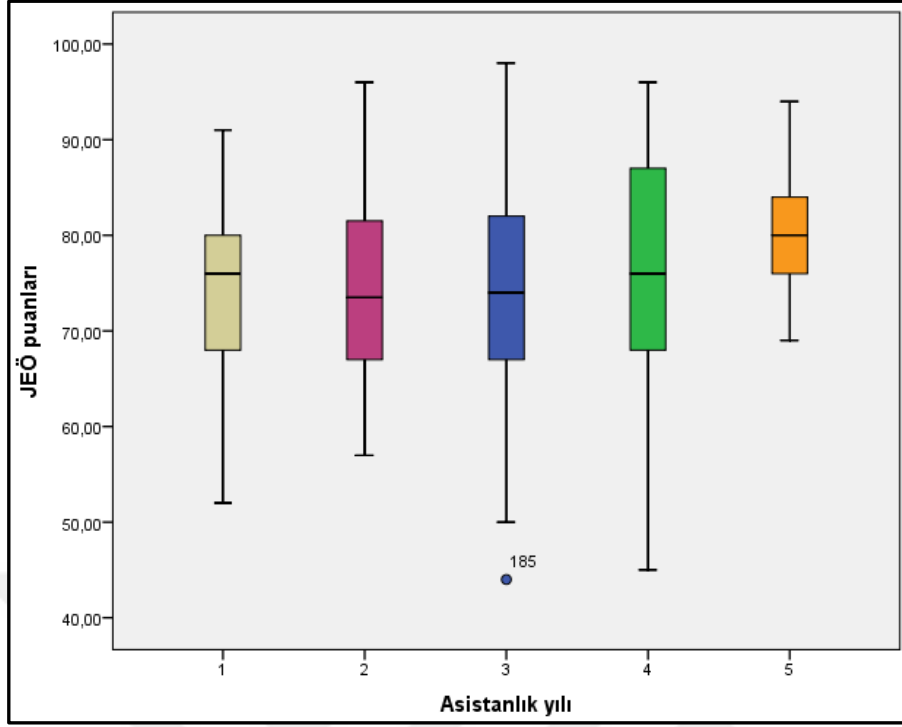
4.1.2. Jefferson Empati Ölçeğinin (JSPE-HP) Bazı Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

JSPE-HP Ölçeği puanlarının, 35 yaş ve üzeri hekimlerde 24-29 yaştakilere göre, istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Dördüncü ve 5. yılındaki asistan hekimlerde, dul ve boşanmışlar ile çocuğu olanlarda daha yüksek ortalamalar görülse de bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Çizelge 4.7 Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait JSPE-HP puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılmasını, Şekil 4.3 JSPE-HP puanlarının asistanlık yıllarına göre dağılım grafiğini göstermektedir.

Çizelge 4.7. Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait JSPE-HP puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması

		JSPE-HP puanları (Ort.±Ss)	<i>p</i>
Cinsiyet	Kadın	74,70±9,43	0.932*
	Erkek	74,80±10,30	
Yaş	24-29 yaş	73,69±9,23*	0.005**
	30-34 yaş	77,90±11,15	
	35 yaş ve üzeri	80,12±10,50*	
Medeni durum	Evli	74,70±10,73	0.644**
	Bekar	74,70±9,29	
	Dul/Boşanmış	81,00±12,72	
Çocuk sahibi olma durumu	Var	77,36±9,14	0.069**
	Yok	74,33±9,91	
Asistanlık yılı	1	73,98±8,26	0.201**
	2	74,68±9,45	
	3	73,55±12,63	
	4	76,47±11,31	
	5	80,00±6,72	

* Mann Whitney U Testi, ** Kruskal Wallis Testi



Şekil 4.3. JSPE-HP puanlarının asistanlık yıllarına göre dağılım grafiği

JSPE-HP Ölçeği puanlarının, dahili uzmanlık alanında yer alan, çalışma ortamından memnun olan, haftalık çalışma saati 40 saat ve altında olan, kendisinde kronik bir hastalığı olan asistan hekimlerde, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptandı ($p<0.05$). JSPE-HP puanlarının, asistanlığı süresince hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü veya yazılı olarak şikayet edilme, mahkemeye verilme vb. bir durum yaşayan asistan hekimlerde, bu şekilde olumsuz bir durum yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha düşük** olduğu saptandı ($p=0.001$). Hekim olmayı kendisi isteyen, son 1 yıl içerisinde (ölüm, hastalık, boşanma vb.) olumsuz bir olay yaşayan, uzmanlık sonrası diğer bir uzmanlık alanında yandal uzmanlık eğitimi isteyen, birinci derece akrabasında kronik bir hastalığı olan asistan hekimlerde, olmayanlara göre daha yüksek ortalamalar görülse de, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Asistanlığı süresince hasta veya yakınları tarafından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalmış olanlarla olmayanların da JSPE puanlarının eşit olduğu görüldü ($p>0.05$). Çizelge 4.8 araştırmaya katılan asistan hekimlere ait JSPE puan ortalamalarının, hekimlerin kendileri ve çalışma ortamlarıyla ilgili bazı bilgi ve düşüncelere göre karşılaştırılmasını göstermektedir.

Çizelge 4.8. Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait JSPE puan ortalamalarının, hekimlerin kendileri ve çalışma ortamlarıyla ilgili bazı bilgi ve düşüncelere göre karşılaştırılması

		JSPE-HP puanları (Ort.±Ss)	p
Uzmanlık alanı	Dahili Uzmanlık Alanı	75,88±9,56	0.007*
	Cerrahi Uzmanlık Alanı	72,36±10,08	
Hekim olmayı kendisi mi istedi?	Evet	74,99±9,57	0.301*
	Hayır	73,06±11,66	
Çalışma ortamından memnuniyet	Evet	75,85±9,84*	0.020**
	Hayır	71,36±11,84*	
	Kısmen	74,58±9,00	
Uzmanlık sonrası yandal eğitimi düşünüyor mu?	Hayır	74,70±10,13	0.854**
	Evet Dahili uzmanlık alanı	74,56±9,81	
	Evet Cerrahi uzmanlık alanı	74,43±8,95	
	Evet diğer uzmanlık alanları	77,75±7,62	
Haftalık çalışma saati	40 saat ve altı	77,86±9,71*	0.001**
	41-60 saat	74,88±9,00	
	61 saat ve üzeri	72,23±9,96*	
Kendisinde kronik hastalık varlığı	Var	78,56±10,14	0.001***
	Yok	74,21±9,72	
Birinci derece akrabasında kronik hastalık varlığı	Var	75,64±10,14	0.083*
	Yok	73,50±9,33	
Son 1 yıl içerisinde (ölüm, hastalık, boşanma vb.) olumsuz olay yaşadı mı?	Evet	76,41±9,95	0.090*
	Hayır	74,10±9,75	
Asistanlığı süresince hasta veya yakınları tarafından sözlü veya fiziksel şiddete maruziyet durumu	Evet	74,77±9,91	0.996*
	Hayır	74,78±9,79	
Asistanlığı süresince hasta veya yakınları tarafından sözlü veya yazılı olarak şikayet edilme, mahkemeye verilme vb. durumu	Evet	71,98±10,23	0.001*
	Hayır	76,22±9,36	

* T Testi

** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post hoc:LSD)

*** Mann Whitney U Testi

Uzmanlık alanlarına göre bakıldığında; Genel Cerrahi, Göz, Genetik, Ortopedi, Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi daha düşük JSPE-HP değerlerine (<70) sahip iken, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İç Hastalıkları, KBB, FTR, Anesteziyoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Dermatoloji, Halk Sağlığı, Enfeksiyon Hastalıkları, Tıbbi Patoloji ve Nöroloji orta düzeyde (70-75), Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Üroloji, Aile Hekimliği, Adli Tıp, Çocuk Cerrahisi ve Acil Tıp daha yüksek (75-80), Çocuk Psikiyatrisi ve Psikiyatrinin en yüksek (> 80) JSPE-HP değerlerine sahip olduğu saptanmıştır.

4.2. Ölçeklerin Güvenilirlikleri

Toronto Empati Ölçeği (TEÖ)'nin Cronbach Alfa katsayısı 0,833 olarak bulunmuştur (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) güvenilirlik tablosu

	Madde Ortalaması	Ölçek Varyansı	Madde Toplam Korelasyonu	Çoklu Korelasyon	Madde Silme Güvenirlik Katsayısı
t1	48,18	31,821	,495	,315	,816
t2	47,71	33,348	,489	,359	,817
t3	48,03	32,466	,454	,292	,819
t4	47,78	32,891	,529	,381	,814
t5	47,99	34,303	,320	,190	,828
t6	48,22	34,523	,337	,233	,826
t7	48,40	33,161	,359	,231	,827
t8	48,30	32,593	,487	,306	,816
t9	47,92	32,177	,592	,390	,809
t10	48,45	31,466	,613	,444	,807
t11	47,66	33,413	,528	,359	,815
t12	48,23	31,275	,527	,335	,813
t13	48,10	33,535	,468	,336	,818

Jefferson Empati Ölçeği (JSPE-HP)'nin Cronbach Alfa katsayısı 0,890 olarak bulunmuştur (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Jefferson Empati Ölçeği (JSPE-HP) güvenilirlik tablosu

	Madde Ortalaması	Ölçek Varyansı	Madde Toplam Korelasyonu	Çoklu Korelasyon	Madde Silme Güvenirlik Katsayısı
j1	71,08	84,580	,620	,496	,877
j2	71,04	86,788	,522	,436	,880
j3	70,88	85,521	,633	,519	,877
j4	71,05	85,310	,591	,508	,878
j5	70,89	87,141	,555	,525	,880
j6	70,73	87,699	,598	,511	,879
j7	70,81	88,775	,512	,413	,881
j8	71,33	85,403	,490	,475	,881
j9	71,18	87,348	,426	,286	,883
j10	71,49	86,095	,457	,413	,883
j11	71,31	83,956	,546	,411	,879
j12	71,19	87,296	,433	,276	,883
j13	71,05	86,318	,485	,374	,881
j14	71,07	84,561	,570	,479	,879
j15	72,35	90,855	,197	,196	,891
j16	71,16	83,937	,623	,547	,877
j17	70,67	90,143	,275	,214	,888
j18	70,85	87,746	,454	,372	,882
j19	71,11	86,813	,535	,395	,880
j20	71,11	85,468	,581	,462	,878

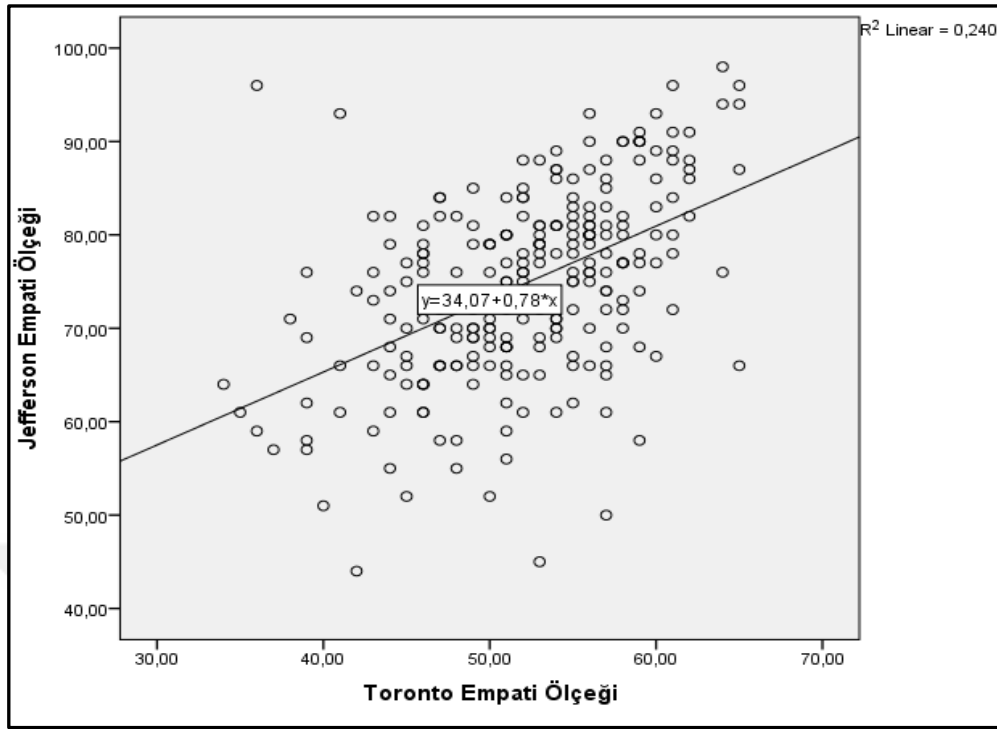
4.3. Ölçekler Arasındaki İlişkiler

Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puanı ile Jefferson Empati Ölçeği (JSPE-HP) puanları arasında pozitif yönde, **orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.490$, $p<0.001$) (Çizelge 4.11) (Şekil 4.4).

Çizelge 4.11. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) ile Jefferson Empati Ölçeği (JSPE-HP) arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

Korelasyon Tablosu			
		TEÖ	JSPE-HP
TEÖ	r	1	,490**
	p		,000
	N	262	259
JSPE-HP	r	,490**	1
	p	,000	
	N	259	259

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Şekil 4.4. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) ile Jefferson Empati Ölçeği (JSPE-HP) arasındaki korelasyon grafiği

5. TARTIŞMA

Tıpta empati profesyonelliğin ayrılmaz bir parçasıdır. Hasta memnuniyeti ve tedaviye uyumu, hekimin mesleki tatmini açısından da empati tıp eğitimi ve klinik hekimlik uygulamalarında önemli hale gelmektedir (132). Literatürde farklı sağlık çalışanları ve tıpta lisans eğitiminde genel empati ve klinik empati düzeylerini belirleyen çalışmalara rastlanmıştır. Ancak, tıpta uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin genel empati ve klinik empati düzeylerini belirlenmesi konusunda bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, tıpta uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerde genel empati düzeylerinin yanı sıra klinik empati düzeylerinin belirlenmesi ve bu empati düzeylerini etkileyen sosyodemografik ve klinik özelliklerin karşılaştırmalarla ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda genel empati düzeylerini değerlendirmek için kullanılan TEÖ puanlarının kadınlarda erkeklere göre, 35 yaş ve üzeri hekimlerde 24-29 yaştakilere göre, 4 ve 5. yılındaki asistan hekimlerde, eğitimlerinin 1 ve 2. yılındaki hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Klinik empati düzeylerini değerlendirmek amacıyla kullanılan JSPE-HP puanlarının, 35 yaş ve üzeri hekimlerde 24-29 yaştakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmış, cinsiyet ve asistanlık yılına göre ise anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgular hem genel hem de klinik empati düzeylerinin yaştan etkilendiğini (ileri yaşlarda empati düzeyleri artış göstermektedir), buna karşın cinsiyetin genel empati konularında fark yaratırken (kadınlarda daha yüksek), klinik empatide fark yaratmadığı (kadın ve erkeklerde eşit puan); yine asistanlık yılı arttıkça genel empati düzeyleri anlamlı derecede artarken klinik empati puanlarının anlamlı derecede artış göstermediği saptanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalarda genel olarak kadın hekimlerin erkek hekimlere göre duygusal eğilimlerinin daha fazla olmasından dolayı daha fazla empati kurdukları belirtilse de literatürde farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Çizelge 5.1 asistan hekimlerde empati düzeylerinin değerlendirilmesi için yapılan bazı çalışmaların sonuçlarını özetlemektedir.

Çizelge 5.1. Asistan hekimlerde empati düzeylerinin değerlendirilmesi için yapılan bazı çalışmaların sonuçları

Referans No	Yazarlar	Ülke	N	Ölçek	Çalışma Tipi	Asistanlık Yılı	Uzmanlık Alanı	Empati Puanı Ortalama / Maksimum Puan	Cinsiyete Göre Empati	Sonuç
	Çalışmamız	Türkiye	262	JSPE-HP TEÖ	Kesitsel	1-2-3-4-5	POS > TOS	105/140 52.08/65	K = E	Kadın ve erkek hekimlerin JSPE-HP puanlarının eşit olduğu belirtilmiş ayrıca dahili uzmanlık alanlarında çalışanların cerrahi uzmanlık alanlarına göre empati düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir.
17	Park et al (2015)	G Kore	380	JSPE-HP	Kesitsel	1-2-3-4	POS > TOS	109/140	K>E	Kadın hekimlerin JSPE-HP puanlarının, erkek hekimlere göre daha yüksek olduğu; dahili uzmanlık alanlarında çalışanların cerrahi uzmanlık alanlarına göre empati düzeylerin daha yüksek olduğu bulunmuştur.
120	Hojat ve ark. (2001)	ABD	704	JSPE-HP	Kesitsel	-	POS > TOS	118/140	K>E	Kadın hekimlerin JSPE-HP puanlarının, erkek hekimlere göre daha yüksek olduğu, dahili uzmanlık alanlarında çalışanların cerrahi uzmanlık alanlarına göre empati düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
121	Alcorta-Garza et al (2016)	İspanya	715	JSPE-HP	Kesitsel	-	-	116/140	K>E	Kadın hekimlerin JSPE-HP puanlarının, erkek hekimlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
122	Kožený ve ark. (2013)	Çekya	1305	JSPE-HP	Kesitsel	-	-	102.85/140	K>E	Kadın hekimlerin JSPE-HP puanlarının, erkek hekimlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
128	DiLillo ve ark. (2009)	İtalya	289	JSPE-HP	Kesitsel	-	POS = TOS	115.1/140	K = E	Kadın ve erkek hekimlerin JSPE-HP puanlarının eşit olduğu belirtilmiş ayrıca dahili ve cerrahi branşlarda çalışan doktorlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
129	Shariat ve ark (2010)	İran	207	JSPE-HP	Kesitsel	-	-	110.1/139	K>E	Kadın hekimlerin JSPE-HP puanlarının, erkek hekimlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
130	Wang ve ark (2018)	Amerika	41	JSPE-HP	Kesitsel	1-2-3	Acil	113.2 /134	K>E	Kadın hekimlerin JSPE-HP puanlarının, erkek hekimlere göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir.

Kısaltmalar: TEÖ: Toronto Empati Ölçeği; JSPE-HP: Jefferson Hekim Empati Ölçeği; POS: Kişi Odaklı Uzmanlık Alanı; TOS: Teknoloji Odaklı Uzmanlık Alanı

Güney Kore, Amerika, İspanya, İtalya ve İran'da yapılan çalışmalarda hekimlerin JSPE-HP puanları, çalışmamızdaki JSPE-HP puanından yüksek bulunmuştur. Çekya'da hekimlerde yapılan çalışmada JSPE-HP puanı, çalışmamızdaki JSPE-HP puanından düşük bulunmuştur. Literatürler ile çalışmamızdaki JSPE-HP puanlarının farklı olmasının nedeni olarak hastaların sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri, hekimler arası kültürel farklılıklar, hekimlerin randevulu hasta bakma durumu, ekonomik koşulları, bir günde baktığı hasta sayısı ya da çalışma koşullarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Asistan hekimlerde TEÖ ile çalışma yapılmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır.

Park ve ark.'nın (17) 317 asistan hekim üzerinde yaptıkları çalışmada, JSPE-HP uygulanmış, empati puanlarının kadın, evli ve çocuklu olanlar ile iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, acil tıp ve psikiyatri gibi kişi odaklı uzmanlık (POS) alanlarında eğitim alan asistan hekimlerde anesteziyoloji, beyin cerrahisi, genel cerrahi ve radyoloji gibi teknoloji odaklı uzmanlıklara (TOS) göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (17). Boracci ve ark. (2015) Arjantin'de kardiyoloji doktorlarında yaş ve cinsiyete göre empati düzeylerini inceledikleri çalışmalarında yaş arttıkça JSPE-HP puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlemişlerdir (127).

Teke ve ark.'nın hekimlerin empatik özelliklerini JSPE-HP ile ölçtükleri çalışmalarında kadın hekimlerin empati düzeyleri erkek hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur (119). Hojat ve ark.'nın (120) Wang ve ark.'nın (130) Amerika'da yaptığı çalışmada kadın hekimlerin erkek hekimlere daha yüksek empati puanı aldığı bildirilmiştir. Alcorta ve ark.'nın (121) 2016 yılında JSPE-HP'nin İspanyolca versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında İspanya ve 13 Latin Amerika ülkesinden hekimler örneklemini oluşturmuştur ve bu çalışmada kadın hekimlerin erkek hekimlere göre JSPE-HP puanının yüksek olduğu bulunmuştur. Kožený ve ark. (122) tarafından yapılan çalışmada kadın hekimler, erkek hekimlerden daha yüksek empati puanları almışlardır. Boracci ve ark. (127) Arjantin'de kardiyoloji doktorlarında yaş ve cinsiyete göre empati düzeylerini inceledikleri çalışmalarında kadın hekimler, erkek hekimlerden daha yüksek empati puanları almışlardır. Di Lillo ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada (128) kadın ve erkek doktorların JSPE-HP puanlarının eşit olduğu belirtilmiş ayrıca dahili

ve cerrahi branşlarda çalışan doktorlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Shariat ve ark.'nın çalışmasında (129) kadın hekimlerin, erkek hekimlerden daha yüksek empati puanı aldıklarını belirtilmiştir.

Kanıtlar, erkekler ve kadınlar arasındaki empati kapasitesinde farklılıklar olduğunu göstermektedir. Stereotipik olarak, kadınlar daha empatik olarak gösterilirken, erkekler daha az duygusal ve daha bilişsel olarak tasvir edilmektedir. Bazı yazarlar, gözlemlenen cinsiyet farklılıklarının büyük ölçüde cinsiyet rolleri hakkındaki kültürel beklentilerden kaynaklanabileceğini öne sürmektedir (123). Buna karşın Uyar ve ark. Trakya üniversitesi tıp fakültesi araştırma görevlilerine JSPE-HP uyguladıkları çalışmalarında (21) ve Okuyaz ve ark. (2019) çocuk sağlığı ve hastalıkları doktorlarının empatik becerilerini değerlendirdikleri bir çalışmada (124) bizim çalışmamıza benzer olarak kadın ve erkeklerdeki klinik empati düzeylerinin anlamlı fark yaratmadığını ortaya koymuşlardır. Bu durum literatürde yer alan empati puanları, hekimlerin hastalarına olan empati becerilerini içeren klinik uygulamalarda farklılıklar görülebileceği şeklinde değerlendirilmektedir.

Hojat ve arkadaşlarının (120) ABD'nde yaptıkları 704 hekimin katıldığı çalışmada psikiyatristlerin ortalama empati puanının anesteziyoloji, ortopedik cerrahi, beyin cerrahisi, radyoloji, kalp damar cerrahisi, jinekoloji ve genel cerrahi uzmanlık alanlarından anlamlı derecede yüksek bulunduğu, yine psikiyatristler, dahiliye uzmanları, çocuk doktorları, acil tıp ve aile hekimlerinin empati puanları arasında herhangi anlamlı bir fark gözlenmediği bildirilmiştir. Dahili uzmanlık alanlarında görev yapan doktorların cerrahi uzmanlık alanlarında görev yapan hekimlere göre daha fazla empati kurdukları saptanmıştır. Teke ve ark. (119) hekimlerin empatik özelliklerinin ölçümü ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimini inceledikleri çalışmalarında dahili uzmanlık alanlarında çalışan hekimlerin cerrahi uzmanlık alanlarında çalışan hekimlere göre empati düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızla literatür bulguları benzerlik göstermektedir. Tıp mesleğinde bazı uzmanlık alanları diğerlerine göre daha fazla insanlarla ilişki içinde olmayı gerektirmektedir ki, çalışmamızda da genel cerrahi, göz, genetik, ortopedi, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi gibi cerrahi ve teknik branşların daha düşük (<70) JSPE-HP değerlerine sahip olduğu, çocuk sağlığı ve hastalıkları, iç hastalıkları, KBB,

FTR, anesteziyoloji, kadın hastalıkları ve doğum, dermatoloji, halk sağlığı, enfeksiyon hastalıkları, tıbbi patoloji, nöroloji (70-75), göğüs hastalıkları, kardiyoloji, üroloji, aile hekimliği, adli tıp, çocuk cerrahisi, acil tıp (75-80), çocuk psikiyatrisi ve psikiyatrinin daha yüksek (> 80) JSPE-HP değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Dahili uzmanlık alanlarında uzmanlaşan hekimlerin cerrahi uzmanlık alanlarında uzmanlaşanlara nazaran klinik empati puanlarının yüksek olması literatür ile uyumludur.

Wang ve ark.'nın (130) Amerika'da acil hekimleri ile yaptığı JSPE-HP ile empatik özellikleri değerlendirdikleri çalışmalarında empati puanını (80-134/140) bulduklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda acil hekimlerinin puanının (55-94/100) olduğu bulunmuştur. Bu farklılığın anketin uygulandığı yerlerdeki bölge farklılıkları, eğitim sistemindeki farklılıklar, kişisel özellikler ve kültür farklılığının neden olduğu düşünülmektedir. Bu faktörler klinik empatiyi etkileyebilmektedir.

Yıldız ve ark. (125) hekimlerde ölçülen empati ile hastaların bu hekimlerde algıladığı empati arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmada hekimlerin yaşı, cinsiyeti, çocuk sahibi olma durumu, kronik hastalık varlığı, son bir yılda yaşamını ciddi olarak etkileyen olayın varlığı, birinci derece yakınlarında kanser öyküsü, kronik hastalıkları sebebiyle primer olarak ilgilendiği kişi varlığı, meslekteki yıl sayısı, çalıştığı yerde sözel ve/veya fiziksel şiddete maruz kalma durumu, son bir yılda şiddete maruz kalma durumu, adına açılmış malpraktis davası olup olmadığı gibi durumlarla empati arasında ilişki saptanmadığı ifade edilmektedir. Bizim çalışmamızda ise; kadın cinsiyeti, yaşı yüksek olanlar, adına açılmış bir dava bulunmayan ve son bir yıl içerisinde ölüm, hastalık gibi olumsuz durum yaşamayanların empati düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamız Yıldız ve ark.'nın çalışma sonuçları ile farklılık göstermekle birlikte, bazı araştırmacılar empati düzeyinin çeşitli faktörlerden etkilendiğini bu faktörlerden en önemlisinin kişilik özelliği olduğunu da belirtmektedirler (126).

Tıp eğitimi boyunca empati düzeyinin iletişim becerileri konularında alınan eğitim aktiviteleri ile artırılabilirliği de gösterilmiştir (131,132). Batt-Rawden ve ark. tarafından yapılan bir derlemede (133), hasta öyküsü ve yaratıcı sanatlar, yazma, drama, iletişim becerileri eğitimi, probleme dayalı öğrenme, meslekler arası beceri eğitimi, hasta görüşmeleri, deneyimsel öğrenme ve empati odaklı eğitim gibi

eğitimsel müdahalelerin klinik empatinin artırılması ve sürdürülmesinde etkili olabileceği gösterilmiştir. Fernández-Olano ve ark. (134) tarafından yapılan çalışmada iletişim ve empati üzerine 25 saatlik teorik / pratik çalıştayın empati düzeyini artırdığı bulunmuştur.

Çalışmadan elde edilen veriler araştırma görevlilerinin empati düzeylerinin istenenden çok düşük olduğunu göstermektedir. Bu nedenle araştırma görevlilerinin eğitimleri süresince, klinik seminerler, hasta başı eğitimler yanında empati düzeylerini artıracak yazma, drama, iletişim becerileri eğitimi, meslekler arası beceri eğitimi, hasta görüşmeleri, deneyimsel öğrenme gibi eğitimlerin planlanması gerektiğini göstermektedir.



6. SONUÇLAR

1. TEÖ puanlarının;

- a.** Kadınlarda erkeklere göre, 35 yaş ve üzeri hekimlerde 24-29 yaştakilere göre, 4 ve 5. yılındaki asistan hekimlerde 1 ve 2. senesindeki hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu,
- b.** Dahili uzmanlık alanında yer alan, son 1 yıl içerisinde (ölüm, hastalık, boşanma vb.) olumsuz bir olay yaşayan asistan hekimlerde, cerrahi uzmanlık alanında yer alan ve olumsuz bir olay yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu,
- c.** Asistanlığı süresince hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü veya yazılı olarak şikayet edilme, mahkemeye verilme vb. bir durum yaşayan asistan hekimlerde, bu şekilde olumsuz bir durum yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır.

2. Genel empati düzeyleri; çalışma ortamından memnuniyet, haftalık çalışma saati, kendisinde ve/veya birinci derece akrabasında kronik bir hastalığı bulunmak, asistanlığı süresince hasta veya yakınları tarafından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalmış olmaktan dolayı anlamlı derecede etkilenmemiştir.

3. JSPE-HP puanları;

- a.** 35 yaş ve üzeri hekimlerde 24-29 yaştakilere göre, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu,
- b.** Dahili uzmanlık alanında yer alan, çalışma ortamından memnun olan, haftalık çalışma saati 40 saat ve altında olan, kendisinde kronik bir hastalığı olan asistan hekimlerde, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu,
- c.** Asistanlığı süresince hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü veya yazılı olarak şikayet edilen, mahkemeye verilen vb. bir durum yaşayan asistan hekimlerde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır.

4. Klinik empati; cinsiyet, asistanlık yılı, son 1 yıl içerisinde (ölüm, hastalık, boşanma vb.) olumsuz bir olay yaşamak, birinci derece akrabasında kronik bir hastalığa sahip olmak, asistanlığı süresince hasta veya yakınları tarafından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalmış olmaktan dolayı anlamlı derecede etkilenmemiştir.

Yaş, uzmanlık alanı, çalışma ortamından memnuniyet, haftalık çalışma saati, kronik bir hastalığı sahip olmak, hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü veya yazılı olarak şikayet edilmek klinik empatiyi en çok etkileyen faktörlerdir. Bu nedenle yapılacak olan asistan eğitimlerinde ve hastane çalışma ortamına yönelik olarak yapılacak olan planlamalarda bu etmenlerin dikkate alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

7. ÖZET

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Genel Empati Düzeyleri İle Hekimlik Empati Becerilerinin Karşılaştırılması

Bu çalışmanın amaçları; 1) tıpta uzmanlık eğitimi yapan hekimlerde klinik empati düzeylerinin saptanması; 2) hasta-hekim iletişimde ve sağlık hizmeti sunumunun kalitesinin artırılmasında çok önemli bir yere sahip olan empatinin uzmanlık eğitimi boyunca değişiminin değerlendirilmesidir.

Kesitsel tıpte planlanan çalışmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim göre tıpta uzmanlık öğrencileri oluşturmuştur. Araştırma kapsamında, Dahili ve Cerrahi Tıp Bölüm Başkanlıklarında yer alan Anabilim Dallarında uzmanlık eğitimi gören 1-4. yıl asistanı hekimlerden, her uzmanlık senesinden en az 30'ar kişi (5.sene asistanlardan 10'ar kişi) olmak üzere toplam 262 asistan hekime ulaşılmıştır. Veriler, 01.09.2019 – 31.12.2019 tarihleri arasındaki 4 aylık sürede araştırmaya katılmaya gönüllü olan hekimlere yüz yüze anket görüşmesi yoluyla uygulanarak toplanmıştır.

Araştırmaya toplam katılan 262 kişi katılmıştır. Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puan ortalaması $52,08 \pm 6,16$; Jefferson Empati Ölçeği (JSPE-HP) puan ortalaması ise $74,75 \pm 9,85$ olarak bulunmuştur. TEÖ puanlarının kadınlarda erkeklere göre, 35 yaş ve üzeri hekimlerde 24-29 yaştakilere göre, 4 ve 5. yılındaki asistan hekimlerde 1 ve 2. yılındaki hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. JSPE-HP puanlarının ise, 35 yaş ve üzeri hekimlerde 24-29 yaştakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmış olup, asistanlık yılına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. TEÖ puanlarının, dahili uzmanlık alanında yer alan, son 1 yıl içerisinde olumsuz bir olay yaşayan asistan hekimlerde, cerrahi uzmanlık alanında yer alan ve olumsuz bir olay yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın JPSE-HP puanlarının ise; dahili uzmanlık alanında yer alan, çalışma ortamından memnun olan, haftalık çalışma saati 40 saat ve altında olan, kendisinin kronik bir hastalığı bulunan asistan hekimlerde, bulunmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek

olduğu saptanmıştır. Her iki lek (TE ve JSPE-HP) puanlarının da asistanlığı süresince hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü veya yazılı olarak şikayet edilme, mahkemeye verilme vb. bir durum yaşayan asistan hekimlerde, bu şekilde olumsuz bir durum yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur.

Asistan hekimlerde genel empati düzeyi nispeten sabit kalırken klinik empati düzeyleri asistanlık süresi uzadıkça düşmektedir. Asistanların klinik empati düzeylerinin düşük olması asistanlık eğitim sürecinin yeniden değerlendirilmesi ve asistanların klinik empati düzeylerini artıracak girişimlerin planlanması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Empati, Tıpta Uzmanlık đrencisi

8. ABSTRACT

Comparison of the General Empathy Levels and Medical Empathy Skills of Medical Expertise Students of Akdeniz University Medical Faculty

The objectives of this study are; 1) determination of clinical empathy levels in physicians who are trained in medicine; 2) The evaluation of the change of empathy, which has an important place in patient-physician communication and in improving the quality of healthcare delivery, throughout the specialist education.

The universe of this study, which is planned in cross-sectional type, was composed of medical specialty students studying at Akdeniz University Faculty of Medicine. Within the scope of the research, from the first to fourth year assistant physicians, at least 30 from each specialty year (10 from the assistants in the 5th year, $n = 262$), who are studying specialty in the Departments of Internal and Surgical Medicine Departments participated in this study. The data were collected by applying face-to-face questionnaires to physicians who volunteered to participate in the study in the 4-month period between 01.09.2019 - 31.12.2019.

The mean age of assistant physicians ($n = 262$) participating in the study was 28.19 ± 2.92 years, while 51.1% were women, 37.8 were married and 13.7% had at least one child. The Toronto Empathy Scale (TES) score average was 52.08 ± 6.16 , while the Jefferson Empathy Scale (JSPE-HP) score average was 74.75 ± 9.85 . The scores of TEO were statistically significantly higher in females than males, in physicians aged 35 and over compared to those aged 24-29, in physicians assistant at 4 and 5 years compared to physicians at 1 and 2 years. JSPE-HP scores were found to be statistically significantly higher in physicians aged 35 and over than those aged 24-29, and there was no significant difference compared to the assistant year. It was found that the scores of TES were statistically significantly higher in resident physicians who were in the internal branch, who had a negative event in the last 1 year (death, disease, divorce, etc.) compared to those who were in the surgical branch and did not experience a negative event. On the other hand, JPSE scores were found that the assistant physicians, who are in the internal branch, are satisfied with the working environment, have a weekly working time of 40 hours or

less, and who have a chronic disease, were statistically significantly higher than those who did not. It was found that both scale (TEÖ and JSPE-HP) scores were statistically significantly lower for assistant physicians who have had a situation of complaints verbally or in writing by the patient or his relatives, to be brought to court, etc. during his assistant, than those who did not experience such a negative situation.

While general empathy level remains relatively constant in assistant physicians, clinical empathy levels decrease as the assistant physicians period increases. The low level of clinical empathy of the assistants indicates that the assistant training process should be re-evaluated and initiatives should be planned to increase the clinical empathy levels of the assistants.

Key Words: Empathy, Specialist Student in Medicine

9. KAYNAKLAR

1. Ersoy EG, Köşger F. Empati: Tanımı ve Önemi. Osmangazi Tıp Dergisi 2016; 38(2): 9-17.
2. Halpern J. What is clinical empathy? J Gen Intern Med 2003; 18: 670-4.
3. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen JM, Gonella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson scale of empathy: development end preliminary psychometric data. Educ Psychol Measurement 2001; 61(2): 349-65.
4. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. Br J Gen Pract 2002; 52: 9-13.
5. Dökmen Ü. EMPATİ Serçenin Yürek Çarpıntısını Anlama Becerisi. Bilim ve Teknik 1994; 315: 47.
6. Gülseren Ş. Eşduyum (Empati): Tanımı ve kullanımı üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(2): 133-45.
7. Basch MF. Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. J Am Psychoanal Assoc 1983; 31: 101-26.
8. Di Blasi Z, Kleijnen J. Context effects: powerful therapies or methodological bias? Eval Health Prof 2003; 26: 166-79.
9. Neuman M, Edelhauser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, ve ark. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies with Medical Students and Residents. Academic Medicine 2011; 86(6): 996-1009.
10. Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. Med Teach 2002; 24: 370-3.
11. Atıcı E. Hasta - Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 33(2): 91-6.
12. Wilkes M, Milgrom E, Hoffman JR. Towards more empathic medical students: a medical student hospitalization experience. Medical Education 2002; 36(6): 528-33.
13. Makoul G. The interplay between education and research about patient-provider communication. Patient Education and Counseling 2003; 50(1): 79-84.

14. Falvo D, Tippy P. Communicating information to patients. Patient satisfaction and adherence as associated with resident skill. *J Fam Pract* 1988; 26(6): 643-7.
15. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101(5): 692-6.
16. Hojat M, Mangione S, Gonnella JS, Nasca T, Veloski JJ, Kane G. Empathy in medical education and patient care. *Acad Med* 2001; 76(7): 669.
17. Park C, Lee YJ, Hong M, Jung CH, Synn Y, Kwack YS, Ryu JS, Park TW, Lee SA, Bahn GH. A Multicenter Study Investigating Empathy and Burnout Characteristics in Medical Residents with Various Specialties. *J Korean Med Sci* 2016; 31(4): 590–7.
18. Walocha E, Tomaszewski KA, Wilczek-Ruzyczka E, Walocha J. Empathy and burnout among physicians of different specialties. *Folia Med Cracov* 2013; 53(2): 35-42.
19. Penšek L, Selič P. Empathy and Burnout in Slovenian Family Medicine Doctors: The First Presentation of Jefferson Scale of Empathy Results. *Zdr Varst* 2018; 57(3): 155–65.
20. Lee PT, Loh J, Sng G, Tung J, Yeo KK. Singapore Med J. Empathy and burnout: a study on residents from a Singapore Institution 2018; 59(1): 50-4.
21. Uyar AA. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlileri Empati Düzeylerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik ile İlişkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi* (Yayınlanmamış), Edirne 2018.
22. Newton BW, Savidge MA, Barber L, Cleveland E, Clardy J, Beeman G, Hart T. Differences in Medical Students' Empathy. *Research Reports. Academic Medicine* 2000; 75: 1215.
23. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159(9): 1563-9.
24. Reilly JM, Trial J, Piver DE, Schaff PB. Using Theater to Increase Empathy Training in Medical Students. *J Learn Through Arts* 2012; 8: 1-10.

25. Jahoda G. Theodor Lipps and the shift from “sympathy” to “empathy”. *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 2005; 41(2): 151-63.
26. Wispe L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 50(2): 314.
27. Blair RJ. Facial expressions, their communicatory functions and neuro-cognitive substrates. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences* 2003; 358(1431): 561-72.
28. Eisenberg N, Fabes RA. Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Motivation and Emotion* 1990; 14(2): 131-49.
29. Decety J. The neurodevelopment of empathy in humans. *Developmental Neuroscience* 2010; 32(4): 257-67.
30. Zahavi D. Simulation, projection and empathy. *Consciousness and Cognition* 2008; 17: 514-22.
31. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, Kaplan S, Rogers WH. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology* 1993; 12(2): 93.
32. Wied M, Branje SJ, Meeus WH. Empathy and conflict resolution in friendship relations among adolescents. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression* 2007; 33(1): 48-55.
33. Smith A. Cognitive empathy and emotional empathy in human behavior and evolution. *The Psychological Record* 2006; 56(1): 3-21.
34. Milton DE, Heasman B, Sheppard E. Double empathy. *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* 2018; 1-8.
35. Morgan DL. Qualitative content analysis: a guide to paths not taken. *Qualitative Health Research* 1993; 3(1): 112-21.
36. Buss DM, Schmitt DP. Sexual strategies theory: an evolutionary perspective on human mating. *Psychological Review* 1993; 100(2): 204.
37. Eagly AH. The science and politics of comparing women and men. *American Psychologist* 1995; 50(3): 145-58.

38. Barnsley J, Williams AP, Cockerill R, Tanner J. Physician characteristics and the physician-patient relationship. Impact of sex, year of graduation, and specialty. *Canadian Family Physician* 1999; 45: 935-42.
39. Hojat M, Zuckerman M, Magee M, Mangione S, Nasca T, Vergare M, Gonnella JS. Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Personality and Individual Differences* 2005; 39(7): 1205-15.
40. Britton PC, Fuendeling JM. The relations among varieties of adult attachment and the components of empathy. *The Journal of Social Psychology* 2005; 145(5): 519-30.
41. McCrae RR. The five-factor model of personality traits: Consensus and controversy. *The Cambridge Handbook of Personality Psychology* 2009; 148-61.
42. Goldberg LR. Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. *Review of Personality and Social Psychology* 1981; 2: 141-65.
43. Aluja A, García Ó, García LF. A comparative study of Zuckerman's three structural models for personality through the NEO-PI-R, ZKPQ-III-R, EPQ-RS and Goldberg's 50-bipolar adjectives. *Personality and Individual Differences* 2002; 33(5): 713-25.
44. Shiner R, Caspi A. Personality differences in childhood and adolescence: Measurement, development, and consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003; 44(1): 2-32.
45. Hojat M. Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes. *Springer Science & Business Media* 2007; 12: 22-36.
46. Zinn W. The empathic physician. *Archives of Internal Medicine* 1993; 153(3): 306-12.
47. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of General Internal Medicine* 2007; 22(10): 1434-8.

48. Hojat M. Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *Journal of Health and Human Services Administration* 2009; 1: 412-50.
49. The Joint Commission (2007). "What did the doctor say?" Improving health literacy to protect patient safety. Eriřim. <http://www.jointcommission.org/>. Eriřim tarihi: 20 Kasım 2019.
50. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Family Medicine* 2002; 34(5): 383-9.
51. Chu CI, Tseng CC. A survey of how patient-perceived empathy affects the relationship between health literacy and the understanding of information by orthopedic patients?. *BMC Public Health* 2013; 13(1): 155.
52. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, Gonnella JS. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine* 2012; 87(9): 1243-9.
53. McWhinney IR, Freeman T. Patient-Physician Communication in Textbook of Family Medicine third ed. Oxford University Press Inc 2009; 115-40.
54. Tausch R. The relationship between emotions and cognitions: Implications for therapist empathy. *Person-Centered Review* 1988; 3: 277-91.
55. Starcevic V, Piontek CM. Empathic understanding revisited: Conceptualization, controversies, and limitations. *American Journal of Psychotherapy* 1997; 51(3): 317-28.
56. Halpern J. From detached concern to empathy: Humanizing medical practice. New York: Oxford University Press 2001.
57. Jensen N. The empathic physician. *Archives of Internal Medicine* 1994; 154(1): 106-9.
58. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277(7): 553-9.
59. Levinson W. Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 272(20): 1619-20.

60. Bylund CL, Makoul G. Examining empathy in medical encounters: an observational study using the empathic communication coding system. *Health Communication* 2005; 18(2): 123-40.
61. Morse DS, Edwardsen EA, Gordon HS. Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Archives of Internal Medicine* 2008; 168(17): 1853-8.
62. Adler HM. The history of the present illness as treatment: who's listening, and why does it matter? *The Journal of the American Board of Family Practice* 1997; 10(1): 28-35.
63. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277(8): 678-82.
64. Fink P, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care: prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999; 40(4): 330-8.
65. Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA* 1991; 266(13): 1831-2.
66. Street Jr RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling* 2009; 74(3): 295-301.
67. Spiro H. What is empathy and can it be taught? *Annals of Internal Medicine*, 1992; 116(10): 843-6.
68. Glynn LM, Christenfeld N, Gerin W. Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine* 1999; 61(2): 234-42.
69. Cohen S. Social relationships and health. *American Psychologist* 2004; 59(8): 676-84.
70. Goubert L, Craig KD, Vervoort T, Morley S, Sullivan MJ, de CAC W, Cano A, Crombez G. Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain* 2005; 118(3): 285-8.
71. Taylor SE, Klein LC, Gruenewald T, Gurung RAR, Fernandes-Taylor S. Affiliation, social support and biobehavioral response to stress. In J. Suls &

- K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness*. Malden, MA: Blackwell 2003; 314-31.
72. Butow PN, Maclean M, Dunn SM, Tattersall MH, Boyer MJ. The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Annals of Oncology* 1997; 8(9): 857-63.
 73. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Medical Care* 1998; 36(8): 1138-61.
 74. Speedling EJ, Rose DN. Building an effective doctor-patient relationship: from patient satisfaction to patient participation. *Social Science & Medicine* 1985; 21(2): 115-20.
 75. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care* 1988; 657-75.
 76. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal* 1996; 152: 1423-33.
 77. Watts D. Cure for the common cold. *New England Journal of Medicine* 2012; 367(13): 1184-5.
 78. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine* 1988; 27(6): 637-44.
 79. Gianakos D. Empathy revisited. *Archives of Internal Medicine* 1996; 156(2): 135-6.
 80. Stein MD, Fleisman J, Mor V, Dresser M. Factors associated with patient satisfaction among HIV-infected persons. *Medical Care* 1993; 31: 182-8.
 81. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988; 25-36.
 82. Comstock LM, Hooper EM, Goodwin JM, Goodwin JS. Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *Journal of Medical Education* 1982; 57(2): 105-12.

83. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice* 1991; 32(2): 175-82.
84. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer* 2003; 88(5): 658.
85. Squier RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social Science & Medicine* 1990; 30(3): 325-39.
86. Goodchild CE, Skinner TC, Parkin T. The value of empathy in dietetic consultations. A pilot study to investigate its effect on satisfaction, autonomy and agreement. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2005; 18(3): 181-5.
87. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & The Health Professions* 2004; 27(3): 237-51.
88. Ong LM, DeHaes JM, Hoos AM, Lammies FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine* 1995; 40: 903-18.
89. Kelman HC. Processes of opinion change. In *Attitude Change* 2017; 205-33.
90. Eisenthal S, Emery R, Lazare A, Udin H. 'Adherence' and the negotiated approach to patient hood. *Archives of General Psychiatry* 1979; 36(4): 393-8.
91. Francis V, Korsch BM, Morris MJ. Gaps in doctor-patient communication: Patients' response to medical advice. *New England Journal of Medicine* 1969; 280(10): 535-40.
92. Mosadeghrad AM. Factors affecting medical service quality. *Iranian Journal of Public Health* 2014; 43(2): 210.
93. Kaplan RM, Simon HJ. Compliance in medical care: Reconsideration of self-predictions. *Annals of Behavioral Medicine* 1990; 12(2): 66-71.

94. Luscher TF, Vetter W. Adherence to medication. *Journal of Human Hypertension* 1990; 4 (1): 43–6.
95. Forstater A, Hojat M, Chauhan N, Allen A, Schmidt SG, Brigham J, Lopez BL, Christopher M, Christopher A. Does Patient Perception of Physician Empathy Affect Patient Compliance in the Emergency Department? *Annals of Emergency Medicine* 2012; 60(4): 98.
96. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine* 1994; 154(12): 1365-70.
97. Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *JAMA* 1992; 267(10): 1359-63.
98. Greenberg LS, Watson JC, Elliot R, Bohart AC. Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2001; 38(4): 380.
99. Moore PJ, Adler NE, Robertson PA. Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *Western Journal of Medicine* 2000; 173(4): 244.
100. Avery JK. Lawyers tell what turns some patients litigious. *Med Malpractice Rev* 1985; 2: 35-7.
101. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005; 293(9): 1100-6.
102. Duggirala M, Rajendran C, Anantharaman RN. Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An International Journal* 2008; 15(5): 560-83.
103. Taragin MI, Sonnenberg FA, Karns ME, Trout R, Shapiro S, Carson JL. Does physician performance explain interspecialty differences in malpractice claim rates?. *Medical Care* 1994; 32(7): 661-7.
104. Entman SS, Glass CA, Hickson GB, Githens PB, Whetten-Goldstein K, Sloan FA. The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care. *JAMA* 1994; 272(20): 1588-91.
105. Moyers TB, Miller WR. Is low therapist empathy toxic?. *Psychology of Addictive Behaviors* 2013; 27(3): 878.

106. Patterson CH. Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 1984; 21(4): 431.
107. Bennett JA. "Methodological notes on empathy": Further considerations. *Advances in Nursing Science* 1995; 18(1): 36-50.
108. Thompson BM, Hearn GN, Collins MJ. Patient perceptions of health professional interpersonal skills. *Australian Psychologist* 1992; 27(2): 91-5.
109. Kendall PC, Wilcox LE. Cognitive-behavioral treatment for impulsivity: Concrete versus conceptual training in non-self-controlled problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980; 48(1): 80.
110. Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB, Lippincott P. Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics* 1984; 74(6): 1047-53.
111. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?. *Health Care Management Review* 1994; 19(4): 49-55.
112. Free NK, Green BL, Grace MC, Chernus LA, Whitman RM. Empathy and outcome in brief focal dynamic therapy. *Am J Psychiatry* 1985; 142(8): 917-21.
113. Rakel DP, Hoeft TJ, Barrett BP, Chewning BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family Medicine* 2009; 41(7): 494.
114. Heinrichs M, Domes G. Neuropeptides and social behaviour: effects of oxytocin and vasopressin in humans. *Progress in Brain Research* 2008; 170: 337-50.
115. Gallese V. The 'shared manifold' hypothesis. From mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies* 2001; 8(5-6): 33-50.
116. Spreng RN, McKinnon MC, Mar RA, Levine B. The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment* 2009; 91(1): 62-71.

117. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Gonnella JS: The Jefferson Scale of Empathy (JSE): An update. *Health Policy Newsletter* 2011; 24: 5-6.
118. Totan T, Dogan T, Sapmaz F. The Toronto Empathy Questionnaire: Evaluation of Psychometric Properties among Turkish University Students. *Eurasian Journal of Educational Research* 2012; 46: 179-98.
119. Teke AK, Cengiz E, Demir C. Hekimlerin empatik özelliklerinin ölçümü ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2010; 19(3): 505-16.
120. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJ, Gonnella JS, Erdmann JB, Veloski J, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement* 2001; 61(2): 349-65.
121. Alcorta-Garza A, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Soler-González J, Roig H, Vivanco L. Cross-validation of the Spanish HP-version of the Jefferson scale of empathy confirmed with some cross-cultural differences. *Frontiers in Psychology* 2016; 1002.
122. Kožený J, Tišanská L. The Structure of The Jefferson Scale of Physician Empathy in Czech Physicians. *Ceskoslovenská Psychologie* 2013; 57(6): 521-32.
123. Christov-Moore L, Simpson EA, Coudé G, Grigaityte K, Iacoboni M, Ferrari PF. Empathy: gender effects in brain and behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2014; 46: 604-27.
124. Okuyaz S, Direk M, Ögenler O, Yıldırım DD. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Doktorlarının Empati Becerisi Üzerine Bir Pilot Çalışma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi* 2019; 9(2): 228-35.
125. Yıldız M. Hekimlerde ölçülen empati ile hastaların bu hekimlerde algıladığı empati arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Kliniği* 2019.
126. Hojat M. A Definition and Key Features of Empathy in Patient Care. In: *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Springer 2016.

127. Borracci RA, Doval HC, Nuñez C, Samarelli M, Tamini S, Tanus E. Measurement of empathy among Argentine cardiologists: Psychometrics and differences by age, gender, and subspecialty. *Cardiology Journal* 2015; 22(1): 52-6.
128. Di Lillo M, Cicchetti A, Scalzo AL, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Academic Medicine* 2009; 84(9): 1198-202.
129. Shariat SV, Eshtad E, Ansari S. Empathy and its correlates in Iranian physicians: A preliminary psychometric study of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Medical Teacher* 2010; 32(10): 417-21.
130. Wang H, Kline JA, Jackson BE, Laureano-Phillips J, Robinson RD, Cowden CD, d'Etienne JP, Arze SE, Zenarosa NR. Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *PloS One* 2018; 13(9): 1-12.
131. Teherani A, Hauer KE, O'Sullivan P. Can simulations measure empathy? Considerations on how to assess behavioral empathy via simulations. *Patient Education and Counseling* 2008; 71(2): 148-52.
132. Sağlam E. Tıp Fakültelerinde Uygulanan Empati Eğitimi Başarılı Mı? Neler Yapılabilir? *Tıp Eğitimi Dünyası* 2019; 18(55): 62-69.
133. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Acad Med* 2013; 88: 1171-7.
134. Fernández-Olano C, Montoya-Fernández J, Salinas-Sánchez AS. Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents, *Medical Teacher* 2008; 30(3): 322-4.

10. EKLER

Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2019

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Melahat AKDENİZ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi tıpta uzmanlık eğitimi gören hekimlerin genel empati düzeyleri ile hekimlik empati becerilerinin değerlendirilmesi	
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 670	Tarih: 10.07.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Dr.Öğr.Üyesi M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Veli YAZISIZ
Üye

Doç.Dr. Gülsüm Özge BAYŞAL
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Mehtap TÜRKAY
Üye

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Bilge KARSLI
Üye

Doç.Dr. Dijle KİPMEN KORGUN
Üye (İZİNLİ)

Dr. Ünal HÜLÜR
Üye (İZİNLİ)

Prof.Dr. Arda TAŞKARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Dilara İNAN
Üye

Prof.Dr. Oğuz DÜRSÜN
Üye

Doç.Dr. Banu NUR
Üye (İZİNLİ)

Turgut ALTUN
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye (İZİNLİ)

Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. **Araştırmanın Adı:** ‘Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi tıpta uzmanlık eğitimi gören hekimlerin genel empati düzeyleri ile hekimlik empati becerilerinin değerlendirilmesi’
- b. **Araştırmanın İçeriği:** Empati, bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısı ile bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecidir. Hekimlik açısından empati; hekimin, hastasının bakış açısını ve düşüncelerini anlayabilme ve bunu hastaya geri iletebilme becerisi olarak tanımlanır. Bu çalışmamızda tıpta uzmanlık hekimlerinin genel empati düzeyleri ile hekimlik empati becerilerinin karşılaştırılması incelenecektir.
- c. **Araştırmanın Amacı:** Bu çalışmayı yapmamızdaki amaç, tıpta uzmanlık eğitiminde hekimlik empati becerilerinin tespit edilerek, hasta-hekim iletişimde ve sağlık hizmeti sunumunun kalitesinin artırılmasında çok önemli bir yere sahip olan empatinin uzmanlık eğitimi boyunca değişimini ortaya koymaktır. Hekimlerin empati düzeylerini etkileyen faktörleri belirleyerek ortadan kaldırmak ve empati düzeylerini artırmak için eğitimler planlanması, empati yetisi daha güçlü hekimler yetiştirmeyi sağlayabilir.
- d. **Araştırmanın Nedeni:**
(X) Bilimsel araştırma
- e. **Araştırmanın Öngörülen Süresi:** 10 ay
- f. **Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:** 260
- g. **Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:**
Deneysel işlem yok.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Beklenen risk ve rahatsızlık yok.

Ad Soyad :

İmza :

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Kronik hastalığı olan hastaların hasta eğitimi alma durumları ve aldıkları eğitimin hastalıkları üzerine etkisinin incelenmesi, hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve hastalıklarını en üst düzeyde yönetmesini sağlamak, farkındalık oluşturmaktır.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarını konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Özge Fatma MENGİ BAŞ, Telefon:05303949299

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Doç. Dr. Melahat AKDENİZ tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlere iletilebilir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı :

İmzası :

Tarih :

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı :

İmzası :

Görevi :

Tarih :

Ek 3. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Gören Hekimlerin Empati Düzeylerinin Uzmanlık Eğitimi Süresince Olan Değişimini Değerlendirme Anketi Formu

**TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ GÖREN HEKİMLERİN EMPATİ DÜZEYLERİNİN
UZMANLIK EĞİTİMİ SÜRESİNCE OLAN DEĞİŞİMİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ**

MERHABA;

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde tıpta uzmanlık eğitimi gören hekimlerin genel empati düzeyleri ile hekimlik empati becerilerinin karşılaştırılması ve tıpta uzmanlık eğitimi süresince empati düzeylerindeki değişimin değerlendirilmesi için yapılmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen verilerle tıp eğitiminden başlayarak uzmanlık eğitimi ile devam eden eğitim sürecinin empati üzerine ne kadar etkili olduğunun gösterilmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle soruların tamamının cevaplanmış olması önemlidir. Anket 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümdeki sorular sizin demografik özelliklerinizle ilgilidir ve siz izin vermediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. İkinci bölümde ise empati düzeyini ölçmede kullanılacak olan Jefferson Hekimlik Empati Ölçeği ve Toronto Empati Ölçeği bulunmaktadır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkla işaretleyerek yanıtlayınız.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. Adınız-Soyadınız:
2. Yaşınız :
3. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
4. Medeni durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış
5. Çocuğunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
6. Branşınız nedir?
7. Kaç yıldır hekim olarak çalışıyorsunuz?.....
8. Asistanlığınızın kaçınıcı yılı?.....
9. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?.....
10. Çalışma ortamınızdan memnun musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen
11. Tıp doktoru olmayı kendi isteğinizle mi seçtiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
12. Uzmanlık sonrası tıpta yandal eğitimi yapmayı düşünüyor musunuz?
☐ Hayır düşünmüyorum
☐ Evet düşünüyorum: ☐ Dahili bilimler ☐ Cerrahi bilimler ☐ Diğer
13. Kronik bir hastalığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
14. Birinci derece akrabalarınızda kronik hastalığı olan var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
15. Son 1 yıl içinde kendiniz veya ailenizle ilgili olumsuz bir olay (ölüm, hastalık, boşanma vb) yaşadınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
16. Asistanlığınız süresince hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü veya fiziksel şiddete maruz bırakıldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
17. Asistanlığınız süresince hasta veya yakınları tarafından sözlü veya yazılı olarak şikâyet edilme, mahkemeye verilme vb. bir durum yaşadınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Lütfen aşağıdaki sorularda size en uygun olan cevapları işaretleyiniz.

Toronto Empati Ölçeği

		Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1.	Diğer insanların başına gelen talihsizlikler beni çok etkilemez.					
2.	Birisine saygısızca davranıldığını görmek, beni üzer.					
3.	Yakınımdaki bir insan mutlu olduğunda bundan etkilenmem.					
4.	İnsanların daha iyi hissetmesini sağlamaktan mutluluk duyarım.					
5.	Bir arkadaşım sorunları hakkında konuşmaya başladığında konuyu değiştirmeye çalışırım.					
6.	İnsanlar üzgün olduklarında hiçbir şey söylemeseler bile onların üzgün olduklarını anlayabilirim.					
7.	Sağlıklarına özen göstermeyip ciddi hastalıklara yakalanan insanlara acımam.					
8.	Birisi ağladığında sinir olurum.					
9.	Başka insanların nasıl hissettikleri beni gerçekten alakadar etmez.					
10.	Üzgün bir insan gördüğümde ona yardım etmek için güçlü bir istek duyarım.					
11.	Birisine haksızca davranıldığını gördüğümde, ona acımam.					
12.	İnsanların mutluluktan dolayı ağlamasını saçma bulurum.					
13.	Birisinin kullanıldığını gördüğümde, onu koruma isteği hissederim.					

Jefferson Hekim Empati Ölçeği

Aşağıda çeşitli durumlara ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Lütfen ifadeyi okuduktan sonra size uyma derecesini sağ taraftaki kutucuklardan birini işaretleyerek belirtiniz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Hastalar ile olan iletişimimde en önemli nokta, hasta ve yakınlarının duygularını anlamamdır.					
2.	Hastalarımın beden diline dikkat ederek zihinlerinden neler geçirdiklerini anlamaya çalışırım.					
3.	Tıbbi tedavide empatinin, önemli bir tedavi edici faktör olduğuna inanırım.					
4.	Hekim olarak tedavi etmedeki yeteneğim, empati olmazsa sınırlı kalır.					
5.	Hastalarımın neler hissettiklerini anlamam, uygulanacak tedaviyi güvenli bir şekilde kabul etmelerini sağlar.					
6.	Hastalarımın neler hissettiklerini anladığımda, onlar da kendilerini daha iyi hissederler.					
7.	Hekim - hasta ilişkisinde sözlü iletişim kadar hastanın beden dilini anlamanın da önemli olduğunu düşünüyorum.					
8.	Hastalarımı tıbbi tedavi uygularken, kendimi onların yerine koymaya çalışırım.					
9.	Mizah anlayışına sahip olmanın, daha iyi bir klinik çıktıya katkısı olduğunu düşünüyorum.					
10.	Daha iyi tıbbi bakım sunabilmek için hastalarım gibi düşünmeye çalışırım.					
11.	Hastalar ancak tıbbi tedavi ile iyileştirilebilirler, dolayısıyla onlarla duygusal bir yakınlık içerisinde girmenin yeri yoktur.					
12.	Hastalarımın kişisel deneyimlerini dikkate almamın tedavinin etkinliği ile ilgisi yoktur.					
13.	Hastalarımınla görüşürken, öykülerini alırken duygularına dikkat etmeye çalışmam.					
14.	Tıbbi hastalıkların tedavisinde duygunun yeri olmadığına inanırım.					
15.	Hastalarım ve yakınlarıyla çok fazla samimiyet kurarak bana yaklaşmalarına izin vermem.					
16.	Hastalarım ve yakınlarının ne hissettiklerini anlamamın, tıbbi tedavi ile ilgisi olduğuna inanmıyorum.					
17.	Tıbbi olmayan literatürleri okumaktan ve sanatla ilgilenmekten hoşlanmam.					
18.	Hastaların fiziksel şikayetlerini anlamak için, günlük yaşamlarında neler olduğunu sorgulamak önemsiz bir faktördür.					
19.	Olaylara hastanın bakış açısından bakmak benim için zordur.					
20.	İnsanlar birbirinden farklı olduğu için, hastalarımın bakış açısından olaylara bakmak benim için hemen hemen mümkün değildir.					

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.