



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN
BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ebru ÇİÇEK

UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR / 2018



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN
BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Ebru ÇİÇEK
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet YILMAZ**

DİYARBAKIR / 2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimine başlamamdan bu yana bilgi, destek ve tecrübelerini esirgemedi paylaşan, başta tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Yılmaz ve hocalarım Doç. Dr. Tahsin Çelepkolu, Dr. Öğr. Üyesi Pakize Gamze Erten Bucaktepe, Dr. Öğr. Üyesi Hamza Aslanhan'a, çalışmanın istatistiksel analizinde katkı ve desteğinden dolayı Prof. Dr. Ömer Satıcı'ya, birçok konuda emeklerini gördüğüm bölüm sekreterimiz Veli Adıyaman ve eski hemşiremiz Gülfer Sayın'a, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ve veri toplarken benden yardımlarını esirgemeyen başta Ahmet Yosunkaya ve Orhan Ayan olmak üzere sevgili araştırma görevlisi doktor arkadaşlarıma, kıymetli zamanını ayıran, çalışmamızın katılımcı grubunu oluşturan tüm meslektaşlarıma, sevgileri ve varlıklarıyla bana her zaman güç veren aileme, minnet ve şükranlarımı sunarım.

Saygı ve teşekkürlerimle.

Dr. Ebru ÇİÇEK
Diyarbakır-2018

ÖZET

Giriş ve Amaç: Biyopsikososyal yaklaşım kişinin sağlığının biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerden etkilendiğini savunmaktadır. Biyomedikal yaklaşım karşı olarak bireyi; yaşantısı, duyguları, çevresi, hastalıklara bakış açısı, fiziksel koşulları ile değerlendirmektedir. Biyopsikososyal yaklaşım hekimler için temel mesleksi tutum olmalıdır ve biyopsikososyal yaklaşımı iyi bilmelidirler. Bu model hekimlere hastalarında emosyonel durumlarına, yaşam amaçlarına, hastalıklara karşı tutumlarına, sosyal çevrelerine ve inançlarına bağlı biyokimyasal ve morfolojik değişimler olabileceğini anlatır. Aynı zamanda hekimin hastaya yaklaşırken başvurduğu yöntem hasta merkezli olmalıdır. Bu yöntem hekimin hastalığı hastanın gözünden algılayabilmesine katkı sunmaktadır. Bu çalışmada, Dicle Üniversitesi uzmanlık öğrencilerinin hastalarına biyopsikososyal yaklaşımını değerlendirebilmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma Aralık 2017 – Mart 2018 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi uzmanlık öğrencileri dahil edilerek gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini oluşturan 311 uzmanlık öğrencisinden 203 hekim çalışmaya katılmayı kabul etti ve hekimlere görüşme esnasında yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulandı. Çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildi. Çalışmamızda, Patient Practitioner Orientation Scale, The Jefferson Scale of Physician Empathy ve sosyodemografik soruları içeren anket uygulandı. Ankette katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, hekim olarak çalışma süresi, günlük hasta sayısı, hasta başına ayırdıkları süre, hekimlerin genel umut düzeyleri ve algıladıkları refah düzeyleri sorgulandı ve sonrasında ‘Hasta-Hekim Oryantasyon Ölçeği (Patient Practitioner Orientation Scale)’ ve ‘Jefferson Hekim Empati Ölçeği (The Jefferson Scale of Physician Empathy)’ uygulandı. Araştırmamız analitik özellikleri olan kesitsel tipte ve tanımlayıcıdır. Çoklu gruplarda ANOVA, bağımsız gruplarda student’s t testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamıza toplam 203 asistan hekim katıldı. Katılanlardan 143’ü(%70) erkek 60’ı(%30) kadındı. Branş dağılımına göre psikiyatriden 8(%3,9), aile hekimliğinden 21(%10,3), diğer dahili branşlardan 104(%51,2), cerrahi branşlardan 70 (%34,5) asistan hekim katıldı. Çalışmaya katılanların hekimlerin yaş

ortalaması $29,73 \pm 2,87$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda kullanılan Hasta–Hekim Oryantasyon ölçeğinin paylaşım olarak nitelendirilen birinci alt grubunda; psikiyatri uzmanlık öğrencilerinin ortalama puanı $3,67 \pm 0,99$, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin $3,92 \pm 0,67$, diğer dahili branşların $3,98 \pm 0,65$, cerrahi branşların $3,83 \pm 0,61$ olarak bulundu. Aynı ölçeğin bakım olarak nitelendirilen ikinci alt grubunda; psikiyatri uzmanlık öğrencilerinin ortalama puanı $3,20 \pm 0,45$, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin $3,68 \pm 0,54$, diğer dahili branşların $3,49 \pm 0,60$, cerrahi branşların $3,68 \pm 0,58$ olarak bulundu. Çalışmamızda empati düzeyini belirlemek için kullanılan Jefferson ölçeği sonuçları ise; psikiyatri $78,25 \pm 14,78$, aile hekimi $67,71 \pm 14,69$, diğer dahili branşlar $72,03 \pm 13,46$, cerrahi branşlar $70,87 \pm 15,24$ olarak bulundu.

Sonuç: Biyopsikososyal yaklaşım öncelikle aile hekimliği ve psikiyatri gibi branşlarda elzem yaklaşım modeli olup, diğer dahili ve cerrahi branşlarda da uygulanmalıdır. Bu çalışmada; farklı branştaki uzmanlık öğrencilerinin bu yaklaşımları karşılaştırılmaya çalışılmıştır. Benzeri çalışmaların yapılması ile bu alandaki farkındalık arttırılarak literatürdeki ilgili konular zenginleştirilmiş olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hasta merkezli yaklaşım, biyopsikososyal yaklaşım, empati, aile hekimliği, psikiyatri, diğer dahili ve cerrahi branşlar.

ABSTRACT

Introduction and Aim: Biopsychosocial approach suggests that the individual's health condition is partly influenced by the interactions of biological, psychological, and social processes. This approach evaluates the individuals on the point of view of life style, feelings, environment, perspective of diseases and physical conditions by contrast with biomedical approach. Biopsychosocial approach should be the basic professional attitude for physicians. Physicians should apply the biopsychosocial approach in the best way in terms of the continuing relationship they establish with their patients for their profession and the continuity of the service they provide. This model tells physicians that there may be biochemical and morphological changes in patients' emotional states, life goals, attitudes towards diseases, social environments and beliefs. It also concludes that the clinical method should be patient-centered. The patient-centered approach is based on the physician's involvement in the patient's world and the physician's ability to see the illness from the patient's view.

In this study, we aimed to determine the extent to which Dicle University specialist students use the biopsychosocial approach in their clinical practice.

Material and Methods: Our study is a cross-sectional type, descriptive and analytical research. The study was carried out between December 2017 and March 2018 with the addition of Dicle University specialist students.

Questionnaires were administered by face-to-face interview method during interview. Information on the purpose and method of the study was given.

In our study, two internationally accepted scale (Patient Practitioner Orientation Scale, The Jefferson Scale of Physician Empathy) and a survey study including questions in relation with sociodemographic characteristics was conducted. In the sociodemographic questionnaire, gender, age, marital status, the duration of study as a physician, the number of patients per day, the time to leave per patient, the general hope levels of the physicians, and prosperity levels are questioned. The Patient Practitioner Orientation Scale and the Jefferson Scale of Physician Empathy are applied later.

Results: A total of 203 resident participated in our study. 143 (70%) of the participants were male and 60 (30%) of them were female. According to branch distribution, 8 resident physicians (3,9%) from psychiatry, 21 (10,3%) from family medicine, 104 (51,2%) from other internal branch and 70 (34,5%) from surgical branch participated in the study. The ages of the participants ranged from 25 to 41. In the first subgroup of the Patient - Physician Orientation Scale, which is used in our study, average score of psychiatry resident physicians was $3,67 \pm 0,99$, family medicine specialist students $3,92 \pm 0,67$, other internal branches $3,98 \pm 0,65$, surgical branches $3,83 \pm 0,61$. In the second subgroup, which is defined as the care in the same scale, the average score of psychiatry specialization students was found to be $3,20 \pm 0,45$, family medicine specialist students $3,68 \pm 0,54$, other internal branches $3,49 \pm 0,60$, and surgical branches $3,68 \pm 0,58$. The results of the Jefferson scale used to determine the level of empathy in our study are found as psychiatry $78,25 \pm 14,78$, family physician $67,71 \pm 14,69$, other internal branches $72,03 \pm 13,46$, surgical branches $70,87 \pm 15,24$.

Conclusions: The biopsychosocial approach is primarily an elemental approach model in branches such as family medicine and psychiatry and should be applied to other internal and surgical branches as well. In this study; we tried to compare these approaches of different branch specialist students. By conducting similar studies, the awareness of this area will be increased and related issues in the literature will be enriched.

Keywords: Patient-centered care, biopsychosocial model, empathy, family physician, psychiatrist, other internal and surgical branches.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfalar</u>
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Model Değişikliği	1
1.2. Biyopsikososyal Modelin Tarihsel Gelişimi	2
1.3. Sistemler Teorisi	3
1.4 Biyopsikososyal Modelin Tanımı	6
1.5. Sağlığa Biyopsikososyal Yaklaşım	6
1.6. Hasta Merkezli Yaklaşım	8
1.6.1. Hem Hastalığı Hem de Rahatsızlığı Araştırmak	8
1.6.2. İnsanı Bir Bütün Olarak Anlamak	9
1.6.3. Hastalığın Tedavisi Hakkında Ortak Bir Zemin Bulmak	9
1.6.4. Sağlığın Korunması ve İyileştirilmesinin Kapsanması	10
1.6.5. Hasta- Hekim İlişkisini Artırmak	10
1.6.6. Gerçekçi Olmak	10
1.7. Empati	11
1.8. Biyopsikososyal Modelin Klinik Uygulaması	11
2. AMAÇ	13
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	14
3.1. Araştırma Modeli ve Örneklemi	14
3.2. Araştırmanın Yürütülmesi	14
3.2.1. Hasta-Hekim Oryantasyon Ölçeği (Patient Practitioner Orientation Scale)	
3.2.2. Jefferson Hekim Empati Ölçeği (The Jefferson Scale of	

Physician Empathy)	15
3.3. İstatistiksel Analizler	16
4. BULGULAR	17
5. TARTIŞMA	28
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	39
7. KAYNAKLAR	41
8. EKLER	48



TABLÖLAR DİZİNİ

	<u>Sayfalar</u>
Tablo 1: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Branş Dağılımları	17
Tablo 2: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyet Özellikleri	17
Tablo 3: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yaş Özellikleri	18
Tablo 4: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durum Özellikleri	18
Tablo 5: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Genel Umut Düzey Özellikleri	18
Tablo 6: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Hekim Olarak Çalışma Süresi Özellikleri	18
Tablo 7: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Günlük Ortalama Baktıkları Hasta Sayısının Karşılaştırılması	19
Tablo 8: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hasta Başına Ayırdıkları Sürenin Karşılaştırılması	19
Tablo 9: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Meslekteki Toplam Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması	20
Tablo 10: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Umut Düzeylerinin Karşılaştırılması	20
Tablo 11: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Algılanan Refah Düzeyinin Karşılaştırılması	21
Tablo 12: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Umut Düzeyleri ile Refah Düzeylerinin Karşılaştırılması	21
Tablo 13: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumları ile Umut Düzeylerinin Karşılaştırılması	22
Tablo 14: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Branşlarına Göre Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması	22
Tablo 15: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması	23
Tablo 16: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Branşlarına Göre Toplam Paylaşım Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması	24
Tablo 17: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Branşlarına Göre Toplam Bakım Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması	24
Tablo 18: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Paylaşım	

Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması	25
Tablo 19: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Bakım	
Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması	25
Tablo 20: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre	
Paylaşım ve Bakım ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının	
Karşılaştırılması	26
Tablo 21: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre Paylaşım	
ve Bakım Skorları	26
Tablo 22: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yaşlarına Göre Paylaşım ve Bakım	
ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması	27
Tablo 23: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çalışma Sürelerine Göre Paylaşım	
ve Bakım ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının	
Karşılaştırılması	28

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfalar</u>
Şekil 1: Sistem Hiyerarşisi (Organizasyon Seviyeleri)	4
Şekil 2: Doğal Sistemlerin Devamlılığı	5
Şekil 3: “Rahatsızlık” ve “Hastalık”	9



KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BEES	: Balanced Emotional Empathy Scale
SWIM	: Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine
IRI	: Interpersonal Reactivity Index
JSPE-HP	: The Jefferson Scale of Physician Empathy- Health Professional version
JSPE-S	: The Jefferson Scale of Physician Empathy- Student version
POMS	: Profile of Mood States
PPOS	: Patient Practitioner Orientation Scale
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

1. GİRİŞ

Geçtiğimiz 50 yıl içinde tıp eğitimi giderek daha fazla ilerlemiştir. Özellikle hekimlere vücut ile ilgili gelişmiş bilimsel bilgi ve teknik becerileri ve onun abberasyonlarını iletme konusunda; ancak insan davranışının bilimsel olarak anlaşılmasına ve hastalığın ve hasta bakımının psikolojik ve sosyal yönlerine karşılık vermeyi aynı oranda başaramamıştır. Günümüzde ortalama bir hekim bedensel hastalığın daha teknik yönleriyle başa çıkmak için etkileyici yeteneklerle örgün eğitimini tamamlamaktadır.

Ancak hastalığın ve hasta bakımının insan tarafıyla ilgilenmeye geldiğinde, tıp fakültesine girdiği yerel yetenek ve kişisel özelliklerden biraz daha fazlasını sergilemesi gerekir. Yüzyılın başından bu yana birikmiş olan insan davranışları ve daha etkili hasta bakımı ve sağlık bakımı elde etmek için nasıl uygulanabileceğiyle ilgili önemli bilgi birikimi, hekimler tarafından büyük ölçüde bilinmemektedir.

Hekimin eğitiminin bu önemli boyutunun ihmal edilmesi; hekimlerin, yaklaşımlarında duyarsız, çaresiz, ihmalkar, kibirli ve mekanik olduklarının sık sık dile getirilmiş olan şikâyetlerin temelinde yatmaktadır (1,2).

Psikososyal kaygıları hassas ve bütünleştirici bir şekilde özümseyebilmesi için, bir hekimin sosyal ve davranış bilimlerinde sağlam bir bilgi tabanına sahip olması gerekmektedir. Hekim her hastayı kendi öyküsü, sosyal çevresi, eğitim seviyesi, maddi durumu, kültürel farklılığı, toplumdaki yeri, mesleği, kişisel hassasiyetleri ve sahip olduğu problemleri ile farklı bir birey olarak kabul edip ve bir bütün olarak değerlendirmelidir. Bu yaklaşım için geleneksel tıp eğitimi hekimleri yeterli değildir (3). Bundan ötürü eğitimde model değişikliğine ihtiyaç duyulmuştur.

1.1. Model Değişikliği

1910 yılında Flexner Raporu ile birlikte tıp eğitiminde yeni bir model kabul görmüştür (4). Artık tıp eğitiminde bilimsel araştırmalar yapılmasına karar verilmiştir. Bu sayede tıp alanında karışıklıktan kurtulma ve belli bir düzeni tesis etme olanağına ulaşılmıştır. Mevcut, geleneksel ve belli standartları içeren, biyomedikal yaklaşım bilimsel araştırmaları yapmak için uygun bir hal almış olsa da hastalıkların incelenmesi, sınıflanması ve tedavisi açısından hastaları sadece belli

kalıplara oturtarak sahip olduğu hastalıklara göre incelemeye çalışılmıştır. Hastalıklar belirli nedenlere bağlanmış ve kategorilere ayrılmıştır. Hekimin görevi ise doğru tedaviyi bulup uygulayarak hastadan bağımsızmış gibi hastalığın seyrini etkilemek ya da tamamen tedavi etmek olarak nitelendirilmiştir. Oysa sağlık ve hastalık, kendilerini basit bir tanımlamaya kolayca bağlayamayan göreceli kavramlardır. Sağlık, olumlu bir şekilde, organizmanın, toplumsal kapasite de dahil olmak üzere, makul ölçüde acı, rahatsızlık, sakatlık veya eylem kısıtlaması olabileceği bir dengeyi sağlama kapasitesinden oluşur. Hastalık, organizmanın bir bütün olarak sistemlerinde büyüme, gelişme, işlevler ve ayarlamalar gibi hatalara veya rahatsızlıklara karşılık gelir.

Açıkçası, böyle bir tanım, pratik değere sahip olmak için çok geniştir. Durumu hastadan sıyrılıp hastalık olarak nitelendirmek insana özgü birçok niteliği dışlamak anlamına gelir (5,6). Bu sebeple hastayı bir bütün olarak değerlendirmeyi hedefleyen yeni bir modele gereksinim duyulmuştur.

1.2. Biyopsikososyal Modelin Tarihsel Gelişimi

Antik Yunan döneminden başlayacak olursak o dönemdeki tıp eğitimlerinde hem biyopsikososyal hem de biyomedikal yaklaşımın izlerine rastlamak mümkündür. Bazı tıp okulları hastanın kendi hastalığının üstesinden gelmesi gerektiğini öne sürerken bazıları ise hastadan bağımsız bir şekilde hastalıkları kategorize edip sadece hastalığa yönelik tedaviyi bulamak gerektiği kanısındaydı (7). Sonraki dönemlerde, biyomedikal yaklaşımın hakimiyetinin arttığı görülmüştür. Baskın hale gelen biyomedikal model, tek başına ele alındığında gayet iyi bir öğretim aracı fakat, hastanın kendi hikayesine yer vermeyen, kişisel yönlerine ise neredeyse değinmemektedir (7,8). Biyomedikal modelin zaferleri, modelin bilimsel çalışma için uygun bir çerçeve sağladığı alanlarda olmuştur. Biyopsikososyal model, çerçevenin bugüne kadar ihmal edilen alanlara uzanmasını sağlar (6).

İlk olarak bir psikanalist ve hekim olan Michael Balint ve beraber çalıştığı aile hekimi grubu, tıbbi modeli değiştirme fikrini öne sunmuşlardır. Balint'in kitabıda “Hekim, Hastası ve Rahatsızlık” aile hekimliği uygulamasında önemli bir etki yaratmış ve sadece biyomedikal modelin etkisi altında olan yaklaşımdan uzaklaşmanın temelleri atılmıştır. Ancak bu kitap tıp eğitiminde hiçbir etki

yaratamamıştır (7,8).

1977’de Amerikalı bir psikiyatrist olan, George Engel, biyomedikal modelin yetersizliklerinden bahsederek ve bu yetersizlikleri telafi edebilmek amacıyla, Von Bertalanffy’nin genel sistem kuramına dayanarak biyopsikososyal modeli tanımlayan ve savunan bir bildiri yayınlamıştır. Hekimlere hastalarında emosyonel durumlarına, yaşam amaçlarına, hastalıklara karşı tutumlarına, sosyal çevrelerine ve inançlarına bağlı biyokimyasal ve morfolojik değişiklikler olabileceğini anlatır. Engel’e göre beyin ve periferik organlar karmaşık, karşılıklı etkileşim içerisinde. Bu etkileşimin fiziksel uyaranların yanı sıra sosyal değişikliklerden de etkilendiğini ileri sürmektedir. Bu modele göre, çevresel ve psikolojik stres birey için potansiyel patojen olarak görülmektedir (7,9). Engel, insan bedeninin makine, hastalığın ise makinenin bozulması ve hekimin de bozulan makineyi tamir eden tamirci gibi algılanmasından kaygılanmıştır (8,10). Engel biyopsikososyal modelin dünya çapında tanınmasını sağlamıştır (6). Tıp uygulamasının bilimin ötesinde sanat olarak nitelendirilmesi gerektiğine inanmıştır (6).

Bu model tıp pratiğine tıp eğitimine ve tıp alanındaki araştırmalara çok büyük katkılar sağlamıştır. 1986’da Ian McWhinney, hekimin klinik yaklaşımının hasta merkezli olması gerektiğini vurgulayarak, Engel’in modeline katkıda bulunmuştur. McWhinney’e göre bu yaklaşımı uygulayabilmek için hekimin, hastalığı hastanın gözünden görebilmesi çok önemli bir yer kaplamaktadır (8,10).

1.3. Sistemler Teorisi

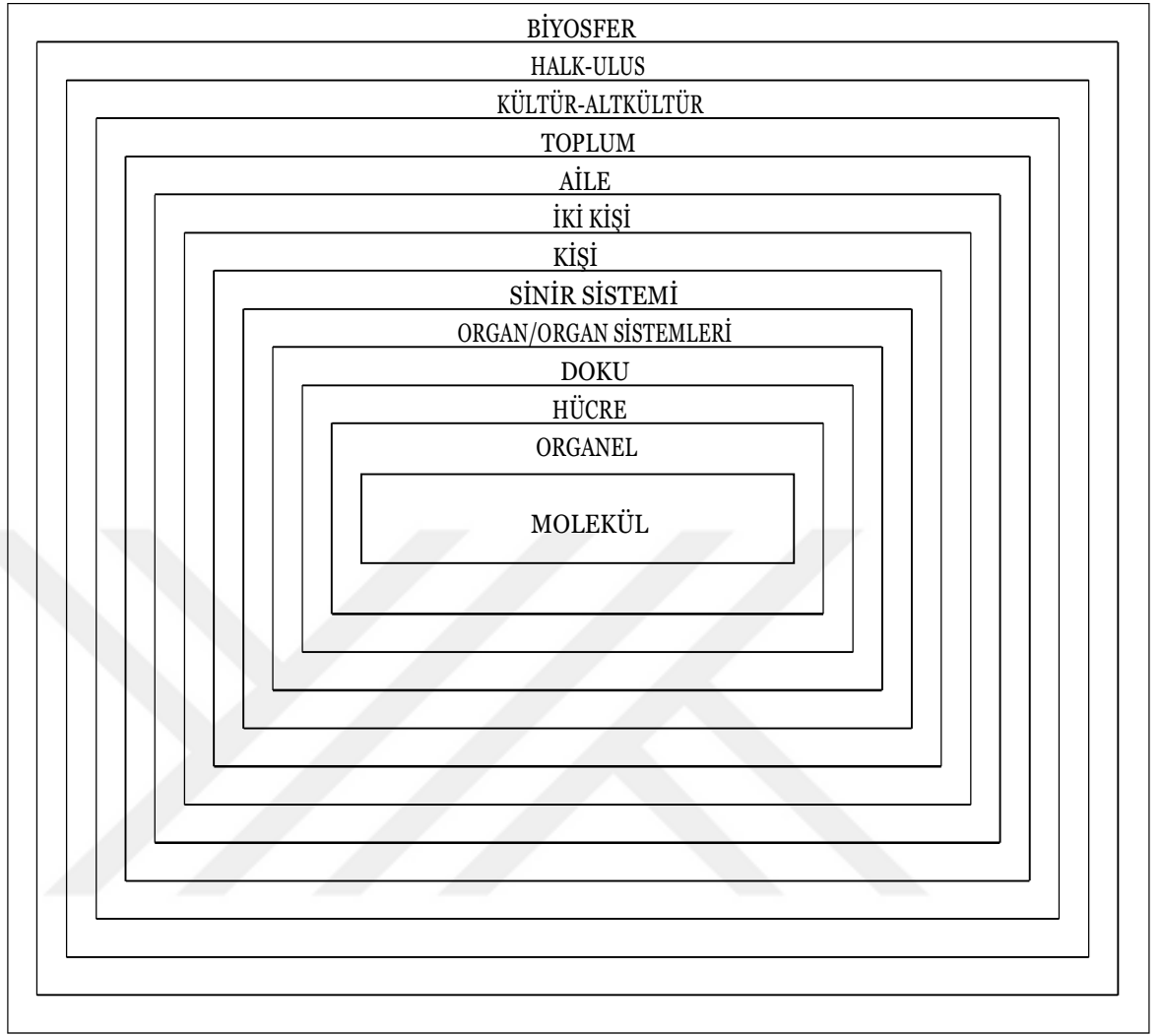
Biyopsikososyal model, Weiss (11-16) ve Bertalanffy’nin (17-19) sistemler teorisinden başlanarak izah edilmiştir. Sistem kavramı, farklı farklı değişkenlerin kendi içinde etkileşiminin olduğu ve her basamağın hem bir önceki hem bir sonraki basamakla etkileşimine dayanan dinamik bir süreçtir. Bu süreç küçük basit sistemlerden büyük karmaşık sistemlere uzanan çok yönlü ve çok boyutlu bir dinamizmdir (9). Bu dinamik süreç ‘Şekil 1’ ve ‘Şekil 2’deki tablolar ile izah edilebilir. Hücre, organel, aile, toplum gibi kavramların her birinin, etkileşim içinde ve birbirini tamamlayan kompleks bir organizasyon olduğu konusunda ortak görüş mevcuttur. Her biri bulunduğu basamağın kendine has özelliklerini ve ilişkilerini yansıtır (6). Doğada, bu tarz sistemler; kökeninde en basit ve gelişimsel

olarak en eskinin, daha kompleks ve gelişimsel olarak daha yeni olana bağlı olduğu, kompleks olma sırasına göre hiyerarşik olarak düzenlenmiştir. Böylece, doku ve organ seviyelerindeki süreçlerin kişi ve toplum seviyesindekilere bağlı durumunda olduğu gibi, hücre seviyesindeki süreçler de doku ve organ seviyesindekilere bağlıdır. Fakat hiyerarşideki her sistem fonksiyonel olarak entegre ve görece olarak otonom ise de her bir diğer sistemle feedback mekanizmasındaki bilgi akışıyla bağlantılı olmaktadır. Bu yüzden sistemin herhangi bir seviyesindeki sorun diğer seviyedeki sistem ile, muhtemelen ilk etkilenecek olan fonksiyonel olarak en yakın sistem ile, etkileşip o sistemi etkileyebilir (1).

Hiyerarşinin devamlılığını göz önüne almak ayrıca önemli bir olaydır. Kişiler ise toplum sistemlerinin parçasıdır. Bu devamlılığın içinde ki her birim aynı zamanda kendi içerisinde bir bütün ve parça niteliğindedir. Her bir basamak kendine has dinamiğe ve karakteristiğe sahip olup; ayrı bir parça olarak ise üst seviyede yer alan sistemin devamı, bir alt seviyede yer alan sistemin bileşeni niteliğindedir (6,14).



Şekil 1: Sistem Hiyerarşisi (Organizasyon Seviyeleri)



Şekil 2: Doğal Sistemlerin Devamlılığı

Hekimler klinik uygulamalarında, biyomedikal modelin kısıtlayıcı yaklaşımından uzaklaşarak, biyopsikososyal modelin daha kapsamlı yaklaşımını özümsemelidirler. Biyomedikal modelin tarihi de gösterdiği gibi, sadece bilimsel yöntemin uygulandığı yerde ilerleme kaydedilmektedir. Biyomedikal modelin zaferleri, modelin bilimsel çalışma için uygun bir çerçeve sağladığı alanlarda olmuştur. Biyopsikososyal model, çerçevenin bugüne kadar ihmal edilen alanlara uzanmasını sağlar (6).

1.4. Biyopsikososyal Modelin Tanımı

Biyopsikososyal yaklaşımın kişiyi bütün yönleriyle değerlendirdiği kanısına varabiliriz. Kişi biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin karşılıklı ve dinamik etkileşimleri etkisi altındadır (9). Biyopsikososyal yaklaşım bütüncül olmanın yanı sıra, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkileşimlerinin yaşamdaki önemli süreçleri tetiklediğine dair yaptığı vurgu ile kendine has bir anlam meydana getirmektedir (10). Biyopsikososyal yaklaşımı en geniş tabiriyle ele alırsak, hastayı değerlendirirken hikayesini, inançlarını, ailesel alt yapısını, sosyoekonomik durumunu, eğitimini, sevdiği ve sevmediği şeyleri, yaşam koşullarını göz önünde bulundurarak biyolojik, psikolojik ve sosyal durumlarını haramanlayıp o şekilde değerlendirip, gerekli bakımın ve çok yönlü tedavinin sağlanmasını şeklinde yorumlayabiliriz. Bu şekilde hastalığın ve sağlığın fizyolojik ve patolojik değişkenlerle birlikte sosyal ve psikolojik değişkenlerinde etkisi altında olduğu ve ancak tüm değişkenlerin bütüncül etkisinin bir sonucu olduğu kanısına varabiliriz (8). Böylesine geniş bir başlık altında hastaları ele alabilmek, sosyal ve kültürel çevrelerini tanıma, etkilenen kişinin psikolojik kökenini anlama ve toplumda var olan patolojilerin genetik ve biyokimyasal yapısını bilme ihtiyacı doğurur (9).

1.5. Sağlığa Biyopsikososyal Yaklaşım

Biyopsikososyal model 1977 yılında Amerikalı bir psikiyatrist olan George Engel tarafından tanımlanan bir yaklaşımdır. Hekimlere hastalarında emosyonel durumlarına, yaşam amaçlarına, hastalıklara karşı tutumlarına, sosyal çevrelerine ve inançlarına bağlı biyokimyasal ve morfolojik değişiklikler olabileceğini anlatır. Engel'e göre beyin ve periferik organlar karmaşık, karşılıklı etkileşim içerisinde. Bu etkileşimin fiziksel uyaranların yanı sıra sosyal değişikliklerden de etkilendiğini ileri sürmektedir. Bu modele göre, çevresel ve psikolojik stres birey için potansiyel patojen olarak görülmektedir. Klinik problemlerin bakımını etkili bir şekilde yapabilmenin yolunun, hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerini anlamak gerekliliğinden geçtiğini vurgulamıştır (1,20). Biyolojik faktörleri birinci sıraya taşımak yerine psikolojik ve sosyal faktörleri de göz önüne alıp hastaya bir bütün şeklinde yaklaşabilmek, hastalıkların daha iyi anlaşılmasına yol açar. Engel, tüm hastalıkların oluşumunda biyopsikososyal faktörlerin sistemik etkileşimlerinin

etkisi olduğunu ileri sürmektedir (9). Engel hekimleri hastalarının biyolojik, psikolojik, sosyal durumlarını göz önünde bulundurup ve hastaya bu şekilde yaklaşım değerlendirilmeleri için ısrarla uyarmıştır (1). Ve Engel, hastaların yaşamlarındaki psikolojik faktörlerin ve sosyal çevrelerinin değişmesi ile hastalıklarının da biyokimyasal ve morfolojik değişiklikler sergileyebileceğine vurgu yapmıştır. Etkili bir klinik yaklaşım biyolojik tıbbın yanı sıra psikolojik ve sosyal faktörlerin de göz önünde bulundurulması ile ancak sağlanabilir (6). Zaten, duyguların beden üzerindeki etkileri bazı çalışmalarda belirtilmiş olup ve bazı hastalıklar üzerinde stresin etkisinden bahsedilmiştir (8). Hatta bazı kişilerde duygulanım değişikliğinin yansıması olarak somatik yakınmalar görülebilmektedir (13). Stresin yol açtığı doğrudan bir hastalık bulunmamaktadır ama duyguların hastalığa eğilim konusunda katkıları olduğu gösterilmiştir. Stresli olaylara maruz kalan veya psikolojik yönden daha duyarlı, duygusal ve daha hassas kişilerin daha fazla hasta oldukları görülmüştür (21). Akademik stress altındaki öğrencilerde, evde hastalarına bakmakla hükümlü aile bireylerinde, dul ve boşanmışlarda bağışıklık sistemlerinin zayıfladığı kanısına varılmıştır. Ayrıca kişilik özelliklerinin bazı hastalıkların sonucunu etkilemede rolü olduğu sonucuna varan çalışmalarda mevcuttur. Mesela koroner kalp hastalığı kötü prognozda seyretmesi ile öfke, kin.. vb duygular arasında kuvvetli ilişkiler saptanmıştır. Ve yine kötümser yaklaşım ile AIDS, kanser ve koroner kalp hastalığı gibi hastalıkların daha kötü prognoza sahip olabileceğini düşündüren yeni kanıtlar mevcuttur (22). Hastanın hekime gelme sebebi yakınmaları olabileceği gibi bu yakınmalardan doğan anksiyetede olabilir.

Hastanın anksiyetesi ile nasıl başedeceği onun iyileşme sürecini bir şekilde etkileyecektir (9). Örneğin kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada, psikoterapi ile destek alıp iyileşmenin sadece biyomedikal yönüne yoğunlaşmakla kalmayıp ruhsal yönlerini de ele alıp ve bunu yaşamına aktarmayı başabilen hastaların, onkologların öngördüğü zamandan daha uzun süre hayatta kaldıkları görülmüştür (23). Hastasını etkin bir şekilde iyileştirebilmeyi planlayan bir hekimin stresin hastalığa olan etkisinin de farkında olmalıdır (9). Zararlı uyaranlara karşı hastanın direncini artırmak, başa çıkma yeteneği kazanabilmesi için hastayı desteklemek, etkin bir iyileşme adına hastaya yardımcı olur (8,24).

1.6. Hasta Merkezli Yaklaşım

Biyopsikososyal model, klinik uygulamada hasta merkezli yaklaşımı savunur (8). Levenstein 1986 yılında hasta merkezli klinik uygulamayı tanımlanmıştır (25-27) ve Ian R. McWhinney’da (28) aynı uygulamayı önermiştir. McWhinney’de aynen Engel gibi klinik yaklaşımın hasta-merkezli olması gerekliliğini savunmuştur. McWhinney’e görede doktorun hastanın dünyasına girmesi ve hastalığı hastanın gözünden görebilmesi gerekmektedir. Hasta merkezli yaklaşımda hasta ailesi, fiziksel çevresi, yaşam hikayesi ve sorunları ile değerlendirilir. Hastalık merkezli yaklaşımda ise hasta sadece hastalık ile değerlendirir, hasta üzerinde otorite kurar ve hastalığı kendi referansları çerçevesinde değerlendirip, yorumlar (9,28). Hekimlere doktor merkezli yöntem daha cazip gelmektedir. Yapılan bir çalışma göstermiştir ki, 1850 görüşmenin %90’ı doktor merkezli görüşmeyi savunmuştur (29).

Levenstein’in (26) öne sunduğu hasta merkezli model altı alt başlıktan meydana gelmektedir.

1.6.1. Hem Hastalığı Hem de Rahatsızlığı Araştırmak

Hekimlerin hasta sağlığı üzerindeki iki temel kavramı idrak etmeleri önemlidir. Bu kavramlar “rahatsızlık” ve “hastalık”tır. Rahatsızlık, hastanın ruhsal ya da fiziksel bir patolojiden ötürü yaşadığı kişisel deneyimleridir. Hastalık ise hekimin bu rahatsızlığı izah etmek için başvurduğu patolojik süreçlerden meydana gelmektedir (7).

Hekimler ise klinik yaklaşımlarında sadece ayırıcı tanı ve tedaviye yoğunlaşmakla kalmayıp hastanın kişisel deneyimlerini de göz önünde bulundurup hastalığı değerlendirebilmelidirler (Şekil 3).



Şekil 3: “Rahatsızlık” ve “Hastalık”

1.6.2. İnsanı Bir Bütün Olarak Anlamak

Hekimin kişinin sahip olduğu yaşam koşullarını, çevresini, ailesini, işini, inançlarını ve yaşamındaki zorlukları bilmesi gerekmektedir. Ancak bu şekilde kişiyi tamamen anlayabilen hekim, hastalığın oluşmasında, ilerlemesinde, iyileşmesinde diğer faktörlerin etkisinin farkına varabilir. Hastanın inancı, kültürel değerleri de hastanın tedavisinde etkin rol oynamaktadır. Tüm bu sebeplerden ötürü kişiyi bir bütün olarak ele alıp değerlendirmek gerekmektedir (9).

1.6.3. Hastalığın Tedavisi Hakkında Ortak Bir Zemin Bulmak

Tedavi sürecinde hastayı karara ve gidişata dahil etmek ve hastayla ortak bir zeminde buluşmaya çalışmak oluşabilecek çatışmaları önleyip, tedavide verimliliği artıracaktır. Bu yüzden ortak zemin bulmak hasta merkezli yaklaşımda önemli bir adımdır (29,30). Faydalı bir süreç için hekim ve hastanın sorunlar, tedavi ve bu süreçte hekim ve hastaya düşen roller konusunda anlaşmaları gerekmektedir. Fakat çoğunlukla birbirlerinden çok farklı görüşlere sahiptirler. Burada önemli olan pazarlık ya da müzakereden daha çok, memnun bir şekilde ortak zeminde

buluşmaktır (28). Hasta merkezli yöntemin hasta ve doktor memnuniyetini artırma, tedaviye uyumu artırma, tanı tedavi başarısını arttırma, ortak bir taban bulup çatışmaları azaltma gibi faydaları mevcuttur (31). Hekim ve hastanın tedavideki rolleri irdelenip, her iki taraf için problemler ve öncelikler tespit edilip,

1.6.4. Sağlığın Korunması ve İyileştirilmesinin Kapsanması

Hekim hastasıyla her temasında mutlaka koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleriyle ilgili hastasını bilgilendirmelidir (29,30).

1.6.5. Hasta- Hekim İlişkisini Artırmak

Toplumda bireylerle temas açısından hekimler çok avantajlı bir meslek grubudur. Hasta-hekim görüşmesi ikili ilişkileri sağlamlaştırmak adına çok iyi bir fırsattır. Hekimler aynı hastaları birçok kez çeşitli sebepler ile gördüğünde, sonraki sorunların çözümünde yardımcı olabilecek bilgi elde etme şansını yakalarlar. Her görüşmede hekim, hasta ve hekimin buluştukları ortak tabanınverdiği iyileştirici potansiyel ile, tedavinin devamlılığı bağlamında, her bir hastasıyla etkili bir ilişki kurabilir. Bu sırada hekimler kendi farkındalık yeteneklerini de kullanırlar (12).

Sadece hekimle görüşmekle bile kişiler kendilerini daha iyi hissedebilirler. İkili ilişkiyi artırmak bir yana bu görüşmeler zamanla tedavi edici nitelikler dahi kazanacaktır. Bu görüşmelerde ortak zemin bulma, gücü paylaşma, kişinin hastalığına karşı öz farkındalığını sağlama, tedavi ve bakım ilişkisini düzenlenme gibi durumlarda göz önünde bulundurulmalıdır (29,30).

1.6.6. Gerçekçi Olmak

Sağlık hizmeti sunarken gayemiz elimizdeki imkanlar doğrultusunda en iyi hizmeti verebilmek ve bu hizmeti verirken toplumun tamamını göz önünde bulundurabilmektir. Hekimin yukarıdaki maddeleri dikkate alırken ekip, sahip olunan imkanlar, zaman ve kaynaklar gibi durumlar açısından da gerçekçi olması gerekmektedir (29,30).

1.7. Empati

Empati, Yunanca kökenli bir kelime olup, içinde hissetme anlamını karşılamaktadır (32). Hasta merkezli klinik yöntemde, hekimin bilgi birikimi, tecrübesi ve eğitimi ne denli önemliyse, empati kurabilmesi de o denli önemlidir (33).

Bazı kuramcılara göre empati kişilik özelliği ya da sahip olunan bir yetenek , bazılarına göre ise bilişsel-duyusal bir durumdur. Bazıları da bir çok aşaması olan deneysel bir süreç olarak nitelendirmişlerdir (32,34). Kendini karşısındaki kişinin yerine koyarak onun ne düşündüğünü anlamaya çalışmak, bilişsel bir nitelik (bilişsel perspektif); karşısındaki kişinin hissettiklerinin aynısını hissetmeye çalışmak ise duygusal bir niteliktir (duygusal perspektif). Kişiler kendileriyle empati kurulduğunda, anlaşıldıklarını ve kendilerine önem verildiğini hissederler. Diğer insanlar tarafından anlaşılmak ve önem verilmek ise bireyi rahatlatmakta ve kendisini iyi hissetmesine olanak sağlamaktadır (35). Hastaya şefkatli ve saygılı bir yaklaşım için empati gereklidir (36,37). Hasta hekim tarafından iyi bir şekilde dinlendiğini hissettiği zaman, hastanın hekime bulgularını daha detaylı anlattığı ve tanı için önemli ipuçları verdiği belirtilmektedir (38,39). İyi bir iletişimin uyum, sosyal destek ve kendine güven gibi sağlığı düzeltici etkileri mevcuttur (40).

1.8. Biyopsikososyal Modelin Klinik Uygulaması

Yapısı itibarıyla biyopsikososyal modelde, tüm sağlık çalışanlarının biyolojik-psikolojik-sosyal seviyelerdeki anlayışlarından oluşturdukları genel yeterlilik her sağlık hizmeti sunumunda dikkate alınmalıdır. Geleneksel biyomedikal modelin üzerinde sistemlerle ilişkili biyopsikososyal modelin avantajları, her bir modelin bileşenlerinin klinik yaklaşımları karşılaştırılarak resmedilebilir. Bir hasta bir problemle başvurduğunda, doktorun çözüm hakkında nasıl bir yol izleyeceğine sadece geçmiş bilgi ve tecrübe ile değil, ayrıca daha ötesinde hekimin bu bilgi ve tecrübeyi organize edeceği işlevli kavramsal modellerle karar verilmektedir. Aşağıda sırasıyla bir indirgemeci biyomedikal ve bir biyopsikososyal sisteme bağlı kişilerin aynı klinik duruma her birinin yaklaşımını nasıl etkileyebileceğini gösteren klinik bir durum sunulmuştur (1).

Ellibeş yaşında bir erkek hasta göğüs ağrısı şikayetiyle acil servise başvuruyor. Hatanın öyküsünde geçirilmiş kalp krizi var ve doğal olarak tekrar bir kalp krizi geçirme endişesi taşıyor. İntern doktor hastaya damar yolu açmak istiyor ama birkaç defa denemesine rağmen başarılı olamıyor ve çevresinden yardım talebinde de bulunmuyor. İntörn doktorun mesleki yeterizliğini düşünen hastanın giderek korku, ağrı, endişesi ve kaygısı haliyle artıyor ve hastada yeni bir kalp krizi geliyor. Hasta hızlı ve başarılı bir şekilde yeniden canlandırma ile hayata döndürülüyor. Bu olguyu biyomedikal açıdan ele alacak olursak, süreci patofizyolojik bir yanıt olarak yorumlamak mümkündür fakat aynı olguyu biyopsikososyal açıdan farklı yorumlamak mümkündür. Hastanın duygu durumunun fiziksel süreci doğrudan etkileyerek kalp krizini tetikleyebileceğini düşünmek mümkündür. Bu hastayla yapılan görüşme tam olarak bunu ortaya koymuştur. Hastaya herhangi bir açıklama yapmaksızın ya da hastanın stresi ve ağrısını dikkate almaksızın intern doktorun damar yolu açmaya yönelik ısrarlı çabaları, hastayı kendini bulduğu durum hakkında bir şey yapamamanın getirdiği yetersizlik hissini takiben yoğun bir kızgınlık ve öfkeye, ani bir bilinç kaybına sürüklemiştir.

Biyopsikososyal yaklaşım burada kalp krizinin tek sebebi olarak tabiki psikolojik nedenleri öne sürmez fakat hasta hekim ilişkisi de dahil olmak üzere daha kapsamlı bir yaklaşımın hastalık sürecini daha iyi idrak edebilmemizi sağlar. Umulur ki en basite indirgenmiş haliyle bu örnek, biyopsikososyal modelin benimsenmesinin sağlık mesleğindeki bütüncüllüğe nasıl katkıda bulunabileceğini ve sırf slogan olmasının ötesinde bir gerçeklik olarak işbirliği, iletişim ve tamamlayıcılığı nasıl sağlayabileceğini gösterir. İnsan vücudunun kendi yapısından başlayarak ve parçası olduğu sosyal yapılardaki davranışlara kadar, sağlık bakım hizmeti için gerekli birçok aktivitede, gereksinim duyulan özel bilgi ve beceriler ihtiyacı açısından; iletişim, koordinasyon ve tamamlayıcılık için ortak dil geliştirmelidirler (1,6).

2. AMAÇ

Biyopsikososyal yaklaşım, bireyin sağlık durumunun biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin etkileşimlerinin etkisi altında olduğunu öne sürmekte; biyomedikal yaklaşım karşısında bireyi yaşantısı, duyguları, çevresi, hastalıklara bakış açısı ve fiziksel koşulları ile değerlendirir. Biyopsikososyal yaklaşımın genel bakış açısı hekimler için temel mesleksi tutum olmalıdır. Hekimler, meslekleri gereği hastalarıyla kurdukları sürekli ilişki ve sundukları hizmetin devamlılığı açısından biyopsikososyal yaklaşımı en iyi şekilde uygulamalıdır. Bu model hekimlere hastalarında emosyonel durumlarına, yaşam amaçlarına, hastalıklara karşı tutumlarına, sosyal çevrelerine ve inançlarına bağlı biyokimyasal ve morfolojik değişimler olabileceğini anlatır ve aynı zamanda klinik yaklaşımın hasta merkezli olması gerektiğini öne sürer.

Bu çalışmada, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi asistan hekimlerinin biyopsikososyal yaklaşımlarını değerlendirebilmek amaçlanmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. Araştırma Modeli ve Örneklemi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmanın evreni olarak Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan dahili ve cerrahi tıp bilim dallarındaki araştırma görevlisi hekimler seçilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yürütülmesi

Çalışmamız için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 24.11.2017 tarih ve 230 sayı ile onay alınmıştır (Ek-4).

Çalışma verileri, Aralık 2017–Mart 2018 tarihleri arasında yapıldı. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan uzmanlık öğrencisi katılımcılar 4 grup olarak alındı. Bu gruplar; aile hekimliği, psikiyatri, diğer dahili ve cerrahi tıp bilim dalları idi. Araştırmamıza imza vererek katılmayı kabul eden araştırma görevlisi hekimlere aşağıda açıklamaları yapılan anket uygulandı. Verilerin analizi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Biyoistatistik ve Aile Hekimliği Bilim Dalları işbirliğiyle yapıldı.

Hekimlere uygulanan anket; cinsiyet, yaş, medeni durum, hekim olarak çalışma süresi, günlük bakılan hasta sayısı, hasta başına ayrılan süre, hekimlerin genel umut düzeyleri ve algıladıkları refah düzeyleri gibi soruları içeren sosyodemografik veri formu, ve sırasıyla Hasta- Hekim Oryantasyon Ölçeği (Patient Practitioner Orientation Scale) ve Jefferson Hekim Empati Ölçeği (The Jefferson Scale of Physician Empathy) ile birlikte toplam 50 sorudan oluşmaktadır.

3.2.1. Hasta-Hekim Oryantasyon Ölçeği (Patient Practitioner Orientation Scale)

Hasta-Hekim Oryantasyon Ölçeği (PPOS) doktorlar, tıp öğrencileri ve hastalar arasındaki hasta-hekim ilişkisini değerlendirebilmek amaçlı, Krupat ve arkadaşları tarafından hazırlanan ve 18 maddeden oluşan ve geçerlilik güvenirliği yapılan bir ölçektir. Fakat Türkçe geçerlik güvenirliği henüz yapılmamıştır.

Araştırmamızda Hasta Hekim Oryantasyon Ölçeği (PPOS)'nin beş dereceli

likert formatı (kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, fikrim yok, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum) uygulandı. Ölçeğin birinci alt grubu olan “Paylaşım” hekim ile hastaların ortak karar verme sürecini ne denli paylaşılabildiğini ve güç dengesini ne ölçüde oluşturabildiklerini ölçmeyi amaçlamaktadır (41). “Paylaşım” alt grubunu ölçekteki 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15 ve 18 numaralı maddeler oluşturmaktadır (42, 43). İkinci alt grubu ise “Bakım” olarak nitelendirilmektedir. Bu grup ise hastaların yaşam koşullarının, duygularının ve beklentilerinin hekimler tarafından hangi ölçüde dikkate alındığını ölçmeyi amaçlamaktadır (41). “Bakım” alt grubunu ölçekteki 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16 ve 17 numaralı maddeler oluşturmaktadır (42,43). Ölçeğin puanlaması; yüksek puanlar (ortalama 5,00 veya daha yüksek), orta puanlar (ortalama 4,57 ile 5,00 arası) ve düşük puanlar (ortalama puanı 4,57 veya daha düşük) olmak üzere üç ayrı gruba ayrılmaktadır (41). Yüksek puanlar hekimin hastasına yaklaşırken hasta merkezli yaklaşım takındığını gösterirken, düşük puanlar ise doktor merkezli yaklaşım takındığını savunmaktadır. Çalışmamızda Hasta-Hekim Oryantasyon Ölçeği’nin içsel güvenirliliği Cronbach’s Alpha ile test edilmiş ve 0.578 bulunmuştur.

3.2.2. Jefferson Hekim Empati Ölçeği (The Jefferson Scale of Physician Empathy)

Hasta-hekim ilişkisinde empati çok değerli bir unsurdur (44, 45). Jefferson Empati Ölçeği, 2001 yılında Hojat, tıp eğitimi ve uygulamasında empatinin değerlendirilebilmesi için geliştirmiştir. Ve uluslararası platformda kabul görmüş bir ölçektir (45-50).

Jefferson Empati Ölçeği’nin üç farklı çeşiti geliştirilmiştir. Çalışmamızda hekimler ve diğer sağlık hizmeti sunanlar için geçerli versiyonu (HP versiyonu) kullanılmıştır (44). HP versiyonunda, ilk 10 madde pozitif cevaplı iken, son 10 madde negatif cevaplı olacak şekilde oluşturulmuştur. Negatif cevaplı maddeler, bu tip psikolojik testlerde katılımcının maddelere hep aynı yanıtı verme eğilimi kırmaya çalışmak amacıyla konulmuştur (51,52). Alınan puan yüksekliği hekimin hastaya daha empatik yaklaştığını desteklemektedir (53).

Jefferson Hekim Empati Ölçeği’nin HP versiyonunun Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmamıştır. Araştırmamızda Teke ve arkadaşlarının istatistiksel

analizleri esas alınarak düzenlenen, beşli likert formatı kullanılmıştır (54). Çalışmamızda Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nin içsel güvenirliği Cronbach's Alpha ile test edilmiş ve 0.931 bulunmuştur.

3.3. İstatistiksel Analizler

Çalışmamızda veriler, SPSS 18 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edildi. Normal dağılım gösteren veriler için parametrik testler, göstermeyenler için parametrik olmayan testlerle analiz yapıldı. Kategorik değişkenlerin analizi için ki- kare test kullanıldı. Çalışmada kullanılan demografik özellikler için tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Anket formundaki değişkenlere verilen yanıtların ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmış, ortalamalar arasındaki istatistiksel farklılık bağımsız örneklerde t testi, gerektiğinde Mann- Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Hasta- Hekim Oryantasyon Ölçeği'nin alt grup puanları ile Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nin toplam puanlarının demografik verilerle karşılaştırılmasında one-way ANOVA, gerektiğinde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kullanılan bütün istatistiksel testlerin önemlilik sınırı 0,05 olarak belirlendi.

Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar

Kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmalarının yapılmamış olması ve literatürde benzer çalışma sayısının az olmasından ötürü bazı zorluklar ile karşılaşıldı ve asistan hekimlerin yoğun çalışma şartlarından dolayı anket uygularken uygun zamanı yakalayabilmek ile ilgili zorluklar yaşandı. Ayrıca oluşturulan gruplarda psikiyatri ve aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sayısının az olması da araştırmamızın kısıtlılığını oluşturmaktadır. Biyopsikososyal yaklaşım bütüncül ve sürekli yaklaşım esas alındığında, öncelikle aile hekimliği ve psikiyatri gibi branşlarda elzem yaklaşım modeli olduğundan bu iki bölümle diğer dahili ve cerrahi branşlar karşılaştırılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya toplam 203 asistan hekim katılmıştır. Araştırmaya katılanların 143'ü (%70) erkek, 60'ı (%30) kadındır. Hekimlerin yaş ortalaması $29,73 \pm 2,87$ (min=23, maks=41) olup, çoğunluğunu 23-30 yaş arası hekimler oluşturmaktadır. Tüm hekimlerin 79'u (%38,9) bekar, 124'ü (%61,1) evlidir. Katılımcıların 21'ini (%10,3) aile hekimliği, 8'ini psikiyatri (%3,9), 104'ünü diğer dahili branşlar (%51,2) ve 70'ini (34,5) cerrahi branşlar uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Branş Dağılımları

Branş	n	%
Psikiyatri	8	3,9
Diğer Dahili	104	51,2
Cerrahi	70	34,5
Aile Hekimi	21	10,3
Toplam	203	100,0

Tablo 2: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyet Özellikleri

Cinsiyet	n	%
Kadın	60	29,6
Erkek	143	70,4
Toplam	203	100,0

Tablo 3: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yaş Özellikleri

Yaş	n	%
23-30 yaş	138	68,0
31-35 yaş	58	28,6
36-41 yaş	7	3,4
Toplam	203	100,0

Tablo 4: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durum Özellikleri

Medeni Durum	n	%
Bekar	79	38,9
Evli	124	61,1
Toplam	203	100,0

Tablo 5: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Genel Umut Düzey Özellikleri

Genel Umut Düzeyi	n	%
Çok Umutlu	13	6,4
Umutlu	97	47,8
Umutlu Değil	60	29,6
Hiç Umutlu Değil	33	16,3
Toplam	203	100,0

Tablo 6: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Hekim Olarak Çalışma Süresi Özellikleri

Hekim Olarak Çalışma Süresi	n	%
≤5 yıl	149	73,4
>5 - ≤10 yıl	48	23,6
>10 yıl	6	3,0
Toplam	203	100,0

Çalışmaya katılan hekimlerin büyük bir kısmını 5 yıl ve altında toplam mesleki çalışma süresi olan grup oluşturmaktadır (n:149, %73,4). Çalışmaya katılan hekimlerin %23,6'sının 5-10 yıl arası, %3'ünün 10 yıl ve üzeri toplam mesleki çalışma süresi olduğu gösterilmiştir.

Tablo 7: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Günlük Ortalama Baktıkları Hasta Sayısının Karşılaştırılması

Günlük Ortalama Hasta Sayısı				
Branş	n	Mean	SD	P
Psikiyatri	8	20,00	9,60	<0,01
Diğer Dahili	104	62,75	37,35	
Cerrahi	70	58,45	32,73	
Aile Hekimi	21	34,76	21,47	
Toplam	203	56,68	35,34	

Çalışmaya katılan hekimlerin günlük ortalama baktıkları hasta sayısı 56,68±35,34 olup diğer dahili branşların (62,75±37,35) ve cerrahi branşların (58,45±32,73) günlük ortalama baktıkları hasta sayısı aile hekimleri (34,76±21,47) ve psikiyatri hekimlerinden (20±9,6) yüksek bulunmuştur (p<0,01).

Tablo 8: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hasta Başına Ayırdıkları Sürenin Karşılaştırılması

Hasta Başına Ayrılan Süre				
Branş	n	Mean	SD	P
Psikiyatri	8	36,87	17,10	<0,01
Diğer Dahili	104	9,50	9,46	
Cerrahi	70	8,77	5,89	
Aile Hekimi	21	9,23	4,86	
Toplam	203	10,30	9,96	

Çalışmaya katılan hekimlerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre 10.30±9.96 dk olup psikiyatri hekimlerinin (36,87±17,10) belirgin olarak diğer branşlardan daha yüksek bulunmuştur (p<0,01).

Tablo 9: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Meslekteki Toplam Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması

Branş	Meslekteki Toplam Çalışma Süresi			Toplam
	≤5 Yıl	>5 - ≤10 Yıl	>10 Yıl	
Psikiyatri	3,9%	-	-	3,9%
Diğer Dahili	38,4%	10,3%	2,5%	51,2%
Cerrahi	23,2%	10,8%	0,5%	34,5%
Aile Hekimi	7,9%	2,5%	-	10,3%
Toplam	73,4%	23,6%	3,0%	100,0%

Tablo 10: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Umut Düzeylerinin Karşılaştırılması

BRANŞ	Genel Umut Düzeyi*			Toplam	P
	Umutlu	Umutlu Değil	Hiç Umutlu Değil		
Psikiyatri	2,5%	1,0%	0,5%	3,9%	=0,11
Diğer Dahili	28,6%	14,3%	8,4%	51,2%	
Cerrahi	14,8%	12,8%	6,9%	34,5%	
Aile Hekimi	8,4%	1,5%	0,5%	10,3%	
Toplam	54,2%	29,6%	16,3%	100,0%	

*Çok umutlu kişi sayısı düşük bulunduğu için (n:13) çok umutlu ile umutlu kişi sayıları birleştirilerek hesaplanmıştır.

Hekimlerin genel umut düzeyleri “umutlu”, “umutlu değil”, “hiç umutlu değil” olmak üzere 3 gruba ayrılmış olup, hekimlerin çoğunluğu kendisini %54,2 “umutlu” olarak, %29,6 umutlu değil ve %16,3 hiç umutlu değil olarak nitelendirmiştir. Umutlu grubunu en yüksek payda ile (%28,6) diğer dahili branşlar oluşturmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo 11: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Algılanan Refah Düzeyinin Karşılaştırılması

Branş	Algılanan Refah Düzeyi			
	n	Mean	SD	P
Psikiyatri	8	5,37	1,76	=0,05
Diğer Dahili	104	5,41	1,88	
Cerrahi	70	4,98	2,20	
Aile Hekimi	21	6,38	1,98	
Toplam	203	5,36	2,03	

Hekimlerin algıladıkları refah düzeyleri 0'dan 10'a kadar derecelendirilen bir çizelgede değerlendirilmiş ve hekimlerin ortalama refah düzeyleri $5,36 \pm 2,03$ olarak bulunmuştur. Aile hekimlerinin ortalama refah düzeyleri ($6,38 \pm 1,98$) diğer branşlardan bir miktar yüksek bulunmuştur. Diğer dahili branşların ortalama refah düzeyi ($5,41 \pm 1,88$), psikiyatri hekimlerinin ($5,37 \pm 1,76$) olarak bulunmuştur. Cerrahi branşlar ise en düşük refah seviyesine sahip grup olarak bulunmuştur ($4,98 \pm 2,2$).

Tablo 12: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Umut Düzeyleri ile Refah Düzeylerinin Karşılaştırılması

Umut Düzeyi*	Algılanan Refah Düzeyi			
	n	Mean	SD	P
Umutlu	110	5,98	1,78	0,001
Umutlu Değil	60	5,08	1,78	
Hiç Umutlu Değil	33	3,81	2,33	
Toplam	203	5,36	2,03	

*Çok umutlu kişi sayısı düşük bulunduğu için (n:13) çok umutlu ile umutlu kişi sayıları birleştirilerek hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin algılanan refah düzeyi arttıkça daha umutlu oldukları sonucuna varılmıştır.

Tablo 13: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumları ile Umut Düzeylerinin Karşılaştırılması

Genel Umut Düzeyi							
Medeni Durum		Çok Umutlu	Umutlu	Umutlu Değil	Hiç Umutlu Değil	Toplam	p
	Bekar	3,9%	19,7%	9,9%	5,4%	38,9%	0,23
	Evli	2,5%	28,1%	19,7%	10,8%	61,1%	
Toplam		6,4%	47,8%	29,6%	16,3%	100,0%	

Tablo 14: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Branşlarına Göre Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

JSPE				
Branş	n	Mean	SD	P
Psikiyatri	8	78,25	14,78	=0,31
Diğer Dahili	104	72,03	13,46	
Cerrahi	70	70,87	15,24	
Aile Hekimliği	21	67,71	14,69	
Toplam	203	71,43	14,29	

Branşlara göre empati düzeylerini karşılaştırdığımızda, psikiyatristlerin ortalama JSPE skorları $78,25 \pm 14,78$, diğer dahili branşların $72,03 \pm 13,46$, cerrahi branşların $70,87 \pm 15,24$ ve aile hekimlerinin $67,71 \pm 14,69$ olarak bulunmuştur. Psikiyatristlerin ortalama JSPE skorları diğer branşlardan daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,31$).

Tablo 15: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

JSPE				
Cinsiyet	n	Mean	SD	P
Kadın	60	76,13	11,96	=0,001
Erkek	143	69,46	14,76	

Cinsiyete göre empati düzeylerini karşılaştırdığımızda, kadın hekimlerin ortalama JSPE skorları ($76,13 \pm 11,96$), erkek hekimlerin ortalama JSPE skorlarından ($69,46 \pm 14,76$) daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 16: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Branşlarına Göre Toplam Paylaşım Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Paylaşım (PPOS)				
Branş	n	Mean	SD	P
Psikiyatri	8	3,67	0,99	=1,35
Diğer Dahili	104	3,98	0,65	
Cerrahi	70	3,83	0,61	
Aile Hekimliği	21	3,92	0,67	
Toplam	203	3,91	0,66	

Branşlara göre hasta merkezli yaklaşımlarını değerlendirdiğimizde, PPOS'u oluşturan birinci alt gruba bakacak olursak; paylaşım skorlarının ortalaması psikiyatristlerde $3,67 \pm 0,99$, diğer dahili branşlarda $3,98 \pm 0,65$, cerrahi branşlarda $3,83 \pm 0,61$ ve aile hekimlerinde $3,92 \pm 0,67$ olarak bulunmuştur. Diğer dahili branşlar ve aile hekimlerinde nispeten daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak fark yoktur ($p=1,35$).

Tablo 17: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Branşlarına Göre Toplam Bakım Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım (PPOS)				
Branş	n	Mean	SD	P
Psikiyatri	8	3,20	0,45	=0,04
Diğer Dahili	104	3,49	0,60	
Cerrahi	70	3,68	0,58	
Aile Hekimliği	21	3,68	0,54	
Toplam	203	3,56	0,59	

PPOS'u oluşturan ikinci alt gruba bakacak olursak; bakım skorlarının ortalaması psikiyatristlerde $3,20 \pm 0,45$, diğer dahili branşlarda $3,49 \pm 0,60$, cerrahi branşlarda $3,68 \pm 0,58$ ve aile hekimlerinde $3,68 \pm 0,54$ olarak bulunmuştur. Cerrahi branşlar ve aile hekimlerinde nispeten daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak fark vardır ($p=0,04$).

Tablo 18: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Paylaşım Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Paylaşım				
Cinsiyet	n	Mean	SD	P
Kadın	60	3,82	0,66	=0,21
Erkek	143	3,95	0,65	

Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyetlerine göre paylaşım skorlarının ortalamaları Tablo'18'de gösterilmiştir. Kadınların ortalama skoru $3,82 \pm 0,66$, erkeklerin ise $3,95 \pm 0,65$ olarak bulunmuştur.

Tablo 19: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Bakım Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım				
Cinsiyet	n	Mean	SD	p
Kadın	60	3,58	0,59	=0,81
Erkek	143	3,56	0,59	

Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyetlerine göre bakım skorlarının ortalamaları Tablo'da gösterilmiştir. Kadınların ortalama skoru $3,58 \pm 0,59$, erkeklerin ise $3,56 \pm 0,59$ olarak bulunmuştur. İstatiksel olarak fark yoktur ($p=0,81$).

Tablo 20: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre Paylaşım ve Bakım ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

JSPE				
Medeni Durum	n	Mean	SD	P
Bekar	79	71,79	13,22	=0,77
Evli	124	71,20	14,98	

Çalışmaya katılan hekimlerin medeni durumlarına göre JSPE skorlarının ortalamaları bekarlarda $71,79 \pm 13,22$ evlilerde ise $71,20 \pm 14,98$ olarak bulunmuştur.

Tablo 21: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre Paylaşım ve Bakım Skorları

	Medeni Durum	n	Mean	SD	P
Paylaşım	Bekar	79	3,89	0,66	=0,77
	Evli	124	3,92	0,66	
Bakım	Bekar	79	3,54	0,60	=0,66
	Evli	124	3,58	0,58	

Çalışmaya katılan hekimlerin medeni durumlarına göre paylaşım skorlarının ortalamaları bekarlarda $3,89 \pm 0,66$ evlilerde ise $3,92 \pm 0,66$; bakım skorlarının ortalamaları bekarlarda $3,54 \pm 0,6$, evlilerde $3,58 \pm 0,58$ olarak bulunmuştur. Her iki alt grupta da istatistiksel olarak fark yoktur ($p=0,77$, $p=0,66$).

Tablo 22: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yaşlarına Göre Paylaşım ve Bakım ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Yaş	n	Mean	SD	
Paylaşım	23-≤30	138	3,94	0,64	p=0,37
	>30-≤35	58	3,88	0,62	
	>35-≤41	7	3,57	1,09	
	Toplam	203	3,91	0,66	
Bakım	23-≤30	138	3,60	0,60	p=0,04
	>30-≤35	58	3,55	0,50	
	>35-≤41	7	3,02	0,88	
	Toplam	203	3,56	0,59	
JSPE	23-≤30	138	71,93	14,09	p=0,366
	>30-≤35	58	71,12	13,43	
	>35-≤41	7	64,14	23,70	
	Toplam	203	71,43	14,29	

Çalışmaya katılan hekimlerin yaş gruplarına göre toplam JSPE, paylaşım ve bakım skorlarının ortalamaları Tablo 22’de gösterilmiştir. JSPE, paylaşım ve bakım skorlarının ortalamalarının yaş artıkça düştüğü görülmektedir. Paylaşım ve JSPE skorlarında istatistiksel olarak fark yoktur (p=0,37, p=0,36). Bakım skorlarında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (p=0,04).

Tablo 23: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çalışma Sürelerine Göre Paylaşım ve Bakım ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çalışma Süresi	n	Mean	SD	
Paylaşım	≤5 yıl	149	3,96	0,64	p=0,12
	>5 - ≤10 yıl	48	3,74	0,65	
	>10 yıl	6	3,98	0,95	
	Toplam	203	3,91	0,66	
Bakım	≤5 yıl	149	3,59	0,58	p=0,45
	>5 - ≤10 yıl	48	3,48	0,59	
	>10 yıl	6	3,45	0,79	
	Toplam	203	3,56	0,59	
JSPE	≤5 yıl	149	71,57	14,32	p=0,41
	>5 - ≤10 yıl	48	71,95	12,16	
	>10 yıl	6	63,83	26,79	
	Toplam	203	71,43	14,29	

Çalışmaya katılan hekimlerin çalışma sürelerine göre toplam JSPE, paylaşım ve bakım skorlarının ortalamaları Tablo 14’de gösterilmiştir. Bakım skorlarının ortalamalarının çalışma süresi düştükçe artığı görülmekle beraber, her üç grupta da istatistiksel olarak fark görülmemiştir (p=0,12, p=0,45, p=0,41).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan asistan hekimlerin biyopsikososyal yaklaşımları, hasta merkezli yaklaşımları ve hasta-hekim ilişkisini yansıtan önemli kavramlardan biri olan empatiyi klinik yaklaşımlarında ne denli kullandığını belirlemek ve demografik parametrelerle hasta merkezli yaklaşım ve empati düzeyleri arasındaki etkileşimleri göstermek amaçlı yapılmıştır. Biyopsikososyal yaklaşım öncelikle aile Hekimliği ve psikiyatri gibi branşlarda elzem yaklaşım modeli olup, diğer dahili ve cerrahi branşlarda da uygulanmalıdır. Bu çalışmada; farklı branştaki uzmanlık öğrencilerinin bu yaklaşımları karşılaştırılmaya çalışılmıştır.

Çalışmamıza cerrahi branşlarda dahil edilmiş olup 143'ü (%70,4) erkek, 60'ı (%29,6) kadın hekimlerden oluşmaktadır. Hojat ve arkadaşlarının 2002 yılında bir çalışmada katılımcıların çoğunluğu erkek hekimler oluşturmuştur (51). Teke ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışmaya 480 hekim katılmış ve %73,4' ünü erkek hekimler oluşturmuştur (54). İran'da ise 207 hekimi kapsayan bir çalışmaya ise neredeyse eşit sayıda erkek ve kadın katılımcı katılmıştır (55). İtalya'da bizim gibi Cerrahi branşlarında dahil edilerek yapıldığı bir çalışmada, 289 katılımcının 229'u erkek katılımcılar oluşturmuştur(56). Erkek katılımcı oranının yüksek olması cerrahi branşların daha çok erkek hekimler tarafından seçilmesi şeklinde yorumlanabilir. 2015 de Türkiye'de aile Hekimleri ve psikiyatristlerle yapılan başka bir çalışmaya toplam 405 hekim katılmış, çalışmaya katılanların 245'ini kadın hekimler oluşturmuştur (57) ve bu çalışmada ise kadın katılımcılarının fazla olması aile hekimliği ve psikiyatri branşlarının daha çok kadınlar tarafından seçilmesi şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda hekimlerin çoğunluğu 23-30 yaş aralığında olan gruptan meydana gelmektedir. 2015'de Türkiye yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcıların çoğunluğunu bizim çalışmamıza benzer olarak 24-35 yaş arası hekimler oluşturmaktadır (57). Teke ve arkadaşlarının çalışmasına katılan hekimlerin çoğunluğunu 30-39 yaş aralığında olan hekimler oluşturmaktadır (54). Ankara' da yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların çoğu 25- 34 yaş arası hekimlerden meydana gelmektedir (58). Kano'da 2014 yılında yapılan bir

çalışmada ise, katılan hekimlerin çoğunluğunu 30 yaş ve üzerinde (%67,8) olan grup oluşturmuştur (59).

Çalışmamızda hekimlerin 79'u (%38,9) bekar, 124'ü (%61,1) evli bulunmuştur. İran'da yapılan çalışmada katılımcı evli hekimlerin sayısı bekar olanların yaklaşık iki katı bulunmuştur (55). 2015'de Türkiye de yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcı hekimlerin yarısından fazlası evlidir (57). Ankara'da Karaoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada yine katılımcı hekimlerin yarısından fazlasının evli olduğu gösterilmiştir (58). Tüm bu sonuçlardan özellikle ülkemizde hekimlerin çoğunlukla evli olmayı tercih ettikleri kanısına varılabilir.

Çalışmamızda katılımcıların 21'ini (%10,3) aile hekimliği, 8'ini (%3,9) psikiyatri, 104'ünü (%51,2) diğer dahili branşlar ve 70'ini (%34,5) cerrahi branşlar uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır. Bizim gibi hem dahili hem de cerrahi branşların dahil edildiği bir çalışma olan, 2002 yılında Hojat ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmanın 69'unu (%9,8) aile hekimleri 24' ünü (%3,4) psikiyatristler oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin geri kalanını ise diğer dahili ve cerrahi branşlar oluşturmaktadır (51). Teke ve arkadaşlarının çalışmasının ise 290'nını (%60,4) dahili, 190'ını (%39,6) cerrahi uzmanlık alanlarında çalışan hekimler oluşturmaktadır (54). 2015'de Türkiye'de yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcıların neredeyse yarısını aile hekimliği bir diğer yarısını ise psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır (57). Truax ve arkadaşlarının farklı meslek grubu çalışanlarını dahil ederek oluşturduğu çalışmaya 101 (%5,7) psikiyatrist, 103 (%5,8) aile Hekimi katılmıştır (60).

Çalışmamıza katılan hekimlerin ortalama meslekte çalışma süreleri 1.3 ± 0.5 (yıl) ve büyük bir kısmını 5 yıl ve altında toplam mesleki çalışma süresi olan grup oluşturmaktadır (n:149. %73,4). Çalışmaya katılan hekimlerin %23,6' sının 5-10 yıl arası, %3'ünün 10 yıl ve üzeri toplam mesleki çalışma süresi olduğu gösterilmiştir. 2015'de Türkiye'de yapılan çalışmada ise katılımcıların büyük çoğunluğunu meslekteki toplam çalışma süresi 10 yıl ve altında olan grup oluşturmaktadır (57) Kano'da yapılan bir çalışmada, katılımcıların yarısından fazlası 6 yıl ve altında toplam mesleki çalışma süresine sahip bulunmuştur (59). Krupat ve arkadaşlarının çalışmasına katılan katılımcıların ise toplam hekim olarak çalışma sürelerinin ortalaması $13,97 \pm 9,14$ yıl olarak bulunmuştur (41). Audet ve arkadaşları

araştırmasında mesleki çalışma süresini ‘15 yıl ve altı’ ve ‘15 yıl üstü’ olarak iki kategoriye ayırmış olup her iki grubun katılımcı sayısı birbirine yakın bulunmuştur (61). Karaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun 10 yıl ve altında toplam hekim olarak çalışma sürelerine sahip oldukları gösterilmiştir (58). Teke ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise katılımcıların çoğunluğunun toplam hekim olarak çalışma sürelerinin 10 yıl ve altında olduğu gösterilmiştir (54). Literatürde yapılmış çalışmalarla karşılaştırılınca yaş dağılımdaki farklılık bölgesel, etno kültürel özelliklerin sonucunda gelişmiş olabilmektedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin günlük ortalama baktıkları hasta sayısı $56,68 \pm 35,34$ olup, diğer dahili branşların ($62,75 \pm 37,35$) ve cerrahi branşların ($58,45 \pm 32,73$) günlük ortalama baktıkları hasta sayısı aile hekimleri ($34,76 \pm 21,47$) ve psikiyatri hekimlerinden ($20 \pm 9,6$) yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılan hekimlerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre $10,30 \pm 9,96$ dk olup psikiyatri hekimlerinin ($36,87 \pm 17,10$) belirgin olarak diğer branşlardan daha yüksek bulunmuştur. 2015’de Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada ise aile hekimlerinin günlük ortalama baktıkları hasta sayısı psikiyatri hekimlerinin günlük ortalama baktıkları hasta sayılarından anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ve psikiyatristlerin hasta başına ayırdıkları ortalama sürenin aile hekimlerinin ayırdığı süreden daha uzun olduğu görülmüştür (57). İzmir’de yapılan bir çalışma aile hekimlerinin klinik uygulamalarında biyopsikososyal yaklaşımı ne ölçüde benimsediklerini araştırmayı amaçlamıştır ve hasta- hekim görüşme süreleri ortalama 4-7 dakika olarak gösterilmiştir (8). Benzer olarak, Wright ve arkadaşlarının anket çalışmasında, hasta-hekim görüşme süreleri değerlendirilmiş ve ortalama 7 dakika sürdüğü gösterilmiştir. Hastaların sorulara verdikleri yanıtların doğruluk oranının, uzun süren görüşmelerde kısa sürenlere kıyasla daha fazla olduğu bildirilmiştir (8,63). Çalışmamızda da görülen psikiyatri hekimlerinin diğer branşlara kıyasla daha fazla hasta başına süre ayırmalarının sebebinin hasta sayılarının diğer branşlardan daha az olması şeklinde yorumlanabilir ve dolayısıyla hastaya biyopsikososyal yaklaşımı daha çok klinik görüşmelerine yansıtılabileceği düşünülebilir. Şüphesiz ki gün içerisinde bakılan hasta sayısı arttıkça her hastaya ayrılan sürenin azalması olağandır. Böylece kısıtlı zamanın sonucu olarak hastayı biyopskososyal açıdan bütünüyle ele almak zorlaşacaktır.

Çalışmamızda hekimlerin genel umut düzeyleri “umutlu”, “umutlu değil”, “hiç umutlu değil” olmak üzere 3 gruba ayrılmış olup (çok umutlu kişi sayısı düşük bulunduğu için (n:13) çok umutlu ile umutlu kişi sayıları birleştirilerek hesaplanmıştır), hekimlerin çoğunluğu kendisini “umutlu” (%54,2) olarak, % 29,6 umutlu değil ve %16,3 hiç umutlu değil olarak nitelendirmiştir. Umutlu grubunu en yüksek payda ile (%28,6) diğer dahili branşlar oluşturmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. 2015 yılında Türkiye’de aile hekimleri ve psikiyatristler ile yapılan bir diğer çalışmada hekimlerin çoğunluğu kendisini “umutlu” (%56) olarak nitelendirmiştir. “Hiç umutlu değil” ve “Umutlu değil” yanıtını verenlerin büyük çoğunluğunu aile hekimlerinin oluşturduğu görülmüştür (57).

Çalışmamıza katılan hekimlerin medeni durumuna göre genel umut düzeyini karşılaştırdığımızda umutluların %28,1’ini evliler, %19,7’si bekarlar, çok umutluların ise %2,5’ini evliler, %3,9’unu ise bekarlar oluşturmakla beraber istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. 2015’de Türkiye’de yapılan bir diğer çalışmada da hekimlerin medeni durumları ile umut düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (57).

Çalışmamızda branşlara göre empati düzeylerini karşılaştırdığımızda, Psikiyatristlerin empati düzeyleri tüm diğer branşlardan daha yüksek, aile hekimlerinin ise cerrahi ve diğer dahili branşlardanda daha düşük olarak bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlı değildir. 2015 yılında Türkiye’de yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamızda ki sonuçları destekler nitelikte psikiyatristlerin empati düzeyi skorları aile hekimlerinin skorlarından anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır (57). 2002 yılında, Hojat ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 12 farklı uzmanlık alanındaki hekimlerin empati skorları ölçülmüştür. Psikiyatristlerin empati skorları diğer tüm branşlardan belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Anestezi, ortopedi, kadın doğum, genel cerrahi ve beyin cerrahisi gibi uzmanlık alanlarındaki hekimlerin empati skorları düşük bulunmuştur (51). Bizim çalışmamız gibi bu çalışmalarda da psikiyatristlerin empati skorlarının yüksek olması, hastalar ile daha uzun vakit geçirmelerine ve aldıkları eğitimde doğrultusunda hastaya daha çok biyopsikososyal yönden yaklaşabilmelerine bağlanabilir. Truax ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise, farklı meslek grubu çalışanları araştırmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmada Aile Hekimlerinin empati skorları diğer tüm gruplardan

yüksek bulunmakla beraber psikiyatristlerin skorlarında aile hekimlerine yakın bulunmuştur (60). Ankara’da yapılan bir çalışmada hekimlerin empati düzeyleri karşılaştırılmak istenmiş ve çalışmaya farklı branşlardan 153 gönüllü hekim katılmıştır ancak empati skorları ile branşlar arasında önemli bir farklılık gösterilememiştir (58). 2012 yılında Japonya’da yapılan bir çalışmada, branşlara göre empati düzeyleri kıyaslanmak istenmiştir. Bu çalışmada genel dahiliye, genel pediatri ve psikiyatri gibi branşların empati skorları daha yüksek saptanmakla beraber diğer branşlarla aralarında önemli bir farklılık olmadığı gözlenmiştir (50). 2010 yılında Teke ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yine branşlara göre empati düzeyleri ölçülmek istenmiş. Cerrahi branşlar ile dahili branşların karşılaştırıldığı çalışmada dahili branşların daha yüksek empati skorlarına sahip oldukları gösterilmiştir (54). Bizim çalışmamızda ise cerrahi branşların empati düzeyleri psikiyatristlerden daha düşük, diğer dahili branşlar ve aile hekimlerinden yüksek bulunmakla beraber skorlar birbirine yakın bulunmuştur.

2012 yılında Amerika’da tıp fakültesi öğrencilerinin empati düzeylerini ölçme amaçlı yapılan araştırmada insan odaklı uzmanlık alanlarına yönelen öğrencilerin (psikiyatri, dahiliye, pediatri, aile hekimliği), teknoloji odaklı uzmanlık alanlarını yönelen öğrencilerden (patoloji, anestezi, cerrahi) daha yüksek empati düzeylerine sahip oldukları görülmüştür (63).

Yine tıp öğrencilerinin empati düzeylerini ölçmeyi amaçlayan bir başka çalışmada Portekiz’de yapılmıştır. Tıp fakültesinin son yılında insan odaklı branşlar (psikiyatri, dahiliye, pediatri, aile hekimliği vb.) tercih edeceğini belirten öğrencilerin empati düzeyleri, teknoloji odaklı branşlar (patoloji, anestezi, cerrahi vb.) tercih edeceğini belirten öğrencilerden anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır (64).

Newton ve arkadaşları, 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada, tıp öğrencilerinin branş tercihlerine göre empati skorlarını ölçmüşler ve temel branşları (psikiyatri, aile hekimliği, dahiliye) tercih eden öğrencilerin temel olmayan branşları (cerrahi, radyoloji) tercih eden öğrencilere göre daha yüksek empati skorlarına sahip olduğu gösterilmiştir (65).

Çalışmamızda branşlara göre hasta merkezli yaklaşımlarını değerlendirdiğimizde, PPOS’u oluşturan birinci alt gruba bakacak olursak; paylaşım

skorlarının ortalaması psikiyatristlerde $3,67 \pm 0,99$, diğer dahili branşlarda $3,98 \pm 0,65$, cerrahi branşlarda $3,83 \pm 0,61$ ve aile hekimlerinde $3,92 \pm 0,67$ olarak bulunmuştur. Diğer dahili branşlar ve aile hekimlerinde nispeten daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak fark yoktur. PPOS'u oluşturan ikinci alt gruba bakacak olursak; bakım skorlarının ortalaması psikiyatristlerde $3,20 \pm 0,45$, diğer dahili branşlarda $3,49 \pm 0,60$, cerrahi branşlarda $3,68 \pm 0,58$ ve aile hekimlerinde $3,68 \pm 0,54$ olarak bulunmuştur. Cerrahi branşlar ve aile hekimlerinde nispeten daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak fark vardır. Tüm branşlarda PPOS'un ortalama puanları 4,57'nin altında kalmıştır, bu da çalışmamıza dahil edilen doktorların hastalara daha çok doktor merkezli yaklaşımda bulunduklarını düşündürür. 2015 yılında Türkiye'de yapılan bir çalışmada, aile hekimleri ile psikiyatristlerin hasta merkezli yaklaşımları değerlendirilmiş ve psikiyatristlerin PPOS skorları aile hekimlerinden anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada da bizim çalışmamızda ki gibi PPOS' un ortalama puanları 4,57'nin altında kalmıştır (57).

Farklı uzmanlık alanlarının dışlandığı, aile hekimliği ve genel cerrahinin ikinci yılında olan uzmanlık öğrencileri ile aile hekimliği ve genel cerrahi seçmeyi planlayan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin dahil edildiği ve hasta merkezli yaklaşımı ölçüp karşılaştırmayı amaçlayan bir çalışmada ise aile hekimlerinin cerrahi branşlara kıyasla daha fazla hasta merkezli yaklaşımda bulundukları kanısına varılmıştır (66). Hekimlerin hasta merkezli yaklaşımlarını klinik uygulamalarında ne ölçüde kullandığını ölçme amaçlı gerçekleştirilen bir başka çalışmada, aile hekimlerinin diğer branşlara kıyasla daha fazla hasta merkezli yaklaşımda bulundukları tespit edilmiştir. Bu çalışmaya dahil edilen hekimler en az üç yıl hekim olarak çalışma süresi olan hekimlerden seçilmiş olup ve bazı branşlar ise (radyoloji, anestezi, patoloji) çalışmaya dahil edilmemiştir (61).

Kano'da yapılan bir araştırmaya dahil edilen hekimlerin %75'inden fazlasının düşük PPOS puanları aldığı görülmüştür. Bu veri ile doktorların büyük çoğunluğunun hasta-hekim ilişkisinde doktor merkezli yaklaşımı benimsediği sonucuna varabiliriz (59). 2011 yılında yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamızda ki gibi farklı branşlardaki doktorların hasta merkezli yaklaşımları karşılaştırılmak istenmiş. Cerrahi, onkoloji, kadın doğum ve aile hekimliği branşlarından olmak üzere toplam 78 hekim çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın sonunda en yüksek PPOS

puanlarını onkoloji doktorları, en düşük PPOS puanlarını ise cerrahi doktorları almıştır (67). Bu sonuçlar onkoloji doktorlarının uzun süre takip edilmesi gereken hastalara sahip olmalarından, hastalarıyla uzun zaman dilimlerinde iletişimde olmalarından kaynaklanıyor olabilir ama aile hekimliğinde de süreklilik esastır, buradan aile hekimlerinin beklenenden daha az hasta merkezli yaklaştığı kanısınada varabiliriz. Çalışmamızda dahili branşlar ile cerrahi branşlar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir hatta PPOS’u oluşturan ikinci alt grup olan ‘bakım’ gurubunda cerrahi branşlar ve aile hekimlerinde nispeten daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamızda cinsiyete göre empati düzeylerini karşılaştırdığımızda, kadın hekimlerin ortalama empati skorları, erkek hekimlerin ortalama empati skorlarından daha yüksek bulunmuştur. 2015 yılında Türkiye’ de yapılan bir başka çalışmada cinsiyetle empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (57). Hojat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bizim çalışmamızda ki gibi, onlarda kadın hekimlerin empati düzeylerini erkek hekimlerin empati düzeylerinden yüksek bulmuşlardır fakat bu farklılık onların çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (49). Hojat ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada tıp fakültesi 3. Sınıf öğrencilerinin cinsiyete göre empati düzeyleri ölçülmüştür. Ve kadınların empati düzeyleri erkeklerden anlamlı bir şekilde daha yüksek saptanmıştır (68). Hojat ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı bir başka araştırmada ise, kadınların tıp fakültesi eğitim sürecinin her yılında, erkeklerinkinden daha yüksek empati düzeyine sahip oldukları gösterilmiştir. Ve tamamı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(49). İtalya’ da yapılan bir çalışmada yine kadın hekimlerin erkek hekimlerden daha yüksek empati düzeylerine sahip oldukları sonucuna varılmıştır (56). Teke ve arkadaşları da doktorların cinsiyetine göre empati yeteneklerini ölçmeyi hedefledikleri çalışmalarında, kadın hekimlerde empati skorlarını erkek hekimlere kıyasla belirgin bir şekilde daha yüksek saptamışlardır (54).

İngiltere’de 2011 yılında tıp öğrencilerinin empati düzeylerini ölçmek için yapılan bir çalışmada, kadın öğrencilerin ortalama empati skorlarının erkek öğrencilerin ortalama empati skorlarından anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır (69). Newton ve arkadaşları, tıp öğrencilerinin cinsiyete göre empati düzeylerini ölçmeyi hedefledikleri bir araştırmada, kadınların empati

düzeylerinin erkeklerden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır (65). Çalışmaların çoğunluğunda kadınların daha fazla empati kurabildikleri sonucuna varılmıştır. Tüm bu çalışmaların sonucundan yola çıkarak kadınların başka insanların duygularını anlama ve kendini onların yerine koyma açısından erkeklerden daha üstün olduğu sonucuna varabilmek mümkündür.

Çalışmamıza katılan hekimlerin cinsiyetlerine göre paylaşım skorlarının ortalamaları erkeklerde çok az farkla daha yüksek olarak bulunmuş olmakla beraber, istatistiksel olarak fark yoktur. Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyetlerine göre bakım skorlarının ortalamaları ise bu sefer çok az farkla kadınlar da daha yüksek olmakla beraber yine istatistiksel olarak fark yoktur. 2015 yılında Türkiye’de yapılan çalışmada kadınların toplam PPOS skorları erkeklerden daha yüksek olarak bulunmuş fakat bu farklılık da istatistiksel olarak anlamlılık göstermemiştir (57). Kano’da yapılan bir çalışmada ise kadın hekimlerin daha yüksek PPOS skorlarına sahip olduğu gösterilmiştir (59). Tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ve kadın öğrencilerin ortalama PPOS skorlarının erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir (70).

Yine tıp fakültesi öğrencileri ile Hasta-Hekim Oryantasyon Ölçeği kullanılarak yapılan bir başka çalışmada kadın öğrencilerin toplam PPOS skorları ve “bakım” skorları erkek öğrencilerden belirgin bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (71).

Krupat ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınlarda toplam PPOS skorları ile “bakım” skorları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (41).

Tüm bu çalışmalarda da gösterildiği gibi her ne kadar kadın cinsiyetle hasta merkezli ve biyopsikososyal yaklaşım ile empati düzeyleri arasında ilişki olduğu ağırlıklı olarak gösterilmiş olsa da tam bir fikir birliği sağlanabilmiş değildir.

Çalışmalar kadın doktorların hastalarının psikolojik durumunu ve sosyal çevrelerini daha fazla önemseddiği, erkek doktorların ise biyomedikal konular üzerine daha fazla durduğunu belirtmektedir (72). Sonuç olarak tüm bu çalışmalardan yola çıkarak kadın doktorların empatik ve hasta merkezli yaklaşımlarının genellikle erkek doktorlardan daha yüksek olduğunu düşünmek mümkündür. Fakat aksi yönde sonuçlar bildiren çalışmalarda mevcuttur. Roter ve arkadaşları çalışmalarında, kadın doktorların hastalarına erkek doktora kıyasla daha az yardımcı olduklarını, daha az

anlayışlı davrandıklarını ve sonuç olarak daha az hasta merkezli yaklaşımda bulunduklarını göstermiştir (73). Hasta ile doktorun aynı cinsiyette olmasının aralarındaki ilişkisinin daha kaliteli olabileceğini öne süren çalışmalarda mevcuttur (74).

Çalışmamıza katılan hekimlerin medeni durumlarına göre JSPE skorlarının ortalamaları bekarlarda ve evlilerde hemen hemen aynı olarak bulunmuştur. İstatiksel olarak fark yoktur. Çalışmaya katılan hekimlerin medeni durumlarına göre paylaşım ve bakım skorlarının ortalamaları ise çok düşük bir farkla evlilerde yüksek olmakla beraber, her iki alt grupta da istatiksel olarak fark yoktur. Yani bizim çalışmamızda medeni durumun hastaya empatik ve hasta merkezli yaklaşımın üzerine pek etki etmediği görülmüştür. 2015 yılında Türkiye’de yapılan çalışmada da hekimlerin medeni durumları ile empati düzeyleri ve hasta merkezli yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (57). Ankara’da yapılan bir başka çalışmada yine katılımcıların Empatik Eğilim Ölçeği puanları ile medeni durum arasında ilişki bulunamamıştır (58). İran’da yapılan bir çalışmada, yine hekimlerin medeni durumları ile hastaya empatik yaklaşım arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (6). Kano’da 2014 yılında yapılan çalışmada ise evli doktorların “paylaşım”, “bakım” ve toplam PPOS skorları yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (59).

Çalışmamıza katılan hekimlerin empati, paylaşım ve bakım skorlarının ortalamalarının yaş arttıkça düştüğü görülmektedir. Bunu zaman içerisinde biriken yorgunluğa yorumlayabiliriz. Bir hekimin çalışma süresi arttıkça biriken iş stresi artan monotonluğun, hastaya biyopsikosyal açıdan yaklaşımı zorlaştırabileceğini düşünebiliriz. Paylaşım ve JSPE skorlarında istatistiksel olarak fark yoktur. Bakım skorlarında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. 2015 yılında Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada bizim çalışmamızın aksine hekimlerin yaşları arttıkça empati skorlarının da arttığı saptanmıştır (57). Teke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, bizim çalışmamıza benzer olarak, yaş ve meslekteki çalışma süresi arttıkça hekimlerin empati kurma yeteneklerinin azaldığı sonucuna varılmıştır (54). 2004 yılında DiLalla ve arkadaşlarının, tıp fakültesi öğrencileri ve aynı fakültede çalışan hekimleri dahil ederek yaptıkları bir çalışmada, 30 yaş altı grupta empati düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (75). Bizim çalışmamızı destekleyen

nitelikte çalışmalar olmasına rağmen aksi yönde çalışmalar da mevcuttur. İran’da yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin yaşları artıkça empati düzeylerinde arttığı görülmüştür (55). Dowrick ve arkadaşları, yaptıkları bir çalışmada, 35 yaş ve üzeri hekimlerin biyopsikososyal yaklaşımı genç hekimlerden daha fazla benimsedikleri sonucuna varmışlardır (76). Japonya’da 2012 yılında yapılan bir araştırmada yaş artıkça empati düzeyinin arttığı kanısına varılmıştır (50). Tıp öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada ise yaş artıkça hekimin hastasına hasta merkezli yaklaştığı sonucuna varılmıştır (70). Kano’da yapılan bir araştırmada, 30 yaş üzerindeki hekimlerin “bakım” skorları diğer gruplardan belirgin bir şekilde yüksek olarak saptanmıştır (59). Hekimlerin klinik uygulamalarında hasta merkezli yaklaşımlarını ne derece benimsediklerini tespit etmeye yönelik yapılan bir çalışmada ise yaş ve hasta merkezlilik arasında ilişki saptanmamıştır (61).

Çalışmamıza katılan hekimlerin bakım skorlarının ortalamalarının çalışma süresi düştükçe arttığı görülmüştür ama paylaşım ve JSPE skorlarıyla anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Ve her üç grupta da istatistiksel olarak fark görülmemiştir. Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada, bizim çalışmamıza benzer olarak empati düzeyleri meslekte çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (58). 2015 yılında Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada ise hekimlerin mesleki tecrübeleri arttıkça empati düzeylerinin anlamlı bir şekilde arttığı sonucuna varılmıştır. Yine aynı çalışmada meslekte çalışma süreleri fazla olan hekimlerde hasta merkezli yaklaşımı yansıtan PPOS skorlarının da anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (57). 2010 yılında Teke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise tersi bir sonuç görülmüş olup, hekimlerin meslekteki çalışma süreleri arttıkça hekimlerin empati kurma yeteneklerinin azaldığı gösterilmiştir. Bu sonuca sebep olarak, yıllarca aynı işi yapmanın verdiği monotonluk, birikmiş iş stresi gibi olumsuz durumlar öne sürülmüştür (54). Japon kadın doktorlarda yapılan bir çalışma hekimlerin mesleki deneyim sürelerinin arttıkça empati düzeylerinin de anlamlı olarak arttığını göstermiştir (50). Krupat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise mesleki deneyim süresi PPOS skorları doğrudan ilişkilendirilememiştir (41). Ve Kano’da yapılan bir çalışmada, mesleki tecrübesi fazla olan hekimlerin bakım skorları anlamlı bir şekilde daha yüksek saptanmıştır (59).

Yapılan alışmalar arasında tutarlı bir sonuç bulunmamamıştır. Mesleki tecrübe ile hasta merkezli yaklaşım ve empati düzeylerinin artması beklenebilir ama aynı zamanda biriken iş stresi, ağır çalışma şartları ve monotonluk ile tam tersinin gerçekleşebileceği yorumuda yapılabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan uzmanlık öğrencisi hekimlerin biyopsikososyal yaklaşımlarının değerlendirilmesi ve bunlara etki eden faktörleri ortaya koymak amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Araştırmamıza toplam 203 hekim katılmıştır. Katılımcılar aile hekimliği, psikiyatri, diğer dahili branşlar ve cerrahi branşlar şeklinde kategorize edilmiştir.
2. Hekimlerin büyük bir kısmını 5 yıl ve altında toplam mesleki çalışma süresi olan grup oluşturmaktadır.
3. Hekimlerin günlük ortalama baktıkları hasta sayıları kıyaslandığında diğer dahili ve cerrahi branşların hasta sayıları aile hekimi ve psikiyatristlerden yüksek bulunmuştur.
4. Hekimlerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre kıyaslandığında psikiyatri hekimlerinin belirgin olarak diğer branşlardan daha yüksek bulunmuştur.
5. Hekimlerin genel umut düzeyleri karşılaştırıldığında umutlu grubunu en yüksek payda ile diğer dahili branşların oluşturduğu görülmüştür.
6. Hekimlerin ortalama refah düzeylerine baktığımızda aile hekimlerinin ortalama refah düzeylerinin diğer branşlardan bir miktar yüksek bulunduğu görülmüştür. Cerrahi branşlar ise en düşük refah seviyesine sahip grup olarak bulunmuştur.
7. Hekimlerin algılanan refah düzeyi artıkça daha umutlu oldukları sonucuna varılmıştır.
8. Medeni durum ile umut düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.
9. Branşlara göre empati düzeylerini karşılaştırdığımızda, psikiyatristlerde diğer branşlardan kısmen daha yüksek olduğu görülmüştür.
10. Cinsiyete göre empati düzeylerini karşılaştırdığımızda, kadın hekimlerin empati düzeyleri erkek hekimlerden anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur.
11. Branşlara göre hasta merkezli yaklaşımlarını değerlendirdiğimizde, PPOS'u oluşturan birinci alt gruba bakacak olursak; paylaşım skorlarının ortalaması

diğer dahili branşlar ve aile hekimlerinde nispeten daha yüksek saptanmıştır. PPOS'u oluşturan ikinci alt gruba bakacak olursak; cerrahi branşlar ve aile hekimlerinde nispeten daha yüksek olarak bulunmuştur.

12. Hekimlerin cinsiyetlerine göre paylaşım skorlarının ortalamalarında anlamlı bir fark saptanamamıştır.

13. Hekimlerin cinsiyetlerine göre bakım skorlarının ortalamalarında anlamlı bir fark saptanamamıştır.

14. Hekimlerin medeni durumlarına empati skorlarının ortalamalarında anlamlı bir fark saptanamamıştır.

15. Hekimlerin medeni durumlarına göre paylaşım ve bakım skorlarının ortalamalarında anlamlı bir fark saptanamamıştır.

16. Hekimlerin empati, paylaşım ve bakım skorlarının ortalamalarının yaş artıkça düştüğü görülmüştür.

17. Hekimlerin çalışma süresi arttıkça bakım skorlarının ortalamalarının düştüğü görülmüştür.

Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak çözüm önerileri şunlar olabilir:

Çalışmamızın sonucunda hekimlerin hasta merkezli klinik yöntemin gerekliliklerini yeterince yerine getirmedikleri kanısına varılmıştır. Bunun olası nedenleri arasında hasta merkezli klinik yaklaşımın hekimler tarafından tam olarak bilinmemesi, bu konudaki eğitim eksikliği, ağır ve stresli çalışma şartları, zaman azlığı, hasta yoğunluğu, empati eksikliği ve sürekli değişen sağlık politikaları gösterilebilir.

Biyopsikososyal yaklaşım öncelikle aile hekimliği ve psikiyatri gibi branşlarda elzem yaklaşım modeli olup, diğer dahili ve cerrahi branşlarda da uygulanmalıdır. Bu çalışmada; farklı branştaki uzmanlık öğrencilerinin bu yaklaşımları karşılaştırılmaya çalışıldı. Bu konudaki farkındalığın artması, tıp fakültesi eğitim sürecinde konunun yeterince işlenmesi, her uzmanlık öğrencisinin biyopsikososyal yaklaşımı özümseyerek mezun olması hekimlerin bakış açısı ve klinik uygulamaları üzerinde etkili olacaktır. Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapıp daha geniş popülasyonlara uygulanması ile bu alandaki farkındalık artırılarak literatürdeki ilgili konular zenginleştirilmiş olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. Ann NY Acad Sci.1978;310:169-181.
2. Rakel DP, Jonas WB. Patient-centered medical home. Ed: Rakel RE & Rakel DP, Textbook of family medicine. pp. 17-24, Elsevier Saunders, Philadelphia, 2016. (http://familymed.sbm.ac.ir/uploads/textbook_family_medicine_rakel.pdf. Erişim Tarihi 12.09.2018)
3. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196:129-136.
4. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A report of the Carnegie Foundation of the Advancement of Teaching. Bulletin. Boston, Updyke.
5. Engel GL. A unified concept of health and disease. Perspect Bio Med. 1960;3:459-485.
6. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980;137(5):535-544.
7. McWhinney IR, Thomas F. Hasta-Hekim İletişimi. Çeviri Ed: Güldal D, Aile Hekimliği. pp. 115-139, Medikal Akademi, İstanbul, 2012.
8. Şen MG. İzmir ilinde çalışan aile hekimlerinin klinik uygulamalarında biyopsikososyal yaklaşımı ne ölçüde uyguladıklarının saptanması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İzmir 2013.
9. Uncu Y, Akman M. Sağlığa biyopsikososyal yaklaşım. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara 2004;73-78.

10. Akman M, Ünalın P. Biyopsikosoyal yaklaşım. Ed: Bozdemir N, Kara İ. Birinci basamakta tanı ve tedavi. pp. 22-24, Nobel Tıp Kitabevi, Adana, 2010.
11. Weiss P. Animal behavior as system reaction: orientation toward light and gravity in the resting postures of butterflies (Vanessa). General Systems: Yearbook of the society for General Systems Research. 1959;4:1-44.
12. Weiss P. The problem of cell individuality in development. American Naturalist. 1940;74:34-46.
13. Weiss P. The biological basis of adaptation. Ed: Romano J, Adaptation. Ithaca, NY, Cornell University Press, 1949.
14. Weiss P. $1+1 \neq 2$: when one plus one does not equal two. The Neurosciences A Study Program. Ed: Quarten GC, Melnechuck T, Schmidt FO, Rockefeller University Press, NY, 1967.
15. Weiss P. The living system: determinism stratified. Beyond Reductionism. Ed: Koestler A, Symthies JR, Macmillan Publishing Co, NY, 1969.
16. Weiss P. The system of nature and the nature of systems: empirical holism and practical reductionism harmonized. Toward a Man-Centered Medical Science. Ed: Schaefer KE, Hensel H, Brody R. Mt Kisco, Futura Publishing Co, NY, 1977.
17. Von Bertalanffy L. Problems of life. John Wiley & Sons, New York, 1952.
18. Von Bertalanffy L. General System Theory. Braziller, New York, 1968.
19. Von Bertalanffy L. Chance or law. Beyond Reductionism. Ed: Koestler A, Symthies JR, Macmillan Publishing Co, NY, 1969.

20. Ateş E. Biyopsikososyal Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2017;8(2):93-95.
21. Graham JE, Christian LM, Kiecolt-Glaser JK. Stress, age, and immune function: toward a lifespan approach. Journal of Behavioral Medicine. 2006;29:389-397.
22. Scheier MF, Bridges MW. Person Variables and Health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. Psychosomatic Medicine. 1995;57:255-268.
23. Cunningham JA, Edmonds CV. Possible effects of psychological therapy on survival duration in cancer patients. Journal Of Clinical Oncology. 2005;23:52-63.
24. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. American Journal Of Epidemiology. 1976;104:107-121.
25. Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. Fam Pract.1986;Jun;3(2):75-9.
26. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Pract. 1986;Mar;3(1):24-30.
27. Stewart M, Brown J, Levenstein J, McCracken E, McWhinney IR. The patient-centred clinical method. 3. Changes in residents' performance over two months of training. Fam Pract. 1986;Sep;3(3):164-7.
28. McWhinney IR, Freeman T. Klinik Yöntem. Aile Hekimliği. Çeviri Ed: Güldal D, Aile Hekimliği. pp. 140-192, Medikal Akademi, İstanbul, 2012.
29. Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to Patients. HMSO, London, UK, 1976.

30. Aktürk Z. Aile Hekimliğinde Klinik Yaklaşımlar ve Biyopsikososyal Yöntem, 14.05.2018 tarihinde <http://www.sagliktanabiz.com/haberler/aile-hekimliginde-klinik-yaklasimlar-ve-biyopsikososyal-yontem.html> adresinden ulaşılmıştır.
31. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract. 2000 Sep;49(9):796-804.
32. Duan C, Hill CE. The current state of empathy research. Journal of Counseling Psychology. 1996;43:261-74.
33. Kutlu M, Çolakoğlu N, Özgüvenç P. Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma. Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi. 2010;2:127-144.
34. Dökmen Ü. Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1988;21:155-90.
35. Dökmen Ü. İletişim çatışmaları ve empati 18. baskı. Sistem Yayıncılık, Ankara, 2004.
36. Kurdak H, Özcan S, Akpınar E, Saatci E, Bozdemir N. Aile hekimliği bakışıyla kişi merkezli klinik yaklaşım eğitiminde simüle hasta uygulaması. Turkish Family Physician. 2010;1:31-36.
37. Winefield HR, Chur-Hansen A. Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase?. Med Educ. 2000;34:90-94.
38. Stephien KA, Baernstein A. Educating for empathy: a review. J Gen Intern Med. 2006;21:524-530.

39. Dereboy C, Harlak H, Gürel S, Gemalmaz A, Eskin M. Tıp eğitiminde eşduyumu öğretmek. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2005;16:83-89.
40. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74:295-301.
41. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*. 2000;39:49-59.
42. Street RL, Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Haidet P. Beliefs About Control in the Physician - patient Relationship. *Journal of general internal medicine*. 2003;18(8),609-616.
43. Tsimtsiou Z, Kerasidou O, Efstathiou N, Papaharitou S, Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Medical students' attitudes toward patient - centred care: a longitudinal survey. *Medical education*. 2007;41(2):146-153.
44. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Gonnella JS. The Jefferson Scale of Empathy (JSE): An update. *Health Policy Newsletter*. 2011;24:5-6.
45. Hojat M, Louis D, Markham F, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients: building the evidence-base medicine. *Acad Med*. 2011;86:359-364.
46. Hojat M. *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. Springer. New York. 2007.
47. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Magee M. Physician Empathy in Medical Education and Practice: Experience with The Jefferson Scale of Physician

Empathy. *Seminars in Integrative Medicine*. 2003;Mar;Vol.1(1):25-1.

48. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, Magee M. An Empirical Study of Decline in Empathy in Medical School. *Medical Education*. 2004;Vol.38:934-94.

49. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84:1182-1191.

50. Kataoka HU, Koide N, Hojat M, Gonnella JS. Measurement and correlates of empathy among female Japanese physicians. *BMC medical education*. 2012;12(1):48.

51. 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;159:1563-1569.

52. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*. 2001;61:349-365.

53. 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):1205-1215.

54. Teke AK, Cengiz E, Demir C. Hekimlerin Empatik Özelliklerinin Ölçümü ve Bu Ölçümlerin Demografik Değişkenlere Göre Değişimi. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2010;19(3):509-520.

55. 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):417-421.
56. 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):1198-1202.
57. Özdin BŞ. Aile hekimliği ile psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencilerinin biyopsikososyal yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi*, Samsun 2015.
58. Karaoğlu N. Taş kalpli olmamak: İletişim becerisi-empati ve aile hekimliği. *Actual Medicine*. 2009;17(11):53-55.
59. Abiola T, Udofia O, Abdullahi AT. Patient-doctor relationship: The practice orientation of doctors in Kano. *Nigerian journal of clinical practice*. 2014;17(2): 241-247.
60. Truax CB, Altmann H, Millis W.A. Therapeutic Relationships Provided By Various Professionals. *Journal of Community Psychology*. 1974;Vol 2:33-36.
61. Audet AM, Davis K, Schoenbaum SC. Adoption of patient-centered care practices by physicians. *Arch Intern Med*. 2006;166:754-759.
62. Wright V, Hopkins R, Burton K. How long should we talk to patients? A study in doctor-patient communication. *Annals Of The Rheumatic Diseases*. 1982;41:250-252.

63. Chen DC, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Medical teacher*. 2012;34(4):305-311.
64. Magalhães E, Salgueira AP, Costa P, Costa, MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC medical education*. 2011;11(1):52.
65. Newton BW, Savidge MA, Barber L, Cleveland E, Clardy J, Beeman G, Hart T. Differences in Medical Students' Empathy. *Acad Med*. 2000 Dec;75(12):1215.
66. Batenburg V, Smal JA, Lodder A, de Meiker RA. Are Professional attitudes related to gender and medical specialty?. *Med Educ*. 1999;33:489-92.
67. Chan CMH, Ahmad WAW. Differences in physician attitudes towards patient - centredness: across four medical specialties. *International Journal of Clinical Practice*. 2012;66(1):16-20.
68. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, Callahan CA, Magee M. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education*. 2002;36:522–527.
69. Tavakol S, MClinEd MTP. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. *Education for Primary Care*. 2011;22:297-303.
70. Wahlqvist M, Gunnarsson RK, Dahlgren G, Nordgren S. Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference. *Medical teacher*. 2010;32(4):191-198.
71. Tsimtsiou Z, Kerasidou O, Efstathiou N, Papaharitou S, Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Medical students' attitudes toward patient - centred care: a

longitudinal survey. Medical education. 2007;41(2):146-153.

72. Street Jr RL. Gender differences in health care provider–patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation? Patient education and counseling. 2002;48(3):201-206.

73. Roter DL, Geller G, Bernhardt BA, Larson SM, Doksum T. Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. Obstet Gynecol 1999;93:635-41.

74. Weisman CS, Teitelbaum MA. Physician gender and the physician– patient relationship: recent evidence and relevant questions. Soc Sci Med. 1985;20:1119-27.

75. DiLalla LF, Hull SK. Effect of gender, age, and relevant course work on attitudes toward empathy, patient spirituality, and physician wellness. Teach Learn Med. 2004;16:165-170.

76. Dowrick C, May C, Richardson M, Bundred P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality?. British Journal Of General Practice. 1996;46:105-107.

8. EKLER

EK- 1

HEKİMLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİ İÇEREN ANKET

Bu çalışmada hekimlerin biyopsikososyal yaklaşımlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Cinsiyetiniz : K () E ()

Yaşınız :

Medeni durum: Bekar : () Evli : ()

Branşınız:

Uzmanlık eğitiminizin kaçınıcı yılındasınız?:

Tıp fakültesi sonrası hekim olarak toplam çalışma süreniz:

Uzmanlık öğrencisi olarak çalışma süreniz:

Haftada kaç gün poliklinikte aktif olarak çalışıyorsunuz?: 0: () 1: () 2: () 3: () 4: () 5: ()

Günlük ortalama hasta sayınız:

Hasta başına ayırdığınız ortalama süre (dk olarak) :

GENEL UMUT DÜZEYİ

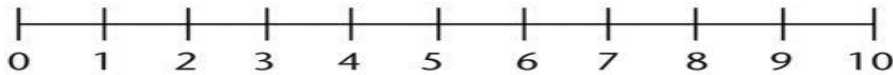
Aşağıdaki ifadelerden size uygun olan genel umut/ umutsuzluk düzeyini işaretleyiniz.

Çok umutlu: () Umutlu: () Umutlu değil: () Hiç umutlu değil: ()

ALGILANAN REFAH DÜZEYİ

En düşüğü 0. basamak ve en yükseği 10. basamak olmak üzere refah merdiveninde kendinizi konumlandığınız

düzeyi lütfen daire içine alınız.



EK- 2. Hasta-Hekim Oryantasyon Ölçeği

Bu ölçekte hasta-hekim görüşmesi ile ilgili görüş ve tecrübelerinizin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

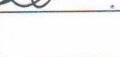
	Aşağıda çeşitli durumlara ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Lütfen ifadeyi okuduktan sonra size uyma derecesini sağ taraftaki kutucuklardan birini işaretleyerek belirtiniz.	Kesimlikle Katılmıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesimlikle Katılmıyorum	Katılıyorum
1	Muayene esnasında ne hakkında konuşulacağına öncelikle doktor karar vermelidir.						
2	Günümüzde alınan sağlık hizmetine göre ödenen bedel oldukça azdır.						
3	Standart bir tıbbi değerlendirmenin en önemli parçası fizik muayene dir.						
4	Kendi tıbbi durumları hakkında çok ayrıntılı bilgiye sahip olmamaları hastalar için en doğrusudur.						
5	Hastalar doktorlarının bilgilerine güvenmeli ve kendi durumları hakkında araştırma yapmaya çalışmamalıdır.						
6	Doktorların hastalarına özgeçmiş hakkında çok soru sorması, özel hayata fazla girilmesine sebep oluyor.						
7	Eğer doktorlar teşhis ve tedavide gerçekten iyilerse hastalarla ilişkileri o kadar önemli değildir.						
8	Birçok hasta yeni bir şey öğrenmemesine rağmen aynı soruları sormaya devam ediyor.						
9	Tedavinin planlanmasında doktor ve hasta güç ve statü açısından eşit iki taraf gibi ortak karar almalıdır.						
10	Hastalar genellikle sağlıklarıyla ilgili bilgiden ziyade, güvence isterler.						
11	Eğer bir doktor çok açık ve samimi ise yeterince başarılı olamaz.						
12	Hastaların doktoruyla aynı fikirde olmaması, doktora karşı hastanın saygı ve güveninin olmadığını bir işareti dir.						
13	Hastanın yaşam tarzı ve değerlerine aykırı bir tedavi planı başarılı olamaz.						
14	Hastaların çoğu muayeneye mümkün olduğunca çabuk girip çıkmak ister.						
15	Hasta her zaman doktorun sorumluluğu altında olduğunu bilmelidir.						
16	Hastalığı tedavi etmek için kişilerin kültürel yapısını ve özgeçmişini bilmeye gerek yoktur.						
17	Doktorun mizacı(karakteri) tedavide önemli bir faktördür.						
18	Hastaların hastalıkları ile ilgili araştırma yapmaları genellikle yardımcı olmak yerine kafa karıştırıcı olur.						

EK- 3. Jefferson Hekim Empati Ölçeği

Bu ölçekte hekimlerin empatik düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

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 yetenğim, 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	Hastalarımın 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 içerisine 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					

EK- 4 Etik Kurul İzni

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
230					
KARAR					
Yrd. Doç. Dr. Ahmet YILMAZ, Asist. Dr. Ebru ÇİÇEK isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Dicle Üniversitesi uzmanlık öğrencilerinin biyopsikososyal yaklaşımlarının değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya <i>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u</i> tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir.					
Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
DECISION					
The project titled as "Evaluation of biopsychosocial approach in residents' of Dicle University" planned by Ahmet YILMAZ, Dr. Ebru ÇİÇEK has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
Oturum No (Meeting number) :		Tarih (Date): 24.11.2017		Saat (Hour): 14:00-15:00	
KURUL BAŞKANI (CHIEF)		Prof. Dr. Hüseyin BÜYÜKBAYRAM			
KURUL ÜYELERİ / MEMBERS					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
2	Prof. Dr.	Levent ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya	
3	Doç. Dr.	Aziz KARABULUT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kardiyoloji	
4	Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
5	Doç. Dr.	Haktan KARAMAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
6	Doç. Dr.	Zülfükar YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
7	Doç. Dr.	M. Veysi BAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
8	Doç. Dr.	Ezeli AZARKAN	Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi	Öğretim Üyesi	
9	Yrd. Doç. Dr.	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyoistatistik	
10	Yrd. Doç. Dr.	Diclehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyoloji	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüs/DİYARBAKIR
Telefon:+90.412 . 248 80 01-16/4631 Faks:+90.412. 248 84 40 kuruletkdiyar@gmail.com

EK- 5: ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Danışmanlığını DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Yrd.Doç. Dr. Ahmet YILMAZ'ın yaptığı, DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi almakta olan Asist. Dr Ebru ÇİÇEK'in "DİCLE ÜNİVERSİTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ " isimli çalışmaya davet edilmiş bulunmaktadır.

Bu model hekimlere hastalarında emosyonel durumlarına, yaşam amaçlarına, hastalıklara karşı tutumlarına, sosyal çevrelerine ve inançlarına bağlı biyokimyasal ve morfolojik değişimler olabileceğini anlatır ve aynı zamanda klinik yöntemin hasta merkezli olması gerektiği üzerinde durur. Hasta merkezli yaklaşımın temelinde hekimin hastanın dünyasına girmesi ve hastalığı hastanın gözünden görebilmesi yatmaktadır.

Çalışma kapsamında sizden sosyodemografik veri formunu doldurmanız istenecektir ve Jefferson Hekim Empati Ölçeği ve Hasta-Hekim Oryantasyon Ölçeği uygulanacaktır.

Eğer bu araştırmaya katılırsanız hekiminiz ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı ile yaklaşılabilecektir. Sonuçlar gizli kalacak, sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecek, ihtimamla korunacak, eğitim ve bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerinizin ihtimamla korunacağı ve istemediğiniz takdirde bu bilgilerin hiçbirinin bilimsel amaçlı olarak kullanılmayacağını açıkça bildirmek isteriz. Çalışmaya katılıp katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Hatta kendinize ait bilgilerin kullanılması iznini istediğiniz anda geri çekebilirsiniz. Her durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu değildir.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden istediğiniz anda araştırmadan çıkabilirsiniz. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenizi rica ederiz.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz ve katılmayabilirsiniz. Araştırmaya katılmak konusunda tercih tamamen size aittir, hiçbir zorlama yoktur, tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durumun araştırmacılar ile olan ilişkinize herhangi bir zarar kesinlikle getirmeyeceğini size temin ederiz. Araştırmayla ilgili bir sorunuz olursa hiç çekinmeden araştırmacılara sorabilirsiniz.

Eğer bu anketi doldurmayı kabul ederseniz sizin için uygun olan cümleleri doğru; sizin görüşlerinizi yansıtmayan cümleleri yanlış olarak işaretleyebilirsiniz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir, çalışmaya katılmanız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Yrd. Doç. Dr. Ahmet YILMAZ

Adres: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı / DİYARBAKIR

Tlf: 05435322023 E-mail: dearahmetyilmaz@hotmail.com

İmza:

Asist.Dr Ebru ÇİÇEK

Adres:Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Telefon:05536535867 E-mail: cicekebru21@gmail.com

İmza:

Danışmanlığını DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Yrd.Doç. Dr. Ahmet YILMAZ'ın yaptığı, DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi almakta olan Asist. Ebru ÇİÇEK'in "DİCLE ÜNİVERSİTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ" isimli çalışması hakkında ve neden görüşümün istendiği konusunda bilgilendirildim. Çalışmaya katılıp katılmama ve herhangi bir anda çalışmadan çıkma, hatta katıldıktan sonra bilgilerimin kullanılması iznini istediğim zaman geri çekebilme hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu yüzden herhangi bir ceza veya hak kaybı ile de karşılaşmayacağım bana iletildi.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Ankette kimlik bilgilerimin yer almayacağı ve bilgilerin tamamen gizli kalacağı, bilimsel amaç dışında kullanılmayacağı ve ihtimamla korunacağı bana ayrıntılı şekilde anlatıldı.

Anketi nasıl dolduracağım konusunda da bilgilendirildim. Kendi rızamla, hiç kimsenin etkisi altında kalmadan benim için uygun olan cümleleri doğru; görüşlerimi yansıtmayan cümleleri yanlış olarak işaretleyeceğim. Konu ve anketle ilgili sorum olursa araştırmacılara soracağım.

KATILIMCI:

ADI SOYADI:

Telefon:

E-mail:

İmza: