

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

**İZMİR İLİNDE ÇALIŞAN AİLE
HEKİMLERİNİN KLİNİK
UYGULAMALARINDA BİYOPSİKOSOSYAL
YAKLAŞIMI NE ÖLÇÜDE
UYGULADIKLARININ SAPTANMASI**

DR. MUSTAFA GÖKHAN ŞEN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2013

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

**İZMİR İLİNDE ÇALIŞAN AİLE
HEKİMLERİNİN KLİNİK
UYGULAMALARINDA BİYOPSİKOSOSYAL
YAKLAŞIMI NE ÖLÇÜDE
UYGULADIKLARININ SAPTANMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. MUSTAFA GÖKHAN ŞEN

DANIŞMAN: PROF. DR. DİLEK GÜLDAL
İKİNCİ DANIŞMAN: DOÇ. DR.TOLGA GÜNVAR

İÇİNDEKİLER

	<i>Sayfa</i>	<i>No</i>
İÇİNDEKİLER		i
TABLolar DİZİNİ		iii
KISALTMALAR		vi
ÖNSÖZ		vii

	<i>Sayfa</i>	<i>No</i>
ÖZET		1
SUMMARY		2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....		3
2. GENEL BİLGİLER.....		4
2.1. Biyopsikososyal Model:Tarihçe.....		4
2.2. Biyopsikososyal Model Felsefi Gelişimi.....		5
2.3. Biyopsikososyal Modelin Tanımı.....		10
2.4. Biyomedikal Modelden Biyopsikososyal Yaklaşım		12
2.5.Sağlığa Biyopsikososyal Yaklaşım.....		14
2.6. Hekim Merkezli Yaklaşım		17
2.7. Hasta Merkezli Klinik Yöntem		17
2.7.1 Hastalığın Ve Rahatsızlık Deneyiminin Araştırılması.....		18
2.7.2 Bireyin Bir Bütün Olarak Kavranması.....		21
2.7.3 Ortak Zemin Oluşturma.....		22
2.7.4 Hasta-Hekim İlişkisinin Geliştirilmesi.....		22
2.8. Biyopsikososyal Yaklaşım Ve Kliniğe Yansıması.....		24
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....		
3.1. Araştırma Modeli		28
3.2. Araştırma Örneklemi.....		28
3.3. Araştırmanın Yürütülmesi.....		28
3.4. İstatistiksel Analizler.....		32

4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
7. KAYNAKLAR.....	72
8. EKLER.....	76
8.1. EK-1: Araştırmacı Değerlendirme Ölçeği.....	76
8.2. EK-2: Hekimin Kendisini Değerlendirme Ölçeği.....	77
8.3. EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Simüle Hasta).....	78
8.4. EK-4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Hekim).....	79
8.5. EK-5: Etik Kurul Onay Yazısı.....	80

TABLÖLAR DİZİNİ

1. Biyopsikososyal model (İskemik kalp hastalığı örneğinde)	11
2. SH1 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ve sonrası parametrelerin değerlendirmeleri	34
3. SH1 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ortalamaları ve uzlaşma sonrası	
ortalama parametre değerlendirmeleri	35
4. SH1 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ortalama toplam puanlarının, uzlaşma sonrası ortalama toplam puanla değerlendirilmesi	36
5. SH2 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ve sonrası parametre değerlendirmeleri	37
6. SH2 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ortalamaları ve uzlaşma sonrası ortalama parametre değerlendirmeleri	38
7. SH2 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ortalama toplam puanlarının, uzlaşma sonrası ortalama toplam puanla değerlendirilmesi	39
8. Demografik özelliklerin dağılımı	39
9. SH1 için araştırmacıların ana değerlendirme kriterlerinin uzlaşma öncesi ortalama toplam ve uzlaşma sonrası ortalama toplam puanların değerlendirilmesi	40
10. SH1 için hekimlerin ve araştırmacıların ana değerlendirme kriterlerine göre ortalama toplam puanların değerlendirilmesi	41
11. SH1 için araştırmacıların hekimlere verdikleri global ortalama puanları ile hekimlerin kendilerine verdikleri global ortalama puanların değerlendirmesi	41
12. SH1 için hekimlerin ana değerlendirme kriterlerine göre yaklaşım modeli açısından araştırmacılarla karşılaştırılması	42
13. SH1 için yaklaşım tipini değerlendiren ortalama global puan açısından hekimlerin yaş dağılımı ve çalışma süreleri ile karşılaştırılması	43
14. SH1 için yaklaşım tipini değerlendiren ortalama global puan açısından hekimlerin uzmanlık durumu ve cinsiyet dağılımının karşılaştırılması	43
15. Araştırmacıların (SH1) için hekimlere verdikleri global puan ortalaması ile uzlaşma sonrası verdikleri ortalama puanın karşılaştırılması	43
16. Hekimlerin (SH1) için toplam görüşme süresi, simüle hastanın konuşma süresi ve hekimin hastasının sözünü ilk kestiği sürelerin ortalama, medyan, standart sapmaları (ss), minimum ve maksimum süreleri	44
17. Hekimlerin (SH1) için toplam görüşme süresi ile, araştırmacıların değerlendirdikleri	

ana kriterlerin yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması	45
18. Hekimlerin (SH1) için hastanın konuşma süresi ile, araştırmacıların değerlendirdikleri ana kriterlerin yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması	46
19. Hekimlerin (SH1) için hekimin hastasının sözünü ilk kesme süreleri ile, araştırmacıların değerlendirdikleri ana kriterlerin yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması	47
20. Hekimlerin (SH1) için toplam görüşme süresi, hastanın konuşma süresi, hastasının sözünü ilk kestiği süreler ile, araştırmacıların global değerlendirdikleri yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması	48
21. Araştırmacıların Senaryo 1 (SH1) için hekimlere yönelik değerlendirdikleri hasta-hekim görüşme tipinin karşılaştırılması.....	48
22. Araştırmacıların (SH1) Hekimlere Yönelik Değerlendirdikleri Hasta-Hekim görüşme tipi ile yaklaşım tipinin karşılaştırılması.....	49
23. SH2 için araştırmacıların ana değerlendirme kriterlerinin uzlaşma öncesi ortalama toplam ve uzlaşma sonrası ortalama toplam puanların değerlendirilmesi	50
24. SH2 için hekimlerin ve üç araştırmacının ana değerlendirme kriterlerine göre ortalama toplam puanların değerlendirilmesi.....	50
25. SH2 için araştırmacıların hekimlere verdikleri global değerlendirme ortalama puanları ile hekimlerin kendilerini verdikleri global ortalama puanların değerlendirmesi	51
26. SH2 için ana değerlendirme kriterlerine göre yaklaşım modeli açısından araştırmacılarla karşılaştırılması.....	52
27. SH2 için yaklaşım tipini değerlendiren ortalama global puan açısından hekimlerin yaş dağılımı ve çalışma süreleri ile karşılaştırılması	53
28. SH2 için yaklaşım tipini değerlendiren ortalama global puan açısından hekimlerin uzmanlık durumu ve cinsiyet dağılımının karşılaştırılması	53
29.Araştırmacıların SH2 için hekimlere verdikleri global puan ortalaması ile uzlaşma sonrası verdikleri ortalama puanın karşılaştırılması	53
30. Hekimlerin (SH2) için toplam görüşme süresi, simüle hastanın konuşma süresi ve hekimin hastasının sözünü ilk kestiği sürelerin ortalama, medyan, standart sapmaları (ss), minimum ve maksimum süreleri gösteren tablo	54
31.Hekimlerin (SH2) için toplam görüşme süresi ile, araştırmacıların değerlendirdikleri ana kriterlerin yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması	55
32.Hekimlerin (SH2) için hastanın konuşma süresi ile, araştırmacıların değerlendirdikleri ana kriterlerin yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması	56

33.Hekimlerin (SH2) için hastanın sözünü ilk kesme süresi ile, araştırmacıların değerlendirdikleri ana kriterlerin yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması....	57
34. Hekimlerin (SH2) için toplam görüşme süresi, hastanın konuşma süresi, hastasının sözünü ilk kestiği süreler ile, araştırmacıların global değerlendirdikleri yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması	58
35. Araştırmacıların (SH2) için hekimlere yönelik değerlendirdikleri hasta-hekim görüşme tipinin karşılaştırılması	58
36. Araştırmacıların (SH2) için hekimlere yönelik değerlendirdikleri hasta-hekim görüşme tipi ile yaklaşım tipinin karşılaştırılması.....	59
37. Araştırmacıların ana değerlendirme kriterlerine göre senaryo 1 ve senaryo 2 için hekimlere verdikleri ortalama toplam puanların değerlendirilmesi	60
38. Hekimlerin kendilerine, ana değerlendirme kriterlerine göre senaryo 1 ve senaryo 2 için verdikleri ortalama toplam puanların değerlendirilmesi.....	60

KISALTMALAR

A1	Araştırmacı 1
A2	Araştırmacı 2
A3	Araştırmacı 3
BB	Birinci Basamak
BPS	Biyopsikososyal
BM	Biyomedikal
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
P	Parametre
SH1	Simüle hasta 1
SH2	Simüle hasta 2

ÖNSÖZ

İhtisas eğitimim boyunca eğitim ve çalışmalarımda, tecrübe ve bilimsel katkılarını benden esirgemeyen, hoşgörülü yaklaşım ve destekleriyle bana büyük emekleri geçen, tez çalışmamda yardım ve katkılarını esirgemeyen, tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Dilek GÜLDAL'a; ikinci danışman hocam Doç. Dr. Tolga GÜNVAR'a, araştırmanın istatistik ve analiz aşamasında katkılarından dolayı, hep desteğini hissettiğim hocam Doç. Dr. Mehtap KARTAL'a, eğitimimde büyük katkı ve emekleri olan Doç. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR, Doç. Dr. Vildan MEVSİM, Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM ve Dr. Zafer ŞİŞLİ'ye içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmalarımındaki katkılarından dolayı Uzm. Dr. Şehnaz HATİPOĞLU, Dr. Murat BOLAT, Dr. Rüştü YEŞİLYURT ve İbrahim KARAVELİOĞLU'na teşekkür ederim.

Tüm asistan ve mesai arkadaşlarıma, bana yardımcı ve destek olan sevgili eşime, manevi desteklerini hiç eksik etmeyen sevgili annem, babam, kardeşlerime ve tezimin son aşamasında aramıza katılarak yaşama enerji ve mutluluğumu artıran canım kızım Gökçe'ye sonsuz teşekkürler...

Dr. Mustafa Gökhan ŞEN.

ÖZET

İZMİR İLİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN KLİNİK UYGULAMALARINDA BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIMI NE ÖLÇÜDE UYGULADIKLARININ SAPTANMASI

Dr. Mustafa Gökhan ŞEN, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
İnciraltı/İZMİR

Amaç: Biyopsikososyal (BPS) model, bireyin sağlık durumunun biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin karmaşık bir bileşimi ile karşılıklı etkileşim içerisinde olduğunu savunur.

Aile hekimliğinin temel bakış açısı olmasına rağmen uygulamaya ne ölçüde yansıdığına ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır. Bunun önemli nedenlerinden birisi, BPS yaklaşımın klinik pratiğe yansımaları ölçebilecek net ve nesnel ölçütlerin az olması, yeterince bilinmemeleri ve kullanılmamalarıdır.

Bu çalışmada aile hekimlerinin klinik pratiklerinde BPS yaklaşımı ne ölçüde uyguladıklarının saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya İzmir ilinde birinci basamakta görev yapan 40 aile hekimi katılmıştır. Her bir katılımcı, daha önceden iki senaryo üzerine eğitim almış iki simüle hasta ile ardışık olarak iki hasta-hekim görüşmesi yapmıştır. Bu görüşmeler görsel ve işitsel olarak kayıt altına alınmış ve üç araştırmacı tarafından, Margalit ve arkadaşlarının geliştirdikleri, bir ölçek kullanılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca katılımcılarda aynı ölçekle kendi görüşmelerini değerlendirmişlerdir.

Bulgular: 80 hasta-hekim görüşmesi değerlendirilmiştir. Katılımcı hekimler kendi performanslarını biyopsikososyal olarak, araştırmacılar ise aynı performansları biyomedikal olarak değerlendirmişlerdir ($p<0.05$). Görüşme tipi olarak daha çok hekim kontrolünde bir yaklaşımın benimsendiği saptanmıştır. Hem katılımcıların hem de araştırmacıların değerlendirmeleri doğrultusunda iki senaryo arasında biyopsikososyal performans açısından fark bulunmamıştır. Toplam görüşme süresi daha uzun olan hekimlerin, diğer hekimlere göre biyopsikososyal yaklaşıma daha yatkın oldukları saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Birinci basamak hekimleri biyopsikososyal yaklaşım göstermemektedirler. Bunun nedeni eğitim eksikliği olabilir. Bu konudaki farkındalığın artması, tıp fakültesi müfredatında konunun yeterince işlenmesi ve bu konuda yapılacak araştırma ve çalışmalar önümüzdeki yıllarda hekimlerin bakış açısına ışık tutacaktır.

Anahtar Kelimeler: Biyopsikososyal yaklaşım, hasta merkezli klinik yöntem, aile hekimliği

SUMMARY

THE DETERMINATION OF TO WHAT EXTENT FAMILY PHYSICIANS WORKING IN IZMIR PROVINCE USE BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH IN THEIR DAILY PRACTICES

Mustafa Gökhan ŞEN, MD; Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Family Medicine Inciralti/Izmir

Objective: Biopsychosocial (BPS) model argues that the state of individual's health is in an interaction with the complex composition of the biological, psychological and social processes. Although, this model is the basic point of view of the family physicians, there is no sufficient data regarding with its reflection to daily clinical practice. One of the major reasons for this is the lack of enough, clear and objective criteria which are widely known and used to measure BPS performance of physicians. The aim of this study is to determine BPS performances of family physicians

Method: 40 Family physicians working in primary health care in Izmir participated in the study. Each participant made two consultations consecutively with two simulated patients who previously trained on two scenarios. Audiovisual recordings of these consultations were evaluated by three researchers by using a scale developed by Margalit and colleagues. The participants also evaluated their own performances with the same scale.

Results: : 80 patient-physician interviews were evaluated. While the physician participated in the study evaluated their own performance as biopsychosocial; the researchers evaluated the same performance as biomedical ($p < 0.05$). Participants showed mostly a paternalistic approach. There were no differences between two scenarios in terms of participants' and researchers' assessments of biopsychosocial performance. Consultations with longer total durations are more likely to be patient centered ($p < 0.05$).

Conclusion: The primary care physicians do not adopt a biopsychosocial approach in their practices. The reason for this may be the lack of education. To increase awareness on this issue; the processing of the issue satisfactorily in the medical school curriculum and, researches and studies on this topic in the future will shed light to physicians' perspective.

Keywords: The biopsychosocial approach, the patient-centered clinical method, the family physician.

1. GİRİŞ VE AMAC

Biyopsikososyal (BPS) model, bireyin sağlık durumunun biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin karmaşık bir bileşimi ile karşılıklı etkileşim içerisinde olduğunu savunur. Biyopsikososyal yaklaşıma kısaca 'bütüncül' yaklaşım diyebiliriz. Bütüncül olmanın çok daha ötesinde, insani fonksiyonların farklı alanlarının birbirleri ile karmaşık bir etkileşim içinde olduğuna ve bu etkileşimlerin insan hayatındaki önemli süreçleri tetiklediğine yaptığı vurgu ile kendine has anlamını kazanmaktadır. Doğrusal neden-sonuç ilişkileri temelli olan ve bireyi değil hastalığı merkeze alan biyomedikal (BM) modelin, sağlık ve hastalık ile ilgili gerçekleri açıklamada yetersiz kalması biyopsikososyal modelin gelişimini tetiklemiştir (1).

Biyopsikososyal model klinik uygulamaya, hasta merkezli klinik yöntem aracılığı ile yansır. Burada hekim, hem hastayı hem de hastanın rahatsızlığını anlamaya çalışır. Disiplinin bakış açısı ve temel ilkeleri ile gösterdiği paralellik nedeni ile biyopsikososyal yaklaşım, aile hekimliği için hem son derece uygun bir o kadar da vazgeçilmezdir. Her yeni teori gibi biyopsikososyal yaklaşımın uygulamaya yansması uzun ve sancılı bir süreçte gerçekleşmiştir. Aile hekimliğinin temel yaklaşımı olmasına rağmen uygulamada ne kadar kullanıldığına ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır. Bunun önemli nedenlerinden birisi, biyopsikososyal yaklaşımın klinik pratiğe yansmasını ölçebilecek yeterince net, nesnel ölçütlerin bulunmamasıdır. Böyle bir ölçüt geliştirilmesinin önündeki temel engel, ilkelerinin niceliksel olarak değerlendirilmelerine olanak sağlayacak gözlenebilir klinik beceriler şeklinde ifade edilmemiş olmasıdır.

Aile hekimi, kişilere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan ve biyopsikososyal bir model kullanabilme olarak tanımlanan bütüncül yaklaşımı kendi hekimlik pratiğinde uygulayabilme yeterliliğine sahip olmalıdır.

Birinci basamakta çalışan hekimler, hastalarıyla kurdukları sürekli ilişkinin ve sundukları hizmetin devamlılığı açısından biyopsikososyal yaklaşımı en iyi bilmesi ve uygulaması gereken hekim grubudur.

Bu çalışmada İzmir ilinde çalışan aile hekimlerinin klinik pratiklerinde biyopsikososyal yaklaşımı ne ölçüde uyguladıklarını saptamayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Biyopsikososyal model: Tarihçe

Eski Yunanda sağlık ve hastalık için iki ayrı Tanrı mevcuttu. Bunlardan Hygieia, kadın tanrıça, dengeli bir yaşamın sağlık getireceğini savunuyor. Asklepios ise yaşam veya doğum sırasında "kaza" sonucu ortaya çıkan hastalıkları düzelter, gerçek bir "kahraman" tıp Tanrısı doktor. Başka bir deyişle Asklepios daha çok "tedavi edici", Hygieia ise daha çok "koruyucu" işlevi baskın Tanrılardı. Bugün Asklepios'un izlerini ameliyathane odalarında, acil servislerde bulabilirken, Hygieia'ya ise sakin sevecenliğiyle, halk sağlığı ve epidemiyolojiden, Çin tıbbı ve tamamlayıcı tedavilere kadar geniş bir yelpazede karşılaşılabiliyoruz. Bu iki hekimin birleşimini Hipokrat'ta görebiliriz. Hipokrat bir yandan objektif bilgiye dayanan rasyonel kavramları temel alırken (bilimin özgürleşmesi, mistik öğelerden arınması) bir yandan da hastayı ailesi ile bir bütün olarak değerlendirmiş, fiziksel ve sosyal çevrenin çeşitli hastalıklara neden olduğunu belirtmiştir (1).

Hipokrat'tan günümüze tıp biliminde çok büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu süreçte hastalıkların gerçek nedenleri, hangi koşullarda ortaya çıktıkları bilim adamlarını meşgul eden soruların başında gelmiştir. Bu soruyu yanıtlamak üzere çeşitli teoriler geliştirilmiştir.

Germ Teorisi: Hastalığa bulaşıcı etkenler yol açar. Her bir spesifik ajan bir tek hastalıktan sorumludur. Tıp pratiği bu ajanların tanımlanması ve etkisizleştirilmesi ile uğraşır.

Epidemiyolojik üçgen: Bir ajana maruziyet mutlaka bir hastalığa yol açmaz. Hastalık ajan, konak ve çevrenin etkileşimi ile ortaya çıkar.

Nedensellik ağı: Hastalık pek çok risk faktörünün kompleks bir etkileşiminin sonucudur. Her bir risk faktörü birden fazla hastalığın oluşumunda rol oynayabilir.

Genel yatkınlık: Bazı sosyal gruplarda tüm nedenlere bağlı mortalite ve morbidite daha yüksektir. Sağlık problemleri çevre, davranış ve yaşam biçiminin karmaşık etkileşiminden kaynaklanmaktadır.

Sosyo-çevresel yaklaşım: Sağlığımız, içinde yaşadığımız sosyal ve fiziksel çevreden etkilenmektedir. Bu çevre ile ilişkili riskli durumlar, ortaya çıkardıkları fizyolojik, davranışsal ve psikososyal risk faktörlerinden dolayı sağlığımıza direkt olarak zarar vermektedirler.

BPS modele tarihi açıdan baktığımızda bu yeni modelin geçmiş örnekleri vardır. Antik Yunan'da Kos ve Knidos tıp okullarında iki teorinin izlerine rastlanmıştır. Kos okulu hastalığı hastanın çevresi ile birlikte algılıyordu. Tedavi, hastanın kendi hastalığının üstesinden gelmesini destekleyecek protokolleri içeriyordu. Knidos'lulara göre ise hastalıklar tek başlarına vardır. Hekimin görevi ise hastalığı sınıflandırmak ve bununla ilgili özgün ilacı bulmaktı (2).

Özellikle 20. yüzyıldaki teknolojik ilerlemelerle birlikte, araştırmacılar pek çok bakteri ve virüsü tanımlamayı başarmış, buna bağlı olarak eskiden mistik veya doğaüstü güçlere atfedilen birçok hastalığın nedeni aydınlatılmıştır. Hastane devri olarak tanımlanan bu yüzyılda; hastalıkların organlarda değil, dokularda olduğu ileri sürülmüştür. Klinik semptomların gözlemlendiği ve bunların nedenlerinin araştırıldığı vakalar, otopsi ile değerlendirilmiş ve doku değişiklikleri gözlenmiştir. Laennec (1781-1826)'nin stetoskobu ve indirek oskültasyonu bulmasıyla hastalık tanı yöntemleri zenginleşmiş oldu.

Claude Bernard'ın (1813-1878), laboratuvarı deneysel tıp anlayışının yerleşmesine neden olmuştur. Deneysel patoloji ve farmakolojinin gelişimini sağlayan bu görüş; tüm hastalıkların farklı mikroorganizmalardan oluştuğunu ve aşısının olabileceği fikrinin doğmasını sağlamıştır.

Bakteriyolojinin kurucusu kabul edilen Louis Pasteur (1822-1895), pek çok bakteriyi tanımlamış, fermentasyonun çeşitli mikroorganizmaların işlevi olduğunu savunmuş, kuduz aşısını bulmuş, dezenfeksiyon yöntemlerinden bahsetmiştir.

Bakteriyolojinin diğer ünlü ismi Robert Koch, yara enfeksiyonuna neden olan bakterileri tanımlamıştır. Cerrahi tedavinin başarısını etkileyen asepsi ve sterilizasyon ile ilgili çalışmalar hızlanmıştır.

Conrad Roentgen (1845-1922) tarafından röntgenin tıpta kullanılmasıyla hastalık tanısı koyma hız kazanmıştır (3).

2.2 Biyopsikososyal Model Felsefi Gelişimi

Thomas Khun, "Bilimsel Devrimlerin Yapısı"nda (1967) adlı kitabında bilimin nasıl ilerlediği ve geliştiği konusundaki alışlagelmiş fikirlere meydan okumuştur. Khun tartışmaya, bilimin bireysel keşifler ve icatların birikimiyle geliştiği anlayışına karşı çıkarak başlar. Bilimin belirli zamanlarda bu birikimler üzerinden geliyor gibi görünebildiğinin doğru, ama yanıltıcı olabileceğini söyler. Khun, bilimdeki kabul edilmiş inançlar bütününe "paradigma" olarak tanımlar. Bir bilimsel disiplinin oluşumu ilk önce paradigmasının kabulüyle başlar.

Bilim tarihinin ilk zamanlarında gözlemler yapılmış ve olgular bir araya getirilmişse de, paradigma yokluğu nedeniyle gözlemcinin bu olguları birbiriyle nasıl ilişkilendireceğini gösteren temeller oluşturulamamıştır. Khun bunu paradigma öncesi dönem olarak tanımlar. Paradigma bir kez kabul edildikten sonra o alanda çalışan her bilim insanı onu sorgulamadan benimser. Artık, bilim insanları kendi alanının temel ilkelerinden başlayarak ve ortaya atılan her bir kavramı savunarak yeniden yapılandırmaya ihtiyaç duymaz. Bir paradigmanın kabul edilmesi, o alanda çalışan insanları uzun zaman meşgul edecek bir araştırma gündeminin oluşmasını sağlar (4).

Değişim süreci, normal bilimin açıklayamadığı olgular ile karşılaşıldığında başlar. Çünkü hiçbir paradigma doğaya bütünüyle uymaz, açıklanamayan olgular her zaman vardır. Bu olgular başlangıçta göz ardı edilir ve beklentinin algı üzerindeki etkisi nedeni ile fark edilmezler. Ancak bu aykırı olgular giderek daha fazla kendilerini göstererek hem gözlemsel hem de kavramsal olarak kabul görmeye başlar. Sıklıkla bir direniş sürecinin ardından yeni bir paradigma ile uzlaşma sağlanır. Bazen bu açıklanamayan olgular bir kriz durumuna neden olur. Normal bilimin bu olguların yarattığı sorunları çözmekte gösterdiği başarısızlık bir güvensizlik duygusu yaratır. Bu krizden, savunucularının aykırı olguları açıklamakta daha etkin olduğunu iddia ettikleri yeni bir paradigma doğar. Bu dönem üç olasılıkla sonuçlanır. Eski paradigmanın krizin üstesinden gelmesi, her iki paradigmanın da başarısız olması ya da yeni paradigmanın başarısı ile sonuçlanır (2). Khun'un fikirlerinin tıp alanında geçerli olup olmadığına dair görüş ayrılığı bulunmaktadır. Khun'un kendisi, paradigma değişikliğinin uygulamalı bilimler ve hatta alt dalları için de geçerli olduğunu savunmaktadır. Biyomedikal (BM) model olarak da bilinen eski paradigmada hastalar diğer doğal olaylar gibi sınıflandırılabilen hastalıklardan yakınırlar. Hastalık, hastadan ve onun sosyal yapısından bağımsız bir şekilde algılanır. Burada hekimin görevi tanı koymak ve nedeni ortadan kaldıracak ya da semptomları hafifletecek bir tedavi uygulamaktır. Bunu başarmak için hekimin kullandığı düşünsel araç, ayırıcı tanı olarak adlandırılan klinik yöntemdir. Özellikle aile hekimliği ortamında bu paradigmanın açıklayamadığı, göz ardı edilmesi giderek zorlaşan birçok vaka gözlenmektedir. Aile hekimleri genellikle morbidite değişiklikleriyle ilk karşılaşan hekimler oldukları için eski paradigmaya aykırı vakalarla da ilk onlar karşılaşmışlardır. Eski paradigma aile hekimliği ile iyi bir uyum gösterememektedir. McWhinney, eski paradigmanın açıklayamadığı durumları şu alt başlıklarda ele almıştır (2).

Rahatsızlık/Hastalık Durumu: Aile Hekimliği uygulamasında görülen hastaların büyük bir bölümü fizyolojik veya anatomik bozukluğa dayanan hastalık sınıfına yerleştirilemezler. Blacklock, birinci basamakta takip edilen göğüs ağrılı hastaların kayıtlarını incelemiş, bu hastaların ancak yarısının, patolojiye dayanan özgün bir tanı alabildiğini saptamıştır. İkinci örnekte ise baş ağrısı çalışma grubu, birinci basamağa yeni baş ağrısı ile başvuran 265 hastayı bir yıl süreyle takip etmiş ve sadece %27'sine klasik migren veya sinüzit gibi gösterilebilir fiziksel değişikliklere dayanan tanıları konulabildiğini göstermiştir. Üçüncü örnekte ise, Wasson ve meslektaşları, birinci basamak kliniklerine karın ağrısı ile gelen yetişkin erkekleri 3 ay izlemişlerdir. Bu hastaların sadece %21'i patolojiye dayanan tanıları alabilmiştir (2).

Özgün Etiyoloji Sorunu: Eğer bir hastalığın görülmesi temelde özgün etkenlere bağlıysa, aynı ortamı paylaşan homojen bir grupta farklı hastalıkların grup içinde eşit olarak dağılmasını bekleyebiliriz. Hinkle ve meslektaşlarının yaptığı bir çalışmada durumun böyle olmadığı ortaya çıkmış. Benzer yaş, meslek, geçmiş ve çevreye sahip kadınların 20 yıl süresince izlenmesi sonucunda araştırmacılar kadınların %25'inin hastalıkların % 52'sine, diğer %25'lik grubun ise söz konusu hastalıkların sadece %6'sına yakalandıklarını bulmuşlar. Araştırmacıların, yüksek hastalık oranına sahip kadınlarda baş ağrısı gibi tekrarlayan belli yakınmaların daha fazla görüldüğü ya da bu bireylerin bir organ sistemi kusuruna sahip oldukları yönündeki varsayımlarının da geçerli olmadığı, çalışma sonucunda ortaya çıkmıştır. Bir kadının yakalandığı hastalık sayısı arttıkça hastalık çeşidinin ve sorun yaşanan organ sistemi sayısının da arttığı gözlenmiştir. Araştırmacıların daha sonraki öngörülerini bu kadınların belli etiyolojilere, bazı enfeksiyonlar, bazı alerjiler gibi hastalıklara daha yatkın oldukları yönünde olmuştur. Bu öngörünün de geçerli olmadığı görülmüştür. En fazla sayıda hastalığı olanlarda pek çok farklı etken, daha fazla önemli hastalık ve daha fazla duygu durum, düşünce ve davranış bozukluğu görülmekteydi. Bu popülasyonda hastalıklı veya sağlıklı olmanın temel belirleyicisi özgün etkenlerin varlığı değil, kadınların genel yatkınlıklarıydı (2).

Özgün etiyoloji doktrini, bireylerin en virülen ajanlara karşı korunduğu teknolojik olarak gelişmiş toplumlarda, enfeksiyon hastalıklarını bile açıklamada çok kullanışlı değildir. Dubos'un gözlemlediği gibi, mevcut hastalıklarla ilişkili etkenler, ortamda ve vücutta, olağan koşullarda hastalık yapmadan bulunurlar. Bu etkenler sadece konakçı fizyolojik bir baskı altında olduğu durumlarda patolojik etkiye sahiptirler. Bu nedenle sağlık ve hastalığı anlamak

sadece hastalık etkenlerini değil konakçıyı bu etkenlerden koruyan ya da onlara daha duyarlı hale getiren faktörleri de bilmeyi önemli kılmaktadır (2).

Zihin/Beden İkiliği: Eski paradigmada zihin ve beden, psikolojik faktörlerin neden olduğu düşünülen belli bazı 'psikosomatik' hastalıklar dışında birbirinden ayrı olarak değerlendiriliyormuş. Eski paradigmada psikolojik ve sosyal faktörlerin, doğrudan patolojik değişimi sağladıkları düşünülmekteydi. Dahası, her psikosomatik hastalık için kendine özgü farklı faktörlerin olduğu kabul edilmekteydi. Yeni buluşlara bağlı olarak, bu görüşün savunulması artık mümkün değildir. Sosyal yalıtım ve stresli yaşam olayları gibi faktörler sadece belli psikosomatik hastalıklara değil, tüm nedenlere bağlı mortaliteyle ilişkilidir (2).

Çeşitli grup çalışmaları yeni oluşmuş stresli yaşam olaylarının pek çok hastalık riskinin artması ile ilişkili olduğunu tutarlı bir şekilde göstermektedir. Stresli yaşam olayları yaşayan veya psikolojik olarak duyarlı olan bireylerin genel olarak sağlıklarının daha fazla bozulmakta olduğu görülmüş. Kiecolt-Glaser ve arkadaşları, strese bağlı olarak bağışıklık sisteminin zayıflaması, yaşlanma gibi zaten bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde ciddi sorunlar oluşturabileceğini belirtmişlerdir (5).

Sosyal bütünleşme ve stresin etkilerine ilişkin kanıtlara ek olarak, kişilik özellikleri ve duyguların bazı hastalık durumlarının sonucunu etkilediğini gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. En güçlü ilişki öfke, kin ve depresyon ile koroner kalp hastalığı prognozunun kötüleşmesi arasındadır. Kişinin koroner kalp hastalığına veya meme kanserine yakalanmasını duygusal baskıya bağlayan bazı kanıtlar vardır. Ortaya çıkan yeni kanıtlar kötümserlik ve kaderciliğin AIDS, kanser ve koroner kalp hastalığı gibi durumların daha kötü seyretmesi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (6).

Stresli yaşam olaylarının belli, özgün bir hastalığa yol açmıyor olması dikkatleri, duyguların hastalığa yatkınlığı değiştirebilmesinin olası yolları olarak, nöroendokrin ve bağışıklık sistemleri üzerine yoğunlaştırmıştır. Dul ve boşanmışlarda, alzheimer hastalarına bakan aile bireylerinde ve akademik stres altındaki öğrencilerde bağışıklık işlevlerinin baskılandığı saptanmıştır (5). Kiecolt-Glaser, bağışıklık sisteminin strese bağlı olarak baskılanmasının yaşlanma gibi zaten bağışıklık işlevleri zayıflamış kişilerde en ciddi sonuçları doğurabileceğini ileri sürmektedir. Genç kişilerde de yaşlı olanlara kıyasla duygusal faktörler ile sağlık durumları arasında güçlü bir ilişki olduğunu gösteren bir dizi çalışma bulunmakta ve hiçbir çalışma bunun aksini bildirmemektedir (6).

Çeşitli çalışmalar, ameliyattan önce hastalara güven verilmesinin ameliyat sonrası iyileşme süresini kısaltabildiğini göstermiştir. Cunningham kendi çalışmalarından elde ettiği kanıtlara dayanarak psikoterapi sonrası, iyileşmenin ruhsal yönlerini de içeren belirgin bir yaşam değişikliğini başaran hastaların, onkologların beklentisinden daha uzun süre hayatta kaldığını belirtmektedir (7).

Aile hekimi tarafından sağlanan destek, diğer destekleyici tedaviler gibi hastaların sağlığını geliştirebilir ve genel dirençlerini arttırabilir. Duygusal dışı vurum destekle birleştirilmiş bir bilişsel yaklaşım gösterebilen aile hekimi hastanın ailesinden alabileceği destek potansiyelini harekete geçirmek için de son derece iyi bir konumdadır. Birinci basamak ekibinin diğer üyeleri de önemli bir destek kaynağıdır. Tüm bu iyileştirme girişimleri sadece belli bir hastalık durumu veya hastalık etkenleri üzerinden değil, hastanın direncini artırmak, kendi iyileşmelerinde etkin rol oynamak konularında hastalara yardım ederek işe yarar (8).

Aile hekimleri hastalık kadar sağlıkla da ilgilendiği için, konakçının direncini artıran ve zararlı uyaranlara karşı direncini güçlendiren faktörleri de düşünmeleri gerekir. Başa çıkma yeteneği gibi psikolojik faktörler direnci artırabilir. Sosyal faktörler sadece stres yaratıcı değil destekleyici de olabilmektedir.

Sosyal desteğin basit bir ilişkiler ağı olmadığı çok iyi anlaşılmıştır. Bir insan için önemli olan 'sevilmek, istenmek, değer verilmek, saygı duyulmak, ihtiyaç duyduğunda kendisine destek olunacağına güvenebilmek' ile ilgili öznel duygulardır (9).

Plasebo Etkisi: Tedavi sürecindeki bir kişiye bu sürecin bir parçası olarak uygulanan bir müdahalenin hastanın durumunu değiştirmesi ve bu değişimin söz konusu müdahalenin bilinen herhangi özgün bir farmakolojik veya fizyolojik etkinliğine bağlı olmaması durumu plasebo etkisi olarak tanımlanabilir (10). Tanımda 'iyileşme' yerine 'değişme' teriminin kullanılması da plasebo etkisinin tedavi edici olabildiği kadar zararlı da olabileceği gerçeğinin bir ifadesidir. Yapılan yeni bir çalışma, ciddi koroner arter hastalığı olan hastalarda plasebo etkisinin gücüne bir örnek oluşturur. Anjiyogenez ve lazer miyokard revaskülarizasyon denemelerinin yapıldığı bir çalışmada son dönem koroner arter hastalığı olan hastalarda plasebo tedavisinin uzun dönem yararlı etkilere sahip olduğu görülmüş. Çalışmaya alınan hastalar rasgele olarak 'tedavi grubu' veya 'plasebo grubu' na ayrılmışlar. Her iki grupta da ortalama anjina sınıfı, egzersiz koşu bandı zamanı ve yaşam kalitesindeki düzelmeler müdahalenin başlangıcını izleyen 90 günde korunmuştur. Plasebo grubunda müdahalenin hastalara sağladığı yararın iki yıllık izlem sürecinde etkisini koruduğu gözlenmiştir (11).

Plasebo etkisi hakkında bazı hatalı varsayımların aydınlatılması gereklidir. İlk hatalı varsayım, plasebo etkisinin sadece ağrı ve kaygı gibi öznel durumlarda görüldüğüdür. Aslında plasebolar öznel ifadeler ile olduğu kadar nesnel yöntemlerle de ölçülebilen süreçler üzerinde de etki gösterirler. İkinci varsayım, plaseboların zararsız olduğu yönündedir. Plasebolarda farmakolojik olarak aktif ilaçlar gibi istenmeyen etkiler ve bağımlılık oluşturabilirler. Üçüncü olarak, sadece son derece telkine açık ve nevrotik kişilik tiplerinin plasebolara yanıt verdiğinin düşünülmesidir. Oysa plasebolara yanıt veren kişilerin çok çeşitli kişilik tiplerine sahip olduğu gösterilmiştir (10). Dördüncü hata ise, plasebo etkisinin hastaların yaklaşık %35'inde sabit olduğunun düşünülmesidir. Plasebo etkililiğinin %10 ile %90 arasında değiştiği belirlenmiştir (12). Genellikle kabul edilen ortalama değer %35'tir. Plasebo etkisinin kanıta dayalı en iyi açıklaması 'anlam modeli' çerçevesinde yapılabilir (10). Biyomedikal model plasebo etkisini açıklamada da yetersiz kalmaktadır.

2.3 Biyopsikososyal Modelin Tanımı

Biyopsikososyal yaklaşımı tek kelime ile anlatmak istersek 'bütüncül' bir yaklaşımdır diyebiliriz. Ancak biyopsikososyal yaklaşım bütüncül olmanın çok daha ötesinde, insani fonksiyonların farklı alanlarının birbirleri ile karmaşık bir etkileşim içinde olduğuna ve bu etkileşimlerin yaşamdaki önemli süreçleri tetiklediğine yaptığı vurgu ile kendi özgün anlamını kazanmaktadır (1). Bir başka ifadeyle biyopsikososyal model, bireyin sağlık durumunun biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin karmaşık bir bileşimi ile karşılıklı etkileşim içerisinde olduğunu savunur (13). George Engel orjinal yaklaşımında kişilerin sağlık ve hastalık durumunu sadece yapısal ve fizyolojik açıdan değerlendirme yapmanın yetersiz kalacağını belirtmiştir. Engel bir makalesinde, yaklaşımın teorik tanımını yaparken hasta-merkezli klinik metod, medikal antropoloji, sağlık psikolojisi ve aile sistemleri tıbbından faydalanmıştır. Engel'in yaklaşımı; yakınma, hastalık hissi ve hastalık arasındaki farkların daha net açıklanması ile belirgin hale gelmiştir (14). Hastalık yapısal veya ölçülebilir fizyolojik fonksiyon bozukluğu, hastalık hissi organik patolojinin ötesinde kişinin hissettiğidir. Hastalık hissi subjektif bir iyi olmama durumudur. Hastalık asemptomatik durumlarda olduğu gibi hastalık hissi olmadan olabileceken, hastalık hissi hastalık olmadan da olabilir. Yakınma ise her ikisi olmadan da olabilir. Hastanın yakınmasını öğrenmek, kişinin inançlarını, ailesel altyapısını, sosyoekonomik durumunu, eğitimi, sevdiği ve sevmediği şeyleri bilmeyi gerektirir. Biyopsikososyal yaklaşımı daha geniş ele almak

gerekirse hastanın hikayesini ve hayat koşullarını değerlendirmek, biyolojik, psikolojik ve sosyal durumların birleşik olarak değerlendirilmesi, bakımın sağlanması, ilişkinin merkezi rolünün tanınması ve çok yönlü tedavinin sağlanmasını içermelidir (14).

O halde hastalık ve sağlık, sadece fizyolojik parametrelerden değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik parametrelerden de etkilenmekte ve dolayısıyla ancak bu üç alanın bütüncül etkisinin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Örnek vermek gerekirse Tablo 1.'de genel sağlık durumumuz üzerine etkili biyopsikososyal faktörlerden bazıları listelenmiştir. Bu tabloda genel sağlık durumu yerine iskemik kalp hastalığı konarak mevcut risk durumu ortaya konmuştur (1).

Tablo 1. Biyopsikososyal Model (İskemik kalp hastalığı örneğinde)

Sosyal riskler	Fizyolojik riskler	Psikolojik ve psikososyal riskler	Davranışsal riskler
Düşük sosyoekonomik düzey. Olumsuz çalışma koşulları. Çevre kirliliği. Sağlık hizmetlerine yetersiz ulaşım.	Hipertansiyon. Hiperlipidemi. Bazı hastalıklara genetik yatkınlık.	Yetersiz sosyal destek. Sosyal izolasyon. Umutsuzluk. Kendini suçlama. Düşük benlik algısı. Kendini yetersiz hissetme.	Sigara. Dengesiz beslenme. Yetersiz egzersiz. Aşırı alkol tüketimi.

Bu geniş çerçeveden hastalıkların anlaşılması, sosyal ve kültürel çevrenin tanınmasını, etkilenen bireyin psikolojik kökeninin anlaşılması ve toplumda var olan bozuklukların genetik ve biyokimyasal yapısının bilinmesini gerektirir. Birinci sırada biyolojik faktörleri ele almak yerine hasta olma ve hastalığa yol açan tüm faktörleri değerlendiren biyopsikososyal yaklaşım ile neden bazı hastaların 'hastalık' dediğine diğerlerinin 'yaşamsal sorunlar' dediğini açıklayabiliriz (15).

2.4 Biyomedikal Modelden Biyopsikososyal Yaklaşım

Biyomedikal model yirminci yüzyılın çoğuna egemen olmuştur. Bu modelin sembolü, nesiller boyu öğrencilere bir hastanın klinik sorununa nasıl yaklaşılabileceğinin gösterildiği klinopatolojik konferanslardır. Bu konferanslarda davetli bir klinisyen, bir hastanın öyküsü, fizik muayene bulguları ve test sonuçlarını sunduktan sonra ayırıcı tanı sürecini ve olası tanının nedenleri ile tartışılıyor. Sonrasında patolog kesin tanıyı söylemiş. Bu yöntem kendi sınırları içinde, mükemmel bir öğretim aracı olmasına karşın hastaların kişisel yönlerine çok az değinilmekte ve hastanın kendi hikayesine yer verilmemektedir (2).

Aile hekimleri çok yakın zamana kadar, eğitim hastanelerinde biyomedikal modele göre eğitilmişlerdir. Uygulamada ise, pek çok hastalarının herhangi bir tanı kriterini karşılamayan rahatsızlıkları, yaşam sorunları ve duygusal çalkantı karışımından oluşan sorunları olduğunu görmüşlerdir. Bu yüzden tıbbi modeli değiştirmek için ilk girişimlerin, sorun yaratan hastalarını tartışırken kendilerine eşlik eden bir psikanalist ve hekim olan Michael Balint ile çalışan bir aile hekimi grubundan gelmiştir. Balint'in kitabı 'Hekim, Hastası ve Rahatsızlık' ve izleyen seminerler aile hekimliği uygulaması üzerinde derin bir etki yapmış ve o dönemde tamamen geçerli olan biyomedikal modelden uzaklaşmanın da başlangıcı olmuştur. Balint'in öğretisi aile hekimliği üzerindeki etkisine rağmen tıp fakülteleri üzerinde hiçbir etki yapmamıştır (2).

Yirmi yıl sonra, başka bir psikanalist, George Engel, biyomedikal modelin eksikliklerini, genel sistem kuramına dayanan Biyopsikososyal modeli savunan bir bildiri yayınlamıştır (2).

Engel, bedenin makine, hastalığın makinenin bozulması, hekimin ise sadece bozulan makineyi tamir eden bir kişi gibi algılanmasına ilişkin kaygılarını dile getirmiştir. Hastalıkların, hastaların kendi yaşamsal stresleri ve davranış biçimleri, sosyal çevreleri ve psikolojik durumları ile birlikte değerlendirmeleri gerektiği üzerinde durmuştur. Engel biyopsikososyal modelin dünya çapında tanınmasını sağlamıştır. 1977 yılında Engel, dar ve kısıtlayıcı biyomedikal modele alternatif olarak biyopsikososyal modeli açıkladı. BPS model bazıları için bir işaret, 21.yüzyıl tıp ruhu için bir çığlık olmuştur. BPS model, 20. yüzyıl sonlarında psikiyatri ve tıpta meydana gelen önemli gelişmelerden bir tanesidir. BPS modelin tıp eğitimi, tıp pratiği ve araştırmaya katkıları olmuştur. 1986 yılında Ian McWhinney, Engel'in modelini bir adım ileriye götürerek, klinik yöntemin hasta-merkezli olması gerektiği

üzerinde durmuştur. Ona göre hasta merkezli yaklaşımın temelinde hekimin, hastanın dünyasına girmesi ve hastalığı hastanın gözünden görebilmesi yatmaktadır (1).

Nörolog, psikolog ve tıpta bütüncül yaklaşımın öncü bilim adamlarından birisi de Kurt Goldstein (1878-1965) dir. Goldstein paradigmasının özü hastayı geçmiş, şu anı ve geleceği ile tümleşik bir varlık, arka plandaki genetik eğilimleri ile birlikte sayısız psikolojik gerçekler, sosyal ilişkiler ve çevresel zorluklar ile bir bütün olarak görmektir. Bu çerçevede semptomlar, organizmanın bir hastalık veya kazanın meydana getirdiği duruma yeniden uyum sağlamasının belirtileri olarak görülürler. Zaman zaman, bu uyum hastalığın ya da kaybın kendisinden çok daha geniş bir etki alanına sahip olabilir. Bu nedenle hekimin bir semptom kompleksini anlaması için bütüncül bir görüşü olmalıdır. Hekimin, kaos sürecinden yeni bir dengeye gelmesi sırasında hastaya yardımcı olması için titiz bir gözlemci olması ve hastanın da kendisini anlaması gerekmektedir. Yeni paradigma özellikle aile hekimliğinde geçerlidir. Aile hekimleri kendilerini hastalıklar veya teknolojiler değil ilişkiler üzerinden tanımlar. Aile hekimleri hastaları ile onların hastalıklarının ne olacağını bilmeden önce ilişki kurarlar. Bu nedenle hastalarına karşı sorumlulukları koşulsuzdur. Yeni paradigmaya göre hastalık kavramsal olarak kişiden ve onun çevresinden ayrı tutulamaz. Tüm hastalıklar hastayı birçok düzeyde etkiler. Hekim ve hasta arasındaki ilişkinin hastalık ve hastalığın gidişi üzerinde derin bir etkisi vardır. Hekimin görevi hastalığın doğasını tüm düzeyleriyle anlamaktır. Yeni paradigma klinik yöntem ve hekimin hastasını nasıl tedavi edeceği ile ilgili önemli çıkarımlara yol açar. Yeni ve eski paradigmlar arasındaki çelişki aşağıda anlatılan konferansta çarpıcı bir şekilde görülmektedir.

Konferansta tedaviye dirençli çölyak hastalığı olan 50 yaşında bir erkek olgu tartışılmaktaydı. Başlangıçta hasta glutensiz diyetle çok iyi cevap vermişti ancak daha sonra hızla kötüleşmiş ve ölmüştü. Tartışmanın açılışında bir iç hastalıkları profesörü 'Hastanın barsaklarında neden aniden bu kadar hasar oluştu ve hasta neden öldü?' diye sordu. Profesörün yorumu bu, glutenden yoksun diyetle yanıt veren sıradan bir çölyak hastalığı gibi değil doktorunun deneyimlerine göre gördüğü hastaların %30'unda karşılaştığı bir istisna. Ancak diyetle yanıt vermeyen %30 oranındaki hastanın çok azında kötü bir seyir ve ölüm görülür. Bizim sormamız gereken buna neyin neden olduğudur. Daha sonra hastanın aile hekimine bu konudaki yorumu sorulur. Hastanın aile hekimi tartışmacıların açıklama getirmeye çalışırken kullandıkları kavramların yetersiz olduğunu söyler. Hastayı biyokimyasal bir makine gibi ele alıp birey olmasıyla ilgili her türlü kavramı dışladığımızda

hastalığı hakkında kısıtlı açıklamada bulunulduğunu belirtir. Hastanın iç dünyasıyla ilgili ne kadar az şey bilindiğini görürsek bu hastalık daha anlaşılabilir hale geleceğini dile getirir. Aile hekimi hastanın tüm temel alanlarında büyük duygusal çatışmalar olduğunu, hastalığının babasının ölümünü takiben başladığını, hastalığının nüksünün çocuk sahibi olamadığı için evlat edindiği kızı arasındaki gerginliğin artışına denk geldiğini söyler. Hastalığının son aşaması uzun yıllar kendini adadığı iş ilişkisinin çökmesine rastladığını ve hastasının uğruna yaşadığı her şeyini kaybettiği için öldüğünü düşündüğünü belirtir.

Tıp profesörü yanıt verir. Çölyak hastalığı üzerine psikojenik etkinin olma olasılığını Pauly tarafından ortaya atılmıştır. Açıkçası çölyak hastalığının temel sebebinin genetik bir enzim defekti olduğu düşünüldüğünde psikojenik etkilerin bu derece rol oynadığını inanmakta güçlük çektiğini belirtir.

Burada aile hekimi 'Hasta niye çölyak hastası oldu?' diye değil, 'Hasta niye öldü?' diye sormakta ve tartışmanın odağını organ ve hastalıktan, o insanın bütünü ve onun çevresine verdiği tepkiye çekmektedir. Ancak profesör verdiği yanıt ile kendi kavramlarının esiri olduğunu göstermiştir. Hastalık sınıflarının ötesine geçememiş, hastalığın nedenini özgün bir etiyoloji dışında bir bakış açısı ile düşünememiştir (2).

Bu tartışma 1968 yılında, ilişkilerin ve duyguların sağlık üzerindeki etkileri hakkında bilimsel kanıtlar birikmeden önce gerçekleşmiştir. Bu nedenle profesörün olguya tartışmadaki isteksizliği ve hastalıkları açıklamakta yetersiz kalan bir model ile kısıtlanması ile açıklanabilir. Ama bu durum halen değişmemiştir.

Yeni model (BPS) gelenekler içinde kökleri olmakla birlikte yenidir. Ayrıca geçmiş yüzyılın deneyimlerinden öğrendiğimiz her şeyi kapsar. Hasta merkezli klinik yöntem mevcut uygulamada bu ilkelerin hayata geçirilmesinin bir yoludur.

2.5. Sağlığa Biyopsikososyal Yaklaşım

Biyomedikal bakış açısı hastalıkların hücrelerin bozulmasından kaynaklandığı temelinden hareket eder. Bugün tıp öğrenimi ve uygulamasında öncelikle kabul gören model budur. Tıp eğitiminde öğrenciler hücre yapısı, biyokimya, mikrobiyoloji, ilaç, vb. konularda yoğun eğitim almaya başlamışlardır. Bunun yanı sıra biyomedikal bilgiler niceliksel olarak artmış ve mekanik modelin gelişmesinde etkili olmuştur. Bu gelişme hastanın ve hastalığın anlaşılması sürecinde biyolojik yapının ön plana çıkmasını sağlamıştır. Bu model hastalığı hücresel ve kimyasal dengesizliklere dayandırarak açıklamaktadır. Ancak hastalıkta var olan

sosyal ve psikolojik süreçlerin rolünü tanımlamamaktadır. Hasta olmak sadece tıbbi bir olgu değil, aynı zamanda sosyal bir boyut içermektedir. Dolayısıyla tedavi sürecinde, hastanın kendi hastalığına, tedavi ortamına ve tedavi ekibine yönelik algı ve tepkilerinin yanı sıra, tedavi ekibinin hastaya yaklaşımının ve davranış biçiminin de büyük etkisi vardır.

Günümüzde ileri düzeyde uzmanlaşmış hekimler son teknolojik gelişmelere dayanarak hastalara tanı koyup tedavi etmektedirler. Bunun sonucunda tıbbi bakımın teknik niteliği ilerlemiş olmakla birlikte hastalar genellikle hekimlerle ilişkilerinde bir şeylerin eksik olduğunu ifade etmektedirler. Bu eksiklik en belirgin olarak hasta ile hekim arasındaki iletişimde kendini göstermekte ve hastanın hekime duyduğu güven ve tedavinin gereklerini yerine getirme açısından büyük sorunlar oluşturabildiği ifade edilmektedir (16)

George Engel 1977'de biyomedikal modelin kusurunu, hastayı ve onun özelliklerini bütüncül bir insan varlığı gibi görmemesi olarak açıklamaktadır. Engel bir hastalığın sadece bir biyokimyasal değişikliğe bağlamanın yanlış olacağını savunmaktadır. Engel'e göre, biyomedikal görüş kişiyi ne bir bütün olarak görebilmekte ne de psikolojik ya da sosyal durumuyla birlikte değerlendirebilmektedir. Aynı zamanda hastalar da, çok yönlü problemlerine tek yönlü yaklaşım getiren biyomedikal yöntemle karşı memnuniyetsizliklerini dile getiriyorlardı. Bunun sonucu olarak sağlık sisteminde ruh ve bedenin birlikte araştırılması gereği doğmuştur (17).

Tüm bunların yanı sıra, duygularla beden ilişkisinin tıpta önemi belirlenmiş olup kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalığı, sigara içimi ve kanser gibi davranış değişiklikleriyle önlenabilir hastalıklar üzerinde stresin önemi vurgulanmıştır. Potansiyel streslere maruz kalmak, stresi subjektif olarak değerlendirebilmek, büyük ölçüde hastanın sosyal konumu ve sosyal güçlerden etkilenmesiyle ilişkilidir. Stresle baş etme yolları, sosyal öğrenme, kültürel değerler, ulaşılabilir çevre faktörleriyle doğrudan ilişkilidir. Stres bağlantılı hastalıkları azaltmaya yönelik girişimler, bu denli önemli psikolojik ve sosyo-kültürel değişkenlerin anlaşılmasıyla bağlantılıdır.

21. yüzyıl başlarında şekillenmeye başlayan biyopsikosozal yaklaşım, laboratuvar testlerinden, görüntüleme yöntemlerinden ve farmakolojik tedaviden öte, hasta odaklı ve hastanın kendisinin ve ailesinin de tedavi yaklaşımının içinde olduğu bir tutumdur. Bu sistemde sağlık personeli, tedavi planını yaparken, yalnızca geleneksel biyolojik faktörlerle ilgilenmekle kalmaz, aynı zamanda, ruhsal ve çevresel faktörleri de göz önünde bulundurur (16).

1986 yılında Ian R. McWhinney, Engel'in yeni bir model oluşturma çağrısına atıfta bulunarak klinik yöntemin, hekim-merkezli değil hasta-merkezli olması gerekliliği üzerinde durmuştur. Ona göre hasta merkezli yaklaşımın temelinde hekimin hastanın dünyasına girmesi ve hastalığı hastanın gözünden görebilmesi yatmaktadır. Aile hekimleri hasta merkezli yaklaşımları ile, hastayı bir bütün olarak ele alarak ilgilenirler. Onu yaşam hikayesi, sorunları, ailesi ve fiziksel çevresi ile değerlendirirler. Oysaki hastalık merkezli yaklaşımda, hekim yalnızca hastalık olgusu ile ilgilenir ve anormal biyomedikal oluşumları kontrol altına alabilmek için hasta üzerinde otorite kurar. Hasta merkezli yaklaşımda hekim, hasta ile birlikte çalışarak öncelikler ve hastalığın idaresinde rollerin belirlenmesini sağlar (15).

Araştırmalar hasta merkezli yaklaşım ile biyomedikal ve psikososyal verilerde iyileşmenin daha iyi olduğunu göstermektedir. Hasta merkezli klinik yöntem, biyopsikososyal modelin uygulaması denebilir.

2.6. Hekim Merkezli Yaklaşım:

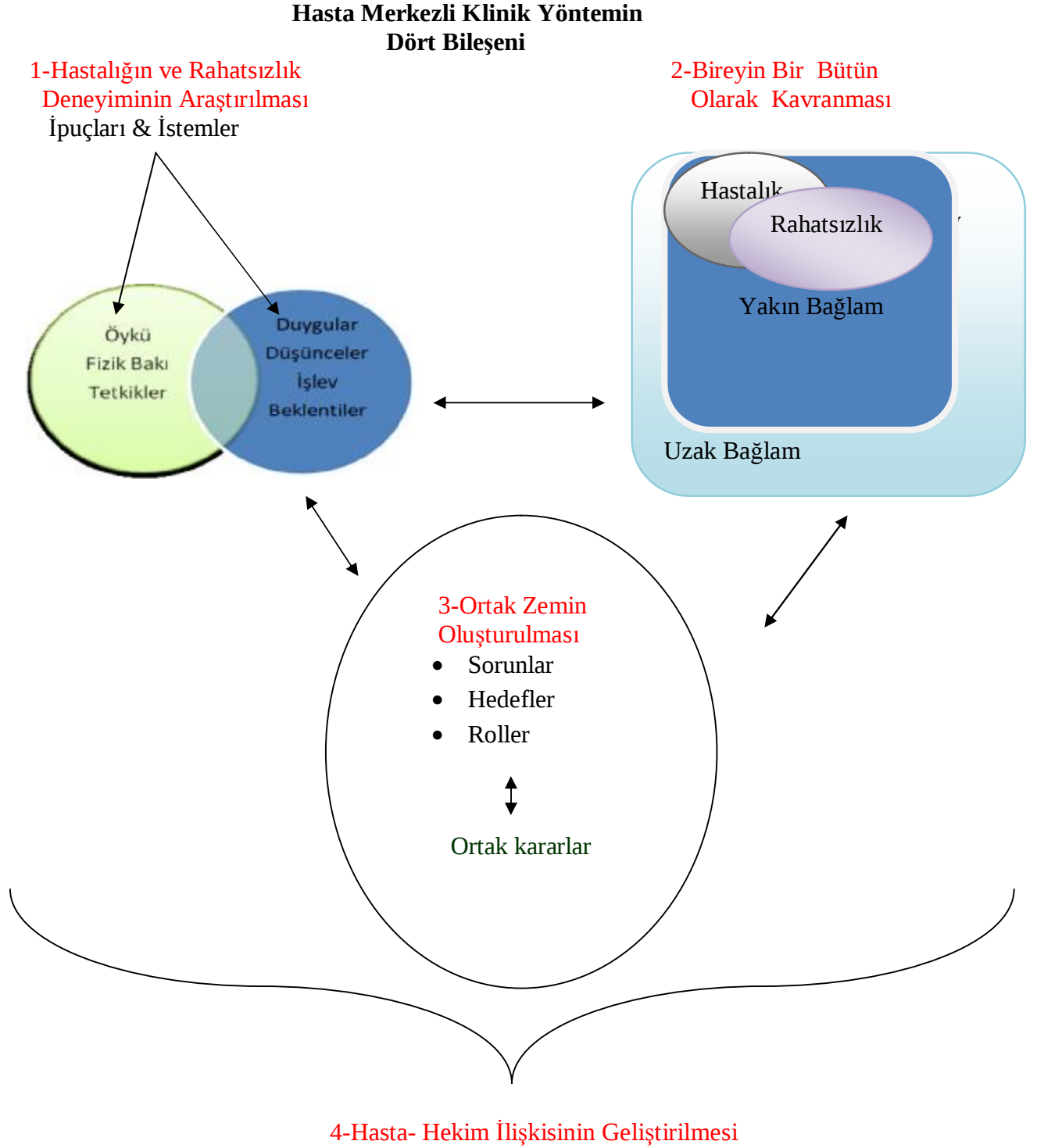
Hekim merkezli yaklaşım ve görüşme, hastanın yaşamını tehdit eden akut klinik durumlarda ve acil servislerde uygundur. Hekim merkezli görüşmenin amacı, otoriter ve biyomedikal yaklaşımın temelinde hastalığın tanısının belirlenmesidir. Görüşmenin lideri hekimdir ve hastanın öyküsünü kapalı uçlu sorularla kesmektedir. Hastanın vereceği bilgilerden hangisinin önemli ve gerekli olduğu hakkında karar veren de hekimdir.

Özellikle birinci basamakta, hekim merkezli görüşmelerin birçok dezavantajları vardır. Hastanın beklentileri, kaygıları, korkuları ve diğer duyguları tam olarak aydınlatılamayabilir. Hastanın hekime gerçek geliş sebebi bile göz ardı edilebilir. Tedavi planı yapılırken, hasta kendi fikirlerinin önemli olmadığına inanmaya başlar. Hasta, pasifleşmekte ve kendi güçlerine olan inancını kaybetmeye başlamaktadır. Daha sonra da semptomlar ve hastalıkla ilgili duygular sıklıkla artarak, daha yoğun tıbbi bakıma gerek duyulabilir (16).

2.7. Hasta Merkezli Klinik Yöntem:

Aile hekimlerine başvuran hastaların %25 ile %50'sinde herhangi bir hastalık tanısı koymak mümkün olmamaktadır. Bu tür sorunları anlayabilmek ve yönetebilmek ancak hastanın ve hasta-hekim ilişkisinin anlaşılması ile mümkündür. Bu yöntemin özünde hekimin iki ana görevi vardır. Bunlar hastayı ve onun hastalığını kavramaktır. Bu kavrayış hem hasta hem de hastalığı için tedavi sürecinin kaynağını oluşturmaktadır (2). Hasta merkezli klinik yöntem hastayı ve hastalığı bir araya getiren bütüncül ve sistematik bir yaklaşım sunmaktadır. Hasta merkezli yaklaşımın temelinde, hekim hastanın dünyasına girmeye çalışır ve bütüncül

bir yaklaşım uygular. Bu yaklaşımda biyopsikososyal model geçerlidir. Hasta merkezli klinik yöntem dört bileşene sahiptir (18). (şekil 1)



Şekil 1. Hasta Merkezli Klinik Yöntemin Dört Bileşeni

2.7.1. Hastalığın Ve Rahatsızlık Deneyiminin Araştırılması:

İlk unsur hekimlerin, tüm hastalarıyla hasta sağlığı üzerindeki iki kavramı anlaması gerekmektedir. Bunlar rahatsızlık ve hastalık. Rahatsızlık teorik bir yapıdır ve soyutlamadır. Rahatsızlık, hastanın fiziksel veya ruhsal bir bozukluk nedeni ile yaşadığı kişisel deneyimdir. Bu deneyim hastanın algıları, duyguları (özellikle korkuları), engelleri ve sıkıntıları, hekimlerine ve içinde bulundukları duruma karşı tutumları, başlarına gelen durumun yaşamları ve ilişkileri üzerindeki etkileri, hekime başvuru nedenleri, beklentileri ve fikirleri ile şekillenir. Hastalık ise hekimin rahatsızlığı açıklamak üzere kullandığı patolojik süreçlerdir. Yaygın bir deyişle rahatsızlık hekime giderken, hastalık ise hekimden dönerken sahip olunan şeydir. Rahatsızlık hastanın yaşamı ile ilgili bir anlam ifade ederken hastalık patoloji düzeyindeki anlamı ifade etmektedir (2). Hasta merkezli klinik metod, hastanın hastalığıyla ilgili deneyimlerinin dört boyutuna odaklanır. Birincisi özellikle hasta olma korkusunu da kapsayan hastanın duyguları, ikincisi onlarla ilgili neyin yanlış olduğu konusundaki düşünceleri, üçüncüsü sorunların fonksiyonları üzerindeki etkisi, dördüncüsü ne yapılması gerektiği konusundaki beklentileri (18).

Bu yaklaşımın anahtarı bu boyutlara ilişkin hastanın ipuçlarının iyi değerlendirilmesidir. Bu metod hastanın memnuniyetini, bağlılığını, rahatsızlık ve hastalığın sonuçlarını geliştirir. Hekimlerin her gün hastalarıyla çalışmalarını uygulanabilir kılar. Hekim hastasının duyguları, düşünceleri, beklentileri ya da fonksiyonları üzerindeki etkileri ile ilgili ipuçlarını anlama konusunda uyanık olmak zorundadır. Bu ipuçlarını kaçırmaması durumunda hasta hekimini değiştirebilir. Bazen bu durum hasta ile hekim arasındaki görüşmelerin sonu da olabilir (18).

Etkin bir şekilde dinleyerek, hasta tarafından sunulan tüm ipuçlarına karşılık verdikten sonra bile, hala söylenmemiş bazı şeyler kaldığı duygusuna kapılabiliriz. Hastanın kendisini ifade etmesine, muhtemelen engellemeleri ortadan kaldırma yoluyla, yardım edecek sorulara ihtiyacımız vardır. Bazen duyarlı konularda soru sormanın hastanın mahremiyetine saldırı olduğu söylenir. Bu durum soru beceriksizce sorulduysa ve hastanın karşı çıkmasına rağmen sorulmaya devam edilirse oluşabilir. Bir anahtar soru hiçbir yanıtla karşılanmasa bile, en azından hekimin bu tür konulara açık olduğunu hastaya hissettirir (2).

Hastanın hastalığıyla başa çıkması için gereksinim duyacağı her türlü bilgi, beceri ve motivasyona sahip kılınacak şekilde eğitilmesi, yüreklendirilmesi, sorularının yanıtlanması,

endişe ve korkularının giderilmesi, teselli edilmesi ve tedaviye katılımını sağlayacak şekilde bir partnerlik kurulması esas olmalıdır.

Hasta hekime gelirken semptomlar ve bunların doğurduğu kaygılardan kurtulmayı amaçlamaktadır. Hekim hastalığın adını koymaya ve tedavisine odaklanmamalıdır. Hastanın talep ve beklentileriyle, hekimin hedef ve öncelikleri örtüşmediğinde ilişkide sorun yaşanabilmektedir. Örneğin sırt ağrısıyla gelen hastada hekim ağrının nedeni olarak kuşkuyla kemige metastaz yapmış bir malignite kuşkusuyla tomografiler, sintigrafi, endoskopi, biyopsi gibi zaman alıcı ve invazif işlemlere girişmekte, bu süreçte hasta ağrıdan ve kafasındaki soru işaretleri ile endişelerden kurtulamadığı için tatmin olmamaktadır. Hekim hastalığın adını koymaya ve tedavisine odaklanırsa hastanın talep ve beklentileriyle, hekimin hedef ve öncelikleri örtüşmediğinden ilişkide sorun yaşanabilmektedir (19).

Hasta merkezli görüşmenin temelinde, hekim hastanın dünyasına girmeli ve bütüncül bir yaklaşım uygulamalıdır. Burada da ana problemi ortaya çıkarmak çok önemlidir. Hekim hastanın problemini anladığı ve kaygılarını bütünüyle belirleyebildiği takdirde, hastanın verilerini doğru olarak değerlendirebilecektir. Görüşmelerin yarısında hasta ve hekim asıl sorun hakkında hemfikir değildir. Hekimler, hastaların ilk belirttikleri sorunun asıl sorun olduğunu düşünmektedir. Hastalar zaman zaman hekimlerin takındıkları olumsuz tavır nedeniyle öğrenmek istedikleri şeyleri soramamakta ya da endişelerini gizleyebilmektedirler. Bu nedenle hekimin önemli bir görevi de, hastaların söylediklerinin ötesine geçip ne demek istediklerini anlamaktır. Bu nedenle hastanın gerçek geliş nedenini ortaya koymak sadece bilimsel değil aynı zamanda sosyal bir özellik taşımaktadır (20).

Hastalıklar, getirmiş oldukları fiziksel zorluklara ek olarak, kişilerin yaşamdaki uyumlarını da bozmakta, psikolojik ve sosyoekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmakta, bu da kurulmuş denge durumunu bozmaktadır. Hastalıkların hemen hepsinde az çok korku ve endişe yaşanır. Özellikle kişinin bedensel ve ruhsal bütünlüğünü ve işlevlerini bozan kronik ve ilerleyici hastalıklarda bu duygu daha da yoğun yaşanmakta ve çeşitli ruhsal karmaşalara neden olmaktadır. Hastalığın yarattığı güvensizlik, korku ve kaygı duygularıyla hekim karşısına gelen hastanın beklentisi hekimin kendisiyle ilgilenmesi ve hastalığından kaynaklanan kaygıları gidermesidir. Güler yüzlü, şefkatli ve sıcak bir yaklaşım hastanın kaygı düzeyini azaltarak hekimine güven duymasını sağlar (21).

Aile hekimliğinde her bir görüşme süregiden bir ilişkinin de parçasıdır. Her yeni görüşme kendinden öncekilere ait deneyimleri de içinde barındırır. Görüşme boyunca hastasının anlattıklarını üstün körü dinleyen, onunla iletişim kurmayan, hastasının görüşlerini ve tercihlerini dikkate almayan bir hekimin sağlıklı bir hasta-hekim ilişkisi gerçekleştirmesi beklenemez. Tanı koyma ve tedavi etmede başarılı olma, hastalarla kurulabilecek olumlu ilişkilere bağlıdır. Ancak sadece hekim merkezli ve hekim tarafından yönlendirilen hekim-hasta ilişkisinde, hastalar genellikle hekim karşısında kendi gerçeklerini veya akıllarındaki soru işaretlerini tam olarak soramamakta ve bu karmaşa hastaları farklı arayışlara itebilmektedir. Hekim-hasta ilişkisi, sadece hekimin hastadan ilgili şikayet veya sorunlarını alma sürecinden ibaret değildir. Hastayla hekim aynı amacı gerçekleştirmeye çalışan bir ekibin vazgeçilmez, doğal iki tarafıdır. Etkili bir görüşme yapabilmek için, hekimin eğitimi, bilgi birikimi ve tecrübesi kadar, empati yeteneği de önemlidir. Empatik anlayış günlük yaşamın hemen her kesiminde insanları birbirine yaklaştırma, iletişimi kolaylaştırma özelliğine sahiptir. İnsanlar kendileriyle empati kurulduğunda, anlaşıldıklarını ve kendilerine önem verildiğini hissederler. Diğer insanlar tarafından anlaşılmak ve önem verilmek ise bireyi rahatlatmakta ve kendisini iyi hissetmesine neden olmaktadır. Bu da kişiler arasında iyi bir ilişki biçiminin oluşmasında önemli rol oynayarak, empati kurulan kişinin zamanla empati kuran kişiden, farkında olarak veya olmayarak karşısındakinin duygu, düşünce ve davranışlarını anlama becerisini kazanabilmesini sağlayabilir (22).

İnsan davranışı, bireysel özellikler ve sosyal durumun bir parçasıdır. Sosyal yapı toplumun yapı taşlarını ifade etmekte, kültür ise insanın bilgi, inanç, fikir ve değerlerinin oluşumu olarak tanımlanabilir. Bu nedenle, aynı hastalığa yakalanan, farklı kültürlerden iki kişinin hastalıkla ilgili yorumları birbirinden tamamen farklı olabilmekte ve bu durum, kişilerin hastalıkla ilgili davranışlarını ve tedavi olanaklarını arama biçimlerini etkileyebilmektedir. Hasta, hastalığı nedeniyle ret ya da öfke gibi bir tepki gösterebilir, endişe duyabilir, korku hissedebilir. İnsanların sağlıkları ve genel anlamda sağlıkla ilgili konular hakkında kanaatleri, hekimlere bakış ve onlardan beklentileri hakkındaki düşünceleri kendilerinin sağlık inancı modelini oluşturur. Böyle bir durumda hekim, otoriter bir yapıdan ziyade hastasının sağlık inancı ve kafasındaki zorluklar konusunda ona yardımcı olmalı, hastanın yanında yer alarak hizmet vermelidir. Hastalık nedeniyle değişen koşullara uyum da gerek hasta, gerekse hasta yakınları açısından zorlayıcı bir ortam oluşturabilir. Hastalığın getirdiği güvensizlik duygusu ile hastalar hekimden olğanüstü beklentiler içerisine girebilir.

Bu da zaman zaman hasta, hasta yakını ve hekimde gerginlik ve öfke duygularının açığa çıkmasına neden olabilmektedir. Özellikle yaşamı tehdit, beden ve ruh bütünlüğünü bozan zor hastalıklarda hem hasta hem de hekim açısından iyi bir ilişkinin kurulması gerekliliği ortaya çıkmaktadır (21).

2.7.2. Bireyin Bir Bütün Olarak Kavranması:

Zamanla hekimler, hastaları hakkında sayısız bilgi birikimine ulaşırlar. Kişileri tümüyle tanımaya başlar ve bunu yaparken de, kişinin gelişim safhaları ve onun yaşamını düzenleme bağlamında, hastanın hastalıkla ilgili deneyimleri ve rahatsızlıklarını anlamaya başlar. Kişinin bu bilgileri, ailesini, işini, inançlarını, ve yaşamındaki değişik krizleri de içeren zorlukları kapsayabilir. Bir aile üyesinin ciddi hastalığı, tüm aile sistemi boyunca yankılanabilmektedir. Kişiyi tümüyle anlayabilen hekim, hastalığın iyileşmesinde, ağırlaşmasında, hastalığın oluşumunda aile mensuplarının etkisini ayırt edebilir. Aynı zamanda, hastanın kültürel değerleri, inançları ve tutumu da onun tedavisini etkiler. Kişiyi tümüyle anlamak, hekimin özel zamanlarda hastasıyla olan karşılıklı etkileşimini geliştirebilir. Buna örnek vermek gerekirse işaretler ve semptomlar rahatsızlık gelişmesini tam olarak göstermediği zaman ya da hastanın hastalığa olan reaksiyonu, karakteri dışında abartılı olduğu zamanlarda önem kazanmaktadır. Teşhis karmaşık değil net olduğunda, kişiyle ilgili tüm bilgiler hekimin neden şimdi sorusunun cevabına yardımcı olabilir. Kişinin tümüyle bilinmesi, kişinin durumuyla ilgili hekimin özellikle hastalığına olan reaksiyonu ve acısının doğası hakkındaki bilgisinin derinleşmesini sağlayabilir (18).

Aile hekimleri hasta merkezli yaklaşımları ile, hastayı bir bütün olarak ele alarak ilgilenirler. Hastanın yaşam hikayesi, sorunları, ailesi ve fiziksel çevresi ile değerlendirirler. Hastanın şikayeti ister bir organ sisteminin işlevsizliğinden kaynaklansın, ister farklı bir problemin fiziksel bulguları olsun, sonuç olarak hasta, aile hekimine semptomlar ve çaresizlik ile gelir. Hastaya bu durumda eşlik eden strestir. Hastayı hekime getiren hastanın semptomlara toleransının olmaması ya da semptomlardan kaynaklanan anksiyetesi olabilir. Hastanın problemi ile ilişkili bu stresi ile nasıl başa çıkabileceği onun daha sonraki iyileşmesini ve bulgularını da bir şekilde etkileyecektir. Hastasını etkin olarak iyileştirebilmek için hekim, hastasının stresinin problemine olan etkisinin farkında olmalıdır. Biyomedikal veriler, hastaların hekimlerine getirdiklerinin çok küçük bir parçasıdır (1,15).

2.7.3 Ortak Zemin Oluşturma

Hasta merkezli klinik yöntemin üçüncü bileşeni ortak zemin oluşturmaktır. Etkili bir yönetim planı geliştirmek için hekim ve hastanın üç temel alanda anlaşması gereklidir. İlk sorunlar ve önceliklerin niteliği, ikincisi tedavinin hedefleri, üçüncüsü hekim ve hastanın rolleri. Genellikle hekim ve hastalar bu alanların her birinde birbirinden çok farklı görüşlere sahiptir. Memnuniyet verici bir çözüm bulma süreci, pazarlık ya da müzakereden daha çok, ortak zemin oluşturmaktır. Bu çerçevede hastaların duyguları, düşünceleri, beklentileri ve fonksiyonları tedavi planına dahil edilmelidir. Ortak zemin oluşturma hasta merkezli klinik yöntemin merkezinde yer alır (18).

Tedavi planı yaparken hastanın motive edilmesi önem taşır. Ancak deneyimli hekimler için bile, hastanın yaşam stilinde değişiklik yapmasını sağlamak zor işlerden biridir. Burada uyumun kontrol edilmesi, uyumla ilgili özel problemlerin belirlenmesi, duygulara karşılık vermek, destek, işbirliği, saygı göstermek, çözümler üretilmesi, hastanın kendi güçlerinin farkına varmasının sağlanması gibi kavramlar hekimin hastasının uyumsuzluğuyla ilgili bütün problemlerini rahatça tartışabildiği bir ortam yaratacaktır (16).

2.7.4 Hasta-Hekim İlişkisinin Geliştirilmesi

Hekimler aynı hastaları defalarca farklı problemler ile gördüğünde, hastaları hakkında sonraki problemlerin yönetiminde yardımcı olabilecek kayda değer miktarda bilgi elde ederler. Her ziyarette hekimler birlikte çalışmalarının bir temeli ve onun iyileştirici potansiyeli olarak, tedavinin devamlılığı bağlamında, her bir hastasıyla etkili bir uzun dönem ilişki inşa etmek için uğraşırlar. Hekimler, etkili iletişim araçları kadar, kendi kişisel farkındalık yeteneklerini de kullanırlar. Burada empatinin önemi büyüktür. Hekimler hastalarıyla birlikte yürümek ve iyileştirme amaçlı olarak, hastaların gücünü harekete geçirmek maksadıyla hastalarını ve onlarla olan ilişkilerini kullanırlar.

Hasta merkezli klinik yöntem konusunda İngiltere'de Little ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastaların % 75'inin hasta merkezli klinik yaklaşımı istediğini göstermiştir. Hastaların yüksek oranda hasta merkezli yaklaşım istemesi şaşırtıcı değildir. Hastayla ilk görüşmede bir hastalık üzerine odaklanmak kaliteli bir bakıma yol açmayabilir. Bir çalışmada aile hekimine başvuran 315 hastanın 311'inde en az bir semptom vardı. Bunların %89'u semptomların ne anlama geldiği ile ilgili düşüncelerini ifade ediyordu. Örneğin, "bu baş ağrısının önemli olduğunu düşünüyorum, stres buna etken olabilir mi?" 311 hastanın %72'si

beklentilerini dile getiriyordu. Örneğin başağrısı konusunda bir şeyler yapılması için geldiğini ifade ediyordu. 311 hastanın %57'sinde günlük yaşamda işlev bozukluğu vardı. Örneğin "öksürük ve terleme uykularımı etkiliyor, artık yüzmeye gidemiyorum" gibi. Hastaların %55'i aile, arkadaş ve yaşamla ilgili sorunlarını dile getiriyordu. Örneğin oğlumun başı büyük belada (endişe,korku..). Hastaların %42'si kaygı, endişe, korku gibi endişelerini dile getiriyor. Örneğin "bu şekilde beklemek çok endişe verici, bu ağrı beni gerçekten endişelendiriyor" (23).

Hasta merkezli klinik yöntem de, geleneksel yöntem gibi hekimlere bir dizi yönerge sunar. "Hastanın beklentilerini sorgula" hastanın neden başvurduğunu bilmenin önemine; "hastanın duygularını anla ve bunlara tepki ver" duyguların kritik önemine; "bir klinik tanıyı koy veya dışla" doğru sınıflamanın süregelen gücüne; "hastanın öyküsünü dinle" hastanın anlatımının ve bağlamın önemine; "ortak zemin ara" hastanın kendi iyileşme gücünü harekete geçirmenin önemine vurgu yapmaktadır. Bunlara iki yönerge daha eklenmiş; "kendi duygularının farkında ol" ve "hasta hekim ilişkisine önem ver."

Geleneksel tıptaki iki esas görev olan teşhis ve tedavinin, hasta merkezli klinik yöntemle yapılmasına ilişkin önemi bir örnekle açıklamak gerekirse, öksürük şikayeti olan bir bayanı değerlendiren tıp öğrencisi detaylı anamnez ve fizik muayenesini yapar. Öksürüğün ara sıra devam ettiğini, yorgunluğunu, balgamının olup olmadığını dair bilgileri kapalı uçlu sorular sorarak öğrenir. Tanı bronşittir ve antibiyotik reçetesi yazılmıştır. Daha sonra öğretmeni aynı hastayla hasta merkezli bir yaklaşımla konuştu. Hastaya kapsamlı iki soru sordu ve bu sorular teşhisi dramatik bir şekilde değiştirdi. Hastanın rahatsızlık deneyimiyle ilgili olarak, rahatsızlığının onun günlük yaşamını nasıl etkilediğini sordu. Hasta öksürük nedeni ile uyuyamadığını, geceleri ıslanacak kadar çok terlemesi olduğunu, bir kere çok öksürükten sonra mendilinde kan gördüğünü ifade ediyor. Öğretmen bu durumla ilgili hastasına ne düşündüğünü soruyor. Hasta bir göçmen bürosunda çalıştığını ve bu rahatsızlığı onlardan almış olabileceğini ifade eder. Tanı değişmişti ve tüberküloz olmuştu. Bu örnekte anlatılan noktalar, insanın yaşamının bütün boyutlarıyla ele alınması doğru teşhisi sağlayabileceği vurgulanmıştır (23).

Günümüzde Amerika, Kanada gibi ülkeler birinci basamak ve evde bakım hizmetlerinde, hasta merkezli klinik yöntemi sağlık hizmeti sunumunda önemli bir yere getirmeye çalışmaktadırlar. Özellikle uzun süreli izlem gerektiren kronik hastalıkların takibi ve yönetiminde hasta merkezli yöntemin önemi anlaşılmış ve sağlık reformları bu yönde

geliştirilmektedir (24). Ancak bütün dünyada hasta merkezli klinik yöntemin uygulamasında zorluklar yaşanmaktadır. Özellikle göçmenlerin ve mültecilerin yoğun olduğu ülkelerde, hekimler farklı kültürlerle aşina olamamaktadırlar. Hastaların, hastalıklar konusunda inanç ve anlayışlarında olsun, tedavi yönetimi ve planı konularında olsun, ortak bir zemin oluşturma ve karşılıklı anlayış geliştirme noktalarında sıkıntılar yaşanabilmektedir (25).

Yağbasan ve arkadaşlarının 2005 yılında Fırat üniversitesi hastanesinde 400 bireyle yaptıkları hasta-hekim ilişkisine yönelik çalışmada, hekimin hastasına karşı olan olumlu tutumunun hasta hekim iletişimini artırdığını, diğer taraftan hekimlerin, hastalarıyla sağlıklı bir iletişim kurmak, anlamak ve rahatlatmak için çaba göstermediği yönünde bulgular elde etmişlerdir (26). Hasta merkezli klinik yöntemin, hasta ve hekim açısından kazanımları oldukça fazladır. Stewart ve arkadaşlarının hasta merkezli bakımın sonuçlar üzerine etkilerinin araştırıldığı, 39 aile hekimi ve 315 hastayı kapsayan ve hasta-hekim iletişiminin ses kayıtları üzerinden yapılan çalışmada, hasta merkezli iletişimin, hastaların ortak zemin oluşturulması yönündeki algıları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Hastaların pozitif algısı, rahatsızlık/şikayetlerinin düzelmesi, iki ay sonraki ruhsal sağlıklarının iyi olması ve daha az tanı testi ve daha az sevk ile ilişkili bulunmuştur. Hasta merkezli yaklaşımın sağlık durumunda gelişme, gereksiz tanı testleri ve sevkleri azaltarak sağlık hizmetinin etkinliğini artırdığı sonucuna varılmıştır (27). Freeman ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada da hasta-hekim arasındaki etkileşimin, hastanın hekimin önerilerine uyumunu etkilediğini, hekimlerin arkadaşça ve samimi bir şekilde hastaya yaklaşmalarının, hastaya zaman ayırmalarının ve zamanın bir bölümünü tıp dışı sosyal konuları konuşarak geçirmelerinin, hastaya ilgi göstermelerinin ve hastaların kendilerini ifade etmelerine olanak tanımalarının, önerileri izlemede etkili olduğu bulunmuştur (28). Vuori ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, hastaların hekimin teknik yeterliliğine önem verdikleri ancak bunun aynı hekimi tekrar tercih edilmesini etkilemediği, hastaların aynı hekimi yeniden tercih etmelerinde hekimin ilgisi ve hastaya yaklaşım tarzının önemli olduğu saptanmıştır (29).

2.8. Biyopsikososyal Yaklaşım Ve Kliniğe Yansıması

Hastalıklar, aynı anda hücreden organa, organdan, aile ve topluma kadar işleyişi çok farklı bir şekilde etkileyebilirler. Doğada tüm varlıklar hiyerarşik olarak bir süreklilik içinde düzenlenmiştir. Burada küçük ve daha az karmaşık olan birimleri, daha büyük ve karmaşık birimlerin kontrol ettiği bir yapı vardır (14).

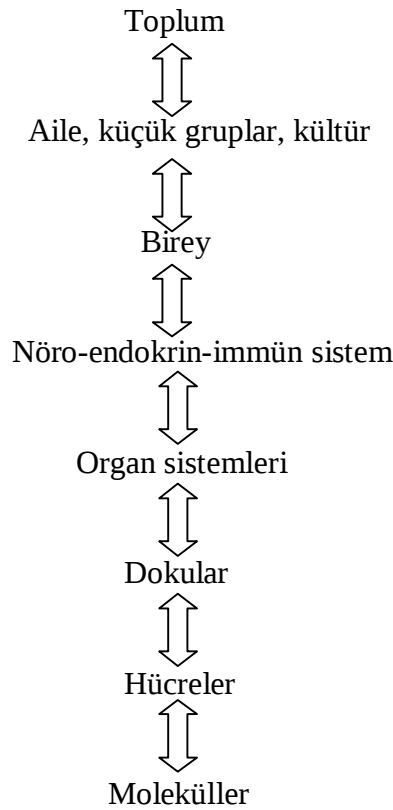
Her sistemin o düzeye özgü özellikleri vardır ve sadece o düzeye uygun ölçütlerle açıklanabilir. Örneğin aile gibi sosyal bir sistem biyolojik terimlerle açıklanamaz ve yaşayan bir sistem de fizik ve kimya terimleriyle açıklanamaz. Hiyerarşi içindekiler yeterli miktarda sürekliliği göstermek üzere organize olarak dinamik bir bütünü temsil eder. Bütünün anlaşılması, sistemin amacını ve bu amaca ulaşmak için parçaların birbiriyle nasıl etkileştiğini bilmeyi gerektirir. Her sistem kendi parçaları arasında dinamik bir iç denge ve kendi çevresini oluşturan sistemlerle bir dış denge kurar. Sistemin parçalarının karşılıklı olarak birbirlerine bağımlı olması, sistemler teorisinin temel kavramıdır (şekil 2). Bir parçadaki herhangi bir değişiklik bütünde değişikliklere sebep olur ve doğa bir süreklilik gösterdiği için değişiklik sistem hiyerarşisi içinde aşağı ve yukarı yönde etki yapar. Karmaşık bir sistemde neden, doğrusal bir seyir göstermez. Kronik bir hastalık depresyona, depresyon tedavinin ihmaline, tedavinin ihmali hastalığın kötüleşmesine, hastalığın kötüleşmesi de depresyonun ağırlaşmasına yol açar ve böylece sürer gider (2,14).

Engel, sistemler hiyerarşisinden yola çıkarak her seviyenin diğer seviyelerdeki değişikliklere yanıt verdiğini ve etkileştiğini söylemiştir. Bu yolla değişiklik süreci boyunca kararlılık sürdürülür. Bu değişik faktörler arasındaki ilişkinin vurgulanması sürekli ve karşılıklı geribildirim içerir. Biyopsikososyal yaklaşımın kapsadığı çoklu bakış açısının birçok faydası vardır. Burada hastalığı anlamak için klinisyen, biyolojik yardımcıları kadar kişi, hasta-hekim ilişkisi, aile ve sosyal çevre ve bu faktörlerin semptomların ortaya çıkmasıyla nasıl bağlantılı olabileceğini de dikkate almak zorundadır. Hasta merkezli klinisyen için tüm bu değişkenleri anlamak ve bunlara yönelmek kapsamlı bir tedavi için gereklidir (30). Başka bir örnek vermek gerekirse, hasta göğüs ağrısı şikayetiyle acil servise başvuruyor. Daha önceden geçirilmiş bir kalp krizi öyküsü var. Yeni bir kalp krizinden korkuyor. Acil servisteki intörn doktor hastada yeni bir kalp krizinden şüphelenerek damar yolu açma işlemine girişiyor. Birkaç kez deniyor ama açamıyor, yardım da istemiyor. Hasta hem korku hem de ağrı duyuyor. Hasta kendisini yalnız ve terkedilmiş olarak hissediyor. Aynı zamanda sağlık hizmeti verenin mesleki yetersizliğini düşünüyor ve kaygı duyuyor. Bir süre sonra yeni bir kalp krizi geçiriyor ve acil servis ekibi tarafından yeniden canlandırma işlemi ile hayata dönüyor. Bu olayda biyomedikal bakış açısı, süreci vücudun kalp krizine verdiği patofizyolojik bir yanıt olarak yorumlar. Biyopsikososyal açıdan aynı olaylar dizisi farklı anlam taşımaktadır. Hastanın ağrısının, korkusunun, kaygılarının fiziksel süreci doğrudan etkileyerek hastanın yeni bir kalp krizi oluşumunu tetiklediğini savunur. Eğer

burada intörn doktor hastasıyla iletişim kursaydı, yaptığı eylemin psikolojik etkilerinden haberdar olsaydı, hasta yeni bir kalp krizi geçirmeyecekti. Biyopsikososyal bakış açısı burada kalp krizi geçirmenin nedenini, tek olarak hastanın psikolojik durumunun neden olduğunu düşünmez. Bunun yerine hasta hekim ilişkisi de dahil olmak üzere işlevselliğin birçok düzeyini aynı anda kapsayarak hastalık sürecini daha geniş anlamamıza olanak sağlar. Tanıdan tedaviye kadar sağlık hizmetinin her yönünü kapsamlı bir şekilde anlayabilmek, doğrusal ve doğrusal olmayan sonuçları değerlendirmemize bağlıdır (14).

Klinisyen bakım verdiği herhangi bir vakada bu düzeylerden sadece birinde öncelikli girişim yapmayı seçebilmekle birlikte, yalnızca birine odaklanırsa kavramsal karışıklığa neden olur ve biyopsikososyal sistem modelinin orijinal temelini oluşturan düzeyler arasındaki karşılıklı ilişkilere tezat oluşturur (30).

SİSTEMLER HİYERARŞİSİ



Şekil 2. Sistemler Hiyerarşisi: (Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model). Am J Psychiatry. Copyright May 1980.

Bedensel hastalıklar nedeniyle yaşanan sıkıntı ve ölümlerin çoğu kendi sağlıksız davranışlarımız sonucu oluşan kronik ve dejeneratif hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Psikososyal faktörlerin hastalığa, soğuk algınlığı ya da kanser, yatkınlığı etkileyebildiğinin pek çok kanıtı vardır. Stres ve sosyal destek çalışmaları en önemli stres ve destek kaynağının aile olduğunun ve sağlık üzerine yoğun etkisi bulunduğu en inandırıcı kanıtlarını göstermiştir. Çok çeşitli hastalıkların ortaya çıkışından önce stresli yaşam olaylarına örnek vermek istersek Meyer ve Haggerty kronik stresin yüksek streptekokal farenjit oranıyla ilişkili olduğunu ve streptokok enfeksiyonlarının %30'unun stresli yaşam olaylarını izlediğini bulmuşlardır. Okul öncesi yaştaki 1000'den fazla çocukla yapılan ileriye dönük bir araştırma, aile içi yaşam olaylarının çok çeşitli durumlar için hekime başvuru ve hastaneye yatışlar ile güçlü korelasyon gösterdiğini bulmuştur. Boşanma veya çiftlerin ayrılması son derece stresli bir olaydır. Kesitsel çalışmalar boşanmış kişilerde tüm hastalıklara bağlı ölüm hızının bekar, dul veya evli kişilere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bununla beraber kronik fiziksel hastalıklar, evlilik memnuniyetini kötü etkileyebilir ve sonuçta boşanmaya neden olabilir. Psikoimmünoloji araştırmaları stresin immüniteyi baskılamasına ve hastalıklarda artışa neden olabildiğini göstermiştir (30). Pek çok büyük epidemiyolojik çalışma sosyal izolasyonun oldukça yüksek mortalite habercisi olduğunu göstermiştir. Tanıdan tedaviye kadar sağlık hizmetinin her yönünü kapsamlı bir şekilde anlayabilmek, doğrusal ve doğrusal olmayan sonuçları iyi değerlendirmemize bağlıdır (14).

3. GEREK VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırma Modeli

Gözlemleyici bir çalışma olarak planlanan bu araştırma için gerekli olan izinler Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan Mart 2012'de alınmıştır. Çalışma, Mayıs-Eylül 2012 tarihleri arasında İzmir ili ve ilçelerinde görev yapan aile hekimleri arasından gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma Örneklemi

Çalışmaya birinci basamak Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan aile hekimi ve aile hekimliği uzmanları dahil edilmiştir.

Aile hekimi ve aile hekimliği uzmanı olmayan hekimler ile, birinci basamak dışında görev yapan aile hekimi ve aile hekimliği uzmanları dışlama ölçütleri olarak kabul edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Yürütülmesi

Çalışmamıza İzmir ili ve ilçelerinde görev yapan ve birinci basamakta çalışan 40 aile hekimi ile 80 hasta-hekim görüşmesi yapılmıştır. Çalışmamıza Dokuz Eylül Üniversitesi aile hekimliği anabilim dalına bağlı olarak görev yapan vetıp öğrencilerine klinik beceri uygulama eğitimi veren eğitici hekimler ile bu hekimlerle aynı aile sağlığı merkezinde görev yapan eğitici olmayan hekimler arasından çalışmayı kabul edenler dahil edilmiştir. Telefonla veya yüz yüze görüşme ile davet edilen 60 hekimden 40'ı çalışmayı kabul etmiştir.

Çalışmaya başlamadan önce katılımcı hekimlere, çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında sözel bilgi verilmiştir. Ardından çalışmacı tarafından, simüle hastalar tarafından canlandırılan bir dizi senaryo temelinde gerçekleşen hasta-hekim görüşmeleri görsel ve işitsel olarak kayıt altına alınmıştır. Her katılımcı, daha önceden farklı birer senaryo üzerine eğitim almış iki simüle hasta ile görüşmüştür. Simüle hastalar daha önce öğrenci eğitimlerinde görev almış, bu konuda tecrübeli iki kişi arasından seçilmiştir. Bu iki simüle hastaya ancak hekimin sorması durumunda açığa çıkacak sosyal ve psikolojik özellikleri bulunan iki senaryo üzerinde eğitim verilmiştir.

Görüşmelerin bitiminde çalışmaya katılan hekimlerden kendi görüşmelerini çalışmamızda kullandığımız ölçek ile değerlendirmeleri istenmiştir. Hekimlerle gerçekleştirilen bu hasta hekim görüşmelerinden elde edilen kayıtlar daha sonra aile hekimliği anabilim dalında görevli bir profesör doktor, bir doçent doktor bir de araştırma görevlisi doktor tarafından aynı ölçekle değerlendirilmiştir. Araştırmacı 1 (A1) araştırma görevlisi doktor, araştırmacı 2 (A2) profesör doktor, araştırmacı 3 (A3) doçent doktordu. Üç

araştırmacının da mesleklerinde 10 yıl ve üzeri çalışmışlık süreleri vardı. ve A2 ve A3'ün, biyopsikososyal yaklaşım konusunda daha önceden araştırmaları ve çalışmaları bulunuyordu. Kayıtlardan görüşmenin toplam süresi, hekimin hastasının sözünü kesme süresi, hastanın kendisini ifade etme süreleri çıkartılmıştır.

3.3.1. Simüle Hastalar Ve Senaryolar

Simüle Hasta 1'e (SH1) Ait Senaryo: SH1, 45 yaşında evli bir kadın olup özel bir firmada temizlik görevlisi olarak çalışmaktadır. İki yıldır kayıtlı olduğu aile hekimine sekiz ay önce çok su içme, sık idrara çıkma şikayetleri ile başvurmuş, aile hekimi hastasını değerlendirmiş ve yaptığı tetkiklerde, Hba1c:10,1 olması üzerine bazal insülin tedavisine başlanması için üniversite hastanesi endokrinoloji polikliniğine yönlendirilmiştir. SH1'e Tıp fakültesi hastanesindeki endokrinoloji polikliniğinde uzun ve kısa etkili insülin tedavisi başlanmış, ancak ilaçlarını kullandığı halde kan şekeri düzeyinin düzensiz seyretmesi nedeni ile tekrar aile hekimine başvurmuştur. Aile hekiminden kendisine insülin dışında başka bir tedavi başlamasını istemektedir.

Hasta evli ve üç çocuklu olup, iki kızlı evli, bir oğlu liseye devam etmektedir. İş yaşamında genelde ayakta durmak zorunda olan hastanın çalışma saatleri uzun ve bu sırada düzenli yemek yiyememekte, bu da insülin kullanımını aksatmasına neden olmaktadır. İş yerinde insülin sonrası bir kaç kez hipoglisemi atağı geçirmiştir. Çalışmadığı zamanlarda da özellikle komşuları ile bir araya geldiğinde beslenmesine dikkat etmemektedir. Eşi şeker hastalığının kan yoluyla bulaşan bir hastalık olduğunu ve kendisine de bu hastalığı bulaştırabileceği kaygısını taşımaktadır. Çevresinden insülin tedavisinin alışkanlık yaptığını, yan etkileri olduğunu, insülin tedavisinin yaşam süresini kısalttığını duymaktadır. Bu nedenle hap kullanmak, insülini bırakmak istemektedir.

Simüle Hasta 2'ye (SH2) Ait Senaryo: SH2, 45 yaşında erkek olup, oto tamirhanesinde çalışıyor. Üç yıldır kayıtlı olduğu aile hekimine iki yıldır hiç uğramıyor. En son gelişinde yüksek tansiyon nedeniyle ilaç tedavisi başlanmış. İlaçlarını düzenli kullanıyor, ek organ hasarı yok. SH2, bir ay önce oto tamirhanesinde geçirdiği bir iş kazasında elini motor kayışına sıkıştırmış. Önce bir ortopedi uzmanınca değerlendirilmiş. Kırık, çıkık olmadığı belirtilerek ilaç tedavisi ve istirahat verilerek uğurlanmış. SH2 elinde zaman zaman artan ağrılarının tam olarak geçmemesi nedeniyle tekrar aile hekimine başvuruyor.

SH2, eve gelir getiren tek kişi. Ev yaşamında, hastanın annesi ile eşi arasında devamlı bir geçimsizlik var ve arada hep SH2 kalıyor. Bazı zamanlar eşine ve annesine karşı olumsuz

davranışlar sergilediği dönemler oluyormuş. Evdeki fertlerden iş yerindeki sorunları gizliyor. İş yaşamında ise, evdeki sorunlar iş hayatını etkiliyor, işinde bahşış önemli, ama müşteriler ve iş yeri sahibi kendisinden eskisi kadar memnun değil. Yaşadığı kazada da dikkatsizlik ve düşünceli halleri nedeniyle elini motor kayışına kaptırıyor. Ortopedi uzmanınca verilen istirahat, patronu tarafından pek hoş karşılanmıyor ve istirahat süresini yevmiyesinden keseceğini söylüyor. Ekonomik olarak çoğu zaman eve para bırakamıyor. Ailesinin de yaşam kalitesi düşmüş. Sosyal yaşamda kahveye gidemiyor ve arkadaş çevresi de azalmış. Gizli duygu ve düşünceler olarak, işten atılma korkusu var. Elinin hiç iyileşmeyeceğini ve sonunda damarların tıkanıp elinin kesileceğini düşünüyor. Çevresinde bu tür olaylar duymuş. Bu durum kendisini daha da çıkmaza sürüklüyor. Eli kesilirse ailesinin geçimini nasıl sağlayacağı konusunda derin kaygıları var.

3.3.2. Değerlendirme Formu:

Veriler üç bölümden oluşan bir formda toplanmıştır. Formun birinci bölümünde çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyet, yaş, meslek yılı, uzmanlık durumu araştırılmış, ikinci bölümde görüşme BPS-BM açıdan değerlendirilmiş, son bölümde ise 1-7 arasında (1-kesin BM, 7 kesin BPS) genel puan verilmiş ve hasta hekim görüşme tipinin belirtilmesi istenmiştir. Hasta hekim görüşme tipi Pendleton tarafından tanımlanan hasta hekim görüşme tipi ana başlıklarına göre, hekim kontrolünde (paternalistik), hasta kontrolünde (consumerizm), işlevsiz (default) ve karşılıklı (mutual) olarak gruplandırılmıştır (31).

BPS yaklaşımın soyut yapısı geçerliliği ve güvenilirliği saptanmış bir ölçeğin geliştirilmesini zorlaştırmaktadır. Çalışmamızda bu amaçla, Margalit ve arkadaşlarının geliştirdikleri hekimlerin BPS performanslarını hasta merkezlilik, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ve bütüncül sorun çözme olarak üç ana başlık ve yirmi alt başlık/davranış (parametre) ile değerlendiren bir ölçek kullanılmıştır (32). Bu çalışmada öncelikle farklı ülkelerden, aile hekimlerinden oluşan tartışma grublarına, gözlemlenen hangi tür hekim davranışının BPS yaklaşım olduğu sorulmuş ve farklı ülkelerden alınan cevaplar derlenerek, 22 tür davranışa indirilmiş. Bu değerlendirme aracı, üç çalışma kapsamında değerlendirilmiştir. Birinci çalışmada biyopsikososyal ve biyomedikal yönleri güçlü olan 51 hekim içinden, video kaydını kabul eden 25 hekim arasından rastgele seçilen BPS yönü ağırlıklı olan dokuz hekimle, BM yönü ağırlık basan dört hekim çalışmaya alınmıştır. BPS yönü ağırlıklı dokuz hekimin bir tanesi uzman BPS eğiticisidir. Daha sonra bu 13 hekimin, rastgele seçilen hastalarla yaptığı 16 görüşme, üç hekim tarafından kayıt edilmiştir. İkinci

çalışmada ise 44 pratisyen hekime, BPS yaklaşım konusunda aldıkları kurstan bir ay önceki ve altı ay sonraki hasta-hekim görüşmeleri kayıt altına alınmıştır. Üçüncü çalışmada ise 44 hekimin, özel eğitilmiş bir simüle hasta ile olan görüşmeleri kaydediliyor. Değerlendirme aşamasında, birinci çalışmadaki kayıtları bağımsız dokuz uzman gözlemci değerlendirmiş, ikinci ve üçüncü çalışmalardaki kayıtlar ise eğitim almış iki gözlemciye rastgele dağıtılmış. Bu iki gözlemci, hekimlere verilen eğitimden habersizlermiş. Sonuçlar açısından, değerlendirme aracının güvenilirlik derecesi 0.90 olarak bulunmuş. Değerlendirme aracının biyomedikal yaklaşımı esas alan hekimler ile biyopsikososyal yaklaşımı esas alan hekimler arasındaki farkları ayırt ettiği gözlemlenmiştir. İkinci ve üçüncü çalışmalarda, katılımcıların vermiş olduğu puanlar, kurs öncesine göre önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Değerlendirme aracı, birinci çalışmadaki BPS ağırlıklı dokuz hekimden, BPS uzman eğiticisi olan bir kişinin, diğerleriyle olan farkını da tespit etmiş. Eğitim müdahalesi, katılımcıların simüle edilmiş hastaya yaptığı uygulamadaki performansını, gerçek hasta seansındakine göre daha fazla geliştirmiş.

Ölçeğin, hasta merkezli yaklaşım ana başlığındaki yedi parametresi (p) şu alt başlıklardan oluşuyordu. P1: Görüşme boyunca hastaya ilgi ve saygı gösterdi. P2: Hastanın gerçek geliş nedenini araştırdı. P3: Görüşme boyunca hastanın hastalığıyla ilgili duygu ve kaygılarını araştırdı. P4: Görüşme boyunca hastaya empati yaparak hastanın duygu ve kaygılarını anladı. P5: Görüşme boyunca hastanın sağlık inancı ve baş etme ile ilgili zorluklarına saygı duydu. P6: Görüşme boyunca hastanın görüş ve tercihlerini dikkate aldı ve saygı duydu. P7: Görüşme boyunca hastaya davranışlarıyla "benim görevim size yardım etmek ben sizin için varım" mesajı verdi.

Sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ana başlığında dört parametre şu alt başlıklardan oluşuyordu. P8: Hastanın iyilik halini (sağlık, mutluluk v.b) etkileyen tüm faktörleri araştırdı. P9: Hastanın rahatsızlığının kendisine, ailesine ve çevresine olan etkilerini araştırdı. P10: Hastanın karar alma mekanizmalarında aile ve çevresinin etkilerini araştırdı. P11: Hastanın ve ailesinin tedaviye katılımını sağladı.

Bütüncül problem çözme yaklaşımı ana başlığında dokuz parametre şu alt başlıklardan oluşuyordu. P12: Hastanın zaman elverdiğince öncelikle akut olmak üzere tüm problem/kaygıları ve çözümlerini araştırdı ve diğer problemlerini zamana yaydı. P13: Güncel uygulama rehberlerini takip etti, zamanı ve diğer kaynakları verimli kullanacak seçimler yapmaya çalıştı. P14: Hastada gerçekçi beklentiler oluşturmaya çalıştı. P15: Hastaya sadece

ilaç önermiyor ayrıca hastanın sağlığını geliştirme ve duygularını ele alma davranışları ile ilgili önerilerde bulundu. Ruhsal ve fiziksel iyi olma arasındaki etkileşimi açıkladı. P16: Hastaya plasebo etkisini artırmaya yönelik ancak gereksiz anksiyeteye yol açmayacak şekilde önerilerde bulundu. P17: Tanının biyomedikal ve biyopsikososyal bileşenleri ortaya koydu. P18: Hastaya ruhsal, sosyal ve fiziksel iyi olma durumları arasındaki etkileşimi öngören bir tedavi yaklaşımı önerdi. P19: Hastaya duygusal ve davranışsal sorunları çözmesi için cesaretlendirici bir plan sundu. P20: Görüşme süresince verilen tedavinin iş yaşamı üzerine olan etkisini araştırdı.

3.3.3. Değerlendirme Ve Analiz

Yaptığımız çalışmada video kayıt görüşmeleri, üç araştırmacı tarafından önce ayrı ayrı izlenmiş, yedili likert yöntemi ile değerlendirilmiş, daha sonra her bir davranış için görüş birliği sağlanması amacıyla araştırmacılar tarafından tartışılmıştır. Tartışmada araştırmacıların verdiği puanlar o parametre için ardışık sayılar ise (123, 234, 456, 567) ortalaması alınmış ve görüşme tekrar izlenmemiştir. Ancak ardışık sayılar (345) ise, yani dört ortada ise ya da verilen puanlar ardışık değilse yani aralarında birden fazla fark varsa, anlaşmazlık olarak değerlendirilip görüşme tekrar izlenerek söz konusu parametrede uzlaşma sağlanmıştır. Hasta merkezlik ana başlığındaki yedi parametre için en düşük puan 7, en yüksek 49 idi. Sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ana başlığındaki dört parametre için en düşük puan 4, en yüksek puan 28 idi. Bütüncül sorun çözme ana başlığındaki dokuz parametre için en düşük puan 9, en yüksek puan 63 idi. Üç ana başlıktaki parametreler değerlendirildikten sonra, hekimin biyopsikososyal performansını değerlendiren global bir değerlendirme puanı verildi. Burada en düşük puan 1, en yüksek puan 7 idi. 1,2,3 hekimin biyomedikal, 4 ne biyomedikal,ne biyopsikososyal, 5,6,7 ise biyopsikososyal yaklaşım sergilediği yönünde değerlendirildi. 20 parametre üzerinden en düşük puan 20, en yüksek puan 140'dı. Cut off değeri 80'di. Bu değerin üstü BPS yaklaşım, bu değerin altı biyomedikal yaklaşım olarak değerlendirilmiştir.

3.4. İstatistiksel Analizler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanılmıştır.

Ölçek Güvenilirliği: Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmadığı için bazı istatistiksel analizlerle ölçeğin güvenilirliği araştırılmıştır. Bunun için araştırmacıların verdikleri puanlar ile uzlaşma sağlandıktan sonraki puanların ortalamaları arasındaki farklar ile araştırmacılar arasındaki farklar incelenmiştir.

Verilerin Analizi: Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, ortalama, standart sapma, frekans, yüzde, ki-kare, Wilcoxon, Kruskal-Wallis, Mann-whitney U kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Ölçek Güvenilirliği:

SH1 (Simüle hasta 1) için araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ve bütüncül problem çözme ana başlıklarında yer alan her bir alt parametreye (p) verdikleri uzlaşma öncesi ortalama puanlar ve standart sapmalar ile uzlaşma sonrası ortalama puanlar ve standart sapmaları gösteren değerler tablo 2'de verilmiştir. Araştırmacı 1 (A1)'in dört, araştırmacı 2 (A2)'nin iki, araştırmacı 3 (A3)'ün de iki parametresi için uzlaşma öncesi ve sonrası puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu parametreler A1 için p7, p11, p13 ve p15, A2 için P16, P18, A3 için p1, p17 olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 2. SH1 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ve sonrası parametrelerin değerlendirmeleri

		A1				A2				A3			
		Uzlaşma öncesi		Uzlaşma sonrası		Uzlaşma öncesi		Uzlaşma sonrası		Uzlaşma öncesi		Uzlaşma sonrası	
		Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Hasta Merkezli													
P1		6,2	0,7	6,1	0,8	5,9	1,1	5,9	1,0	5,3*	0,9	5,4*	0,8
P2		3,1	1,1	3,2	1,3	2,5	2,0	2,6	2,0	2,6	1,9	2,6	1,8
P3		3,2	1,2	3,0	1,2	2,4	1,9	2,5	1,9	2,6	1,8	2,5	1,7
P4		3,2	1,1	3,0	1,0	2,9	2,1	2,7	2,0	2,7	1,8	2,7	1,8
P5		3,0	1,1	3,1	1,1	3,0	2,2	2,9	2,0	2,7	1,7	2,9	1,8
P6		3,4	1,2	3,2	1,2	2,8	2,1	2,7	2,1	2,6	1,7	2,8	1,7
P7		4,1*	1,1	4,3*	1,1	4,8	1,9	4,7	1,7	4,6	1,4	4,7	1,4
Sistem Yönelimli Ve Aile Merkezli Yaklaşım													
P8		2,9	1,0	3,0	1,4	2,3	1,8	2,4	1,8	2,6	1,7	2,6	1,6
P9		2,3	1,3	2,5	1,5	2,2	1,6	2,1	1,5	2,3	1,8	2,3	1,7
P10		2,4	1,0	2,4	1,1	2,1	1,6	2,1	1,6	2,4	1,9	2,2	1,7
P11		2,4*	1,0	2,8*	1,2	2,9	2,3	3,0	2,4	2,8	2,2	2,9	2,3
Bütüncül Problem Çözme Yaklaşımı													
P12		4,0	0,9	4,1	0,9	4,5	1,9	4,7	1,6	4,7	1,6	4,8	1,4
P13		2,4*	0,7	3,7*	1,3	4,7	2,1	4,7	2,0	4,9	1,2	4,6	1,3
P14		3,4	1,0	3,5	1,1	3,6	2,0	3,6	2,0	3,1	1,6	3,2	1,6
P15		3,9*	1,1	3,2*	1,1	2,5	1,8	2,5	1,8	2,5	1,6	2,5	1,6
P16		1,9	0,6	2,1	1,4	2,8*	2,1	2,5*	1,8	2,2	1,2	2,4	1,4
P17		2,9	0,9	2,8	1,0	2,0	1,5	2,1	1,5	2,6*	1,9	2,4*	1,7
P18		2,8	1,0	2,8	1,2	2,1*	1,6	2,2*	1,5	2,8	1,7	2,6	1,5
P19		3,2	0,9	3,0	1,1	2,5	1,9	2,5	1,9	2,8	1,8	2,8	1,8
P20		2,5	1,0	2,7	1,3	2,2	1,7	2,3	1,6	1,9	1,4	2,1	1,6

*= istatistiksel olarak anlamlı parametreler

SH1 için araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ve bütüncül problem çözme yaklaşımı ana başlıklarında yer alan her bir alt parametreye verdikleri uzlaşma öncesi ortalama puanlar ve standart sapma ile, uzlaşma sonrası üç araştırmacının ortalama puanlarını ve standart sapmasını gösteren değerler tablo 3' de verilmiştir. Anlamlı fark olan parametreler A1 için p1, p2, p3, p6, p7, p11, p12, p13, p15, p16, p17, p18, p19, A2 için p2, p3, p8, p9, p13, p15, p16, p17, p18, p19, A3 için p1, p2, p6, p13, p14, p15, p20 olarak bulunmuştur. ($p<0.05$).

Tablo 3. SH1 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ortalamaları ve uzlaşma sonrası ortalama parametre değerlendirmeleri

	A1		Uzlaşma öncesi		A3		Uzlaşma Puan	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Hasta Merkezli								
P1	6,2*	0,7	5,9	1,1	5,3*	0,9	5,8	0,7
P2	3,0*	1,1	2,5*	2,0	2,6*	1,9	2,8	1,6
P3	3,2*	1,2	2,4*	1,9	2,6	1,8	2,7	1,5
P4	3,2	1,1	2,9	2,1	2,7	1,8	2,8	1,6
P5	3,0	1,1	3,0	2,2	2,7	1,7	2,9	1,5
P6	3,4*	1,2	2,8	2,1	2,6*	1,7	2,9	1,6
P7	4,1*	1,1	4,8	1,9	4,6	1,4	4,5	1,3

Sistem Yönelimli Ve Aile Merkezli Yaklaşım

P8	2,9	1,0	2,3*	1,8	2,6	1,7	2,6	1,4
P9	2,3	1,3	2,2*	1,6	2,3	1,8	2,3	1,4
P10	2,4	1,0	2,1	1,6	2,4	1,9	2,2	1,4
P11	2,4*	1,0	2,9	2,3	2,8	2,2	2,8	2,0

Bütüncül Problem Çözme Yaklaşımı

P12	4,0*	0,9	4,5	1,9	4,7	1,6	4,5	1,2
P13	2,4*	0,7	4,7*	2,1	4,9*	1,2	4,5	1,4
P14	3,4	1,0	3,6	2,0	3,1*	1,6	3,4	1,5
P15	3,9*	1,1	2,5*	1,8	2,5*	1,6	2,7	1,5
P16	1,9*	0,6	2,8*	2,1	2,2	1,2	2,3	1,5
P17	2,9*	0,9	2,0*	1,5	2,6	1,9	2,4	1,3
P18	2,8*	1,0	2,1*	1,6	2,8	1,7	2,5	1,3
P19	3,2*	0,9	2,5*	1,9	2,8	1,8	2,7	1,6
P20	2,5	1,0	2,2	1,7	1,9*	1,4	2,3	1,4

*= istatistiksel olarak anlamlı parametreler

SH1 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ortalama toplam puanları ile, uzlaşma sonrası ortalama toplam puanlarını göstren değerler tablo 4'de verilmiştir. Uzlaşma öncesi ortalama toplam puanlarla, uzlaşma sonrası ortalama toplam puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4. SH1 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ortalama toplam puanlarının, uzlaşma sonrası ortalama toplam puanla değerlendirilmesi

Puan (aralık)	Uzlaşma öncesi						Uzlaşma puanı	
	Araştırmacı 1		Araştırmacı 2		Araştırmacı 3			
	Ortalama	p	Ortalama	p	Ortalama	p	Ortalama	Puan
Toplam puan (20-140)	62,95	0,48	60,4	0,30	60,4	0,33	60,4	

SH2 (Simüle hasta 2) için araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ve bütüncül problem çözme ana başlıklarında yer alan her bir alt parametreye verdikleri uzlaşma öncesi ortalama puanlar ve standart sapmalar ile uzlaşma sonrası ortalama puanlar ve standart sapmaları gösteren değerler tablo 5'de verilmiştir. A1 'in üç, A2'nin bir, A3 'ün de üç parametresi için uzlaşma öncesi ve sonrası puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu parametreler A1 için p7, p13, p20, A2 için p15, A3 için p2, p7 ve p14 olarak bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 5. SH2 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ve sonrası parametre değerlendirmeleri

	A1				A2				A3			
	Uzlaşma öncesi		Uzlaşma sonrası		Uzlaşma öncesi		Uzlaşma sonrası		Uzlaşma öncesi		Uzlaşma sonrası	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Hasta Merkezli												
P1	6,0	0,6	5,9	0,8	6,0	1,1	6,0	1,0	5,1	1,1	5,3	0,9
P2	3,4	1,2	3,2	1,3	3,0	2,0	3,0	2,0	2,1*	1,5	2,6*	1,7
P3	3,4	1,2	3,3	1,1	3,0	1,9	3,0	2,0	2,4	1,6	2,8	1,6
P4	3,5	1,1	3,2	1,1	3,0	2,1	2,9	2,0	2,7	1,8	2,8	1,7
P5	3,1	1,2	3,1	1,2	2,8	2,2	2,8	2,0	2,6	1,8	2,8	1,7
P6	3,3	1,3	3,2	1,3	2,9	2,1	2,8	2,0	2,5	1,5	2,7	1,5
P7	4,1*	1,1	4,3*	1,2	4,5	1,9	4,9	1,9	4,2*	1,5	4,5*	1,4
Sistem Yönelimli Ve Aile Merkezli Yaklaşım												
P8	3,0	1,0	3,1	1,4	3,0	1,8	2,9	2,1	2,7	1,9	3,0	1,9
P9	2,5	1,3	2,6	1,5	2,6	1,6	2,7	2,0	2,5	1,8	2,6	1,7
P10	2,1	1,0	2,1	1,1	2,0	1,6	1,9	1,5	2,0	1,5	2,0	1,4
P11	2,0	1,0	2,0	1,2	2,0	2,3	1,8	1,3	1,5	0,8	1,7	1,0
Bütüncül Problem Çözme Yaklaşımı												
P12	3,9	0,9	4,2	0,9	4,7	1,9	4,8	1,8	4,5	1,6	4,5	1,4
P13	2,4*	0,7	3,0*	1,3	3,9	2,1	3,7	2,1	4,0	1,4	3,8	1,2
P14	3,3	1,0	3,2	1,1	3,4	2,0	3,3	1,9	2,7*	1,4	3,0*	1,5
P15	3,0	1,1	3,0	1,1	2,2*	1,8	2,3*	1,7	2,2	1,4	2,5	1,5
P16	2,0	0,6	2,1	1,4	2,7	2,0	2,6	1,9	2,5	1,5	2,5	1,5
P17	2,6	0,9	2,5	1,0	2,0	2,2	2,0	1,6	2,2	1,4	2,2	1,4
P18	2,6	1,0	2,7	1,2	2,2	1,8	2,1	1,7	2,3	1,5	2,5	1,5
P19	2,6	0,9	2,8	1,1	2,4	1,9	2,3	1,8	2,3	1,3	2,5	1,4
P20	2,4*	1,0	2,5*	1,3	2,7	2,1	2,7	1,9	2,4	1,6	2,6	1,6

*= istatistiksel olarak anlamlı parametreler

SH2 için araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ve bütüncül problem çözme yaklaşımı ana başlıklarında yer alan her bir alt parametreye verdikleri uzlaşma öncesi ortalama puanları ile, uzlaşma sonrası üç araştırmacının ortalama uzlaşma puanlarını gösteren değerler tablo 6'da verilmiştir. Araştırmacı 1'in 12, araştırmacı 2'nin 5, araştırmacı 3'ün 7 parametresi için uzlaşma öncesi ve uzlaşma sonrası ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu parametreler A1 için p1, p2, p3, p4, p6, p7, p12, p13, p14, p15, p16, p17, A2 için p1, p15, p16, p17, p18, A3 için p1, p2, p3, p6, p11, p13, p14 olarak bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 6. SH2 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ortalamaları ve uzlaşma sonrası ortalama parametre değerlendirmeleri

	Uzlaşma öncesi						Uzlaşma Puan	
	A1		A2		A3			
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Hasta merkezli								
P1	6,0*	0,6	6,0*	1,1	5,1*	1,1	5,7	0,8
P2	3,4*	1,2	3,0	2,0	2,1*	1,5	2,9	1,6
P3	3,4*	1,2	2,9	1,9	2,4*	1,6	3,0	1,5
P4	3,5*	1,1	2,9	2,1	2,7	1,8	2,9	1,6
P5	3,1	1,2	2,8	2,2	2,6	1,8	2,9	1,5
P6	3,3*	1,3	2,9	2,1	2,5*	1,5	2,8	1,4
P7	4,1*	1,1	4,5	1,9	4,3	1,5	4,5	1,3
Sistem Yönelimli Ve Aile Merkezli Yaklaşım								
P8	3,0	1,0	3,0	1,8	2,7	1,9	3,0	1,8
P9	2,5	1,3	2,6	1,6	2,5	1,8	2,6	1,6
P10	2,1	1,0	2,0	1,6	2,0	1,5	2,0	1,3
P11	2,0	1,0	2,0	2,3	1,5*	0,8	1,8	1,1
Bütüncül Problem Çözme Yaklaşımı								
P12	4,0*	0,9	4,7	1,9	4,5	1,6	4,5	1,3
P13	2,4*	0,7	3,9	2,1	4,0*	1,4	3,4	1,5
P14	3,3*	1,0	3,4	2,0	2,7*	1,4	3,1	1,3
P15	3,0*	1,1	2,2*	1,8	2,2	1,4	2,5	1,4
P16	1,9*	0,6	2,7*	2,0	2,5	1,5	2,3	1,5
P17	2,6*	0,9	2,0*	2,2	2,2	1,4	2,2	1,2
P18	2,6	1,0	2,2*	1,8	2,2	1,5	2,4	1,4
P19	2,6	0,9	2,4	1,9	2,3	1,3	2,5	1,4
P20	2,4	1,0	2,7	2,1	2,4	1,6	2,6	1,4

***= istatistiksel olarak anlamlı parametreler**

SH2 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ortalama toplam puanları ile, uzlaşma sonrası ortalama toplam puanlarını gösteren değerler tablo 7'de verilmiştir. Uzlaşma öncesi ortalama toplam puanlarla, uzlaşma sonrası ortalama toplam puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 7. SH2 için araştırmacıların uzlaşma öncesi ortalama toplam puanlarının, uzlaşma sonrası ortalama toplam puanla değerlendirilmesi

Puan (aralık)	Uzlaşma öncesi						Uzlaşma puanı	
	Araştırmacı 1 puan		Araştırmacı 2 puan		Araştırmacı 3 puan			
	Ortalama	p	Ortalama	p	Ortalama	p	Ortalama	Puan
Toplam puan (20-140)	60,6	0,35	60,5	0,84	55,3	0,08	60,3	

4.2. Verilerin Analizi

Çalışmaya katılan 40 aile hekiminin %15'i aile hekimliği uzmanı, %85'i pratisyen hekimdi. Hekimlerin %95'i, 10 yıl ve daha uzun süredir hekimlik yapmaktaydı. Hekimlerin %32'si kadın, 68'i erkekti. Tüm hekimler birinci basamakta ve kamu sektöründe çalışmaktaydı. Katılımcıların %15'i 30 ile 40 yaş arasında iken, %75'i 41-50 yaş arasında, %10'u 51-60 yaş arasındaydı (Tablo 8).

Tablo 8. Demografik özelliklerin dağılımı (n=40)

		Sayı (n)	%
Cinsiyet	Kadın	13	32
	Erkek	27	68
Uzmanlık Durumu	Uzman	6	15
	Pratisyen	34	85
Katılımcıların Yaşları	30-40	6	15
	41-50	30	75
	51-60	4	10
Katılımcıların Çalışma Süreleri	10 yıl ve üzeri	38	95
	10 yılın altında	2	5

SH1 için araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ve bütüncül problem çözme yaklaşımı ana kriterlerinin uzlaşma öncesi ortalama toplam puan ve standart sapma ile uzlaşma sonrası ortalama toplam puan ve standart sapmaları gösteren değerler tablo 9'da verilmiştir. Hasta merkezli ana değerlendirme kriterinde A1 ile A3'ün uzlaşma öncesi ortalama toplam puanı ile uzlaşma sonrası ortalama toplam puanı arasında anlamlı fark görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 9. SH1 için araştırmacıların ana değerlendirme kriterlerinin uzlaşma öncesi ortalama toplam ve uzlaşı sonrası ortalama toplam puanların değerlendirilmesi

Puan (aralık)	Uzlaşma öncesi						Uzlaşı puanı	
	A1		A2		A3			
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Hasta merkezli (7-49 puan)	26,1*	7,5	24,2	13,3	23,0**	11,2	24,4	9,8
Sistem yönelimli (4-28 puan)	9,9	4,3	9,5	7,3	10,2	7,6	9,9	6,2
Bütüncül problem (9-63 puan)	27,0	8,1	26,8	16,6	27,4	14,0	27,1	12,7

* p=0.03

**p=0,01

SH1 için hekimlerin kendilerine verdikleri puanlar ile araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ve bütüncül problem çözme yaklaşımı ana kriterleri için verdikleri ortalama toplam puanlar ve standart sapmalarını gösteren değerler tablo 10'da verilmiştir. Hekimlerle, üç araştırmacı arasında hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli ve bütüncül problem çözme ana kriterlerinde, hekimlerin kendilerine verdikleri ortalama toplam puanlar ile araştırmacıların hekimlere verdikleri ortalama toplam puanlar arasında anlamlı fark görölmüştür ($p<0.05$).

Tablo 10. SH1 için hekimlerin ve araştırmacıların ana değerlendirme kriterlerine göre ortalama toplam puanların değerlendirilmesi

	Hekimin değerlendirmesi		Araştırmacıların değerlendirmesi		p değeri
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Hasta merkezli (7-49 puan)	42,6	5,0	24,4	9,1	0,01
Sistem yönelimli (4-28 puan)	18,2	6,0	9,9	6,2	0,01
Bütüncül problem (9-63 puan)	48,4	9,2	27,1	12,7	0,01

SH1 için üç araştırmacının, hekimin biyopsikososyal performansına (globaline) verdikleri ortalama puan ve standart sapmalar ile hekimlerin kendi görüşmelerini değerlendirdikleri ortalama global puan ve standart sapmaları gösteren değerler tablo 11'de verilmiştir. Araştırmacılar, verdikleri global değerlendirme puanları ile hekimlerin biyomedikal yaklaşım sergilediklerini ifade etmektedirler. Hekimler ise SH1 için biyopsikososyal bir yaklaşım sergilediklerini düşünmektedirler. Araştırmacıların hekimler için değerlendirdikleri ortalama global puanları ile, hekimlerin ortalama global puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 11. SH1 için araştırmacıların hekimlere verdikleri global ortalama puanları ile hekimlerin kendilerine verdikleri global ortalama puanların değerlendirmesi

	Global Değerlendirme						Hekim	
	A1		A2		A3		Ortalama	SS
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
	3,0	1,1	3,1	1,7	3	1,5	5,4	0,7
p değeri	0,01		0,01		0,01			

SH1 için araştırmacıların ve hekimlerin kendilerini değerlendirdikleri hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ve bütüncül problem çözme yaklaşımı ana kriterleri için, yaklaşım modeli olarak ne kadar biyomedikal, ne kadar biyopsikososyal ve ne kadar ne biyomedikal, ne biyopsikososyal yaklaşım sergilediklerini öngören değerler tablo 12'de verilmiştir. Hasta merkezli yaklaşım ana başlığında araştırmacılar %60 hekimi

biyomedikal, %27,5 hekimi biyopsikososyal, %12,5 hekimi ise ne biyomedikal, ne biyopsikososyal olarak değerlendirmişlerken, hekimlerin %97,5'i kendilerini biyopsikososyal, %2,5'i ne biyomedikal, ne biyopsikososyal olarak değerlendirmiştir. Sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ana başlığı altında araştırmacılar %70 hekimi biyomedikal, %15 hekimi biyopsikososyal, %15 hekimi ise ne biyomedikal, ne biyopsikososyal olarak değerlendirmişken, hekimlerin %60'ı kendilerini biyopsikososyal, %12,5'i ne biyomedikal, ne biyopsikososyal, %27,5'i biyomedikal olarak değerlendirmiştir. Bütüncül problem çözme ana başlığı altında ise araştırmacılar %70 hekimi biyomedikal, %10 hekimi ne biyomedikal, ne biyopsikososyal, %20 hekimi ise biyopsikososyal değerlendirmişken, hekimlerin %87,5'i kendilerini biyopsikososyal, %10'u ne biyomedikal, ne biyopsikososyal, %2,5'i ise biyomedikal olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 12. SH1 için hekimlerin ana değerlendirme kriterlerine göre yaklaşım modeli açısından araştırmacılarla karşılaştırılması

Senaryo 1 (SH1)		Araştırmacı Değerlendirme		
		(BM)	Ne BM, ne BPS	(BPS)
Hasta merkezli		(%60)	(%12,5)	(%27,5)
Hekim Değerlendirme	BM (%0)	0	0	0
	Ne BM, ne BPS (%2,5)	1	0	0
	BPS (%97,5)	23	5	11
	Sistem Yönelimli Ve Aile Merkezli Yaklaşım	(%70)	(%15)	(%15)
	BM (%27,5)	11	0	0
	Ne BM, ne BPS (%12,5)	5	0	0
	BPS (%60)	12	6	6
	Bütüncül Problem Çözme Yaklaşımı	(%70)	(%10)	(%20)
	BM (%2,5)	1	0	0
	Ne BM, ne BPS (%10)	4	0	0
	BPS (%87,5)	23	4	8

SH1 için araştırmacıların hekimlere verdikleri global ortalama puanlarının yaklaşım tipi olarak, hekimlerin yaş ortalamaları ve çalışma sürelerine göre dağılımları tablo 13'de verilmiştir. Hekimlerin yaş aralıkları ve çalışma süreleri ile yaklaşım modelleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 13. SH1 için yaklaşım tipini değerlendiren ortalama global puan açısından hekimlerin yaş dağılımı ve çalışma süreleri ile karşılaştırılması

	Yaş Grupları (yıl)(n,%)				Çalışma Süreleri (yıl)(n,%)		
	30-40	41-50	51-60	P değeri	0-10	10 ve üstü	P değeri
BM	5(12,5)	20(50)	4(10)	0.65	2(5)	27(67,5)	0.67
Ne BM, ne BPS	0(0)	1(2,5)	0(0)	0.45	0(0)	1(2,5)	0.51
BPS	1(2,5)	9(22,5)	0(0)	0.73	0(0)	10(25)	0.38

SH1 için araştırmacıların hekimlere verdikleri global ortalama puanlarının yaklaşım tipi olarak, hekimlerin uzmanlık durumu ve cinsiyetlerine göre dağılımları tablo 14'de verilmiştir. Hekimlerin uzmanlık durumu ve cinsiyetleri ile yaklaşım modelleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 14. SH1 için yaklaşım tipini değerlendiren ortalama global puan açısından hekimlerin uzmanlık durumu ve cinsiyet dağılımının karşılaştırılması

	Uzmanlık Durumu (n,%)			Cinsiyet(n,%)		
	Uzman	Pratisyen	P değeri	Erkek	Kadın	P değeri
BM	3(7,5)	26(65)	0,57	22(55)	7(17,5)	0,11
Ne BM, ne BPS	1(2,5)	0(0)	0,10	0(0)	1(2,5)	0,10
BPS	2(5)	8(20)	0,35	5(12,5)	5(12,5)	0,10

Araştırmacıların, SH1 için hekimlere verdikleri global ortalama puan ile uzlaşısı sonrası verdikleri ortalama puan karşılaştırması tablo 15'de verilmiştir. Global puan ortalaması ile uzlaşısı sonrası hekime verilen ortalama puan arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 15. Araştırmacıların (SH1) için hekimlere verdikleri global puan ortalaması ile uzlaşısı sonrası verdikleri ortalama puanın karşılaştırılması

SH1	Global puan	Uzlaşısı sonrası puan	p değeri
	3,05	3,09	0,33

Hekimlerin SH1 için toplam görüşme süresi, SH1'in konuşma süresi ve hekimin hastasının sözünü ilk kestiği süreler için ortalama, medyan, standart sapma (ss) ve minimum ve maksimum süreleri gösteren değerler tablo 16' da verilmiştir.

Tablo 16. Hekimlerin (SH1) için toplam görüşme süresi, simüle hastanın konuşma süresi ve hekimin hastasının sözünü ilk kestiği sürelerin ortalama, medyan, standart sapmaları (ss), minimum ve maksimum süreleri

	Görüşme Süresi (dk/sn)				
	Ort.	Med.	SS	Minimum	Maksimum
Toplam görüşme	06:24	06:02	02:39	02:54	13:45
SH1'in konuşması	01:47	01:39	00:43	00:40	03:20
SH1'in sözünün ilk kesilme süresi	00:33	00:36	00:13	00:07	00:58

Hekimlerin SH1 için toplam görüşme süreleri ile, araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli ve bütüncül problem çözme ana kriterlerindeki yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması tablo 17' de verilmiştir. Hasta merkezli yaklaşım ana başlığında araştırmacıların biyopsikososyal yaklaşım gösterdikleri şeklinde değerlendirdikleri %27 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %60 hekime göre, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ana başlığında biyopsikososyal yaklaşım gösteren %15 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %70 hekime göre, bütüncül problem çözme ana başlığında biyopsikososyal yaklaşım gösteren %20 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %70 hekime göre toplam görüşme sürelerinin daha uzun olduğu görülmüş ve aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 17. Hekimlerin (SH1) için toplam görüşme süresi ile, araştırmacıların değerlendirdikleri ana kriterlerin yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması

		SH1'in Görüşme Süresi (dk/sn)			
		Sayı (n,%)	Ortalama	SS	p değeri
Hasta merkezli					
	Biyomedikal	24(60)	05:26	02:16	0,01
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	5(12,5)	05:59	01:43	
	Biyopsikososyal	11(27,5)	08:41	02:31	
Sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım					
	Biyomedikal	28(70)	05:38	02:22	0,01
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	6(15)	07:11	02:09	
	Biyopsikososyal	6(15)	09:12	02:34	
Bütüncül problem çözme yaklaşımı					
	Biyomedikal	28(70)	05:42	02:24	0,01
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	4(10)	06:27	01:51	
	Biyopsikososyal	8(20)	08:49	02:36	

Hekimlerin SH1 için hastanın konuşma süresi ile, araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli ve bütüncül problem çözme ana kriterlerindeki yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması tablo 18' de verilmiştir. Hasta merkezli yaklaşım ana başlığında araştırmacıların biyopsikososyal yaklaşım gösterdikleri şeklinde değerlendirdikleri %27 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %60 hekime göre, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ana başlığında biyopsikososyal yaklaşım gösteren %15 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %70 hekime göre, bütüncül problem çözme ana başlığında biyopsikososyal yaklaşım gösteren %20 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %70 hekime göre, hastanın konuşma süresinin daha uzun olduğu görülmüş ve aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 18. Hekimlerin (SH1) için hastanın konuşma süresi ile, araştırmacıların değerlendirdikleri ana kriterlerin yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması

		SH1'in Konuşma Süresi (dk/sn)			
		Sayı (n,%)	Ortalama	SS	p değeri
Hasta merkezli					
	Biyomedikal	24(60)	01:33	00:41	0,01
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	5(12,5)	01:32	00:18	
	Biyopsikososyal	11(27,5)	02:26	00:33	
Sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım					
	Biyomedikal	28(70)	01:36	00:40	0,02
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	6(15)	02:08	00:49	
	Biyopsikososyal	6(15)	02:22	00:30	
Bütüncül problem çözme yaklaşımı					
	Biyomedikal	28(70)	01:34	00:39	0,01
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	4(10)	02:10	00:35	
	Biyopsikososyal	8(20)	02:24	00:37	

Hekimlerin SH1 için hastasının sözünü ilk kesme süresi ile, araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli ve bütüncül problem çözme ana kriterlerindeki yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması tablo 19' da verilmiştir. Hasta merkezli ana başlığında araştırmacıların biyopsikososyal yaklaşım gösterdikleri şeklinde değerlendirdikleri %27 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %60 hekime göre, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ana başlığında biyopsikososyal yaklaşım gösteren %15 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %70 hekime göre, bütüncül problem çözme ana başlığında biyopsikososyal yaklaşım gösteren %20 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %70 hekime göre, hekimin hastasının sözünü ilk kesme süreleri açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 19. Hekimlerin (SH1) için hekimin hastasının sözünü ilk kesme süreleri ile, araştırmacıların değerlendirdikleri ana kriterlerin yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması

		SH1'in Sözünü Kesme Süresi (dk/sn)			
		Sayı (n, %)	Ortalama	SS	p değeri
Hasta merkezli					
	Biyomedikal.	24(60)	00:32	00:12	0,60
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	5(12,5)	00:28	00:16	
	Biyopsikososyal	11(27,5)	00:35	00:13	
Sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım					
	Biyomedikal	28(70)	00:32	00:12	0,30
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	6(15)	00:28	00:13	
	Biyopsikososyal	6(15)	00:39	00:12	
Bütüncül problem çözme yaklaşımı					
	Biyomedikal	28(70)	00:32	00:12	0,40
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	4(10)	00:29	00:09	
	Biyopsikososyal	8(20)	00:38	00:14	

Hekimlerin SH1 için toplam görüşme süresi, hastanın konuşma süresi, hastasının sözünü ilk kesme süreleri ile araştırmacıların global değerlendirme yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması tablo 20'de verilmiştir. Toplam görüşme süreleri açısından araştırmacıların global değerlendirme sonucu biyopsikososyal yaklaşım gösterdikleri şeklinde değerlendirdikleri 10 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren 29 hekime göre, hastanın konuşma süresi açısından araştırmacıların global değerlendirme sonucu biyopsikososyal yaklaşım gösterdikleri şeklinde 10 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren 29 hekime göre ortalama görüşme sürelerinin daha uzun olduğu ve aralarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastasının sözünü ilk kesme açısından biyopsikososyal yaklaşım gösteren 10 hekimle, biyomedikal yaklaşım gösteren 29 hekim arasında ortalama görüşme süresi açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 20. Hekimlerin (SH1) için toplam görüşme süresi, hastanın konuşma süresi, hastasının sözünü ilk kestiği süreler ile, araştırmacıların global değerlendirdikleri yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması

	SH1'in Görüşme Süre Değerlendirmeleri			P değeri
	Biyomedikal (n=29)	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal (n=1)	Biyopsikososyal (n=10)	
	Ortalama± SS	Ortalama± SS	Ortalama± SS	
Toplam Görüşme Süresi (dk/sn)	05:43±02:22	06:05±00:00	08:26±02:39	0,02
Hastanın Konuşma Süresi (dk/sn)	01:35±00:39	02:10±00:00	02:23±00:38	0,01
Hastasının Sözünü İlk Kestiği Süre (dk/sn)	00:31±00:12	00:40±00:00	00:36±00:14	0,60

SH1 için araştırmacıların değerlendirdikleri 40 hekime yönelik hasta-hekim görüşme tipi ile ilgili değerler tablo 21' de verilmiştir. Üç araştırmacı da %83 hekimin hekim merkezli, %17 hekimin ise karşılıklı bir hasta-hekim görüşmesi sergilediklerini, hasta kontrolünde ve işlevsiz bir görüşme tipinin olmadığı değerlendirilmiştir.

Tablo 21. Araştırmacıların Senaryo 1 (SH1) için hekimlere yönelik değerlendirdikleri hasta-hekim görüşme tipinin karşılaştırılması

SH1	A1	A2	A3
	Sayı (n,%)	Sayı (n,%)	Sayı (n,%)
Hekim Kontrolünde	33(82,5)	33(82,5)	33(82,5)
Hasta Kontrolü	0(0)	0(0)	0(0)
İşlevsiz	0(0)	0(0)	0(0)
Karşılıklı	7(17,5)	7(17,5)	7(17,5)

SH1 için araştırmacıların hekimlere yönelik değerlendirdikleri ortalama görüşme tipi ile, yaklaşım tipi arasındaki ilişkiyi gösteren değerler tablo 22' de verilmiştir. Araştırmacıların görüşme tipi olarak hekim merkezli olarak değerlendirdikleri 33 hekimin 29'u yaklaşım tipi olarak biyomedikal, bir tanesi ne biyomedikal, ne biyopsikososyal, üç tanesi biyopsikososyal yaklaşım sergilemişlerdir. Araştırmacıların görüşme tipi olarak karşılıklı olarak değerlendirdikleri yedi hekimin hepsinin biyopsikososyal bir yaklaşım sergiledikleri şeklinde değerlendirilmiştir. Hekim kontrolünde görüşme tipi ile biyomedikal yaklaşım arasında, karşılıklı görüşme tipi ile biyopsikososyal yaklaşım arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 22. Araştırmacıların (SH1) Hekimlere Yönelik Değerlendirdikleri Hasta-Hekim Görüşme Tipi ile Yaklaşım tipinin Karşılaştırılması

(SH1)		Araştırmacıların Görüşme Tipi Ortalamaları		
		(Karş.)	(Hekim Kont.)	P değeri
Araştırmacıların Yaklaşım Tipi Ortalamaları	Biyomedikal	0	29	0,01
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	0	1	0,01
	Biyopsikososyal	7	3	0,01

SH2 için araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ve bütüncül problem çözme yaklaşımı ana kriterlerinin uzlaşma öncesi ortalama toplam puan ve standart sapmaları ile uzlaşma sonrası ortalama toplam puan ve standart sapmaları gösteren değerler tablo 23'de verilmiştir. Hasta merkezli ana değerlendirme kriterinde A1 ile A3'ün uzlaşma öncesi ortalama toplam puanı ile uzlaşma sonrası ortalama toplam puanı arasında anlamlı fark görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 23. SH2 için araştırmacıların ana değerlendirme kriterlerinin uzlaşma öncesi ortalama toplam ve uzlaşma sonrası ortalama toplam puanların değerlendirilmesi

Puan (aralık)	Uzlaşma öncesi						Uzlaşma puanı	
	A1		A2		A3		Ortalama	SS
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Hasta merkezli								
(7-49 puan)		26,6*	7,7		25,0		13,3	21,7**
Sistem yönelimli								
(4-28 puan)		9,5	4,3		9,6		7,3	8,6
Bütüncül problem								
(9-63 puan)		24,5	8,1		26,0		17,8	25,0

*p=0.03

**p=0.01

SH2 için hekimlerin kendilerine verdikleri puanlar ile üç araştırmacının hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ve bütüncül problem çözme yaklaşımı ana kriterleri için verdikleri ortalama toplam puan ve standart sapmaları gösteren değerler tablo 24'de verilmiştir. Hekimlerle, üç araştırmacı arasında hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli ve bütüncül problem çözme ana kriterlerinde, hekimlerin kendilerine verdikleri ortalama toplam puanlar ile araştırmacıların hekimlere verdikleri ortalama toplam puanlar arasında anlamlı fark görülmüştür.

Tablo 24. SH2 için hekimlerin ve üç araştırmacının ana değerlendirme kriterlerine göre ortalama toplam puanların değerlendirilmesi

	Hekimin değerlendirmesi		Araştırmacıların değerlendirmesi		p değeri
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Hasta merkezli (7-49 puan)	43,3	5,4	24,7	9,7	0,01
Sistem yönelimli (4-28 puan)	19,0	6,2	9,4	5,8	0,01
Bütüncül problem (9-63puan)	48,4	10,4	26,0	12,4	0,01

SH2 için üç araştırmacının hekimin biyopsikososyal performansına (globaline) verdikleri ortalama puan ve standart sapmalar ile hekimlerin kendi görüşmelerini değerlendirdikleri global ortalama puan ve standart sapmaları gösteren değerler tablo 25'de verilmiştir. Araştırmacılar, verdikleri global değerlendirme puanları ile hekimlerin biyomedikal bir yaklaşım sergilediklerini ifade etmektedirler. Hekimler ise SH2 için biyopsikososyal bir yaklaşım sergilediklerini düşünmektedirler. Araştırmacıların hekimler için değerlendirdikleri global ortalama puan ile, hekimlerin kendilerine verdikleri ortalama global puanlar arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 25. SH2 için araştırmacıların hekimlere verdikleri global değerlendirme ortalama puanları ile hekimlerin kendilerini verdikleri global ortalama puanların değerlendirmesi

Global Değerlendirme								
Araştırmacı 1 (G)			Araştırmacı 2 (D)		Araştırmacı 3 (T)		Hekim	
puan			puan		puan			
Ortalama	SS		Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
2,9	1,2		3,0	1,6	2,7	1,3	5,5	0,8
p değeri		0,01	0,01		0,01			

SH2 için araştırmacıların ve hekimlerin kendilerini değerlendirdikleri hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ve bütüncül problem çözme yaklaşımı ana kriterleri için, yaklaşım modeli olarak ne kadar biyomedikal, ne kadar biyopsikososyal ve ne kadar ne biyomedikal, ne biyopsikososyal yaklaşım sergilediklerini öngören değerler tablo 26'da verilmiştir. Hasta merkezli yaklaşım ana başlığında araştırmacılar %58 hekimi biyomedikal, %20 hekimi biyopsikososyal, %22 hekimi ise ne biyomedikal, ne biyopsikososyal olarak değerlendirmişlerken, hekimlerin %97,5'i kendilerini biyopsikososyal, %2,5'i ne biyomedikal, ne biyopsikososyal olarak değerlendirmiştir. Sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ana başlığı altında araştırmacılar %85 hekimi biyomedikal, %10 hekimi biyopsikososyal, %5 hekimi ise ne biyomedikal, ne biyopsikososyal olarak değerlendirmişken, hekimlerin %65'i kendilerini biyopsikososyal, %57,5'i ne biyomedikal, ne biyopsikososyal, %27,5'i biyomedikal olarak değerlendirmiştir. Bütüncül problem çözme ana

başlığı altında ise araştırmacılar %75 hekimi biyomedikal, %10 hekimi ne biyomedikal, ne biyopsikososyal, %15 hekimi ise biyopsikososyal değerlendirmişken, hekimlerin %85'i kendilerini biyopsikososyal, %10'u ne biyomedikal, ne biyopsikososyal, %5'i tanesi ise biyomedikal olarak değerlendirmiştir.

Tablo 26. SH2 için hekimlerin ana değerlendirme kriterlerine göre yaklaşım modeli açısından araştırmacılarla karşılaştırılması

Senaryo 2 (SH2)		Araştırmacı Değerlendirme		
		(BM)	Ne BM, ne BPS	(BPS)
Hasta merkezli		(%58)	(%22)	(%20)
Hekim Değerlendirme	BM (%0)	0	0	0
	Ne BM, ne BPS (%2,5)	1	0	0
	BPS (%97,5)	22	9	8
	Sistem Yönelimli Ve Aile Merkezli Yaklaşım	(%85)	(%5)	(%10)
	BM (%27,5)	11	0	0
	Ne BM, ne BPS (%7,5)	2	1	0
	BPS (%65)	21	1	4
	Bütüncül Problem Çözme Yaklaşımı	(%75)	(%10)	(%15)
	BM (%5)	2	0	0
	Ne BM, ne BPS (%10)	4	0	0
	BPS (%85)	24	4	6

SH2 için araştırmacıların hekimlere verdikleri global ortalama puanların yaklaşım tipi olarak, hekimlerin yaş ortalamaları ve çalışma sürelerine göre dağılımları tablo 27'de verilmiştir. Hekimlerin yaş aralıkları ve çalışma süreleri ile yaklaşım modelleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 27. SH2 için yaklaşım tipini değerlendiren ortalama global puan açısından hekimlerin yaş dağılımı ve çalışma süreleri ile karşılaştırılması

	Yaş Grupları (yıl)(n,%)				Çalışma Süreleri (yıl)(n,%)		
	30-40	41-50	51-60	P değeri	0-10	10 ve üstü	P değeri
BM	5(12,5)	21(52,5)	4(10)	0.60	2(5)	28(70)	0.70
Ne BM, ne BPS	0(0)	5(12,5)	0(0)	0.35	0(0)	5(12,5)	0.55
BPS	1(2,5)	4(10)	0(0)	0.57	0(0)	5(12,5)	0.44

SH2 için araştırmacıların hekimlere verdikleri global ortalama puanlarının yaklaşım tipi olarak, hekimlerin uzmanlık durumu ve cinsiyetlerine göre dağılımları tablo 28'de verilmiştir. Hekimlerin uzmanlık durumu ve cinsiyetleri ile yaklaşım modelleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 28. SH2 için yaklaşım tipini değerlendiren ortalama global puan açısından hekimlerin uzmanlık durumu ve cinsiyet dağılımının karşılaştırılması

	Uzmanlık Durumu (n,%)			Cinsiyet(n,%)		
	Uzman	Pratisyen	P değeri	Erkek	Kadın	P değeri
BM	5(12,5)	25(62,5)	0,59	22(55)	8(20)	0,31
Ne BM, ne BPS	0(0)	5(12,5)	0,41	3(7,5)	2(5)	0,33
BPS	1(2,5)	4(10)	0,87	2(5)	3(7,5)	0,13

Araştırmacıların, SH2 için hekimlere verdikleri global ortalama puan ile uzlaş sonrası verdikleri ortalama puan karşılaştırması tablo 29'da verilmiştir. Global puan ortalaması ile uzlaş sonrası hekime verilen ortalama puan arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 29. Araştırmacıların SH2 için hekimlere verdikleri global puan ortalaması ile uzlaş sonrası verdikleri ortalama puanın karşılaştırılması

SH2	Global puan	Uzlaş sonrası puan	p değeri
	2,91	3,04	0,02

Hekimlerin SH2 için toplam görüşme süresi, SH2'nin konuşma süresi ve hekimin hastasının sözünü ilk kestiği süreler ait ortalama, medyan, standart sapma (ss) ve minimum ve maksimum süreleri gösteren değerler tablo 30' da verilmiştir.

Tablo 30. Hekimlerin (SH2) için toplam görüşme süresi, simüle hastanın konuşma süresi ve hekimin hastasının sözünü ilk kestiği sürelerin ortalama, medyan, standart sapmaları (ss), minimum ve maksimum süreleri

	Görüşme Süresi (dk/sn)				
	Ort.	Med.	SS	Minimum	Maksimum
Toplam görüşme	04:58	04:35	01:48	02:00	09:00
SH2'nin konuşması	01:39	01:26	00:43	00:40	03:20
SH2'nin sözünün ilk kesilme süresi	00:23	00:22	00:15	00:02	00:55

Hekimlerin SH2 için toplam görüşme süreleri ile, araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli ve bütüncül problem çözme ana kriterlerindeki yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması tablo 31'de verilmiştir. Hasta merkezli yaklaşım ana başlığında araştırmacıların biyopsikososyal yaklaşım gösterdikleri şeklinde değerlendirdikleri %20 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %57 hekime göre, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ana başlığında biyopsikososyal yaklaşım gösteren %10 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %85 hekime göre, bütüncül problem çözme ana başlığında biyopsikososyal yaklaşım gösteren %15 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %75 hekime göre toplam görüşme sürelerinin daha uzun olduğu görülmüş ve aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 31. Hekimlerin (SH2) için toplam görüşme süresi ile, araştırmacıların değerlendirdikleri ana kriterlerin yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması

		SH2'nin Görüşme Süresi (dk/sn)			
		Sayı (n,%)	Ortalama	SS	p değeri
Hasta merkezli					
	Biyomedikal.	23(57,5)	04:15	01:40	0,01
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	9(22,5)	05:01	01:00	
	Biyopsikososyal	8(20)	06:56	01:26	
Sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım					
	Biyomedikal	34(85)	04:39	01:39	0,03
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	2(5)	07:16	01:34	
	Biyopsikososyal	4(10)	06:28	00:12	
Bütüncül problem çözme yaklaşımı					
	Biyomedikal	30(75)	04:33	01:36	0,01
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	4(10)	04:55	01:27	
	Biyopsikososyal	6(15)	07:03	01:40	

Hekimlerin SH2 için hastanın konuşma süresi ile, araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli ve bütüncül problem çözme ana kriterlerindeki yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması tablo 32'de verilmiştir. Hasta merkezli ana başlığında araştırmacıların biyopsikososyal yaklaşım gösterdikleri şeklinde değerlendirdikleri %20 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %57 hekime göre, bütüncül problem çözme ana başlığında biyopsikososyal yaklaşım gösteren %15 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %75 hekime göre, hastanın konuşma süresinin daha uzun olduğu görülmüş ve aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 32. Hekimlerin (SH2) için hastanın konuşma süresi ile, araştırmacıların değerlendirdikleri ana kriterlerin yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması

		SH2'nin Görüşme Süresi (dk/sn)			
		Sayı (n,%)	Ortalama	SS	p değeri
Hasta merkezli					
	Biyomedikal.	23(57,5)	01:18	00:32	0,01
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	9(22,5)	01:43	00:25	
	Biyopsikososyal	8(20)	02:34	01:00	
Sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım					
	Biyomedikal	34(85)	01:34	00:47	0,09
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	2(5)	02:15	00:38	
	Biyopsikososyal	4(10)	02:05	00:50	
Bütüncül problem çözme yaklaşımı					
	Biyomedikal	30(75)	01:31	00:43	0,01
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	4(10)	01:26	00:15	
	Biyopsikososyal	6(15)	02:28	00:56	

Hekimlerin SH2 için hastasını sözünü ilk kesme süresi ile, araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli ve bütüncül problem çözme ana kriterlerindeki yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması tablo 33'de verilmiştir. Hasta merkezli ana başlığında araştırmacıların biyopsikososyal yaklaşım gösterdikleri şeklinde değerlendirdikleri %20 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %57 hekime göre, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ana başlığında biyopsikososyal yaklaşım gösteren %10 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %85 hekime göre, bütüncül problem çözme ana başlığında biyopsikososyal yaklaşım gösteren %15 hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren %75 hekime göre, hekimin hastasının sözünü ilk kesme süreleri açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 33. Hekimlerin (SH2) için hastanın sözünü ilk kesme süresi ile, araştırmacıların değerlendirdikleri ana kriterlerin yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması

		SH2'nin Görüşme Süresi (dk/sn)			
		Sayı (n,%)	Ortalama	SS	p değeri
Hasta merkezli					
	Biyomedikal.	23(57,5)	00:22	00:15	0,40
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	9(22,5)	00:28	00:16	
	Biyopsikososyal	8(20)	00:18	00:16	
Sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım					
	Biyomedikal	34(85)	00:25	00:15	0,06
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	2(5)	00:18	00:06	
	Biyopsikososyal	4(10)	00:07	00:00	
Bütüncül problem çözme yaklaşımı					
	Biyomedikal	30(75)	00:25	00:16	0,20
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	4(10)	00:17	00:11	
	Biyopsikososyal	6(15)	00:14	00:12	

Hekimlerin SH2 için toplam görüşme süresi, hastanın konuşma süresi, hastasının sözünü ilk kesme süreleri ile araştırmacıların global olarak değerlendirdikleri yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması tablo 34'de verilmiştir. Toplam görüşme süreleri açısından araştırmacıların global değerlendirme sonucu biyopsikososyal yaklaşım gösterdikleri şekilde değerlendirdikleri beş hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren 30 hekime göre, hastanın konuşma süresi açısından araştırmacıların global değerlendirme sonucu biyopsikososyal yaklaşım gösterdikleri şekilde beş hekimin, biyomedikal yaklaşım gösteren 30 hekime göre ortalama görüşme sürelerinin daha uzun olduğu ve aralarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastasının sözünü ilk kesme açısından biyopsikososyal yaklaşım göstren beş hekimle, biyomedikal yaklaşım gösteren 30 hekim arasında ortalama görüşme süresi açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 34. Hekimlerin (SH2) için toplam görüşme süresi, hastanın konuşma süresi, hastasının sözünü ilk kestiği süreler ile, araştırmacıların global değerlendirdikleri yaklaşım modelleri ile karşılaştırılması

	SH2'nin Görüşme Değerlendirmesi			P değeri
	Biyomedikal (n=30)	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal (n=5) Ortalama± SS	Biyopsikososyal (n=5)	
Toplam Görüşme Süresi (dk/sn)	04:26±01:33	06:18±01:41	06:47±01:42	0,01
Hastanın Konuşma Süresi (dk/sn)	01:26±00:33	02:14±01:08	02:25±01:02	0,02
Hastasının Sözünü İlk Kestiği Süre (dk/sn)	00:24±00:16	00:27±00:13	00:12±00:12	0,20

SH2 için araştırmacıların değerlendirdikleri 40 hekime yönelik hasta-hekim görüşme tipi ile ilgili değerler tablo 35'de verilmiştir. Üç araştırmacıda %87 hekimin, hekim kontrolünde, %13 hekimin ise karşılıklı bir hasta hekim görüşmesi sergilediklerini, hasta kontrolünde ve işlevsiz bir görüşme tipinin olmadığı değerlendirilmiştir.

Tablo 35. Araştırmacıların Senaryo 2 (SH2) için hekimlere yönelik değerlendirdikleri hasta-hekim görüşme tipinin karşılaştırılması

SH2	A1	A2	A3
	Sayı (n, %)	Sayı (n, %)	Sayı (n, %)
Hekim Kontrolünde	35(87,5)	35(87,5)	35(87,5)
Hasta Kontrolü	0(0)	0(0)	0(0)
İşlevsiz	0(0)	0(0)	0(0)
Karşılıklı	5(12,5)	5(12,5)	5(12,5)

SH2 için araştırmacıların hekimlere yönelik değerlendirdikleri ortalama görüşme tipi ile, yaklaşım tipi arasındaki ilişkiyi gösteren değerler tablo 36'da verilmiştir. Araştırmacıların görüşme tipi olarak hekim merkezli olarak değerlendirdikleri 35 hekimin 30 tanesi yaklaşım tipi olarak biyomedikal, beş tanesi ne biyomedikal, ne biyopsikososyal yaklaşım sergilemişlerdir. Araştırmacıların görüşme tipi olarak karşılıklı olarak değerlendirdikleri beş hekimin ise hepsi biyopsikososyal yaklaşım sergiledikleri şeklinde değerlendirilmiştir. Hekim kontrolünde görüşme tipi ile biyomedikal yaklaşım arasında, karşılıklı görüşme tipi ile biyopsikososyal yaklaşım arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 36. Araştırmacıların (SH2) hekimlere yönelik değerlendirdikleri hasta-hekim görüşme tipi ile yaklaşım tipinin karşılaştırılması

(SH2)		Araştırmacıların Görüşme Tipi Ortalamaları		
		(Karş.)	(Hekim Kont.)	p değeri
Araştırmacıların Yaklaşım Tipi Ortalamaları	Biyomedikal	0	30	0,01
	Ne biyomedikal, ne biyopsikososyal	0	5	0,01
	Biyopsikososyal	5	0	0,01

SH1 ve SH2 için araştırmacıların hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli ve bütüncül problem çözme ana kriterleri için hekimlere verdikleri ortalama toplam puan ve standart sapmaları gösteren değerler tablo 37'de verilmiştir. Araştırmacıların senaryo 1 ve senaryo 2 için hekimlere verdikleri ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 37. Araştırmacıların ana değerlendirme kriterlerine göre senaryo 1 ve senaryo 2 için hekimlere verdikleri ortalama toplam puanların değerlendirilmesi

Araştırmacı Değerlendirme					
	Senaryo 1 (SH1)		Senaryo 2 (SH2)		p değeri
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Hasta merkezli	24,4	9,1	24,7	9,7	0,88
Sistem yönelimli	9,9	6,2	9,4	5,8	0,22
Bütüncül problem	27,1	12,7	26,0	12,4	0,33

SH1 ve SH2 için hekimlerin kendilerini değerlendirdikleri hasta merkezli, sistem yönelimli ve aile merkezli ve bütüncül problem çözüme ana kriterleri için verdikleri ortalama toplam puan ve standart sapmaları gösteren değerler tablo 38'de verilmiştir. Hekimlerin senaryo 1 ve senaryo 2 için verdikleri ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır

Tablo 38. Hekimlerin kendilerine, ana değerlendirme kriterlerine göre senaryo 1 ve senaryo 2 için verdikleri ortalama toplam puanların değerlendirilmesi

Hekim Değerlendirme					
	Senaryo 1 (SH1)		Senaryo 2 (SH2)		p değeri
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Hasta merkezli	42,6	5,0	43,3	5,4	0,08
Sistem yönelimli	18,2	6,0	19,0	6,2	0,11
Bütüncül problem	48,4	9,2	48,4	10,4	0,42

5. TARTISMA

Çalışmamızın sonucunda, birinci basamakta çalışan hekimlerin BPS yaklaşımdan çok BM yaklaşıma eğilimli oldukları, BPS yaklaşımın gereklerini yeterince yerine getirmedikleri ortaya çıkmıştır. Bu durum benzer bazı çalışmalarda da gösterilmiştir. Dowrick ve arkadaşlarının BPS yaklaşımın birinci basamak hekimlerinin klinik alanda kullanılabilirliğine yönelik İngiltere'de yaptıkları çalışmada, 494 pratisyen hekime anket yoluyla hangi tür bilgi, yetenek ve konunun pratisyen hekimlerin ilgi alanında olduğunun listelenmesi istenmiş, ayrıca her biri 12 konudan oluşan ve muhtemel hasta problemlerini içeren hususların 5'li değerlendirme ölçeği ile değerlendirilmesi istenmiştir. Hekimlerden istenen 12 konunun uygunluk oranları değerlendirildiğinde katılımcı hekimler depresyon, sırt ağrısı, üst solunum yolu enfeksiyonu, hipertansiyon, terminal bakım gibi konuların hekimlerin ilgi alanına uygun olduğu, evlilik problemleri, uyuşturucu yoksunluğu, cinsel istismar gibi konularda kararsız oldukları, ailevi, ruhsal konular, politik konuların pratisyen hekimlerin ilgi ve alanlarına uygun olmadığı şeklinde değerlendirilmiş. Bu sonuç; pratisyen hekimlerin fiziksel problemlere daha çok odaklandığı, psikolojik, sosyal ve ailevi konulara uzak oldukları şeklinde yorumlanmıştır (33). Halbuki hastaların beklentileri kendilerine yaklaşımın bir çok boyutta olması yönündedir. Perron ve arkadaşlarının İsviçre'de yaptıkları bir çalışmada, hastalar tanının biyomedikal boyutunun yanı sıra, kendilerinin hekimlerce dinlenmesini ve kendilerine danışmanlık da dahil, çok yönlü bir yaklaşım isteklerini ortaya koymuşlardır. Aynı çalışmada hekimlerin, hastalarının beklentilerini algılamasında sorun yaşandığı, var olmayan beklentileri varmış gibi algıladıkları sonucuna varılmıştır (34).

Bunun nedenleri arasında, BPS yaklaşımın önemine vurgular yapılmakta ise de, günümüz tıp eğitiminde yeterince yerini bulamaması, konunun net olarak anlaşılamaması, hasta-hekim ilişkisi ve iletişimi gibi konularda, hekimlere öğrencilik süresi ve mezuniyet sonrasında eğitim verilmemesi gibi durumlar yer alabilir. Bazı hekimler, psikolojik ve sosyal konuların irdelenmesinin hastaların özel hayatına müdahale olarak algılamaktadır. Bir kısım hekim ise hasta yoğunluğu, zaman azlığı, idari işlerin getirdiği yükler nedeniyle BPS yaklaşımın klinik pratikte uygulanabilirliğinin güç olduğunu düşünmektedirler. Margalit ve arkadaşlarının İsrail'de yaptığı başka bir çalışmada rastgele seçilen 102 pratisyen hekimden çalışmayı kabul eden 44 hekimle, BPS bilgi, hasta merkezli yöntem, benlik saygısı ve zihinsel iş yükü açısından hekimleri değerlendirmişlerdir. 44 hekim iki gruba ayrılmış, ilk gruba

problemlere dayalı didaktik eğitim, ikinci gruba interaktif bir eğitim verilmiştir. Altı ay sonra, eğitim öncesi ve eğitim sonrası hekimlere anket yoluyla değerlendirme yapılmıştır. İnteraktif eğitim alan gruptakilerde ağırlıklı olmak üzere, her iki gruptaki hekimlerde BPS bilgi, hastaya yaklaşım, tutum ve benlik saygısında ölçülebilir iyileşmeler görülmüştür (35). Hekimlerin BPS yaklaşım göstermemelerinin nedenleri arasında bu konudaki eğitim eksikliği ve tıp eğitimindeki yerinin önemine yaptığımız vurguyla bu çalışmadan çıkan sonuçlar örtüşmektedir. BPS yaklaşım ve hasta-hekim iletişimi gibi konularda hekimlerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyi ve yaklaşımdaki değişimler, BPS yaklaşım konusunda eğitimin önemini ortaya çıkarmaktadır. BPS yaklaşım konusunun tıp eğitiminde aktif bir şekilde yer alması gerekliliği aşikardır. Uludağ Üniversitesinde yapılan 'Tıp Eğitiminde İletişim ve Klinik Beceriler Dersi Verilmeli mi? İntern Öğrenci Görüşleri' adlı bir çalışmada sonuç görüşü olarak tıp fakültesinden mezun olacak öğrencilerine öncelikle hasta-hekim iletişimi başta olmak üzere çeşitli klinik beceriler açısından eğitim verilmesi gerekliliği vurgulanmış ve bu eğitimin belli bir dönemle kalmayıp sürekli olması gerektiği belirtilmiştir (36).

Çalışmamızın sonucunda, birinci basamakta çalışan hekimlerin hasta merkezli klinik yöntemin gereklerini yeterince yerine getirmedikleri ortaya çıkmıştır. Bunun muhtemel nedenleri arasında hasta merkezli klinik yöntemin net olarak anlaşılamaması, iletişim becerileri konusunda temel bir eğitim eksikliği, empati kuramama, zaman azlığı ve hasta yoğunluğu, hekimlerin her hasta grubuna hasta merkezli yaklaşım gösterilip gösterilmeyeceği düşüncesi, hasta mahremiyetinin ihlal edilebileceği kaygısı, hastanın psikolojik, duygusal ve sosyal sorunlar yumağının açılmasının zaman konusunda doğuracağı sonuçlar hekimleri hasta merkezli klinik yöntemden uzaklaştırıyor olabilir. İstanbul Şişli Etfal Hastanesinde 146 bireyle yapılan bir uzmanlık tezi çalışmasında hastaların, genellikle zaman azlığı nedeniyle hekimlerin kendilerine yeterince ilgi ve anlayış göstermediği, hekimleriyle daha sık iletişim içinde olan hastaların memnuniyetlerinin fazla olduğu görülmüş (20). Ondokuz Mayıs Üniversitesinde yapılan hasta-hekim iletişimi konulu bir tez çalışmasında etkin iletişim kurulabilmesi için hastaların, hekimlerden beklentisi öncelikle güler yüzlü, şefkatli bir yaklaşımla beraber hekimin kendilerine değer vermesi, hekimlerin ise hastalardan beklentisi yoğun çalışma tempolarına anlayış gösterilmesi ve önerilen tedavi planlarına uyulması yönündedir (37). 2001 yılında Kalender ve arkadaşlarının Konya'da 505 bireyle yaptıkları bir çalışmada hastalar, yüksek oranda hekimlerin şikayetlerini her yönüyle dinlemeleri ve uzun

zaman ayırmalarını istemektedirler, genel kanı hekimlerin hastalarını yeterince dinlemedikleri ve kendileriyle ortak bir uzlaşmaya varmadıkları yönündedir (38).

Çalışmamızda hekimlerin yaş, cinsiyet, mesleki deneyim süreleri ve uzmanlık durumları ile her iki senaryodaki BPS performansları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Dowrick ve arkadaşları 1994 yılında İngiltere'de, birinci basamak hekimlerinin hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlarını ne ölçüde kendi sorumluluk alanları içinde gördüklerini araştırmışlardır. Çalışmada bağımsız değişkenler olarak hekimlerin yaş ve cinsiyetleri alınmış, hekimin cinsiyeti anlamlı bir fark yaratmazken, 35 yaş ve üstü hekimlerin, sosyal ve psikolojik konuları daha fazla kendi sorumluluk alanları içinde gördükleri saptanmıştır. Araştırmacılar, 35 yaş ve üstü hekimlerin psikososyal yaklaşımı, genç hekimlere göre daha çok benimsedikleri sonucuna varmışlar (33). Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun (%85) 40 yaş ve üzerinde olup, 40 yaş altında iki kişi bulunması ve genelinin mesleklerinde 10 yıl ve üzerinde çalışmışlık süreleri olması nedeni ile yaş ve çalışmışlık sürelerinin BPS yaklaşım üzerindeki etkisi saptanamamış olabilir. Çalışmamızda BPS performans açısından uzman aile hekimleriyle diğer aile hekimleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bunun olası nedenleri arasında aile hekimliği uzmanlık eğitiminde bir standartın olmayışı, eğitim araştırma hastaneleri ile üniversite aile hekimlikleri kürsülerinin uzmanlık eğitimindeki farklılıkları, birinci basamak uzmanlık disiplini olmasına karşın asistan eğitimlerinin sadece hastane rotasyonlarından oluşması ve rotasyonlarının üçüncü basamak anlayışıyla yoğrulması nedeniyle uzman aile hekimleri belirli bir fark oluşturmamış olabilirler.

Hasta merkezli yaklaşım ana başlığında değerlendirdiğimiz parametreler içerisinde hekimlerin en iyi puan aldıkları parametreler, görüşme boyunca hastalarına ilgi ve saygı göstermeleri ve benim görevim size yardım etmek, ben sizin için varım mesajı vermeleri ile ilgili parametrelerdi. En düşük puan alınan parametreler ise hastanın gerçek geliş nedenini araştırma, hastanın görüş ve tercihlerini dikkate alma, hastanın hastalığıyla ilgili duygu ve kaygılarını araştırma, hastanın sağlık inancı ve baş etme ile ilgili zorluklara saygı duyma başlıklarıydı. Buradan hekimlerin hastalarına karşı samimi, yardımsever ve iyi niyetli duygularla yaklaştıklarını ama hasta merkezli yaklaşımın bazı temel bileşenleri konusunda bilgi ve deneyim eksiklikleri olduğu söylenebilir.

Sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ana başlığında hekimler genel olarak bütün parametrelerden düşük puan almışlardır. Çalışmacılar, hekimlerin hastanın ve ailesinin

tedaviye katılımı, rahatsızlığının kendisine, ailesine ve çevresine olan etkisini araştırma, karar alma mekanizmalarında aile ve çevresinin etkisinin araştırılması konularında hekimleri yeterli görmemişlerdir. Durukan ve arkadaşlarının kanser hastaları üzerinde yaptığı bir çalışmada, psikolojik sürecin yakından takip edilmesinin ve bütün ailenin ele alınarak psikososyal bir yaklaşımın gerekliliği vurgulanmıştır. Ailenin hastaya verdiği desteğin, eksik olduğu durumlarda psikolojik güçlüklerin arttığı gözlenmiştir. Hastanın hastalığa uyumu, rehabilitasyonu ve bakımı gibi konularda yalnız hasta ile değil, ailesi ile de ilişki kurulması gerekmektedir sonucuna varılmıştır (39). Pek çok ileriye ve geriye dönük çalışmada, çeşitli hastalıkların ortaya çıkışından önce stresli yaşam olaylarının varlığı Holmes ve Rahe ölçeği ile araştırılmıştır. Bu ölçekteki olayların çoğu aile içinde oluşur ve 15 en stresli olayın 10'u aile olaylarıdır (40). Yeni bir çalışmada Meyer ve Haggerty kronik stresin yüksek streptekokal farenjit oranıyla ilişkili olduğunu ve streptokok enfeksiyonlarının %30'unun stresli yaşam olaylarını izlediğini bulmuşlardır. Okul öncesi yaştaki 1000'den fazla çocukla yapılan ileriye dönük bir araştırmada, aile içi yaşam olaylarının çok çeşitli durumlar için, hekime başvuru ve hastaneye yatış arasında güçlü bir korelasyon bulunmuştur (30).

Bütüncül problem çözme ana başlığında hekimlerin en iyi puan aldıkları parametreler, zaman elverdiğince öncelikle akut olmak üzere tüm problem ve kaygıları araştırdıkları, diğer problemleri zamana yayma başlığı idi. Birinci senaryoda, hekimlerin güncel uygulama rehberlerini takip ettiği ve diğer kaynakları verimli kullanacak seçimler yaptığı kanısında olan araştırmacılar bu parametrenin, ikinci senaryo için uygulanmadığı görüşündedirler. En düşük puan alınan parametreler ise hastaya sadece ilaç önermeyip sağlığı geliştirme ve duyguları ele alma davranışları ile ilgili önerilerde bulunma ile hastaya plasebo etkisini artırmaya yönelik ancak gereksiz anksiyeteye yol açmayacak önerilerde bulunma başlıklarıydı. Akıcı ve arkadaşlarının 1999 yılında 148 pratisyen hekimle yaptıkları bir anket çalışmasında 'hastalarınıza ilaç dışında tedavi öneriyor musunuz?' sorusuna hekimlerin yalnızca %12'si 'evet' yanıtı vermiştir. Çalışmada hekimlerin diyet, egzersiz gibi ilaç dışı, sağlığı geliştirmeyi de hedefleyen tedavi yöntemlerini çok az oranda önerdikleri ve hastalarına gerek tanı gerekse tedavi süreci ile ilgili yeterli açıklama yapmadıkları, bütüncül bir tedavi yaklaşımı göstermedikleri sonucuna varılmıştır (41). Bu durum bizim çalışmamızdaki hekimlerin, hastalarına ruhsal, sosyal ve fiziksel iyi olma durumları arasındaki etkileşimi öngören bir tedavi yaklaşımı önerilmediği, sağlığı geliştirme ve duyguları ele alma davranışları ile ilgili önerilerde bulunulmadığı sonucuyla örtüşmektedir. Tedavi sürecindeki bir kişiye bu sürecin

bir parçası olarak uygulanan bir müdahalenin hastanın durumunu değiştirmesi ve bu değişimin söz konusu müdahalenin bilinen herhangi özgün bir farmakolojik veya fizyolojik etkinliğine bağlı olmaması durumu plasebo etkisidir (2). Yapılan bir çalışmada ciddi koroner arter hastalığı olan hastalarda plasebo etkisinin gücüne bir örnek oluşturmaktadır. Anjiyogenez ve lazer miyokard revaskülarizasyon denemelerinin yapıldığı bu çalışmada son dönem koroner arter hastalığı olan hastalarda plasebo tedavisinin uzun dönem yararlı etkilere sahip olduğu görülmüştür. Çalışmaya alınan hastalar rasgele bir şekilde tedavi grubuna veya plasebo grubuna ayrılmışlardır. Her iki grupta da ortalama anjina sınıfı, egzersiz koşu bandı zamanı ve yaşam kalitesindeki düzelmeler müdahalenin başlangıcını izleyen 90 günde büyük ölçüde korunmuştur. Plasebo grubunda müdahalenin hastalara sağladığı yararın iki yıllık izlem sürecinde etkisini korunduğu gözlenmiştir (11). Hasta-hekim ilişkisinde hekimin davranışları, kullanılan ilacın yararına dönük inandırıcılığı ve samimiyeti, hastaya gösterdiği samimiyet ve verdiği güven, ilacın plasebo etkinliğini artırabilmektedir. Bu durumun tersinin yaşandığı olaylarda da, örneğin; hekimin ilgisizliği, soğukluğu ve kararsızlığı plasebo etkinliği azaltabilmektedir (42). Birinci basamağa başvuran hastaların önemli bir kısmında ilaç veya cerrahi müdahale dışındaki tedavi yöntemleri büyük oranda işe yaramaktadır. Genel kabul gören bir sonuç da her üç vakadan birinde plasebo etkinin gerçekleştiğidir (42,43). Rehberler hekimlere karar verme sürecinde önemli katkıda bulunabilirler. Gereksiz ve kanıta dayalı olmayan uygulamaları sınırlamada yardımcı olabilirler. Rehberlerin hekimlere yol haritası olma özellikleri vardır. Rehberler mutlaka uyulması gereken kesin hükümlü belgeler değildir. Bu nedenle uygulayıcıların %100 uymaları beklenmez (44). Demirkıran ve arkadaşlarının Ankara'da yaptıkları 'pratisyen hekimlerin ilaç seçimlerini etkileyen faktörler' üzerine yaptıkları çalışmada katılımcıların %54,7'si ilaçlarla ilgili bilgi ihtiyacını karşılayamadıklarını, %20,3'ü ise tanı ve tedavi rehberlerinden haberdar olmadıklarını bildirmişler (45). Çalış ve arkadaşlarının Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem 4 öğrencilerinin 'hastalık, durum ve semptomaya dayalı öğrenme rehberi' kullanma durumları üzerine yaptıkları çalışmada, öğrencilerin yalnızca %35,2' si rehber kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum, her üç öğrenciden yaklaşık ikisinin rehber kullanmadığını ortaya koymaktadır (46). Bizim yaptığımız çalışmada hekimlerin birinci senaryo için güncel uygulama rehberlerini takip ettiğini, zamanı ve diğer kaynakları verimli kullanacak seçimler yapmaya çalıştıkları, diğer senaryo için bu parametrenin uygulanmadığı yönündedir. Bunun muhtemel nedenleri arasında senaryolar arasındaki farktı. Birinci senaryonun kronik bir

hastalık olan diyabet üzerine kurgulanmış olması, hekimlerin bu konuya daha aşina ve bu konudaki rehber sayısının yeterli sayıda olması, senaryolar arasında rehber kullanma farkını oluşturmuş olabilir.

Araştırmacıların her iki senaryo için uzlaşma öncesi verdikleri toplam puanlarla, uzlaşma sonrası verdikleri ortalama toplam puanlar karşılaştırıldığında her iki senaryo için anlamlı bir fark saptanmamıştır. Değerlendirdiğimiz ana başlıklardan, hasta merkezli yaklaşım ana başlığında iki araştırmacının uzlaşma öncesi puanlarıyla, uzlaşma sonrası puanları arasında anlamlı fark görülmüştür. Diğer iki ana başlıkta araştırmacılar arasında uzlaşma öncesi ve sonrası toplam puanlarında fark saptanmamıştır. İki araştırmacının her iki senaryoda, hasta merkezli yaklaşım ana başlığında uzlaşma öncesi ve sonrası toplam puanlarında fark oluşmasını, araştırmacıların uzlaşma öncesinde senaryoları izleme süreleri, senaryoları izleme sıralamalarının farklı olması, parametre kontrol listesinin yoğun olması, kayıtları aynı anda hem izleyip, hem de listeden puanlama esnasında parametrelerin ölçekteki yerlerini tespit etme gibi zorluklarının olması arzu edilen performansa ait tüm bileşenleri yakalamada zorluklara neden olmuş olabilir. Araştırmacılar, ölçeğin sonunda her iki senaryo için hekimin BPS performansına yönelik verdikleri ortalama global puanlara bakıldığında, aralarında uzlaşma olduğu ve hekimlerin biyomedikal bir performans sergilediklerini düşünmektedirler. Araştırmacıların verdikleri toplam puanlar ve global değerlendirme sonuçlarına bakıldığında araştırmacılar arasında fark olmaması nedeniyle, araştırmacıların kendi aralarında tutarlı olduğunu söyleyebiliriz.

Cronbach tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, maddeler doğru-yanlış olacak şekilde puanlanmadığında kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir (47). Çalışmamızda kullandığımız ölçeğin Cronbach alfa değeri araştırmacılara göre 0,94-0,98 arasında değişmekteydi. Bu da kullandığımız ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Margalit ve arkadaşlarının hekimlerin BPS performansını değerlendirmeye yönelik yaptıkları çalışmada kullandıkları değerlendirme aracının Cronbach alfa değeri 0,90 olarak bulunmuş. Değerlendirme aracının biyomedikal yaklaşımı esas alan hekimler ile biyopsikososyal yaklaşımı esas alan hekimler arasındaki farkları ayırt ettiğini gözlemlemişler (31).

Margalit ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hekimlerin yarısının hasta-hekim görüşmelerinin videoya kaydedilmesi yöntemini kabul etmedikleri görülmüş. Bizim çalışmamızda ulaşabildiğimiz ve çalışmaya dahil etmek istediğimiz 50 hekimden 10'u video

kayıt şeklinde yapılacak olan bu çalışmayı kabul etmemiştir. Bu hekimler, gerekçe olarak zaman azlığı, video kamera önünde rahat olamama, görüşme görüntülerinin başkaları tarafından izlenmesinden rahatsız olmalarını ileri sürmüşlerdir.

Çalışmamızda hekimlerin hastalarının sözünü kesme süreleri ilk senaryo için ortalama 33 saniye, ikinci senaryo için 23 saniye idi. Bu konuda yapılmış çalışmalara göre hekimin hastanın sözünü ilk olarak kestiği süre hasta merkezlilik ile ilişkilidir. Görüşme sırasında yapılabilecek büyük hatalardan birisi de hastaya hikayesini anlatması konusunda izin vermemektir. Sıklıkla konuşma görüşmenin akışını değiştiren sorular, konu değiştirme ya da hekimde ilgi kaybını ifade eden davranışlar ile kesilmektedir. Hekimler genelde iyi dinleyici değildirler (2). Hasta-hekim görüşmelerinin %69' unda hekim, hastasının konuşmasını görüşmenin başlangıcından itibaren ortalama 18. saniyede kesmekte ve bu hastaların %2' sinden azı konuşmaya devam etmektedir (48). Başka bir çalışmada ise ilk söz kesmenin 23,1 saniye sonra gerçekleştiği savunulmaktadır (49). Bizim çalışmamızda hekimlerin hastanın sözünü kesme sürelerinin genel ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. Çalışmamızda senaryolar için ortalama görüşme süreleri 4-7 dakika arasında değişmekteydi. Wright ve arkadaşlarının 173 hasta ve 13 sorudan oluşan bir anket çalışmasında, hasta-hekim görüşme süreleri değerlendirilmiş. Kısa süren görüşmeler toplam iki dakikayı geçmemiş. Uzun süren görüşmeler ise 4-11 dakika arasında, ortalama yedi dakika sürmüş. Uzun süreli görüşmelerde hastaların sorulara verdikleri yanıtların doğruluk oranının, kısa süren görüşmelere göre daha fazla olduğu görülmüş (50). Hekimler genel olarak yoğun poliklinik şartları, bürokratik işlemler, kayıtlı nüfuslarının fazla olması ve mobil hizmet görevleri nedeniyle, hastalarına yeterince vakit ayıramadıklarını düşünmektedirler. Bizim çalışmamızdaki hekimlerin, hastalarına ayırdığı ortalama zamanla, bu çalışmanın ortalama süreleri uyumlu gözükmektedir.

Çalışmamızda her iki senaryo için, hasta-hekim toplam görüşme süresi, hastanın konuşma süresi ve hekimin hastasının sözünü ilk kestiği süre ile araştırmacıların hekimlerin BPS performanslarına yönelik değerlendirme sonuçları ile karşılaştırıldığında, BPS yaklaşım gösteren hekimlerin, hastalarıyla toplam görüşme süreleri ile hastanın konuşma süresinin daha uzun olduğu, BM yaklaşım gösteren hekimlerde, bu sürelerin daha kısa olduğu görülmüş ve aralarında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Hekimlerin hastalarının sözünü ilk kesme süreleri ile yaklaşım modelleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Buradan hastalarına daha fazla zaman ayıran, hastasını daha fazla dinleyen ve hastasının kendisini

ifade etmesine daha çok olanak tanıyan hekim profilinin BPS yaklaşım yatkınlığının daha fazla olduğu söylenebilir.

Her iki senaryo içinde hasta-hekim görüşme tipi ile yaklaşım modelleri karşılaştırıldığında, BPS yaklaşım gösteren hekimlerin, karşılıklı bir görüşme tipi, BM yaklaşım gösteren hekimlerin ise hekim kontrolünde bir görüşme tipi sergilediklerini söyleyebiliriz. Görüşme tipleriyle, yaklaşım modelleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($p=0,01$). Çalışmamızda değerlendirilen hekimler ağırlıklı olarak hekim kontrolünde bir görüşme tipi sergilemişlerdir. 2009 yılında yapılan bir doktora tezinde farklı uzmanlık dallarında 50 Türk ve 25 Fransız hekimle gerçekleştirilen, hastayı algılama ve hekimin zihnindeki hasta kavramı bağlamında Türk ve Fransız hekimler karşılaştırılmıştır. Hasta-hekim ilişkisi modeli seçenekleri arasında 'hekim hastanın hizmetindedir, hastanın istekleri-seçimleri doğrultusunda çalışır' ifadesini işaretleyen Türk hekimlerin oranı % 6, Fransız hekimlerin oranı ise % 52 olup, iki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark görülmüştür. Türk hekimlerinin çok azının hastanın hizmetinde olmayı ve onun istekleri doğrultusunda çalışmayı ideal model kabul etmesi, toplumun her alanda paternalist yaklaşımları benimsemiş bulunmasıyla uyumlu bulunmuştur (51). Samur ve arkadaşlarının Ankara Üniversitesi Hastanesi'nde 58 hekim ve 150 tıp fakültesi öğrencisine anket uygulanarak ve 82 hasta ile görüşme yapılarak gerçekleştirilen çalışma, 1990'ların sonunda Türkiye'deki hekim tutumu üzerine fikir vermektedir. Bu çalışmada katılımcıları kanser hastaları karşısında % 52 oranında paternalist (hekim kontrolünde) bir yaklaşıma sahip oldukları görülmüştür. Hastaların % 63,48'i hastalıkları hakkında bilgi sahibi değildir, bir başka deyişle bilgilendirilme düzeyleri batı standartlarının çok altındadır. Hastaların % 44'ü tedavi kararında hekimle birlikte aynı derecede sorumluluk almayı ve % 22'si ise tedaviyi tamamen kendisi seçmeyi istemektedir (52). Elde ettiğimiz bulgular bu çalışmalarla paralellik göstermektedir. Hekimler hasta-hekim görüşmelerinde hekim kontrolünde (paternalistik) bir yaklaşımı benimsemektedirler.

Çalışmamıza katılan hekimlere hasta-hekim görüşmesi bitiminde aynı ölçek verilmiş ve kendilerini değerlendirmeleri istenmiştir. Hekimler genel olarak BPS bir yaklaşım sergilediklerini ve hasta merkezli yaklaşımın bileşenlerini yerine getirdiklerini düşünmektedirler. Hekimlerin kendilerine verdikleri puanlarla, araştırmacıların hekimlere verdikleri puanlar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Hekimlerin kendilerini objektif olarak değerlendirmelerini kısıtlayan bazı nedenler olabilir. Bunlar arasında BPS yaklaşımın net

olarak anlaşılamaması, bazı hekimlere göre BPS yaklaşımın zaman kaybettirici ve gereksiz olarak algılanması, ölçeklerin zaman alıcı olması nedeniyle ayrıntılı değerlendirilememesi, hekimlerin değerlendirilmekten çekinmeleri, ülkemizde yaygın olarak uygulanan performans sistemi olabilir. Performans sistemi hekimin insan yaşamına, sağlığına ve esenliğine özen gösterme sorumluluğunu zorlayıcı özellikte bir sistem olması, iyi hekimlik değerlerinin korunmasını güçleştirmektedir. Sağlık çalışanları, performans kaygısı ile daha çok işlem yaparak daha çok performans puanı elde etmeye zorlandıkları için, her bir hastaya ayrılan zaman zorunlu olarak azalmakta; bunun sonucu olarak hekimlik uygulamalarında ve tıp eğitiminde bütüncül yaklaşım korunamamaktadır. Performans sistemi hastaya ayrılan zamanın daha da kısalmasına yol açmakta böylece hastanın yeterli bir şekilde bilgilendirilmesini ve yeteri kadar aydınlatılmasını engellemektedir. Şu anda ülkemizde birinci basamakta uygulanan performans sisteminde hekimler kendilerine kayıtlı nüfusları oranında ve yaptıkları izlem ve takiplere göre ücretlendirilmektedir. Bu durum hekimleri baskı altına alarak hastalara karşı olan davranış ve tutumlarını olumsuz yönde etkiliyor olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Biyopsikososyal (BPS) model, bireyin sağlık durumunun biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin karşılıklı etkileşimi ile belirlendiğini ve yine bu üç boyutta yansımaları yol açtığını savunur. Doğrusal neden-sonuç ilişkileri temelli olan ve bireyi değil hastalığı merkeze alan biyomedikal modelin, sağlık ve hastalık ile ilgili gerçekleri açıklamada yetersiz kalması BPS modelin gelişimini tetiklemiştir

Her yeni teorinin uygulamaya yansımaları zaman alıcı ve sancılı bir süreçtir. Nitekim sahip olduğu geniş kapsama da bağlı olarak BPS yaklaşımın klinik pratiğe yansımaları ölçebilecek net nesnel ölçütler bulunmamaktadır. BPS yaklaşımın ilkeleri, niceliksel olarak değerlendirilmelerine olanak sağlayacak gözlenebilir klinik beceriler şeklinde ifade edilmemiştir. Çalışmamızda İzmir ilinde birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin klinik pratiklerinde biyopsikososyal yaklaşımı ne kadar uyguladıklarını araştırdık.

40 aile hekimi ile yapılan 80 hasta-hekim görüşmesinin sonucunda, araştırmacılar her iki senaryo içinde hekimlerin biyopsikososyal bir yaklaşım değil, biyomedikal ağırlıklı bir yaklaşım tarzını benimsediklerini, hekimler ise hastalarına biyopsikososyal bir yaklaşım sergilediklerini düşünmektedirler. Biyopsikososyal yaklaşımın günümüz tıbbında önemine vurgular yapılmakta ise de, tıp fakültesi eğitiminde yerini yeterince bulamaması, konunun net olarak anlaşılamaması, hasta-hekim ilişkisi ve iletişimi gibi konularda hekimlere, öğrencilere ve sonrası meslek yaşamlarında eğitim verilmesi gerekliliği aşıkardır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin toplam görüşme süreleri, hastanın konuşma süresi ve hastasının sözünü ilk kesme süreleri genel ortalamaların üzerinde olsa da yeterli değildir. BPS yaklaşım gösteren hekimlerin, BM yaklaşan hekimlere göre hastalarına ayırdıkları zaman da artmaktadır. Burada hekimlerin çalışma ortamlarının iyileştirilmesi, kişi başına düşen hasta sayısının azaltılması, hekimlerin ve toplumun iletişim konusunda eğitim düzeylerinin yükseltilmesi önemli görülmektedir.

Çalışmamızda hasta-hekim görüşme tipleri incelendiğinde hekimlerin, hekim kontrolünde (paternalistik) bir görüşme tipi uyguladıkları ortaya çıkmıştır. Karşılıklı görüşme tipi uygulayan az bir hekim grubunun ise ağırlıklı olarak biyopsikososyal bir yaklaşım sergiledikleri görülmüştür. Karşılıklı görüşme tipinin hekim ve hasta açısından kazanımları fazladır. Bu kazanımların farkındalığının artması, hekiminden daha fazla bilgi bekleyen hasta

sayısını da artıracaktır. Böyle zamanlarda durum tespiti, yönetimi ve tedavi protokollerini birlikte planlayan, hasta ve hekimler çoğalacaktır.

BPS model klinik uygulamaya, hasta merkezli klinik yöntem aracılığı ile yansır. Burada hekim, hem hastayı hem de hastanın rahatsızlığını anlamaya çalışır. Aile hekimleri hastalarıyla kurdukları sürekli ilişki, bütün aile bireyleri ile olan iletişim, anne karnındaki fetüsten, en yaşlı bireye kadar, hasta ve ailesini en iyi tanıyan hekim grubu olduğu için biyopsikososyal yaklaşımdan da en fazla yarar görebilecek hekim grubudur. Bu konudaki farkındalığın artması, tıp fakültesi müfredatında konunun yeterince işlenmesi, uzmanlık eğitiminde birinci basamak anlayışında bir standart oluşması, aile hekimlerinin hizmet içi eğitimlerinde konuya ağırlık verilmesi ve bu konuda yapılacak araştırma ve çalışmalar önümüzdeki yıllarda hekimlerin bakış açısı ve klinik uygulamalarına ışık tutacaktır.

7. **KAYNAKLAR**

- 1) Bozdemir N, Kara İ. Birinci basamakta tanı ve tedavi. Adana: Nobel Tıp Kitabevi, 2010;22-24
- 2) McWhinney IR, Thomas F. Çeviri: Güldal D. Aile Hekimliği. İstanbul: Medikal Akademi, 2012;50-250
- 3) Ersoy N. Tıp tarihi dersleri. Erişim: (http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari/n_ersoy/tip_tarihi-ders_notlari.doc). Erişim tarihi: 12/06/2013.
- 4) Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago: Universty Of Chicago Press, 1970;43-44
- 5) Graham JE, Christian LM, Kiecolt-Glaser JK. Stress, age, and immune function: toward a lifespan approach. Journal of Behavioral Medicine 2006;29:389-397
- 6) 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
- 7) Cunningham JA, Edmonds CV. Possible effects of psychological therapy on survival duration in cancer patients. Journal Of Clinical Oncology 2005;23:5263
- 8) Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. American Journal Of Epidemiology 1976;104:107-121
- 9) Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine 1976;38:300-14
- 10) Brody H. Placebos and the philosophy of medicine. Journal Of Medical Ethics 1981;7:42-49
- 11) Rana J, Mannam A, Donnel-Fink L, Gervino E. Longevity of the Placebo Effect in the Therapeutic angiogenesis and laser myocardial revascularization trials in patients with coronary heart disease. The American Journal of Cardiology 2005;95:1456-1459
- 12) Craen A, Moerman D, Heisterkamp S, Tytgat G. Placebo effect in the treatment of duodenal ulcer. Blackwell Science Ltd Br J Clin Pharmacol 1999;48:853-860
- 13) Ergin A. Biyopsikososyal yaklaşım. Erişim: (<http://www.ailehekimince.com/biopsikososyaly.htm>). Erişim tarihi:24/10/2011

- 14) Frankel R, Quill T, McDaniel S. The biopsychosocial approach past, present, future. Rochester: Universty Of Rochester Press, 2003;1-8
- 15) Uncu Y, Akman M. Sağlığa biyopsikososyal yaklaşım. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara 2004;73-78
- 16) Tekiner S, Ceyhun G. Sağlığa biyopsikososyal yaklaşım. Aile Hekimliği Dergisi 2008;2:52-58
- 17) Borrell F, Suchman A, Ebstein R. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Annals Of Family Medicine 2004;2:576-582
- 18) Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR. Patient centered medicine: Transforming the clinical method. Oxford: Radcliffe Medical Press 2003;1-146
- 19) Özlü T. Hasta-hekim ilişkisinde etik ilkeler. Erişim: (<http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/2152011145028-HekimHekimiliskisi.pdf>). Erişim tarihi:10/05/2012
- 20) Özer O. Hasta-hekim iletişiminin incelenmesi. Yayınlanmış uzmanlık tezi. Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2007
- 21) Atıcı E. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;33:91-96
- 22) Kutlu M, Çolakoğlu N, Özgüvenç P. Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma. Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi 2010;2:127-144
- 23) Stewart M. The patient-centered clinical method: a family medicine perspective. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2013;17:73-85
- 24) Hudon C, Fortin M, Haggerty J, Lambert M. Measuring patients perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. Annals Of Family Medicine 2011;9:155-164
- 25) Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IA. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. International Journal of Integrated Care 2005;5:1568-4156
- 26) Yağbasan M, Çakar F. Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması 2005;3:609-628
- 27) Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney IR. The impact of patient-centered care on outcomes. The Journal Of Family Practice 2000;49:796-804

- 28) Freemon B, Negrete V, Davis M, Korsch B. Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis. International Pediatric Research Foundation 1971;5:298-311
- 29) Vuori H. Doctor-patient relationship in the light of patients experiences. Social Science and Medicine 1972;8:723-730
- 30) McDaniel S, Campbell T, Hepworth J, Lorenz A. Çeviri: Yaman H. Aile Yönelimli Birincil Bakım. İstanbul. Yüce Yayım, 2005;1-30
- 31) Pendleton D. The new consultation: developing doctor-patient communication. Oxford:Oxford University Press, 2002;36-47
- 32) Margalit AP, Glick SM, Benbasat J, Cohen A. A practical assessment of physician biopsychosocial performance. Medikal Teacher 2007;29:219-226
- 33) Dorrick 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
- 34) Perron NJ, Secretan F, Vannotti M, Pecoud A. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. Family Practice An International Journal 2003;20:428-433
- 35) Margalit A, Glick S, Benbasat J, Cohen A. Promoting a biopsychosocial orientation in family practice: effect of two teaching programs on the knowledge and attitudes of practising primary care physicians. Medikal Teacher 2005;27:613-618
- 36) Özçakır A. Tıp eğitiminde iletişim ve klinik beceriler dersi verilmeli mi?: intern öğrenci görüşleri. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri 2002;22:185-189
- 37) Arslan A. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde hekim-hasta iletişimi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2005
- 38) Kalender A, Uludağ A. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde doktor-hasta ilişkisinin rolü. Amme İdare Dergisi 2004;37:117-132
- 39) Durukan M, Abalı O, Tüzün Ü. Pediatrik onkolojide bir aile çalışması örneği. Haseki Tıp Bülteni 2006;44:1-4
- 40) Sarp N. Hekim ve stres yönetimi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2000;53:133-137

- 41) Akıcı A, Uğurlu MÜ, Gönüllü N, Oktay Ş. Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002;11:253-257
- 42) Erdoğan N. Sağlık hizmetlerinin konusu: "plasebo ve plasebo etkiler". Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi 2002;4:273-284
- 43) Vernon M. The placebo effect: can we use it better? The British Medical Journal 1994;309:69-70
- 44) Akalın E. Klinik Uygulama Rehberleri ve Kanıta Dayalı Tıp. Erişim: (http://www.actus.com.tr/files/Klinik_Uygulama.pdf). Erişim tarihi: 12/06/2012
- 45) Demirkıran M, Şahin B. Pratisyen hekimlerin ilaç seçimlerini etkileyen faktörlere ilişkin değerlendirmeleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2010;13:1-27
- 46) Çalis M, Aslan D, Elçin M, Odabasi O. Hacettepe üniversitesi tıp fakültesi dönem dört öğrencilerinin "hastalık, durum ve semptomaya dayalı öğrenme rehberi"ni kullanma durumları. Tıp Eğitimi Dünyası 2004;17:17-23
- 47) Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlilik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;30:211-216
- 48) Aydın S, Kurdak H. Hasta-hekim görüşmesi. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara 2004;55-60
- 49) Marvel KM, Epstein RM, Flowers K, Beckman H. Soliciting the patient's agenda have we improved? JAMA. 1999;281:283-287
- 50) 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
- 51) Henzel ZO. Hastayı algılama ve hasta kavramı oluşturma bağlamında Türk ve Fransız hekimlerin karşılaştırılması. Yayınlanmış Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2009
- 52) Samur M, Şenler F, Akbulut H, Pamir A. Kanseri tanısı almış hastaların bilgilendirme durumu: hekim ve hekim adaylarının yaklaşımları hakkında ankara üniversitesi tıp fakültesi ibni sina hastanesi'nde yapılan sınırlı bir araştırmanın sonuçları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2000;53:161-166

8. EKLER

8.1. EK-1: Araştırmacı Değerlendirme Ölçeği

Hekim No:
Görüşme No:
Değerlendirenin adı:
Değerlendirme Sıra No:
Görüşme süresi:

HASTA MERKEZLİ								HEKİM MERKEZLİ
Görüşme boyunca hastaya ilgi ve saygı gösterdi.								Görüşme boyunca hastaya ilgi ve saygı göstermedi.
Hastanın gerçek geliş nedenini araştırdı.								Hastanın gerçek geliş nedenini araştırmadı.
Görüşme boyunca hastanın hastalığıyla ilgili duygu ve kaygılarını araştırdı.								Görüşme boyunca hastanın hastalığıyla ilgili duygu ve kaygılarını araştırmadı.
Görüşme boyunca hastaya empati yaparak hastanın duygu ve kaygılarını anladı.								Görüşme boyunca hastanın hastaya empati yaparak hastanın duygu ve kaygılarını anlamadı.
Görüşme boyunca hastanın sağlık inancı ve baş etme ile ilgili zorluklarına saygı duydu.								Görüşme boyunca hastanın sağlık inancı ve baş etme ile ilgili zorluklara saygı duymadı.
Görüşme boyunca hastanın görüş ve tercihlerini dikkate aldı ve saygı duydu.								Görüşme boyunca hastanın görüş ve tercihlerini dikkate almadı. Saygı duymadı.
Görüşme boyunca hastaya davranışlarıyla 'benim görevim size yardım etmek ben sizin için varım' mesajı verdi.								Görüşme boyunca hastaya davranışlarıyla 'benim görevim size yardım etmek ben sizin için varım' mesajı vermedi.
SİSTEM YÖNELİMLİ VE AİLE MERKEZLİ YAKLAŞIM								
Hastanın iyilik halini(sağlık, mutluluk v.b) etkileyen tüm faktörleri araştırdı.								Hastanın iyilik halini(sağlık, mutluluk v.b) etkileyen tüm faktörleri araştırmadı.
Hastanın rahatsızlığının kendisine, ailesinine ve çevresine olan etkilerini araştırdı.								Hastanın rahatsızlığının kendisine, ailesinine ve çevresine olan etkilerini araştırmadı.
Hastanın karar alma mekanizmalarında aile ve çevresinin etkilerini araştırdı.								Hastanın karar alma mekanizmalarında aile ve çevresinin etkilerini araştırmadı.
Hastanın ve ailesinin tedaviye katılımını sağladı.								Hastanın ve ailesinin tedaviye katılımını sağlamadı.
BÜTÜNCÜL PROBLEM ÇÖZME YAKLAŞIMI								
Hastanın zaman elverdiğince öncelikle akut olmak üzere tüm problem/kaygıları ve çözümlerini araştırdı ve diğer problemlerini zamana yaydı.								Hastanın zaman elverdiğince öncelikle akut olmak üzere tüm problem/kaygıları ve çözümlerini araştırmadı ve diğer problemlerini zamana yaymadı.
Güncel uygulama rehberlerini takip etti, zamanı ve diğer kaynakları verimli kullanacak seçimler yapmaya çalıştı.								Güncel uygulama rehberlerini takip etmedi, zamanı ve diğer kaynakları verimli kullanacak seçimler yapmaya çalışmadı.
Hastada gerçekçi beklentiler oluşturmaya çalıştı.								Hastada gerçekçi beklentiler oluşturmaya çalışmadı.
Hastaya sadece ilaç önermiyor ayrıca hastanın sağlığını geliştirme ve duygularını ele alma davranışları ile ilgili önerilerde bulundu. Ruhsal ve fiziksel iyi olma arasındaki etkileşimi açıkladı.								Hastaya sadece ilaç önermiyor ayrıca hastanın sağlığını geliştirme ve duygularını ele alma davranışları ile ilgili önerilerde bulunmadı. Ruhsal ve fiziksel iyi olma arasındaki etkileşimi açıklamadı.
Hastaya plasebo etkisini arttırmaya yönelik ancak gereksiz anksiyeteyi yol açmayacak şekilde önerilerde bulundu..								Hastaya plasebo etkisine arttırmaya yönelik ancak gereksiz anksiyeteyi yol açmayacak şekilde önerilerde bulunmadı.
Tanının biyomedikal ve biyopsikososyal bileşenleri ortaya koydu.								Tanının biyomedikal ve biyopsikososyal bileşenleri ortaya koymadı.
Hastaya ruhsal, sosyal ve fiziksel iyi olma durumları arasındaki etkileşimi öngören bir tedavi yaklaşımı önerdi.								Hastaya ruhsal, sosyal ve fiziksel iyi olma durumları arasındaki etkileşimi öngören bir tedavi yaklaşımı önermedi.
Hastaya duygusal ve davranışsal sorunları çözmesi için cesaretlendirici bir plan sundu.								Hastaya duygusal ve davranışsal sorunları çözmesi için cesaretlendirici bir plan sunmadı.
Görüşme süresince verilen tedavinin iş yaşamı üzerine olan etkisini araştırdı.								Görüşme süresince verilen tedavinin iş yaşamı üzerine olan etkisini araştırmadı.
GLOBAL DEĞERLENDİRME (HEKİMİN BPS PERFORMANSI)								
HASTA HEKİM GÖRÜŞME TİPİ								
☐ Hekim kontrolünde								
☐ Hasta kontrolünde								
☐ İşlevsiz								
☐ Karşılıklı								

8.2. EK-2: Hekimin Kendisini Değerlendirme Ölçeği

HEKİM KENDİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

Görüşme yapılan hasta: ☐ kadın ☐ erkek
Görüşmenin sırası: ☐ 1 ☐ 2

HASTA MERKEZLİ									HEKİM MERKEZLİ
Görüşme boyunca hastama ilgi ve saygı gösterdim									Görüşme boyunca hastama ilgi ve saygı göstermedim
Hastamın gerçek geliş nedenini araştırdım									Hastamın gerçek geliş nedenini araştırmadım
Görüşme boyunca hastamın hastalığıyla ilgili duygu ve kaygılarını araştırdım									Görüşme boyunca hastamın hastalığıyla ilgili duygu ve kaygılarını araştırmadım
Görüşme boyunca hastama empati yaparak hastamın duygu ve kaygılarını anladım									Görüşme boyunca hastama empati yaparak hastamın duygu ve kaygılarını anlamadım
Görüşme boyunca hastamın sağlık inancı ve baş etme ile ilgili zorluklarına saygı duydum.									Görüşme boyunca hastamın sağlık inancı ve baş etme ile ilgili zorluklara saygı duymadım.
Görüşme boyunca hastamın görüş ve tercihlerini dikkate aldım, saygı duydum.									Görüşme boyunca hastamın görüş ve tercihlerini dikkate almadım, saygı duymadım.
Görüşme boyunca hastama davranışlarımla 'benim görevim size yardım etmek ben sizin için varım' mesajı verdim.									Görüşme boyunca hastama davranışlarımla 'benim görevim size yardım etmek ben sizin için varım' mesajı vermedim.
SİSTEM YÖNELİMLİ VE AİLE MERKEZLİ YAKLAŞIM									
Hastamın iyilik halini(sağlık, mutluluk v.b) etkileyen tüm faktörleri araştırdım.									Hastamın iyilik halini(sağlık, mutluluk v.b) etkileyen tüm faktörleri araştırmadım.
Hastamın rahatsızlığının kendisine, ailesinine ve çevresine olan etkilerini araştırdım									Hastamın rahatsızlığının kendisine, ailesinine ve çevresine olan etkilerini araştırmadım.
Hastamın karar alma mekanizmalarında aile ve çevresinin etkilerini araştırdım									Hastamın karar alma mekanizmalarında aile ve çevresinin etkilerini araştırmadım
Hastamın ve ailesinin tedaviye katılımını sağladım.									Hastamın ve ailesinin tedaviye katılımını sağlamadım.
BÜTÜNCÜL PROBLEM ÇÖZME YAKLAŞIMI									
Hastamın zaman elverdiğince öncelikle akut olmak üzere tüm problem/kaygıları ve çözümlerini araştırdım ve diğer problemlerini zamana yaydım									Hastamın zaman elverdiğince öncelikle akut olmak üzere tüm problem/kaygıları ve çözümlerini araştırmadım ve diğer problemlerini zamana yaymadım
Güncel uygulama rehberlerini takip ederek, zamanı ve diğer kaynakları verimli kullanacak seçimler yapmaya çalıştım.									Güncel uygulama rehberlerini takip etmedim, zamanı ve diğer kaynakları verimli kullanacak seçimler yapmaya çalışmadım.
Hastamda gerçekçi beklentiler oluşturmaya çalıştım.									Hastamda gerçekçi beklentiler oluşturmaya çalışmadım
Hastama sadece ilaç önermiyor ayrıca hastamın sağlığını geliştirme ve duygularını ele alma davranışları ile ilgili önerilerde bulundum. Ruhsal ve fiziksel iyi olma arasındaki etkileşimi açıkladım									Hastama sadece ilaç önermiyor ayrıca hastamın sağlığını geliştirme ve duygularını ele alma davranışları ile ilgili önerilerde bulundum. Ruhsal ve fiziksel iyi olma arasındaki etkileşimi açıklamadım
Hastama plasebo etkisine arttırmaya yönelik ancak gereksiz anksiyeteyi yol açmayacak şekilde önerilerde bulundum.									Hastama plasebo etkisine arttırmaya yönelik ancak gereksiz anksiyeteyi yol açmayacak şekilde önerilerde bulunmadım
Tanının biyomedikal ve biyopsikososyal bileşenleri ortaya koydum.									Tanının biyomedikal ve biyopsikososyal bileşenleri ortaya koymadım
Hastama ruhsal, sosyal ve fiziksel iyi olma durumları arasındaki etkileşimi öngören bir tedavi yaklaşımı önerdim									Hastama ruhsal, sosyal ve fiziksel iyi olma durumları arasındaki etkileşimi öngören bir tedavi yaklaşımı önermedim
Hastama duygusal ve davranışsal sorunları çözmesi için cesaretlendirici bir plan sundum.									Hastama duygusal ve davranışsal sorunları çözmesi için cesaretlendirici bir plan sunmadım
Görüşme süresince verilen tedavinin iş yaşamı üzerine olan etkisini araştırdım.									Görüşme süresince verilen tedavinin iş yaşamı üzerine olan etkisini araştırmadım.

8.3. EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (SİMÜLE HASTA)

Sayın Katılımcı;

Biyopsikosozal yaklaşımın önemi aile hekimliği literatüründe sıklıkla vurgulanmasına karşın net olarak tanımlanmamakta, hekimler tarafından da farklı şekillerde algılanmaktadır. Katılacağınız bu çalışmada, tarafınızca canlandırılacak daha önce size anlatılan ve üzerinde çalıştığımız ve tarafınızca kabul edilen bir dizi senaryo temelinde sizin ve araştırmaya katılan hekimler arasındaki görüşmeler görsel, işitsel olarak kayıt altına alınacaktır. Kayıt altına alınan bu hasta hekimler arasındaki görüşmeler çeşitli uluslararası yayın ve dokümanlardaki biyopsikosozal yaklaşım tanımı çerçevesinde değerlendirilecektir. Bu çalışmada elde edilen veriler sadece araştırma amacı ile ve kesinlikle isimsiz bir şekilde kullanılacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmza:

Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı: Mustafa Gökhan

Soyadı: ŞEN

Tel: 0232 412 4963

0505 2966419

Tarih:

İmza:

8.4. EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HEKİM)

Sayın Katılımcı Dr;

Biyopsikosozal yaklaşımın önemi aile hekimliği literatüründe sıklıkla vurgulanmasına karşın net olarak tanımlanmamakta, hekimler tarafından da farklı şekillerde algılanmaktadır. Katılacağınız bu çalışmada, simüle hastalar tarafından canlandırılan bir dizi senaryo temelinde simüle hasta ve tarafınız arasındaki görüşmeler görsel, işitsel olarak kayıt altına alınacaktır. Kayıt altına alınan bu hasta hekim görüşmeleri çeşitli uluslararası yayın ve dökümanlardaki biyopsikosozal yaklaşım tanımı çerçevesinde değerlendirilecektir. Bu çalışmada elde edilen veriler sadece araştırma amacı ile ve kesinlikle isimsiz bir şekilde kullanılacaktır

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmza:

Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı: Mustafa Gökhan

Soyadı: ŞEN

Tel: 0232 412 4963

0505 2966419

Tarih:

İmza:

8.5. EK-5: ETİK KURUL ONAY YAZISI

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2012/11-13	Tarih: 22.03.2012
	Prof.Dr.Dilek GÜLDAL'ın sorumlusu olduğu "İzmir İli Aile Hekimlerinin Klinik Pratiklerinde Biyopsikososyal Yaklaşımı Ne Kadar Uyguladıklarının Saptanması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Besti</i>
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Osman</i>
Prof.Dr.Mehtap MALKOÇ	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Mehtap</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Adnan MENDERES	Plastik Cerrahi	DEU Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Adnan</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ece</i>
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Hüseyin</i>
Prof.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılmadı</i>
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>M. Güneli</i>
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ayşe</i>
Doç.Dr.İşıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılmadı</i>
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐ H ☒	<i>İhsan</i>

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

ASLI GİBİDİR
Yunus KARSLI
D.E.Ü. Tıp Fakültesi
Fakülte Sekreteri