

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TIP ÖĞRENCİLERİNDE EMPATİ VE BÜTÜNLÜK
DUYGUSUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN
Arş. Gör. Dr. Kübra Aslan

DANIŞMAN
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Dur
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

2023-AFYONKARAHİSAR

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TIP ÖĞRENCİLERİNDE EMPATİ VE BÜTÜNLÜK
DUYGUSUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN
Arş. Gör. Dr. Kübra Aslan

DANIŞMAN
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Dur
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

2023-AFYONKARAHİSAR

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Başlığı: Tıp Öğrencilerinde Empati ve Bütünlük Duygusunun Değerlendirilmesi

Tez Hazırlayan: Arş. Gör. Dr. Kübra Aslan

Tez Kabul Tarihi: 25.10.2023

Tez Danışmanı: Dr.Öğr.Üyesi Gamze Dur

İş bu çalışma jürimiz tarafından AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI'NDA TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ:

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Gamze Dur

Üye

Doç. Dr. Betül Kurtsey Gürsoy

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Utku Eser

ONAY

DEKAN

TEŞEKKÜR

Tez sürecinde benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, anlayışı ve bilgisiyle beni destekleyen tez danışmanım saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Gamze Dur'a,

Uzmanlık eğitimim sürecinde destek ve katkılarını benden ve bizden esirgemeyen, bilgi ve tecrübesiyle her zaman yanımda olan kıymetli ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Nazlı Şensoy'a,

Değerli katkılarını bizlerden esirgemeyen saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşen Mert'e,

Tezimin her aşamasında maddi ve manevi desteklerini sürekli hissettiğim bu süreçte hep yanımda olan, asistanlık eğitimimin bana kazandırdığı, çok değerli dostlarım Dr.Aysel Özkan ve Dr. Tuğçe Sencar'a,

Aile hekimliğinde bulunduğum süre zarfında birlikte çalışmaktan keyif aldığım, bir aile gibi olduğumuzu hissettiğim tüm asistan arkadaşlarıma,

Tüm zorlu süreçlerde benimle olduklarını bildiğim, daimî desteğim olan çok kıymetli dostlarım Esra Selek ve Fadime Eker'e,

Beni bugünlere getiren, tez süreci de dahil olmak üzere tüm zorlayıcı süreçlerde yanımda olan, varlıkları için hep teşekkür edeceğim sevgili ve canım aileme en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Kübra ASLAN

Afyonkarahisar, Eylül 2023

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı; tıp öğrencilerinde empati, bütünlük duygusu ve benlik saygısı kavramlarının değerlendirilmesidir. Hekimlik empatisi, bütünlük duygusu, benlik saygısı ve bunlarla ilişkili olabilecek durumların belirlenmesi ile literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel analitik tipte olup, 15.04.2023-01.07.2023 tarihleri arasında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, 624 öğrenci ile yapılmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı anlatılıp, sözlü onamları alınarak, çalışmaya katılmayı kabul edenlere düzenlenen anket formu online olarak uygulanmıştır. Çalışmada sosyodemografik bilgileri sorgulayan tarafımızca literatür eşliğinde hazırlanan anket formu, Jefferson Hekim Empati Ölçeği Öğrenci Versiyonu (Jefferson Scale of Empathy S-Version), Bütünlük Duygusu Ölçeği (Sense of Coherence Scale-Short Form), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 26 programı kullanılarak yapılmış $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrenciler; 18-29 yaş aralığındadır. Katılımcıların %40,2'si ($n=251$) erkek ve %59,8'i ($n=373$) kadındır. Katılımcıların %19,2'si ($n=120$) 1. sınıf, %16,5'i ($n=103$) 2. sınıf, %14,9'u ($n=93$) 3. sınıf, %16,8'i ($n=105$) 4. sınıf, %15,5'i ($n=97$) 5. sınıf, %17'si ($n=106$) 6. sınıf olarak öğrenim görmektedir. Sınıflar arası değerlendirmede JSPE alt boyutu olan şefkatle davranma için, 1.sınıfların puanı 5. ve 6. sınıflara göre, 3. sınıfların puanı 5. ve 6. sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır. Hastanın ayakkabısını giyme alt boyutunda 1. Sınıfların puanı 6. Sınıfların puanından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur. Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanı ile bütünlük ölçeğine ait anlaşılabilirlik alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki ($r=-0,343$; $p<0,0001$), yönetilebilirlik alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki ($r=-0,390$; $p<0,0001$), anlamlılık alt boyutunda negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki ($r=-0,197$; $p<0,0001$) ve bütünlük duygusu toplam ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki saptanmıştır ($r=-0,397$; $p<0,0001$). Empati ölçeğine ait hastasının ayakkabısını giyme alt boyut toplam puanı ile bütünlük duygusuna ait anlamlılık alt boyut toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır ($r=0,116$; $p=0,004$). Diğer ölçek ve alt boyut puanları arasında ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Çalışmamızda bütünlük duygusu, benlik saygısı ve ilişkili faktörler incelenmiş, bu üç kavramın tıp öğrencilerinde geliştirilmesi ve kavramlar hakkında farkındalık oluşturulması gerektiği sonucuna varılmıştır. Hekim hasta iletişimi iyi, empati yapabilen, kendisi sağlıklı olan ve etrafını da sağlığa teşvik edebilen bireyler için bu kavramların ele alınıp geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: JSPE, RBSÖ, SOC13, benlik saygısı, bütünlük duygusu, empati

ABSTRACT

Summary Aim: The aim of this study is to evaluate the concepts of empathy, sense of coherence, and self-esteem in medical students. The study aims to contribute to the literature by determining physician empathy, sense of coherence, self-esteem, and related factors.

Materials and Methods: Our study is a cross-sectional analytical study and was conducted with 624 students at Afyonkarahisar University Faculty of Medicine between 15.04.2023 and 01.07.2023. After explaining the purpose of the research to the participants and obtaining their verbal consent, the survey form was administered online to those who agreed to participate. In the study, a survey form prepared by us, which queries socio-demographic information, and the Jefferson Scale of Empathy Student Version, Sense of Coherence Scale-Short Form, and Rosenberg Self-Esteem Scale were used. Statistical analyses were performed using SPSS 26, and $p < 0.05$ was considered significant.

Results: The students who participated in the study are in the 18-29 age range. 40.2% of the participants ($n=251$) are male, and 59.8% ($n=373$) are female. 19.2% of the participants ($n=120$) are in the 1st year, 16.5% ($n=103$) in the 2nd year, 14.9% ($n=93$) in the 3rd year, 16.8% ($n=105$) in the 4th year, 15.5% ($n=97$) in the 5th year, and 17% ($n=106$) in the 6th year. In the inter-class assessment, for the sub-dimension of showing compassion in the JSPE, the score of the 1st-year students was statistically significantly lower than that of the 5th and 6th-year students, and the score of the 3rd-year students was statistically significantly lower than that of the 5th and 6th-year students. In the sub-dimension of putting oneself in the patient's shoes, the score of the 1st-year students was statistically significantly lower than that of the 6th-year students. There was a statistically significant negative moderate relationship between the Rosenberg self-esteem scale score and the comprehensibility sub-dimension of the sense of coherence scale ($r=-0.343$; $p<0.0001$), a statistically significant negative moderate relationship between the manageability sub-dimension of the sense of coherence scale ($r=-0.390$; $p<0.0001$), a statistically significant weak negative relationship in the meaningfulness sub-dimension ($r=-0.197$; $p<0.0001$), and a statistically significant negative moderate relationship between the total score of the sense of coherence ($r=-0.397$; $p<0.0001$). There was a weak significant negative relationship between the sub-total score of "putting oneself in the patient's shoes" in the empathy scale and the sub-total score of meaningfulness in the sense of coherence ($r=0.116$; $p=0.004$). No relationship was found between other scale and sub-dimension scores.

Conclusion: In our study, the sense of coherence, self-esteem, and related factors were examined, and it was concluded that these three concepts need to be developed in medical students and awareness needs to be created about them. For individuals who can communicate well with patients, show empathy, are physically healthy, and can also encourage others to be healthy, these concepts need to be addressed and developed.

Keywords: JSPE, RSES, SOC13, self-esteem, sense of coherence, empathy.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI.....	i
KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
<u>TEŞEKKÜR</u>	iii
<u>ÖZET</u>	iv
<u>ABSTRACT</u>	v
<u>İÇİNDEKİLER</u>	vi
<u>KISALTMALAR</u>	ix
<u>TABLolar DİZİNİ</u>	x
<u>ŞEKİLLER DİZİNİ</u>	xii
<u>1. GİRİŞ VE AMAÇ</u>	1
<u>2. GENEL BİLGİLER</u>	3
<u>2.1. Empati</u>	3
<u>2.1.1. Empati Tanım ve Tarihçesi</u>	3
<u>2.1.2. Empati Bileşenleri</u>	4
<u>2.1.3. Empatinin Basamakları</u>	5
<u>2.1.4. Empati ile Karışan Kavramlar</u>	11
<u>2.1.4.1. Empati ve Sempatı</u>	11
<u>2.1.4.2. Empati ve Acıma Duygusu</u>	11
<u>2.1.4.3. Empati ve Özdeşleşme</u>	11
<u>2.1.5. Hekimlik Empatısı</u>	12
<u>2.2. Salutogenez Kavramı</u>	15
<u>2.2.1. Salutogenez Kavramı Tanımı ve Gelişimi</u>	15
<u>2.2.2. Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları</u>	17
<u>2.3. Bütünlük Duygusu</u>	18
<u>2.3.1. Bütünlük Duygusu Tanım</u>	18
<u>2.3.2. Bütünlük Duygusu Bileşenleri</u>	20
<u>2.3.2.1 Anlaşılabilirlik</u>	20
<u>2.3.2.2. Yönetilebilirlik</u>	20

2.3.2.3. Anlamlılık	20
2.4. Benlik Saygısı	21
2.4.1. Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler	24
2.4.2. Düşük ve Yüksek Benlik Saygısı	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Modeli	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	28
3.4. Kullanılan Ölçme, Test Etme ya da Veri Toplama Yöntemi	28
3.4.1. Jefferson Hekim Empati Ölçeği Öğrenci Versiyonu	28
3.4.2. Sense of Coherence Scale-Short Form (SOC-13);	29
3.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	29
3.5. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı	30
3.6. Verilerin Analizi	30
4. BULGULAR	31
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	31
4.1.1. Katılımcıların Eğitim Durumuna İlişkin Tanımlayıcı Veriler	33
4.2. Katılımcıların JSPE-S, RBSÖ, SOC-13 Ölçeklerinin Toplam ve Alt Boyut Puanları	38
4.3. Tanımlayıcı Değişkenlerde Ölçeklere ve Alt Boyutlara Ait Puanların Değerlendirilmesi	38
4.3.1. Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	38
4.3.1.1. Benlik Saygısının Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	39
4.3.2. Öğrenim Görülen Sınıfa Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	40
4.3.3. Anne mesleğine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	43
4.3.4. Baba Mesleğine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	44
4.3.5. Tıp Fakültesini Tercih Etme Kararına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	46
4.3.6. Tıp Fakültesinde Olmaktan Memnun Olma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	48
4.3.7. Uzmanlık Eğitimi Tercihi Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	49
4.3.8. Sigara Kullanım Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	53
4.3.9. Alkol Kullanım Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	54

<u>4.3.10. Kronik Hastalık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması</u>	56
<u>4.3.11. Motivasyon Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması</u>	58
<u>4.3.11.1 Motivasyon Artma ve Azalma Durumuna Göre Yapılan Karşılaştırmalar ..</u>	63
<u>4.3.12. Mezuniyet Sonrası Plana Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....</u>	65
<u>4.3.13. Katılımcıların Kendilerini Empatik Hissetme Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması</u>	71
<u>4.4. Ölçekler Arasında Korelasyon ve Regresyon Modelleri.....</u>	73
<u>5. TARTIŞMA</u>	77
<u>5.1. Çalışmanın Güçlü Yanları</u>	87
<u>5.2 Çalışmanın Kısıtlılıkları</u>	88
<u>6. SONUÇLAR</u>	89
<u>7. ÖNERİLER</u>	92
<u>8. KAYNAKLAR</u>	93
EKLER:	
EK 1. ANKET FORMU	
EK 2. ETİK KURUL ONAY FORMU	

KISALTMALAR

Jefferson Scale of Empathy S-Version (JSPE-S)

Jefferson Scale of Empathy (JSPE)

Inter Quantile Range (IQR)

Sense of Coherence Scale-Short Form (SOC-13)

Standart Sapma (SS)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	32
Tablo 2. Katılımcıların eğitim durumuna ilişkin tanımlayıcı veriler	37
Tablo 3. Katılımcıların ölçek puan değerlendirme (n=624)	38
Tablo 4. Cinsiyetler arasında ölçekler ve alt boyutlara ait puanların karşılaştırılması	39
Tablo 5. Cinsiyetler arasında Rosenberg Benlik Saygısı Düzeyi Oranlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 6. Sınıflar arasında SOC-13 toplam ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	40
Tablo 7. Sınıflar arasında JSPE-S ve alt boyutlarına ait toplam puanlarının ve RBSÖ toplam puanının karşılaştırılması	41
Tablo 8. Anne mesleğine ait gruplar arasında SOC-13 toplam puanı ve alt boyutlarına ait puanların karşılaştırılması	43
Tablo 9. Anne mesleğine ait gruplar arasında JSPE-S ve alt boyutlarına ait puanların ve RBSÖ puanının karşılaştırılması.	43
Tablo 10. Baba mesleğine ait gruplar arasında SOC-13 ve alt boyutlarına ait puanların karşılaştırılması	44
Tablo 11. Baba mesleğine ait gruplar arasında JSPE-S ve alt boyutlarına ait puanların ve RBSÖ toplam puanının karşılaştırılması	46
Tablo 12. Tıp fakültesini tercih etme kararının öğrenciye ait olup olmama durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması	47
Tablo 13. Tıp fakültesinden memnun olma durumu ile ölçekler ve alt boyut puanları arasındaki ilişki	48
Tablo 14. Uzmanlık eğitimi kategorileri arasında SOC-13 ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 15. Uzmanlık eğitimi kategorileri arasında JSPE-S toplam puan, alt boyut puanları ve RBSÖ puan karşılaştırılması	50
Tablo 16. Sigara kullanma durumuna göre SOC-13 toplam puan ve alt boyut puan karşılaştırması	53
Tablo 17. Sigara kullanma durumları arasında JSPE-S toplam puanı, alt boyut puanı ve RBSÖ toplam puanı karşılaştırılması	53

Tablo 18. Alkol kullanım durumuna ait gruplar arasında SOC-13 toplam puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	54
Tablo 19. Alkol kullanım durumuna ait gruplar arasında JSPE-S toplam puanı, alt boyut puanları ve RBSÖ toplam puanı karşılaştırılması.....	56
Tablo 20. Kronik hastalık durumuna göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	57
Tablo 21. Son 1 yıl içinde olumsuz olay yaşayıp yaşamama durumu arasında ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	58
Tablo 22. Tıp fakültesine başladıktan sonra motivasyon durumları arasında SOC-13 ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	59
Tablo 23. Motivasyona göre oluşturulan gruplar arasında JSPE-S toplam puan, alt boyut puanları ve RBSÖ puanı karşılaştırılması	61
Tablo 24. Motivasyon değişiminin sınıflara göre karşılaştırılması.....	63
Tablo 25. Motivasyon durumunun prelinik ve klinik sınıflar için karşılaştırması...	64
Tablo 26. Motivasyon durumunun cinsiyete göre karşılaştırması	65
Tablo 27. Tıp fakültesi tercih durumu ve motivasyon durumu karşılaştırması	65
Tablo 28. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında SOC-13 ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	66
Tablo 29. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında JSPE-S toplam puanı, alt boyut puanları ve RBSÖ puanı karşılaştırılması.....	69
Tablo 30. Empatik hissetme skoru ile ölçekler ve alt boyut puanları arasındaki ilişki	72
Tablo 31. Ölçekler arasında korelasyonlar.....	73

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Empatik iletişim döngüsü	6
Şekil 2. Dökmen empati basamakları.....	10
Şekil 3. Sınıfların dağılımı	33
Şekil 4. Tıp fakültesi tercihinə göre dağılım	34
Şekil 5. Tıp fakültesinde olmanın memnuniyeti	34
Şekil 6. Uzmanlık eğitimi dağılımları	35
Şekil 7. Motivasyon durumunun dağılımı.....	35
Şekil 8. Mezuniyet sonrası planların dağılımı	36
Şekil 9. Sınıflar arasında şefkatle davranma puanının karşılaştırılması	42
Şekil 10. Sınıflar arasında hastanın ayakkabısını giyme puanının karşılaştırılması ..	42
Şekil 11. Babaya ait meslek grupları arasında anlaşılabilirlik alt boyut puanı karşılaştırması	45
Şekil 12. Baba mesleğine ait gruplar arasında SOC-13 toplam puanı karşılaştırması	45
Şekil 13. Perspektif alt boyutunda uzmanlık eğitimi kategorileri arasında karşılaştırma	51
Şekil 14. Hastanın ayakkabısını giyme alt boyutunda uzmanlık eğitimi kategorileri arasında karşılaştırma.....	52
Şekil 15. Uzmanlık eğitimi kategori grupları arasında RBSÖ puan karşılaştırması..	52
Şekil 16. Alkol kullanma durumu grupları arasında yönetilebilirlik alt boyut puan karşılaştırması	55
Şekil 17. Alkol kullanma durumu grupları arasında anlamlılık alt boyut puan karşılaştırması	55
Şekil 18. Alkol kullanma durumu grupları arasında SOC-13 toplam puan karşılaştırması	56
Şekil 19. Tıp fakültesinde eğitim görme süresi boyunca motivasyon durumları arasında yönetilebilirlik puanının karşılaştırılması	60
Şekil 20. Tıp fakültesinde eğitim görme süresi boyunca motivasyon durumları arasında anlamlılık puanının karşılaştırılması	60
Şekil 21. Tıp fakültesinde eğitim görme süresi boyunca motivasyon durumları arasında SOC-13 toplam ölçek puanının karşılaştırılması	61

Şekil 22. Tıp fakültesinde eğitim görme süresi boyunca motivasyon durumları arasında şefkatle davranma puanının karşılaştırılması	62
Şekil 23. Tıp fakültesinde eğitim görme süresi boyunca motivasyon durumları arasında RBSÖ puanının karşılaştırılması.....	63
Şekil 24. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında yönetilebilirlik puanı karşılaştırması	67
Şekil 25. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında anlamlılık puanı karşılaştırması	68
Şekil 26. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında SOC-13 toplam puanı karşılaştırması	68
Şekil 27. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında hastasının ayakkabısını giyme puanı karşılaştırması	70
Şekil 28. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında RBSÖ puanı karşılaştırması	71
Şekil 29. RBSÖ ile SOC-13'e ait anlaşılabilirlik alt boyutu puanı arasında ilişki ve regresyon modeli.....	74
Şekil 30. RBSÖ ile SOC-13'e ait yönetilebilirlik alt boyutu puanı arasında ilişki ve regresyon modeli.....	75
Şekil 31. RBSÖ ile SOC-13'e ait anlamlılık alt boyutu puanı arasında ilişki ve regresyon modeli.....	75
Şekil 32. RBSÖ ile SOC-13 toplam puanı arasında ilişki ve regresyon modeli	76

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Empati birçok tanımı bulunan bilim insanlarının yıllar boyu dikkatini çekmiş olan bir kavramdır. Empati, birçok dilde farklı tanımlanmış olmakla beraber farklı dil ve kültürlerde ortak olabilecek empati tanımı kişinin kendisini başkasının yerine koyması, bir başkasının duygu, düşünce, tavır ve davranışlarını anlayabilme yetisi şeklinde ifade edilebilir (1).

Empati kelimesinin kökeni eski Yunanca'ya dayanmaktadır. Kelimenin kökeni incelendiğinde; “em” içinde, “pathia” ise hissetmek anlamına gelmektedir. Empati kavramı ilk kez 18. Yüzyılda “Einfühlung” şeklinde Alman bilim insanı Robert Vischer tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Kavramı ifade eden kelimeler ilk kullanıldıklarında estetik ve epistemolojik anlamlarıyla kullanılmıştır. Zamanla bu alanlardaki anlamlarından uzaklaşarak psikoloji alanında kullanılan kelimeler haline gelmişlerdir. Empatiyi anlatan kavramı ilk kez “empathy” olarak kullanıma geçiren kişi Edward Titchener'dir (2,3).

Empati insan ilişkilerinde temel rolü olan bir kavramdır. Bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenler başta olmak üzere bilim insanları tarafından empatinin birden çok bileşeni olduğu savunulmaktadır. Mercer ve Reynolds'a göre hekimlik pratiğinde empatinin bilişsel ve davranışsal boyutlarına odaklanmak gerekmektedir. Mercer ve Reynolds'a göre bu boyutlar “hastanın bakış açısına, inanışlarına ve tecrübelerine girebilmek” olarak tanımlanır (4).

Aaron Antonovsky 1979 yılında ilk kez salutogenez adı verilen bir modelden bahsetmiştir. Salutogenez kelime olarak incelendiğinde “saluto” yani sağlık ve “genesis” yani kaynak kelimelerinin birleştirilmesiyle oluşmuştur. Kavram olarak salutogenez “sağlığın ortaya çıkışı” veya “sağlığın kökeni” anlamlarına gelmektedir. Bu modele göre hastalık ve patogenez kavramlarından uzaklaşarak, sağlığı geliştirmek ve salutogenez kavramları odağa alınmaktadır (5).

Bireyin içinde bulunduğu durumları kavrayabilmesi ve devamında da içinde bulunulan durumla başa çıkabilmek için iç ve dış kaynaklarını kullanabilmesi bütünlük duygusu (sense of coherence) olarak tanımlanır. Bütünlük duygusu salutogenez modelinin temelinde yer almaktadır (6). Bütünlük duygusu kişinin sağlığa yaklaşması için gereklidir (5). Tıp öğrencilerinin bütünlük duygusu kavramının farkında olması,

bütünlük duygusu geliştirmek yoluyla hem kendilerinin hem de gelecekteki hastalarının sağlığa yaklaşmasını sağlaması önem arz etmektedir.

Rosenberg'e göre benlik saygısı kişiye kendini olduğu gibi kabul edebilme tutumu kazandıran, kişinin başarılı ve başarısız olduğu durumları fark edip, başarısız olduğu durumları düzeltebilmesine zemin hazırlayan kavramdır. Benlik saygısı yüksek olan kişi kendisinin ve eksiklerinin farkında olan kişidir (7). Tıp öğrencilerinde yüksek benlik saygısı daha iyi bir hekim olabilmek, eksiklerini görüp bunları düzeltebilmek için gereklidir.

Sağlık tanımını itibariyle de anlaşılabildiği üzere bir bütün olarak ele alınması gereken bir kavramdır. Sağlık hizmeti sunucuları olan hekimlerin ve hekim adaylarının daha verimli ve doğru sağlık hizmeti sunabilmek için kendi sağlıklarını korumaları ve hastalarını anlayabilmek için yüksek empati beceri düzeylerine sahip olmaları gerekmektedir. Çalışmamızda hekim adaylarının empati düzeylerini, bütünlük duygularını ve benlik saygısı düzeylerini ölçmeyi ve tıp eğitimiyle beraber öğrencilerin empati düzeyi, bütünlük duygusu ve benlik saygısı düzeylerinde meydana gelen değişimi inceleyebilmeyi amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Empati

2.1.1 Empati Tanım ve Tarihçesi

Empati, tarih boyunca bilim insanlarının dikkatini çekmiş ve birçok kez tanımlanmış bir kavramdır. Yalın tanımlarından biri olarak empatinin bilişsel ve duygusal komponentleri bulunan çok boyutlu bir kavram olduğu söylenebilir. Empatinin bu çok boyutlu yapısı da tanımını zorlaştırmaktadır (8).

Empati kelimesinin kökeni eski Yunanca'ya dayanmaktadır. Etimolojik olarak bakıldığında; “em” içinde, “pathia” ise hissetmek anlamına gelmektedir. Empati kelimesi ile ifade edilen kavram ilk kez 18. Yüzyılda “einfühlung” kelimesi ile kullanılmaya başlanmıştır. “Einfühlung” şeklindeki bu ilk kullanımın Alman bilim insanı Robert Vischer tarafından 1873 yılında kullanılmaya başlandığı bilinmektedir. Vischer bu sözcüğü estetik felsefesiyle ilintili olarak kullanmıştır. Theodor Lipps, Vischer'den sonra bu kelimeyi ele almış ve kelimeyi farklı anlamlarıyla ilk kez değerlendirip kavramlaştırmıştır. Zamanla kelime estetik ve epistemolojik anlamlarından uzaklaşarak psikoloji alanında kullanılmaya başlanmıştır. Edward Titchener 19. Yüzyıl başlarında “einfühlung” kelimesinin ifade ettiği kavramı İngilizceye “empathy” kullanımı ile geçirmiştir (2,3).

Empati, birçok dilde ortak olarak kendini başkasının yerine koyma, onun duygu, düşünce, tavır ve davranışlarını anlayabilme yetisini ifade etmektedir (1). Empatinin en yaygın kullanılan tanımlarından biri, “başkasının ayakkabısını giyme” şeklindeki tanımdır. İngilizce'de kullanılan bu deyiş, başkasının ayakkabısını giymek yoluyla onun yerine kendini koyabilmek anlamına gelmektedir (1). TDK'ya göre empatinin eşanlamlısı olarak “duygudaşlık” kelimesi kullanılmaktadır (9).

Empati alanında yaptığı araştırmalarıyla bilinen Amerikalı psikoterapist Carl R.Rogers, empatinin çok farklı tanımları olduğuna vurgu yapıp kendisi empatiyi yeniden tanımlamıştır. Birçok araştırmacı Rogers'dan sonra onun görüşlerini benimsemiş ve tanımlarını kullanmıştır. Roger empatinin bir durum olmaktan ziyade bir süreç olduğunu savunmaktadır. Rogers'a göre empati, bir kişinin özel algı dünyasına girmek ve onun hissettiği çeşitli duygulara karşı duyarlı olmak demektir.

Empati bir terapist için kendinden uzaklaşabilmek ve başkasını empatik sürece uygun bir şekilde anlayabilmek durumunu içerir (10,11).

2.1.2. Empati Bileşenleri

Empatinin çok boyutlu bir kavram olduğu bilinmektedir. Empatinin bileşenlerinin olması bu çok boyutlu yapısının olmasına katkı sağlamıştır. Empatinin bileşenleri konusunda çeşitli fikirler öne sürülse de yaygın kabul duygusal, bilişsel, ahlaki ve davranışsal olmak üzere dört bileşeni olduğu yönündedir(4,12).

Empatinin duygusal bileşeni ele alındığında, bu bileşen pek çok tanımlayıcı tarafından kabul edilmektedir. Duygusal açıdan bakıldığında empati başkasının duygularını anlayabilmek, başkasının öznel deneyimlerini hissedebilmek, bir başkasının iç dünyasının duygusal anlamda farkında olup kendini bu açıdan onun yerine koyabilmektir (12). Empati kavramı içinde barındırdığı bu duygusal bileşen nedenli sempati kavramı ile karışabilmektedir.

Duygusal bileşenle ilgili temelde 2 varsayım bulunmaktadır. İlk varsayım, empatinin doğuştan veya erken çocukluk dönemlerinden itibaren var olan, yani hayatın erken dönemlerine dayanan bir kavram olduğudur. Erken dönemlerde oluşmuş olan empati yeteneği yaşla ve büyümeyle beraber artarak gelişmekte ve yetişkinlik döneminin ortalarına doğru en üst noktasına ulaşmaktadır. İkinci varsayım ise, duygusal sıkıntının bulaşabildiği varsayımdır. Empati yapabilen biri karşısındakinin duygusal sıkıntısını hissetmektedir (12).

Empatinin bilişsel bileşeni, duygusal bileşen gibi genel kabul görmüş bir bileşendir. Empati bilişsel anlamda bakıldığında, bir başkasının düşüncelerini anlayabilme, bakış açısıyla bakabilme yetisidir. Bilişsel empati; anlayabilme, muhakeme edebilme, analiz edebilme gücüdür. Başka bir bireyin davranışları ve geçmiş deneyimleri, mevcut durumlar ve koşullar da göz önüne alınarak analiz edilir. Hemşirelik alanında empati ile uğraşan bazı yazarlar sağlık alanında empatinin bilişsel yönünün daha ağır basması gerektiğini savunmakta hatta duygusal yönün çok fazla kullanımını sağlıklı bulmamaktadır (12).

Birçok kaynakta empatinin diğer bileşenlerinden daha ziyade bilişsel ve duygusal bileşenlerine vurgu yapılmaktadır. Empatinin ahlaki bir bileşeni olduğunu

söyleyen kaynaklar da mevcuttur. Empati tanımlarından biri olan “empati insancıl bir yaklaşımı içeren bir sanat” tır şeklindeki tanımlama empatinin ahlaki yönüne vurgu yapmaktadır. Her ne kadar literatürde belirgin ve net bir şekilde tanımlanmamış olsa da ahlaki bileşenini empatiden ayırmak mümkün görülmemektedir. İnsanların empatik yatkınlığı kavramı kimi kaynaklarda ahlaki yatkınlık kavramı ile eşdeğer tutulmuştur (4,12).

Ahlak ve empati arasındaki ilişki yıllar boyu psikoloji, sosyoloji, gelişim psikolojisi alanlarının konusu olmuştur. Ahlak felsefesine göre insanlar aynı ihtiyaçlara ve benzer tecrübelerle sahiptir. İnsan olmanın doğası gereği insanlar birbirleriyle ilişki içindedir ve bağ kurmaktadır. Bu sebeple insan başkasının sıkıntısına yardımcı olmaya, bir başkasının sıkıntısını anlamaya çalıştığında, doğası gereği kendisini de daha iyi hissederek (12).

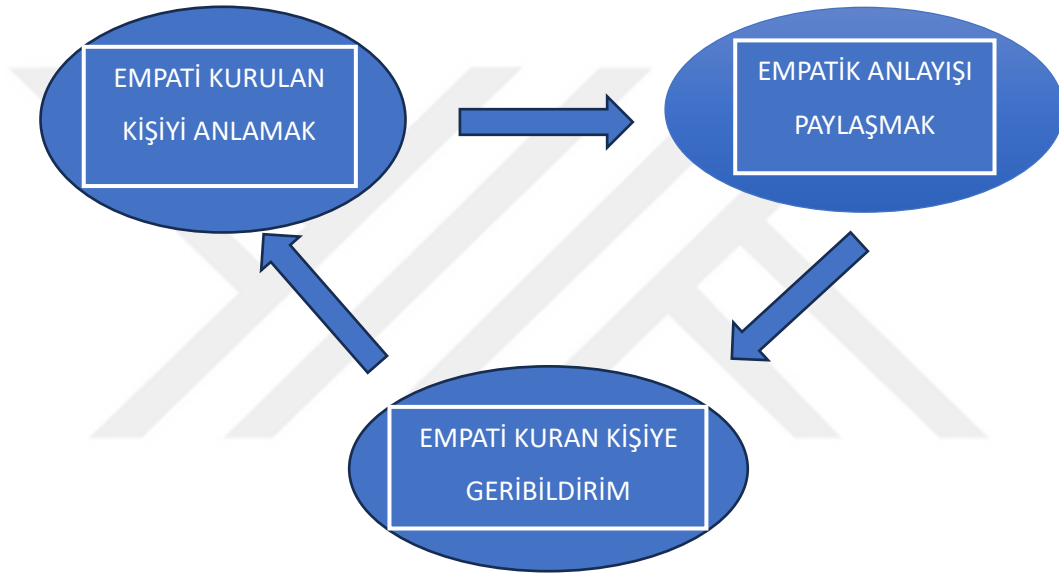
Empatinin bilişsel, duygusal ve ahlaki bileşenlerinin yanında davranışsal bir bileşeni olduğundan bahsedilmektedir. Empatinin davranışsal bileşeni empatinin hissedilmesi ve düşünülmesinden çok kişinin başkasının sıkıntılarıyla ilgili hissettiği empatik kaygıyı ve karşısındaki için geliştirdiği empatik düşünceleri karşı tarafa nasıl aktarabildiği ile ilintilidir. Kişinin iletişim becerileri empati için önem arz etmektedir. Empatik iletişim kurabilmek için kişinin hem sözel hem de sözel olmayan iletişimi kullanması önemlidir. Empatinin bu davranışsal bileşeni gözlemlenebilir ve değerlendirilebilir niteliktedir (12).

2.1.3. Empatinin Basamakları

Empatinin tanımı ve bileşenleri konusunda olduğu gibi empatinin basamaklandırılması konusunda da çeşitli fikirler öne sürülmüştür. Empati kavramını daha iyi anlayabilmek için çeşitli bilim insanları empatiyi basamaklandırarak incelemiş ve bu bilgileri literatüre kazandırmıştır.

1981 yılında Barrett-Lennard empati sürecini üç basamak şeklinde incelemiştir. Barrett-Lennard’ın geliştirmiş olduğu bu basamaklandırma sistemine göre, empati sürecine empati kuran kişiyle beraber empati kurulan kişi de katılmaktadır. Bu incelemeye göre ortaya dairesel bir empati döngüsü çıkmaktadır (13,14).

1. Empati sürecinin ilk basamağı empatik anlayış üzerinedir. Kişi empati kuracağı insanı anlayarak empati sürecini başlatır.
2. Empati kuran kişi karşısındaki kişiye onu anladığını iletir. Empatik anlayış paylaşılmış olur.
3. Empati kurulan kişi kendisine empati yapıldığının farkındadır. Empati kuran kişiye geri bildirim vererek bu farkındalığını bildirebilir (13,14).



Şekil 1. Empatik iletişim döngüsü (13,14)

Empatik tepkinin ölçümüyle ilgili de çeşitli fikirler öne sürülmüştür. Empati becerisi ve uygulamaları sayısal verilere dayanmadığından, başarılı empati ve başarısız empati gibi keskin sınırlara dayalı bir değerlendirme yapmak mümkün olmamaktadır. Empatik iletişim konusunda verilen empatik tepki, basamaklar şeklinde incelendiğinde Truax ve Carkhuff'un, Rogers'ın 1975 yılında sunmuş olduğu görüşlerine göre hazırladıkları 9 basamaklı empatik tepki sıralaması karşımıza çıkmaktadır. Bu 9 basamak şu şekildedir;

1. Terapist danışanın duygularını anlayamamaktadır. İlgisiz ve sıkılmış görünmektedir.

2. Terapist danışanın duygularını doğru anlayamamıştır. Danışanı yanlış anlamasıyla beraber, danışanın sözünü kesmekte veya onu yanlış yönlendirmektedir.
3. Terapist danışanın duygularını anlamak istemektedir ancak derin duygularını anlayamamıştır. Yalnızca danışanın açıkça ifade ettiği duygular terapist tarafından anlaşılmıştır.
4. Terapist danışanla birlikte olmuş sayılmadığından, terapistin tamamen empati yaptığı söylenemez. Dördüncü basamakta, terapist doğru teşhis yapmış olabilir ancak danışanın yine yalnızca yüzeysel duyguları anlaşılmıştır.
5. Danışanla terapistin arasındaki iletişim kötü değildir; ancak terapist danışanını halen tam olarak anlayamamıştır.
6. Terapist danışanın hem yüzeysel ve açıkça görünen duygularını hem de daha derinde kalmış ve danışan tarafından çok bahsedilmeyen duygularını anlamış ve fark etmiştir; ama derin duygular zaman zaman terapist tarafından yanlış yorumlanmaktadır. Bu sebeple danışanın duyguları anlaşılmış olsa dahi, duygudurumu konusunda terapist yanılığa düşebilir.
7. Terapist danışanını tam olarak anlamıştır. Bu basamakta terapistin danışanına verdiği geri bildirimler danışana kendisi hakkında zaten biliyor olduklarına katkı sağlayamamaktadır. Verilen geri bildirimler yetersizdir.
8. Terapist danışanın derin ve yüzeysel duygularını anlamıştır. Danışanın duygudurumuna ve duygu dünyasına hakimdir. Terapist tarafından verilen geri bildirimler danışanın bildiklerinden fazladır ve danışana katkı sağlamaktadır. Zaman zaman terapistin empati konusunda yanlışları olsa da terapist bunu fark etmekte ve hızlı bir şekilde düzeltmektedir.
9. Terapist danışanı duygularını, duygudurumunu terapi sürecinde aktarılan ufak farklılıkları fark etmiş, kavramıştır. Terapist danışanın duygu dünyasına hakimdir. Bunu danışanına etkili bir biçimde iletmektedir (13).

Truax ve Carkhuff'un bu basamak sisteminden esinlenen Hammond ve arkadaşları terapist ve danışanın iletişiminde yer alan, terapistin empatik tepkisini, 5 temel basamak ve iki ara basamak olmak üzere 7 aşamada incelemiştir.

1. Terapist danışanın eleştirmekte ve ona tavsiyeler vermektedir. Terapist danışanın duygularını anlamamaktadır. Bu basamakta danışanın yüzeysel duyguları dahi anlaşılamamıştır.

- 1.1. Terapist danışanın bloklamakta ve onu yanlış anlamaktadır.

2. Terapist danışanın duygularını önemsememektedir. Ona verdiği geri bildirimler duygulardan uzaktır. Terapist bazen danışanına psikodinamik açıklamalar yapmakta ve onun sorununa teşhis koymaktadır.

- 2.1. Terapist konuşma sırasında danışanın cümlelerini değiştirmeksizin tekrarlamaktadır. Aslında bunu yaparken az da olsa danışanın duygularını anlamaktadır.

3. Terapist danışanın yüzeysel ve açıkça görünen duygularını anlayabilmektedir. Anladığını karşı tarafa iletebilmektedir; ancak bu basamakta danışanın derin duyguları anlaşılmamaktadır.

4. Terapist danışanın açıkladığı yüzeysel duygularını anlayabilmektedir. Derin duyguları da anlayabilmekte ve bunu danışanına iletebilmektedir.

5. Terapist danışanın duygularını anlamakta ve içinde hissetmektedir. Duygularını hissettiğini danışanına gerek sözel olarak gerekse yüz ifadesi, ses tonu ve beden dili ile belli etmektedir. Terapist danışanına sözel olarak da geri bildirimde bulunabilmekte ve ona duygularını aktarabilmektedir (13).

Davis terapistlerin birçoğunun görüşünü birleştirmiş ve 3 basamaklı bir empati süreci sunmuştur. Davis'in toparladığı bu sisteme göre;

1. Anlamaya ve bilmeye yönelik bilişsel girişim basamağı.

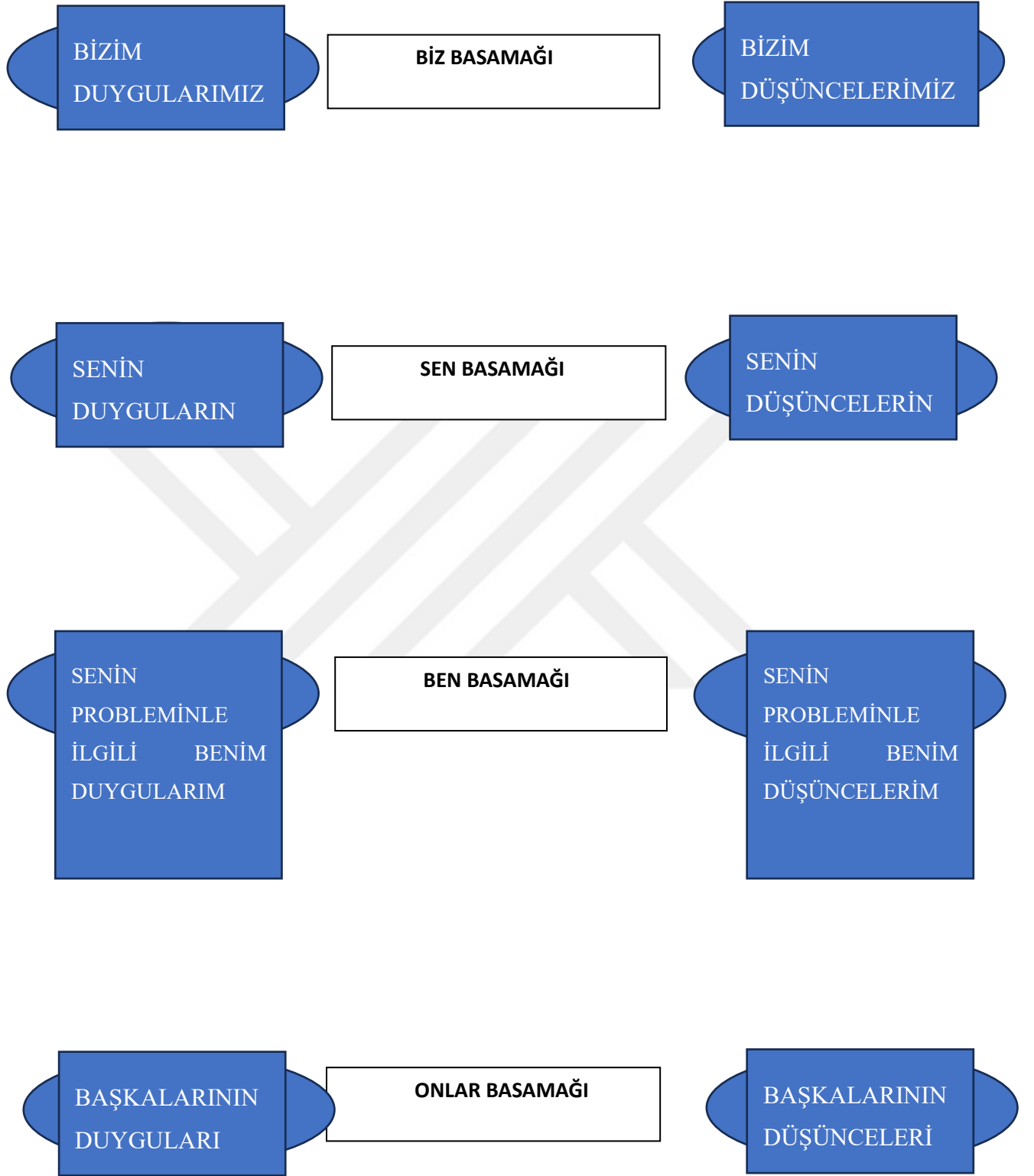
2. Derin duyguların anlaşıldığı basamak, bu basamakta yapılanlar özdeşleşmeyle benzemektedir.

3. Güçlü ortak duygular ve bir olma hali. Bu basamak sempati kavramıyla benzemektedir (10).

Dökmen empatiyi 4 basamakta incelemiştir. Bu basamaklar; “onlar” basamağı, “ben” basamağı, “sen” basamağı ve “biz” basamağı şeklindedir. Bu basamakların her birinin duygu ve düşünce olmak üzere 2’şer alt basamağı bulunmaktadır.

1. Onlar basamağı; bu basamakta yapılan empatide, dinleyen kişi anlatan kişinin duygularını anlamamaktadır. Kişi “ben” ve “sen” kavramlarını içeren değerlendirmeler yapmamakta, durumu 3. kişinin bakış açısıyla değerlendirmektedir. Bu basamakta toplumsal değer yargıları ön plana çıkmaktadır. Genellemeler, atasözleri konuşma esnasında sıkça kullanılabilmektedir. Empati yapan kişinin kendisine ait düşünceleri bulunmamaktadır veya kişi diğerlerinin düşüncesini kendi düşüncelerinden üstün tutmaktadır.
2. Ben basamağı; benmerkezci olan basamaktır. Dinleyen kişi karşısındakine kendi duygularıyla ilgili geri bildirimde bulunmaktadır. Empati yapılan kişi konuşma sırasında eleştirilmekte, empati yapan kişi ona akıl vermektedir. Dinleyen kişinin duyguları hakimdir. Dinleyen kişi probleme odaklanmaz, problem hakkındaki kendi duygu ve düşüncelerine odaklanır.
3. Sen basamağı; dinleyici olan kişi mevcut probleme odaklanmıştır. Kendisini karşısındaki kişinin yerine başarıyla koyabilmektedir. Dinleyici karşısındaki kişiyi anlamakta, onun duygularını içinde hissetmektedir.
4. Biz basamağı; özellikle sen basamağı olmak üzere ilk 3 basamaktan geçen kişiler biz düzeyinde empatik ilişki kurabilirler. Bu basamağa geçmiş olan kişiler birbirlerinin duygu ve düşüncelerini önceden tahmin edebilmektedir. Bu basamak empatiden ziyade sempati kavramına daha yakındır (13).

Dökmenin empati basamaklarına ait görsel Şekil 2.’de verilmiştir.



(13)

Şekil 2. Dökmen empati basamakları (13).

2.1.4. Empati ile Karışan Kavramlar

Empati ile en sık karışan kavramlar sempati, özdeşleşme ve acıma kavramlarıdır. Bu kavramlar sıklıkla ve bazen de yanlış olarak birbiri yerine kullanılabilmektedir. Bu kavramlar, her ne kadar empati ile iç içe geçmiş olsa da, empati bu kavramlardan çok daha kompleks bir yapıya sahiptir (10).

2.1.4.1. Empati ve Sempati

Empati ile belki de en sık karıştırılan sempati kavramının tanımı hakkında da çeşitli fikirler öne sürülmüştür. Whyschorod, sempati kavramını dostça duygular şeklinde tarif etmiştir. Bu dostça duygular “sen ve ben biziz” şeklinde kendini gösterir. “Dışarıda iki kişi haricinde oluşan olayların iki kişide aynı duygusal tepkiye yol açmasıdır” şeklinde yorumlamaktadır. Sempati hissi başka biriyle aynı fikirde olmaktan çok daha güçlü bir histir (10,15).

Sosyal psikoloji alanında, empati ve sempati kavramı incelendiğinde; toplum yanlısı bir durum için yapılan empatik davranış daha ziyade fedakârlık duygusuyla hareket ederek ortaya çıkmakta iken, toplum yanlısı bir durum için ortaya koyulan sempatik davranışın egoist duygular tarafından tetiklenmesi daha olasıdır (16).

2.1.4.2. Empati ve Acıma Duygusu

Empatinin sık karıştırıldığı bir diğer kavram olan, acıma duygusu veya merhamet etme durumu, aslında sempatinin bir parçası kabul edilmektedir. Sempati yapıldığında içinde merhamet ve acıma duyguları olmaktadır; ancak sempatiden farklı olan kısmı, acıma duygusuyla hareket eden bir insanın, muhtemelen bilinçdışı olarak karşısındaki insandan kendini üstün görme hali içinde olduğudur. Kişi sempati yaparken karşısındakininkiyle eşdeğerdir (10).

2.1.4.3. Empati ve Özdeşleşme

Özdeşleşme, kişinin kendisini bir başkasıyla aynı yerde görmek istediği kişilerarası bir süreçtir. Kişi beğendiği bir kişiyle veya bir grupta özel, sıkı ve güçlü duygusal bağ kurmaktadır. Kişi biriyle özdeşleştiği zaman, onunla aynı fikirlere, duygulara, değerlere, önceliklere, aynı görünüşe yani benzer giyim tarzına sahip olur. Özdeşleşme durumunda kişi farkında olmaksızın kendi kimliğini aramaktadır. Özdeşleştiği grup veya kişide kendi kimliğini bulmak istemektedir. Özdeşleşme

davranışı aşırıya kaçtığında, kişi kendi davranışlarını unutabilmekte ve tamamen karşısındaki kişi veya grup gibi davranabilmektedir (10).

2.1.5. Hekimlik Empatisi

Etkili hekim hasta ilişkisi ve hastayla kurulan iletişim, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun merkezinde yer almaktadır. Bu iletişimin etkin bir şekilde sağlanabilmesi ve hastayla sağlıklı ve düzgün bir hekim hasta ilişkisi kurabilmek hekimin empati yeteneğine bağlıdır. Aile hekimliğinin de temel prensipleri arasında yer alan hasta merkezli yaklaşımın sağlanabilmesi için, hekimin hastasıyla empati kurması gerekmektedir (17). Empati becerilerinin klinik pratik ve hekimlik pratiğinde hastalar için kullanılabilmesi becerisi, klinik empati olarak ele alınmaktadır.

Etkili iletişimin ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun birbiriyle olan ilişkisi bilinmektedir. Kaliteli sağlık hizmeti ve etkili tedavi için hastalarla anlamlı ve güvene dayalı ilişkiler kurmak esas olmalıdır. Bu ilişkiler günümüz tıp uygulamalarında etkili hasta yönetiminin ve hasta bakımının temelinde yer almaktadır. Kaliteli iletişimden faydalanarak tedavi gören hastaların, alınan bakımdan daha memnun oldukları, önerilen veya kararlaştırılan tedavi rejimlerine daha uyumlu oldukları, tedavi sürecinde ve sonrasında daha az olumsuzlukla karşılaştıkları ve tedaviye bağlı komplikasyonların daha az olduğu, iyileşme sürecinin daha hızlı ilerlediği bilinmektedir (17).

Rogers'a göre, terapist danışan arasında empatiden söz edebilmek için, terapist danışanını mutlak surette olumluluk içeren, saygılı bir bakış açısıyla görmeli, danışanını aktif ve etkili bir şekilde dinleyebilmeli ve bu şartlar sağlandıktan sonra oluşan kendi duygu ve düşüncelerini danışanına etkili bir şekilde aktarabilmelidir (10,11).

Empatinin hekimlik uygulamaları için bir tanımı olarak empati, hastalığı hastaların gözünden görmek için, hastaların dünyasına girmek anlamına gelmektedir. Bu tanımıyla beraber empati, hasta merkezli yaklaşımın tam ortasında konumlanmaktadır. Hastayla sağlanan etkili iletişim ve empatik tutum, hastaya bütüncül yaklaşabilmek için en temel noktayı oluşturmaktadır. Geleneksel yaklaşımın aksine, hastayı önceleyen, hastanın duygularını düşüncelerini tedavi sürecinin

temeline koyan, hasta merkezli yaklaşımda empati hastanın duygularını anlayabilmek için hekimde bulunması gereken en temel becerilerdendir (17,18).

Hekim-hasta iletişimini önceleyen hasta merkezli yaklaşım, tıpkı geleneksel yaklaşım gibi hekimlere birtakım talimatlar sunmaktadır. Bu talimatlar McWhinney’de “hastanın beklentilerini sorgula”, “hastanın hislerini anla ve bunlara tepki ver”, “bir tanı koymak için uğraş veya o tanıyı dışlamak için uğraş”, “hastanın hikayesini dinle”, “ortak zemin ara” şeklinde ifade edilmektedir. Bu temel talimatlara “kendi duygularının farkında olmak ve hasta-hekim iletişimine önem vermek” de eklenmiştir. Bu temel talimatlar ve eklenmiş olan yeni talimatlar bize hasta-hekim ilişkisinde empatinin önemini vurgulamaktadır. Hemen tüm talimatlar, hekimlerin empati yapmasını, hastayı önemsemesini ve anlamaya çalışmasını ve anladıktan sonra bunu hastaya doğru bir şekilde iletebilmesini önerecek şekilde hazırlanmıştır. Hekimin kendi duygularını anlaması da hastaya sempati değil empati yapabilmesi için önem arz etmektedir (18).

Birçok tanımı bulunan ve dört bileşeni bulunduğu çeşitli kaynaklarca kabul edilen empatinin, klinik yönüne bakıldığında, tüm duygusal, bilişsel, davranışsal, ahlaki şeklinde sınıflandırılan dört bileşenini de içermesi gerektiği söylenebilir (19). Klinik empati, duygusal bileşen açısından bakıldığında, hastaların duygularını ve bakış açılarını hayal edebilme kabiliyetini içerir. Bilişsel açıdan bakıldığında, hastaların duygu ve bakış açılarını anlama, kavrama ve analiz etmeye yönelik entelektüel bir beceri olduğu söylenebilir. Ahlaki yönüyle, doktorun hastalarına karşı empati kurabilmeye yönelik içsel motivasyonunu içerir. Davranışsal yönü ile bakıldığında ise, hastaların duygu ve bakış açılarını anladıktan sonra, anlama durumunu hastaya geri iletebilme becerisidir (19).

Kimi kaynaklar, empatinin bilişsel yönünün, klinik empattide daha çok ön plana çıkması gerektiğini savunmaktadır. Tıpkı empatinin tanımlanmasında olduğu gibi, bileşenlerinin ayrıştırılmasında da çeşitli fikirler öne sürülmüştür. Empatinin bilişsel yönünün klinik empati alanında duygusal yönüne göre öncelenmesi gerektiğini düşünenler bulunmaktadır. Bu görüşe göre, duygusal bileşen daha ziyade sempati kavramı içerisinde ele alınmaktadır. Hekimlik pratiğinde sempati yapılması önerilmemektedir (9). Kimi kaynaklara göre ise, empatinin duygusal yönü hekimlik pratiğinde veya medikal eğitimde mutlaka geliştirilmelidir (19).

Empatinin kavram olarak çok fazla tanıma sahip olması medikal empati konusunda da kafaları karıştırmaktadır. Empatinin kavramsallığı konusundaki bu kafa karışıklığını gidermek için, bazı kaynakları duygusal yönü ihmal etmekte ve klinikte kullanılan empatinin bilişsel içeriğine dayanması gerektiğini savunmaktadır. Medikal eğitimde geliştirilebilecek empati bileşeninin bu olabileceğini savunan bu görüşe göre; hekim hastanın deneyimlerini ve bazı kaygılarını içselleştirmeksizin anlamalı ve iletişim becerileriyle bu anlayışı kullanıp hastaya yardımcı olmalıdır. Bu yaklaşım, beraberinde hastanın acısını hafifletmeyi ve ağrılarından kurtulmayı da getirebilmektedir (16).

Hekimlik empatisi alanında, empatinin tüm bileşenlerinin kullanılabilir olduğu da öne sürülen düşünceler arasındadır. Hekim hastasıyla bilişsel olarak empati kurduğunda, onun duygularını ve bakış açısını analizler. Duygusal olarak empati kurduğunda, hastasının duygularını içinde hissederek anlayabilir. Davranışsal komponentle beraber hastasına bu empatisini sözel veya görsel olarak yansıtabilir. Ahlaki komponent açısından bakıldığında ise, hastasını anlamaya dair hekimin içsel bir inancı ve motivasyonu vardır (19).

Empati ve sempati kavramları arasındaki fark, klinik pratikte yapılan empati için de kendini belli etmektedir. Klinik pratikte hekimin empati yapması önerilmekte ve sempatinin tedaviye zarar verebileceği düşünülmektedir. Empati bir kişinin duygularını hayal edebilmek ve anlayabilmek iken sempati başkasının duygularını doğrudan deneyimlemekle ilgilidir. Hastasının duygularını paylaşırken empati yerine sempati yapan doktorların, hastalara ait doktorun kendisinde de duygusal yorgunluğa, bitkinliğe yol açabilecek ve doktorun nesnelliğini etkileyip bozabilecek bazı duygularını da paylaşp deneyimlediği görülmüştür. Empatinin, böyle olumsuz bir etkisi bulunmamaktadır. Empatinin kariyer gelişimini olumlu yönde etkilediği, hekim hasta ilişkisini düzenleyip düzelttiği görülmüştür (16,19).

Empati ve sempati kavramlarının birbiri yerine kullanılması, sosyal psikoloji alanında bariz soruna yol açmayabilir ancak hasta bakımı konusunda bu iki kavramın ayrıştırılması gerekmektedir. Sosyal psikoloji alanında empati ve sempati ortak olabilecek bileşenlere sahip olmalarının da etkisiyle farklı davranışsal motivasyonlar içermelerine karşın, benzer sonuçlara yol açabilir; ancak klinik pratikte, empati ve sempati kavramları aynı sonuçlara yol açmamaktadır. Tıp eğitimi açısından

bakıldığında ise, empatinin geliştirilebilir bir kavram olduğu görülmektedir. Eğitim sırasında öğrencilerin empatileri artırılabilir şeklindeki görüşü savunular bulunmaktadır. Sempatî için ise böyle bir durum söz konusu değildir (16).

2.2. Salutogenez Kavramı

2.2.1. Salutogenez Kavramı Tanımı ve Gelişimi

Aaron Antonovsky, 1979 yılında yayınlamış olduğu, “Sağlık, Stres ve Başa Çıkma (Health, Stress and Coping)” isimli kitabında ilk kez salutogenez kavramından bahsetmiştir. 1987 yılında yayınladığı ikinci kitabında da bu kavramı geliştirmiş, devamında yaptığı çalışmalarıyla kavramı sağlamlaştırmıştır. Salutogenez kelime olarak incelendiğinde “saluto” yani sağlık ve “genesis” yani kaynak kelimelerinin birleştirilmesiyle oluşmuş bir kelimedir. Kavram olarak salutogenez “sağlığın ortaya çıkışı” veya “sağlığın kökeni” anlamlarına gelmektedir (5,20).

Antonovsky salutogenez kavramını geliştirmeden önce, Nazi kamplarındaki kişiler ve maruz kaldıkları stres faktörleri üzerine araştırma yapmıştır. Kampta bulunan bireylerin tüm travmatik ve olumsuz yaşam koşullarına rağmen nasıl hayatta kaldıklarını irdelemiş ve bu durumu kamptaki kişilerin, stresle başa çıkabilme yeterliliklerine bağlamıştır (5,6).

Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki üzerine yoğunlaşan salutogenez kavramı, Antonovsky’den sonra çeşitli bilim insanlarının dikkatini çekmeye devam etmiştir. En kapsamlı açıklanmış haliyle salutogenez, insan hayatındaki yaşam deneyimlerinin sağlıkla ilgili olduğunu öne süren ve tutarlılık duygusunu şekillendirmeye yardımcı olan sağlık modelidir. Hastalıklara ve sağlıklı olma durumuna bakış açısını, hastalıkların patogeneze odaklanılan yaklaşımın tam tersi olacak şekilde çeviren bir kavramdır (5,20).

Antonovsky’nin geliştirdiği salutogenez modeliyle birlikte klasik hale gelmiş hastalık veya sağlık/hastalık kavramlarından uzaklaşarak, bireyin kendi sağlığını oluşturmak için gereken kapasiteye ve çevresinde sağlığını güçlendirebilmesi için yer alan kaynaklara odaklanılmıştır (5,20). Salutogenez kavramı her ne kadar çıktığı günden itibaren, bilim insanlarının dikkatini çekmiş olsa da tıp dünyasında gerektiği

gibi yer edinememiştir. Sağlık konusunda eğitim veren kurumların müfredatlarında salutogenez kavramı yer almamaktadır (20).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948 yılında yapmış olduğu sağlık tanımı, “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan tam bir iyilik hali” şeklindedir. Bu tanım, günümüzde daha da önem kazanmış olan biyopsikososyal yaklaşıma da örnek teşkil etmiştir. Antonovsky 1979 yılında yazmış olduğu kitabında, biyopsikososyal modelde var olan eksikliklerin salutogenez modeliyle tamamlanmış olduğunu belirtmektedir (5,6).

Klasik sağlık yaklaşımlarında, baskın olan hastalığın etyolojisini araştırma hedefi salutogenez modelinde yerini sağlığın sürdürülebilmesi ve sağlıklı olma durumuna bırakmaktadır. Sağlık, salutogenez modeline göre, sağlığın devamına yönelik belli davranışların ve yönelimlerin bir sonucu olarak görülmektedir. Sağlıklı olma durumunu artıran bir yaşam biçimi odaktadır (5).

Salutogenez modelinde, sağlık hastalık eksenine bakıldığında, kişi karşılaştığı stres faktörlerine verdiği tepkilere göre ya hastalığa ya da sağlığa yaklaşmaktadır. Kişinin sağlıklı veya hasta olma durumunu bu mekanizmaları belirlemektedir. Bu yaklaşımla değerlendirildiğinde, toplumdan ve çevreden etkilenen yaşam koşulları kişinin hastalık-sağlık durumunda daha önemli hale gelmektedir. Stres faktörleri, bu hastalık- sağlık ekseninde kişiyi nötr bir konuma getirerek nötr bir işleve de sahip olabilir (6).

Stres faktörleri insan yaşamının tam içinde yer almaktadır. Bu faktörler olmaksızın bir hayat sürmek mümkün değildir. Kişiyi sağlığa yaklaştıran veya sağlıktan uzaklaştıran durum ise, bu stres faktörlerine veya gerilime kişinin vermiş olduğu tepkiye bağlıdır. Stres faktörleri kişiler tarafınca farklı bakış açılarıyla değerlendirilir. Bir stres faktörü bir kişi için beklenen ve normal bir durum olarak algılanırken, diğer bir kişi tarafından hayatı tehdit edici olarak algılanabilmektedir. Bu nedenle, stresin veya stres faktörlerinin algılanışı bireyseldir ve stres faktörlerine patojen veya hastalık yapıcı bir durum nitelendirmelerini yapmak Antonovsky'e göre doğru değildir. Antonovsky'nin modeline göre insan için hedeflenen durum, “sağlığı yükseltmek” olduğundan, bu tepkiler “sağlığı yükseltmek” adına önemlidir (6,21).

Antonovsky eserlerinde sağlık tanımını kesin çizgilerle yapmamıştır. Bahsettiği modelde, ona göre sağlığa yönelim durumu ve hastalıktan uzaklaşma durumu söz konusudur. Modele göre güçlü bütünlük duygusu her ne kadar kişiyi sağlıklı olmaya yaklaştırsa da hastalık kavramını tamamen silmek mümkün değildir. Hastalık ve ölüm kavramlarını göz ardı etmeyen Antonovsky, güçlü bütünlük duygusunun kişiyi stres faktörlerinden uzak durmaya iteceğini veya karşılaştığında onlarla baş edebileceğini savunur; ancak hiç hasta olmayacağı iddiasında bulunmaz. Örneğin kanser hastalarında hastalığın yayılımı güçlü bütünlük duygusuyla önlenemez; ama beden sağlığı bütünlük duygusu sayesinde desteklenip kişiyi hastalık ekseninden uzaklaştırır (6,21).

Salutogenez modelinin geliştirmeyi hedeflediği tutarlılık duygusu daha doğru tercihlere yönelimle beraber daha anlaşılır, yönetilebilir ve anlamlı bir hayatı desteklemektedir. Güçlü bir tutarlılık duygusu kişinin harekete geçmesine yardımcı olmakta, karşılaştırmış olduğu stres faktörlerinin üstesinden gelmeye ve gerilime karşı başarı göstermesine katkı sağlamaktadır. Tutarlılık duygusu bu nedenle kişilerin hastalık veya sağlık durumlarını doğrudan etkilemektedir (20,22).

2.2.2. Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları

Bireyin karşılaştığı stres verici durumlara karşı, gereken tepkiyi vermesini ve kişinin stresle mücadelesini engelleyen durumlar, Antonovsky tarafından “genelleştirilmiş direnç eksikliği” şeklinde isimlendirilmiştir. Bu kavramı açıklayabilmek için Antonovsky salutogenez modelinde, “genelleştirilmiş direnç kaynakları” kavramını ortaya çıkarmıştır (21).

Genelleştirilmiş direnç eksikliğinde, eksik olduğu düşünölen direnç mekanizmaları içten veya dıştan kaynaklı olabilmektedir. Kişinin yaşamış olduğu iç çatışmalar, ruhsal sıkıntılar, içten kaynaklı direnç eksikliğine örnek olarak gösterilebilir. Dıştan kaynaklı direnç eksikliğine örnekler ise; olumsuz çevre koşulları, hava kirliliği, besin yetersizliği, kazalar, kötü sosyal ve ekonomik şartlar şeklindedir. Genelleştirilmiş direnç kaynakları ise, kişinin sağlığını yükseltmeyi sağlayan, kişiyi gerilimden koruyan veya gerilimle mücadele edebilmesini sağlayan etkenlerin tümüdür. Kişinin başına gelen bir olayda hangi direnç kaynağını kullanacağı, bu kaynağın kişinin stres faktörüyle baş edebilmesinde ne kadar yeterli olacağı bu

noktadaki asıl önemli konudur. Bu kavramlar doğrudan bütünlük duygusuyla bağlantılıdır (21).

2.3. Bütünlük Duygusu

2.3.1.Bütünlük Duygusu Tanım

İnsanlar hayatları boyunca birçok stres faktörlerine maruz kalmakta ve zorlu yaşam olayları yaşamaktadır. Kişilerin yaşam olaylarına verdikleri tepkilerin birbirlerinden farklı olduğu görülmektedir. Bazı kişiler bir yaşam olayı karşısında hiç etkilenmezken veya çok az etkilenirken ancak yine de sağlıklı kalmayı başarabiliyorken, bazıları ise bu yaşam olaylarına daha olumsuz ve işlevsiz tepkiler vermektedir. Sağlıklı kalmayı başarabilenlere bakıldığında, bu bireylerin iç ve dış kaynaklarının farkında olup, bu kaynakları doğru kullanabildikleri, yani bütünlük duygusuna sahip oldukları görülmektedir (21,23).

Genelleştirilmiş direnç eksiklikleri, bireysel olarak çok farklı düzeylerde olabilmektedir. Bu eksikliklerle kişinin baş edebilmesi, salutogenez modelinde yer alan hastalık-sağlık eksenindeki süreci fark edip uyumlanabilmesi, kişinin kendi sağlığını yükseltebilmesi “bütünlük duygusu” nun varlığıyla mümkün olmaktadır. Antonovsky bütünlük duygusunu “kişinin hayata karşı duruşu” olarak ifade etmektedir (21).

Aaron Antonovsky’e göre küresel bir yönelim olan salutogenez kavramının en önemli öğelerinden biri olan bütünlük duygusu; kişinin iç ve dış kaynaklarını gördüğü, daha dayanıklı ve dinamik hisler içerisinde olduğu, çevresini ve çevresinden gelebilecekleri öngörebilir olduğu ve genel olarak kişinin iyilik halinde olmasını sağlaması beklenen bir duygudur (20,21).

Kişinin sahip olduğu sosyal destek, aidiyet hissi, benlik duygusu gibi genelleştirilmiş bazı direnç kaynaklarının karşılaşılan stres faktörleriyle başa çıkmada kullanılıp kullanılamayacağı, bütünlük duygusu tarafından belirlenmektedir. Bütünlük duygusunun yüksek veya düşük oluşuyla beraber kişi kaynaklarını kullanabilir veya kullanamaz. Bireysel bir faktör olarak karşımıza çıksa da bütünlük duygusu bir kişilik özelliği değildir. Bütünlük duygusu için insanın yaşama uyumlanmasını sağlayan yönlendirici bir “etki” ifadesinin kullanılması daha doğru olacaktır (6).

Bireyin içinde bulunduğu hayat şartları, stres faktörleri ile başa çıkılması konusunda hangi savunma ve direnç mekanizmalarının kullanılacağı konusunda belirleyici bir role sahiptir. Bütünlük duygusunun önemli bileşenlerine bakıldığında, genelleştirilmiş direnç kaynakları veya direnç yoksunluğu karşımıza çıkmaktadır. Güçlü bütünlük duygusunun bir parçası sayılan bireysel deneyimler ise hayat şartlarının etkisindedir. Antonovsky'e göre salutogenez modelinde, dışarıdan yapılan müdahalelerle hayat şartlarını ve bireysel deneyimleri değiştirmek mümkün değildir (6).

Salutojenik modele göre, bireylerin sahip oldukları güçlü bütünlük duygusu sayesinde bireyler genel veya özel direnç mekanizmalarını (GRR-SRR) kolaylıkla devreye sokabilmekte, bu da sağlığın devamı için önem arz etmektedir. Bütünlük duygusu hastalık halinin veya sağlıklı olma halinin devamında temel belirleyici olmaktadır. Kişi hayatı boyunca birçok stres faktörüyle karşılaşmaktadır. Mittelmark, Antonovsky'nin görüşlerinden faydalananarak, bu stres faktörlerine karşı beş farklı cevap verilebileceğini öne sürmüştür (20).

1. Kaçınmak
2. Stres faktörlerini stres faktörü olarak görmemek
3. Stres faktörlerini yönetmek veya üstesinden gelebilmek
4. Gerilimleri güçlü bir bütünlük duygusuyla başarılı bir şekilde çözmek
5. Gerilim yönetimi konusunda başarısız olmak

Mittelmark, strese karşı kişinin oluşturduğu cevaplardan kaynaklanan sonuçların kişide sağlık veya hastalık durumunu çıkarabileceğini ifade etmektedir. Tutarlılık duygusu, bilişsel veya duygusal bir mekanizmadan çok, çevredeki uyaranları değerlendirebilen bir uyum sürecini ifade etmektedir (20).

Güçlü bir bütünlük duygusu, bireyin hayatını daha anlaşılır, yönetilebilir ve anlamlı kılmaktadır. Bütünlük duygusu kişinin harekete geçmesine yardımcı olmakta, stres faktörleriyle ve hayatındaki gerilimlerle başarılı bir şekilde başa çıkabilmesini sağlamaktadır. Kişinin hastalığı ve sağlığı üzerinde hareket edebilmesini ve sağlık-hastalık durumunu yönetilmesini sağlamaktadır. Bütünlük duygusu üç bileşenden oluşmaktadır (20).

2.3.2. Bütünlük Duygusu Bileşenleri

2.3.2.1. Anlaşılabilirlik

Kişinin karşılaşmış olduğu stres faktörünü kendi yaşamıyla uyumlu olarak, açıkça ve en biçimli haliyle tanıyıp anlaması, bütünlük duygusunun anlaşılabilirlik bileşenini oluşturmaktadır. Kişi, bütünlük duygusu sayesinde, yaşadığı durumu kavrayarak ona uyum göstermektedir. Karşılaştığı durum, kişi için anlaşılabilir, beklenen ve açıklanabilir bir durumdur. Örneğin kanser hastası olan biri bu aşamada hastalığını tanımlamış, neler yapabileceğinin farkında ve kendi kaynaklarının idrakindedir. Hastalıkla veya tedaviyle ilgili son araştırmaları öğrenmiş, kullanılan ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmuştur. Bu hastalık bütünlük duygusu yüksek olan birisi için daha anlaşılabilir bir durumdadır (6).

2.3.2.2. Yönetilebilirlik

Kişi karşılaştığı stres oluşturabilecek durum karşısında ne yapabileceğini bilmektedir. Bu durumla başa çıkabilmek için gerekli içsel ve dışsal kaynaklarının olduğunu bilmektedir. Bu sayede karşılaşılan stres faktörü daha yönetilebilir olmaktadır. Örneğin; hasta olan bir kişi hastalığıyla ilgili bir gruba katılmayı seçtiğinde bu grupta karşılaşmış olduğu stres faktörleriyle nasıl başa çıkacağına dair yeni yollar öğrenebilir. Kaynaklarını geliştirebilir veya mevcut bulunan kaynaklarının farkına varıp nasıl daha iyi kullanacağını deneyimleyebilir. Yeni tedavi yöntemleri öğrenip bunları denemek isteyebilir. Bu sayede artık hastalık, kişi için daha yönetilebilir olmaktadır (6).

2.3.2.3. Anlamlılık

Bütünlük duygusunun anlamlılık bileşeni kişinin karşılaştığı stres faktörüyle mücadele ederken süreci daha anlamlı kılmasını sağlar. Kişi sürece odaklanır. Örneğin kanser hastası bir kişi yaşamdan, günlük rutinlerinden kendini uzaklaştırdığında kendisini daha kötü hissetmekte ve bu durum sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Kendisiyle aynı hastalığa sahip bireylerden oluşan bir gruba katılmış ve bütünlük duygusu gelişmiş olan bir birey ise süreci kendisi için daha anlamlı hale getirmekte, kendisine yeni uğraşlar bulmakta veya eski rutinine devam edebilmektedir. Grupta düzenli olarak yer alan bir kişi yaşamını hastalığın getirdikleriyle beraber yeniden

düzene sokabilmektedir. Katıldığı grup sayesinde sosyal destek bulabilmekte, kendisini ve yaşadığı hayatı, hastalık sürecini daha anlamlı olarak algılayabilmektedir (6).

Bütünlük duygusu bileşenlerine bakıldığında, bir uyaranı anlayabilmek için ilk şart olarak kabul edilen “tutarlılığı”, anlaşılabilirlik bileşeni ile tecrübe etmektedir. Yönetilebilirlik bileşeni ile, karşılaştığı durumu “iyi bir yük dengesi” olarak algılayabilmesini sağlar ve içinde bulunduğu süreci daha yönetilebilir kılar. Kişinin bütünlük duygusu arttıkça, salutogenez modelindeki sağlık eksenine yaklaşır. Bunu, bütünlük duygusunun bütün bileşenleri sayesinde, genelleştirilmiş direnç kaynaklarını kullanma yoluyla gerçekleştirir. Kişiye özel direnç kaynakları geliştirmesinde ise, sosyal şartlarla, yaşanan ortamın toplumsal ve tarihsel süreçleriyle gösterdiği uyum, temel belirleyici rolü üstlenmektedir.

Antonovsky’ye göre kişi, 30 yaşına kadar kişisel gelişimini tamamlamış olarak kabul edilmektedir. 30 yaşına kadar bütünlük duygusunun gelişebileceğini varsaymaktadır; ancak bu konuda kesin kanıya henüz varılamamıştır. Kimi bilim insanlarına göre bütünlük duygusu geliştirilebilirken, kimilerine göre bu durum doğuştan gelmektedir (6).

2.4.Benlik Saygısı

Benlik saygısı kavramı, psikoloji bilimin ilk zamanlarından bu yana araştırmacılar tarafından irdelenen bir konu olmuştur. Benlik saygısının tanımı konusunda kesin fikir birliği bulunmamakla birlikte, genel ifadeyle benlik saygısı, kişinin kendini algılama ve değer verme biçimini ifade etmektedir. Daha detaylı olarak tanımlanırsa; bir kişinin kendisine ne ölçüde inandığı ve güvendiği, kendisini ne ölçüde yetenekli, önemli, başarılı ve değerli hissettiği benlik saygısının yüksekliği ile ilgilidir (24).

1890 yılında James tarafından yayınlanan, psikoloji alanında yazılmış ilk eser olduğu bilinen eserde benlik saygısı kavramından söz edilmektedir. Kişinin kendisini iyi hissetmeye olan eğiliminin, insanın doğasının temelinde yer aldığı düşünülmektedir. Bu sebeple psikoloji biliminin ilk yıllarından itibaren, özsaygı kavramı, araştırmacıların dikkatini çekmiştir. İnsan sağlığına olan etkisi ve insan doğasının temel kavramı olmasının düşünülmesi nedeniyle, benlik saygısı ve benlik

saygısını oluşturabilecek öncüller ile benlik saygısını etkileyen faktörler merak konusu olmuştur (25).

Benlik saygısı en kabul görmüş tanımıyla, kişinin kendi değerinin öznel değerlendirmesidir. Rosenberg'e göre benlik saygısı, kişinin kendisi hakkında takınmış olduğu olumlu veya olumsuz tutumdur ve mutlak bir durumu yansıtmamaktadır. Benlik saygısı kişinin yeteneklerini, kendine karşı yaptığı değerlendirmeleri hatta başkalarının onun hakkındaki düşünce ve değerlendirmelerini de kapsamaktadır. Yüksek benlik saygısı, kişinin yeterince iyi olma hali olarak kavramsallaştırılmaktadır. Rosenberg'e göre benlik saygısı yüksek olan kişiler, yeterince iyi olma hali içerisinde bulunduklarından, bunu kendini başkalarından üstün görme olarak yorumlamazlar (7,26).

Rosenberg yüksek benlik saygısının, kişiye kendini olduğu gibi kabul edebilme tutumu kazandırdığından bahsetmektedir. Bu kendini kabul etme hali, kişinin başarılı ve başarısız olduğu durumları fark edip, başarısız olduğu durumları düzeltebilmesine zemin hazırlamaktadır. Kişi kendini kabul ederken eksikliklerini görmezden gelmemektedir. Aksine eksikliklerini fark etmekte ve bunlar için kendini suçlamamakta ve bu eksiklikleri giderebilmek için çözüm arayabilmektedir (7).

Son yıllarda psikolojik ve sosyal sorunların altında, düşük benlik saygısının yatıyor olabileceği inancı nedeniyle, toplum mühendisleri ve psikologlar benlik saygısı kavramına eğilmiş, psikolojik ve sosyal sorunların çözümünde anahtar rol oynayabileceğini düşünmüşlerdir. Yüksek benlik saygısı birey ve toplumun sağlığı için gereklidir. Benlik saygısı, doğrudan kişinin psikolojik sağlığı ile ilgilidir (24,25).

Benlik saygısı her ne kadar araştırmacıların dikkatini çekmiş olsa da benlik saygısı hakkındaki temel konular tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Pek çok bilim insanı benlik saygısını insanın kendisini iyi hissetmesine yönelik bir ihtiyaç olarak yorumlamıştır. Bu görüşe göre, bireyler bu ihtiyaç nedeni öz saygılarını korumaya çalışmaktadır. Benlik saygısının psikolojik rahatsızlıklar ve psikolojik olarak iyi ve sağlıklı olma hali üzerinde oldukça etkili olması, neden bu kadar önemli ve irdelenmesi gereken bir konu olduğunu açıklar (25).

Hümanist psikologlara göre, benlik saygısı kişinin gerçek benliği ve ideal benliği arasındaki farkla ölçülür. Yüksek benlik saygısına sahip bir kişide gerçek

benlik ile idealleştirilmiş benlik arasında ya fark yoktur veya fark oldukça azdır. Kişi bulunduğu kişi olmaktan memnundur. Benlik beklentiyi karşılamaktadır. Hümanist psikologlara göre benlik saygısı, kişilerin kendi kararlarını verebilmeleri ve özerk bir şekilde davranabilmeleri ile ilişkilidir (25).

Bazı görüşlere göre kişilerin yüksek benlik algısı geliştirmeye yönelik olan istekleri, benlik saygısının kişiyi hedeflerine ulaştırmakta yardımcı olmasıyla ilişkilidir. Bednar ve arkadaşları, 1989 yılında benlik saygısını kişinin benliğinin yeterliliğiyle ilişkili olarak vermiş olduğu geri bildirim olarak değerlendirmiştir. Bu geri bildirimler, birey yaşam koşullarıyla iyi bir şekilde başa çıkabildiğinde olumlu, karşılaştığı tehditlerden kaçtığına ise olumsuz olmaktadır. Yüksek benlik saygısı başa çıkma davranışını artırırken, düşük benlik saygısı ise kaçınmaya yol açmaktadır (25).

Etolojik bakış açısına göre, benlik saygısı evrimsel olarak bireyin diğer canlılara olan üstünlüğünü artırma güdüsüyle ilgilidir. Sosyal ilişkilerde hakimiyet kurma yolunda bir adaptasyondur. Bu teoriye göre insanlar baskın olabilmek için çeşitli mekanizmalar geliştirmiştir. Benlik saygısı bu adaptasyonu sağlayıcı mekanizmalardan biridir. Baskınlık eş seçimini ve üremeyi kolaylaştırmaktadır. Benlik saygısı bu görüşe göre başkalarından alınan onay ve olumlu tepkiler ile beraber artmaktadır. Artmış benlik saygısı beraberinde üstün olmayı, baskın olmayı getirmektedir (25).

Benlik saygısı kavramını inceleyen sosyometre teorisine göre, insanlar kişilerarası ilişkileri sürdürmek için temel bir dürtüye sahiptir. Bu dürtü evrimsel olarak çeşitli sosyal gruplara ait olan ilk insanların hayatta kalma ve çoğalma olasılıklarını artırmaktadır. Bu sebeple bu dürtü gelişerek aktarılmıştır. İlk insanların, dışlanma durumunun oluşturduğu sonuçlar karşısında, dışlanmaya karşı bir çeşit mekanizma geliştirmiş olabilecekleri düşünülmektedir. Diğer insanların kendilerini nasıl gördüğü ve kendilerine değer verip vermediğini anlamaya dayalı olan bu mekanizma, benlik saygısının temelini oluşturmuş olabilir. Teoriye göre birey, diğer kişiler tarafından ne derece kabul görüldüğüyle ilgili olarak sürekli sosyal çevreyi izlemektedir (25).

Sosyometre kuramına göre, sosyometre ilişkisel değerlendirmede başkalarının kişiyle olan ilişkilerini ne derece değerli, önemli ve yakın gördüğüne dair

değişikliklere hassas bir ölçüm içermektedir. Bu ölçüm yani değerlendirmenin düşük olduğuna dair bir bulgu kişi tarafından tespit edildiğinde sosyometre kişinin dikkatini sosyal kabulle ilgili olan potansiyel tehdite yöneltip ve bu tehditle başa çıkmak için motive etmektedir. Sosyometrenin bu konudaki verilerini oluşturan duygusal içeriğe sahip bu öz değerlendirmeler, benlik saygısı denilen durumu oluşturmaktadır (25).

Birçok psikolog insanların benlik saygılarını korumak ve yükseltmekle ilgili bir ihtiyaca ve temel bir güdüye sahip olduğunu belirtmektedir. Benlik saygısını devam ettirme güdüsünün, reddedilme olasılığını azaltmak temeline dayalı olduğunu söyleyen görüşler de mevcuttur. Sosyometre teorisine göre, benlik saygısı başlı başına benlik saygısını sürdürmeye çalışmaktan çok reddedilme olasılığını düşürmekle ve başkalarının gözünde kişinin değerli olmasıyla ilintilidir. Kişi toplum tarafından kabul gördükçe öz saygısı da artacaktır. Sosyal kabul şansı artmış olacaktır (25).

Benlik saygısının temelleri konusunda, hümanist psikologlar ve sosyometre teorisini savunan psikologlar arasında farklar vardır. Sosyometre teorisi benlik saygısını sosyal kabulle ilişkilendirmektedir. Hümanist yaklaşım ise benlik saygısının kişinin kendi kendini değerlendirmesine bağlı olduğunu savunmaktadır. Hümanist yaklaşım benlik saygısını daha çok kişinin kendisiyle ilgili olarak kabul ederken, sosyometre teorisi benlik saygısının toplum tarafından şekillendirildiği görüşünü savunmaktadır (25).

2.4.1. Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler

Benlik saygısını etkileyen birçok çevresel ve içsel faktör bulunmaktadır. Yaşa bağlı olarak benlik saygısı değişebilmektedir. Bireysel farklılıklar olabilse de çalışmalarda genel olarak, Orth ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmaya benzer sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Çalışmaya göre benlik saygısı ergenlik döneminden orta yetişkinlik dönemine kadar giderek artma eğilimindedir. Yaklaşık 50-60 yaşları arasında en yüksek değerine ulaşmakta ve yaşlılığa doğru benlik saygısı azalma eğiliminde olmaktadır. Yaşlılıkta benlik saygısının düşüşü ile ilgili çeşitli çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Orth ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma, yaşlılıktaki benlik saygısı düşüş hızını kişinin sağlığı, bilişsel yetenekleri ve sosyoekonomik seviyesindeki değişimlere bağlı olarak değiştiğini ortaya koymuştur (26).

Erkekler kadınlardan daha yüksek öz saygı bildirmektedirler, buna rağmen cinsiyet benlik saygısının yaşa bağlı gelişiminde bariz bir etkiye sahip değildir. Erol ve Orth'un 2011 yılında yapmış olduğu çalışmaya göre benlik saygısında yaşa bağlı gelişen değişimde kişilerin kişilik özellikleri etkili olmaktadır. Yani kişilerin benlik saygısı kişilik özelliklerinden veya sahip olunan birtakım özelliklerden etkilenebilmektedir. Duygusal açıdan istikrarlı ve stabil, vicdanlı ve dışa dönük olan bireyler bu özelliklere sahip olmayan bireylere göre daha olumlu bir benlik saygısı gelişimi göstermektedir (26).

Benlik saygısını etkileyen faktörler arasında kişinin sosyal çevresi de yer almaktadır. Bizim kendimizi nasıl gördüğümüze dair olan düşünceler belli bir yere kadar sosyal çevrenin bizi nasıl gördüğüyle ilgilidir. O yüzden kişinin seçmiş olduğu sosyal çevre onun benlik saygısını artırabilmekte veya azaltabilmektedir. Sosyal kabul görmüş bir kişinin benlik saygısı korunmaktadır. Sosyal kabul benlik saygısının yanı sıra özgüveni de artırmaktadır. Sosyal kabulün oluşturduğu motivasyon, sosyal değersizlik hissine baskın gelmekte ve kişiyi hayata karşı harekete geçirebilmektedir (24,25).

Bulunduğu sosyal ortam tarafından reddedilmek, başarısız olarak değerlendirilmek benlik saygısını düşürmektedir. Reddedilme ihtimalinin dahi özgüveni ve benlik saygısını azalttığı görülmüştür. Kişinin çevresinden almış olduğu takdir ve onay onun benlik saygısına olumlu yönde katkıda bulunmaktadır (24,25).

Obezite benlik saygısını düşüren bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumun sebepleri arasında kişinin sosyal çevrenin de etkisiyle kendi dış görünüşünden memnun olmaması yatmaktadır (24).

2.4.2. Düşük ve Yüksek Benlik Saygısı

Benlik saygısının yaşam boyunca yaşla beraber değişebildiği bilinmektedir. Benlik saygısıyla ilgili yapılan çalışmalar benlik saygısının bazı iç ve dış faktörlere bağlı olarak değişebileceğini göstermektedir. Düşük ve yüksek benlik saygısının oluşmasına yol açan bazı iç ve dış faktörler vardır. Aynı şekilde düşük veya yüksek benlik saygısına sahip olmak da insan hayatındaki bazı faktörleri etkileyebilmektedir. Örneğin; düşük benlik saygısının depresyon, yalnızlık hissi, madde bağımlılığı, erken

yaşlarda hamilelik, akademik başarısızlık, suça meyil gibi kişisel ve psikolojik zorluklarla ilişkili olduğu bilinmektedir (25).

Benlik saygısının başarısızlık, olumsuz eleştiri alma, reddedilme, dışlanma, toplum tarafından kabul görmeme gibi sebeplerle azaldığı bilinmektedir. Benlik saygısını yükselten faktörler arasında ise övgü almak, toplum tarafından onaylanmak, takdir edilmek, bir başkasının sevgisini deneyimlemek yer almaktadır. Reddedilmek benlik saygısını düşürmektedir. Sadece reddedilme olasılığının bile benlik saygısını düşürebileceğini savunan görüşler mevcuttur (25).

Rosenberg 1965 yılında yazmış olduğu kitabında, benlik saygısıyla nevrozun birlikte seyredebildiğinden bahsetmektedir. Düşük benlik saygısı nevrotik rahatsızlıklara ve hastalıklara sebep olabilmektedir. Rosenbergin yapmış olduğu çalışmada benlik saygısıyla beraber sinirlilik, iştah kaybı, uykusuzluk ve başağrısı gibi semptomlar sorgulanmış ve benlik saygısı düşük olan kişilerde bu semptomları gösterme oranı daha yüksek bulunmuştur (7).

Benlik saygısı Rosenberg'e göre kişinin kendini yeterince iyi görebilme hali olarak değerlendirildiğinden, benlik saygısı yüksek olan kişiler kendilerini diğerlerinden üstün olarak görmezler. Bu durum, narsizm gibi kişilik bozukluklarında görülen anormal kendilik değerlendirmesinden farklı ve sağlıklı bir durumdur. Yüksek benlik saygısı, narsizmde görülen aşırıya kaçan öz değerlendirme ve kendini yüceltmenin aksine kendini olduğu gibi kabul edebilme ve kendine saygı duymayı içerir (26,27).

Rosenberg'e göre yüksek benlik saygısı bulunan kişiler, öztatmin kişiler olarak adlandırılabilir. Yüksek benlik saygısına sahip kişiler, kendini beğenmiş olarak tarif edilen kişilerden ayrılmaktadır. Yüksek benlik saygısı olan kişiler için, kendisine saygı duyan, değer veren ve kendisini diğerlerinden üstün görmeksizin kendi değerinin farkında olan, mükemmeliyetçilikten uzak, sınırlarının ve neyi yapıp yapamayacağını farkında olan, büyüyüp gelişmeyi hedefleyen kimse değerlendirilmesi yapılmaktadır (7).

Rosenberg'in değerlendirmesinde, düşük benlik saygısına sahip kişiler, kendini reddetmekte, kendini tatmin etmemeyi ve ihtiyaçlarının farkında olmamayı seçmekte ve kendini küçümsemektedir. Bireyin kendisine saygısı eksiktir. Kendisini olduğundan

daha farklı ve eksik görme eğilimindedir. Bulunduğu halinden memnun değildir ve başka biri olmak istemektedir (7).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, kesitsel ve analitik nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesinde, öğrenim görmekte olan tıp fakültesi öğrencileri ile 15.04.2023-01.07.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Çalışmanın evrenini, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim görmekte olan tüm öğrenciler oluşturmaktadır. Bu evreni temsil eden örneklem büyüklüğü; OpenEpiInfo v3.01 yazılımı kullanılarak, %95 güven aralığında yapılan örneklem hesabına göre en az 293 kişi olarak hesaplanmıştır. Dönem 1-6 arasında, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 624 öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Kullanılacak Ölçme, Test Etme ve Veri Toplama Yöntemleri

Katılımcılara araştırmanın amacı anlatılarak sözlü onamları alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere, Google Forms aracılığıyla düzenlenen anket formu online olarak iletilerek araştırmacı tarafından uygulandı. Çalışmada, sosyodemografik bilgileri ve tıp eğitimi ile ilgili soruları içeren tarafımızca literatür eşliğinde hazırlanan toplam 19 soru içeren anket formu, Jefferson Hekim Empati Ölçeği Öğrenci Versiyonu (Jefferson Scale of Empathy S-Version-JSPE-S) Türkçe hali, Sense of Coherence Scale-Short Form (SOC-13) Türkçe hali, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) Türkçe hali kullanıldı (Ek-1).

3.4.1. Jefferson Hekim Empati Ölçeği Öğrenci Versiyonu; Jefferson Empati Ölçeği, Hojat tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir (28). Çalışmamızda kullanılan Jefferson Empati Ölçeğinin Öğrenci Versiyonu (JSPE-S) Türkçe uyarlaması Gönüllü ve Öztuna tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Ölçek 7’li likert formatında olup 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar: “perspektif alma”, “şefkatle davranma” ve “hastanın ayakkabısını giyme” şeklindedir. Ölçekte 10’u pozitif 10’u negatif ifadeler içeren 20

soru bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 140'tır. Puan yükseldikçe öğrencinin daha fazla empatik yaklaşıma sahip olduğu düşünülür. “Perspektif alma”, “şefkatle davranma” ve “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutları için Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilen tutarlılık değerleri sırasıyla 0,83, 0,70 ve 0,60 olarak bulunmuştur (29).

3.4.2. Sense of Coherence Scale-Short Form (SOC-13); Bütünlük duygusu ölçeği 1987 yılında Aaron Antonovsky tarafından 29 maddelik sorulardan oluşacak şekilde geliştirilmiştir. Daha sonra bütünlük duygusunu ölçmek amacıyla 13 maddeye kısaltılmıştır. Çalışmamızda kullandığımız Sense of Coherence Scale-Short Form (SOC-13) 13 maddelik olan versiyonudur. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Scherler ve Lajunen tarafından 1996 yılında yapılmıştır (6).

Ölçek 3 alt boyuta sahiptir. Alt boyutlar; anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık olarak sıralanır. 7' li derecelendirme şeklinde oluşturulmuş ölçeğin, 2., 6., 8., 9. ve 11. maddesi “anlaşılabilirlik”, 3., 5., 10. ve 13. maddesi “yönetilebilirlik”, 1., 4., 7. ve 12. maddesi de “anlamlılık” alt boyutlarına ait maddelerdir. Ölçeğin 1., 2., 3., 7. ve 10. maddeleri ters kodlanmaktadır. Her soru katılımcı tarafından 1 ile 7 arasında puanlanacak şekilde cevaplanabilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 13 ve en yüksek puan 91'dir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe katılımcının bütünlük duygusu algısının yüksek olduğu şeklinde yorumlanır. Ölçeğin güvenirlik testi sonuçlarına göre iç tutarlık katsayıları; anlaşılabilirlik alt faktörü için 0.57, yönetilebilirlik alt faktörü için 0.54, anlamlılık alt faktörü için 0.62 ve tüm ölçek için 0,69 olarak hesaplanmıştır (30).

3.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği; Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Morris Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir. Rosenberg'in geliştirmiş olduğu ölçek 63 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabılme, anne-baba ilgisi, babayla ilişki, psişik izolasyon ve benlik saygısı olmak üzere toplamda 12 alt ölçeği bulunmaktadır. Çalışmamızda kullanılan ölçek Rosenberg'in geliştirmiş olduğu ölçeğin benlik saygısı alt ölçeğidir. Çalışmamızda kullanılan benlik saygısı ölçeği, Çuhadaroglu tarafından 1986'da Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. 10 soruluk benlik saygısı alt ölçeğinde 10 madde

bulunmaktadır. 10 maddeden 5'i (1., 2., 4., 6., 7., 10. maddeler) pozitif ifadeler içeren maddelerdir. 3., 5., 8., 9. Ve 10. Maddeler ise negatif ifadeler içeren maddelerdir. Bu maddeler Guttman değerlendirilme yöntemiyle değerlendirilmektedir. Değerlendirmeye göre 1., 2. ve 3. maddeler, 4. ve 5. maddeler, 9. ve 10. maddeler birlikte değerlendirilmektedir. İlk üç maddeden herhangi ikisinden puan alındığında bu gruptan 1 puan alınmış olur. 4. ve 5. maddeden herhangi birinden puan alındığında bu gruptan 1 puan alınır. 9. ve 10. maddeler de 4. ve 5. Maddelerin olduğu grup gibi değerlendirilir. 6., 7. ve 8. Maddeler gruplandırılmaksızın tek başlarına puan almaktadır. Tüm sorulardan alınabilecek maksimum puan 6 olmaktadır. Daha yüksek puan daha düşük benlik saygısı olarak değerlendirilmektedir. 0-1 puan yüksek, 2-4 puan orta ve 5-6 puan düşük benlik saygısı düzeyi olarak değerlendirilmektedir (31).

3.5. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı

Bu çalışma için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır (Tarih:07.04.2023, Karar No: 2023/4 sayı, etik kod: 2011-KAEK-2) (Ek-2).

3.6. Verilerin Analizi

Öncelikle tanımlayıcı istatistikler yapılarak kategorik olan değişkenler sayı ve yüzde ile gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk testinden ve histogram grafiklerinden yararlanıldı. Sayısal olan değişkenler, normal dağılıp dağılmamasına göre, ortalama ve standart sapma ile veya ortanca ve IQR (Inter Quartile Range = Çeyrekler arası aralık) ile minimum-maksimum değerleri kullanılarak belirtildi. Karşılaştırmalı analizlerde; sayısal değişkenler normal dağılım göstermediği için 2 grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, 2'den fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi, beraberinde post hoc (ikili karşılaştırmalarda) analizde Bonferroni testi kullanıldı. Bütünlük duygusu ölçeği ve alt boyut toplam puanları, empati ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanları ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki Spearman's rho korelasyon analizi ile değerlendirildi. Ölçekler arasında anlamlı ilişki sağlanması durumunda lineer regresyon modellemesi kuruldu. Tüm analizlerin değerlendirilmesinde, IBM® SPSS® 26 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) paket programı kullanıldı ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp fakültesinde eğitim gören 624 tıp öğrencisi katılım sağlamıştır.

Yaş: Katılımcıların yaş ortalaması $21,8 \pm 2,1$ (min:18, maks:29) olarak bulunmuştur.

Cinsiyet: Çalışmaya katılan öğrencilerin %40,2'si (n=251) erkek ve %59,8'i (n=373) kadındır.

Medeni durum: Katılımcılar medeni duruma göre 3 grupta incelendi. Katılımcıların 617'sinin (%98,9) bekar olduğu tespit edilmiştir.

Anne mesleği: Katılımcılar anne mesleğine göre 5 grupta incelenmiştir. Annelerin %54,2'si (n=338) çalışmamaktadır.

Baba mesleği: Katılımcıların baba mesleğine göre 5 grupta incelenmiştir. %36,2'si (n=226) memur olarak bulunmuştur.

Gelir durumu: Gelir durumuna göre katılımcılar asgari ücret ve altı gelire sahip olanlar ve asgari ücret üstü gelire sahip olanlar şeklinde 2 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %91,3 (n=570)'ü asgari ücret üstü gelire sahip olarak bulunmuştur.

Sigara kullanımı: Sigara kullanımına göre katılımcılar 3 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %73,1'i (n=456) sigara kullanmamaktadır.

Alkol kullanımı: Alkol kullanım durumuna göre katılımcılar 3 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %65,9'u (n=411) alkol kullanmamaktadır.

Kronik hastalık durumu: Katılımcılar kronik hastalığa sahip olup olmama durumuna göre 2 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %14,7'sinde (n=92) kronik hastalık bulunmaktadır.

Son 1 yılda olumsuz olay yaşama: Son 1 yılda olumsuz olay yaşama durumuna göre katılımcılar 2 grupta incelenmiştir. Son 1 yılda kendisinin veya ailesinin olumsuz bir olay yaşamadığını belirten öğrencilerin oranı %71,3 (n=445) olarak bulunmuştur.

Empatik hissetme durumu: Kendisini ne kadar empatik hissettiğini sorgulayan soruya verilen yanıtlara göre, katılımcılar 5 grupta incelenmiştir. Katılımcıların 78,5'i (n=490) empatik olduklarını düşünmektedir.

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, anne mesleği, baba mesleği, sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, kronik hastalık durumu, son 1 yılda olumsuz olay yaşama durumu ve empatik hissetme durumuna ait bulgular Tablo 1.'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	21,8±2,1*		
Cinsiyet	Erkek	251	40,2
	Kadın	373	59,8
Medeni Durum	Bekar	617	98,9
	Evli	7	1,1
Anne mesleği	Memur	139	22,3
	İşçi	52	8,3
	Emekli	57	9,1
	Çalışmıyor	338	54,2
	Diğer	38	6,1
Baba mesleği	Memur	226	36,2
	İşçi	84	13,5
	Emekli	184	29,5
	Çalışmıyor	17	2,7
	Diğer	113	18,1
Sigara kullanma durumu	Evet	139	22,3
	Hayır	456	73,1
	Bıraktım	29	4,6
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyorum	411	65,9
	Ara sıra	196	31,4
	Sık sık	17	2,7
Kronik hastalık durumu	Yok	532	85,3
	Var	92	14,7

Son 1 yılda olumsuz olay yaşama durumu

Hayır	445	71,3
Evet	179	28,7

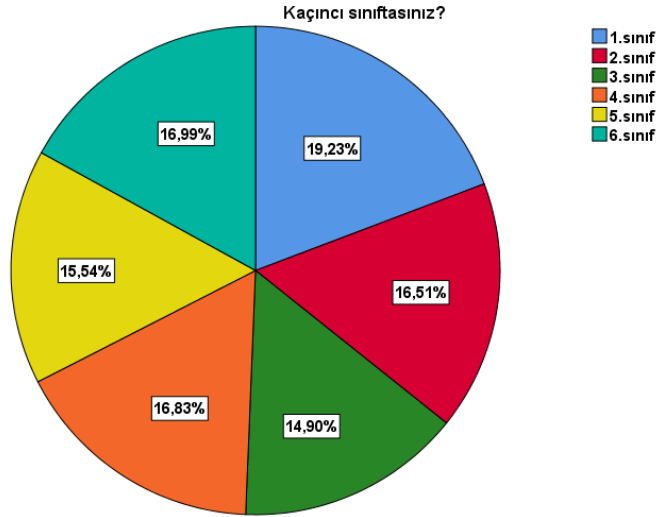
Empatik hissetme durumu

1	6	1,0
2	14	2,2
3	114	18,3
4	300	48,1
5	190	30,4

*ortalama±standart sapma

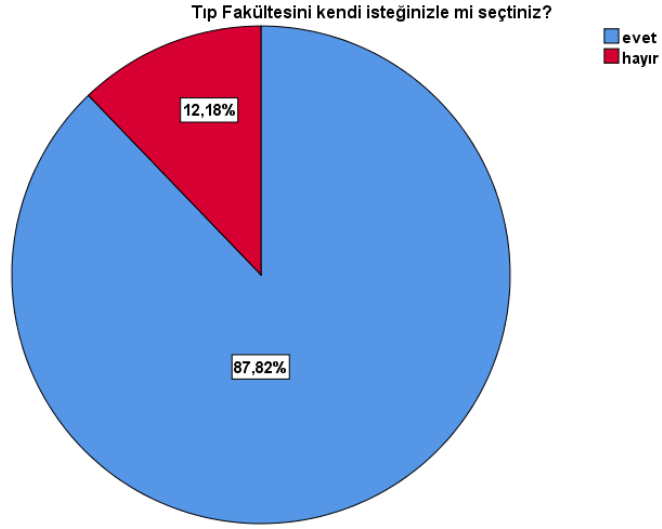
4.1.1. Katılımcıların Eğitim Durumuna İlişkin Tanımlayıcı Veriler

Öğrenim görülen sınıf: Katılımcıların %19,2'si (n=120) 1. sınıf, %16,5'i (n=103) 2. sınıf, %14,9'u (n=93) 3. sınıf, %16,8'i (n=105) 4. sınıf, %15,5'i (n=97) 5. sınıf, %17'si (n=106) 6. sınıfta öğrenim görmektedir (Şekil 3.).



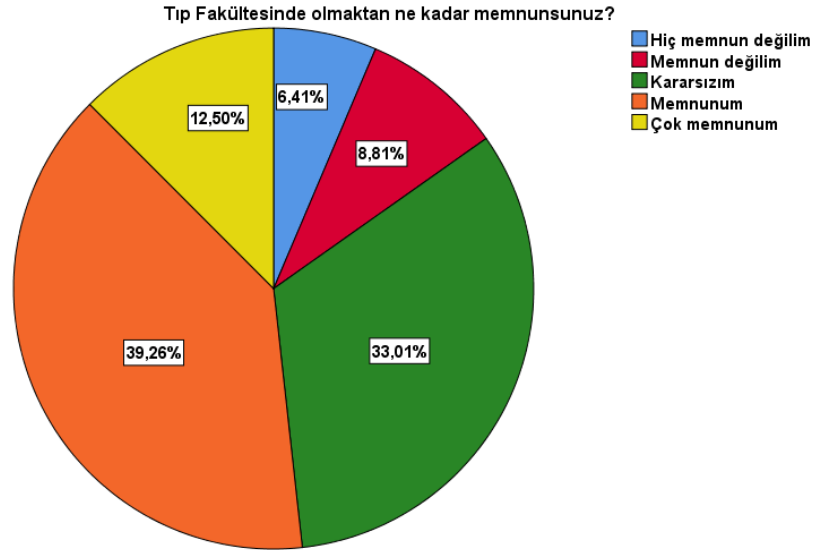
Şekil 3. Sınıfların dağılımı

Tıp fakültesinde okuma tercihi: Tıp fakültesinde okuma kararının kendisine ait olup olmama durumuna göre katılımcılar 2 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %87,8'inin (n=548) tıp fakültesini kendi isteğiyle seçtiği bulunmuştur (Şekil 4.).



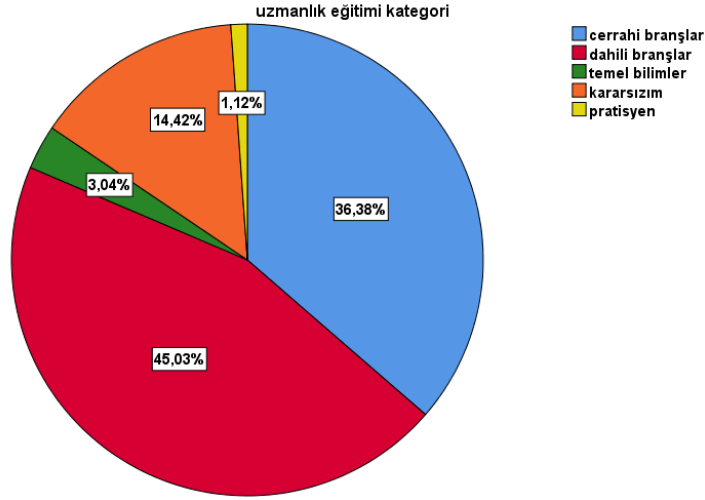
Şekil 4. Tıp fakültesi tercihinə göre dağılım

Tıp fakültesinde olma memnuniyeti: Tıp fakültesinde olmaktan ne kadar memnun olduklarına göre çalışmaya katılan öğrenciler 5 grupta incelenmiştir. Öğrencilerin %39,3'ünün (n=245) tıp fakültesinde olmaktan memnun olduğu saptanmıştır (Şekil 5.).



Şekil 5. Tıp fakültesinde olmanın memnuniyeti

Uzmanlık eğitimi seçimi: Uzmanlık eğitiminde seçmek istedikleri branşlara göre katılımcılar 5 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %45,0'ı (n=281) dahili branşları seçmek istemektedir (Şekil 6.).



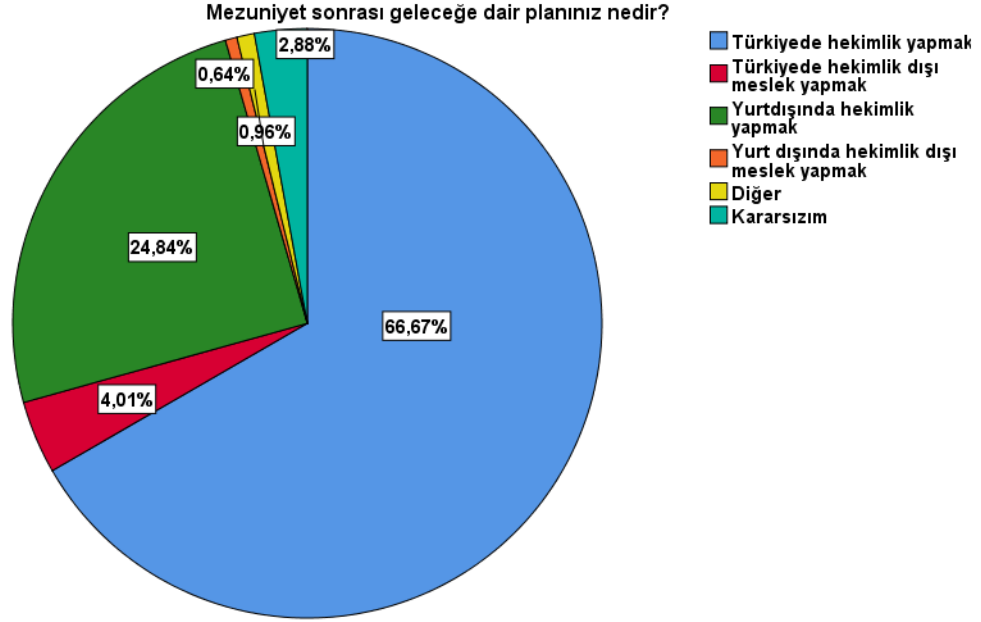
Şekil 6. Uzmanlık eğitimi dağılımları

Tıp fakültesinde okumaya ait motivasyon değişimi: Tıp fakültesinde okumaya dair motivasyon değişimine ait sorulan soruda verilen cevaplara göre öğrenciler 3 grupta incelenmiştir. Öğrencilerin %47,4'sının (n=296) motivasyonunun azaldığı görülmüştür (Şekil 7.).



Şekil 7. Motivasyon durumunun dağılımı

Mezuniyet sonrası plan: Mezuniyet sonrası planlarına göre katılımcılar 6 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %66,7'si (n=416) Türkiye'de hekimlik yapmayı planlamaktadır (Şekil 8.).



Şekil 8. Mezuniyet sonrası planların dağılımı

Öğrenim görülen sınıf, tıp fakültesinde okuma tercihi, tıp fakültesinde olma memnuniyeti, uzmanlık eğitimi seçimi, tıp fakültesinde okumaya ait motivasyon değişimi, mezuniyet sonrası plan eğitim durumuna ilişkin tanımlayıcı özellikler olarak ele alınmıştır. Katılımcıların eğitim durumuna ilişkin bulgular Tablo 2.'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların eğitim durumuna ilişkin tanımlayıcı veriler

Değişkenler	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Öğrenim görülen sınıf	1.sınıf	120	19,2
	2.sınıf	103	16,5
	3.sınıf	93	14,9
	4.sınıf	105	16,8
	5.sınıf	97	15,5
	6.sınıf	106	17,0
Tıp fakültesinde okuma tercihi	Evet	548	87,8
	Hayır	76	12,2
Tıp fakültesinde olmanın memnuniyeti	1	40	6,4
	2	55	8,8
	3	206	33,0
	4	245	39,3
	5	78	12,5
Uzmanlık eğitimi seçimi	Cerrahi	227	36,4
	Dahili	281	45,0
	Temel bilimler	19	3,0
	Kararsızım	90	14,4
	Pratisyen	7	1,1
Tıp fakültesinde okumaya ait motivasyon değişimi	Azaldı	296	47,4
	Değişmedi	229	36,7
	Arttı	99	15,9
Mezuniyet sonrası plan	Türkiye’de hekimlik yapmak	416	66,7
	Türkiye’de hekimlik dışı meslek yapmak	25	4,0
	Yurtdışında hekimlik yapmak	155	24,8
	Yurtdışında hekimlik dışı meslek yapmak	4	0,6
	Diğer	6	1,0
	Kararsızım	18	2,9

4.2. Katılımcıların JSPE-S, RBSÖ, SOC-13 Ölçeklerinin Toplam ve Alt Boyut Puanları

Katılımcıların SOC-13 toplam puan ortalaması $45,0 \pm 10,1$, JSPE-S toplam puan ortalaması $82,0 \pm 5,6$, RBSÖ toplam puan ortalaması $2,2 \pm 1,8$ olarak bulunmuştur. Tüm katılımcılar için yapılan ölçek ve alt boyutlarının ortalama, standart sapma (SS), minimum ve maksimum değerlerini veren analiz sonuçları Tablo 3.'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların ölçek puan değerlendirmesi (n=624)

Ölçek ve Alt Boyutlar	Ortalama $\pm$ SS	Minimum	Maksimum
Anlaşılabilirlik	16,6 $\pm$ 5,2	5	32
Yönetilebilirlik	13,6 $\pm$ 4,1	4	27
Anlamlılık	14,8 $\pm$ 3,3	4	26
SOC-13 Toplam Puanı	45,0$\pm$10,1	19	74
Perspektif Alma	41,5 $\pm$ 5,7	24	70
Şefkatle Davranma	31,7 $\pm$ 4,6	8	45
Hastasının Ayakkabısını Giyme	8,8 $\pm$ 1,7	2	14
JSPE-S Toplam Puanı	82,0$\pm$5,6	65	103
RBSÖ Toplam Puanı	2,2$\pm$1,8	0	6

SS: Standart Sapma

4.3. Tanımlayıcı Değişkenlerde Ölçeklere ve Alt Boyutlara Ait Puanların Değerlendirilmesi

4.3.1. Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyete göre SOC-13 ve alt boyutlarına ait puanlar karşılaştırılmıştır. Kadınlar ve erkekler arasında SOC-13 ölçeğinin anlaşılabilirlik ve yönetilebilirlik alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin bu alt boyutlar için puanı kadınların puanından daha yüksek olarak saptanmıştır (sırasıyla $p=0,007$, $p<0,0001$). SOC-13 toplam puanı karşılaştırmasında kadınlar ve erkekler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Erkekler kadınlara göre anlamlı yüksek puana sahiptir ($p=0,008$).

JSPE-S ve alt boyutlarının cinsiyete göre karşılaştırmasında ölçeğin perspektif alma alt boyutunda kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Erkekler kadınlara göre anlamlı yüksek puana sahiptir ($p=0,004$).

Şefkatle davranma alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu alt boyut için kadınlar erkeklere göre anlamlı yüksek puana sahiptir ($p=0,001$).

RBSÖ toplam puanının cinsiyete göre karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlarda ölçeğin toplam puanı anlamlı yüksek olarak bulunmuştur ($p=0,012$). Kadınların benlik saygısının erkeklere göre daha düşük saptandığı şeklinde yorumlanmaktadır.

Ölçeklerin toplam puanlarının ve ölçeklere ait alt boyutların puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 4.'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Cinsiyetler arasında ölçekler ve alt boyutlara ait puanların karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt Boyutları	Erkek (n=251)	Kadın (n=373)	P*
	Medyan (IQR)	Medyan (IQR)	
Anlaşılabilirlik	17(7)	16(8)	0,007
Yönetilebilirlik	14(4)	13(6)	<0,0001
Anamlılık	15(4)	15(4)	0,408
SOC-13 Toplam Puanı	46(13)	45(15)	0,008
Perspektif Alma	42(6)	41(7)	0,004
Şefkatle Davranma	31(6)	32(5)	0,001
Hastanın Ayakkabısını Giyme	9(2)	9(2)	0,633
JSPE-S Toplam Puanı	82(8)	82(6)	0,964
RBSÖ Toplam Puanı	1(3)	2(3)	0,012

*Mann-Whitney U testi

IQR; Inter Quantile Range

4.3.1.1. Benlik Saygısının Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

Cinsiyetler arasında RBSÖ puanlarına ait oranlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=18,65$; $p<0,0001$). Erkeklerde RBSÖ'ye göre yüksek benlik saygısı düzeyinde olma oranı kadınlara göre %15 farkla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,0001$). Kadınlarda RBSÖ'ye göre orta benlik saygısı seviyelerinde olma oranı erkeklere göre yaklaşık %16 farkla anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,0001$). İki cinsiyet grubu için benlik saygısının düşük düzeyde olma oranında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Karşılaştırma Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Cinsiyetler arasında Rosenberg Benlik Saygısı Düzeyi Oranlarının Karşılaştırılması

Rosenberg Benlik Saygısı Düzeyleri	İstatistiksel Dağılım	Cinsiyet		Toplam	p
		Erkek	Kadın		
Yüksek	Sayı (n)	134	140	274	<0,0001
	Yüzde (%)	53,4	37,5	43,9	
Orta	Sayı (n)	76	174	250	
	Yüzde (%)	30,3	46,6*	40,1	
Düşük	Sayı (n)	41	59	100	
	Yüzde (%)	16,3	15,8	16,0	
Toplam	Sayı (n)	251	373	624	
	Yüzde (%)	100	100	100	

Pearson's Ki Kare testi

4.3.2 Öğrenim Görülen Sınıfa Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Öğrencilerin öğrenim gördüğü sınıflara göre SOC13 toplam ölçek puanı ve anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik, anlamlılık alt boyut puanlarının (alt karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ölçeğin toplam puanı ve alt boyut puanlarının öğrenim görülen sınıflara göre karşılaştırılması Tablo 6.'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Sınıflar arasında SOC-13 toplam ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Sınıflar	İstatistiksel Terimler	Anlaşılabilirlik	Yönetilebilirlik	Anlamlılık	SOC-13 Toplam Puanı
1.sınıf (n=120)	Median (IQR)	16 (6)	13 (5)	14 (5)	45 (15)
2.sınıf (n=103)	Median (IQR)	16 (7)	14 (5)	15(4)	47 (15)
3.sınıf (n=93)	Median (IQR)	17 (7)	13 (6)	15 (5)	45 (15)
4.sınıf (n=105)	Median (IQR)	16 (8)	14 (6)	15 (4)	44 (16)
5.sınıf (n=97)	Median (IQR)	17 (7)	14 (5)	15 (5)	44 (12)
6.sınıf (n=106)	Median (IQR)	18 (7)	14 (5)	15 (4)	47 (13)
P* değeri		0,313	0,527	0,803	0,225

*Kruskal-Wallis testi

JSPE-S toplam puanı, öğrenim görülen sınıfa göre karşılaştırılmıştır. Toplam puan ve perspektif alma alt boyutu ile sınıflar arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Şefkatle davranma ve hastanın ayakkabısını giyme alt boyutlarında sınıflar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

RBSÖ toplam puanı ile öğrenim görülen sınıf karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Sınıflar arasında JSPE-S toplam puanı ve alt boyutlarına ait puanların karşılaştırılması ve RBSÖ puanının karşılaştırılması Tablo 7.'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Sınıflar arasında JSPE-S ve alt boyutlarına ait toplam puanlarının ve RBSÖ toplam puanının karşılaştırılması

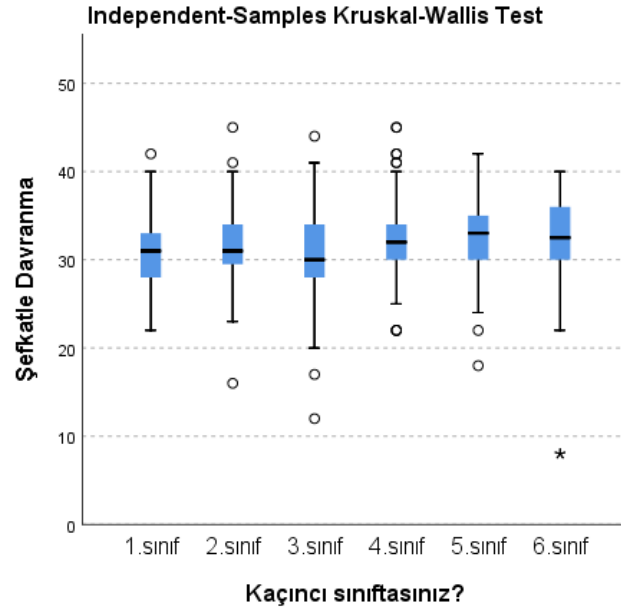
Sınıflar	İstatistiksel Terimler	Perspektif Alma	Şefkatle Davranma	Hastanın Ayakkabısını Giyme	JSPE_S Toplam Puanı	RBSÖ Toplam Puanı
1.sınıf (n=120)	Median (IQR)	42 (6)	31 (5)	8 (2)	82 (7)	2 (3)
2.sınıf (n=103)	Median (IQR)	41 (7)	31 (5)	9 (2)	81 (6)	2 (2)
3.sınıf (n=93)	Median (IQR)	43 (7)	30 (6)	9 (2)	81 (7)	2 (2)
4.sınıf (n=105)	Median (IQR)	41 (7)	32 (5)	8 (2)	82 (7)	2 (3)
5.sınıf (n=97)	Median (IQR)	41 (6)	33 (5)	9 (2)	82 (7)	2 (3)
6.sınıf (n=106)	Median (IQR)	41 (8)	33 (6)	9 (2)	83 (9)	2 (2)
p değeri*		0,062	<0,0001	0,037	0,169	0,494

*Kruskal-Wallis testi, post hoc Bonferroni testi

IQR; Inter Quantile Range

Şefkatle davranma puanı değerlendirmesinde 5. sınıf puanı ve 6. sınıf puanı; 1. sınıfa göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,009$, $p=0,010$), 5. sınıf puanı ve 6. sınıf puanı; 3. sınıf puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,012$, $p=0,015$).

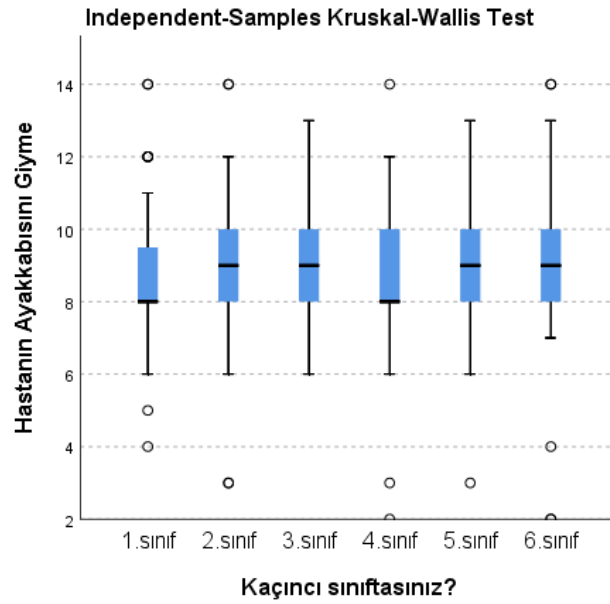
Sınıflara göre şefkatle davranma puanı karşılaştırması Şekil 9. da gösterilmiştir.



Şekil 9. Sınıflar arasında şefkatle davranma puanının karşılaştırılması

Hastasının ayakkabısını giyme puanı karşılaştırmasında, 6. sınıf puanı 1. sınıf puanından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,029$).

Hastanın ayakkabısını giyme puanının sınıflara göre karşılaştırılması Şekil 10. da gösterilmiştir.



Şekil 10. Sınıflar arasında hastanın ayakkabısını giyme puanının karşılaştırılması

4.3.3. Anne mesleğine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Anneye ait meslek gruplarının SOC-13 toplam puanı ve anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik, anlamlılık alt boyut puanlarına göre karşılaştırılması yapılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Anneye ait meslek gruplarının SOC-13 ve alt boyut puanlarına göre karşılaştırılması Tablo 8. 'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Anne mesleğine ait gruplar arasında SOC-13 toplam puanı ve alt boyutlarına ait puanların karşılaştırılması

Annenin mesleği	İstatistiksel Terimler	Anlaşılabilirlik	Yönetilebilirlik	Anlamlılık	SOC-13 Toplam Puanı
Memur (n=139)	Median (IQR)	16(8)	13(6)	15(4)	44(16)
İşçi (n=52)	Median (IQR)	15(8)	13(4)	14(5)	42(12)
Emekli (n=57)	Median (IQR)	16(7)	13(6)	15(5)	45(15)
Çalışmıyor (n=338)	Median (IQR)	17(6)	14(5)	15(4)	46(14)
Diğer (n=38)	Median (IQR)	16(7)	13(7)	14(5)	44(14)
p değeri*		0,133	0,439	0,097	0,119

*Kruskal-Wallis testi
Range

IQR; Inter Quantile

Anneye ait meslek grupları arasında RBSÖ, JSPE-S ve alt boyutlarına puanlar puanların karşılaştırılması yapılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Karşılaştırma sonuçları Tablo 9. 'de gösterilmiştir.

Tablo 9. Anne mesleğine ait gruplar arasında JSPE-S ve alt boyutlarına ait puanların ve RBSÖ puanının karşılaştırılması

Annenin mesleği	İstatistiksel Terimler	Perspektif Alma	Şefkatle Davranma	Hastanın Ayakkabısını Giyme	JSPE-S Toplam Puanı	RBSÖ Toplam Puanı
Memur (n=139)	Median (IQR)	41(7)	31(5)	9(2)	82(7)	2(2)
İşçi (n=52)	Median (IQR)	42(6)	32(7)	9(2)	82(8)	2(3)
Emekli (n=57)	Median (IQR)	42(10)	32(7)	9(2)	82(8)	2(4)
Çalışmıyor (n=338)	Median (IQR)	41(7)	32(6)	9(2)	82(6)	2(3)

Diğer (n=38)	Median (IQR)	41(7)	32(4)	9(2)	83(8)	2(3)
p değeri*		0,752	0,465	0,484	0,742	0,365

*Kruskal-Wallis testi
Range

IQR; Inter Quantile

4.3.4. Baba Mesleğine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Baba mesleği ile SOC-13 ve alt boyutları karşılaştırılmıştır. SOC-13 toplam puanı ve ölçeğin anlaşılabilirlik alt boyut puanında baba mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,028$, $p=0,030$). Baba mesleği ile SOC-13 ve alt boyutlarına ait karşılaştırmanın sonuçları Tablo 10.'de gösterilmiştir.

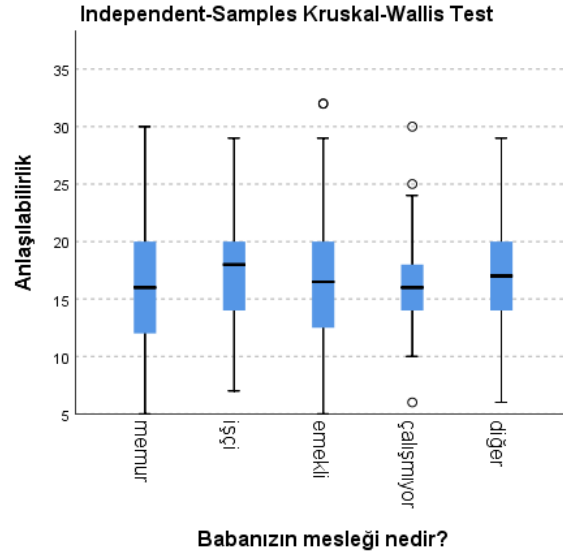
Tablo 10. Baba mesleğine ait gruplar arasında SOC-13 ve alt boyutlarına ait puanların karşılaştırılması

Baba mesleği	İstatistiksel Terimler	Anlaşılabilirlik	Yönetilebilirlik	Anlamlılık	SOC-13 Toplam Puanı
Memur (n=226)	Median (IQR)	16(8)	13(6)	15(4)	44(16)
İşçi (n=84)	Median (IQR)	18(6)	14(5)	15(5)	47(12)
Emekli (n=184)	Median (IQR)	17(8)	14(5)	15(4)	45(15)
Çalışmıyor (n=17)	Median (IQR)	16(7)	13(6)	17(5)	47(14)
Diğer (n=113)	Median (IQR)	17(7)	14(5)	15(4)	46(13)
p değeri*		0,030	0,057	0,208	0,028

*Kruskal-Wallis testi, post hoc Bonferroni testi

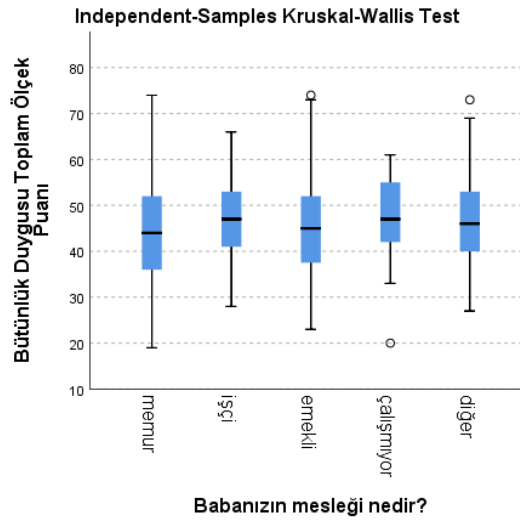
IQR; Inter Quantile Rang

Meslek grupları arasında SOC-13 anlaşılabilirlik alt boyutundaki farkın memur ve işçi grupları arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. Babası işçi olan öğrencilerin Anlaşılabilirlik alt boyut puanı babası memur olan öğrencilerin puanından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,033$). Babası memur ve işçi olan öğrencilerin anlaşılabilirlik puan karşılaştırılması Şekil 11.'de gösterilmiştir.



Şekil 11. Babaya ait meslek grupları arasında anlaşılabilirlik alt boyut puanı karşılaştırması

SOC-13 toplam puanı ve baba mesleği grupları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı olan farkın memur ve işçi grupları ile memur ve diğer meslek grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Babası işçi olan öğrencilerin SOC-13 toplam puanı babası memur olan öğrencilerin SOC-13 toplam puanından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,007$). Babası diğer meslek gruplarında olan öğrencilerin SOC-13 toplam puanı babası memur olan öğrencilerin SOC-13 toplam puanından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,029$). Baba mesleklerine göre SOC-13 toplam puanı karşılaştırması Şekil 12.'de gösterilmiştir.



Şekil 12. Baba mesleğine ait gruplar arasında SOC-13 toplam puanı karşılaştırması

Baba mesleğine ait gruplar arasında JSPE-S toplam puan ve alt boyutlara ait puanlar karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Baba mesleğine ait gruplar arasında RBSÖ toplam puanı karşılaştırılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Baba mesleğine göre gruplar arası JSPE-S toplam puan ve alt boyutlar puanı ile RBSÖ toplam puanı karşılaştırması Tablo 11.'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Baba mesleğine ait gruplar arasında JSPE-S ve alt boyutlarına ait puanların ve RBSÖ toplam puanının karşılaştırılması

Baba mesleği	İstatistiksel Terimler	Perspektif Alma	Şefkatle Davranma	Hastanın Ayakkabısını Giyme	JSPE-S Toplam Puanı	RBSÖ Toplam Puanı
Memur (n=226)	Median (IQR)	41(7)	32(6)	9(2)	82(8)	2(3)
İşçi (n=84)	Median (IQR)	42(6)	32(6)	9(2)	82(8)	1(2)
Emekli (n=184)	Median (IQR)	40(7)	32(6)	9(2)	81(7)	2(3)
Çalışmıyor (n=17)	Median (IQR)	43(7)	33(7)	9(2)	80(10)	2(4)
Diğer (n=113)	Median (IQR)	42(6)	31(5)	8(2)	82(5)	2(2)
p değeri*		0,089	0,558	0,218	0,436	0,106

*Kruskal-Wallis testi

IQR; Inter Quantile

Range

4.3.5. Tıp Fakültesini Tercih Etme Kararına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tıp fakültesini öğrencinin kendisinin tercih edip etmediğini sorgulayan soruya verilen yanıtlar ile SOC-13 toplam puanı ve alt boyutlarına ait puanlar karşılaştırılmıştır. SOC-13 anlamlılık alt boyut puanı karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tercih kendine ait olanlarda anlamlılık alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,024$). Anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik alt boyutları ve ölçek toplam puanı ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tıp fakültesini öğrencinin kendisinin tercih edip etmediğini sorgulayan soruya verilen yanıtlar ile JSPE-S toplam puanı ve alt boyutlara ait puanlar karşılaştırılmıştır.

Şefkatle davranma alt boyutunda gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tercih kararı kendisine ait olmayanların puanı tercihi kendisine ait olanların puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,033$). JSPE-S toplam puanı, perspektif alma ve hastanın ayakkabısını giyme alt boyutları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tıp fakültesini öğrencinin kendisinin tercih edip etmediğini sorgulayan soruya verilen yanıtlar ile RBSÖ toplam puanı karşılaştırılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tercih kararı kendisine ait olmayan öğrencilerin puanı tercih kararı kendisine ait olan öğrencilerin puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,002$). RBSÖ için yüksek puan alma durumu düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmektedir.

Tıp fakültesini öğrencinin kendisinin tercih edip etmediğini sorgulayan soruya verilen yanıtlar ile JSPE-S toplam puanı, SOC-13 toplam puanı, bu ölçeklere ait alt boyutların puanları ve RBSÖ toplam puanı karşılaştırması Tablo 12.'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Tıp fakültesini tercih etme kararının öğrenciye ait olup olmama durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt boyutlar	Evet (n=548)	Hayır (n=76)	P*
	Median (IQR)	Median (IQR)	
Anlaşılabilirlik	17(7)	17(6)	0,980
Yönetilebilirlik	14(5)	14(6)	0,602
Anlamlılık	15(4)	14(4)	0,024
SOC-13 Toplam Puanı	45(14)	45(11)	0,309
Perspektif Alma	41(7)	40(7)	0,277
Şefkatle Davranma	32(5)	33(6)	0,033
Hastanın Ayakkabısını Giyme	9(2)	9(2)	0,052
JSPE-S Toplam Puanı	82(7)	82(8)	0,202
RBSÖ Toplam Puanı	2(2)	3(4)	0,002

*Mann-Whitney U testi

IQR; Inter Quantile Range

4.3.6. Tıp Fakültesinde Olmaktan Memnun Olma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tıp fakültesinde olmaktan memnun olma durumu ile SOC-13 toplam puanı ve ölçek alt boyut puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Memnuniyet skoru ile anlaşılabilirlik alt boyutu pozitif yönde anlamlı ihmal edilebilir ilişki ($r=0,083$; $p=0,039$), yönetilebilirlik alt boyutu pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki ($r=0,133$; $p=0,001$), anlamlılık alt boyutu pozitif yönde anlamlı zayıf ilişki ($r=0,175$; $p=0,0001$), ölçek toplam puanı pozitif yönde anlamlı zayıf ilişki ($r=0,150$; $p=0,0001$) saptanmıştır.

Tıp fakültesinde olmaktan memnun olma durumu ile JSPE-S toplam puanı ve ölçeğe ait alt boyutlar puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Memnuniyet skoru ile perspektif alt boyutu pozitif yönde anlamlı zayıf ilişki ($r=0,101$; $p=0,012$), şefkatle davranma alt boyutu negatif yönde anlamlı zayıf ilişki ($r= -0,130$; $p=0,001$), hastanın ayakkabısını giyme alt boyutu negatif yönde anlamlı zayıf ilişki ($r= -0,111$; $p=0,005$) saptanırken ölçek toplam puanında ise ilişki ($r=-0,022$; $p=0,589$) saptanmamıştır.

Tıp fakültesinde olmaktan memnun olma durumu ile RBSÖ puanı arasındaki ilişki incelenmiştir. Memnuniyet skoru ile RBSÖ puanı arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-0,230$; $p=0,0001$).

Tıp fakültesinde olmaktan memnun olma durumu ile JSPE-S toplam puanı, SOC-13 toplam puanı, ölçeklere ait alt boyutların puanları ve RBSÖ toplam puanı arasındaki ilişki Tablo 13.'te incelenmiştir.

Tablo 13. Tıp fakültesinden memnun olma durumu ile ölçekler ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

Ölçekler ve alt boyutlar	İstatistik	Tıp Fakültesinde olmaktan ne kadar memnunsunuz? (Skor 1-5)
Anlaşılabilirlik	r	0,083*
	p	0,039
Yönetilebilirlik	r	0,133**
	p	0,001
Anlamlılık	r	0,175**
	p	0,0001
SOC-13 Toplam Puanı	r	0,150**

	p	0,0001
Perspektif Alma	r	0,101*
	p	0,012
Şefkatle Davranma	r	-0,130**
	p	0,001
Hastanın Ayakkabısını Giyme	r	-0,111**
	p	0,005
JSPE-S Toplam Puanı	r	-0,022
	p	0,589
RBSÖ Toplam Puanı	r	-0,230***
	p	0,0001

Spearman rho korelasyon analizi

r_s ; Spearman rho korelasyon katsayısı

*İhmal edilebilir korelasyon ** Zayıf *** Orta düzeyde korelasyon olduğunu gösterir.

4.3.7. Uzmanlık Eğitimi Tercihi Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Uzmanlık eğitimi tercihi için sorulan soruya verilen cevaplara göre SOC-13 toplam puanı ve ölçek alt boyut puanları karşılaştırılmıştır. Uzmanlık eğitimi kategorileri arasında ölçek puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Uzmanlık eğitimi tercih kategorileri ve SOC-13 ve alt boyutlarına ait karşılaştırma Tablo 14.'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Uzmanlık eğitimi kategorileri arasında SOC-13 ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Uzmanlık Eğitim Kategorisi	İstatistiksel Terimler	Anlaşılabilirlik	Yönetilebilirlik	Anlamlılık	SOC-13 Toplam Puanı
Cerrahi (n=227)	Median (IQR)	17(7)	14(5)	15(4)	46(14)
Dahili (n=281)	Median (IQR)	16(7)	13(6)	15(4)	45(15)
Temel Bilimler (n=19)	Median (IQR)	15(9)	14(5)	14(7)	45(15)
Kararsızım (n=90)	Median (IQR)	17(6)	14(4)	15(4)	46(13)
Pratisyen (n=7)	Median (IQR)	18(11)	11(12)	13(1)	38(25)
p değeri*		0,701	0,137	0,742	0,528

*Kruskal-Wallis testi

Range

IQR; Inter Quantile

Uzmanlık eğitimi kategorilerine göre JSPE-S toplam puanı ve alt boyutlarına ait puan karşılaştırılması yapılmıştır. Uzmanlık eğitimi kategorileri arasında ölçeğe ait perspektif alma ($p=0,013$) ve hastanın ayakkabısını giyme ($p=0,037$) alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ölçek toplam puanında ve şefkatle davranma alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Uzmanlık eğitimi kategorilerine göre RBSÖ toplam puanının karşılaştırılması yapılmıştır. Karşılaştırmaya göre kategoriler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,003$).

Uzmanlık eğitimi kategorileri arasında JSPE-S toplam puanı ile ölçeğin alt boyut puanları ve RBSÖ toplam puanı için yapılan karşılaştırmaya ait bulgular Tablo 15.'te gösterilmiştir.

Tablo 15. Uzmanlık eğitimi kategorileri arasında JSPE-S toplam puan, alt boyut puanları ve RBSÖ puan karşılaştırılması

Uzmanlık Eğitim Kategorisi	İstatistiksel Terimler	Perspektif Alma	Şefkatle Davranma	Hastanın Ayakkabısını Giyme	JSPE-S Toplam Puanı	RBSÖ Toplam Puanı
Cerrahi (n=227)	Median (IQR)	42(7)	31(5)	8(2)	82(8)	2(2)
Dahili (n=281)	Median (IQR)	41(7)	32(6)	9(2)	81(7)	2(3)
Temel Bilimler (n=19)	Median (IQR)	42(10)	32(4)	9(2)	82(8)	1(2)
Kararsızım (n=90)	Median (IQR)	41(5)	31(5)	9(2)	82(6)	2(3)
Pratisyen (n=7)	Median (IQR)	35(10)	35(4)	10(3)	84(11)	2(3)
p değeri*		0,013	0,119	0,037	0,267	0,003

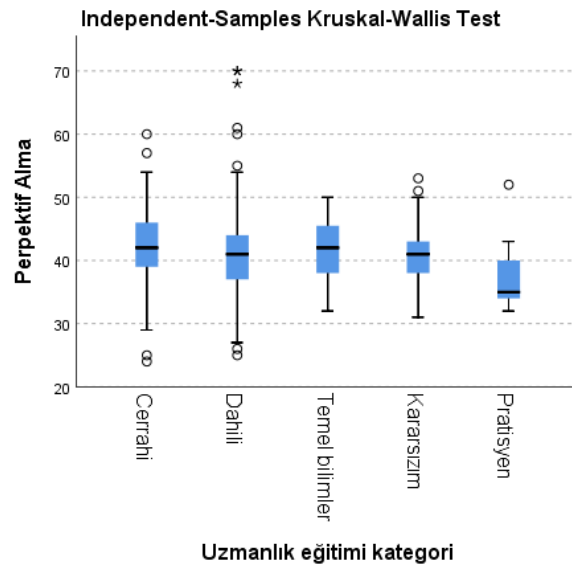
*Kruskal-Wallis testi, post hoc Bonferroni testi
Range

IQR; Inter Quantile

Uzmanlık eğitimi kategorileri arasında JSPE-S perspektif alma alt boyutu puanına göre yapılan karşılaştırmada cerrahi branşları tercih edenlerin puanı pratisyen

kalmak isteyenlerin puanından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. ($p=0,027$). Cerrahi branşları tercih edenlerin puanı dahili branşları tercih edenlerin puanından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,007$). Cerrahi branşları tercih edenlerin puanı kararsız olanların puanından yüksek bulunmuştur. Yükseklik istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,018$).

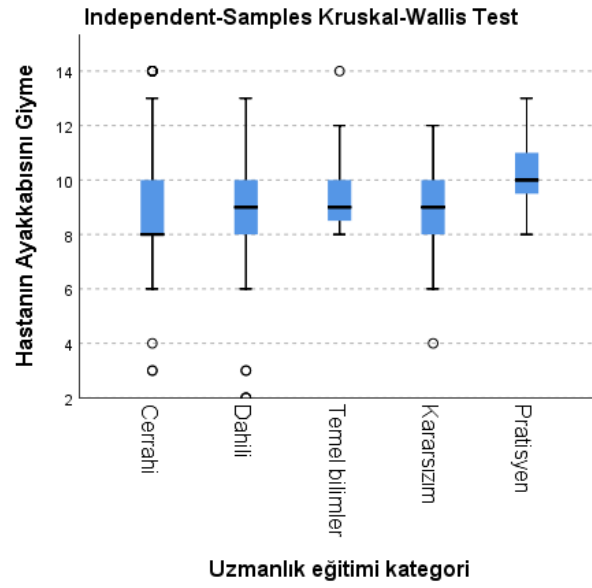
Uzmanlık eğitim kategorileri arasında JSPE-S perspektif alma alt boyutu puanına göre yapılan karşılaştırma Şekil 13.'te gösterilmiştir.



Şekil 13. Perspektif alt boyutunda uzmanlık eğitimi kategorileri arasında karşılaştırma

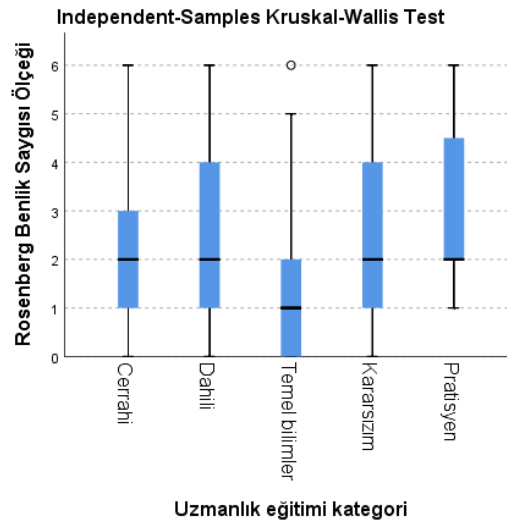
Uzmanlık eğitimi kategorileri arasında JSPE-S alt boyutu olan hastanın ayakkabısını giyme puanı karşılaştırmasında pratisyen kalmayı tercih edenlerin puanı cerrahi branşları tercih edenlerden ($p=0,016$) kararsız kalanlardan ($p=0,045$) ve dahili branşları seçenlerden ($p=0,038$) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Temel bilimleri tercih edenlerin puanı cerrahi branşları tercih edenlerin puanından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,040$).

Uzmanlık kategorilerine göre hastanın ayakkabısını giyme alt boyutu puan karşılaştırması Şekil 14.'te verilmiştir.



Şekil 14. Hastanın ayakkabısını giyme alt boyutunda uzmanlık eğitimi kategorileri arasında karşılaştırma

Uzmanlık eğitimi kategorileri arasında RBSÖ toplam puanı karşılaştırmasında dahili branşları tercih edenlerin puanı cerrahi branşları tercih edenlerin puanından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,022$). Uzmanlık eğitimi kategorileri arasında yapılan RBSÖ toplam puanı karşılaştırması Şekil 15.'te incelenmiştir.



Şekil 15. Uzmanlık eğitimi kategori grupları arasında RBSÖ puan karşılaştırması

4.3.8. Sigara Kullanım Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Sigara kullanım durumları arasında SOC-13 ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarına göre karşılaştırma yapılmıştır. Karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sigara kullanım durumları arasında yapılan karşılaştırma Tablo 16.'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Sigara kullanma durumuna göre SOC-13 toplam puan ve alt boyut puan karşılaştırması

Sigara Bağımlılığı	İstatistiksel Terimler	Anlaşılabilirlik	Yönetilebilirlik	Anlamlılık	SOC-13 Toplam Puanı
Evet (n=139)	Median (IQR)	16(8)	13(6)	15(4)	45(15)
Hayır (n=456)	Median (IQR)	17(7)	14(5)	15(4)	45(14)
Bıaktım (n=29)	Median (IQR)	17(10)	13(8)	14(4)	44(17)
p değeri*		0,457	0,626	0,278	0,624

*Kruskal-Wallis testi
Range

IQR; Inter Quantile

Sigara kullanım durumlarına göre JSPE-S toplam puanı, ölçeğe ait alt boyut puanları ve RBSÖ toplam puanı karşılaştırılması yapılmıştır. Karşılaştırmaya göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Karşılaştırma sonuçları Tablo 17.'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Sigara kullanma durumları arasında JSPE-S toplam puanı, alt boyut puanı ve RBSÖ toplam puanı karşılaştırılması

Sigara Bağımlılığı	İstatistiksel Terimler	Perspektif Alma	Şefkatle Davranma	Hastanın Ayakkabısını Giyme	JSPE-S Toplam Puanı	RBSÖ Toplam Puanı
Evet (n=139)	Median (IQR)	42(8)	31(7)	9(2)	81(7)	2(3)
Hayır (n=456)	Median (IQR)	41(7)	32(5)	9(2)	82(6)	2(3)
Bıaktım (n=29)	Median (IQR)	42(8)	33(5)	9(2)	83(7)	2(4)
p değeri*		0,784	0,280	0,275	0,315	0,845

*Kruskal-Wallis testi
Range

IQR; Inter Quantile

4.3.9. Alkol Kullanım Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Alkol kullanım durumuna göre gruplar arasında SOC-13 toplam puanına ve alt boyut puanlarına göre karşılaştırma yapılmıştır. Karşılaştırmaya göre SOC-13 yönetilebilirlik ve anlamlılık alt boyutlarında ve ölçek toplam puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p < 0,0001$, $p = 0,014$, $p = 0,001$). Ölçek toplam puanı ve anlaşılabilirlik alt boyut puanına göre gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Gruplar arasında yapılan karşılaştırma Tablo 18.'de gösterilmiştir.

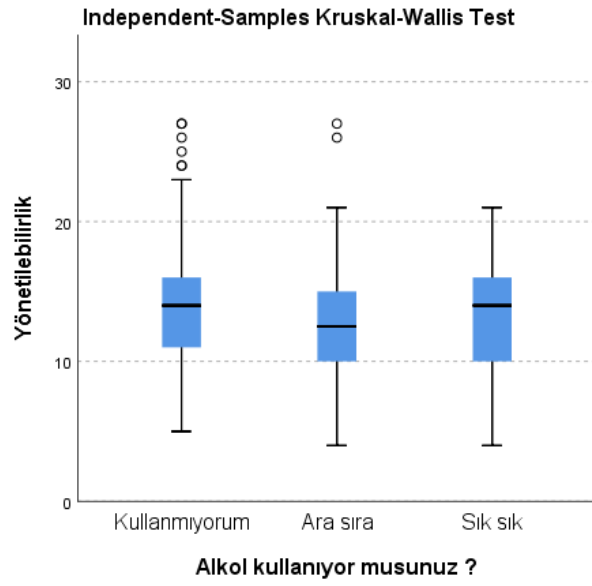
Tablo 18. Alkol kullanım durumuna ait gruplar arasında SOC-13 toplam puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Alkol Bağımlılığı	İstatistiksel Terimler	Anlaşılabilirlik	Yönetilebilirlik	Anlamlılık	SOC-13 Toplam Puanı
Kullanmıyorum (n=411)	Median (IQR)	17(7)	14(5)	15(4)	46(14)
Ara sıra (n=196)	Median (IQR)	16(7)	13(5)	14(4)	42(13)
Sık sık (n=17)	Median (IQR)	17(9)	14(8)	16(4)	45(18)
p değeri*		0,101	<0,0001	0,014	0,001

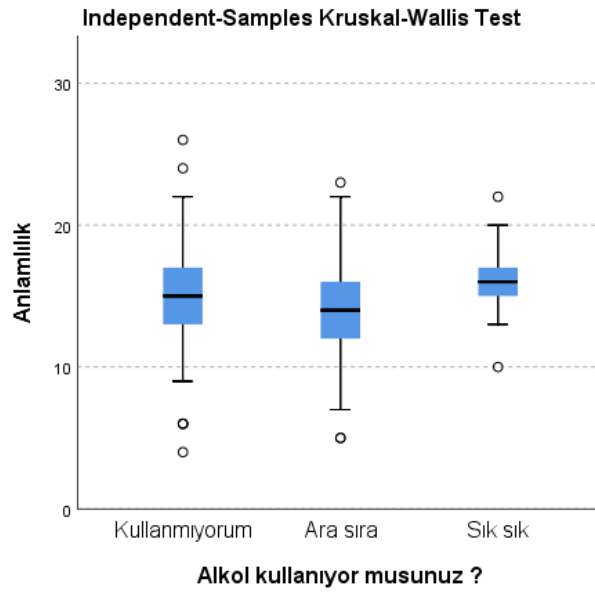
*Kruskal-Wallis testi, post hoc Bonferroni testi

IQR; Inter Quantile Range

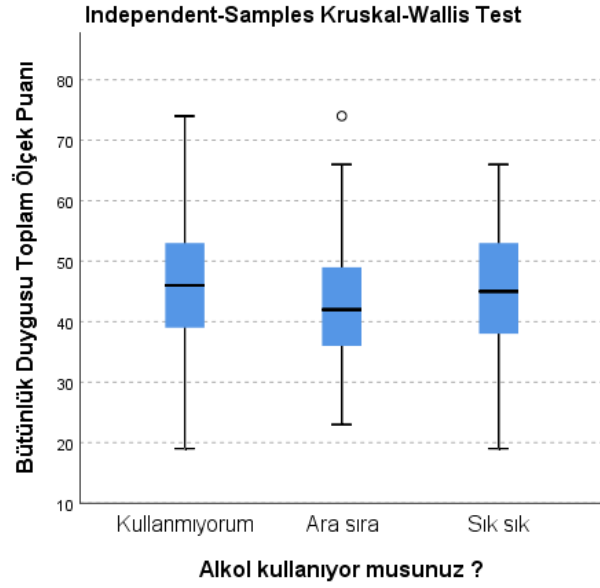
Alkol kullanım durumuna göre gruplar arası yapılan karşılaştırmada alkol kullanmayanların SOC-13 yönetilebilirlik alt boyutu puanı, anlamlılık alt boyutu puanı ve toplam ölçek puanı; ara sıra kullananların puanına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $p < 0,0001$, $p = 0,037$, $p = 0,037$). Karşılaştırmalara ait sonuçlar Şekil 16., Şekil 17. ve Şekil 18.'de gösterilmiştir.



Şekil 16. Alkol kullanma durumu grupları arasında yönetilebilirlik alt boyut puan karşılaştırması



Şekil 17. Alkol kullanma durumu grupları arasında anlamlılık alt boyut puan karşılaştırması



Şekil 18. Alkol kullanma durumu grupları arasında SOC-13 toplam puan karşılaştırması

Alkol kullanım durumlarına göre oluşturulan gruplar arasında JSPE-S toplam puanı, ölçeğe ait alt boyut puanları ve RBSÖ toplam puanı karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Karşılaştırmaya ait sonuçlar Tablo 19.'da gösterilmiştir.

Tablo 19. Alkol kullanım durumuna ait gruplar arasında JSPE-S toplam puanı, alt boyut puanları ve RBSÖ toplam puanı karşılaştırılması

Alkol Bağımlılığı	İstatistiksel Terimler	Perspektif Alma	Şefkatle Davranma	Hastanın Ayakkabısını Giyme	JSPE-S Toplam Puanı	RBSÖ Toplam Puanı
Kullanmıyorum (n=411)	Median (IQR)	41(7)	32(6)	9(2)	82(7)	2(2)
Ara sıra (n=196)	Median (IQR)	41(7)	31(5)	9(2)	82(7)	2(3)
Sık sık (n=17)	Median (IQR)	43(8)	31(8)	8(3)	81(10)	1(4)
p değeri*		0,639	0,459	0,992	0,945	0,335

*Kruskal-Wallis testi
Range

IQR; Inter Quantile

4.3.10. Kronik Hastalık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Kronik hastalığa sahip olup olmama durumuna göre SOC-13 toplam puanı, ölçeğin alt boyutları olan anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık alt boyut

puanları değerlendirilmiştir. Karşılaştırmaya göre anlaşılabilirlik ($p=0,006$), yönetilebilirlik ($p=0,018$) alt boyutlarında ve toplam ölçek puanında ($p=0,005$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ölçek toplam puanı ile anlaşılabilirlik ve yönetilebilirlik alt boyut puanları kronik hastalığı olmayan grupta kronik hastalığı olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.

Kronik hastalık olup olmama durumuna göre JSPE-S toplam puanı, ölçeğe ait alt boyutlar olan perspektif alma, şefkatle davranma, hastanın ayakkabısını giyme alt boyut puanları karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Kronik hastalık olup olmama durumuna göre RBSÖ puanı karşılaştırılmıştır. Kronik hastalığı olanların ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,002$). Kronik hastalığı olan kişilerde benlik saygısı düşüktür şeklinde yorumlanmaktadır.

Kronik hastalık olup olmama durumuna göre yapılan karşılaştırma Tablo 20.'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Kronik hastalık durumuna göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler ve alt boyutlar	Yok (n=532)	Var (n=92)	P*
	Median (IQR)	Median (IQR)	
Anlaşılabilirlik	17(7)	15(6)	0,006
Yönetilebilirlik	14(5)	13(5)	0,018
Anlamlılık	15(4)	14(5)	0,322
SOC-13 Toplam Puanı	46(15)	41(13)	0,005
Perpektif Alma	41(7)	41(7)	0,792
Şefkatle Davranma	32(6)	32(6)	0,806
Hastanın Ayakkabısını Giyme	9(2)	9(2)	0,660
JSPE-S Toplam Puanı	82(7)	82(6)	0,840
RBSÖ Toplam Puanı	2(2)	2(4)	0,002

*Mann-Whitney U testi uygulandı

IQR; Inter Quantile

Range

Son 1 yıl içinde olumsuz olay yaşayıp yaşamama durumunu sorgulayan soruya verilen yanıtlara göre SOC-13 ölçeği toplam puanı, ölçeğin alt boyutları olan

anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık alt boyut puanları, JSPE-S toplam puanı, ölçeğe ait alt boyutlar olan perspektif alma, şefkatle davranma, hastanın ayakkabısını giyme alt boyut puanları ve RBSÖ puanı karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmaya göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Karşılaştırmaya ait sonuçlar Tablo 21.'de verilmiştir.

Tablo 21. Son 1 yıl içinde olumsuz olay yaşayıp yaşamama durumu arasında ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt boyutlar	Hayır (n=445)	Evet (n=179)	P*
	Median (IQR)	Median (IQR)	
Anlaşılabilirlik	17(7)	17(8)	0,487
Yönetilebilirlik	14(5)	13(5)	0,081
Anlamlılık	15(4)	15(5)	0,976
SOC-13 Toplam Puanı	45(14)	45(15)	0,365
Perspektif Alma	42(7)	41(6)	0,323
Şefkatle Davranma	32(5)	32 (6)	0,657
Hastanın Ayakkabısını Giyme	9(2)	9(2)	0,067
JSPE-S Toplam Puanı	82(7)	82(7)	0,962
RBSÖ Toplam Puanı	2(3)	2(3)	0,306

*Mann-Whitney U testi

IQR; Inter Quantile Range

4.3.11. Motivasyon Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

“Tıp Fakültesini kazandığınız gün ile bugünü karşılaştırdığınızda, tıp ve hekimlik mesleği ile ilgili motivasyonunuzda nasıl bir değişim gözlemlediniz?” sorusuna verilen yanıtlara göre oluşturulan gruplar arasında SOC-13 ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Yönetilebilirlik ($p=0,019$), anlamlılık ($p<0,0001$) ve bütünlük duygusu toplam ölçek puanında ($p=0,005$) gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığı yapılan post hoc analiz sonucuyla belirlenmiştir. Karşılaştırmaya ait sonuçlar Tablo 22.'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Tıp fakültesine başladıktan sonra motivasyon durumları arasında SOC-13 ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

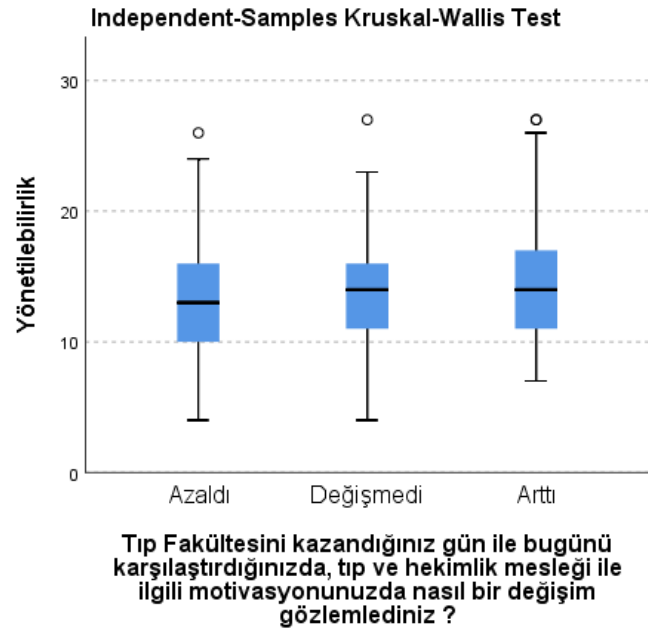
Tıp Fakültesini kazandığınız gün ile bugünü karşılaştırdığınızda, tıp ve hekimlik mesleği ile ilgili motivasyonunuzda nasıl bir değişim gözlemlediniz?	İstatistiksel Terimler	Anlaşılabilirlik	Yönetilebilirlik	Anamlılık	SOC-13 Toplam Puanı
Azaldı (n=296)	Median (IQR)	17(8)	13(6)	14(4)	44(14)
Değişmedi (n=229)	Median (IQR)	17(7)	14(5)	16(5)	46(14)
Arttı (n=99)	Median (IQR)	16(8)	14(6)	16(4)	46(15)
p değeri*		0,451	0,019	<0,0001	0,005

*Kruskal-Wallis testi, post hoc Bonferroni testi

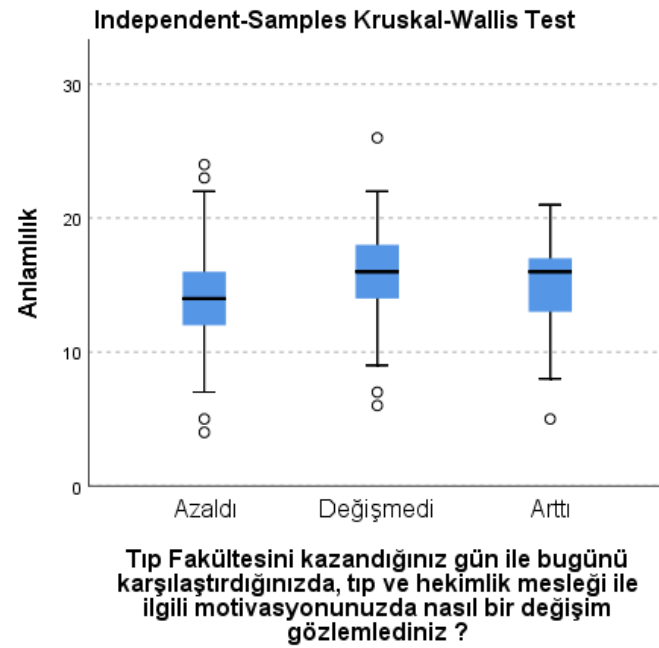
IQR; Inter Quantile

Range

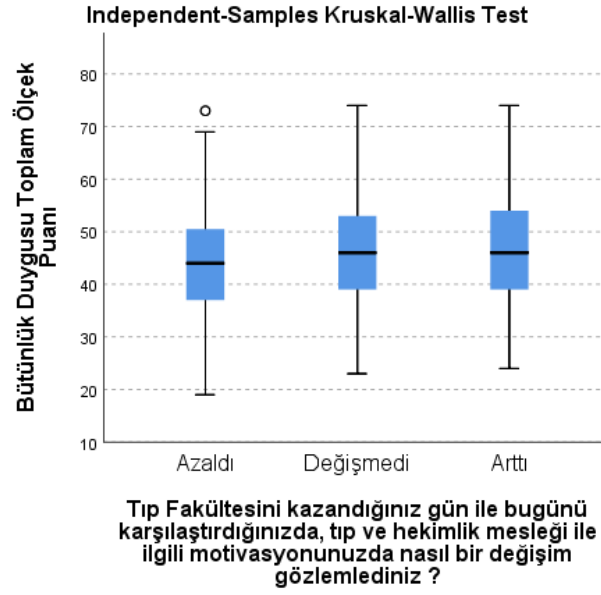
Tıp fakültesine başladıktan sonra motivasyon durumları arasında SOC-13 ve alt boyut puanları karşılaştırılmasında, yönetilebilirlik alt boyutunda motivasyonu artan ve azalanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,017$; Şekil 19.). Azalanların puanı daha düşüktür. Anamlılık alt boyutu puanında motivasyonu azalan ve değişmeyenler arasında post hoc analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,0001$; Şekil 20.). Azalanların puanı daha düşüktür. Ölçek toplam puanı motivasyonu azalanlarda değişmeyenlere ve artanlara göre anlamlı düşük bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,003$, $p=0,019$; Şekil 21.).



Şekil 19. Tıp fakültesinde eğitim görme süresi boyunca motivasyon durumları arasında yönetilebilirlik puanının karşılaştırılması



Şekil 20. Tıp fakültesinde eğitim görme süresi boyunca motivasyon durumları arasında anlamlılık puanının karşılaştırılması



Şekil 21. Tıp fakültesinde eğitim görme süresi boyunca motivasyon durumları arasında SOC-13 toplam ölçek puanının karşılaştırılması

Tıp fakültesine başladıktan sonra motivasyon değişim durumları arasında JSPE-S ve alt boyut puanları karşılaştırması yapılmıştır. Şefkatle davranma alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,025$). Motivasyon durumları arasında RBSÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,017$). Karşılaştırmaya ait sonuçlar Tablo 23.'te verilmiştir.

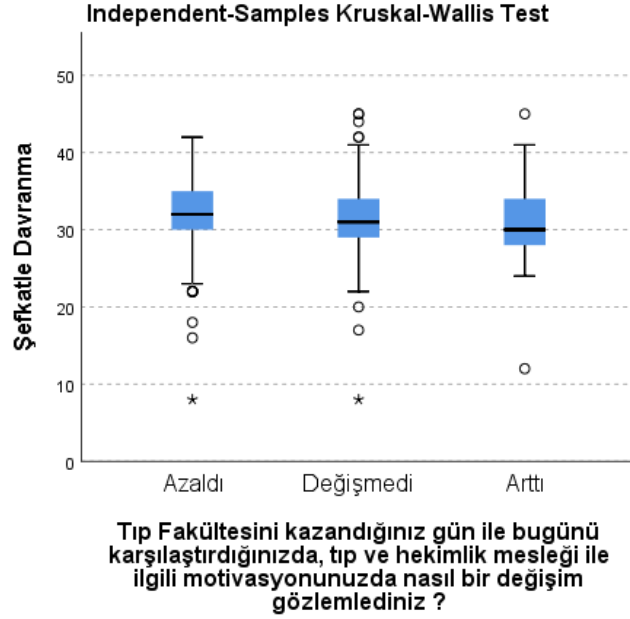
Tablo 23. Motivasyona göre oluşturulan gruplar arasında JSPE-S toplam puan, alt boyut puanları ve RBSÖ puanı karşılaştırılması

Tıp Fakültesini kazandığınız gün ile bugünü karşılaştırdığınızda, tıp ve hekimlik mesleği ile ilgili motivasyonunuzda nasıl bir değişim gözlemlediniz?	İstatistiksel Terimler	Perspektif Alma	Şefkatle Davranma	Hastanın Ayakkabısını Giyme	JSPE-S Toplam Puanı	RBSÖ Toplam Puanı
Azaldı (n=296)	Median (IQR)	41(7)	32(5)	9(2)	82(7)	2(3)
Değişmedi (n=229)	Median (IQR)	41(7)	31(5)	9(2)	81(7)	2(2)
Arttı (n=99)	Median (IQR)	42(5)	30(6)	9(2)	82(7)	1(2)
p değeri*		0,405	0,025	0,220	0,202	0,017

*Kruskal-Wallis testi, post hoc Bonferroni testi
Range

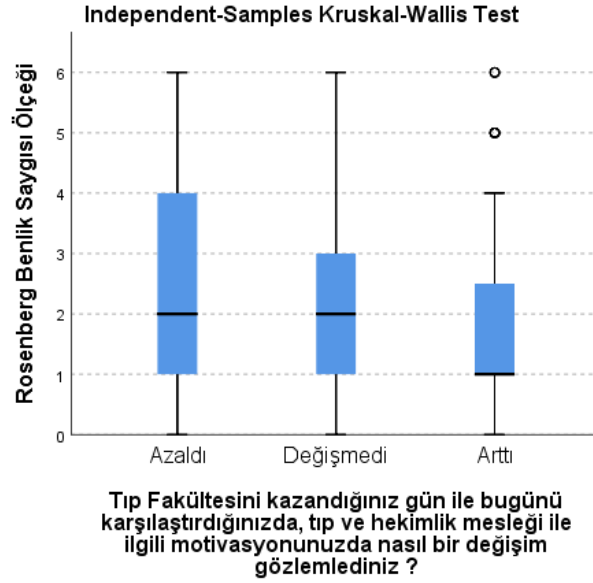
IQR; Inter Quantile

Motivasyonu artan ve azalanlar arasında empati ölçeği şefkatle davranma puanına göre yapılan post hoc analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,033$). Motivasyonu azalanlarda şefkatle davranma puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (Şekil 22.).



Şekil 22. Tıp fakültesinde eğitim görme süresi boyunca motivasyon durumları arasında şefkatle davranma puanının karşılaştırılması

Motivasyonu artan ve azalanlar arasında RBSÖ puanına göre yapılan post hoc analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,030$). Motivasyonu azalanlarda RBSÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ve benlik saygısı bu nedenle motivasyonu azalanlarda düşük bulunmuştur (Şekil 23.).



Şekil 23. Tıp fakültesinde eğitim görme süresi boyunca motivasyon durumları arasında RBSÖ puanının karşılaştırılması

4.3.11.1 Motivasyon Artma ve Azalma Durumuna Göre Yapılan Karşılaştırmalar

Tıp fakültesinin kazanıldığı gün ile eğitim süresinin ilerleyen dönemleri için motivasyon değişimi incelendiğinde; 1., 2. ve 3. Sınıflar için motivasyonum arttı diyenlerin oranı azaldı diyenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Aradaki fark %16'dan %9'a düşmüştür ama istatistiksel olarak anlamlı farklılık durumu korunmuştur. 4. sınıfta arttı ve azaldı diyenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. 5. ve 6. sınıfta motivasyonunun azaldığını söyleyenlerin oranı arttığını söyleyenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde artış gösterdiği bulunmuştur. Aradaki fark yaklaşık %20-22 olarak bulunmuştur. Karşılaştırmaya ait bulgular Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Motivasyon değişiminin sınıflara göre karşılaştırılması

Kaçıncı sınıftasınız?	İstatistiksel Dağılım	Motivasyon Durumu		Toplam	p
		Azaldı	Arttı		
1.sınıf	Sayı (n)	32	27	59	<0,0001
	Yüzde (%)	10,8	27,3*	14,9	
2.sınıf	Sayı (n)	28	21	49	
	Yüzde (%)	9,5	21,2*	12,4	
3.sınıf	Sayı (n)	33	20	53	
	Yüzde (%)	11,1	20,2*	13,4	

4.sınıf	Sayı (n)	59	25	84
	Yüzde (%)	19,9	25,2	21,3
5.sınıf	Sayı (n)	66	2	68
	Yüzde (%)	22,3*	2,0	17,2
6.sınıf	Sayı (n)	78	4	82
	Yüzde (%)	26,4*	4,0	20,8
Toplam	Sayı (n)	296	99	395
	Yüzde (%)	100	100	100

Pearson's Ki Kare testi

Tıp ve hekimlik mesleği ile ilgili motivasyon düzeyini belirlemeyi amaçlayan soruya verilen yanıtlara göre katılımcılar preklinik ve klinik olarak ayrılıp incelenmiştir. Preklinik için motivasyonunun arttığını belirten katılımcıların oranı azaldı diyenlere göre %37 farkla istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Klinik dönemde motivasyonunun azaldığını söyleyenlerin oranı arttığını söyleyenlerin oranından %37 fark ile anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,0001$). Karşılaştırmaya ait bulgular Tablo 25.'te verilmiştir.

Tablo 25. Motivasyon durumunun preklinik ve klinik sınıflar için karşılaştırması

Preklinik ve Klinik Sınıflandırma	İstatistiksel Dağılım	Motivasyon Durumu		Toplam	p
		Azaldı	Arttı		
Preklinik (1.-3. Sınıflar)	Sayı (n)	93	68	161	<0,0001
	Yüzde (%)	31,4	68,7*	40,8	
Klinik (4.-6. Sınıflar)	Sayı (n)	203	31	234	
	Yüzde (%)	68,6*	31,3	59,2	
Toplam	Sayı (n)	296	99	395	
	Yüzde (%)	100	100	100	

Pearson's Ki Kare analizi uygulandı ve $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

Cinsiyete göre motivasyonum arttı diyenler ve azaldı diyenler arasında yapılan analize göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,934$). Analize Ait Bulgular Tablo 26.'da gösterilmiştir.

Tablo 26. Motivasyon durumunun cinsiyete göre karşılaştırması

Cinsiyet	İstatistiksel Dağılım	Motivasyon Durumu		Toplam	p
		Azaldı	Arttı		
Erkek	Sayı (n)	115	38	153	0,934
	Yüzde (%)	38,9	38,4	38,7	
Kadın	Sayı (n)	181	61	242	
	Yüzde (%)	61,1	61,6	61,3	
Toplam	Sayı (n)	296	99	395	
	Yüzde (%)	100,0	100,0	100,0	

Pearson's Ki Kare testi

Tıp fakültesini kendi isteği ile tercih eden ve etmeyenler arasında motivasyon durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,201$). Karşılaştırmaya ait bulgular Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27. Tıp fakültesi tercih durumu ve motivasyon durumu karşılaştırması

Tıp Fakültesini kendi isteğinizle mi seçtiniz?	İstatistiksel Dağılım	Motivasyon Durumu		Toplam	p
		Azaldı	Arttı		
Evet	Sayı (n)	258	91	349	0,201
	Yüzde (%)	87,2	91,9	88,4	
Hayır	Sayı (n)	38	8	46	
	Yüzde (%)	12,8	8,1	11,6	
Toplam	Sayı (n)	296	99	395	
	Yüzde (%)	100,0	100,0	100,0	

Pearson's Ki Kare testi

4.3.12. Mezuniyet Sonrası Plana Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

“Mezuniyet sonrası geleceğe dair planınız nedir?” sorusuna verilen yanıtlara göre oluşturulan gruplar kendi arasında SOC-13 toplam puanı, ölçeğin alt boyutları olan anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık alt boyut puanları ile karşılaştırılmıştır. Yönetilebilirlik ($p<0,0001$), anlamlılık ($p=0,016$) alt boyut

puanlarında ve SOC-13 toplam puanında ($p=0,002$) anlamlı fark bulunmuştur. Karşılaştırmaya ait sonuçlar Tablo 28.'de verilmiştir.

Tablo 28. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında SOC-13 ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Mezuniyet sonrası geleceğe dair planınız nedir?	İstatistiksel Terimler	Anlaşılabilirlik	Yönetilebilirlik	Anlamlılık	SOC-13 Toplam Puanı
Türkiye’de hekimlik yapmak (n=416)	Median (IQR)	17(7)	14(5)	15(4)	45(14)
Türkiye’de hekimlik dışı meslek yapmak (n=25)	Median (IQR)	18(9)	16(7)	14(5)	48(17)
Yurtdışında hekimlik yapmak (n=155)	Median (IQR)	16(7)	13(6)	14(4)	44(14)
Yurt dışında hekimlik dışı meslek yapmak (n=4)	Median (IQR)	13(4)	9(9)	11(7)	33(18)
Diğer (n=6)	Median (IQR)	18(5)	13(8)	12(6)	42(11)
Kararsızım (n=18)	Median (IQR)	14(7)	10(3)	14(5)	38(15)
p değeri*		0,118	<0,0001	0,016	0,002

*Kruskal-Wallis testi, post hoc Bonferroni testi

IQR; Inter Quantile

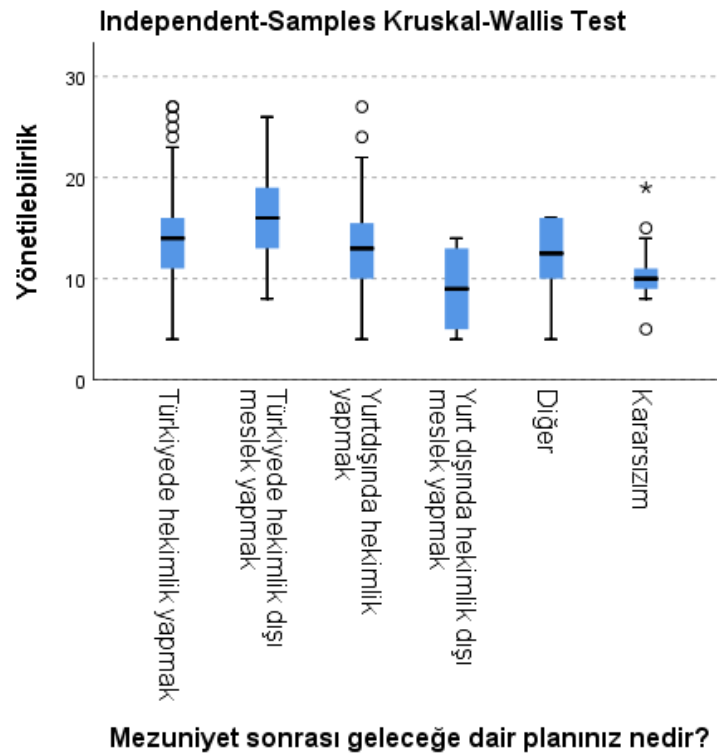
Range

Mezuniyet sonrası plana göre oluşturulan gruplar arasında yönetilebilirlik alt boyut puanındaki anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan post hoc analiz sonucuna göre; Kararsızlar ve Türkiye’de hekimlik dışı meslek yapmayı isteyenler ile kararsızlar ve Türkiye’de hekimlik yapmak isteyenler arasında bütünlük ölçeğinin yönetilebilirlik alt boyut puanından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kararsız olanlarda puan istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur (sırasıyla $p<0,0001$ ve $p=0,001$). Karşılaştırma Şekil 24.’te gösterilmiştir.

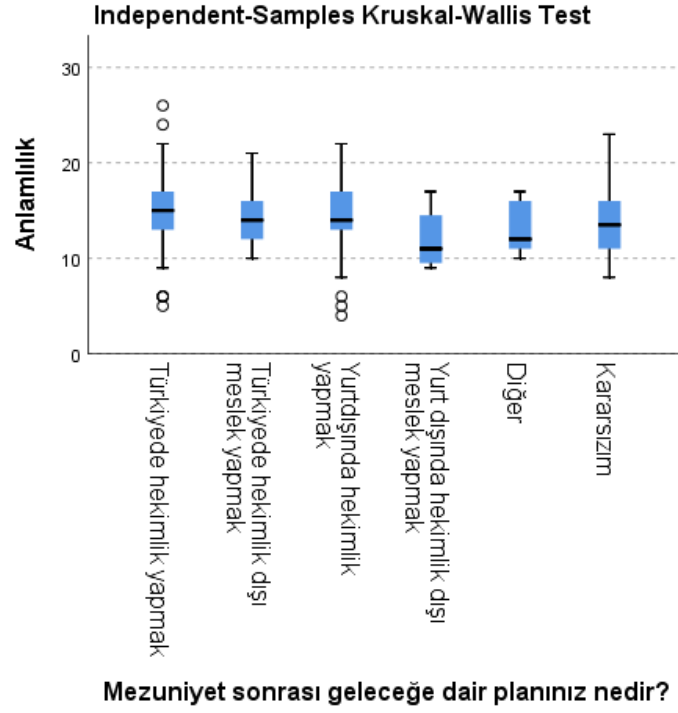
Anlamlılık alt boyutu için yapılan analize göre; kararsızlar ve Türkiye’de hekimlik yapmayı isteyenler ile yurt dışında hekimlik ve Türkiye’de hekimlik yapmak isteyenler arasında bütünlük ölçeğinin anlamlılık alt boyut toplam puanında anlamlı

fark tespit edilmiştir. Kararsızlarda ve yurt dışında hekimlik yapmak isteyenlerde ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur ($p=0,049$ ve $p=0,045$; Şekil 25.).

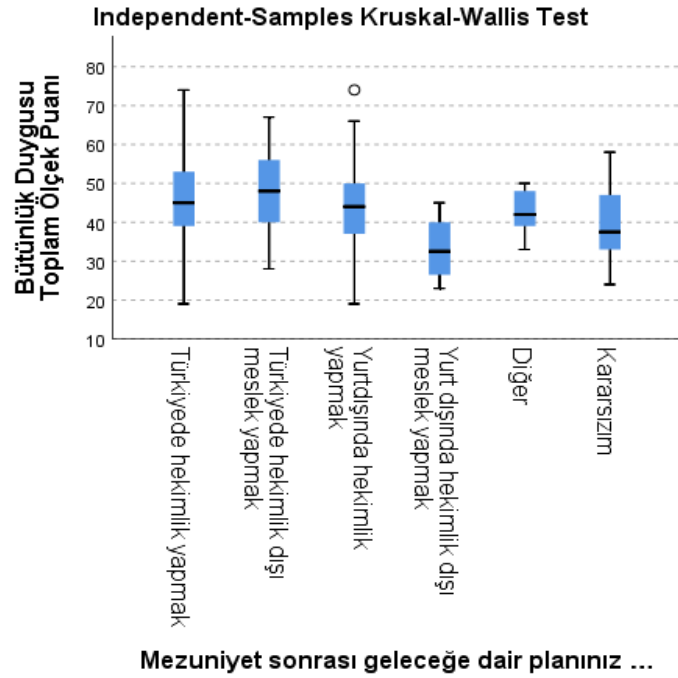
Yurt dışında hekimlik dışı meslek yapmak isteyenler ile Türkiye’de hekimlik yapmayı isteyenler arasında ve yurt dışında hekimlik dışı meslek yapmak isteyenler ile Türkiye’de hekimlik dışı meslek yapmak isteyenler arasında bütünlük ölçeğinin toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Yurt dışında hekimlik dışı meslek yapmak isteyenlerde ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur ($p=0,021$ ve $p=0,011$; Şekil 25.). Kararsız olanlar ile Türkiye’de hekimlik yapmak ve Türkiye’de hekimlik dışı meslek yapmak isteyenler arasında SOC-13 toplam skorunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve kararsızlar olanlarda puan düşüktür (Sırasıyla; $p=0,005$ ve $p=0,004$; Şekil 26.). Yurt dışında hekimlik yapmak isteyenler ve Türkiye’de hekimlik yapmak isteyenler arasında ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve yurt dışında hekimlik yapmak isteyenlerin puanı düşük bulunmuştur ($p=0,033$; Şekil 26.).



Şekil 24. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında yönetilebilirlik puanı karşılaştırması



Şekil 25. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında anlamlılık puanı karşılaştırması



Şekil 26. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında SOC-13 toplam puanı karşılaştırması

Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlara göre yapılan gruplar arasında JSPE-S toplam puanı ve ölçeğe ait alt boyut puanları karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmada sadece hastanın ayakkabısını giyme alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,020$). Geleceğe dair planlar arasında RBSÖ toplam puanına göre karşılaştırma yapılmıştır. Karşılaştırma sonucunda gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,034$). Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlara göre yapılan gruplar arasındaki JSPE-S toplam puanı, ölçeğe ait alt boyutlar olan perspektif alma, şefkatle davranma, hastanın ayakkabısını giyme alt boyut puanları ve RBSÖ puanı karşılaştırma sonuçları Tablo 29.'da gösterilmiştir.

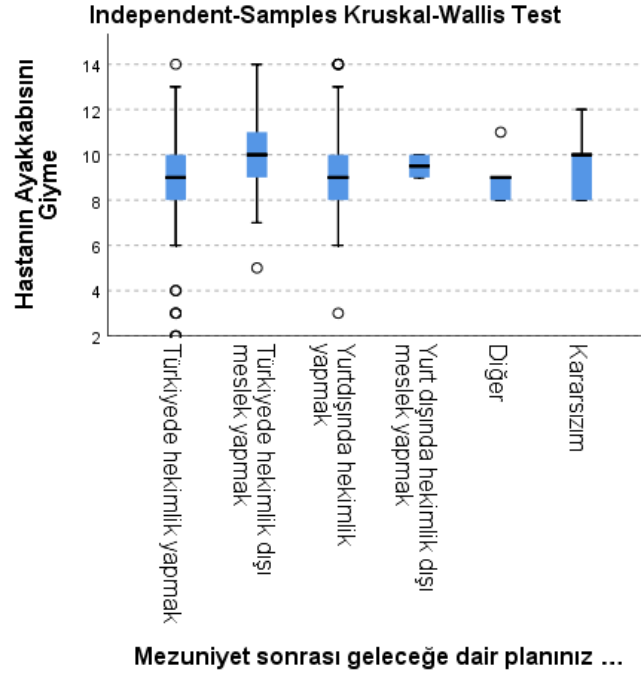
Tablo 29. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında JSPE-S toplam puanı, alt boyut puanları ve RBSÖ puanı karşılaştırılması

Mezuniyet sonrası geleceğe dair planınız nedir?	İstatistiksel Terimler	Perspektif Alma	Şefkatle Davranma	Hastanın Ayakkabısını Giyme	JSPE-S Toplam Puanı	RBSÖ Toplam Puanı
Türkiye’de hekimlik yapmak (n=416)	Median (IQR)	42(7)	32(6)	9(2)	82(7)	2(2)
Türkiye’de hekimlik dışı meslek yapmak (n=25)	Median (IQR)	40(10)	33(7)	10(3)	82(11)	1(2)
Yurtdışında hekimlik yapmak (n=155)	Median (IQR)	41(6)	31(6)	9(2)	81(6)	2(3)
Yurtdışında hekimlik dışı meslek yapmak (n=4)	Median (IQR)	40(9)	32(8)	10(1)	80(13)	4(4)
Diğer (n=6)	Median (IQR)	42(8)	33(6)	9(2)	82(7)	3(4)
Kararsızım (n=18)	Median (IQR)	44(10)	32(2)	10(2)	84(10)	2(3)
p değeri*		0,490	0,896	0,020	0,678	0,034

*Kruskal-Wallis testi, post hoc Bonferroni testi
Range

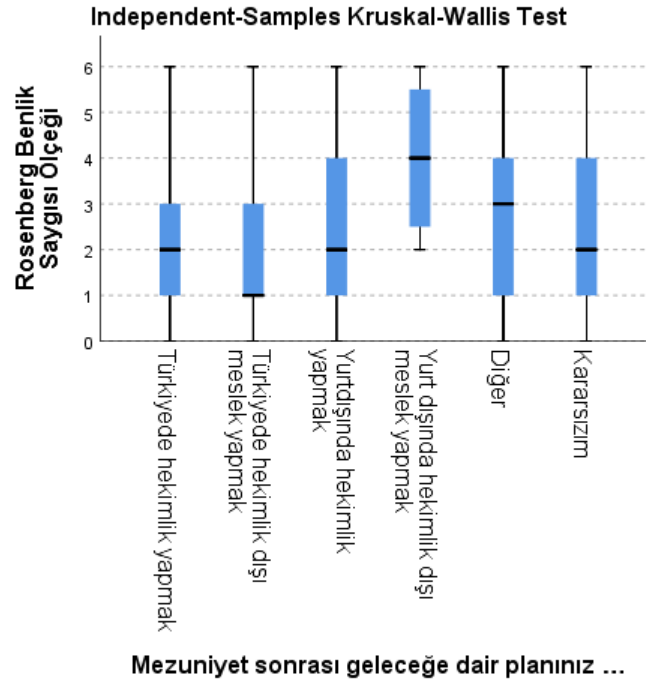
IQR; Inter Quantile

Mezuniyet sonrası “Türkiye’de hekimlik yapmak” ve “Türkiye’de hekimlik dışı meslek yapmak” arasında post hoc analiz sonucunda hastasının ayakkabısını giyme alt boyut puanında anlamlı fark bulunmuştur (Şekil 27.). Hekimlik dışı meslek yapmak isteyenlerde puan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,035$).



Şekil 27. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında hastasının ayakkabısını giyme puanı karşılaştırması

Mezuniyet sonrası “Türkiye’de hekimlik yapmak” ve “yurt dışında hekimlik yapmak” tercihleri arasında yapılan post hoc analiz sonucunda RBSÖ puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,009$). Yurt dışında hekimlik yapmak isteyenlerde puan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Karşılaştırmaya ait bulgular Şekil 28.’de gösterilmiştir.



Şekil 28. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planlar arasında RBSÖ puanı karşılaştırması

4.3.13. Katılımcıların Kendilerini Empatik Hissetme Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcılara kendilerini ne kadar empatik hissettiklerini anlamaya yönelik sorulan soruya verilen cevaplara göre 5 grup oluşturulmuştur. Gruplar SOC-13 toplam puanı, ölçeğin alt boyutları olan anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık alt boyutları, JSPE-S toplam puanı, ölçeğe ait alt boyutlar olan perspektif alma, şefkatle davranma, hastanın ayakkabısını giyme alt boyut puanları ve RBSÖ toplam puanına göre karşılaştırılmıştır.

Empatik hissetme skoru ile anlaşılabilirlik alt boyutu arasında ilişki saptanmamıştır ($r=-0,041$; $p=0,302$). Yönetilebilirlik alt boyutu ile ilişki bulunmamıştır ($r=-0,075$; $p=0,061$). Anlamlılık alt boyutu ile empatik skor arasında ilişki bulunmamıştır ($r=0,074$; $p=0,065$). SOC-13 toplam puanı ile empatik skor arasında ilişki bulunmamıştır ($r=-0,026$; $p=0,522$).

Empatik hissetme skoru ile perspektif alt boyutu puanı arasında ilişki bulunmamıştır ($r=0,043$; $p=0,281$). Şefkatle davranma alt boyutu puanı ile negatif yönde anlamlı ihmal edilebilir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-0,085$; $p=0,035$). Hastanın ayakkabısını giyme alt boyutu ile negatif yönde anlamlı zayıf ilişki bulundu ($r=-0,102$; $p=0,011$). JSPE-S toplam puanında ise ilişki saptanmamıştır ($r=-0,073$; $p=0,069$).

Empatik hissetme skoru ile RBSÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r=0,011$; $p=0,785$).

Empatik hissetme skoru ile ölçekler ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Tablo 30.'da incelenmiştir.

Tablo 30. Empatik hissetme skoru ile ölçekler ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

Ölçekler ve alt boyutlar	İstatistik	Kendinizin ne kadar empatik olduğunuzu düşünüyorsunuz ?
Anlaşılabirlik	r	-0,041
	p	0,302
Yönetilebilirlik	r	-0,075
	p	0,061
Anlamlılık	r	0,074
	p	0,065
SOC-13 Toplam Puanı	r	-0,026
	p	0,522
Perspektif Alma	r	0,043
	p	0,281
Şefkatle Davranma	r	-0,085*
	p	0,035
Hastanın Ayakkabısını Giyme	r	-0,102**
	p	0,011
JSPE-S Toplam Puanı	r	-0,073
	p	0,069
RBSÖ Toplam Puanı	r	0,011
	p	0,785

Spearman rho korelasyon analizi.

r_s ; Spearman rho korelasyon katsayısı

*İhmal edilebilir korelasyon ** Zayıf düzeyde korelasyon olduğunu gösterir.

4.4. Ölçekler Arasında Korelasyon ve Regresyon Modelleri

RBSÖ puanı ile SOC-13'e ait anlaşılabilirlik alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki ($r=-0,343$; $p<0,0001$), yönetilebilirlik alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki ($r=-0,390$; $p<0,0001$), anlamlılık alt boyutunda negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki ($r=-0,197$; $p<0,0001$) ve SOC-13 toplam ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki saptandı ($r=-0,397$; $p<0,0001$).

JSPE-S ait hastasının ayakkabısını giyme alt boyut toplam puanı ile bütünlük duygusuna ait anlamlılık alt boyut toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı zayıf ilişki saptandı ($r=0,116$; $p=0,004$). Diğer ölçek ve alt boyut puanları arasında ilişki saptanmadı.

Ölçek puanları arasında ilişki bulunanlarda lineer regresyon model kurularak denklem içeren grafikler Tablo 31.'den sonra gösterilmiştir.

Tablo 31. Ölçekler arasında korelasyonlar

Ölçekler ve Alt Boyutları	İstatistiksel Terimler	Perspektif Alma	Şefkatle Davranma	Hastanın Ayakkabısını Giyme	JSPE-S Toplam Puanı	RBSÖ Toplam Puanı
Anlaşılabilirlik	r	0,014	-0,015	-0,012	0,027	-0,343***
	p	0,731	0,714	0,768	0,503	<0,0001
Yönetilebilirlik	r	0,019	-0,023	0,012	0,000	-0,390***
	p	0,644	0,563	0,767	0,994	<0,0001
Anlamlılık	r	0,037	0,040	-0,116**	0,039	-0,197**
	p	0,351	0,321	0,004	0,327	<0,0001
SOC-13 Toplam Puanı	r	0,022	-0,003	-0,034	0,025	-0,397***
	p	0,592	0,931	0,393	0,528	<0,0001
Perspektif Alma	r					-0,024
	p					0,544
Şefkatle Davranma	r					0,007
	p					0,864
Hastanın Ayakkabısını Giyme	r					-0,010
	p					0,808
JSPE-S Toplam Puanı	r					-0,015
	p					0,710

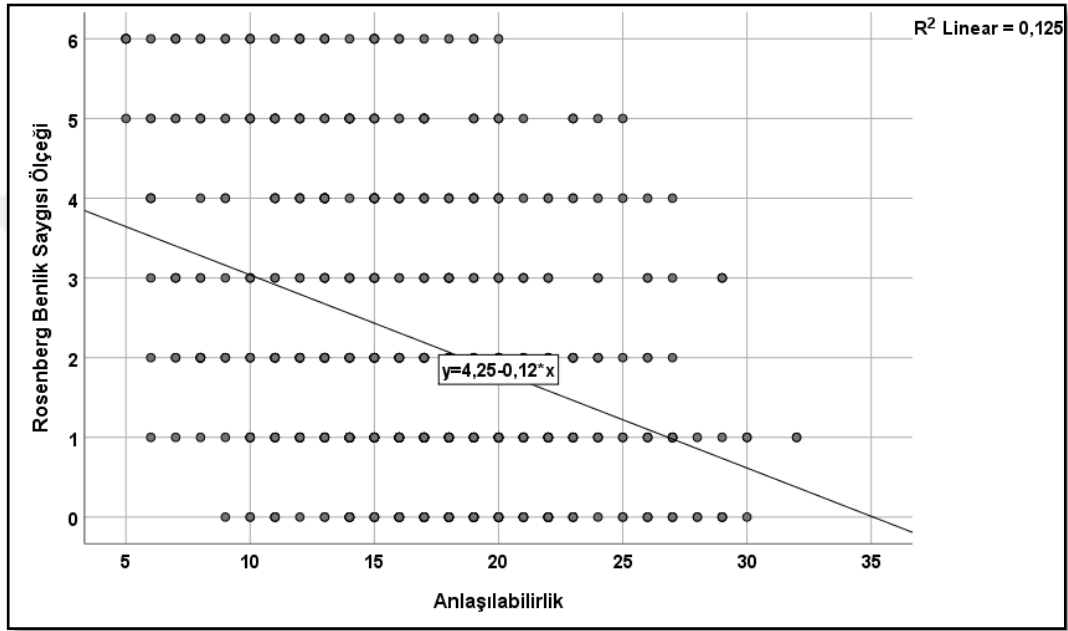
Spearman rho korelasyon analizi

r_s ; Spearman rho korelasyon katsayısı

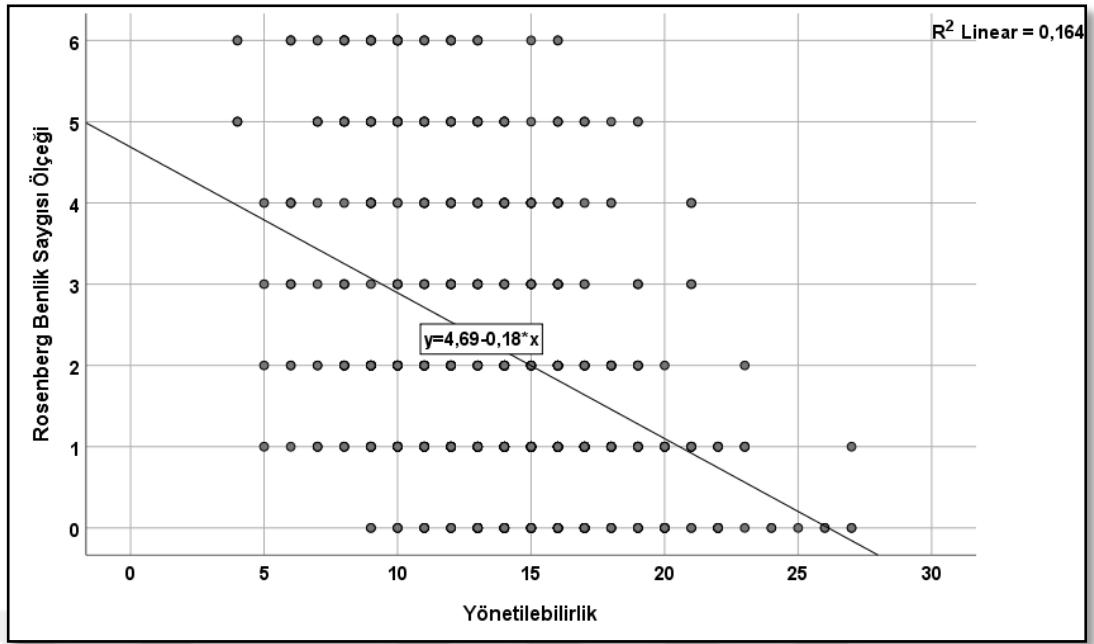
*İhmal edilebilir korelasyon ** Zayıf *** Orta düzeyde korelasyon olduğunu gösterir

Anlaşılabilirlik alt boyutu puanı bilindiğinde (x) RBSÖ puanı (y) elde edilen denklem; $y = 4,25 - 0,12x$ (Şekil 29.) sayesinde tahmin edilebilecektir.

Yönetilebilirlik alt boyutu puanı bilindiğinde (x) RBSÖ puanı (y) elde edilen denklem; $y = 4,69 - 0,18x$ (Şekil 30.) sayesinde tahmin edilebilecektir.

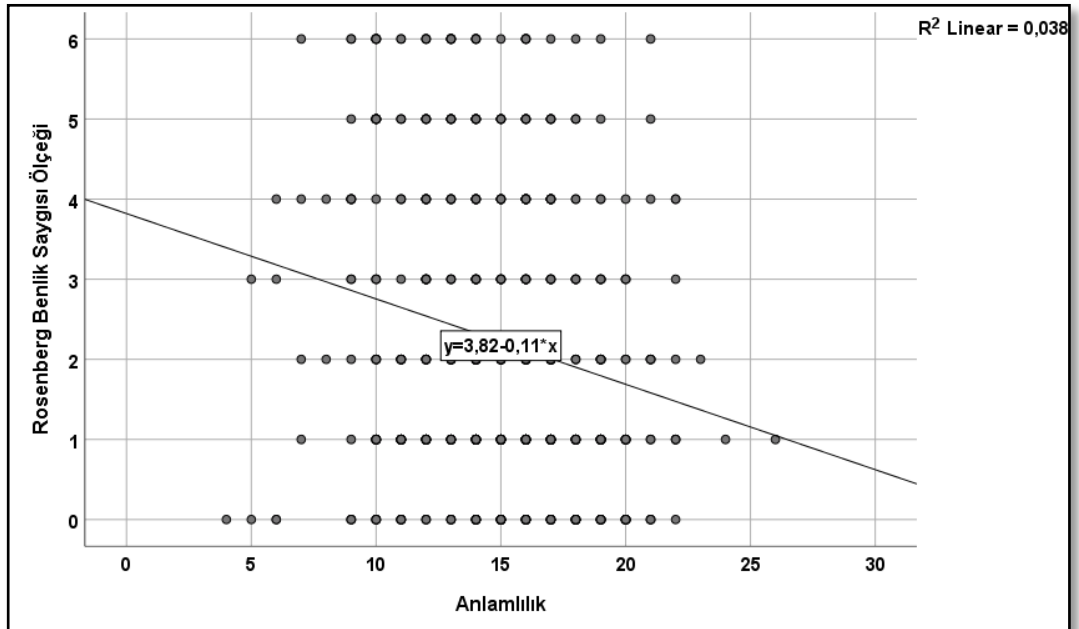


Şekil 29. RBSÖ ile SOC-13'e ait anlaşılabilirlik alt boyutu puanı arasında ilişki ve regresyon modeli



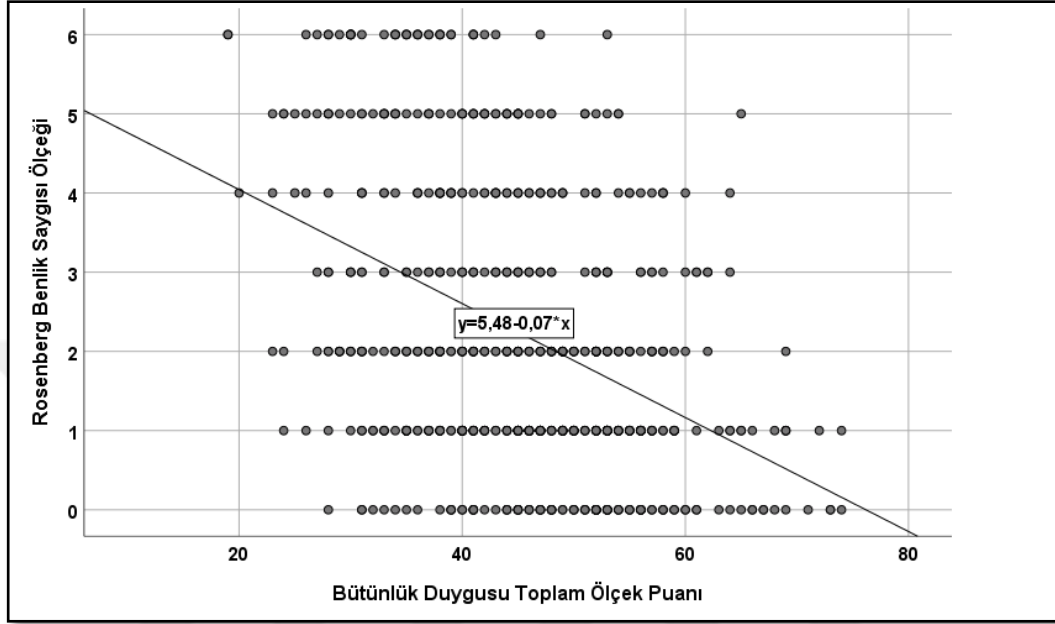
Şekil 30. RBSÖ ile SOC-13'e ait yönetilebilirlik alt boyutu puanı arasında ilişki ve regresyon modeli

Anlamlılık alt boyutu puanı bilindiğinde (x) RBSÖ puanı (y) elde edilen denklem; $y = 3,82 - 0,11x$ (Şekil 31.) sayesinde tahmin edilebilecektir.



Şekil 31. RBSÖ ile SOC-13'e ait anlamlılık alt boyutu puanı arasında ilişki ve regresyon modeli

SOC-13 toplam puanı bilindiğinde (x) RBSÖ (y) elde edilen denklem; $y = 5,48 - 0,07x$ (Şekil 32.) sayesinde tahmin edilebilecektir.



Şekil 32. RBSÖ ile SOC-13 toplam puanı arasında ilişki ve regresyon modeli

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin hekimlik empati düzeylerini, bütünlük duygusu seviyelerini ve benlik saygısı düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır. Literatürü incelediğimizde tıp öğrencilerine SOC-13, JSPE, RBSÖ'nün uygulandığı çalışmalar görülmüştür; ancak her üç ölçeğin beraber uygulandığı bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Çalışmamıza göre tüm katılımcıların JSPE-S ortalama toplam puanı $82,0 \pm 5,6$ olarak bulunmuştur. Hojat ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları çalışmada JSPE-S ortalama toplam puanını $116.54 \pm 10,85$ olarak bulunmuştur (32). Nair ve arkadaşlarının çalışmasında JSPE-S ortalama toplam puanı $100,5 \pm 14,8$ olarak bulunmuştur (33). Quince ve arkadaşlarının 1., 2. ve son sınıflar ile yaptıkları çalışmada JSPE-S ortalama toplam puanı 113.03 ± 10.295 olarak bulunmuştur (34) Park ve arkadaşlarının Kore'de yapmış oldukları çalışmada ortalama toplam puan 105.90 ± 12.80 olarak bulunmuştur (35).

Çalışmamızda tüm katılımcıların SOC-13 ortalama toplam puanı $45,0 \pm 10,1$ olarak bulunmuştur. Lindmark ve arkadaşlarının İsveç'te 20-80 yaş aralığında bulunan katılımcılarla yapmış oldukları çalışmada ortalama toplam puan $70,0 \pm 11,4$ olarak bulunmuştur (36). Jeyashree ve arkadaşlarının Hindistan'da tıp öğrencileri yaptıkları çalışmada SOC-13 ortalama toplam puanı çalışmamızla benzer şekilde $48,7 \pm 11,1$ olarak saptanmıştır (37). Lindmark ve arkadaşlarının puanının çalışmamızdan farklı çıkmasını çalışılan popülasyonun kültür, yaş, statü olarak farklı olması sağlamış olabilir şeklinde yorumladık.

Çalışmamızda tüm katılımcılar için RBSÖ ortalama puanı $2,2 \pm 1,8$ olarak bulunmuştur. Değerlendirmemize göre sonuç orta düzeyde benlik saygısı anlamına gelmektedir. Alghamdi ve arkadaşlarının 1099 tıp öğrencisiyle RBSÖ kullanarak yapmış oldukları çalışmada katılımcıların ortalama RBSÖ puanı $17,9 \pm 5,38$ olarak bulunmuştur (38). Gidi ve arkadaşlarının tıp öğrencileri ile yaptıkları çalışmada RBSÖ puanı $19,5 \pm 4,8$ olarak bulunmuştur (39). Alghamdi ve arkadaşlarının çalışması ile Gidi ve arkadaşlarının çalışmasında ölçek puanı 15 ile 25 arasındaki puanlar normal aralıkta kabul edilerek yorumlanmıştır (38,39).

Çalışmamızda erkeklerin JSPE-S alt boyutu olan perspektif alma puanı kadınlardan yüksek bulunmuştur. Kadınların şefkatle davranma puanı ise erkeklerden yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması olan Gönüllü ve Öztuna'nın yapmış oldukları çalışmada; çalışmamızın aksine kadınlarda perspektif alma alt boyut puanı daha yüksek iken, şefkatle davranma puanı daha düşük saptanmıştır (29). Demirbaş ve Karaoğlu'nun yaptıkları çalışmada kadınların JSPE_S toplam puanı, perspektif alma alt boyut puanı ve şefkatle bakım alt boyut puanı erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (40). Çalışmamızda JSPE-S toplam puanına göre cinsiyetler arası anlamlı fark tespit edilmemiştir. Literatürde kadınların JSPE puanının erkeklerden yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (41,42). Çalışmamızla benzer şekilde Kore'de ve İran'da yapılan çalışmalarda erkek ve kadın cinsiyet için JSPE-S puanları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır(43,44).

Çalışmamızda SOC-13 toplam puanı ve alt boyutları olan anlaşılabilirlik ve yönetilebilirlik boyut puanları erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Hindistan'da Jeyashree ve arkadaşlarının 163 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada, çalışmamızın aksine erkeklerde SOC-13 toplam puanı ve alt boyut puanları kadınlara göre daha düşük saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (37). Mahammadzadeh ve arkadaşlarının tıp öğrencisi olmayan öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde erkeklerin SOC-13 toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (45).

Çalışmamızda RBSÖ toplam puanı cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınların puanının istatistiksel olarak erkeklere göre anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. Yüksek puan düşük benlik saygısı ile ilişkilidir. Cinsiyetler arası benlik saygısı düzeyine göre yapılan analizde erkeklerin yüksek benlik saygısı düzeyinde bulunma oranı kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Orta benlik saygısı düzeyinde olma oranı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Düşük düzeyde cinsiyetler arası anlamlı oran farkı bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında Çakmak ve arkadaşlarının 234 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunamamıştır (46). Literatürde çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilerek kadınların puanının daha yüksek olduğu çalışmalar da bulunmaktadır. Alghamdi ve arkadaşlarının 1099 tıp öğrencisi üzerinde yapılan

çalışmada kadınların RBSÖ puanı erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (38).

SOC-13 toplam puanı ve alt boyut puanlarına göre yapılan karşılaştırmada çalışmamızda sınıflara göre anlamlı fark bulunamamıştır. Literatüre bakıldığında SOC-13 ölçeğinin tıp öğrencilerine uygulandığı az sayıda çalışma mevcuttur.

JSPE-S ve alt boyut puanlarını sınıflara göre karşılaştırıldığımız çalışmamızda anlamlı farklar tespit edilmiştir. Çalışmamızda empati toplam puanı sınıflara göre değişmemektedir. Şefkatle davranma alt boyutunda 5. Sınıf ve 6. Sınıfların puanı 1. Sınıflara ve 3. Sınıflara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. 3. Sınıfların puanı 1. Sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yüksek bulunmuştur. Hastanın ayakkabısını giyme alt boyutunda 6. Sınıf puanı 1. Sınıf puanına göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu bilgilerle hekimlik empati yeteneğinin tıp eğitimiyle beraber arttığı sonucuna vardık. Şefkatle davranma ve hastanın ayakkabısını giyme alt boyutlarının hasta hekim ilişkisine özgü yapıları olduğu, perspektif alma alt boyutunun ise günlük yaşamda kazanılıp kullanılabilen bir beceri olduğu bilinmektedir (29).

Hasta hekim ilişkisine özgü olan şefkatle davranma ve hastanın ayakkabısını giyme bileşenlerinin fakülte eğitimi boyunca artmasını ve çalışmamıza göre klinik sınıflarda eğitim gören öğrencilerde preklinik öğrencilerden daha yüksek olmasını; öğrencilerin aldıkları eğitimin empati becerisini geliştirir nitelikte olduğu ve hastalarla karşılaştıkça empati becerilerinin arttığı şeklinde yorumladık. Literatürde empati puanının sınıflara göre değişimini inceleyen çeşitli çalışmalar mevcuttur. Japonya’da Kataoka ve arkadaşlarının tıp öğrencileri ile yaptıkları ve 400 öğrencinin katıldığı çalışmada; toplam empati puanlarının sınıf ilerledikçe arttığı tespit edilmiştir. Çalışmada alt boyut puanlarına değinilmemiştir (47). Hegazi ve Wilson’ın Avustralya’da tıp öğrencileri ile yaptıkları çalışmada empati toplam puanlarının sınıflara göre değişmediği saptanmıştır, yıllara göre alt boyutların değişim bilgisi yer almamaktadır (48). Literatüre bakıldığında sınıflara göre empati puanlarının azaldığını söyleyen çalışmalar da mevcuttur (49,50).

Empatinin yıllara göre değişimi çalışmamızda incelenmiştir; ancak çalışmamız kesitsel tipte bir çalışma olduğundan yıllara göre değişimi kesin olarak belirtmesi mümkün olmamaktadır. Literatür incelenirken karşılaşılan öğrencinin sınıfına göre

empati puanının farklı değişmiş olması durumu çalışmaların yapıldığı kültürlerin farklı olması, eğitim müfredatlarının farklı olması gibi sebeplere bağlanabilir.

Çalışmamıza göre RBSÖ toplam puanı sınıflara göre anlamlı fark göstermemektedir. Literatüre bakıldığında tıp öğrencileri üzerinde benlik saygısı çalışan az sayıda çalışma görülmüştür. Shrestha ve arkadaşlarının Nepal’de 190 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada; çalışmamıza benzer şekilde sınıflara göre benlik saygısında anlamlı değişim gözlenmemiştir (51).

Anneye ait meslek grupları değerlendirilmesinde SOC13, JSPE, RBSÖ ve alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Baba mesleğine ait grupların değerlendirilmesinde SOC13 için babası işçi olan öğrencilerin anlaşılabilirlik alt boyut puanı babası memur olan öğrencilerin anlaşılabilirlik alt boyut puanından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. SOC13 toplam puanında babası işçi olan ve diğer meslek gruplarında olan katılımcıların puanı babası memur olan öğrencilerin puanından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Baba mesleği ile diğer alt boyut ve ölçek karşılaştırılmasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda tıp fakültesini kendisi tercih edenlerin bütünlük duygusu alt boyutu olan anlamlılık alt boyutu anlamlı ve yüksek çıkmıştır. Diğer alt boyutlar ve toplam ölçek puanında tercihi kendisine ait olmayanlarla anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Tercih kararı kendisine ait olanların şefkatle davranma alt boyut puanı anlamlı yüksek saptanmıştır. Empati ölçeği diğer alt boyutlar ve toplam puanda anlamlı fark bulunamamıştır. Chatterjee ve arkadaşlarının Hindistan’da 418 tıp öğrencisiyle yaptıkları çalışmada; çalışmamızla benzer olarak JSPE puanı fakülte kararının kime ait olduğundan etkilenmemektedir (41). Arani ve arkadaşlarının Tahran’da 1.sınıf ve son sınıf tıp öğrencileri ile yaptıkları çalışmada tıbbi ilgi düzeyi sorusu sorulmuş, tıbbi ilgisi daha az olan öğrencilerin empati düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (52).

Tercih kararı kendisine ait olmayanların benlik saygısı ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Yüksek ölçek puanı düşük benlik saygısıyla ilişkilendirilmektedir. Rosenberg’e göre benlik saygısı kişinin kendisinin farkında olabilmesine, başarılı ve başarısız olduğu durumları fark etmesine ve gerektiğinde başarısız olduğu durumlara müdahale edebilmesine yardımcı olmaktadır (7).

Çalışmamızda daha yüksek benlik saygısına sahip olan öğrencilerin eğitim görmek istedikleri fakülteyi kendi tercihleri olarak seçtiklerini saptadık. Yüksek benlik saygısı kişiye kendini tanıma gücü vermesinin yanı sıra kendi tercihlerini yapabilme gücü de kazandırmaktadır şeklinde yorumladık.

Tıp fakültesinden memnun olma durumu ile ölçekleri kıyasladığımızda bütünlük duygusu ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının her biri ile anlamlı zayıf ilişki tespit edilmiştir. Kişilerin bütünlük duygusu arttıkça bulundukları fakülteden memnuniyet oranları da artmaktadır.

JSPE-S toplam ölçek puanı ile tıp fakültesinden memnun olma durumu arasındaki ilişkiyi incelediğimizde toplam puan ile ilişkili olmadığını gördük ancak alt boyutlar olan perspektif alma ile pozitif ilişki, hasta-hekim ilişkisine özgü olduğu bilinen şefkatle davranma ve hastanın ayakkabısını giyme alt boyutuna göre de negatif ilişki saptanmıştır. Perspektif almanın günlük hayatta geliştirilebilen beceri olduğu bilinmektedir (29).

Çalışmamızda RBSÖ toplam puanı ile tıp fakültesinde olmaktan memnun olma durumu arasında orta düzeyde anlamlı negatif ilişki saptanmıştır. Yani tıp fakültesinde olmaktan memnun olanların benlik saygısı daha yüksek bulunmuştur. Benlik saygısının çeşitli faktörlerden etkilenebileceği veya benlik saygısı yüksek bireylerin tercih konusunda daha özgüvenli davranabilecekleri öngörülmektedir. Benlik saygısı yüksek kişiler kendi tercihlerini yapabilir. Çalışmamızın sonucu bu düşüncüyü desteklemektedir.

Mezuniyet sonrası uzmanlık tercihinin göre bakıldığında çalışmamıza göre bütünlük duygusu ile branş tercihleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Empati toplam puan değerlendirilmesinde anlamlı ilişki bulunmamıştır. Perspektif alma alt boyutunda cerrahi branş tercih etmek isteyenlerin puanı pratisyen kalmak isteyen, dahili branşları seçmek isteyen ve kararsız olanlardan anlamlı yüksek bulunmuştur. Hastanın ayakkabısını giyme alt boyutu için pratisyen kalmak isteyenlerin puanı cerrahi ve dahili branşları seçmek isteyenlerden ve kararsız kalmak isteyenlerden anlamlı yüksek saptanmıştır. Temel bilimler seçmek isteyenlerin bu alt boyut için puanı cerrahi branşları seçmek isteyenlerden anlamlı yüksektir. Chatterjee ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin uzmanlık seçimleri 3 kategoriye ayrılarak

(insan odaklı, teknoloji odaklı ve diğerleri) incelenmiş ve inceleme sonucunda çalışmamızla benzer şekilde empati toplam puanı ile uzmanlık tercihi arasında ilişki bulunmamıştır (41). Shashikumar ve arkadaşlarının Hindistan’da JSPE kullanarak 488 tıp öğrencisiyle yaptıkları çalışmada uzmanlık tercihi ile empati puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiş, çalışmamızla benzer şekilde empati toplam skoru ile uzmanlık tercihi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (42). Benlik saygısı değerlendirilmesinde dahili branşları seçmek isteyenlerin puanı cerrahi branşları seçmek isteyenlerin puanından anlamlı yüksek bulunmuştur. Yani çalışmamıza göre cerrahi branşları seçmek isteyenlerin benlik saygısı daha yüksek bulunmuştur.

Sigara kullanımı ile bütünlük duygusu arasında çalışmamızda ilişki saptanmamıştır. Bernabe ve arkadaşlarının 5.399 Fin yetişkin ile SOC ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada bütünlük duygusu yüksek bireylerin daha düşük oranda sigara içtikleri belirtilmektedir (53). Çalışmamızla benzer şekilde Lindmark ve arkadaşlarının İsveç’te 910 yetişkin üzerinde bütünlük duygusu ve ağız sağlığı ilişkisini inceledikleri çalışmada SOC ölçeği kullanarak bütünlük duygusu ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamışlardır (36). Çalışmamıza göre empati ile sigara kullanımı arasında ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamıza göre benlik saygısı ile sigara kullanımı arasında ilişki bulunmamıştır. Tunç ve Kolburan, 2019 yılında ergenler ile Coopersmith Özsaygı Envanteri ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Envanteri kullanarak yapmış oldukları çalışmada; çalışmamızdan farklı olarak sigara içen bireylerin özsaygısının içmeyenlere göre daha düşük olduğunu tespit etmişler (54).

Çalışmamızda alkol kullanım durumuna göre yapılan karşılaştırmada bütünlük duygusu toplam puanı ve anlamlılık, yönetilebilirlik alt boyut toplam puanları kullanmayan öğrencilerde ara sıra kullanan öğrencilere göre anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Literatürde SOC13 kullanılarak öğrenciler üzerinde yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Mattila ve arkadaşlarının SOC ölçeği kullanarak ergenler üzerinde yaptıkları çalışmada güçlü bütünlük duygusu daha az alkol kullanımıyla ilişkili bulunmuştur (55). Empati ve alkol kullanımı arasında gruplar arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Çalışmamızda alkol kullanımı ile benlik saygısı açısından gruplar arasında ilişki saptanmamıştır. Alghamdi ve arkadaşlarının çalışmasında düşük benlik saygısıyla ilgili olabilecek davranışlar sorgulanmış ve çalışmamızla benzer şekilde alkol kullanımıyla benlik saygısı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (38).

Çalışmamızda kronik hastalığı olmayanların bütünlük duygusu olanlardan daha yüksek saptanmıştır. SOC13 ölçek alt boyutu olan anlaşılabilirlik ve yönetilebilirlik alt boyut puanları da daha yüksek saptanmıştır. Literatürde tıp öğrencileri ile yapılmış SOC13 kullanılan çalışma sayısı azdır. Surtees ve arkadaşlarının Birleşik Krallık'ta 30.414 kişi ile SOC kullanarak yaptıkları çalışmada güçlü tutarlılık duygusunun kronik hastalık riskini azalttığını belirtmişler (56).

Çalışmamızda empati ile kronik hastalık bulunma durumu arasında ilişki saptanmamıştır. Arani ve arkadaşlarının Tahran'da yapılan çalışmada öğrencilere hastaneye yatış öyküsü ve ailede kronik hastalık öyküsü sorulmuş her ikisi de empati ile ilişkili bulunmamıştır (52).

Çalışmamızda kronik hastalığı olan öğrencilerin benlik saygısı olmayanlara göre düşük saptanmıştır. Tekir ve arkadaşlarının 563 sağlık yüksekokulu öğrencisi ile yaptıkları çalışmada çalışmamızla benzer olarak kronik hastalığı olanlarda benlik saygısı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır (57). Seigel ve arkadaşlarının ergenlerle yapmış olduğu çalışmada çalışmamızla benzer şekilde kronik hastalığı olan grubun olmayan gruba göre benlik saygılarının daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (58).

Son 1 yılda olumsuz olay yaşama durumu ile bütünlük duygusu arasındaki ilişkiyi incelediğimiz çalışmamızda aralarında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit ettik. Literatürde SOC puanının yıllara göre olumsuz olay yaşama durumu ile değişip değişmediğini araştıran çalışmalar mevcuttur. Olumsuz olay yaşama durumu ile bütünlük duygusu ilişkisini araştıran daha çok sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır. Antonovsky güçlü bütünlük duygusunun insanları olumsuz yaşam olaylarının etkilerinden koruduğunu ve bir dereceye kadar bazı olumsuz yaşam olaylarını deneyimlemelerini önlediğini öne sürmektedir (21). Literatürde bu düşüncüyü destekleyen çalışmalar da bulunmaktadır (59). Surtees ve arkadaşlarının 2006 yılında yayınlanan çalışmasında güçlü tutarlılık duygusuna sahip olan katılımcıların olumsuz

olaylardan daha az etkilendikleri ve tepkilerinin daha olumlu olduğu saptanmış (60). Volanen ve arkadaşlarının olumsuz olay deneyimi ve SOC üzerine yaptıkları 5 yıl süren araştırmaya göre olumsuz yaşam olayları yaşadığını bildiren kişilerin, bu tür olaylar yaşamayanlara göre daha zayıf bütünlük duygusuna sahip olduğunu göstermektedir (61).

Çalışmamızda son 1 yılda olumsuz olay yaşama durumu ile kişilerin empati yeteneği arasında ilişki bulunamamıştır. Sırbistan’da 1. Sınıf ve son sınıf öğrencileriyle yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde olumsuz olay deneyimlemekle empati arasında ilişki saptanmamıştır (62). Çalışmamızda benlik saygısı ile son 1 yılda olumsuz olay yaşama arasında ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda öğrencilerden tıp fakültesine başlarken sahip oldukları motivasyonla şimdi sahip oldukları motivasyonlarını değerlendirmelerini istedik. Bütünlük duygusu yönetilebilirlik ve anlamlılık alt boyutlarında azalanlar en düşük puanı almış, azalanlar sırasıyla artanlara ve değişmeyenlere göre daha düşük motivasyon bildirmiştir ve bu anlamlıdır. Bütünlük duygusu toplam puanı değerlendirilmesinde azalanlar artan ve değişmeyenlere göre anlamlı olacak şekilde daha düşük puan almıştır. Bütünlük duygusu kişinin tercihlerini etkileyen başına gelen stres faktörleriyle başa çıkmasında yardım eden bir beceridir. Bütünlük duygusu daha düşük olanların motivasyonlarının azalmasının sebeplerinden biri olumsuz olaylara karşı vermiş oldukları tepkiler olabilir şeklinde yorumladık.

Motivasyon değişim durumuna göre yaptığımız empati değerlendirilmesinde toplam puan için anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Yalnızca şefkatle davranma alt boyutu için motivasyonu azalanlarda artanlara göre anlamlı yüksek puan bulunmuştur. Portekiz’de 1.sınıf öğrencileriyle yapılan tıp fakültesinde olma motivasyonu ile empati ilişkisini değerlendiren bir çalışmada insanlara yardım etme motivasyonu ile empati düzeyi arasında zayıf bir ilişki bulmuşlardır (63). Literatürde benzer çalışmaların eksikliği göze çarpmaktadır.

Çalışmamızda Motivasyon değişimi ve benlik saygısı incelendiğinde motivasyonu azalanların artanlara göre benlik saygısının daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde motivasyon, özyeterlilik ve benlik saygısını birlikte inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Giunta ve arkadaşlarının ergenler ile akademik

öz yeterlilik, benlik saygısı ve kişilik özelliklerinin akademik başarıyı nasıl etkilediğini inceleyen bir çalışmada kişilik özelliklerinin ve benlik saygısının öğrencilerin algılanan akademik öz-yeterlik inançlarını etkilemediği bulunmuştur (64). Komarraju ve Dial'in yapmış oldukları akademik kimlik, öz-etkililik ve benlik saygısı, özgüdücü motivasyon ve hedefe ulaşma konusunda üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada benlik saygısının motivasyonu yordadığını belirtmişler (65).

Çalışmamızda motivasyon arttı ve azaldı diyenler kendi içinde incelenmiştir. Sınıflara göre yapılan incelemede ilk 3 yıl motivasyonun arttı diyenlerin oranının anlamlı olarak daha fazla olduğu, 4. sınıfta motivasyonunun arttığını söyleyenlerin oranının daha fazla olduğu ancak sonucun anlamlı olmadığı, 5. ve 6. sınıflarda motivasyonunun azaldığını söyleyenlerin anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Sınıflar prelinik klinik olarak ayrılıp incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde prelinik dönemde motivasyonun arttı diyenlerin, klinik dönemde ise motivasyonum azaldı diyenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre ve tıp fakültesi tercihinin öğrencinin kendi kararı olup olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Wouters ve arkadaşlarının Amsterdam'da yaptıkları çalışmada, seçilen ve seçilmeyen tıp öğrencilerinin motivasyonları ölçek yardımıyla değerlendirilmiştir. Seçilen öğrencilerin motivasyonu seçilmeyenlerden anlamlı yüksek çıkmıştır, çalışmada bu motivasyonun zamanla azalabileceği belirtilmektedir (66). Çalışmamıza göre Prelinik dönemde motivasyonum arttı diyenlerin sayısı anlamlı olarak yüksektir. Ülkemizde zorlu sınavlardan geçip tıp fakültesi kazanan öğrencilerin motivasyonunu artırmasına kazanmış olmanın öğrenciler üzerinde başarı ve seçilmişlik hissi oluşturmaya yol açmış olabilir şeklinde yorumladık. Sobral çalışmasında tıp öğrencilerinin motivasyon düzeylerinin başarıyı etkilediğinden söz etmektedir (67). Tıp eğitimi için motivasyon düşüklüğüne yol açan etkenlerin belirlenip bunların önlenmesi tıp eğitimindeki başarıyı artırmaya yardımcı olacaktır. Pelaccia ve Viau yaptıkları çalışmanın sonucunda, Sobral'in yorumuna benzer şekilde motivasyon artışının başarıyı artırdığını savunmaktadır. Pelaccia ve Viau'a göre öğrencilerin anlamlı seçimler yapmasına izin vermek kontrol edilebilirlik algısı üzerinde olumlu etkiler oluşturmaktadır (68). Klinik sınıflarda bulunan öğrencilerin anlamlı seçimler yapmasına yardım etmek, mesleğe dair bilgi edinmelerine yardımcı olarak kendilerini

daha özgüvenli hissetmelerini sağlamak yoluyla motivasyonlarının artırılacağı görüşündeyiz.

Mezuniyet sonrası planlarla ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda bütünlük duygusu yönetilebilirlik alt boyutunda kararsızlar Türkiye’de hekimlik ve hekimlik dışı meslek yapmak isteyenlerden daha düşük puan almıştır. Anlamlılık alt boyutunda Türkiye’de hekimlik yapmak isteyenler kararsızlara ve yurtdışında hekimlik yapmak isteyenlere göre daha yüksek puan almıştır. Toplam puan değerlendirilmesinde Türkiye’de hekimlik yapmak isteyenlerin puanı kararsızlardan, yurt dışında hekimlik ve hekimlik dışı meslek yapmak isteyenlerden yüksek saptanmıştır. Türkiye’de hekimlik dışı meslek yapmak isteyenlerin puanı yurtdışında hekimlik dışı meslek yapmak isteyenlerden ve kararsızlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

JSPE-S mezuniyet sonrası puan değerlendirilmesinde hastanın ayakkabısını giyme alt boyutu için Türkiye’de hekimlik dışı meslek yapmak isteyenlerin puanı Türkiye’de hekimlik yapmak isteyenlerin puanından anlamlı yüksek saptanmıştır. Benlik saygısı değerlendirilmesinde ise istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yurtdışında hekimlik yapmak isteyenlerin puanı Türkiye’de hekimlik yapmak isteyenlerin puanından yüksek saptanmıştır. Bu durum çalışmamıza göre yurtdışında hekimlik yapmak isteyenlerin daha düşük benlik saygısına sahip oldukları anlamına gelmektedir.

Katılımcılara kendilerini ne kadar empatik hissettiklerini sorduğumuz soruya verilen yanıtlara göre yaptığımız analizde bütünlük duygusu, empati, benlik saygısı puanları ile empatik hissetme skoru arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Empati ölçeğinin alt boyutu olan şefkatle davranma ve hastanın ayakkabısını giyme alt boyutlarında negatif yönde anlamlı ihmal edilebilir ve negatif yönde anlamlı zayıf ilişki bulunmuştur. Bu sonuç bize öğrencilerin empati konusunda içgörü kazanmaları gerektiğini düşündürmektedir. Empati, özellikle hekimlik empatisi konusunda öğrencilerin bilgilendirilmesi, müfredata hekimlik empatisi dersleri eklenerek öğrencilerin empati becerilerinin geliştirilmesi, mezuniyet öncesi empati kavramı hakkında bilgilendirilerek öğrencilere kavram hakkında içgörü kazandırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Ölçekleri birbiri içinde korelasyon ve regresyon analizleriyle değerlendirdiğimizde; RBSÖ puanı ile bütünlük duygusu ölçek puanlarının negatif yönde ilişkili olduğunu tespit ettik. RBSÖ puanı ters hesaplanmaktadır. RBSÖ puanı arttıkça benlik saygısı düşmektedir. Çalışmamıza göre bütünlük duygusu arttıkça benlik saygısı da artmaktadır. Çeçen'in 2008 yılında yaptığı bütünlük duygusu, aile bütünlük duygusu ve benlik saygısı çalışmasında bu kavramların yaşam doyumu üzerindeki etkisini incelemiştir (69). Benlik saygısı ve bütünlük duygusunun ilişkisinden çalışmada bahsedilmemektedir; ancak hem benlik saygısının hem de bütünlük duygusunun yaşam doyumunu artıran birbiriyle ilişkili kavramlar olduğu çalışmada bildirilmektedir (41).

Çalışmamızda empati ve bütünlük duygusu arasındaki ilişkiyi tıp öğrencileri üzerinde değerlendirmek istedik. Düşüncemiz bütünlük duygusu yüksek olan öğrencilerin hekimlik empati becerilerinin de yüksek olacağı yönündeydi. Palsson ve arkadaşlarının hemşireler ile yaptıkları bütünlük duygusu, empati ve tükenmişlik ilişkisini araştırdıkları çalışmada empati ve bütünlük duygusunun pozitif ilişki içerisinde olduğunu saptamışlar (70). Çalışmamızda empati ve bütünlük duygusu toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Empati alt boyutu olan hastanın ayakkabısını giyme alt boyutu ile bütünlük duygusu anlamlılık alt boyutu arasında negatif yönde ve zayıf ilişki olduğunu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında bu iki önemli kavramın araştırıldığı çalışmaların eksikliği göze çarpmaktadır.

5.1. Çalışmanın Güçlü Yanları

Çalışmamız tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan empati, bütünlük duygusu ve benlik saygısı ölçekleri kullanılarak yapılan ilk çalışmadır. Literatürde kullanmış olduğumuz üç ölçeği beraber kullanan çalışma saptanmamıştır. Empati becerisi hekim-hasta iletişiminin temelini oluşturmaktadır. Tıp fakültesi öğrencilerinde empati düzeyi saptamak, ilgiyi bu konuya yönlendirmek için literatürde benzer çalışmaların sayısının artması gerektiğini düşünmekteyiz. Bütünlük duygusu ve benlik saygısı kişiyi kendini tanımaya iten, karşılaştığı zorluklarla kişinin daha etkin bir şekilde baş etmesini sağlayan kavramlardır. Geleceğin hekimi olacak olan tıp öğrencilerinin kendi sağlık ve sağlamlıklarını artırmaları gerekmektedir. Literatürde tıp öğrencileri ile

bütünlük duygusu ve benlik saygısı değerlendirmeye yönelik çalışmaların oldukça az olduğunu gördük. Çalışmamızla literatüre katkı sağlamayı hedefledik.

5.2. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamız kesitsel tipte bir çalışma olup empati, bütünlük duygusu ve benlik saygısı kavramlarının yıllara göre değişimi hakkında fikir vermekle beraber çalışma tipi nedeniyle kesin bir sonuca varmak mümkün olmamaktadır. Çalışmamız tek bir üniversitenin tıp fakültesi öğrencilerinde yapılmıştır. Sonuçların genellenebilmesi için benzer daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışma yüz yüze eğitime bazı sınıflarda ara verilmesi nedeniyle online olarak uygulanmıştır. Online olarak uygulanan anketlerde çalışmadaki soruların tam olarak anlaşılamaması gibi kısıtlılıklar görülmektedir.

6. SONUÇLAR

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenci olan 624 katılımcı ile yapılan çalışmamızda tıp öğrencilerinin empati düzeyleri, bütünlük duyguları ve benlik saygısı düzeyleri değerlendirmek istenmiştir. Sağlık hizmeti sunucularının etkili hasta-hekim iletişimi için gerekli olan empati becerilerinin saptanıp geliştirilmesi ve sağlık hizmeti sunulabilmesi için önce sunucuların kendi bütüncül sağlıklarını geliştirebilmesi, bu konuya olan farkındalığın artması amacıyla gerçekleştirdiğimiz çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Katılımcıların tamamı 18-29 yaş grubunda yer almaktadır. Katılımcıların %40,2'si (n=251) erkek ve %59,8'i (n=373) kadındır.
2. Katılımcıların %19,2'si (n=120) 1. sınıf, %16,5'i (n=103) 2. sınıf, %14,9'u (n=93) 3. sınıf, %16,8'i (n=105) 4. sınıf, %15,5'i (n=97) 5. sınıf, %17'si (n=106) 6. sınıf olarak öğrenim görmektedir.
3. Erkeklerin bütünlük duygusu toplam puanı 46(13), kadınların bütünlük duygusu toplam puanı 45(15) bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yönetilebilirlik alt boyutu için erkeklerin puanı 14(4) kadınların puanı 13(6)'dır. Puanlar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Anlaşılabilirlik alt boyutu için erkeklerin puanı 17(7), kadınların puanı 16(8) ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
4. Erkeklerin empati ölçeği toplam puanı 82(8), kadınların toplam puanı 82(6)dır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Alt boyut olan perspektif alma için erkeklerin puanı 42(6), kadınların puanı 41(7) olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Şefkatle Davranma alt boyutu için erkeklerin puanı 31(6), kadınların puanı 32(5) olarak bulunmuştur ve aralarındaki fark anlamlıdır.
5. Sınıflara göre SOC 13 ve alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. 2.sınıfların puanı 47(15), 5.sınıfların puanı 44(12) bulunmuştur. JSPE toplam puan ve RBSÖ toplam puan için sınıflar arası anlamlı fark bulunmamıştır.
6. Sınıflar arası değerlendirmede JSPE alt boyutu olan şefkatle davranma için 1.sınıfların puanı 5. ve 6. sınıflara göre, 3. sınıfların puanı 5. ve 6. sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır. 1. sınıf puanı 31(5),

3.sınıf puanı 30(6), 5. sınıfların puanı 33(5), 6. sınıfların puanı 33(6) olarak bulunmuştur. Hastanın ayakkabısını giyme alt boyutunda 1. sınıflar 8(2), 6. sınıflar 9(2) puan almıştır. Aradaki fark anlamlıdır.

7. Tıp fakültesini tercih etme durumuna göre SOC 13 anlamlılık alt boyut puanı karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tercihi kendisine ait olanların puanı 15(4), tercihi kendisine ait olmayanların puanı 14(4) olarak saptanmıştır. Tercihi kendisine ait olanların RBSÖ puanı 2(2), olmayanların puanı 3(4) olarak bulunmuştur. Puanlar arasındaki fark anlamlıdır. Tercihi kendisine ait olanların benlik saygısı daha yüksektir şeklinde yorumlanmaktadır.
8. Kronik hastalığı olmayanların SOC 13 toplam puanı 46(15) olanların puanı 41(13), olmayanların anlaşılabilirlik alt boyut puanı 17(7), olanların puanı 15(6), yötebilebilirlik alt boyutu olmayanlar için 14(5), olanlar için 13(5) olarak saptanmıştır. Puanlar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Kronik hastalığı olmayanların RBSÖ puanı 2(2), olanların puanı 2(4) olarak saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
9. Motivasyon durumuna göre yapılan analizde bütünlük duygusu toplam puanı azalanlarda 44(14), değişmeyenlerde 46(14), artanlarda 46(15) olarak bulunmuştur. Azalanlarda puan istatistiksel olarak anlamlı düşüktür. Yönetilebilirlik alt boyutunda; azalanların puanı 13(6), artanların puanı 14(6), anlamlılık alt boyutunda; azalanların puanı 14(4), değişmeyenlerin puanı 16(5) olarak bulunmuştur. Aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. JSPE puanında motivasyon durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır; ancak şefkatle davranma alt boyutunda azalanların puanı 32(5) ve artanların puanı 30(6) olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. RBSÖ değerlendirilmesinde motivasyonu azalanların puanı 2(3), artanların puanı 1(2) olarak tespit edilmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
10. Motivasyonunun arttığını söyleyen ve azaldığını söyleyen gruplarla yapılan karşılaştırmalarda prelinik sınıflarda bulunan öğrencilerden motivasyonunun arttığını söyleyenlerin oranı, klinik sınıflarda bulunan öğrencilerden motivasyonunun azaldığını söyleyenlerin oranı istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. İlk üç yılda

bulunan öğrencilerden motivasyonunun arttığını söyleyenlerin oranı, 5. Ve 6. Sınıf öğrencilerinden motivasyonun azaldığını söyleyenlerin oranı istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur.

11. Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanı ile bütünlük ölçeğine ait anlaşılabilirlik alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki ($r=-0,343$; $p<0,0001$), yönetilebilirlik alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki ($r=-0,390$; $p<0,0001$), anlamlılık alt boyutunda negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki ($r=-0,197$; $p<0,0001$) ve bütünlük duygusu toplam ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki saptanmıştır ($r=-0,397$; $p<0,0001$).
12. Empati ölçeğine ait hastasının ayakkabısını giyme alt boyut toplam puanı ile bütünlük duygusuna ait anlamlılık alt boyut toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır ($r=0,116$; $p=0,004$). Diğer ölçek ve alt boyut puanları arasında ilişki saptanmamıştır.

7. ÖNERİLER

1. Hekim hasta ilişkisinin temel taşı olan empati kavramı, tıp eğitiminde de yer edinecek şekilde ele alınmalıdır. Tıp öğrencilerinin empati konusundaki bilgi düzeyleri ve empati yapabilme konusundaki içgörülerini artırılıp, geleceğin hekim adayları olan tıp öğrencilerinin empati becerilerini artırmak hedeflenmelidir.
2. İnsan sağlığının odağında bulunan hekimlik mesleğini edinecek olan adayların daha etkin sağlık hizmeti sunabilmek için öncelikle kendi sağlığını geliştirmesi gerekmektedir. Kendi sağlığını geliştirmek ve bir başkasının sağlığına katkıda bulunabilmek için bütünlük duygusu kavramını daha yakından tanımak gerekmektedir. Bütünlük duygusunun henüz gelişebileceği yaşlarda olan tıp öğrencilerinde bütünlük duygusu geliştirilmesi üzerine yapılacak çalışmaların sayısı artırılmalıdır.
3. Benlik saygısı kişinin olumlu ve olumsuz taraflarını bilmesini sağlayan ve olumsuz özelliklerini olumlu olanlarla değiştirebilmesine yol açan bir kavramdır. Hekim adaylarının benlik saygısının yüksek olması mesleği daha iyi uygulayabilmeleri ve kendilerinin farkında olarak daha iyi sağlık hizmeti sunabilmeleri için gerekmektedir. Bu konudaki farkındalığın artırılması gerektiğini düşünmekteyiz.
4. Çalışmamıza göre öğrencilerin büyük bir kısmı Tıp eğitimi ve hekimlik mesleğine dair motivasyonlarının düştüğünü belirtmiştir. Motivasyonunun azaldığını belirtenler çoğunlukla klinik sınıflarda bulunmaktadır. Bu alanda çalışmalar yapılmalı, öğrencilerde özellikle klinik dönemde görülen bu motivasyon kaybının sebepleri irdelenmeli öğrenciler motivasyon artırılması açısından desteklenmelidir.

8.KAYNAKLAR

1. Basch MF. Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. Journal of the American Psychoanalytic Association. 1983;31(1):101-26.
2. Sharma RM. Empathy-A Retrospective on Its Development in Psychotherapy. Vol. 26, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1992; 26:377-390
3. Edwards LH. A brief conceptual history of einfühlung: 18th-Century Germany to post-world war II U.S. psychology. Hist Psychol. 2013 Nov;16(4):269–81.
4. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. British Journal of General Practice. 2002;52(Suppl):S9-12.
5. Antonovsky, A. Studying Health Instead of Disease. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass. 1979:12-38
6. Bag B. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Salutogenez Modeli. Psikiyatri Guncel Yaklaşımlar 2017; 2017;9(3):284-300.
7. Rosenberg, M. The Measurement of Self Esteem, Society and the adolescent self-image. Princeton University Press, Princeton, 1965: 16-39
8. Batchelder L, Brosnan M, Ashwin C. The development and validation of the empathy components questionnaire (ECQ). PLoS One. 2017;12(1).
9. Türk Dil Kurumu. Türk Dil Kurumu Sözlüğü [Available from: <https://sozluk.gov.tr/>].
10. Davis CM. Professional Perspective What Is Empathy, and Can Empathy Be Taught? Phys Ther. 1990; 70: 707-715.
11. Rogers CR, AKKOYUN F. Empatik olmak, değeri anlaşılmamış bir varoluş şeklidir. Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES). 1983;16(1):103-24.
12. Morse JM, Anderson G, Bottorff J 1, Yonge O, O'brien B, Solberg SM, et al. Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice? : Journal of Nursing Scholarship,1992:273-280
13. Dökmen Ü. Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES). 1988;21(1):155-90.
14. Barrett-Lennard GT. The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. Journal of counseling psychology. 1981;28(2):91.
15. Wyschogrod E. Empathy and Sympathy as Tactile Encounter. The Journal of Medicine and Philosophy (1981); 25-43
16. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. Editor's Note: Commentaries on this. Vol. 84, Acad Med. 2009.

17. Irving P, Dickson D. Empathy: Towards a conceptual framework for health professionals. *Int J Health Care Qual Assur.* 2004;17(4):212–20.
18. Freeman TR. McWhinney'in Aile Hekimliği (4.Baskı), Güldal AD, Günvar T, Başak O, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2016: 211
19. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy: A review. Vol. 21, *Journal of General Internal Medicine.* 2006. p. 524–30.
20. Mittelmark MB, Bauer GF. Salutogenesis as a Theory, as an Orientation and as the Sense of Coherence, In: Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, Pelikan JM, Sagy S, Eriksson M et al. *The Handbook of Salutogenesis*, 2. Edition, Cham: Springer ,11-17
21. Antonovsky, A. Tension management and resources for resistance. *Health, stress and coping.* San Francisco: Jossey-Bass. 1979:98-123
22. Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
23. Eriksson M. The Sense of Coherence: The Concept and Its Relationship to Health In: Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, Pelikan JM, Sagy S, Eriksson M et al. *The Handbook of Salutogenesis*, 2. Edition, Cham: Springer ,61-68
24. Hill AJ. Obesity in Children and the “Myth of Psychological Maladjustment”: Self-Esteem in the Spotlight. Vol. 6, *Current obesity reports.* 2017;63–70.
25. Leary M. Making sense of self-esteem. *Current Directions Psychol Sci.* 1999;8:32–5.
26. Orth U, Robins RW. The Development of Self-Esteem. *Curr Dir Psychol Sci.* 2014 Oct 11;23(5):381–7.
27. Ackerman RA, Witt EA, Donnellan MB, Trzesniewski KH, Robins RW, Kashy DA. What does the Narcissistic personality inventory really measure? *Assessment.* 2011 Mar;18(1):67–87.
28. Hojat MR, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further Psychometric Data and Differences by Gender and Specialty at Item Level. *Acad Med.* 2002;77(10):S58-S60.
29. Gönüllü I, Öztuna D. Jefferson Doktor Empati Ölçeği öğrenci versiyonunun Türkçe adaptasyonu. *Marmara Medical Journal.* 2012;25(2):87–92.
30. Scherler RH, Lajunen TA (1997) Comparison of Finnish and Turkish university students on the short form of the sense of coherence scale. Fifth Congress of European Psychology , 6-11 July 1997, Dublin, Ireland.
31. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara, 1986.

32. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Mortensen LH, Speicher MR, Bragan L, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in Health Sciences Education*. 2018; 23(5):899–920.
33. Nair S, Shetty RS, Guha S, Anjum Z, Kamath A. Assessing empathy among undergraduate medical students: a cross sectional analysis using the Jefferson scale in a medical school in Coastal Karnataka. *Int J Community Med Public Health*. 2018; 5(3):953.
34. Quince TA, Kinnersley P, Hales J, Da Silva A, Moriarty H, Thiemann P, et al. Empathy among undergraduate medical students: A multi-centre cross-sectional comparison of students beginning and approaching the end of their course. *BMC Med Educ*. 2016;16(1).
35. Park KH, Roh H, Suh DH, Hojat M. Empathy in Korean medical students: Findings from a nationwide survey. *Med Teach*. 2015; 37(10): 943–8.
36. Lindmark U, Hakeberg M, Hugoson A. Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011; 39(6): 542–53.
37. Jeyashree K, Sathiavadiu JS, Suliankatchi A. App-based tracking of smartphone use and its association with perceived stress and sense of coherence among undergraduate medical students in Southern India. *Int J Adolesc Med Health*. 2021; 33(3): 245–51.
38. Alghamdi SA, Aljaffer MA, Alahmari FS, Alasiri AB, Alkahtani AH, Alhodayris FS, et al. The impact of low self-esteem on academic achievement and the behaviors related to it among medical students in Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2023; 44(6): 613–20.
39. Gidi NW, Horesa A, Jarso H, Tesfaye W, Tucho GT, Abera M, et al. Prevalence of Low Self-esteem and Mental Distress among Undergraduate Medical Students in Jimma University: A Cross-Sectional Study. *Ethiop J Health Sci*. 2021; 31(3): 573–80.
40. Demirbaş N, Karaoğlu N. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Empatik Eğilimleri ve İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022; 5(2): 24–32.
41. Chatterjee A, Ravikumar R, Singh S, Chauhan PS, Goel M. Clinical empathy in medical students in India measured using the Jefferson Scale of Empathy-Student Version. *J Educ Eval Health Prof*. 2017; 14: 33.
42. Shashikumar R, Chaudhary R, Ryali VSSR, Bhat PS, Srivastava K, Prakash J, et al. Cross sectional assessment of empathy among undergraduates from a medical college. *Med J Armed Forces India*. 2014; 70(2): 179–85.
43. Roh MS, Hahm BJ, Lee DH, Suh DH. Evaluation of empathy among Korean medical students: A cross-sectional study using the Korean version of the Jefferson scale of physician empathy. *Teach Learn Med*. 2010; 22(3): 167–71.

44. Rahimi-Madiseh M, Tavakol M, Dennick R, Nasiri J. Empathy in Iranian medical students: A preliminary psychometric analysis and differences by gender and year of medical school. *Med Teach*. 2010; 32(11).
45. Mahammadzadeh A, Poursharifi H, Alipour A. Validation of Sense of Coherence (SOC) 13-item scale in Iranian sample. In: *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Elsevier Ltd; 2010; 1451–5.
46. Çakmak S, Karakuş G, Tamam L, Taşdemir A, Karaytuğ MO, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi 2. Sınıf Öğrenci grubu. Tıp Fakültesi Dönem I Öğrencilerinde Mizah Tarzları ve Benlik Saygısı İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Cukurova Medical Journal*. 2015;40(4):782-793
47. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med* 2009; 84: 1192-1197. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b180d4>
48. Hegazi I, Wilson I. Maintaining empathy in medical school: It is possible. *Med Teach*. 2013; 35(12): 1002–8.
49. Benabbas R. Empathy in Iranian medical students: A comparison by age, gender, academic performance and specialty preferences. *Med J Islam Repub Iran*. 2016;30:439.
50. Khademalhosseini M, Khademalhosseini Z, Mahmoodian F. Comparison of empathy score among medical students in both basic and clinical levels. *J Adv Med Educ Prof*. 2014;2(2):88- 91
51. Shrestha B, Yadav S, Dhakal S, Ghimire P, Shrestha Y, Singh Rathaur E. Status of self-esteem in medical students of a college in Kathmandu: A descriptive cross sectional study. *F1000Res*.11;10:1031 2021:1-14.
52. Arani RH, Naji Z, Moradi A, Shariat SV, Mirzamohamadi S, Salamati P. Comparison of empathy with patients between first-year and last-year medical students of Tehran University of Medical Sciences. *Bmc Medical Education*. 2021;21(1).
53. Bernabø E, Kivimäki M, Tsakos G, Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Savolainen J, et al. The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults. *Eur J Oral Sci* 2009; 117: 413–418
54. Tunç Z, Kolburan ŞG. Aydın Toplum ve İnsan Dergisi Yıl 5(1), 2019: (55-70)
55. Mattila ML, Rautava P, Honkinen PL, Ojanlatva A, Jaakkola S, Aromaa M, et al. Sense of coherence and health behaviour in adolescence. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2011; 100(12): 1590–5.
56. Surtees P, Wainwright N, Luben R, Khaw KT, Day N. Sense of Coherence and Mortality in Men and Women in the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *Am J Epidemiol*. 2003; 158(12): 1202–9.

57. Tekir Ö, Yaşar Ö, Çevik C, Dikoğlu M, Kaymak GÖ, Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Depresyon ve Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018; 8(1): 15-21
58. Seigel WM, Golden NH, Gough JW, Lashley MS, Sacker IM. Depression, Self Esteem and Life Events in Adolescents with Chronic Diseases, Journal of Adolescent Health Care 1990;11:501-504
59. Hochwälder J, Forsell Y. Is Sense of Coherence Lowered by Negative Life Events? J Happiness Stud. 2011;12(3):475–92.
60. Surtees PG, Wainwright NWJ, Khaw KT. Resilience, misfortune, and mortality: evidence that sense of coherence is a marker of social stress adaptive capacity. J Psychosom Res. 2006 ;61(2):221–7.
61. Volanen SM, Suominen S, Lahelma E, Koskenvuo M, Silventoinen K. Negative life events and stability of sense of coherence: A five-year follow-up study of Finnish women and men: Health and Disability. Scand J Psychol. 2007 ; 48(5): 433–41.
62. Pantovic-Stefanovic M, Dunjic-Kostic B, Gligoric M, Lackovic M, Damjanovic A, Ivkovic M. Empathy predicting career choice in future physicians. Engrami. 2015; 37(1): 37–48.
63. Gonçalves-Pereira M, Trancas B, Loureiro J, Papoila A, Caldas-De-Almeida JM. Empathy as related to motivations for medicine in a sample of first-year medical students. Psychol Rep. 2013; 112(1): 73–88.
64. Di Giunta L, Alessandri G, Gerbino M, Luengo Kanacri P, Zuffiano A, Caprara GV. The determinants of scholastic achievement: The contribution of personality traits, self-esteem, and academic self-efficacy. Learn Individ Differ. 2013; 27: 102–8.
65. Komarraju M, Dial C. Academic identity, self-efficacy, and self-esteem predict self-determined motivation and goals. Learn Individ Differ. 2014; 32: 1–8.
66. Wouters A, Croiset G, Galindo-Garre F, Kusurkar RA. Motivation of medical students: Selection by motivation or motivation by selection Assessment and evaluation of admissions, knowledge, skills and attitudes. BMC Med Educ. 2016; 16(1).
67. Sobral DT. What kind of motivation drives medical students' learning quests? Med Educ. 2004; 38(9): 950–7.
68. Pelaccia T, Viau R. Motivation in medical education*. Med Teach. 2017; 39(2): 136–40.
69. Çeçen AR. Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumunu Yordamada Bireysel Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu, Aile Bütünlük Duygusu ve Benlik Saygısı. Eğitimde Kuram ve Uygulama. 2008;4(1):19-30. ISSN: 1304-9496.
70. Pålsson MB, Hallberg IR, Norberg A, Björvell H. Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. Scand J Caring Sci. 1996;10(1):19–26.

EK 1. ANKET FORMU

Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız :

2. Cinsiyetiniz : Kadın () Erkek ()

3. Kaçınıcı sınıftasınız? 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()

4. Medeni durumunuz : evli () bekar () boşanmış ()

5. Ebeveynleriniz hayatta mı ?

Anne Yaşıyor () Hayatta ()

Baba Yaşıyor () Hayatta ()

5. Annenizin mesleği nedir? memur () işçi () çalışmıyor () emekli () diğer ().....

6. Babanızın mesleği nedir? memur () işçi () çalışmıyor () emekli () diğer ().....

7. Ailenizin ortalama gelirini yazınız.

8. Tıp fakültesini kendi isteğinizle mi seçtiniz? evet () hayır ()

9. Tıp fakültesinde olmaktan ne kadar memnunsunuz? 1 ile 5 arasında puanlayınız.....

10. Hangi alanda uzmanlık eğitimi almayı düşünüyorsunuz? (Dahiliye, genel cerrahi vb.) Yazınız.....

11. Sigara kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()
Bıraktım ()

12. Sigara kullanıyorsanız kaç yıldır ve günde ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?

13. Alkol kullanıyor musunuz? Ara sıra () Sık sık ()
Kullanmıyorum ()

15. Kronik hastalığınız var mı? evet () hayır ()

Cevabınız evet ise belirtiniz:

16. Son 1 yıl içinde kendiniz veya ailenizle ilgili olumsuz bir olay yaşadınız mı ?
(ölüm, hastalık, boşanma, doğal afet vb.) evet () hayır ()

17. Tıp fakültesini kazandığınız gün ile bugünü karşılaştırdığınızda, tıp ve hekimlik mesleği ile ilgili motivasyonunuzda nasıl bir değişim gözlemlediniz ? Azaldı () Değişmedi () Arttı ()

18. Cevabınız “Azaldı” veya “Arttı” ise sebebini açıklayınız.

18. Mezuniyet sonrası geleceğe dair planınız nedir?

- () Türkiye’de hekimlik yapmak
- () Türkiye’de hekimlik dışı meslek yapmak
- () Yurtdışında hekimlik yapmak
- () Yurtdışında hekimlik dışı meslek yapmak
- () Diğer

19. Empati kişinin kendisini bir başkasının yerine koyabilme, bir diğer kişinin duygularını ve bakış açısını tanımlayıp anlayabilme ve duygularını paylaşabilme yeteneğidir. Kendinizin ne kadar empatik olduğunu düşünüyorsunuz ? (1’den 5’e kadar puanlayınız.)

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Bireysel Bütünlük Duygusu Ölçeği (SOC-13)

Aşağıda hayatınızın belirli alanlarına ilişkin sorular verilmiştir. Sorulara verebileceğiniz cevaplar 1 ve 7 arasındaki rakamlarla belirtilmiştir. Duygunuzu en iyi yansıtan rakamı işaretleyiniz.

1. Çevrenizde olup bitenle ilgilenmediğiniz duygusunu taşıyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok nadiren veya hiçbir zaman

Çok sık

2. Geçmişte, iyi tanıdığınızı zannettiğiniz insanların davranışlarına şaşırdığınız oldu mu?

1 2 3 4 5 6 7

Hiçbir zaman olmadı

Hep oldu

3. Güvendiğiniz insanların sizi hayal kırıklığına uğrattığı oldu mu?

1 2 3 4 5 6 7

Hiçbir zaman olmadı

Hep oldu

4. Şimdiye kadar hayatınızın

1 2 3 4 5 6 7

Belirgin hedefleri amacı oldu

Belirgin hedefleri, amacı olmadı.

5. Haksızlığa uğradığınız duygusunu taşıyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok sık

Pek nadiren veya hiçbir zaman

6. Alışık olmadığınız bir durumda olup ne yapacağınızı bilmediğiniz duygusunu taşıyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok sık

Pek nadiren veya hiçbir zaman

7. Her gün yaptığınız işleri yapmak

1 2 3 4 5 6 7

Derin bir zevk ve tatmin kaynağı

Acı ve sıkıntı kaynağı

8. Çok karmaşık duygularınız ve fikirleriniz var mı?

1 2 3 4 5 6 7

Çok sık

Pek nadiren veya hiçbir zaman

9. Hissetmemeyi tercih ettiğiniz duygulara sahip olduğunuz olur mu?

1 2 3 4 5 6 7

Çok sık

Pek nadiren veya hiçbir zaman

10. Birçok insan, kuvvetli karakterli olanlar bile, bazen belli durumlarda başarısızlık hissi duyarlar. Geçmişte siz ne sıklıkta böyle hissettiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Hiçbir zaman

Çok sık

11. Bir şey olduğunda, genelde

1 2 3 4 5 6 7

Önemini abarttığınızı veya
küçümsediğinizi fark edersiniz

Olaylara gereken önemi
atfedersiniz

12. Gündelik hayatta yaptığınız şeylerin nispeten anlamsız olduğunu ne sıklıkta hissedersiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok sık

Pek nadiren veya hiçbir zaman

13. Ne sıklıkta kontrol edebileceğinizden emin olmadığınız duygularınız olur?

1 2 3 4 5 6 7

Çok sık

Pek nadiren veya hiçbir zaman

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerden size en uygun olanı işaretleyiniz.

	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.				
2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.				
3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.				
4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.				
5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.				
6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.				
7) Genel olarak kendimden memnunum.				
8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9)Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.				
10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.				

Jefferson Scale of Empathy S-Version

Sınıf:

Cinsiyet: K ☐

E ☐

Yaş:

Açıklama: Lütfen aşağıdaki sorulara ne derecede katıldığınızı, her bir sorudan sonra verilmiş kutulara size uygun skala numarasını işaretleyerek belirtiniz. Sorulara cevap verirken aşağıda görülen 7'li derecelendirme skalasını kullanınız. Skaladaki daha yüksek numara soruya daha fazla katılma durumunu göstermektedir.

	1	2	3	4	5	6	7
Hiç katılmıyorum							Kesinlikle katılıyorum
Jefferson Empati Skalası							
Doktorların hastalarının ve ailelerinin duygularını anlıyor olması, tıbbi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1 veya cerrahi tedaviyi etkilemez.							
Hastalar, doktorları duygularını anladığında, kendilerinin daha iyi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 hissederler.							
3 Bir doktor için olayları hastaların bakış açısından görmek güçtür.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hasta – doktor ilişkisinde beden dilini anlamak, sözel iletişim kadar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 önemlidir.							
Doktorlarda mizah duygusunun bulunması klinik sonucun daha iyi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 olmasına katkıda bulunur.							
İnsanlar farklı olduğundan olayları hastaların bakış açısından görmek	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 güçtür.							
Anamnez (öykü) alırken hastaların duygularına dikkat etmek önemli	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 değildir.							
Hastaların kişisel deneyimlerini dikkate almak, tedavi sonuçlarını	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 etkilemez.							
Doktorlar, hastalarına bakım verirken, kendilerini onların yerine	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 koymaya çalışmalıdırlar.							
Hastalar, duygularının doktorları tarafından anlaşılmasına değer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 verirler, bu anlayışın da başlı başına tedavi edici bir etkisi vardır.							
Hastalar sadece tıbbi veya cerrahi tedavi ile iyileşebilir, bu nedenle	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 tedavi üzerinde önemli bir etkisi yoktur.							
Hastalara özel hayatları ile ilgili sorular sormak, fiziksel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 yakınmalarının anlaşılmasına yardımcı olmaz.							
Doktorlar sözel olmayan ipuçlarına ve beden diline dikkat ederek,	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 hastaların akıllarından neler geçtiğini anlamaya çalışmalıdırlar.							
14 Tıbbi hastalıkların tedavisinde duygulara yer olmadığına inanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Empati, yokluğunda doktorun başarısını sınırlayan, tedavi edici bir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 beceridir.							
Doktorların hastalarının ve onların ailelerinin duygusal durumunu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 anlaması, doktor – hasta ilişkisinin önemli bir boyutudur.							
Doktorlar, hastalarına daha iyi bakım sağlayabilmek (ya da hizmet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17 verebilmek) için onlar gibi düşünmeye çalışmalıdırlar.							
Doktorlar, hastaları ile onların aileleri arasındaki güçlü kişisel bağların	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18 kendilerini etkilemesine izin vermemelidirler.							
19 Tıp dışı yayınlar okumaktan ya da sanattan hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 Empatinin tedavide önemli bir iyileştirici etken olduğuna inanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐