



T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HASTA MERKEZLİ BAKIM KONUSUNDA
HEKİMLERİN VE HASTALARIN
ALGI VE GÖRÜŞLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gülay ŞAHİN

SAMSUN-2017



T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HASTA MERKEZLİ BAKIM KONUSUNDA
HEKİMLERİN VE HASTALARIN
ALGI VE GÖRÜŞLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gülay ŞAHİN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Füsun A. ARTIRAN İĞDE

SAMSUN-2017

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca benden desteğini esirgemeyen, yüzünden gülümsemesi eksik olmayan, tüm asistanlara anne şefkatiyle yaklaşan değerli tez hocam Doç. Dr. Füsün Ayşin ARTIRAN İĞDE' ye,

Eğitimime önemli katkıları olan, her zaman yanımda hissettiğim, saygı ve sevgiyle anacağım değerli hocam Prof. Dr. Füsün YARIŞ' a,

Her alanda bize destek olan, esprili ve babacan tavırlarıyla tüm asistanların kalbinde taht kuran değerli hocam Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ' ye

Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma,

Beni bu günlere getiren, ömürlerini çocukları için adayan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme,

Uzmanlık eğitimim sırasında hayatıma renk katan, beraber çalışmaktan zevk aldığım asistan arkadaşlarım Uzm. Dr. Elvan ŞAHİN YANIK, Uzm. Dr. Gülper ÖZAY ÖZDEMİR, Uzm. Dr. Gülümser KIR DOĞRU, Dr. Vasfiye GÜVEN ve asistanlığımın ilk yıllarında beraber çalışma fırsatı bulduğum, tatlı gülümsemesi ve ilgisiyle tüm asistanlara abla şefkatiyle yaklaşan Uzm. Dr. Esin GENÇ başta olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatıma anlam katan, hiçbir zaman ilgisini, sevgisini, desteğini eksik etmeyen, hayatımı kolaylaştıran eşim ve aynı zamanda hocam Yrd. Doç. Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN' e sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Gülay ŞAHİN

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ	v
GRAFİK LİSTESİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Hasta Merkezli Bakım	4
2.1.1 Hasta Merkezliliğin Bileşenleri	5
2.1.2 Hasta Merkezli Bakım Gelişimi ve Tarihçesi	7
2.1.3 Hekim/Hastalık Merkezli ve Hasta Merkezli Klinik Yöntem	10
2.1.4 Aile Hekimliğinde Hasta Merkezli Yöntem	15
2.1.5 Hasta Merkezli Yaklaşım ve Kalite	20
2.1.6 Hasta Merkezli Bakımla İlgili Olumsuz Düşünceler	22
2.2 Empati	25
3.MATERYAL VE YÖNTEM	28
3.1 Araştırmanın Yeri	28
3.2 Araştırmanın Tipi	28
3.3 Araştırmanın Evreni	28
3.4 Araştırmanın Örneklemi	28

3.5 Araştırmanın Veri Kaynakları	28
3.6 Araştırmanın Uygulama Şekli	29
3.6.1 Hasta-Hekim İlişisine Yönelik Tutum Ölçeği/ The Patient Practitioner Orientation Scale (HHYÖ/PPOS)	29
3.6.2 Jefferson Hekim Empati Ölçeği- Tıp Öğrencisi /The Jefferson Scale of Physician Empathy- Medical Student (JSPE-S)	31
3.6.3 Hasta Merkezli Bakım ve Empati Eğitimi	32
3.7 Veri Analizi	33
3.8 Araştırmanın Bütçesi	33
3.9 Etik Konular	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇLAR	66
7. ÖNERİLER	68
8. KAYNAKLAR	69
9. EKLER	74

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Cinsiyete göre dönem bir, üç, altı öğrencileri ve hastaların yaş ortalamaları	35
Tablo 2: Hastaların demografik özellikleri	36
Tablo 3: Katılımcıların toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçekleri ortalama puanları	37
Tablo 4: Katılımcıların toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanlarının çoklu karşılaştırılması	40
Tablo 5: Katılımcıların cinsiyete göre toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	41
Tablo 6: Hastaların meslek gruplarına göre toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanları	42
Tablo 7: Hastaların medeni durumlarına göre toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanları	43
Tablo 8: Hastaların kronik hastalık durumuna göre toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanları	43
Tablo 9: Hastaların yaş aralığına göre toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	44
Tablo 10: Hastaların yaş aralıklarına göre göre toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanlarının çoklu karşılaştırılması	45
Tablo 11: Eğitim alan ve almayan dönem altı öğrencilerinin toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanlarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması	46
Tablo 12: Cinsiyete göre dönem altı öğrencilerinin ortalama JSPE-S ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	47
Tablo 13: Eğitim alan ve almayan dönem altı öğrencilerinin staj başındaki ortalama JSPE-S ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	48
Tablo 14. Eğitim alan ve almayan dönem altı öğrencilerinin staj sonundaki ortalama JSPE-S ve alt ölçek puanları	48
Tablo 15: Eğitim alan ve almayan dönem altı öğrencilerinin eğitim öncesi ve sonrası ortalama JSPE-S ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 16. Toplam PPOS ile toplam JSPE-S puanı arasındaki ilişki	50

GRAFİK LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Grafik 1: Katılımcıların yüzde ve sayı olarak pasta grafikte dağılımı	34
Grafik 2: Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı	35
Grafik 3: Katılımcıların toplam PPOS ortalama puanları	38
Grafik 4: Katılımcıların paylaşım alt ölçeğinin ortalama puanları	38
Grafik 5: Katılımcıların bakım alt ölçeğinin ortalama puanları	39
Grafik 6: Dönem altı öğrencilerinin toplam JSPE-S ile toplam PPOS ortalama puanları arasındaki ilişki	50

SİMGELER VE KISALTMALAR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi	OMÜTF
Aile Hekimliği Anabilim Dalı	AHAD
Hasta Merkezli Bakım	HMB
Dünya Sağlık Örgütü	DSÖ
Hasta Hekim İlişisine Yönelik Tutum Ölçeği	HHYÖ
Patient Practitioner Orientation Scale	PPOS
The Jefferson Scale of Physician Empathy- Student version	JSPE-S
Ulusal Çekirdek Eğitim Programı	UÇEP
Deoksiribo Nükleik asit	DNA

ÖZET

Giriş ve Amaç: Günümüzde tıp uygulamaları hekim merkezli den hasta merkezli yaklaşıma doğru bir değişim göstermektedir. Bu çalışmada tıp fakültesi dönem bir, üç, altı öğrencilerinin ve hastaların hasta merkezli bakım konusundaki algı ve tutumlarını yanı sıra dönem altı öğrencilerine verilen eğitimin hasta merkezli bakıma ve empati seviyelerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Gözlemsel analitik tipte kesitsel ve yarı deneysel nitelikteki çalışmamıza 259 hasta ve 551 tıp öğrencisi katılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Hasta-Hekim İlişisine Yönelik Tutum Ölçeği (PPOS) ve Hekim Empati Ölçeği- Öğrenci versiyonu (JSPE-S) uygulanmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, %95 güven aralığı ile sunulmuştur. Verilerin karşılaştırılmasında ki-kare, t testi ve ANOVA kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Dönem 1, 3, 6 öğrencilerinin ve hastaların PPOS ortalaması sırasıyla $4,17 \pm 0,42$, $3,76 \pm 0,37$, $3,33 \pm 0,34$ ve $3,10 \pm 0,76$ puandır. Kız öğrencilerin PPOS ortalaması ($3,93 \pm 0,55$) erkek öğrencilerden ($3,54 \pm 0,43$) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,000$). Hastaların cinsiyet açısından PPOS ortalamaları arasında bir fark saptanmamıştır. Kız öğrencilerin JSPE-S ortalaması da erkek öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksektir. Eğitim ile öğrencilerin hem hasta merkezli tutumu hem de empati seviyeleri anlamlı olarak olumlu yönde etkilenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda tıp öğrencilerinin ve hastaların tutumunun doktor merkezli olduğu saptanmıştır. Eğitimler aracılığıyla öğrencilerin empati seviyelerinin yükseltilmesi ve hasta merkezli olmaları sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta merkezli bakım, empati, hasta, tıp öğrencileri

ABSTRACT

Introduction: Nowadays medicine, the physician-centered shows a shift to patient-centered. In this study, it was aimed to evaluate the attitudes of one, three, and six-year medical students and patients on patient-centered care and the effect of education on sixth-year students on patient-centered care and empathy levels.

Method: The cross-sectional, observational analytic and quasi-experimental design study included 259 patients and 551 medical students. Participants sociodemographic data form, the Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS) and The Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE-S) is applied. Data are presented in number, percent, mean, standard deviation, 95% confidence interval. Chi-square, t-test and ANOVA were used in the comparison of the data. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean PPOS of the students 1, 3, 6 and patients were $4,17 \pm 0,42$, $3,76 \pm 0,37$, $3,33 \pm 0,34$ and $3,10 \pm 0,76$, respectively. Female students' PPOS means are significantly higher than male students. There was no difference between the PPOS averages in terms of sex of the patients. Female students' JSPE-S averages are significantly higher than male students. Education significantly positively affected both the patient-centered attitude and the empathy levels of the students.

Conclusion: In our study, it was figured out that the attitudes of medical students and patients were doctor-centered. Through the educations, it is possible to increase the empathy levels of the students and to be patient-centered.

Keywords: patient centered care, empathy, patient, medical students

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Yükselen eğitim düzeyi, gelişen teknolojiyle internetin ve akıllı telefonların yaygın kullanımı, bireylerin tıbbi verilere ve tedavi yöntemlerine kolayca erişmesini sağlayarak, hastaların sağlıkla ilgili farkındalıklarının artmasını, uygulanan tanı ve tedavi yöntemlerini sorgulamasını ve kendi sağlıklarıyla ilgili kararlarda söz hakkı talep etmesini sağlamıştır. Dolayısıyla önceleri pasif tıbbi bakım alıcıları olan hastalar, giderek saygı ile tedavi olma, tam bilgi edinme hakkına sahip olma ve tedaviye aktif karar verme konusunda dâhil olma gibi belli standartlarda hizmet alma hakkına sahip 'aktif kullanıcılar' ve potansiyel eleştirilenler olarak kabul edilmiştir (1, 2).

"Hasta merkezli bakım" (HMB) terimi birkaç dekat önce tıp literatürüne girdiği halde, sağlık politikası sözlüğüne 2001 yılında Tıp Enstitüsü'nün miladi raporu "Crossing the Quality Chasm" ile yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşım için altı ana hedeften biri olarak yer verildiğinde girmiştir. Söz konusu raporda HMB "bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına, değerlerine duyarlı, saygılı ve hasta değerlerinin tüm klinik kararlarda rehberlik etmesini sağlamak" olarak tanımlanmıştır (2, 3).

HMB batı ülkelerinde geniş çapta desteklenmekte ve bazı gelişmekte olan ülkelerde popülerlik kazanmaktadır (4). HMB, kaliteli sağlık hizmetinin önemli bir parçasıdır (5). HMB'nin yapılan çalışmalarda hasta ve hekimin memnuniyetini arttırdığı, hasta ve hekim arasındaki ilişkileri geliştirdiği, hastaları bakıma daha iyi dâhil ettiği, hastaların yaşam kalitesini arttırdığı ve klinik sonuçlarda belirgin iyileşmeleri sağladığı gösterilmiştir. Sağlık bakım etkinliğinin artırılması, sağlık masraflarının azaltılması ve hastanede kalış süresinin kısaltılması da dâhil olmak üzere sağlık sistemi ve organizasyonlarına olumlu etkileri olduğu kabul edilmiştir. Uluslararası düzeyde,

HMB'nin önemi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşik Krallık Sağlık Vakfı ve Birleşik Devletler Tıp Enstitüsü tarafından onaylanmıştır (6) .

Buna rağmen çok sayıda niteliksel ve tanımlayıcı araştırma göstermektedir ki tıp eğitimi ve sıklıkla örtülü müfredat hastaların tercihleri, kaygıları ve duygularını gözeten, hastayı merkeze alan bakım yerine, hastalıkların biyomedikal mekanizmaların üzerine odaklanan hekim veya hastalık merkezli bakım üzerine inşa edilmiştir (7, 8). Geleneksel eğitimdeki hekimin görevi, hastalıkların tanımlanması, açıklanması, nedeninin belirlenmesi ve sonrasında bunların önlenmesi ve tedavi edilmesidir. Dolayısıyla, hasta ile yapılan görüşmeler hastalığın tanısının konulmasını amaçlamaktadır (9). Hasta hekim görüşmesinde baskın olan taraf hekim olup, hastanın öyküsünü kapalı uçlu sorularla kesmektedir. Hastanın vereceği bilgilerden hangisinin önemli olduğu hakkında karar veren de hekimdir. Hekim daha önceden edindiği bilgi ve birikimlerinin ışığında, kendisine başvuran hastasını muayene eder, tanı ve tedavi için gerekli gördüğü girişimleri planlar ve hastadan bunlara tam bir itaat ister. Böylelikle hastanın duyguları, ihtiyaçları, istekleri göz ardı edilmekte, tedavinin planlanmasında da hastaya söz hakkı verilmemektedir (1).

Hasta merkezli yaklaşımda ise; hastalara sorunlarını rahatça ifade edebilmeleri için yeterli süre verilir; kafalarındaki her türlü soruyu sormaları için cesaretlendirilir; açık uçlu sorularla hastanın hastalığıyla ilgili tüm algı, düşünce ve yorumları öğrenilir. Hekim bir taraftan hastalığın ne olduğu sorusuna yanıt ararken; diğer taraftan hastayla empati kurarak hastalığın onun tarafından nasıl algılandığını ve yaşamında ne tür değişiklikler meydana getirdiğini, onun için ne anlam taşıdığını öğrenmeye çalışır. Tedavinin planlanmasında da hastayı karara dâhil ederek, hastanın uyumunu ve tedavinin etkinliğini

artırmayı hedefler. Çünkü hasta merkezli tıpta, hekimin görevi hastalığı tedavi etmek değil, hastayı tedavi etmektir (1, 10).

Son yıllarda hasta merkezli ya da bir başka deyişle hekimin hastadan yana olduğu sağlık hizmetinin önemini fark eden tıp eğitimcileri, öğrencilerin iletişim becerileri, profesyonel değerler, insani tutum ve davranışlar gibi konuları öğrenebilmesi için müfredatı yeniden düzenleme çabalarına girişmiştir (7). İletişim becerileri, profesyonellik ve hasta-hekim ilişkisine yönelik bilgi, beceri ve tutumlar mezun hekimlerin sahip olması gereken yeterlikler, ulusal ve uluslararası belgelerde pek çok kez tanımlanmıştır. Bu ulusal ve uluslararası tanımlamalara örnek olarak Good Medical Practice (GMC 2012), CanMEDS (2005), Tomorrow's Doctors (GMC 2009), Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP 2014) verilebilir.

Bu anlamda yeni anlayışla değişen ve gelişen eğitim kültüründe öğrenim gören öğrencilerin, hasta merkezli tutumlarının araştırılmasında fayda olduğu düşüncesiyle çalışmamızda, geleceğin hekimleri olan tıp fakültesi öğrencilerinin ve hastaların, hasta merkezli bakım konusundaki görüşleri, son sınıf öğrencilerinin empati seviyeleriyle hasta merkezli yaklaşım konusundaki tutumlarının ilişkisi ve öğrencilere hasta merkezli bakım konusunda verilen eğitimin hasta merkezli tutumu ve empatiyi ne oranda etkilediğini saptamayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Hasta Merkezli Bakım

Hasta merkezli bakım, kişinin bireysel tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine duyarlı ve saygılı ve hasta değerlerinin tüm klinik kararlarda rehberlik etmesine izin veren bakım olarak tanımlanmakla birlikte, pek çok araştırmacı tarafından farklı şekillerde ifade edilmiştir (11). Örneğin McWhinney hasta merkezli yaklaşımı “hekimin, hastalığı, hastanın gözünden görmek için, hastanın dünyasına girme çabası” olarak tarifler (3). Grol’e göre ise hasta merkezlik doktorun sorunun tıbbi olmayan yönleriyle de ilgili olması, sorumlu hissetmesidir (12). Stewart ise hasta merkezli yöntemde, hastanın sadece biyomedikal değil, hastanın hekime getirdiği tüm sorunlara kapsamlı olarak dâhil olma isteğinin gerektiğini savunur (13). Uluslararası Hasta Örgütleri Birliği’ne göre ise HMB için yapılan tanımlarda yer alan en yaygın unsur, hastanın isteklerine, tercihlerine, değerlerine ve ihtiyaçlarına saygıdır.

Aile hekimliğinde HMB için en sık Stewart ve ark.’nın geliştirdiği model kullanılır (2, 16). Bu model altı bileşen önermektedir:

1. Hastayı bütünsel olarak değerlendirmek,
2. Hem hastalığı hem de hastalık deneyimini keşfetmek,
3. Ortak bir zemin bulmak,
4. Sağlığı geliştirmek ve korumak,
5. Hasta-hekim ilişkisini geliştirmek,
6. Gerçekçi olmak (14, 15).

2.1.1 Hasta Merkezliğin Bileşenleri

2.1.1.1 Hastayı bütünsel olarak değerlendirme

Hekimin insanı “birey olarak” (yaşam öyküsü, kişisel ve gelişimsel durumlar) ve çevresi ile bir bütün olarak incelemesi gerekir. Çoğu klinik karşılaşmada hastanın ortamı (hastanın rahatsızlığından etkilenen aile veya herhangi birisi, fiziki çevre) dikkatten kaçırılmaktadır. Kişinin ailesini, işini, inançlarını ve yaşamındaki değişik krizleri de içeren zorlukları hekimin bilmesi gerekmektedir. Böylece kişiyi tümüyle anlayabilen hekim, hastalığın iyileşmesinde, ağırlaşmasında, hastalığın oluşumunda aile mensuplarının etkisini ayırt edebilir. Aynı zamanda, hastanın kültürel değerleri, inançları ve tutumu da onun tedavisini etkiler. Tüm bu nedenlerle aile hekimleri bireyi yaşam hikâyesi, sorunları, ailesi ve fiziksel çevreleri ile bir bütün olarak ele almalıdır (16).

2.1.1.2 Hem hastalığı hem hastalık deneyimini keşfetmek

Sağlık sorununa hem hekimin hem de hastanın bakış açısıyla yaklaşabilmek önemlidir. Rahatsızlık, hastanın fiziksel veya ruhsal bir bozukluk nedeni ile yaşadığı kişisel deneyimdir. Bu deneyim hastanın algıları, duyguları (özellikle korkuları), engelleri ve sıkıntıları, hekimlerine ve içinde buldukları duruma karşı tutumları, başlarına gelen durumun yaşamları ve ilişkileri üzerindeki etkileri, hekime başvuru nedenleri, beklentileri ve fikirleri ile şekillenir. Hastalık ise hekimin rahatsızlığı açıklamak üzere kullandığı patolojik süreçlerdir. Rahatsızlık hastanın yaşamı ile ilgili bir anlam ifade ederken, hastalık patoloji düzeyindeki anlamı ifade etmektedir. Belirgin rahatsızlıkların tümü çok düzeylidir ve hasta merkezli klinik yöntem rahatsızlığı patolojiden duygu ve düşüncelere kadar bütün düzeylerde anlamayı hedefler (17).

Smith, hastaları tedavi etmek ile iyileştirmek arasında önemli farklar olduğunu belirterek hastalıkların tedavisinin ameliyatla, ilaçlarla ya da biyoteknoloji ile mümkün

olabileceğini, rahatsızlıkların ise esas olarak kelimelerle ve hastalarla kurulan tedavi edici ilişkiler yoluyla iyileştirilebileceğini vurgulamıştır (9).

2.1.1.3 Ortak bir zemin bulmak

Hekim merkezli görüşmelerde, hekimin tıbbi bilgi ve becerileri ön planda olup, hastalar doğrudan kapalı uçlu sorularla yönlendirilirken, hasta merkezli görüşmede, hastaların ihtiyaç ve tercihleri göz önünde bulundurulur, düşüncelerini ifade etmesi desteklenir ve iş birliği teklif edilir. Hastalar “pasif tıbbi bakım alıcıları” olarak değil, saygı ile tedavi olma, tam bilgi edinme hakkına sahip olma ve tedaviye aktif karar verme konusunda dâhil olma gibi haklara sahip bireyler olarak kabul edilmiştir. Ayrıca hastayı karara dâhil etmek ve ortak bir zemin bulmaya çalışmak, tedaviye uyumu da artıracak ve muhtemel çatışmaları önleyecektir (16). Hastalar alternatif tedavi seçenekleri açısından bilgilendirilmeyi ve birden fazla tedavi seçeneği mevcutsa tedavide karar verme aşamasına katılmayı istemektedir (18).

2.1.1.4 Sağlığı geliştirmek ve korumak

Sağlığın geliştirilmesi, DSÖ tarafından kişilerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırarak sağlık düzeylerinde artış sağlayan süreç olarak tanımlanmıştır (19, 20). Her görüşme koruyucu ve iyileştirici tedavileri kapsamalıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri uygulamaları arasında; riskten kaçınma (birincil korunma), risk azaltma (ikincil korunma), erken tanı (ikincil koruma), komplikasyonların azaltılması (üçüncül korunma) sağlık eğitimi, aile planlaması, beslenmenin düzeltilmesi sayılabilir. İyileştirici ve koruyucu tedavi hizmetleri temel olarak hekim sorumluluğunda hasta merkezli yaklaşım temelinde diğer sağlık çalışanlarıyla ekip halinde çalışmasıyla sunulması gerekmektedir (19, 21).

2.1.1.5 Hasta-hekim ilişkisini geliştirmek

Hasta- hekim görüşmesi ikili ilişkileri kuvvetlendirmek için bulunmaz bir fırsattır. Toplumda bireylerle yıllık temas açısından hekimler kadar avantajlı bir meslek grubu yoktur. Ortalama her birey yılda altı kez hekime başvurmaktadır. Aile hekimleri, aynı hastaları defalarca farklı problemler ile gördüğünde, hastaları hakkında sonraki problemlerin yönetiminde yardımcı olabilecek kayda değer miktarda bilgi elde ederler (22). Bu görüşmeler ikili ilişkileri artırmak için kullanılabildiği ölçüde tedavi edici bir özellik de kazanacaktır. Sadece hekimle görüşmek suretiyle dahi kişiler kendilerini daha iyi hissedebilirler (13, 19). Yapılan araştırmalar hastaların büyük bir yüzdesinin hekimlerle karşılıklı iletişiminden memnun olmadığını göstermektedir. Bu memnuniyetsizliğin kaynağı hekimlerin teknik yetersizliklerinden ziyade, hekimlerle hastalar arasındaki etkisiz iletişimden kaynaklanmaktadır. Hastaların çoğu, hekimlere soru sorma ya da rahatsızlıkları ile ilgili konuları onlarla konuşma cesaretini bulamadıklarını ve kendilerine söylenenleri de pek anlamadıklarını ileri sürmektedir (10).

2.1.1.6 Gerçekçi olmak

Hekimin, hasta merkezli bakım hizmetini sunarken; zaman, kaynaklar, ekip ve imknlar gibi durumlar açısından da gerçekçi olması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunumundaki amacımız, elimizdeki imknlar ölçüsünde en iyi hizmeti sunmaktır ve bu imknlar sunulurken toplumun tamamı dikkate alınmalıdır (19).

2.1.2 Hasta Merkezli Bakımın Gelişimi ve Tarihçesi

İkinci Dünya Savaşı'nın sona ermesinden sonraki dönemde biyomedikal araştırmaların hızla artması ve bu dönemde DNA sarmalının keşfi ile hüresel ve moleküler düzeydeki biyolojik süreçlerin açıklanmaya başlanması, sağlık hizmetlerinin insan biyolojisi ve hastalıklara yönelmesine neden olmuştur. Ancak daha sonraları

hastalar çok yönlü problemlerine tek yönlü çözüm önerisi getiren bu sisteme karşı çıkmış, memnuniyetsizliklerini dile getirmeye başlamışlardır. Bununla birlikte sağlık hizmeti sunumunda ön plana çıkan büyük hastaneler ve uzmanlaşmış klinik bakım uygulamalarının artması sağlık hizmetlerinde maliyetleri arttırmıştır. 1950'lerden sonraki bu dönemde klinik uygulamalardan edinilen tecrübeler, sağlık hizmetlerinin hastalık merkezli olmasına karşı çıkılmasına ve bazı hümanist ve biyopsikososyal merkezli görüşlerin ön plana çıkmasına yol açmıştır (23, 24).

Bir psikanalist olan Macar kökenli İngiliz araştırmacı Michael Balint'in 1957 tarihli "Doktor, Hastası ve Hastalık" adlı eseri bu dönemdeki en önemli katkılardan biri olmuştur. Balint bu eserinde hastaların psikolojik dünyalarının tedavideki önemine vurgu yaparak özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hekimlere hastalarına karşı psikodinamik bir yaklaşımda bulunmalarını önermiştir. Balint'e göre hastaların hastalıklarına yönelik tutumu, tedavi süreçlerine ilişkin "devasa" bir önem arz eder (25)

1970'li yıllarla birlikte özellikle Amerikalı psikiyatrist George L. Engel'in sağlık bakımında moleküler biyolojiyi temel bilimsel disiplin olarak öne çıkartan, hastalıkları anatomik, biyokimyasal ve nörofizyolojik bozulmaların neden olduğu patofizyolojik nedenlere dayandırarak açıklayan ve hastalığın sosyal, psikolojik ve davranışsal boyutlarını ihmal eden bu modelin yerine biyopsikososyal yaklaşımı önermesinden sonra sağlık hizmetleri ve dolayısı ile hasta-hekim ilişkisinde bir devrim yaşanmış ve tıp alanında daha önceki sebep-sonuç temelli düalist düşünce tarzından uzaklaşmıştır (26).

Aslında 1900 yılında Sir William Osler "Bir hastanın hastalığının türünden çok bir hastalığın, ne tür bir hastada olduğunu bilmek daha önemlidir." ifadesiyle biyomedikal yaklaşımın ötesinde bir yöntem gerekliliğine çok daha önceden işaret etmiştir (26).

Engel bir model, bir teori ortaya koymuştu; ancak hekimin tam olarak ne yapması gerektiği çok da açık değildi. Bu model sonuçta bir soyutlamaydı ve uygulamada hayata geçebilmesi için bir yöntem gereksinim duyulmaktaydı. İşte, hasta merkezli klinik yöntem bu gereksinimi karşılamaktadır. Biyopsikososyal modelin hayata geçmesini yani uygulanabilmesini, araştırılabilmesini ve öğretilbilmesini sağlamaktadır (26, 27).

1980'li yıllarda modelin savunucuları olan Kanadalı Aile Hekimliği araştırmacıları Levenstein, Stewart ve Mc Whinney tarafından hastaların değerleri, tercihleri ve ihtiyaçlarının hasta-hekim ilişkisinde özellikle üzerinde durulması gereken konular olduğu belirtilerek yukarıda daha önce açıklanan 6 prensip ortaya konmuştur (28). Bu dönemde hasta-hekim ilişkisindeki güç dengesinin hasta lehine değiştiğini görmekteyiz. Hasta-hekim ilişkisi, hasta hakları ve aydınlanmış onam gibi konular temelinde gelişim göstermiştir (23). Yine bu dönemde hekimlerin hastalarına tedavi ile ilgili seçenekleri sunmaları ve hastaların tedavi süreçlerine kendi bağımsız iradeleri ile müdahalede bulunmaları gündeme gelmiştir (29). İki binli yılların başında tanımı ve değerlendirilmesi açısından yaşanan zorluklar karşısında hasta merkezli yaklaşım beş temel özellik çerçevesinde yeniden kavramsallaştırmaya çalışılmıştır:

- 1. Biyopsikososyal perspektif:** Bireyin ve içinde bulunduğu durumun anlaşılabilmesi için sadece biyomedikal değil içinde bulunduğu psikososyal etkilerin de hasta-hekim ilişkisinde gündeme getirilmesidir.
- 2. Hastanın bir birey olarak görülmesi:** Benzer sağlık problemleri, farklı bireylerde farklı deneyimler yaşamasına neden olur. Örneğin radius kırığı, masa başında çalışan biri ile bir profesyonel atlet arasında farklı deneyimlere yol açacaktır. Bu yüzden hem hastalığın biyomedikal yönü hem de bireyde oluşturduğu deneyim üzerinde durulmalıdır.

3. **Gücün ve sorumluluğun paylaşılması:** Hasta merkezli ilişki geleneksel paternalistik yaklaşımdan farklı olarak eşitlikçi hasta-hekim birlikteliğini önerir.
4. **Terapötik ittifak:** Hekim merkezli yaklaşımda hasta-hekim ilişkisinin niteliği önemsenmez. Oysa bu ilişkinin kalitesinin artması hasta bakımı açısından olumlu sonuçlara yol açabilmektedir. Örneğin samimi ve sempatik bir ilişkinin hastanın tedaviye uyum olasılığını arttırdığını biliyoruz. Bu yüzden hasta-hekim arasındaki ilişkinin geliştirilmesi için her iki tarafın bir ittifak içinde olması gerekir.
5. **Birey olarak hekim:** Hekimlik uygulamalarında hekimlerin kişisel nitelikleri ve öznelliklerinin etkisi olduğu bilinmektedir. Hekim merkezli yaklaşım çerçevesinde tanısal ve terapötik teknikler temel hedefdir. İyi yetiştirilmiş doktorlar arasında uygulamada farklılıklar olmaması beklenir. Buna rağmen hekimlerin beceri eksikliğinin hataya neden olduğu görülmektedir. Bu yaklaşım ise hekimin öznelliğinin tanı ve tedavideki başarıya etki etmediğini varsayar. Hekim merkezli yaklaşımda ‘tek kişilik’ bir tıp söz konusudur. Hasta merkezli yaklaşımda ise hasta ve hekimin birbirinden etkilendiği ve ayrı düşünülemeyecekleri “iki kişilik” tıp anlayışı söz konusudur.

Hasta merkezli yaklaşım ile ilgili birçok tanımlama ve açıklama bulunmasına rağmen daha iyi bildiğimiz hasta merkezli yaklaşım kavramının “ne olmadığıdır”. Bu kavramdan anladığımız, hasta-hekim ilişkisinin hastalık merkezli, doktor merkezli ve hastane merkezli olmadığıdır(25, 30).

2.1.3 Hekim veya Hastalık Merkezli ve Hasta Merkezli Klinik Yöntem

Geleneksel olarak tıp fakültelerinde eğitim, temel olarak biyomedikal orijindir. Biyomedikal yöntem temelinde hekimler “hekim/hastalık merkezli” yaklaşıma göre

yetişmektedirler. Bu çerçevede hekimin görevi, hastalıkların tanımlanması, açıklanması, nedeninin belirlenmesi ve sonrasında bunların önlenmesi ve tedavi edilmesi şeklinde olup, dolayısıyla, hasta ile yapılan görüşmeler hastalığın tanısının konulmasını amaçlamaktadır (9).

Hekim merkezli görüşmede, hekim hastalığa tanı koymak için gerekli olan, semptomlarla ilgili detaylara ve diğer bilgilere ulaşma amacıyla ipleri ele alır. Bu genellikle hastanın endişelerinin ve görüşme yapan hekimin tıbbi olarak gerek olmadığını düşündüğü bilgilerin büyük oranda göz ardı edilmesi, hatta bunların hekimin tanı arayışı içinde sindirilmesi anlamına gelmektedir. Tipik bir hekim merkezli görüşmede bilgi akışını doktor kontrol eder, görüşme hastanın hastalık deneyiminden uzakta tutulur ve çoğunlukla kişisel bilgileri, ne hissettikleri, düşünceleri, ortaya çıkmadan önlenir. Sonuç olarak bu durum memnuniyette azalmaya, hayal kırıklığına uğramaya ve daha kötü sağlık sonuçlarına yol açar (9).

Hasta merkezli tıp uygulamasında ise, hasta, hekim otoritesi gölgesinde kalmaktan korunmuştur. Hastalara sorunlarını rahatça ifade edebilmeleri için yeterli süre verilir; kafalarındaki her türlü soruyu sormaları için cesaretlendirilir; yakınmaları ve sağlığı hakkında ayrıntılı sorular sorularak hastanın hastalığıyla ilgili tüm algı, düşünce ve yorumları öğrenilir. Hekim bir taraftan hastalığın ne olduğu sorusuna yanıt ararken; diğer taraftan hastalığın hasta tarafından nasıl algılandığını ve hastanın yaşamında ne tür değişiklikler meydana getirdiğini, onun için ne anlam taşıdığını öğrenmeye çalışır. Çünkü hasta merkezli tıpta, hekimin görevi hastalığı tedavi etmek değil, hastayı tedavi etmektir (31).

Tıbbi görüşme hem rahatsızlığı ve varsa hem de hastalığı dikkate alan, güvenilir bir ilişki çerçevesinde bilgi toplama ve paylaşma sürecidir. Hatta bu kadar medikal

gelişmenin olduğu bir çağda bile tıbbi görüşme doğru tanı koymada fizik muayene veya laboratuvar testlerinden daha fazla katkı sağlayan en etkili tek tanı aracıdır (9).

Biyomedikal modeldeki hastalık merkezli klinik görüşmede hekim daha önceden edindiği bilgi ve birikimlerinin ışığında, kendisine başvuran hastasını muayene eder, tanı ve tedavi için gerekli gördüğü girişimleri planlar ve hastadan bunlara tam bir itaat ister (24). Bu yöntemin aksine hasta merkezli klinik görüşmede hastaların bakım planlarının oluşturulmasında hastaların değerleri, tercihleri ve ihtiyaçları göz önünde bulundurulur. Alınacak tüm tıbbi kararlara hasta dâhil edilir.

Hekim hasta yerine karar vermek yerine; hastanın doğru kararı verebilmesi için onu bilgilendirir, farklı seçenekleri, alternatif yaklaşımları getirisi götürüsüyle birlikte ona açıklayarak hasta-hekim ortaklığında tedavi planı oluşturulur (31). Bununla birlikte hasta merkezli yaklaşım, hekimin kanıta dayalı olarak sunduğu hizmetten vazgeçmesi ya da bütün kararların hastaya bırakılması anlamına gelmemekle beraber, gündemin belirlendiği ve klinik kararın verildiği sürece hastanın dâhil edilmesi olarak ifade edilir. Hekimin sorumlu, hastanın pasif bir alıcı olarak yer aldığı hiyerarşik düşünce tarzının aksine bu yaklaşımda, hekim ile hasta arasındaki ilişkide güç paylaşımı gereklidir (32).

Smith'e göre hasta merkezli yaklaşım birkaç dayanak üzerine inşa edilmiştir;

1. Hastalar her zaman bir semptom nedeniyle hekime başvurmazlar

Biyotıp çağında eğitim alan hekimler rollerinin sadece hastanın semptomundan hastalığı teşhis etmek ve tedavisini yapmak ile sınırlı olduğunu düşünüyorlardı. Ve hastanın sağlık arama kararının arkasında genellikle daha karmaşık nedenler olduğunu kabul etmediler. Hastanın hekime başvuru sebebi semptomdan daha çok o semptomun hikâyesinin kişisel içeriğidir. Örneğin 19 yaşında bel ağrısı olan bir hasta eğer masa başı

iş yapan biri olsaydı bu şikâyeti onun doktora gitmesini sağlamayabilirdi. Bununla birlikte bu hasta bir yüklem iskelesinde çalışsaydı ve ağrısı işini yapmaya engel olsaydı hastanın şikâyeti onun doktora gitmesini sağlayacaktı. Ayrıca semptomun duygusal içeriği de hastaların doktora başvurmasına neden olan başka bir faktördür. Aynı genç hasta yakın zamanda bir ev satın aldığı ve eğer görevini yerine getiremezse kovulabileceği, borcunu ödeyemeyeceği endişesi ile hekime başvurabilir. Bu durum göz önüne alındığında hekimlerin hastanın semptom hikayeleriyle ilişkili duygusal ve kişisel faktörleri anlamaya çalışmaları hem hekimin etkinliğinin hem de hastaların memnuniyetinin artmasını sağlayacaktır.

2. Hastalar hekime genellikle birden fazla endişe ile gelirler.

Araştırmalara göre, ayaktan birinci basmağa başvuran hastalarda ziyaret başına ortalama üç veya daha fazla kaygı taşıdığı gösterilmiştir. Nitekim belirtilen ilk endişe hasta ya da hekim için en önemli olan olmayabilir. Bazen en son söylenen en önemlisi olabilir ve utanç verici olduğu için sona bırakılabilir. Hastanın belirttiği ilk endişeyi onun tek endişesi olduğunu düşünen hekim görüşmenin sonunda olasılıkla hastanın başka endişelerini duyacaktır. Sonuç olarak bu görüşme hekim için can sıkıcı ve verimsiz olacak ayrıca hasta memnuniyetini de azaltacaktır.

3. Hastaya semptomlarının hikâyesini anlatması için izin verilmesi tanıda yararlıdır.

Hastanın semptomunun hikâyesini anlatmasına teşvik eden hekim, doktor merkezli görüşme becerileriyle semptomu sorgulayan hekime göre doğru tanıya daha sık ve daha çabuk ulaşacaktır. Hastanın semptomlarını açıklama yolu, söylenen bilgiler kadar

önemlidir. Bu gözlem yeni değildir. 1910 yılında Sir William Osler öğrencilere ‘hastayı dinleyin o size tanıyı söylüyor’ çağrısında bulunmuştur.

4. Hastaya semptomlarının hikâyesini anlatması için izin vermek de tedavi edicidir.

Hekim merkezli birçok soruya cevap vermek yerine, hastalara hastalıklarını anlatmaları için izin verildiğinde duygusal boşalım yaşarlar. Sıkıntılarını anlatması onların daha iyi hissetmesini sağlar. Çoğumuz iyi bir dinleyiciyle derdimizi paylaştığımızda yükümüzün azaldığı deneyimini yaşamışızdır.

5. Hastalar bizden anlattıkları her problemi çözmemizi beklemez.

Birçok hekim görüşmede hastanın anlattığı tüm problemlerini çözüme gereksinimi duyar. Bu gereksinim onlarda hastanın herhangi değiştirilemeyecek bir durumdan bahsetmesi halinde anksiyete sebep olur. (Örneğin işini yapamama ya da işini kaybetme konusunda endişeli olma) hasta merkezli yaklaşan hekimler, hastalarının onlardan her şeyi düzeltmelerini beklemediğini, sıkıntılarının paylaşılmasının ve dinlenmesinin çoğunlukla yeterli olduğunu bilirler.

6. Hastalar, bakım konusunda hekimler tarafından gösterilen sevecenlik ve merhamet deneyimini onlara söz hakkı verilene dek yaşamayabilirler.

Hastalar genellikle ağrı çekerken korku, endişe ve hayal kırıklığı gibi baskın duygulara sahip olduklarından klinisyenlerin içten gelen hasta bakım davranışının farkında olmayabilirler. Saatler boyu süren çalışma, hekim olmak için yapılan fedakârlıklar ve günlük yoğun çalışma ortamı, hastalar tarafından merhamet ve sevecenlik olarak yorumlanmayabilir. Hasta merkezli yaklaşıma sahip klinisyenler,

empatik iletişimin hastaların ağrısı ve korkusunu kesebildiğini, hastaların hekimlerinin şefkatli varlığını deneyimlemelerine olanak tanıdığını bilirler (9).

2.1.4 Aile Hekimliğinde Hasta Merkezli Yöntem

‘Hastalık yoktur, hasta vardır’ prensibi tüm sağlık alanları için geçerli bir prensip olmakla birlikte, ‘merkeze hizmet alan bireyi koymak’ özellikle aile hekimleri için vazgeçilmez bir prensiptir (33). Bir hekimin mesleki yaşamındaki en temel iki görevi hastalığı anlamak ve insanları anlamaktır. Çünkü hasta olan insanı anlayamayan hastalığı da tam olarak kavrayamaz. Hekim için hastalığın ne demek olduğunu anlamak hasta merkezli yaklaşımın ayrılmaz parçasıdır. Richard Baron’un da dediği gibi “hekim olarak hastalığı düşünmekle, hasta olarak o hastalığı yaşamak arasında büyük bir boşluk oluşmuştur”. Hekimler hastalığı “vücudun fonksiyon bozukluğu” olarak, hastalar ise “dünyadaki var oluş biçimlerinin bozukluğu” olarak görürler. Hasta hayatıyla ilgili bir sorunu hekime götürürken, hekim onun hayatıyla değil, bedeniyle ilgili sorunlara yönelir. Hasta kendini fonksiyon bozukluğu olan bir organizmaya indirgenmiş gibi hisseder (17).

Aile hekimleri hastalarını kendi gözlerinde aynı tanıyı almış birer obje olarak değil, nesneleştirilen “Ayşe Hanım”ın arkasında tamamen özgün bir birey, fiziksel, psikolojik ve sosyolojik yapısı, düşünce, hatıra ve hayalleri olan bir birey olarak görür (10). Hastanın aldığı tanı onu aynı hastalığa sahip kişilerle ortaklaştığı noktaları belirlerken, her insanın “rahatsızlığı” sadece kendisine özgüdür. Etkin bir hasta bakımı, bireylerin hastalıkları kadar rahatsızlıklarını da dikkate aldığımız ölçüde mümkündür (27).

Bir hekimin hastası için iyileştirici olabilmesi, onların acısını anlaması ve kabul etmesi, hastalığın onlar için ne ifade ettiğini anlaması, yardıma ihtiyacı olduğu zamanlarda orada olması ve onlara umut vermesiyle mümkün olur. Aile hekimleri

hastaların hikayelerini dinlerken onlar için hayatın nasıl olduğunu kafalarında canlandırmaya çalışır; hastalığını nasıl algıladığı, korku ve umutları, sosyal dünyalarına olumsuz etkileri ve bunlarla başa çıkmak için geliştirdikleri güç ve kaynaklar. Doğru zamanlanmış bir soru hastanın duygularını ifade etmesi ve hekimin onunla ilgilendiğini göstermesi açısından yardımcı olabilir. Toombs “Hiçbir hekim son on yedi yıldır multiple sklerozla yaşamının nasıl bir şey olduğunu ya da yaşadığım engellerin bana ne hissettirdiğini bana sormadı” demiştir (17).

Araştırmalar hastaların klinik düzeyde karşılaşmalardan ve sağlık bakımından duyduğu memnuniyetin kendilerinin sağlık sunucuları tarafından dinlenmesinden, isteklerinin karşılanmasından ve korkularının konuşulmasından geçtiğini göstermektedir. Bununla birlikte çalışmalar hastaların, doktorların baskın olmadığı ve hastaların konuşmaları hakkında cesaretlendirildiği bir ortamdan çok daha fazla memnun olduklarını göstermektedir. Tersine hastaların yalnızca biyomedikal konular hakkında sorgulanmaları, hasta memnuniyetini negatif yönde etkileyen bir durumdur (27).

Ancak günümüzde mevcut olan hasta ile hekim görüşmesinde, gündem belirlemenin genellikle hekimin kontrolü altında olduğu dikkati çekmektedir. Yapılan çalışmalar hastaların sorunlarını anlatmaya başladıktan kısa bir süre sonra hastanın sözünün hekim tarafından kesildiğini, çoğu hastaya mevcut olan endişelerinin sorulmadığı ve hekimlerin önerilerinin hastanın kaygılarının yanıtı olmadığını göstermektedir (10, 32). Yine araştırmalar, hastaların büyük bir yüzdesinin hekimlerle karşılıklı iletişiminden memnun olmadığını göstermektedir. Bu memnuniyetsizliğin kaynağı hekimlerin teknik yetersizliklerinden ziyade, hekimlerle hastalar arasındaki etkisiz iletişimden kaynaklanmaktadır. Hastaların çoğu, hekimlere soru sormak ya da rahatsızlıkları ile ilgili konuları onlarla konuşma cesaretini bulamadıklarını ve kendilerine

söylenenleri de pek anlamadıklarını ileri sürmektedir(10, 34). Hekim-hasta ilişkisi, tıbbi bakım sürecinin etkililiğini belirleyen önemli bir faktördür(10). Tıp uygulamalarındaki hataların çoğu iletişim eksikliğinden kaynaklanır. Hekim ya hastanın ne demek istediğini anlamakta ya da kendisinin ne söylemek istediğini hastaya iletmede yetersiz kalır. Bu yanlış anlamalar hekim ve hastalarda hayal kırıklıklarına, tıbbi etkinliğin azalmasına, hastaların memnuniyetsizliğine, çatışmalara ve davalara neden olur (17).

Hekim ile hastası arasındaki ilişki, teşhis ve tedavi kararlarında önemli rol oynamaktadır. Örneğin; hastanın sormak istediği bazı sorularını ve kuşkularını hekiminden saklaması, hekimin katı ve cana yakın bir tutum sergilememesi ile doğrudan ilişkilendirilebilmektedir. Bazı olgularda hastanın çekingen olması ve bu nedenle şikâyetlerini anlatamaması, hekimin doğru bilgi alamamasına ve gerçek problemi bulamamasına neden olmaktadır. Aynı zamanda hastanın hekimine yeterince bilgi verebilmesi için, ona güvenmesi ve hekimden tedavi konusunda tam destek görmesi gereklidir (10).

Yapılan araştırmalar; hekimlerin hasta tanırlarının %60-80'ini iyi bir hasta-hekim görüşmesi sonucunda koyabildiklerini, buna fizik muayene bulguları da eklenince bu oranın %90'a yükseldiğini ortaya koymuştur (10, 35). Hâlbuki hekim-hasta iletişimi konusundaki araştırmalarda; yapılan görüşmelerin, hastaların psikososyal ve psikiyatrik problemlerinin 2/3'ünü tanımlayamadığı, olguların yaklaşık %54'ünde yakınmaların hekim tarafından tam olarak fark edilmediği, yapılan görüşmelerin yaklaşık %50'sinde ana sorunun ne olduğu hakkında hasta ile hekim arasında bir fikir birliğinin oluşmadığı ve hastaların %50'sinden çoğunun hekim önerilerine uymadığı ortaya çıkmıştır (10, 36).

Hasta ile görüşme, öykü alma ve fizik muayene yöntemlerini de içeren iletişim becerilerinin tam olarak kullanılmadığı, hastanın tam olarak dinlenilmediği ve hasta ile

görüşmek için az zaman harcandığı durumlar, hekimleri tetkik ve tahlil sonucu istemeye yöneltmektedir. Hekimlerin daha çok laboratuvar sonuçlarına yönelmesi ise; daha az yararlı olunan, daha az memnuniyet sağlanan, ancak daha çok zaman, emek ve maliyete neden olan bir kısır döngüye neden olmaktadır(10).

Hasta-hekim görüşmesinde iletişim yetersizliğinden kaynaklanan tüm olumsuzluklar, ileri tetkiklere yönelmenin getirdiği ek ekonomik maliyetin yanında, hastaların kendi içlerine kapanmalarına neden olmaktadır. Bu durumdaki hastalar, anlaşılmadıklarını düşünerek, kendilerine koyulan tanı ve önerilen tedaviden kuşku duymakta, hasta uyumu, güveni ve iş birliği daha baştan ortadan kalkmaktadır. Dahası hastalar tatmin olmadıkları ve hayal kırıklığına uğradıkları için doktor doktor dolaşmakta ve bu nedenle zaman, para ve yaşam kalitesinde önemli kayıplar meydana gelmektedir. Bir başka olumsuzluk ise; hastaların durumunun iyi anlaşılabilmesinde, hekim hatalarının ve teşhis-tedavi uyumsuzluğunun oluşması ve belki de yararsız tedavilerin uygulanmasıdır (10).

Tüm hekimler hastalarıyla iletişime önem verirler. Ancak aile hekimleri için bu ilişki genelde içerikten önde gelir. Aile hekimi, hastalığı bilmeden önce hastayı ve beklentilerini bilmelidir (37). Aile hekimleri aynı bireyi zaman içinde farklı sorunlarla defalarca görerek, birey hakkında daha sonraki sorunların çözümünde yardımcı olabilecek hatırı sayılır bir bilgi birikimi edinirler. Ayrıca gerçekleştirilen her bir görüşme, hasta ile birlikte çalışmalarının temelini oluşturacak etkin bir hasta-hekim ilişkisi geliştirilmesine ve bu ilişkinin sağaltıcı potansiyelinin hekim tarafından kullanılmasına olanak tanır.

Sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Hasta

merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım, hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettiren, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasını sağlamaktadır (27, 38).

Tıpkı geleneksel yöntem gibi, hasta merkezli yöntem de tıbbın her alanında bir miktar farklı şekilde uygulanır. Aile hekimleri her türlü sorunla ilgilendikleri için hastanın başvuru nedeni hakkında önceden bir varsayımda bulunmazlar. Ayrıca söylenen ilk sorun, ana sorun da olmayabilir. Bu nedenle Aile hekimleri görüşmenin başlarında hastanın başvuru nedeni ve beklentileri hakkında hipotezler oluştururlar ve üzerinde durulacak sorunları formüle ederler. Bu hipotezler hastanın ifadeleri ve vücut diliyle verdiği ipuçları kadar, hasta hakkında önceden var olan bilgilerin sağladığı sezgiler üzerinde inşa edilir. Hasta konuştuğu hekim var olan semptomların anlamlılığını değerlendirir. Bu noktadaki değerlendirme, semptomların küçük bir klinik sorunu mu yoksa acil bir klinik sorunu mu işaret ettiğini, hastanın bu semptomlarla aslında bir yaşam problemini mi ifade etmeye çalıştığını, yoksa sadece bir konuda rahatlatılma gereksinimi nedeniyle mi başvurduğunu araştırmaktadır.

Hasta ile görüşmede önceden belirlenmiş bir sıra yoktur. Hasta merkezli yöntemin önemli prensiplerinden biri pek çok olguda hekimin görüşmenin akışının hasta tarafından belirlenmesine izin vermesi gerekliliğidir. Ana yakınma ile başlayıp sistemlerin sorgulanmasına kadar giden ve muayene ile sonlanan tek tip bir akış yoktur. Sıra, karşılıklı olarak hastanın ifadeleri ve hekimin bunlara tepkisi rehberliğinde şekillenir. Örneğin memede kitle şikâyetiyle gelen hastanın hızlıca öyküsü alınıp, fizik muayenesi yapılacak sonrasında hastanın duygu ve korkuları araştırılacaktır. Bir deri döküntüsü için ise öykü, fizik muayene ve duyguların araştırılması muhtemelen eş zamanlı olarak gerçekleşecektir. Hasta merkezli yöntemde tedavi sadece sona bırakılmaz. Tüm hasta-hekim görüşmesi tedavi sürecinin bir parçasıdır (17).

2.1.5 Hasta Merkezli Yaklaşım ve Kalite

Hasta merkezli bakım, sağlık kalitesinin geliştirilmesinde temel bir kavram olarak kabul edilmiştir (39). Yapılan çalışmalarda, hasta merkezli yaklaşım bazı olumlu sonuçlar ile ilişkilendirilmiştir. Bunlar, maddi kaynakların etkin kullanımı ve daha düşük maliyet, hasta memnuniyetinde artma, tedaviye daha iyi uyum ve daha iyi sağlık sonuçları, hekim memnuniyetinde artma ve malpraktis şikâyetlerinde azalmadır (14, 25, 40, 41).

Stone tarafından yapılan bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde iki benzer hastanede beş yıllık süre içinde yatan hastaların verileri incelenmiştir. Bir hastanede hasta merkezli bakım uygulanırken, diğesinde olağan uygulamaya devam edilmiştir. Çalışmanın sonucunda, hasta merkezli hastanede, ortalama hasta yatış süreleri daha kısa olup hasta başına düşen sağlık giderleri anlamlı olarak azalmış, ortalama hasta memnuniyet puanları ise daha yüksek tespit edilmiştir (42). Benzer şekilde Lucano da aynı yöntemi kullanarak on iki hastanede yaptığı çalışmada, hasta merkezli bir yaklaşım uygulandıktan sonra hasta memnuniyet oranlarında artış olduğunu göstermiştir. Yapılan çalışmalara göre hasta merkezli bakım, kalp hastalarının uzun dönem sonuçlarında düzelme ile ilişkili bulunmuştur. Kronik rahatsızlıkları olan hastaların bakımında da, hasta merkezli yaklaşımlar, hastalığın yönetimini kolaylaştırabilir, hasta ve hekimin memnuniyetini artırabilir, hasta katılımını ve sorumluluk alma kapasitesini arttırabilir, hastanın anksiyetesini azaltabilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir (39).

Hasta merkezli bakım, aynı zamanda daha az tanısal test ihtiyacı ve gereksiz sevkleri önleme yoluyla hastaneye başvuru oranlarını azaltarak verimliliği arttırmaktadır (1, 43). Stewart'ın yaptığı çalışmada, hasta katılımının arttığı hasta merkezli yaklaşım, hastanın anksiyetesini azaltmakta ve ileri tetkik ve sevk konusundaki ihtiyaçları azaltmaktadır. Hastalar, hekimlerinin, hastalığını ve hayatını nasıl etkilediğini anladığını

düşündüklerinde hekime daha fazla güvenmekte, dolayısıyla ileri tetkik ve sevk talepleri sınırlanmaktadır. Aksine, hasta eğer hekimi tarafından anlaşılmadığını düşünürse sözlü ya da sözsüz olarak hoşnutsuzluğunu ifade etmekte, bu da hekimin anksiyetesini arttırmakta, durum hekimin teşhisten kuşku duymasına, ileri tetkiklere başvurmasına ya da hastayı sevk etmesine yol açmaktadır (41).

Bertakis ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, daha az hasta merkezli bakım alan hastaların yıllık sağlık hizmeti giderleri 1435 dolar iken, daha fazla hasta merkezli bakım alan hastaların yıllık sağlık hizmeti giderleri 948 dolar olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, hasta merkezli yaklaşımla hastaların; acil hizmetleri, birinci basamak hizmetleri, uzman hekim muayenesi, hastaneye yatış ve tanı testlerini içeren beş kategorideki sağlık hizmetlerinden bir yıl boyunca ne kadar faydalandıkları arasındaki ilişki incelenmiştir. HMB ile, bir yıllık sürede daha az uzman kliniklerine başvuru, daha az hastane yatışı ve daha az tanısal test ve laboratuvar hizmetlerinin kullanımını arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmada, HMB skorunda %1'lik bir artış, uzmana başvuruda %3 azalmayla sonuçlanmıştır(41).

HMB'nin diğer faydaları; mortalitede ve acil servise başvuruda azalma, daha az tedavi hataları, daha düşük enfeksiyon oranları, daha yüksek fonksiyonel durum, daha gelişmiş sağlık bakımı ve daha fazla hasta sorumluluğu olarak sayılmaktadır (44).

Hasta merkezli yaklaşım ile artan hasta memnuniyetinin yanı sıra, çalışan personelin memnuniyetinin de arttığı düşünülmektedir. Bu durum, personelin sağlık kurumunda kalıcı olmasını, dolayısıyla hasta merkezli bakım sunumunun devamlılığını sağlamaktadır. Charmel ve Frampton'a göre hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyeti arasındaki bağlantı hasta merkezli bakımın felsefesini yansıtır (45).

2001 yılında Tıp Enstitüsü (IOM) halkın sağlığının iyileştirilmesi için yeniden yapılandırma eylem planına göre, kaliteli sağlık bakımına ulaşmada gerekli altı anahtardan ilkinin hasta merkezli yaklaşım olduğunu ifade etmiştir (46). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma rgt'ne ye devletler olan ABD, İngiltere, Kanada ve Avustralya'da "hasta merkezli bakım", ulusal belge ve ereve dokümanlarında sağlık kalitesinin bir boyutu olarak yer almakta olup, günümüzde hastalara verilen bakımda bu yaklaşımın önemi konusunda büyük bir görüş birliği vardır (43).

2.1.6 Hasta Merkezli Bakımla İlgili Olumsuz Düşünceler

Hasta merkezli yaklaşım, artan hasta memnuniyeti, daha iyi uyum ve gelişmiş sağlık ıktıları şeklinde olumlu sonuçlar ile ilişkilidir. Ancak her hastaya bu şekilde yaklaşmanın doğruluğu konusunda bazı karşıt görüşler mevcuttur. Yapılan bazı çalışmalara göre yaşlı ya da belli bir etnik kökendeki hastalar veya ciddi hastalığı olan hastalar hekim tarafından yönlendirilmek isteyebilmektedir (40).

Hasta-hekim iletişiminde, hekimin hastasının sağlık durumundan etkilendiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir; Zandbelt ve ark. fazla fiziksel semptomu ve birden fazla ciddi sağlık sorunu olan düşkün hastalarda bu durumun iletişimde kısıtlılığa yol açtığını belirtmişlerdir (47).

Tersine Little ve ark. İngiltere'de yaptıkları bir dizi çalışma ile hastaların %75'den fazlasının hasta merkezli klinik yöntemi tercih ettiklerini ortaya koymuştur(44). Yine hasta merkezli bakımın farklı yollarla değerlendirildiği çalışmaları içeren bir derlemede, yöntemin hekime, hastaya, sisteme pek çok kazanç sağladığı gösterilmiştir; Hekimler daha yüksek doyum sağlar, zamanı daha iyi kullanır, hastalardan daha az olumsuz geribildirim alırken, hastalar açısından da doyum ve tedaviye uyum artmıştır. Sisteme

sağladığı faydalar arasında ise daha az tanı testi, daha az sevk ve daha az başvuru sayılabilir (17).

Bununla birlikte en sıkı doğrulama hastaların geri bildirim ve sağlık durumlarıdır. Bir kohort çalışmasında HMB'nin hastanın geri bildirim ve sağlık durumu ile korelasyon gösterdiği(14), bir randomize kontrollü çalışmada da hastanın kendisini daha iyi hissetmesini sağladığı gösterilmiştir(48).

Griffin ve ark. tarafından yapılan bir derlemede hasta merkezli bakım sağlamak için yapılan otuz beş girişimin çoğunun hasta hekim iletişimi skorlarını arttırdığı, yarım fazlasının da hastanın baş ağrısı, boğaz ağrısı, anksiyete gibi semptomlarında gerileme sağladığı ve fizyolojik durum göstergelerini olumlu etkilediği saptanmıştır (17).

Hasta merkezli yaklaşımla ilgili dört soru sıklıkla sorulur: Birincisi; bu yöntemi her zaman kullanmanın gerekli olup olmadığıdır. Örneğin McWhinney bir yaralanma ya da basit enfeksiyon gibi sık rastlanan ya da basit sorunlar olduğunda hasta merkezli yaklaşıma gerek var mıdır? sorusuna hastaların bu tür durumlar olduğunda bile duygularının, korkularının olduğunu, acil hallerde öncelikli olan tıbbi durum gereksinimi karşılandıktan sonra bu hastaların da ciddi hastalık veya travma hastası kadar dinlenmeye ihtiyacı olduğunu belirtmektedir (17).

Smith'e göre görüşmenin başında hekim, hastayı hızlıca bilgi almayı gerektiren acil bir hastalığın; akut göğüs ağrısı, derin nefes darlığı, bilinç kaybı, aktif psikotik bozukluk gibi, temel belirtilerinin varlığı açısından gözlemleyerek sorunu çözmek için hemen harekete geçmelidir. Bu gibi acil durumlarda hastalar hekimin yönlendirmesine ihtiyaç duyarlar. Ancak ayaktan ve yatarak tedavi alan çoğu hastada böyle kritik sorunlar yoktur. Onlarla rahatça iletişim kurulabilir. İletişimi engelleyen endişeleri olmadığından

şikayetleri, merak ettikleri, endişeleri, korkuları hakkında konuşmak isterler. Bu durumda baskın olmadan görüşmeyi hastanın yönlendirmesine izin vererek tercih ettiği kişisel konuları ve şikayetleri tartışarak, bu ihtiyaçları karşılamak gereklidir (9).

İkincisi; hastaların beklentileriyle tıbbi değerlendirme arasında fikir ayrılığı olduğunda ne yapılacağıdır. Örneğin; diyabetik ketoasidozlu bir hasta, hastaneye yatırılmadan tedavi olmak istediğinde, hekim çatışan iki görüş arasında orta yolu bulmak durumundadır. Hekim, hastanın bu isteğinin nedenlerini ne kadar iyi anlarsa, tatmin edici bir sonuca varmak o kadar mümkün olacaktır. Hastaneye gitmeme isteğinin altında bir çocuğa ya da yaşlı bir ebeveyne karşı sorumluluk hissi yatabilmektedir (3).

Üçüncüsü ve en sık sorulan soru ise zaman problemdir. Hastayı dinlemek için yeterli zamanın nasıl ayrılacağı sorusunun yanıtı kolay olmayıp, görüşmeye ayrılan zaman, klinik yöntem ve etkinliği arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma vardır. Bugüne kadar yapılan araştırmalar, hasta merkezli görüşmelerin, hekim merkezli görüşmelere göre biraz daha uzun olduğunu tespit etmiş olsa da söz konusu sürenin çok uzun olmadığı ifade edilmektedir. Beckman ve Frankel, görüşmenin başlangıcında hastaların sözleri kesilmeden dinlendiğinde ortalama iki buçuk dakika sürdüğünü göstermiştir. Stewart ve ark. hasta merkezli görüşme için kritik sürenin 9 dakika ya da daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Ancak hastanın sorunlarının erken ve doğru tanımlanmasının bize uzun vadede ne kadar zaman kazandırdığı henüz bilinmemektedir. McWhinney hasta merkezli klinik yöntemin, uzun vadede zaman kazandırıcı olduğunun kanıtlanacağını öngörmektedir (3, 14, 49).

Dördüncü soru eğer hekim baş etmede yetersiz kalacağı bir dizi psikolojik, sosyal, duygusal sorunlar yumağını açarsa ne olacaktır. Bu durum, zaman konusuyla yakından ilişkili olup, bazen hekimler yoğun bir iş gününün ortasında duygusal yüklü

görüşmelerden kaçınmak isteyebilirler. Bunun yanı sıra hekimler, doğaları gereği, hastalara önerilerde bulunma gereksinimi hissederler ancak hasta durumun değişmezliği ile ilgili karşılık verdiğinde hekim yoğun bir anksiyete hissedebilir. Benzer şekilde bazen büyük ve trajik kayıp durumlarında da hastaya önerilebilecek bir çözüm olmayabilir. Aslında hastalar da hekimlerden anlattıkları her şeyi düzeltmelerini beklememektedir, bazen gereksinim duyulan tek şey acıya tanıklık edilmesi ve destek olmaya çalışılmasıdır (3).

2.2 Empati

Hasta-hekim ilişkisinin temel prensiplerinden bir diğeri de empatidir. Empati (empathia) kelimesi Yunanca kökenli bir kelime olup, “em” önekinin karşılığı “içinde” ve “pathia”nın anlamı ise “hissetme” anlamındadır (50). Empati kavram olarak ilk defa 1957 yılında psikolog Carl Rogers tarafından tanımlanmıştır. Rogers'a göre empati bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecine “empati” adı verilir. Rogers’ın tanımladığı empati kavramı üç temel öğeden oluşmaktadır:

1. Empati kuracak kişi, kendisini karşıdakinin yerine koymalı, olaylara onun bakış açısıyla bakmalıdır. Eğer bir insanı anlamak istiyorsak, dünyaya onun bakış tarzıyla bakmalı, olayları onun gibi algılamaya ve yaşamaya çalışmalıyız. Bunu gerçekleştirmek için de empati kurmak istediğimiz kişinin rolüne girmeli, onun yerine geçerek adeta olaylara onun gözlüklerinin gerisinden bakmalıyız. Karşımızdaki kişinin rolüne girerek empati kurduğumuzda, o kişinin rolünde kısa bir süre kalmalı, daha sonra bu rolden çıkarak kendi yerimize geçebilmeliyiz. Aksi halde empati kurmuş sayılmayız.

2. Empati kurmuş sayılmamız için, karşımızdaki kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlamamız gereklidir. Karşımızdakinin yalnızca duygularını ya da yalnızca düşüncelerini anlamış olmak yeterli değildir. Empatiyi tanımlarken bu noktayı vurguladığımızda, empatinin iki temel bileşeninden söz etmiş oluyoruz. Bunlar, empatinin bilişsel ve duygusal bileşenleridir. Karşımızdakinin rolüne girerek onun ne düşündüğünü anlamamız, bilişsel nitelikli bir etkinlik (bilişsel rol alma/bilişsel perspektif alma), karşımızdakinin hissettiklerinin aynısını hissetmemiz ise duygusal nitelikli bir etkinliktir (duygusal rol alma/duygusal perspektif alma). Bilişsel rol alma, duygusal rol almanın ön şartı sayılabilir.
3. Empati tanımındaki son öge ise, empati kuran kişinin zihninde oluşan empatik anlayışın, karşıdaki kişiye iletilmesi davranışıdır. Karşımızdaki kişinin duygularını ve düşüncelerini tam olarak anlasak bile, eğer anladığımızı ona ifade etmezsek empati kurma sürecini tamamlamış sayılmayız.

Araştırmacılar, insanların zihinlerinde kurdukları empatiyle, karşısındaki kişiye ilettikleri empati arasında farklılık bulunduğunu belirtmektedirler. Örneğin, bir hasta herhangi kötü bir durum nedeniyle üzülmemektedir. Kendimizi onun yerine koyup, neler yaşamakta olduğunu anlarız. Onun duygularını içimizde hissederiz. Sıra, bu durumu ona ifade etmeye geldiğinde ise, hiçbir şey yokmuş gibi gülümseyerek "takma kafana" diyebiliriz. Eğer böyle yaparsak, yüzümüzdeki ifadeyle ve söylediğimiz sözle içimizdeki duygular arasında çelişki var demektir. Böyle yaptığımızda, doğru empati kurmuş fakat bunu karşımızdaki hastaya yeterince iletmemiş oluruz.

İletişim halinde olduğumuz kişilere empatik tepki vermenin başlıca iki yolu vardır: Yüzümüzü/bedenimizi kullanarak onu anladığımızı ifade etmek ve sözlü olarak

onu anladığımızı ifade etmek. Empatik tepki vermenin en etkili yolu, bu ikisini birlikte kullanmaktır (51).

Hekimlik, insanlarla birebir ilişki gerektiren bir meslektir. Hekimin görevi hastalığı tespit etmek ve iyileştirmektir. Hekim bu görevini yerine getirirken hastanın bir insan olduğunu hatırlamalı ve onunla empati ilişkisi oluşturmalıdır. Hekimle hasta arasında empati ilişkisinin olması, hasta memnuniyetini artırır, hastanın sağlık durumunda kısmen de olsa olumlu etkiler gösterir, hekimin daha etkili ve doğru teşhis koymasını ve hastalarına daha etik bir şekilde davranmasını sağlar. Empati kurma özelliği olan hekimlerin kötü, yanlış tedavi ve muamele sonucu dava edilme ihtimallerinin de daha düşük olduğu ifade edilmektedir (50).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri

Bu çalışma; Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi'ne göre hazırlanan Etik Kurul raporu onayı alındıktan sonra, OMÜ Tıp Fakültesi (OMÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı (AHAD) tarafından planlanarak yürütülmüş olup, ileri dönük olarak hasta ve tıp öğrencilerinin verileri değerlendirilmiştir.

3.2 Araştırmanın Tipi

Araştırma gözlemsel analitik tipte kesitsel ve aynı zamanda yarı deneysel niteliktedir.

3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 01.09.2012-01.05.2014 tarihleri arasında OMÜTF AHAD Polikliniği'ne başvuran erişkinler ile dönem bir, üç ve altı tıp fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır.

3.4 Araştırmanın Örnekleme

OMÜTF AHAD Polikliniği yıllık başvuru sayısı 7200 olarak kabul edildiğinde, hastalar için örneklem büyüklüğü %20 sıklık, %5 hata payı ve %95 güvenilirlik ile 237 olarak hesaplanmış olup 01.09.2012-01.05.2014 tarihleri arasında OMÜTF AHAD Polikliniği'ne başvuran 259 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir. Yaklaşık 600 kişilik dönem bir, üç ve altı tıp öğrencisi için örneklem büyüklüğü %20 sıklık, %5 hata payı ve %95 güvenilirlik ile 176 olarak hesaplanmakla birlikte 01.09.2012-01.05.2014 tarihleri arasında OMÜTF'de eğitim gören dönem bir, üç, altı öğrencilerinden 501 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.5 Araştırmanın Veri Kaynakları

Çalışmada Hasta-Hekim İlişisine Yönelik Tutum Ölçeği (Patient-Practitioner Orientation Scale-PPOS) ve Jefferson Hekim Empati Ölçeği- Öğrenci versiyonu (JSPE-S) adlı iki ölçek ve sosyodemografik özellikleri belirlemek için soruların yer aldığı anket formu kullanılmıştır.

3.6 Araştırmanın Uygulama Şekli

Çalışma iki bölümden oluşmaktadır; Çalışmamızın hastalarla ilgili bölümünde, hastalara hasta-hekim ilişkisine yönelik tutumlarını değerlendirebilmeyi amaçlayan PPOS ve sosyodemografik özellikleri belirlemek için soruların yer aldığı toplamda yirmi iki maddelik bir anket formu uygulanmıştır. Anketin ilk bölümünde yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu, kronik hastalık öyküsü, aile hekimine başvuru sıklığı ve OMÜTF AHAD Polikliniği'ne başvuru sıklığını sorgulayan sorular yer almakta olup, ikinci bölümde PPOS bulunmaktadır.

Çalışmamızın öğrencilerle ilgili bölümünde ilk olarak tıp fakültesi dönem bir, üç, altı öğrencilerine sosyodemografik bilgileri içeren sorular ve PPOS uygulanarak tıp fakültesi eğitimi boyunca hasta merkezli bakım konusundaki tutumları, dönemler arası farklar incelenmiştir. Ayrıca bir ay boyunca Aile Hekimliği stajı alan dönem altı öğrencilerine stajın başında ve sonunda olmak üzere PPOS ve JSPE-S uygulanmış, öğrencilerin bir kısmına hasta merkezli bakım ve empati konusunda eğitim verilerek, eğitim alan ve almayan gruplar arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır.

3.6.1 Hasta-Hekim İlişkisine Yönelik Tutum Ölçeği (PPOS)

PPOS doktorlar, tıp öğrencileri ve hastaların hasta-hekim ilişkisine yönelik tutumlarını değerlendirebilmeyi amaçlayan, altı dereceli likert (kesinlikle katılıyorum, kısmen katılıyorum, katılıyorum, katılmıyorum, kısmen katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum) formatında hazırlanmış bir ölçektir. Özdemir tarafından Krupat ve arkadaşlarının oluşturduğu “The Patient–Practitioner Orientation Scale” (PPOS) isimli ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışması yapılarak Türkçeye uyarlanmasıyla oluşturulmuştur. Ölçeğin orijinali on sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri bireylerin hasta, hekim ve sağlık hizmetine yönelik inanışlarına ilişkin ifadeler

içermektedir. Ölçeğin “paylaşım” ve “bakım” olmak üzere dokuzar maddelik iki alt boyutu vardır. Paylaşım alt boyutu bilgi ve gücün hasta-hekim arasında ne oranda paylaşıldığı ile ilgilidir. Hastanın bilgi edinme isteği ve karar verme süreçlerine dâhil edilmesi gerektiği bu boyuttaki maddelerin ana temasını oluşturmaktadır. Bakım alt boyutu ise hasta-hekim ilişkisinde samimiyet ve bireye destek olmaya verilen önemin derecesi ile ilgilidir. Hastanın beklentilerinin, duygularının ve yaşadığı çevrenin özelliklerinin tedavi sürecinin önemli bileşenleri olduğu bu boyuttaki maddelerin ana temasını oluşturmaktadır. Ölçeğin paylaşım boyutunu oluşturan maddeler 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15 ve 18. maddelerdir. Ölçeğin bakım alt boyutunu ise 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16 ve 17. maddeler oluşturmaktadır.

PPOS’un geçerliğini incelemek için yapılan faktör analizinde faktörlerin içerisine oturmayan ve faktör ağırlıkları 0,25’den düşük olarak saptanan dört madde dışarıda bırakılarak yeniden faktör analizi yapılmıştır. Geçerlik çalışmasından sonra çıkarılan maddelerle son hali verilen PPOS’un güvenilirlik düzeyi iç tutarlık analizi yapılarak tespit edilmiştir. Buna göre Cronbach alpha katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin paylaşım alt boyutu için bu değer 0,73 bakım alt boyutu için ise 0,65 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonunda 14 maddeden oluşan PPOS’un geçerli ve iyi düzeyde güvenilirliğe sahip bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin son halindeki sıralamaya göre alt boyutları oluşturan maddeler şöyledir; Paylaşım; 8 maddeden oluşmakta olup bu maddeler 1, 3, 6, 7, 8, 10, 12 ve 14, bakım; 6 maddeden oluşmakta olup bu maddeler, 2, 4, 5, 9, 11 ve 13’tür.

Ölçeğin maddeleri altılı likert skalasına göre kesinlikle katılıyorum (1)’dan kesinlikle katılmıyorum (6)’a doğru puanlandırılmaktadır. Hazırlanan ölçeğin üzerindeki rakamlar sadece katılımcılara yol göstermek amacı ile konulmuştur. Puanlamaya etkisi

yoktur. Ölçekteki iki madde (7. ve 11. maddeler) ters çevrilerek puanlandırılmıştır. Katılımcıların ölçekten aldıkları puan, maddelerden aldıkları puanların toplamının madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Bu puan altıya yaklaştıkça katılımcıların hasta merkezli hasta-hekim ilişkisine yönelik tutuma, bire yaklaştıkça ise hekim merkezli hasta-hekim ilişkisine yönelik tutuma sahip olduklarını göstermektedir. Katılımcıların ortalama puanı ılımlı (ortalama skor > 4.57 ve < 5.00 arasında), düşük (ortalama skor \leq 4,57 olan) ve yüksek (ortalama skor \geq 5.00) olarak kategorize edilmektedir. Düşük puanlar "doktor merkezli" bir ilişki (yüksek doktor kontrolü, biyomedikal konulara odaklanma ve uyumlu bir pasif hasta) yönünde bir yönelimi yansıtırken, yüksek puanlar daha 'hasta merkezli' bir ilişki tercihlerini göstermektedir (23, 52).

3.6.2 Jefferson Hekim Empati Ölçeği – Öğrenci versiyonu (JSPE-S)

Jefferson Empati Ölçeği, tıp eğitimi ve hasta bakımında empatinin ölçülebilmesi için gerekli psikometrik bir araç ihtiyacına cevap olarak 2001 yılında Hojat tarafından geliştirilen, yirmi maddeden oluşan ve yedi dereceli likert formatında (1= kesinlikle katılmıyorum, 7= kesinlikle katılıyorum) hazırlanan kırk yedi dile çevrilip yetmişden fazla ülkede kullanılan bir ölçektir (53). Jefferson Hekim Empati Ölçeğinin yapı geçerlik, ölçüt bağımlı geçerlik, iç tutarlılık güvenilirlik (Cronbach alfa katsayısı 0,80) ve test- tekrar test güvenilirlik ($r = 0,65$) çalışmaları Hojat tarafından yapılmış ve geçerlik güvenilirliği yüksek bulunmuştur (54-56).

Jefferson Empati Ölçeği'nin üç versiyonu geliştirilmiştir: 1) Doktorlar ve diğer sağlık hizmeti sunucuları için HP versiyonu 2) Tıp öğrencileri için S versiyonu 3) Tıp dışı sağlık meslekleri öğrencileri için HPS versiyonu. Bu üç versiyonun birbirinden farkı, ölçekteki ifadelerin hedef popülasyona daha uygun hale getirilmesi amacıyla yapılan küçük değişikliklerdir (53). Araştırmamızda Jefferson Empati Ölçeğinin Öğrenci

Versiyonu (JSPE-S) kullanılmıştır. Bu ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışması Gönüllü ve Öztuna tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Ölçeğin boyutluluk yapısının değerlendirilmesinde kategorik verilerde doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Güvenirlik düzeyi iç tutarlık analizi yapılarak tespit edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi, bir madde (18. madde) hariç ölçeğin mevcut üç boyutlu yapısını doğrulamıştır. Bu madde Türkçeye çevirisi yapıldıktan sonra, doğruluğunu kaybetmiş olabileceği veya kültürler arası farklılıklar ile ilişkilendirilmiştir. İç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Buna göre alt ölçekler için iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,83, 0,70 ve 0,60 olarak bulunmuştur. Ölçek yedili likert formatında, maddelerin onu pozitif, onu negatif ifadeli olacak şekilde Türkçeye uyarlanmıştır. Negatif yanıtı maddeler, bu tip psikolojik testlerde uysal cevap verme stilini kırmak amacıyla kullanılmaktadır (57). Jefferson Hekim Empati Ölçeği üç faktör altında gruplanmıştır: Faktör 1 “*perspektif alma*”, faktör 2 “*şefkatle davranma*” ve faktör 3 ise “*hastanın ayakkabısını giyme*” olarak belirlenmiştir. İlk on pozitif ifadeli madde birinci faktör olarak kabul edilen “*perspektif alma*” dır. Negatif ifadeli sekiz madde ikinci faktör olarak belirlenen “*şefkatle davranma*” dır. Son olarak diğer iki negatif ifadeli madde ise, üçüncü faktör olarak belirlenen “*hastanın ayakkabısını giyme*” dir (57).

3.6.3 Hasta Merkezli Bakım ve Empati Eğitimi

Eğitim kapsamında yaklaşık 15 kişiden oluşan öğrenci gruplarına, hasta merkezli bakım ve empati ile ilgili yaklaşık 45 dakikalık bir eğitim verilmiş, sonrasında da öğrencilerin aktif olarak katıldığı, aynı vaka üzerine hem hasta merkezli hem doktor merkezli yaklaşımlar tanı ve tedavinin, hasta memnuniyetinin nasıl değiştiğini gösteren birkaç hasta-hekim görüşmesi ele alınarak tartışılmıştır. Daha sonra öğrenciler iki gruba ayrılarak; bir gruba hekim merkezli diğer gruba hasta merkezli hasta-hekim görüşme

senaryo örneği verilmiş, bu görüşmelerde hekimin hastaya yaklaşımı, hasta-hekim iletişimini etkileyen olumlu ve olumsuz faktörler, tedavinin planlanması aşamasında hastanın rolü, öğrencilerin hem hasta ve hem hekim rolüne bürünmesi durumunda, beklentilerinde, düşünce ve tutumlarında neler değişebileceği grupla interaktif bir ortamda tartışılmıştır.

3.7 Veri Analizi

Verilerin analizinde SPSS sürüm 22.0 istatistik programı kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, %95 güven aralığı ile sunulmuştur. Verilerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırma kategorik değerşişkenler için ki-kare, normal dağılım gösterenlerde bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. İki den fazla grupların karşılaştırılmasında ANOVA kullanılmıştır. Bağımsız değerşişkenin varyans homojenliğine yönelik Levene testi uygulanmıştır. Varyans homojenliği olmadığında ise ortalamaların eşitliğini değerlendirmede Brown- Forsythe testi kullanılmıştır. Varyans homojenliği olan durumda Tukey, varyansların homojenliğinin ihlal edildiği durumlarda ise Tamhane'nin T2 analizi için tercih edilmiştir. Ön test, son test arası karşılaştırmada bağımlı örneklem t testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki ise Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Bağımlı değerşişken ile bağımsız değerşişken arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8 Araştırmanın Bütçesi

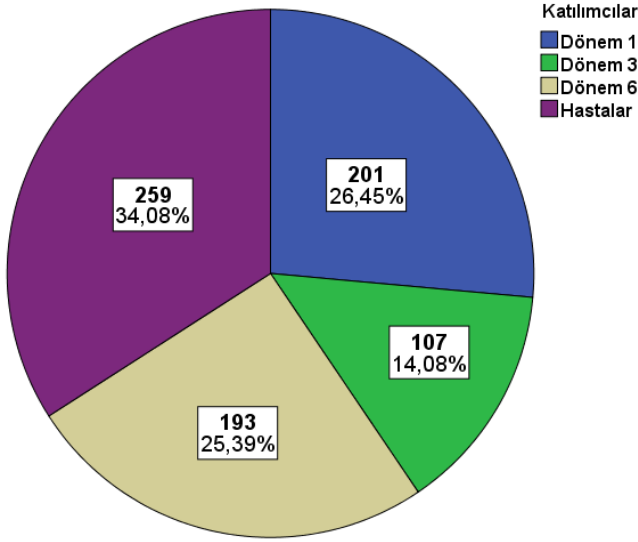
Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmamıştır.

3.9 Etik Konular

OMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı.

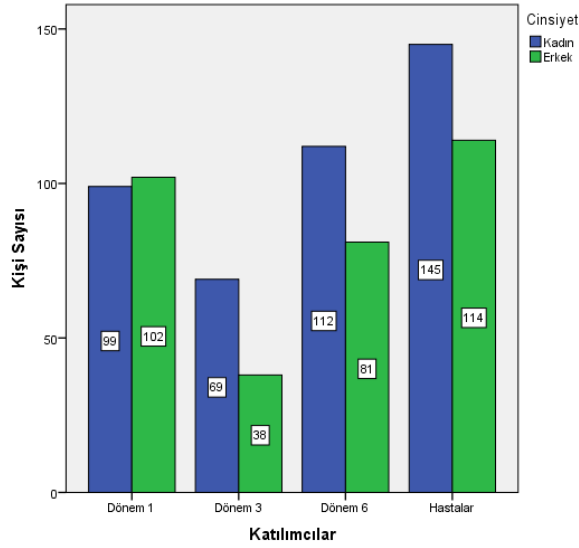
4. BULGULAR

Çalışmaya beş yüz bir öğrenci, iki yüz elli dokuz hasta olmak üzere yedi yüz altmış kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan dönem bir, üç, altı öğrencileri ve hastaların dağılımı grafikte sunulmuştur (Grafik 1).



Grafik 1. Katılımcıların yüzde ve sayı olarak pasta grafikte dağılımı

Çalışmaya katılanların dört yüz yirmi beşi (%55,9) kadın, üç yüz otuz beşi (%44,1) erkektir. Dönem bir, üç, altı öğrencileri ve hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı grafikte sunulmuştur (Grafik 2). Dönem bir, üç, altı öğrencileri ve hastaların arasında cinsiyet dağılımı açısından fark yoktur ($p=0,067$).



Grafik 2. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı

Yaş ortalaması dönem bir için $19,30 \pm 0,10$ [19,10-19,50] yıl, dönem üç için $21,38 \pm 0,09$ [21,18-21,57] yıl, dönem altı için $24,49 \pm 0,07$ [24,34-24,64] yıl ve hastalarda ise $39,68 \pm 0,74$ [38,21-41,15] yıldır. Cinsiyete göre dönem bir, üç, altı öğrencileri ve hastaların grup içi yaş ortalamaları arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Cinsiyete göre dönem bir, üç, altı öğrencileri ve hastaların yaş ortalamaları

Katılımcılar	Cinsiyet	Yaş ortalaması	Standart sapma	%95güven aralığı	p*
Dönem 1	Kadın	19,24	1,63	18,91-19,56	0,520
	Erkek	19,37	1,20	19,13-19,60	
Dönem 3	Kadın	21,26	0,96	21,02-21,49	0,093
	Erkek	21,60	1,07	21,25-21,95	
Dönem 6	Kadın	24,36	1,12	24,15-24,57	0,054
	Erkek	24,66	0,97	24,45-24,88	
Hastalar	Kadın	39,13	12,44	37,09-41,18	0,408
	Erkek	40,38	11,48	38,25-42,51	

*Bağımsız örneklem t testi

Hastaların diğer demografik 6zellikleri ise tablo 2 de g6sterilmiştir.

Tablo 2. Hastaların demografik 6zellikleri

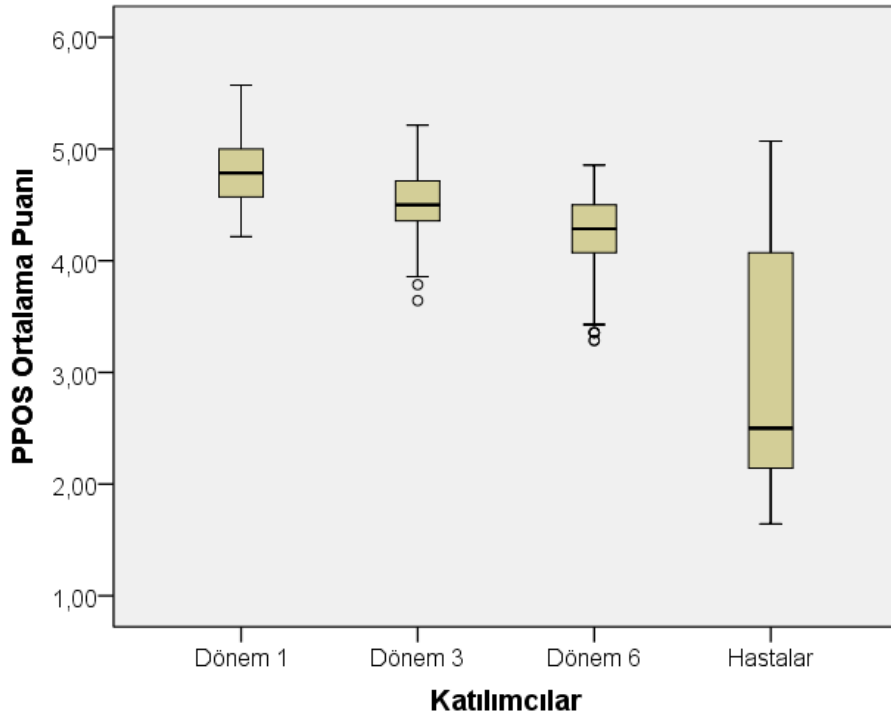
6zellikler		Sayı	Yüzde
Yaş aralığı	18-29 arası	66	25,5
	30-39 arası	65	25,1
	40-49 arası	68	26,3
	50-59 arası	45	17,4
	60 ve 6stü	15	5,8
Meslek	Memur	83	32,0
	Ev hanımı	49	18,9
	İşçi	48	18,5
	Öğrenci	32	12,4
	Özel sektör	32	12,4
	Emekli	15	5,8
Medeni Durumu	Evli	174	67,2
	Evli değil	85	32,8
Eğitim Durumu	Üniversite	151	58,3
	Lise	81	31,3
	Ortaokul ve altı	27	10,4
Kronik Hastalık	Yok	139	53,7
	Var	120	46,3
Aile Hekimliğine başvuru sıklığı	Yılda 1-2	126	48,6
	Ayda1-2	60	23,2
	Hiç gitmedim	55	21,2
	Aile hekimim yok	14	5,4
	Haftada 1-2	4	1,5

Dönem bir, üç, altı ve hastaların toplam PPOS ile paylaşım ve bakım alt ölçeklerinin ortalama puanlarının katılımcılar arasında karşılaştırılması tablo 3’de sunulmuştur. Dönem bir, üç, altı ve hastaların PPOS, paylaşım ve bakım ortalama puanlarının arasındaki ilişki ise grafiklerde sunulmuştur (Grafik 3,4,5).

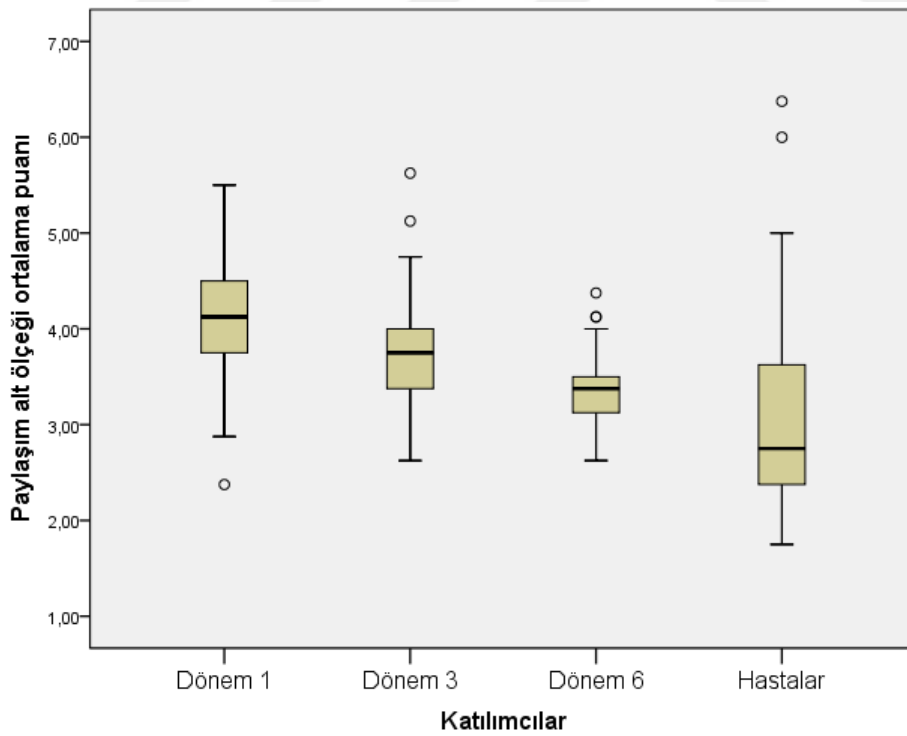
Tablo 3. Katılımcıların toplam PPOS, paylaşım ve bakım ölçekleri ortalama puanları

Ölçek	Katılımcılar	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	%95 güven aralığı		F	p*
					Alt Sınır	Üst Sınır		
PPOS toplam	Dönem 1	201	4,17	0,42	4,11	4,23	161,099	0,000
	Dönem 3	107	3,76	0,37	3,69	3,84		
	Dönem 6	193	3,33	0,34	3,28	3,37		
	Hastalar	259	3,10	0,76	3,01	3,20		
	Total	760	3,53	0,69	3,49	3,58		
Paylaşım alt ölçeği	Dönem 1	201	4,13	0,53	4,06	4,21	146,414	0,000
	Dönem 3	107	3,73	0,48	3,63	3,82		
	Dönem 6	193	3,34	0,35	3,29	3,39		
	Hastalar	259	2,96	0,83	2,86	3,06		
	Total	760	3,48	0,77	3,42	3,53		
Bakım alt ölçeği	Dönem 1	201	4,22	0,67	4,13	4,31	82,380	0,000
	Dönem 3	107	3,82	0,66	3,69	3,94		
	Dönem 6	193	3,30	0,60	3,22	3,39		
	Hastalar	259	3,29	0,82	3,19	3,39		
	Total	760	3,61	0,81	3,55	3,67		

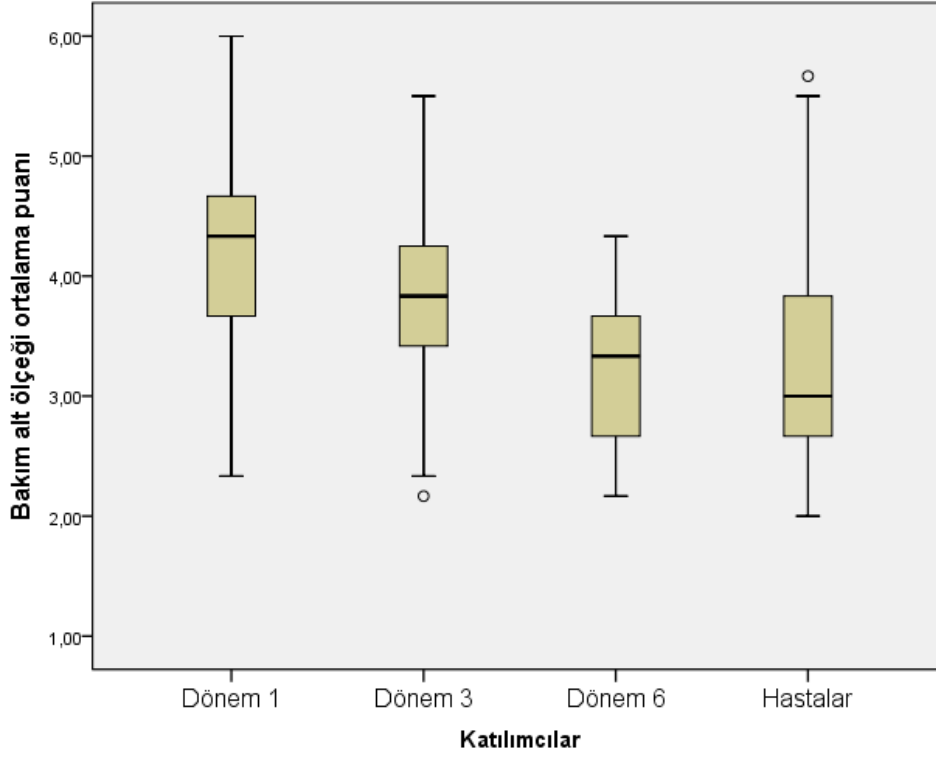
*ANOVA



Grafik 3. Katılımcıların toplam PPOS ortalama puanları



Grafik 4. Katılımcıların paylaşım alt ölçeğinin ortalama puanları



Grafik 5. Katılımcıların bakım alt ölçeğinin ortalama puanları

Dönem bir öğrencileri en yüksek, hastalar ise en düşük toplam PPOS ortalama puanına sahiptir. Öğrenim süresi boyunca öğrencilerin toplam PPOS ortalama puanları giderek düşmekte olup tüm gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=161,099$; $p=0,000$). Grupların karşılaştırılması tabloda sunulmuştur (Tablo 4). Paylaşım alt ölçeği ortalama puanları değerlendirildiğinde, dönem birin en yüksek, hastaların ise en düşük puana sahip olduğu, yapılan post hoc analizine göre de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın mevcut olduğu görülmektedir ($F= 146,414$; $p=0,000$). Bakım alt ölçeği ortalama puanı sıralamasında ise yine dönem bir öğrencileri en yüksek, hastalar da en düşük puana sahiptir. Gruplar arasındaki fark post hoc analizle incelendiğinde, dönem altı ile hastaların bakım alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamazken, dönem bir ve üçün tüm gruplarla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($F=82,380$; $p= 0,000$).

Tablo 4. Katılımcıların toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanlarının çoklu karşılaştırması

	Dönem 3	Dönem 6	Hastalar
PPOS toplam			
Dönem 1	0,000*	0,000*	0,000*
Dönem 3		0,000*	0,000*
Dönem 6			0,000*
Paylaşım Alt Ölçeği			
Dönem 1	0,000*	0,000*	0,000*
Dönem 3		0,000*	0,000*
Dönem 6			0,000*
Bakım Alt Ölçeği			
Dönem 1	0,000*	0,000*	0,000*
Dönem 3		0,000*	0,000*
Dönem 6			1,000

* Tamhane's T2

Cinsiyetin hasta merkezlilik üzerine etkisi araştırıldığında, kadın öğrencilerin toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek ortalama puanları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı olup daha yüksektir ($p=0,000$). Hastalar arasında ise farklı olarak toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek ortalama puanları erkeklerde daha yüksek olmakla birlikte kadınlarla erkeklerin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. (Tablo 7)

Tablo 5. Katılımcıların cinsiyete göre toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Katılımcılar	Ölçek	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	p*
Dönem 1	PPOS toplam	Kadın	99	4,49	0,30	0,000
		Erkek	102	3,87	0,28	
	Paylaşım alt ölçeği	Kadın	99	4,44	0,42	0,000
		Erkek	102	3,84	0,46	
	Bakım alt ölçeği	Kadın	99	4,54	0,58	0,000
		Erkek	102	3,91	0,59	
Dönem 3	PPOS toplam	Kadın	69	3,92	0,33	0,000
		Erkek	38	3,48	0,25	
	Paylaşım alt ölçeği	Kadın	69	3,87	0,46	0,000
		Erkek	38	3,47	0,40	
	Bakım alt ölçeği	Kadın	69	4,00	0,60	0,000
		Erkek	38	3,49	0,63	
Dönem 6	PPOS toplam	Kadın	112	3,44	0,30	0,000
		Erkek	81	3,17	0,32	
	Paylaşım alt ölçeği	Kadın	112	3,44	0,32	0,000
		Erkek	81	3,21	0,35	
	Bakım alt ölçeği	Kadın	112	3,44	0,56	0,000
		Erkek	81	3,11	0,60	
Hastalar	PPOS toplam	Kadın	145	3,08	0,76	0,596
		Erkek	114	3,13	0,76	
	Paylaşım alt ölçeği	Kadın	145	2,96	0,82	0,928
		Erkek	114	2,97	0,84	
	Bakım alt ölçeği	Kadın	145	3,24	0,82	0,302
		Erkek	114	3,35	0,82	

* Bağımsız Örneklem T Testi

Tablo 6’da hastaların mesleklerinin toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanlarını anlamlı olarak etkilediği görülmektedir. En yüksek puanlar memur grubunda görülmektedir.

Tablo 6. Hastaların meslek gruplarına göre toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanları

Ölçek	Meslekler	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	%95 güven aralığı		F	p*
					Alt sınır	Üst sınır		
PPOS toplam	Öğrenci	32	3,24	0,73	2,98	3,51	11,613	0,000
	Memur	83	3,53	0,83	3,35	3,71		
	İşçi	48	2,94	0,67	2,74	3,13		
	Emekli	15	2,90	0,61	2,56	3,25		
	Ev hanımı	49	2,68	0,57	2,52	2,84		
	Özel sektör	32	2,84	0,50	2,66	3,02		
	Total	259	3,10	0,76	3,01	3,20		
Paylaşım alt ölçeği	Öğrenci	32	3,12	0,78	2,84	3,40	9,249	0,000
	Memur	83	3,38	0,91	3,18	3,58		
	İşçi	48	2,80	0,68	2,60	3,00		
	Emekli	15	2,76	0,62	2,41	3,11		
	Ev hanımı	49	2,56	0,77	2,34	2,79		
	Özel sektör	32	2,66	0,48	2,49	2,84		
	Total	259	2,96	0,83	2,86	3,06		
Bakım alt ölçeği	Öğrenci	32	3,41	0,75	3,14	3,68	10,359	0,000
	Memur	83	3,73	0,93	3,52	3,93		
	İşçi	48	3,12	0,73	2,90	3,33		
	Emekli	15	3,10	0,66	2,73	3,46		
	Ev hanımı	49	2,84	0,54	2,68	2,99		
	Özel sektör	32	3,08	0,58	2,87	3,29		
	Total	259	3,29	0,82	3,19	3,39		

*ANOVA

Katılımcıların medeni durumunun hasta merkezlilik üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların medeni durumlarına göre toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanları

Ölçek	Medeni durum	Sayı	Ortalama	Standart sapma	%95 güven aralığı		p*
					Alt sınır	Üst sınır	
PPOS toplam	Evli	174	3,05	0,76	2,95	3,17	0,157
	Evli değil	85	3,20	0,76	3,03	3,37	
Paylaşım alt ölçeği	Evli	174	2,91	0,82	2,80	3,03	0,159
	Evli değil	85	3,07	0,84	2,90	3,25	
Bakım alt ölçeği	Evli	174	3,25	0,82	3,13	3,37	0,239
	Evli değil	85	3,38	0,82	3,21	3,56	

* Bağımsız Örneklem T Testi

Sağlık durumunun etkisi incelendiğinde, hastaların hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperlipidemi, hipo-hipertroidi, osteoporoz vb. kronik hastalıklara sahip olma durumunun, hasta merkezilik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede olumsuz etki yarattığı, kronik bir hastalığa sahip olmanın hastaların daha doktor merkezli tutuma kaymasına neden olduğu görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların kronik hastalık durumuna göre toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanları

Ölçek	Kronik Hastalık	Sayı	Ortalama	Standart sapma	%95 güven aralığı		p*
					Alt sınır	Üst sınır	
PPOS toplam	Var	120	2,9601	,70952	2,8275	3,0985	,004
	Yok	139	3,2333	,79524	3,1042	3,3655	
Paylaşım alt ölçeği	Var	120	2,8260	,80722	2,6807	2,9852	,011
	Yok	139	3,0872	,83645	2,9493	3,2220	
Bakım alt ölçeği	Var	120	3,1389	,78392	2,9973	3,2740	,004
	Yok	139	3,4281	,83576	3,2851	3,5686	

* Bağımsız Örneklem T Testi

Eğitim seviyesine göre değerlendirildiğinde, hastaların toplam PPOS (F=1,349; p=0,261), paylaşım alt leği (F=0,704; p=0,496) ve bakım alt leği (F=2,144; p=0,119) puanları arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır.

Yaş gruplarına göre toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda, 50-59 yaş arasındaki hastaların en yüksek PPOS puanlarına sahip olduğu ve yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. (Tablo 9)

Tablo 9. Hastaların yaş aralıklarına göre toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek	Yaş aralığı	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	%95 güven aralığı		F	p*
					Alt sınır	üst sınır		
PPOS toplam	18-29	66	3,2987	,73848	3,1172	3,4802	4,756	0,001
	30-39	65	2,9385	,72732	2,7582	3,1187		
	40-49	68	2,9391	,73190	2,7619	3,1162		
	50-59	45	3,3937	,79125	3,1559	3,6314		
	60 ve st	15	2,8905	,78612	2,4551	3,3258		
Paylaşım alt leği	18-29	66	3,1667	,76250	2,9792	3,3541	3,523	0,008
	30-39	65	2,8481	,82812	2,6429	3,0533		
	40-49	68	2,7794	,89701	2,5623	2,9965		
	50-59	45	3,2056	,75620	2,9784	3,4327		
	60 ve st	15	2,7250	,77229	2,2973	3,1527		
Bakım alt leği	18-29	66	3,4747	,78187	3,2825	3,6670	5,161	0,001
	30-39	65	3,0590	,78530	2,8644	3,2536		
	40-49	68	3,1520	,69691	2,9833	3,3206		
	50-59	45	3,6444	,94722	3,3599	3,9290		
	60 ve st	15	3,1111	,86755	2,6307	3,5915		

* ANOVA

Yaş gruplarına göre PPOS puanlarının çoklu karşılaştırılması yapıldığında toplam PPOS skorları açısından 18-29 yaş aralığındaki hastalarla 30-39 ve 40-49 yaş aralığındaki hastalar arasında, 30-39 yaş arasındaki hastalarla 50-59 yaş aralığındaki hastalar arasında ve 40-49 yaş aralığındaki hastalarla 50-59 yaş aralığındaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir. Bakım alt ölçek puanları açısından değerlendirildiğinde, 18-29 yaş aralığındaki hastalar ile 30-39 yaş aralığındaki hastalar arasında, 30-39 yaş aralığındaki hastalarla 50-59 yaş aralığındaki hastalar arasında ve 40-49 yaş aralığındaki hastalarla 50-59 yaş aralığındaki hastalar arasında anlamlı fark vardır. Paylaşım alt ölçek puanları açısından ise yaş grupları arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 10. Yaş aralıklarına göre toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanlarının çoklu karşılaştırılması

Yaş aralığı	30-39	40-49	50-59	60 ve üstü
PPOS toplam				
18-29	0,048*	0,045*	0,965	0,313
30-39		1,000	0,016*	0,999
40-49			0,015*	0,999
50-59				0,161
Paylaşım alt ölçeği				
18-29	0,170	0,050	0,999	0,324
30-39		0,989	0,162	0,985
40-49			0,054	0,999
50-59				0,281
Bakım alt ölçeği				
18-29	0,026*	0,136	0,806	0,503
30-39		0,962	0,002*	0,999
40-49			0,013*	1,000
50-59				0,168

* Tukey testi

Son sınıf öğrencilerine verilen eğitimin hasta merkezli tutum üzerine etkisi incelendiğinde, öğrencilerin eğitim sonrasındaki toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanlarının eğitim öncesine göre anlamlı olarak arttığı görülmüştür (Tablo 11).

Tablo 11. Eğitim alan ve almayan dönem altı öğrencilerinin toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanlarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması

Eğitim	Ölçek	Sayı	Ortalama	Standart sapma	%95 güven aralığı		p*	
					Alt sınır	Üst sınır		
Alan	PPOS toplam	Önce	94	3,3883	,32532	3,3207	3,4491	0,000
		Sonra	94	3,7021	,44077	3,6140	3,7834	
	Paylaşım alt ölçeği	Önce	94	3,3856	,34860	3,3166	3,4561	0,000
		Sonra	94	3,7194	,46543	3,6250	3,8072	
	Bakım alt ölçeği	Önce	94	3,3918	,52745	3,2890	3,4911	0,000
		Sonra	94	3,6791	,65457	3,5461	3,8050	
Almayan	PPOS toplam	Önce	99	3,2749	,34729	3,2064	3,3427	0,092
		Sonra	99	3,2973	,36602	3,2251	3,3701	
	Paylaşım alt ölçeği	Önce	99	3,3131	,35997	3,2450	3,3864	0,401
		Sonra	99	3,3258	,36848	3,2551	3,3990	
	Bakım alt ölçeği	Önce	99	3,2239	,65861	3,0960	3,3434	0,075
		Sonra	99	3,2593	,66676	3,1280	3,3854	

*Bağımlı örneklem t testi

Çalışmamızda uyguladığımız diğer bir ölçek olan JSPE-S ile ilgili yaptığımız istatistiksel analize göre, dönem altı öğrencilerinin empati skorları incelendiğinde, toplam JSPE-S, perspektif alma, şefkatle davranma ve hastanın ayakkabısını giyme alt ölçek puanlarının kadın öğrencilerde erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Toplam puan ve perspektif alma, şefkatle davranma alt ölçek skorlarında istatistiksel olarak anlamlı kadınlar lehine fark vardır. Hastanın ayakkabısını giyme alt ölçek skorları

açısından ise kadın ve erkek öğrenciler arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,065$) (Tablo 12).

Tablo 12. Cinsiyete göre dönem altı öğrencilerinin staj başındaki ortalama JSPE-S ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	Standart sapma	%95 güven aralığı		p*
					Alt sınır	Üst sınır	
Toplam	Kadın	112	108,9018	8,56765	107,2237	110,5602	0,000
JSPE	Erkek	81	93,6049	7,01013	91,9759	95,0864	
Perspektif	Kadın	112	41,1786	4,81966	40,2058	42,0625	0,000
alma	Erkek	81	35,0370	4,61640	34,1111	36,0370	
Şefkatle	Kadın	112	58,5982	6,28520	57,3935	59,7589	0,000
davranma	Erkek	81	50,1852	6,81563	48,6790	51,5185	
Hastanın	Kadın	112	9,1250	2,85419	8,5897	9,6339	0,065
ayakkabısını	Erkek	81	8,3827	2,57181	7,8519	8,9503	
giyme							

*Bağımsız örneklem t testi

Eğitim alan ve almayan öğrencilerin staj başındaki toplam JSPE-S ve alt ölçek skorları arasında anlamlı fark olmadığı, staj sonundaki JSPE-S puanlarının eğitim alan gruptaki öğrencilerde almayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 12-14).

Tablo 13. Eğitim alan ve almayan dönem altı öğrencilerinin staj başındaki ortalama JSPE-S ve alt ölçek puanları

Ölçek	Eğitim	Sayı	Ortalama	Standart sapma	%95 güven aralığı		p*
					Alt sınır	Üst sınır	
Toplam	Alan	94	103,69	11,42	101,35	106,03	0,136
JSPE-S	Almayan	99	101,33	10,43	99,25	103,41	
Perspektif	Alan	94	39,07	5,65	37,91	40,23	0,255
alma	Almayan	99	38,15	5,57	37,04	39,26	
Şefkatle	Alan	94	55,72	8,02	54,07	57,36	0,251
davranma	Almayan	99	54,44	7,39	52,96	55,91	
Hastanın	Alan	94	8,89	2,79	8,32	9,46	0,695
ayakkabısını	Almayan	99	8,73	2,73	8,19	9,28	
giyme							

*Bağımsız örneklem t testi

Tablo 14. Eğitim alan ve almayan dönem altı öğrencilerinin staj sonundaki ortalama JSPE-S ve alt ölçek puanları

Ölçek	Eğitim	Sayı	Ortalama	Standart sapma	%95 güven aralığı		p*
					Alt sınır	Üst sınır	
Toplam	Alan	94	110,61	9,91	108,64	112,63	0,000
JSPE-S	Almayan	99	100,68	9,28	98,84	102,56	
Perspektif	Alan	94	41,85	4,54	40,87	42,77	0,000
alma	Almayan	99	38,01	4,73	37,10	38,91	
Şefkatle	Alan	94	59,59	6,17	58,40	60,82	0,000
davranma	Almayan	99	53,97	6,59	52,66	55,37	
Hastanın	Alan	94	9,17	2,48	8,69	9,67	0,094
ayakkabısını	Almayan	99	8,57	2,41	8,08	9,07	
giyme							

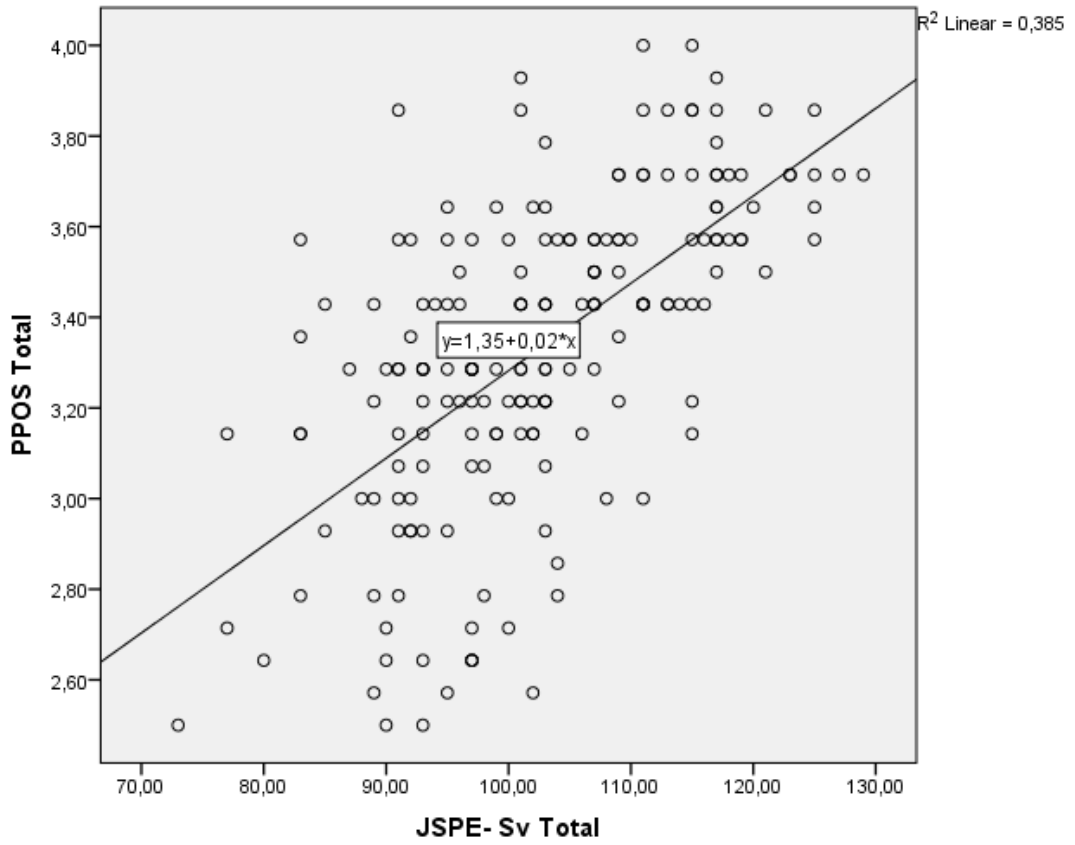
*Bağımsız örneklem t testi

Tablo 15. Eğitim alan ve almayan dönem altı öğrencilerinin eğitim öncesi ve sonrası ortalama JSPE-S ve alt ölçek puanlarının karşılaştırması

Eğitim	Ölçek	Sayı	Ortalama	Standart sapma	%95 güven aralığı		p*	
					Alt sınır	Üst sınır		
Alan	Toplam JSPE-S	Önce	94	103,69	11,42	101,32	106,06	0,000
		Sonra	94	110,61	9,91	108,68	112,71	
	Perspektif alma	Önce	94	39,07	5,65	37,92	40,37	0,000
		Sonra	94	41,85	4,54	40,95	42,82	
	Şefkatle davranma	Önce	94	55,72	8,02	54,08	57,30	0,000
		Sonra	94	59,59	6,17	58,34	60,86	
Hastanın ayakkabısını giyme	Önce	94	8,89	2,79	8,28	9,46	0,015	
	Sonra	94	9,17	2,48	8,64	9,67		
Almayan	Toplam JSPE-S	Önce	99	101,33	10,43	99,31	103,38	0,114
		Sonra	99	100,68	9,28	98,86	102,52	
	Perspektif alma	Önce	99	38,15	5,57	37,04	39,25	0,623
		Sonra	99	38,01	4,73	37,06	38,91	
	Şefkatle davranma	Önce	99	54,44	7,39	53,04	56,05	0,092
		Sonra	99	53,97	6,59	52,72	55,34	
Hastanın ayakkabısını giyme	Önce	99	8,73	2,73	8,19	9,30	0,138	
	Sonra	99	8,57	2,41	8,09	9,08		

* Bağımlı örneklem t testi

Dönem 6 öğrencilerinin JSPE-S ile PPOS toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Empati düzeyinin artması ile hasta merkezli tutum arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,621$; $p=0,000$). $Y=1,35+0,02*X$ modeline göre dönem 6 öğrencilerinin JSPE-S total puanlarının PPOS total puanları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır ($\beta=0,621$; $p=0,000$). Bu modele göre JSPE-S puanları PPOS total puanlarındaki varyansın %38'ini açıklamaktadır. (Grafik 6, Tablo 16).



Grafik 6. Dönem 6 öğrencilerinin toplam JSPE-S ile toplam PPOS ortalama puanları arasındaki ilişki

Tablo 16. Toplam PPOS ile toplam JSPE-S puanı arasındaki ilişki

Katsayılar^a

Model	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlanmış Katsayılar	t	p
	B	Std. Hata	Beta		
1 (Sabit)	1,353	0,182		7,449	0,000
JSPE-S Total	0,019	0,002	0,621	10,946	0,000

a. Bağımlı Değişken: PPOS toplam

5. TARTIŞMA

Tıp öğrencilerinin klinik rotasyonlarının başladığı dönemden itibaren hasta–hekim ilişkisine yönelik tutumlarında bozulma eğilimi yaygın olarak kabul edilmekte olup, eğitim dönemleri ilerledikçe daha az idealist oldukları, daha az empati kurdukları, daha az hasta merkezli oldukları, özel popülasyonların ihtiyaçlarına daha az eğilimli oldukları ve daha az hassas oldukları çeşitli çalışmalarda saptanmıştır (58-61). Araştırmaların bir kısmı zaman içinde öğrencilerin hasta-hekim ilişkisine yönelik tutumlarının daha hekim veya hastalık merkezli olarak değiştiğini bildirmekle birlikte (62), özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır (63-65). Bizim çalışmamızda ise öğrencilerin tutumu pek çok çalışmaya benzer olarak doktor merkezli olup, toplam PPOS puan ortalaması dönem bir öğrencilerinin $4,17\pm 0,42$, dönem için $3,76\pm 0,37$, dönem altının $3,33\pm 0,34$ olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre karşılaştırıldığında tüm dönemlerde kadın öğrencilerin, erkek öğrencilere göre daha fazla hasta merkezli tutuma sahip olduğu görülmüştür. Toplam PPOS puan ortalaması dönem bir öğrencileri için kadınlarda $4,49\pm 0,30$, erkeklerde $3,87\pm 0,28$, dönem üç öğrencileri için kadınlarda $3,92\pm 0,33$, erkeklerde $3,48\pm 0,25$, son sınıf öğrencileri için kadınlarda $3,44\pm 0,30$ erkeklerde $3,17\pm 0,32$ olarak bulunmuştur.

PPOS'un ilk defa kullanıldığı Haidet ve ark.'nın Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptıkları çalışmada tıp fakültesi birinci yıl öğrencileri ile üçüncü ve dördüncü yıl öğrencilerinin hasta merkezli bakım konusundaki tutumları karşılaştırılmıştır. Beş yüz öğrencinin ölçeği tam olarak yanıtladığı çalışmadan elde edilen verilerin analizi sonucu kız öğrencilerin PPOS puanlarının ($4,65\pm 0,04$), erkek öğrencilerininkine göre ($4,47\pm 0,03$), anlamlı olarak yüksek olduğu ($p < 0,001$) görülmüştür. Yıllar arasındaki farka bakıldığında klinik öncesindeki yıllarda yüksek puanların elde edildiği ancak klinik yılların başlangıcında puanların düşük olduğu görülmüştür (66).

2004'de Brezilya'da bir, beş, yedi, dokuz, on ve on ikinci smestrden sekiz yüz ğrenci üzerinde yapılan çalışmada toplam PPOS skoru $4,66\pm 0,44$, paylaşım ve bakım alt ölçek skorları sırasıyla $4,10\pm 0,66$ ve $5,20\pm 0,45$ olarak bulunmuştur. Kız ğrencilerin toplam PPOS skorları ($4,72\pm 0,42$) erkeklere göre ($4,43\pm 0,39$) istatistiksel olarak önemli şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Tüm ğrenciler için PPOS puanları smestrlere boyunca bir önceki sömestre göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermese de yüksek bulunmuştur. Sadece onuncu smestrde bir önceki sömestre göre küçük bir düşüş tespit edilmiştir. Birinci ve on ikinci sömestr arasında erkek ğrencilerin PPOS puanlarındaki yükseklik kız ğrencilerininkine göre daha fazladır. Ancak hem erkek hem kız öğrencilerdeki bu farklılık istatistiksel olarak önemli değildir ($p<0,231$). Araştırmacılar ğrencilerin hasta-hekim ilişkisine yönelik tutumlarını tıp eğitiminin geç yılları için erken yıllarına göre daha hasta merkezli olarak tespit ettiklerini ve tıp eğitimi sürecinin bu bağlamda olumlu etkisi olduğunu belirtmektedir. Onuncu smestrdeki toplam PPOS puanındaki düşüklüğü öğrencilerin bu yılın başında niversite hastanesinin ayaktan tedavi polikliniklerinde çalışmaya başlamasına bağlamaktadır. Bu dönemde öğrencilerin daha önce karşılaşmadıkları tıp teknolojisinin ve birlikte çalıştıkları uzman hekimlerin etkisi sonucu hastalıkların biyomedikal yönüne odaklanmış olabileceklerini vurgulamaktadır (64).

Tsimtsiou ve ark.'nın 2007 yılında Yunanistan'daki Aristo Üniversitesi Hastanesi'nde yaptıkları kohort tipi çalışmada klinik eğitimin, öğrencilerin hasta-hekim ilişkisine yönelik tutumlarını ne yönde etkilediğini araştırılmıştır. PPOS leği ğrencilerin ilk hasta temasının olduğu dördüncü sınıfın ikinci yarıyılında başında oluşturulan kohort grubuna uygulanmış ve aynı öğrencilere altıncı sınıfın ikinci yarıyılında bu uygulama tekrarlanmıştır. Dördüncü sınıfta elde edilen PPOS puanları ($3,96\pm 0,04$), altıncı sınıfta ($3,81\pm 0,13$), elde edilenlere göre istatistiksel olarak önemli

şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Bu fark ölçeğin “paylaşım” boyutundan kaynaklanmakta olup “bakım” boyutunda iki sınıf arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Kız öğrencilerin PPOS puanları ($3,96 \pm 0,45$) erkek öğrencilerinkine ($3,84 \pm 0,45$) göre yüksek bulunmuştur ($P < 0,05$). Araştırmacılar klinik yılların sonuna doğru öğrencilerin hasta-hekim ilişkisine yönelik tutumlarının hasta merkezli bakımından doktor merkezli bakıma kaymasını gizli/örtük müfredata ve uygun olmayan rol modellere bağlamaktadır (62).

Lee ve ark.’nın 2008 yılında Singapur Ulusal Üniversitesi Tıp Fakültesi üçüncü sınıf öğrencileri üzerinde prospektif amaçlı başlattıkları, müfredatın etkisinin araştırıldığı çalışmaya iki yüz yirmi sekiz öğrenci katılmıştır. Araştırmacılar müfredat içinde üçüncü sınıfa ait önemli bir özellikten bahsetmişlerdir; öğrenciler bu dönemde topluma dayalı tıp etkinliğinin bir parçası olarak hastaneden taburcu olan hastaları dört-altı ay boyunca evlerinde izlemektedirler. Tüm öğrenciler için PPOS ölçeğinin toplam puanlarının ortalaması dönem başında $4,10 \pm 0,42$ iken dönem sonunda $4,14 \pm 0,48$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$). Ölçeğin paylaşım boyutunda dönem sonunda bir azalma ($3,84 \pm 0,51$; $3,75 \pm 0,58$; $p > 0,05$) olmasına rağmen bakım alt boyutunda yükselme ($4,35 \pm 0,49$; $4,53 \pm 0,55$; $p < 0,01$) tespit edilmiştir. Yazarlar ölçeğin bakım alt boyutundaki bu anlamlı farkı müfredat içindeki topluma dayalı uygulamalardan kaynaklandığını söylemektedirler. Araştırmada kız öğrencilerin toplam PPOS ($4,20 \pm 0,40$), paylaşım ($4,00 \pm 0,50$) ve bakım ($4,50 \pm 0,50$) alt ölçek puanları erkek öğrencilerin ortalamalarına (sırasıyla: $4,00 \pm 0,40$, $3,80 \pm 0,50$ ve $4,30 \pm 0,50$) göre yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) (67).

Wahlqvist ve ark. 2010’da İsveç’in Gothenburg Üniversitesi Tıp Fakültesindeki değişik düzeylerdeki altı yüz öğrencinin hasta merkezli tutumlarının cinsiyet, yaş ve sağlık hizmeti iş tecrübesi ile olan ilişkisini değerlendirmişlerdir. Bu fakültede müfredat tıp eğitimi boyunca altışar aylık on bir döneme ayrılmıştır. PPOS ölçeği dönemlerde

eğitim müfredatının ilk günü uygulanmıştır. Araştırma grubunun %63'ünü oluşturan kız öğrencilerinin toplam PPOS puanlarının ortalaması ($4,36\pm 0,36$), erkek öğrencilerinkine ($4,20\pm 0,46$) göre anlamlı olarak yüksek olup ($p=0,000$), dönemlere göre bakıldığında PPOS puanları ile öğrenci düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,006$). Dönem bir ve on bir arasında karşılaştırma yapıldığında ise dönem on birde kız öğrencilerin PPOS puanları ($4,50$) dönem birdeki kız öğrencilere ($4,25$) göre anlamlı olarak yüksek olup ($p=0,001$), erkek öğrencilerin PPOS puanları arasında ise istatistiksel önemli bir fark yoktur (Dönem 1= $4,21$, Dönem 11= $4,20$, $p=0,41$) (63).

2013 yılında Pakistan'da tıp öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin ortalama PPOS skoru $3,40\pm 0,49$ olup paylaşım ve bakım alt ölçek skorları sırasıyla $3,18\pm 0,62$ ve $3,63\pm 0,56$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, klinik rotasyonu olan öğrencilerin PPOS skorları klinik rotasyonu olmayan öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuş, cinsiyet, medeni durum, ailede doktor varlığı gibi faktörlerin PPOS skorlarını anlamlı olarak etkilemediği görölmüştür (65).

Bizim çalışmamızda ise öğrencilerin PPOS puanları Amerika, İsveç ve Brezilya'daki öğrencilerin puanlarından düşük olup, Pakistan Singapur, Kore gibi Asya ölkeleri ve Yunanistan'daki öğrencilerin puanlarına benzerdir.

Önceki çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da eğitimin ilerleyen safhalarında ortalama PPOS puanlarında anlamlı olarak azalma gözlenmiş, bu azalma alt ölçek skorlarına da yansımıştır. Bununla birlikte çoğu çalışmaya benzer olarak kız öğrencilerin PPOS skorları erkek öğrencilerden anlamlı olarak fazla olup tüm dönemlerde kız ve erkek öğrenciler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Çalışmamızda ayrıca hastalarla öğrencilerin PPOS skorları karşılaştırılmıştır. Hastaların PPOS puanları öğrencilerden anlamlı olarak düşüktür. Ortalama PPOS puanları, dönem birin $4,17\pm 0,42$, dönem üçün $3,76\pm 0,37$, dönem altının $3,33\pm 0,34$,

hastaların $3,10\pm 0,76$ bulunmuştur. Bununla birlikte sadece bakım alt ölçeği puanı açısından son sınıf öğrencilerin puanıyla ($3,30\pm 0,60$) hastaların puanları ($3,29\pm 0,82$) arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=1,00$). Literatürde hastalarla öğrencileri karşılaştıran sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. En son olarak 2017 yılında yayınlanan Kore'deki, sekiz yüz yirmi yedi hasta ve yüz doksan sekiz tıp öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada, öğrencilerin toplam PPOS ($3,90\pm 0,40$), paylaşım ($3,61\pm 0,49$) ve bakım ($4,18\pm 0,45$) alt ölçek skorları hastaların toplam PPOS ($3,79\pm 0,46$), paylaşım ($3,76\pm 0,57$) ve bakım ($3,82\pm 0,61$) skorlarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmada ayrıca cinsiyete göre PPOS skorları karşılaştırılmış olup erkek öğrencilerin paylaşım skoru, erkek ve kadın hastalardan ve kız öğrencilerden anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bakım skoru baz alındığında öğrencilerin ve hastaların kendi içlerinde cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamakla birlikte öğrencilerin skorları daha yüksektir. Kız öğrenciler istatistiksel olarak anlamlı derecede en yüksek toplam PPOS skorlarına sahip iken, erkek ve kadın hastalar ile erkek öğrencilerin toplam PPOS skorları birbirine yakın olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (2).

Hastalarla yapılan çalışmalarda, hasta merkezli tutumun belirleyicileri arasında kadın cinsiyet, genç yaş, yüksek eğitim ve daha yüksek gelir yer almaktadır (40, 68-70). Epstein ve ark. 'nın yaptığı çalışmaya göre de kadın, genç, daha fazla eğitilmiş ve sağlıklı hastalar daha hasta merkezlidir (71). 2014 yılında yayınlanan, hastanede yatan Yunan hastaların hasta merkezli bakıma yönelik tutumlarını belirlemeyi amaçlayan, PPOS'un yanı sıra birkaç ölçeğin de kullanıldığı çalışmada, hastaların toplam PPOS skoru $3,70\pm 0,69$, paylaşım alt ölçek skoru $3,40\pm 0,69$, bakım alt ölçek skoru ise $3,99\pm 0,76$ olarak bulunmuştur. Genç yaş, yüksek eğitim düzeyi ve kötü sağlık durumu paylaşım skorunu, yaşlı olma, yüksek eğitim düzeyi, yüksek gelir seviyesi bakım skorunu anlamlı olarak arttırdığı gözlemlenmiştir (70).

2016 yılında yayınlanan Çin’de hastalara yapılan bir çalışmada ise hastaların toplam PPOS skorları $3,49\pm 0,30$ bulunmuştur. Bu çalışmada cinsiyet toplam PPOS skorunda anlamlı fark yaratmamış, ancak eğitim durumunun yüksek olması ($p=0,001$) ve genç hastalar (16-25 yaş arası) ($p=0,042$) toplam PPOS skorunu anlamlı olarak artırmıştır (4).

Bizim çalışmamızda ise çoğu çalışmadan farklı olarak erkek hastaların toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanları kadın hastalardan fazladır. Bununla birlikte bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hastaların meslekleri hasta merkezli tutumu etkileyen bir faktör olarak bizim çalışmamızda yer almakla birlikte literatür tarandığında bu konuda herhangi bir bilgiye ulaşılamamıştır. Hastalar arasında toplam PPOS, paylaşım ve bakım alt ölçek puanları açısından en yüksek puan memur grubunun iken toplam PPOS açısından en düşük puan emekli hastaların, paylaşım ve bakım alt ölçek puanları açısından en düşük puan ev hanımlarına aittir. Bununla birlikte eğitim düzeyi bizim çalışmamızda, diğer çalışmalardan farklı olarak istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmamıştır. Medeni durumun da hasta merkezlilik üzerinde etkisi yoktur. Kronik bir hastalığa sahip olunması ise Yunanistan’da yapılan çalışmadan farklı olarak doktor merkezli tutumu artırmıştır. Yaş açısından değerlendirdiğimizde diğer çalışmalardan farklı olarak 50-59 yaş grubu en yüksek PPOS puanlarına sahip grup olmuştur.

Hekimlerin hasta merkezli yaklaşım konusundaki tutumlarını inceleyen sınırlı sayıda çalışma olup son dönemlerde yapılan çalışmaları incelediğimizde, hekimlerin doktor merkezli tutum sergiledikleri görülmektedir. Örneğin; yüz on beş doktor ve iki yüz altmış dört hastanın katılımıyla 2013 yılında Kore’ de yapılan bir çalışmada hastaların toplam PPOS puanı ($3,20\pm 0,60$), hekimlerin toplam PPOS puanından ($3,02\pm 0,75$) fazla bulunmuştur. Alt ölçek puanları karşılaştırıldığında paylaşım alt ölçek puanları hastalarda

daha yüksek iken bakım alt ölçek puanı hekimlerde daha yüksek olup, tüm parametrelerde gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür (72).

2014 yılında Nijerya'da hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada da hekimlerin %92'sinin doktor merkezli olduğu ve hekimlerin %75'inin hastalarla bilgi ve kontrolü paylaşmama görüşünü savunduğu %93 gibi önemli bir kısmının da hastaların psikososyal kaygılarını göz ardı ettiği saptanmıştır (73).

Tıp dışı sağlık meslek öğrencileri ile yapılan araştırmalara göz atarsak örneğin; Portekiz'deki birinci, ikinci ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin katıldığı çalışmada, eğitim süresince öğrencilerin giderek daha hasta merkezli olduğu (toplam PPOS puanı birinci sınıfta $4,31\pm 0,40$, ikinci sınıfta $4,70\pm 0,43$), dördüncü sınıfta $(4,96\pm 0,38)$ hemşirelerin toplam PPOS $(4,48\pm 0,53)$, paylaşım $(4,43\pm 0,66)$ ve bakım $(4,71\pm 0,49)$ alt ölçek skorlarının ikinci ve dördüncü sınıf öğrencilerin skorlarından anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (74).

Fizyoterapi öğrencilerine hasta merkezli bakım konusunda eğitim verilerek, eğitim öncesi ve sonrası PPOS puanlarının değişimini araştıran bir çalışmada, eğitim öncesi toplam ortalama PPOS puanı $81,3\pm 7,7$, paylaşım puanı $39,3\pm 4,7$ ve bakım puanı $41,9\pm 4,1$ iken, eğitim sonrası ortalama PPOS puanı $(85,7\pm 7,9, p < 0,01)$ ve paylaşım puanı $(44,2\pm 7,9, p < 0,01)$ anlamlı olarak artarken bakım puanında $(40,6\pm 4,9)$ hafif bir azalma olup bu azalma istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p= 0,144$) (75).

Öğrencilerin iletişim becerilerinin klinik eğitim yıllarında gerilediği ve bu dönemlerde iletişim becerilerinin öğretiminin ihmal edildiği yönünde kanıtlar bulunmaktadır (66). Bu dönemlerde öğrenciler gizli müfredatın etkisi altındadırlar ve eğitim kurumunun tıbbi kültürü öğrencilerin kazandıkları profesyonel beceriler için belirleyicidir (76).

Hasta merkezliliğine yönelik tutumlar çoğunlukla doğrudan öğretmenlik, klinik deneyimler ve sıklıkla 'gizli müfredat' olarak adlandırılan uygun rol modellemesi yoluyla elde edilir. Haidet' e göre hasta merkezlilik konusunda öğrenci tutumundaki en önemli etmen “mesleki normları etkileyen zorluklar” ve hasta merkezli olmayan klinisyenler ile etkileşimdir (66, 77). Geleneksel eğitimde öğrencilerin kısa rotasyonlarla hastaların bakımlarına uzun süre dahil olmamaları, hastaların bakım ekibinde rollerin en aza indirilmesi, öğrencilerin hastalıklara yönlendirilmesine ve öğrencilerin hasta bakış açısı yerine biyotıp üzerine odaklanmasına, özellikle erkek öğrencilerin hastalara yönelik tutumlarının hasta merkezli doktor/hastalık merkezli tutuma değişmesine neden olmaktadır (77).

Tıp öğrencilerinin empatisini arttırmak ve hasta merkezli tıp uygulamak tıp fakültelerinin amaçlarından biridir. Müfredat planlayıcıları ve tıp öğretmenleri simüle hastaların kullanımı, vaka bazlı seminerler, probleme dayalı öğrenme, dersler arasında entegrasyon, rol model, kişisel deneyimler, meslektaşlarıyla birlikte etik konular, inançlar, pozisyonlar, güç ve kültür konuları hakkında tartışmalar ve iyi fakülteler hekimlerini izlemek gibi çeşitli programlar ve öğretim yöntemleri ile bunu başarmaya çalışırlar. Bu eğitim çabalarına rağmen tıp öğrencilerinin empati ve hasta merkezli tutumu üzerinde klinik öğrenim boyunca istikrarlı bir şekilde düşüş olduğu (78-80), ve bu konuda önlemler alınması gerektiği belirtilmektedir (59, 81-83).

2007'de Boston Üniversitesi'nde yapılan çalışmada birinci sınıf tıp öğrencileri en yüksek JSPE puanına sahip iken eğitimin ilerleyen safhalarında bu skor giderek düşmektedir. Ve en düşük JSPE puanına sahip olan son sınıf öğrencileriyle birinci sınıf öğrencilerinin skorları arasında önemli derecede fark bulunmaktadır ($P < 0.001$) (84).

2015 yılında yayınlanan Kore'deki bir, iki, üç ve dördüncü sınıf tıp öğrencilerinin katıldığı çalışmada, toplam JSPE puanlarının ikinci sınıftan itibaren giderek azalma

eğiliminde olduğu görülmüş, birinci sınıf ile dördüncü sınıf öğrencilerinin empati puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$)(85).

2016'da İran'da tıp öğrencilerinde yapılan çalışma da bu görüşü desteklemektedir. Bu çalışmadaki öğrenciler üç gruba ayrılmıştır. Tıp fakültesinde ilk beş semestr yani ilk iki buçuk yıl eğitim alan prelinik öğrenciler, hastaların bakımından sorumlu olmayıp hastanede hasta odaklı, altı-on altı semestlerde eğitim gören stajyerler ve fakültenin son üç semestrindeki intörnler olarak ayrılmıştır. İntörnler, bu dönemde ilk kez hastalarına karşı sorumluluk sahibidirler ve nazogastrik tüpleri yerleştirme, idrar kateteri yerleştirme, dikiş atma gibi prosedürleri yerine getirirler. Bu üç grubun empati skorları incelendiğinde, intörn öğrencilerin toplam JSPE puanı ($96,20\pm15,40$) en düşük olup, stajyer ($102,00\pm14,70$, $p=0,001$) ve prelinik ($104,00\pm15,60$, $p<0,001$) öğrencilerle aralarında anlamlı fark mevcuttur(86).

Araştırmalar empatinin hasta memnuniyetini, konforunu, güvenini arttırdığını göstermiştir. Doktorlarına güvenen hastaların açık ve rahat olması hekimlere daha ayrıntılı bilgiler sunma ihtimalini arttırarak, daha iyi teşhis ve karar verme olanağı tanır. Hastaların belirli durumlarda sorunlarla kendi kendine başa çıkabilme yeteneklerine olan inançları (öz yeterlik) ve terapiye uyum sağlamayı kolaylaştırabilir, yani empati reçetesi kendi başına terapötik olabilir (87). Empatik doktorlar daha fazla iş doyumunu ve psikolojik olarak iyilik hali yaşamaktadır. Ve daha iyi karar alabilen, elindeki otorite ve gücü kaybetme korkusu olmayan daha dönüşümcü liderlerdir (87).

Tıp öğrencilerinin empatisini etkileyen faktörler araştırıldığında yaş, cinsiyet, kültür farklılığı, psikolojik faktörler ve tıp eğitimi öncesi eğitim ortamları yer almaktadır. Empatinin yaşla birlikte arttığına dair bazı kanıtlar olmasına rağmen (88, 89), genel nüfusta normal olarak dağıldığı düşünülmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalara göre kadınların empati skorlarının daha yüksek olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Tıp

fakültesi öğrencilerinde yapılan birkaç çalışma empati puanlarında cinsiyet farklılığı bulamazken (90, 91), Amerika, Asya ve Avrupa'yı kapsayan farklı kültürel yapılarıdaki öğrenciler üzerinde yapılan pek çok çalışma kadın öğrencilerin empati skorlarının erkeklerin empati skorlarına göre yüksek olduğu görüşünü desteklemektedir (87, 92, 93). Empati üzerinde kültür farklılığının da etkili olduğu belirtilmektedir. Asya'daki öğrencilerde yapılan çalışmalar, Kuzey Amerika ve Avrupa ülkelerindeki öğrencilerde yapılan çalışmalara göre daha düşük JSPE puanları bildirmektedir (92, 94-96).

Spesifik psikiyatrik bozuklukların belirli empati boyutlarında daha düşük skorlar ile kuvvetli bir şekilde ilişkili olduğu bildirilmektedir. Genelde tıp öğrencileri arasında psikolojik sıkıntının, genel nüfus ve tıbbi olmayan aynı yaştaki öğrenci akranları arasında olduğundan daha fazla olduğu iddia edilmektedir. Ayrıca tıp öğrencilerinin psikolojik sağlığının eğitimleri sırasında kötüleştiği öne sürülmektedir (97, 98). Ancak bu görüş evrensel olarak desteklenmemektedir (99-101). Psikolojik sıkıntıların tıp öğrencilerinin empatisine etkisi hakkındaki çalışmalar farklı sonuçlar vermektedir (99, 102). Kuzey Amerika araştırmaları depresyonun kadınlar arasındaki empati ile ters orantılı olduğunu ve tükenmişliğin empati ile arasında negatif korelasyona sahip olduğu bildirmektedir (103). 2016'da Birleşik Krallık ve Yeni Zelanda'yı kapsayan çok merkezli gerçekleştirilen çalışmada depresyonla empati arasında zayıf bir negatif ilişki saptanmıştır ($p=0.082$) (81).

Öğrencilerin eğitiminin yapısı, klinik deneyimlerin zamanlaması ve kapsamı, öğrencilerin empati üzerine etkili olan önemli faktörlerden biridir. Öğrencilerin klinik deneyimlerine farklı zamanlarda başlaması değişik kültürlerdeki empati skorlarının farklı düzeylerde olmasının nedenlerinden biridir. Erken klinik deneyimlerin tıbbi eğitime

etkisinin incelendiği sistematik bir derleme, bu deneyimlerin hastalara karşı empatik tutumları teşvik ettiği sonucuna varmaktadır (104).

Öğrencilerin öğretmenleriyle olan ilişkisi öğrenci eğitiminde önemli rol oynayan önemli faktörlerdendir. Öğrencilerin rol model aldığı klinik öğretmenlerinin ve meslektaşlarının kullandığı iletişim becerileri ve hastalara karşı olumlu ve olumsuz tutumlar öğrencilerin empatisini önemli oranda etkilemektedir. Bunun yanı sıra iletişim becerileri, vaka bazlı seminerler ve simüle hastaların kullanımını içeren eğitimlerin öğrencilerin empati seviyelerine olumlu etkiler yaptığı birçok çalışmada da vurgulanmaktadır (78, 79, 81, 105).

Tıp fakültesi öğrencileri, hekimler ve diğer sağlık hizmetleri sunucularının, empatisindeki düşmeyi engellemek amacıyla yapılan çeşitli müdahalelerin etkinliğini araştıran bazı çalışmalarda bu düşüşün engellenebileceği gösterilmiştir (106, 107). Bizim çalışmamız da bu görüşü desteklemektedir. Öğrencilerin eğitim sonrası ortalama JSPE puanı ($110,6 \pm 9,91$) eğitim öncesindeki puandan ($103,69 \pm 11,42$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Hojat ve ark.'nın 2013 yılında yaptığı iki fazlı bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin bir kısmına birinci fazda empatik anlayışı arttırmak için pozitif ve negatif hasta hekim iletişimini gösteren videolar izlettirilip tartışılmış, kontrol grubuna ise belgesel bir film izlettirilmiştir. On hafta sonraki ikinci fazda deney grubu ikiye ayrılarak bir kısmı empati kursuna katılmış, diğer kısmına ırkçılıkla ilgili film izlettirilerek, faz bir öncesi ve sonrası, faz iki sonrası olmak üzere JSPE-S ölçeği puanlarındaki değişim araştırılmıştır. Faz birde deney grubu öğrencilerinin empati seviyeleri anlamlı olarak artarken ($p<0,01$), kontrol grubu öğrencilerin empati skorlarında değişim olmadığı görülmüş, faz ikide empati kursuna katılanlarda skorlarda yükselme devam ederken, kontrol grubunda bir değişiklik olmadığı görülmüştür (107).

Lim ve ark.'nın yaptığı çalışmada tıp fakültesi beşinci sınıf öğrencilerine “Motivasyonel görüşme ve madde kullanımı/kötüye kullanım konusunda kısa müdahaleler” eğitiminin yer aldığı bir seminerde öğrencilerin bir kısmına bir tiyatrocunun tarafından vaka senaryoları üzerinden öğrencilerin hem hasta hem hekim rolüne bürünerek “rol oynama” yöntemiyle empati eğitimi yapılmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası JSPE uygulanarak kontrol ve müdahale grubu öğrencilerinin empati puanları arasındaki fark araştırılmıştır. Eğitim öncesi her iki grubun skorları arasında anlamlı fark yokken, eğitim sonrası müdahale grubunun empati skorları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$) (108).

Erken klinik deneyimin empati üzerine etkisini araştıran 2017 yılındaki çalışmada, Modi ve ark. Avustralya’da yoksul ve sağlık hizmetlerine ulaşımı yetersiz olan popülasyonlara hizmet veren Student-run free clinics (SRFCs) adı verilen ücretsiz kliniklerde gönüllü olarak çalışan ve gönüllü olmayıp bu programa katılmayan üçüncü sınıf tıp öğrencilerinin empati seviyelerini karşılaştırmıştır. Üçüncü sınıf öğrencilerine tıp eğitimlerinin başında yani birinci sınıfta ve üçüncü sınıfın sonunda olmak üzere iki kez uygulanan JSPE-S ölçeğinin skorları incelendiğinde her iki grupta da skorlarda düşüş görülmekte olup, gönüllü olmayan öğrencilerin empati skorlarındaki düşüş (ön test $114,80\pm0,60$, son test $111,70\pm11,40$, $p=0,009$) anlamlı iken, gönüllü olan öğrencilerdeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildir (ön test $114,40\pm9,90$, son test $112,20\pm10,30$, $p=0,07$). Dolayısıyla bu çalışma öğrencilerin kliniklerde çalışmalarının, tıp eğitiminin ilerleyen dönemleri boyunca empati skorlarındaki düşüşü engellediği sonucuna varmıştır (105).

Ancak öğrencilere verilen eğitimlerin ve müdahalelerin kısa dönemde etkili olduğu, bu olumlu etkinin orta ve uzun vadede kaybolduğu yapılan bazı çalışmalarda

gösterilmiştir. Van Winkle ve ark. tıp fakültesi ve eczacılık fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin katıldığı, meslektaşları tarafından gerçekleştirilen, yaşlı hastalarla ilgili karşılaştıkları sorunların ve yaşadıkları endişelerin konu edildiği bir tiyatro izlenmesi ve tartışılmasını içeren bir etkinlik öncesi, hemen sonrası ve eczacılık öğrencilerine yedi, tıp öğrencilerine de yirmi altı gün sonra tekrar olmak üzere toplamda üç kez JSPE uygulamışlar. Her iki öğrenci grubunda da empati skorlarının, etkinliğin hemen sonrasında anlamlı olarak arttığı gözlemlenmiş ancak bu artış yedi ve yirmi altı gün sonrasında yapılan ikinci ölçümlerde kaybolarak eğitim öncesi skorlara çok yakın seviyelere düşmüştür (106).

Empati eğitiminin orta vadede etkinliğini araştıran diğer bir çalışma 2014 yılında Williams ve ark. tarafından Malezya'daki birinci sınıf tıp öğrencileriyle yapılmıştır. Yirmi dakikalık DVD simülasyonu ve sonrasında tartışmanın da yer aldığı iki saatlik interaktif bir empati çalıştayından önce ve beş hafta sonra olmak üzere öğrencilere JSPE-S uygulanmış, eğitim sonrası ortalama JSPE-S puanlarının ($117,93 \pm 13,13$), eğitim öncesi ortalama JSPE-S puanlarına ($112,08 \pm 10,67$) göre anlamlı olarak arttığı gözlenmiştir ($p=0,001$). Eğitim öncesi ve sonrası olmak üzere her iki ölçümde de kız ve erkek öğrencilerin empati puanları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Bununla birlikte eğitim sonrası kadın öğrencilerin empati puanlarındaki artış (ön test= $110,50$; son test= $119,60$; $p=0,006$) anlamlı iken eğitim sonrası erkek öğrencilerin skorundaki artış az miktarda olup, (ön test= $114,00$; son test= $115,80$; $P=0,86$) istatistiksel olarak anlamlı değildir (109).

Bu bulgular ışığında pek çok araştırmacı öğrencilerin empatilerinin iyileştirilmesi ve eğitimin ilerleyen dönemlerdeki empati düşüşlerinin önlenmesi amacıyla erken klinik deneyimler, empatiyle ilgili eğitimler, vaka bazlı seminerler, videolar izlenmesi,

dramalar gibi çeşitli müdahalelerin sürekli olarak takviyesi ihtiyacına işaret etmektedir (105).

Ancak tıp öğrencilerinin empati seviyelerinde eğitimin ilerleyen safhalarında azalma olduğunu kabul eden görüş son yıllarda yapılan çalışmaların farklı sonuçlar ortaya koymasıyla tartışma konusu olmuştur. Hindistan, İran, İngiltere, ABD ve Karayipler'deki bazı araştırmalar empati skorlarının düştüğü görüşünü desteklerken, Portekiz, Kore, Japonya, Bangladeş, ABD, Brezilya, İngiltere, Hırvatistan'daki bazı çalışmalar empati skorlarında önemli bir değişiklik olmadığı ya da artış olduğunu bildirmişlerdir (87, 90, 92, 110). Yine 2016'da yayınlanan Güney Avustralya'da tıp öğrencileri ve hekimlerin empati skorlarını belirleyen çalışmada, prelinik ve klinik staj alan öğrencilerin JSPE puanlarında anlamlı bir değişiklik gösterilememiştir. Dönemin başında ve sonunda olmak üzere JSPE-S ölçeğinin iki kez uygulandığı araştırmada, birinci sınıf öğrencilerinin ortalama JSPE-S puanı ($102,8 \pm 17,7$) ikinci sınıf öğrencilerin puanından anlamlı olarak düşük bulunmuş ($115,7 \pm 11,1$, $p < 0,05$) ve eğitimin ilerleyen safhalarında skorda anlamlı bir değişme olmamıştır. Bununla birlikte sadece birinci sınıf öğrencilerinin dönem başında ($112,3 \pm 9,6$) ve sonundaki ($102,8 \pm 17,7$) JSPE-S puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0,045$). Ayrıca araştırmadaki Dahiliye, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Anesteziyoloji, Acil Hekimliği, Aile Hekimliği, Genel Cerrahi gibi pek çok branştaki, çoğunlukla uzmanlık sonrası en az sekiz ve daha fazla yıl olmak üzere çalışan kıdemli doktorların oluşturduğu hekim grubunun empati skorları, tüm dönem öğrencileriyle karşılaştırılmış ve anlamlı bir fark bulunmamıştır (111).

Portekiz'de Minho Üniversitesi'nde bir ve altıncı sınıf tıp öğrencilerinde yapılan çalışmada da beklenilen aksine altıncı sınıf öğrencilerin ortalama JSPE-S puanı ($118,21 \pm 9,10$) birinci sınıf öğrencilerin puanlarından ($110,31 \pm 10,63$) anlamlı olarak

yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Ayrıca son sınıf öğrencilerinin, ölçeğin ilk iki faktörü olan “perspektif alma” ve “şefkatle davranma” bölümlerinden (sırasıyla $59,38\pm6,31$ ve $48,78\pm4,04$) aldığı puanların birinci sınıf öğrencilerine göre (sırasıyla $55,82\pm6,48$ ve $45,81\pm5,22$); anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). “Hastanın ayakkabısını giyme” faktöründen alınan puanlarda ise önemli bir farklılık bulunmamıştır. Birçok çalışmadaki bulgulara benzer olarak kadın öğrencilerin empati puanları ($112,86\pm10,81$) erkek öğrencilerinkine ($110,32\pm10,69$) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Kadın öğrencilerin “şefkatle davranma” faktör puanları belirgin olarak erkek öğrencilerden yüksek iken ($p <0,001$), “perspektif alma” ve “hastanın ayakkabısını giyme” faktör puanlarında, anlamlı bir fark bulunmamıştır (92).

Bizim çalışmamızdaki son sınıf öğrencilerin empati puanlarına göz attığımızda, Asya ülkelerindeki öğrencilerin puanlarına benzer nitelikte olup Avrupa ve Amerika’daki öğrencilerden daha düşüktür. Önceki çoğu çalışmada da gösterildiği gibi, kadın öğrencilerin empati puanları erkek öğrencilerin puanlarından daha yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin empati seviyeleriyle hasta merkezli tutumlarının ilişkisi incelendiğinde, empati ile hasta merkezlilik arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Yani öğrencilerin empati seviyeleri arttıkça hastayı daha merkeze alan bir tutuma sahip oldukları söylenebilir. Öğrencilerin empatileriyle hasta merkezli tutum arasındaki ilişkiyi daha önce değerlendiren bir çalışmaya tarafımızca ulaşamamıştır. Ancak hasta-hekim ilişkisinde hekimin hastaların değerlerine, fikirlerine duyarlı ve saygılı, onlara empatiyle yaklaşan, beklentilerini karşılamaya çalışan bireyler olması hasta merkezli yaklaşımın temel prensibidir. Dolayısıyla eğitimlerle empati seviyesi yüksek tıp öğrencilerinin yetiştirilmesi, hasta merkezli yaklaşım gösteren hekimlerin gelecekte daha fazla olmasını da mümkün kılacaktır.

6. SONUÇLAR

6.1 Çalışmamıza iki yüz biri (%26,45) dönem bir, yüz yedisi (%14,08) dönem üç, yüz doksan üçü (%25,39) dönem 6 olmak üzere toplamda beş yüz bir tıp fakültesi öğrencisi ve iki yüz elli dokuz (%34,08) hasta olmak üzere toplamda yedi yüz altmış kişi katılmıştır.

6.2 Çalışmaya katılanların dört yüz yirmi beşi kadın, üç yüz otuz beşi erkektir. Yaş ortalaması dönem birin $19,30 \pm 0,10$ yıl, dönem üçün $21,38 \pm 0,09$ yıl dönem altının $24,49 \pm 0,07$ yıl hastaların ise $39,68 \pm 0,74$ yıldır.

6.3 Hastaların seksen üçü (%32) memur, kırk dokuzu (%18,9) ev hanımı, kırk sekizi (%18,5) işçi, otuz ikisi (%12,4) öğrenci, otuz ikisi (%12,4) özel sektör çalışanı, on beşi (%5,8) emekli idi. Hastaların yüz yetmiş dördü (%67,2) evli idi. Yüz elli biri (%58,3) üniversite, seksen biri (%31,3) lise, yirmi yedisi (%10,4) ortaokul ve alt sınıf mezunuydu.

6.4 Hastaların yüz otuz dokuzunun (%53,7) herhangi bir kronik hastalığı yok iken, yüz yirmisinin (%46,3) hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet, osteoporoz, hipotiroidi, böbrek hastalığı gibi kronik hastalığı mevcuttu

6.5 Dönem bir öğrencilerinin toplam PPOS puan ortalaması $4,17 \pm 0,42$, dönem üçün $3,76 \pm 0,37$, dönem altının $3,33 \pm 0,34$ olup, doktor merkezli tutum göstermektedirler. Hastaların toplam PPOS puan ortalaması ise $3,10 \pm 0,76$ 'dır

6.6 Kadın öğrencilerin toplam PPOS ve alt ölçek puanları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek iken ($p=0,000$), hastalar arasında cinsiyetin hasta merkezlilik üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır

6.7 Toplam PPOS puan ortalaması dönem bir öğrencileri için kadınlarda $4,49\pm 0,30$, erkeklerde $3,87\pm 0,28$, dönem üç öğrencileri için kadınlarda $3,92\pm 0,33$, erkeklerde $3,48\pm 0,25$, son sınıf öğrencileri için kadınlarda $3,44\pm 0,30$, erkeklerde $3,17\pm 0,32$ olarak bulunmuştur.

6.8 Katılımcıların medeni ve eğitim durumunun hasta merkezli tutum üzerinde anlamlı etkisi bulunmamakla birlikte, hastaların mesleği hasta merkezli tutumu etkileyen bir faktördür. En yüksek puan memur grubunda iken en düşük puan ev hanımlarında bulunmuştur.

6.9 Herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumunun hasta merkezlilik açısından anlamlı derecede olumsuz etki yarattığı görülmüştür

6.10 En yüksek PPOS puanları 50-59 yaş grubunda görülmekte olup, yaş grupları arasında anlamlı fark mevcuttur

6.11 Son sınıf öğrencilerine verilen eğitim, öğrencilerin toplam PPOS ve alt ölçek puanlarının anlamlı olarak artmasını sağlamıştır.

6.12 Son sınıf öğrencilerinin empati düzeyleri incelendiğinde, kız öğrencilerin ortalama JSPE-S puanı ($108,90\pm 8,56$), erkek öğrencilerin puanından ($93,60\pm 7,01$) anlamlı olarak yüksek olup, bu yükseklik alt ölçek skorlarına da yansımıştır

6.13 Öğrencilere verilen eğitim, toplam JSPE-S ve alt ölçek puanlarında anlamlı artış sağlamıştır.

6.14 Empatinin hasta merkezlilik ile pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki vardır.

7. ÖNERİLER

Çalışmamızın sonucunda literatürdeki diğer çalışmalara paralel olarak öğrencilerin öğrenimleri süresince empati seviyeleriyle birlikte hasta merkezli tutumlarının giderek azaldığı, ancak yapılan eğitimle bu durumun değişebileceği görülmüştür. Bu nedenle tıp eğitiminde bu konuya daha çok önem verilmesi ve gerekli müfredat değişikliklerinin yapılarak bu konuda vaka bazlı eğitimler, simüle hastaların kullanımı ve rol oynama gibi eğitimlerin yanı sıra video izleme, drama vb. görsel eğitimlerle geleceğin hekimleri olan tıp fakültesi öğrencilerinin düşüncelerini hasta merkezli yönde etkileyecek, ilerideki hekimlik uygulamalarını da bu anlayışla devam ettirmelerini sağlayacak girişimlerin uygulanması faydalı olabilir.

8. KAYNAKLAR

1. Sahin G, Artıran İgde F. Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2014;5(3):38-43.
2. Hur Y, Cho AR, Choi CJ. Medical students' and patients' perceptions of patient-centred attitude. *Korean J Med Educ*. 2017;29(1):33-9.
3. McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of family medicine*: Oxford University Press; 2009.
4. Ting X, Yong B, Yin L, Mi T. Patient perception and the barriers to practicing patient-centered communication: A survey and in-depth interview of Chinese patients and physicians. *Patient Educ Couns*. 2016;99(3):364-9.
5. Wilcox MV, Orlando MS, Rand CS, Record J, Christmas C, Ziegelstein RC, et al. Medical students' perceptions of the patient-centredness of the learning environment. *Perspect Med Educ*. 2017;6(1):44-50.
6. Sladdin I, Ball L, Bull C, Chaboyer W. Patient-centred care to improve dietetic practice: an integrative review. *J Hum Nutr Diet*. 2017;30(4):453-70.
7. Wear D, Castellani B. The development of professionalism: curriculum matters. *Acad Med*. 2000;75(6):602-11.
8. Thomas PA. *Curriculum development for medical education: a six-step approach*: JHU Press; 2015.
9. Smith RC. *Patient-centered interviewing: an evidence-based method*: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
10. Ataç A. İletişim, Tıp Etiği ve Tıp Uygulamalarında Yansıması. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2009;40:89-95.
11. Jones MC, Williams B, Rattray J, MacGillivray S, Baldie D, Abubakari AR, et al. Assessing person-centredness: Developing the updated Valuing Patients as Individuals Scale (uVPAIS) for use in an adult, acute hospital setting using Exploratory Factor Analysis. *J Clin Nurs*. 2017.
12. Grol R, de Maeseneer J, Whitfield M, Mokkink H. Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and The Netherlands. *Fam Pract*. 1990;7(2):100-3.
13. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*. 2001;322(7284):444-5.
14. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804.
15. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD003267.
16. Stewart M. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*: Radcliffe Publishing; 2003.
17. McWhinney IR, Freeman T. *Aile Hekimliği*. 3 ed. Guldal D, editor. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık ve Oxford University Pres; 2012.
18. Özçakır A. Hekim-Hasta İlişkisi: Karar Verme Sürecinde Hastanın Yeri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2004;24(4):411-5.
19. Brown J. *Patient-Centred Collaborative Practice*. Ottawa: Health Canada. 2004.
20. Organization WH, editor *Ottawa charter for health promotion*. First International Health Promotion Conference, Ottawa, Canada, 1986; 1986.
21. Sağlık Bakanlığı TC. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında Sağlık Bakanlığı yönergesi In: Sağlık Bakanlığı TC, editor. Ankara2005.
22. Şen MG. İzmir ilinde çalışan aile hekimlerinin klinik uygulamalarında biyopsikososyal yaklaşımı ne ölçüde uyguladıklarının saptanması. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2013.
23. Özdemir S. *Tıp Eğitimi Sürecinin Öğrencilerin Hasta Hekim İlişkisine Yönelik Tutumları Üzerine Etkisi* İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2013.
24. Tekiner AS, A.G. C. *Sağlığa biyopsikososyal yaklaşım 2008* [Available from: http://ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=745&t=SAGLIGA_BIYOPSIKOSOSYAL_YAKLASIM].

25. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51(7):1087-110.
26. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137(5):535-44.
27. Görgün M. Aile Sağlığı Merkezlerinin Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi Ölçütleri Açısından Değerlendirilmesi Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2015.
28. Greene SM, Tuzzio L, Cherkin D. A framework for making patient-centered care front and center. *Perm J.* 2012;16(3):49-53.
29. Quill TE, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med.* 1996;125(9):763-9.
30. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns.* 2016;99(12):1923-39.
31. Ozlu T. Tıbbi bakım sürecinde hasta rolünün etkinleştirilmesi. *Medimagazin.* 2005.
32. Kıyınat Z, Dağdeviren HN. Hasta Merkezli Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics.* 2017;8(2):89-92.
33. Heath I. World Organisation of Family Doctors (Wonca) perspectives on person-centered medicine. *Int J Integr Care.* 2010;10 Suppl:e005.
34. Gezergün A, Şahin B, Tengilimoğlu D, Demir C, Bayer E. Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2006;2006(6):1.
35. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Br Med J.* 1975;2(5969):486-9.
36. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care.* 2004;42(3):200-9.
37. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract.* 1996;46(408):433-6.
38. Uzman HM, Özbakır D, Ergin C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti: bir saha çalışması: Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. *Ankara Haberal Eğitim Vakfı.* 1997;113-8.
39. Esmaili M, Cheraghi MA, Salsali M. Cardiac patients' perception of patient-centred care: a qualitative study. *Nurs Crit Care.* 2016;21(2):97-104.
40. Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract.* 2001;50(12):1057-62.
41. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med.* 2011;24(3):229-39.
42. Stone S. A retrospective evaluation of the impact of the Planetree patient-centered model of care on inpatient quality outcomes. *HERD.* 2008;1(4):55-69.
43. Luxford K, Piper D, Dunbar N, Poole N. Patient centred care: Improving quality and safety by focusing care on patients and consumers — discussion paper. Canberra: Australian Commission on Safety and Quality on Health Care; 2010.
44. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 2001;323(7318):908-11.
45. Charmel PA, Frampton SB. Building the business case for patient-centered care. *Healthc Financ Manage.* 2008;62(3):80-5.
46. IOM. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): Institute of Medicine 2001. Report No.: 0309072808.
47. Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, de Haes HC. Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. *Med Care.* 2007;45(4):330-9.

48. Stewart M, Brown JB, Hammerton J, Donner A, Gavin A, Holliday RL, et al. Improving communication between doctors and breast cancer patients. *Ann Fam Med*. 2007;5(5):387-94.
49. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*. 1984;101(5):692-6.
50. Teke AK, Cengiz E, Demir C. Hekimlerin Empatik Özelliklerinin Ölçümü Ve Bu Ölçümlerin Demografik Değişkenlere Göre Değişimi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2010;19(3):505-16.
51. Dokmen U. İletişim çatışmaları ve empati [Communication conflicts and empathy]. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 2005.
52. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2000;39(1):49-59.
53. Hojat M, Gonnella JS. Eleven Years of Data on the Jefferson Scale of Empathy-Medical Student Version (JSE-S): Proxy Norm Data and Tentative Cutoff Scores. *Med Princ Pract*. 2015;24(4):344-50.
54. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Magee M, editors. Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Seminars in Integrative Medicine*; 2003: Elsevier.
55. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(9):1563-9.
56. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJ, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*. 2001;61(2):349-65.
57. Gönüllü İ, Öztuna D. A Turkish Adaptation of the Student Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Marmara Medical Journal*. 2012;25(2).
58. Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. *Med Educ*. 2004;38(5):522-34.
59. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004;38(9):934-41.
60. Coulehan J, Williams PC. Vanquishing virtue: the impact of medical education. *Acad Med*. 2001;76(6):598-605.
61. Krupat E, Pelletier S, Alexander EK, Hirsh D, Ogur B, Schwartzstein R. Can changes in the principal clinical year prevent the erosion of students' patient-centered beliefs? *Acad Med*. 2009;84(5):582-6.
62. Tsimtsiou Z, Kerasidou O, Efstathiou N, Papaharitou S, Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. *Med Educ*. 2007;41(2):146-53.
63. Wahlqvist M, Gunnarsson RK, Dahlgren G, Nordgren S. Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference. *Med Teach*. 2010;32(4):e191-8.
64. Ribeiro MM, Krupat E, Amaral CF. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Med Teach*. 2007;29(6):e204-8.
65. Ahmad W, Krupat E, Asma Y, Fatima NE, Attique R, Mahmood U, et al. Attitudes of medical students in Lahore, Pakistan towards the doctor-patient relationship. *PeerJ*. 2015;3:e1050.
66. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ*. 2002;36(6):568-74.
67. Lee KH, Seow A, Luo N, Koh D. Attitudes towards the doctor-patient relationship: a prospective study in an Asian medical school. *Med Educ*. 2008;42(11):1092-9.
68. Lau SR, Christensen ST, Andreasen JT. Patients' preferences for patient-centered communication: a survey from an outpatient department in rural Sierra Leone. *Patient Educ Couns*. 2013;93(2):312-8.

69. Schneider A, Korner T, Mehring M, Wensing M, Elwyn G, Szecsenyi J. Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice. *Patient Educ Couns.* 2006;61(2):292-8.
70. Tsimtsiou Z, Kirana PS, Hatzichristou D. Determinants of patients' attitudes toward patient-centered care: a cross-sectional study in Greece. *Patient Educ Couns.* 2014;97(3):391-5.
71. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med.* 2005;61(7):1516-28.
72. Kim M-J. Differences in attitude toward patient-centeredness in patients and physicians. *Korean journal of medical education.* 2013;25(2):149-56.
73. Abiola T, Udofia O, Abdullahi AT. Patient-doctor relationship: the practice orientation of doctors in Kano. *Niger J Clin Pract.* 2014;17(2):241-7.
74. Grilo AM, Santos MC, Rita JS, Gomes AI. Assessment of nursing students and nurses' orientation towards patient-centeredness. *Nurse Educ Today.* 2014;34(1):35-9.
75. Ross EF, Haidet P. Attitudes of physical therapy students toward patient-centered care, before and after a course in psychosocial aspects of care. *Patient education and counseling.* 2011;85(3):529-32.
76. Wachtler C, Troein M. A hidden curriculum: mapping cultural competency in a medical programme. *Med Educ.* 2003;37(10):861-8.
77. McNair R, Griffiths L, Reid K, Sloan H. Medical students developing confidence and patient centredness in diverse clinical settings: a longitudinal survey study. *BMC Med Educ.* 2016;16:176.
78. Meirovich A, Ber R, Moore M, Rotschild A. Student-centered tutoring as a model for patient-centeredness and empathy. *Adv Med Educ Pract.* 2016;7:423-8.
79. Kaufman DM, Laidlaw TA, Langille D, Sargeant J, MacLeod H. Differences in medical students' attitudes and self-efficacy regarding patient-doctor communication. *Acad Med.* 2001;76(2):188.
80. Lévesque M, Hovey R, Bedos C. Advancing patient-centered care through transformative educational leadership: a critical review of health care professional preparation for patient-centered care. *J Healthcare Leadership.* 2013;5:35-46.
81. 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;16:92.
82. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med.* 2009;84(9):1182-91.
83. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med.* 2008;83(3):244-9.
84. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med.* 2007;22(10):1434-8.
85. 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.
86. 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.
87. Quince T, Thiemann P, Benson J, Hyde S. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. *Adv Med Educ Pract.* 2016;7:443-55.
88. Smith KE, Norman GJ, Decety J. The complexity of empathy during medical school training: evidence for positive changes. *Med Educ.* 2017.
89. Sun B, Luo Z, Zhang W, Li W, Li X. Age-related differences in affective and cognitive empathy: self-report and performance-based evidence. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn.* 2017:1-18.
90. 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.

91. 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):e471-8.
92. Magalhaes E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2011;11:52.
93. Quince TA, Parker RA, Wood DF, Benson JA. Stability of empathy among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. *BMC Med Educ*. 2011;11:90.
94. Shashikumar R, Chaudhary R, Ryali VS, 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.
95. Shariat SV, Habibi M. Empathy in Iranian medical students: measurement model of the Jefferson scale of empathy. *Med Teach*. 2013;35(1):e913-8.
96. Youssef FF, Nunes P, Sa B, Williams S. An exploration of changes in cognitive and emotional empathy among medical students in the Caribbean. *Int J Med Educ*. 2014;5:185-92.
97. Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Acad Med*. 2005;80(2):164-7.
98. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Med Educ*. 2014;48(10):963-79.
99. Quince TA, Wood DF, Parker RA, Benson J. Prevalence and persistence of depression among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. *BMJ Open*. 2012;2(4).
100. Brazeau CM, Shanafelt T, Durning SJ, Massie FS, Eacker A, Moutier C, et al. Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Acad Med*. 2014;89(11):1520-5.
101. Dahlin M, Nilsson C, Stotzer E, Runeson B. Mental distress, alcohol use and help-seeking among medical and business students: a cross-sectional comparative study. *BMC Med Educ*. 2011;11:92.
102. Bassols AM, Okabayashi LS, Silva AB, Carneiro BB, Feijo F, Guimaraes GC, et al. First- and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(3):233-40.
103. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006;81(4):354-73.
104. Littlewood S, Ypinazar V, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Dornan T. Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. *BMJ*. 2005;331(7513):387-91.
105. Modi A, Fascelli M, Daitch Z, Hojat M. Evaluating the Relationship Between Participation in Student-Run Free Clinics and Changes in Empathy in Medical Students. *J Prim Care Community Health*. 2017;8(3):122-6.
106. Van Winkle LJ, Fjortoft N, Hojat M. Impact of a workshop about aging on the empathy scores of pharmacy and medical students. *Am J Pharm Educ*. 2012;76(1):9.
107. Hojat M, Axelrod D, Spandorfer J, Mangione S. Enhancing and sustaining empathy in medical students. *Med Teach*. 2013;35(12):996-1001.
108. Lim BT, Moriarty H, Huthwaite M. "Being-in-role": A teaching innovation to enhance empathic communication skills in medical students. *Med Teach*. 2011;33(12):e663-9.
109. Williams B, Sadasivan S, Kadirvelu A, Olaussen A. Empathy levels among first year Malaysian medical students: an observational study. *Adv Med Educ Pract*. 2014;5:149-56.
110. 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(9):1192-7.
111. Mahoney S, Sladek RM, Neild T. A longitudinal study of empathy in pre-clinical and clinical medical students and clinical supervisors. *BMC Med Educ*. 2016;16(1):270.

9. EKLER

EK 1: DÖNEM 1, 3, 6 ÖĞRENCİLERİNE UYGULANAN ANKET FORMU

HASTA MERKEZLİ BAKIM KONUSUNDA HEKİM VE HASTALARIN ALGI VE GÖRÜŞLERİ

Bu çalışmada hasta-hekim görüşmesi ile ilgili algı ve görüşlerinizi belirlemeyi amaçladık. Veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Numara: | Dönem: | Yaş: | Cinsiyet:
Lütfen aşağıdaki sorulara ne derecede katıldığınızı her bir sorudan sonra verilmiş kutulara size uygun skala numarasını işaretleyerek belirtiniz. Sorulara cevap verirken aşağıda görülen 6 numaralık skalayı kullanınız. Skaladaki daha yüksek numara soruya daha fazla katılma durumunu göstermektedir.

1 Kesinlikle katılmıyorum ←————→ Kesinlikle katılıyorum 6

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

EK 2: DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNE UYGULANAN ANKET FORMU

Numara: | Dönem: | Yaş: | Cinsiyet:
Lütfen aşağıdaki sorulara ne derecede katıldığınızı her bir sorudan sonra verilmiş kutulara size uygun skala numarasını işaretleyerek belirtiniz. Sorulara cevap verirken aşağıda görülen 7 numaralık skalayı kullanınız. Skaladaki daha yüksek numara soruya daha fazla katılma durumunu göstermektedir.

1 2 3 4 5 6 7
Kesinlikle katılmıyorum ←————→ Kesinlikle katılıyorum

Jefferson Hekim Empati Skalası – Öğrencisi Versiyonu	1	2	3	4	5	6	7
1. Hastaların ve ailelerinin hissettiklerine dair görüşüm, tıbbi ya da cerrahi tedavilerini etkilemez.							
2. Hastalarım, onların duygularını anladığımda kendilerini daha iyi hissederler.							
3. Olayları hastalarımın bakış açısından görmek benim için zordur.							
4. Hekim-hasta ilişkilerinde, hastalarımın beden dilini anlamamın, sözlü iletişim kadar önemli olduğunu düşünürüm.							
5. Daha iyi bir klinik sonuç almama katkıda bulunan iyi bir espri anlayışım vardır.							
6. İnsanlar farklı olduğu için olayları hastalarımın bakış açısından görmek benim için zordur.							
7. Hastalarımın anamnez (hikâye) alırken veya bedensel sağlıklarıyla ilgili sorular sorarken, onların duygularını dikkate almamaya çalışırım.							
8. Hastalarımın yaşam tecrübeleriyle (özel yaşamları, hastane / hastalık veya iş tecrübeleri) ilgilenmem, tedavinin sonuçlarını etkilemez.							
9. Hastalarımın tedavi hizmeti verirken, kendimi onların yerine koymaya çalışırım.							
10. Hastalarımın duygularına ilişkin görüşüm onlar için önemlidir ve bu durum tedavilerine katkıda bulunur.							
11. Hastalar sadece tıbbi ya da cerrahi tedavi ile iyileşebilir; bu nedenle hastalarımın olan duygusal bağımın, tıbbi ve cerrahi sonuçlar üzerinde önemli bir etkisi yoktur.							
12. Hastalara özel hayatlarıyla ilgili sorular sormak, onların fiziksel durumlarıyla ilgili şikâyetlerini anlamaya yardımcı olmaz.							
13. Hastalarımın sözlü olmayan ifadelerine ve beden dillerine dikkat ederek, onların aklından neler geçtiğini anlamaya çalışırım.							
14. Tıbbi hastalıkların tedavisinde duygunun yerinin olmadığına inanıyorum.							
15. Empati, tedavi edici bir yetenek olup, bu yeteneğin kullanılmadığı durumlarda tedavinin başarısı sınırlıdır.							
16. Hastalarımın kadar ailelerinin de duygusal durumlarıyla ilgili görüşüm, hastalarımın kurulan ilişkinin önemli bir parçasıdır							
17. Daha iyi bir tedavi hizmeti sunmak için hastalarım gibi düşünmeye çalışırım.							
18. Hastalarım ile onların aile üyeleri arasındaki güçlü bağların beni etkilemesine izin vermem.							
19. Tıbbi olmayan yazıları okumaktan ve sanattan hoşlanmam.							
20. Tıbbi ya da cerrahi tedavide, empatinin tedavi edici önemli bir etken olduğuna inanıyorum.							

EK-3: HASTALARA UYGULANAN ANKET FORMU

Bu çalışmada hasta-hekim görüşmesi ile ilgili görüş ve tecrübelerinizi belirlemeyi amaçladık. Veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz.....
3. Mesleğiniz...
4. Medeni durumunuz...
5. Eğitim durumunuz.....
6. Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı...
7. Aile hekiminize ne sıklıkta gidersiniz.....

Lütfen aşağıdaki sorulara ne derecede katıldığınızı her bir sorudan sonra verilmiş kutulara size uygun skala numarasını işaretleyerek belirtiniz. Sorulara cevap verirken aşağıda görülen 6 numaralık skalayı kullanınız. Skaladaki daha yüksek numara soruya daha fazla katılma durumunu göstermektedir.

1 2 3 4 5 6
Kesinlikle katılmıyorum ←————→ Kesinlikle katılıyorum

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

EK-4: ETİK KURUL ONAYI

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ *526*.

03.06.2013

Sayın: Doç. Dr. Füsün Aysin Artıran İĞDE

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Hasta merkezli bakım konusunda hekim ve hastaların algı ve görüşleri** başlıklı, OMÜ KA EK 2012/119 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz: Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 29.11.2012 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

. Bilgilerinize arz/rica ederim.



Doç. Dr. A. Tefik SÜNER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkan Yard.