

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ İLE PSİKİYATRİ UZMAN VE UZMANLIK  
ÖĞRENCİLERİNİN BİYOPSİKOSOSYAL  
YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Şükriye BAYRAK ÖZDİN**

**SAMSUN / 2015**



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ İLE PSİKİYATRİ UZMAN VE UZMANLIK  
ÖĞRENCİLERİNİN BİYOPSİKOSOSYAL  
YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. Şükriye BAYRAK ÖZDİN**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Doç. Dr. Füsün Ayşin ARTIRAN İĞDE**

**SAMSUN / 2015**

## TEŞEKKÜR

Yoğun çalıŐmalarım esnasında sabır gösterdiği, bana katlandığı ve yardım ettiği için hayat arkadaŐım, canım eŐim Selçuk ÖZDİN'e,

Beni hayata hazırlayan, bu günlere getiren ve bu süreçte sevgisini, desteğini benden esirgemeyen çok sevgili aileme,

Uzmanlık eğitimim süresince bana yol gösteren, bu zorlu süreçte beni destekleyen, motive eden, hoŐgörü ve sabrını esirgemeyen, yanında çalıŐmaktan mutluluk ve onur duyduğum değerli hocam, tez danıŐmanım sayın Doç Dr. Füsun Ayšın ARTIRAN İğDE'ye, uzmanlık eğitimim süresince bana her konuda destek olan değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Füsun YARIŐ'a, sayın Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ'ye, sayın Doç. Dr. B. Murat YALÇIN'a, sayın Yrd. Doç. Dr. Mustafa Yasin SELÇUK'a ve sayın Yrd. Doç. Dr. Mustafa NAL'a,

Benimle bilgi ve tecrübelerini paylaŐan, yanımda olduklarını hissettiren ve her koŐulda bana yardımcı olan çok sevgili dostlarım, Dr. GŐah ÖZTÜRK'e, Dr. Onur ÖZTÜRK'e, Dr. Ayšınur ALPER GÜRZ'e ve yanımda olan tüm asistan hekim arkadaşlarıma,

Bana vakit ayırarak çalıŐmama katılım gösteren tüm meslektaŐlarıma,

Teşekkür ederim.

Dr. Şükriye BAYRAK ÖZDİN

## İÇİNDEKİLER

## Sayfa No:

TEŞEKKÜR.....	4
İÇİNDEKİLER.....	5
ŞEKİL LİSTESİ.....	8
TABLO LİSTESİ.....	9
KISALTMALAR.....	12
ÖZET.....	13
ABSTRACT.....	15
1. GİRİŞ.....	17
1.1 Model Değişikliği.....	17
1.2 Biyopsikososyal Modelin Tarihsel Gelişimi.....	18
1.3 Sistemler Teorisi.....	20
1.4 Biyopsikososyal Modelin Tanımı.....	23
1.5 Sağlığa Biyopsikososyal Yaklaşım.....	24
1.6 Hasta Merkezli Yaklaşım.....	26
1.6.1 Hem hastalığı hem de rahatsızlığı araştırmak.....	27
1.6.2 İnsanı bir bütün olarak anlamak.....	29
1.6.3 Hastalığın tedavisi hakkında ortak bir zemin bulmak.....	29

1.6.4 Sağlığın korunması ve iyileştirilmesinin kapsanması.....	30
1.6.5 Hasta- hekim ilişkisini artırmak.....	30
1.6.6 Gerçekçi olmak.....	31
1.7 Empati.....	31
1.8 Biyopsikososyal Modelin Klinik Uygulaması.....	33
2. AMAÇ.....	36
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER.....	37
3.1 Araştırma Modeli.....	37
3.2 Araştırma Örneklemi .....	37
3.3 Araştırmanın Yürütülmesi.....	37
3.3.1 Hasta- Hekim Oryantasyon Ölçeği (Patient Practitioner Orientation Scale).....	38
3.3.2 Jefferson Hekim Empati Ölçeği (The Jefferson Scale of Physician Empathy).....	40
3.4 İstatistiksel Analizler.....	44
3.5 Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar .....	45
3.6 Araştırmanın Bütçesi.....	45
4. BULGULAR.....	46

5. TARTIŞMA.....	70
6. SONUÇLAR.....	104
7. KAYNAKLAR.....	111
8. EKLER.....	122
EK- 1 Hekimlerin Demografik Özelliklerini İçeren Anket.....	122
EK- 2 Hasta-Hekim Oryantasyon Ölçeği.....	123
EK- 3 Jefferson Hekim Empati Ölçeği.....	124
EK- 4 Etik Kurul İzni.....	125

## **ŞEKİL LİSTESİ**

Şekil 1: Sistem Hiyerarşisi (Organizasyon Seviyeleri)

Şekil 2: Doğal Sistemlerin Hiyerarşisi

Şekil 3: “Rahatsızlık” ve “Hastalık”



## **TABLO LİSTESİ**

Tablo 1: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Demografik Özellikleri

Tablo 2: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Akademik Pozisyonlarının Karşılaştırılması

Tablo 3: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Meslekteki Toplam Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması

Tablo 4: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Umut Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 5: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Akademik Pozisyonları ile Refah Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 6: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Umut Düzeyleri ile Refah Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 7: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumları ile Umut Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 8: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanlarına Göre “Yerine Koyma”, “Duygusal Yaklaşım” ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 9: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre “Yerine Koyma”, “Duygusal Yaklaşım” ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 10: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre “Bakım”, “Paylaşım” ve Toplam PPOS Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 11: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre “Yerine Koyma”, “Duygusal Yaklaşım” ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 12: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre “Bakım”, “Paylaşım” ve Toplam PPOS Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 13: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 14: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Toplam PPOS Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 15: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Meslekteki Toplam Çalışma Sürelerine Göre “Yerine Koyma”, “Duygusal Yaklaşım” ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 16: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Meslekteki Toplam Çalışma Sürelerine Göre “Bakım”, “Paylaşım” ve Toplam PPOS Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 17: Çalışmaya Katılan Uzmanlık Öğrencilerinin Uzmanlık Eğitimi Yılları ile “Yerine Koyma”, “Duygusal Yaklaşım” ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 18: Çalışmaya Katılan Uzmanlık Öğrencilerinin Uzmanlık Eğitimi Yılları ile “Paylaşım”, “Bakım” ve Toplam PPOS Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 19: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Akademik Pozisyonları ile Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 20: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Akademik Pozisyonları ile Toplam PPOS Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 21: Çalışmaya Katılan Hekimlerin Poliklinikte Çalışma Sürelerine Göre “Yerine Koyma”, “Duygusal Yaklaşım” ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

## **KISALTMALAR**

PPOS: Patient Practitioner Orientation Scale

JSPE- S: The Jefferson Scale of Physician Empathy- Student version

JSPE- HP: The Jefferson Scale of Physician Empathy- Health Professional version

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BEES: Balanced Emotional Empathy Scale

ESWIM: Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine

POMS: Profile of Mood States

IRI: Interpersonal Reactivity Index

## ÖZET

**Amaç:** Biyopsikososyal model, bireyin hikayesi, hayat koşulları ve sağlığının, biyolojik, psikolojik ve sosyal durumların karşılıklı etkileşimleri dahilinde değerlendirilmesini kapsayan bütüncül bir yaklaşımdır. Aile hekimleri ve psikiyatristler, uzmanlık alanları gereği hastalarıyla kurdukları sürekli ilişki ve sundukları hizmetin devamlılığı açısından biyopsikososyal yaklaşımı en iyi bilmesi ve uygulaması gereken hekim gruplarıdır. Bu araştırmada, aile hekimliği ve psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencilerinin biyopsikososyal yaklaşım, hasta merkezli yaklaşım ve empati düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı, kesitsel tipte olan çalışma, Mart- Kasım 2014 tarihleri arasında çok merkezli olarak, ülke genelinde elektronik ortamda, posta aracılığıyla ve elden anket uygulaması şeklinde gerçekleştirilmiştir. 222 aile hekimliği, 183 psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencisi olmak üzere toplamda 405 hekime; iki ölçek (Patient Practitioner Orientation Scale, The Jefferson Scale of Physician Empathy) ve sosyodemografik özellikleri belirlemek için soruların yer aldığı toplamda 54 maddelik bir anket çalışması uygulanmıştır. Veriler SPSS 21.0 paket programı ile sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiş, istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi; t testi, Mann- Whitney U, ANOVA, Kruskal- Wallis ve ki- kare testleriyle analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların 222'sini (%54,8) aile hekimliği, 183'ünü (%45,2) psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin 245'i (%60,5) kadın, 158'i (%39) erkektir. Aile hekimlerinin ortalama toplam JSPE skorları  $78,79 \pm 11,45$ , psikiyatristlerin ise  $81,78 \pm 8,33$  olarak hesaplanmıştır.

Psikiyatristlerin toplam empati skorlarının ortalaması aile hekimlerinden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p: 0,003). Aile hekimlerinin toplam PPOS skorlarının ortalaması  $2,93 \pm 0,41$ , psikiyatristlerin ise  $3,31 \pm 0,39$  olarak hesaplanmıştır. Her iki uzmanlık alanında da ortalama PPOS skorları düşük bulunmuştur. Aile hekimlerinin hasta merkezli yaklaşımlarının, psikiyatristlerden anlamlı ölçüde düşük olduğu gösterilmiştir (p: 0,00).

**Sonuç:** Çalışmamızda hekimlerin hasta merkezli klinik yöntemi yeterince yerine getirmedikleri, özellikle birinci basamak hekimlerinin biyopsikososyal yaklaşımlarının daha yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar temel eğitim eksikliği, zaman azlığı ve hasta yoğunluğu, değişen sağlık politikaları gibi nedenlere bağlanabilir. Bu konuda hekimlerin bilinçlendirilmesi ve tıp eğitiminde konuya ağırlık verilmesi hekimlerin bakış açısı ve klinik uygulamaları üzerinde etkili olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta merkezli bakım, psikolojik modeller, empati, aile hekimliği, psikiyatri

## ABSTRACT

**Aim:** Biopsychosocial model is a holistic approach covering the evaluation of individual history, living conditions and health within biological, psychological and social conditions. Family physicians and psychiatrists are the physician groups who should know the biopsychosocial approach best and apply it for constant relationship with their patients as a requirement of their area of expertise and for the continuity of the services they provide. In this research, we aimed to evaluate the biopsychosocial and the patient- centered approach and the empathy levels of the family medicine and psychiatry specialists and the residents.

**Material and Methods:** The descriptive cross- sectional and multicenter study was made as a questionnaire applied country- wide in electronic media, by mail and delivery by hand between March- November 2014. A questionnaire consisting of 54 items in total, containing questions to determine sociodemographic characteristics and two scales (Patient Practitioner Orientation Scale, The Jefferson Scale of Physician Empathy) was given to 405 physicians in total, consisting of 222 family physicians, 183 psychiatrists and residents. Data were evaluated in number and percentage by SPSS 21.0 package programme and the statistical significance level was analyzed with t test, Mann- Whitney U, ANOVA, Kruskal- Wallis and chi-square tests. Statistical significance was considered as  $p < 0.05$ .

**Results:** 222 (%54.8) of the participants were family physicians, 183 were (45.2%) psychiatrists and residents. 245 physicians participated in the study (60.5%) were female and 158 (39%) were male. Average total JSPE scores of family physicians was calculated as  $78.79 \pm 11.45$  and the score of psychiatrists was  $81.78 \pm 8,33$ . The

average total empathy scores were found significantly higher of psychiatrists from family physicians (p: 0,003). Average total PPOS scores of family physicians was calculated as  $2.93 \pm 0.41$  and the score of psychiatrists was  $3.31 \pm 0.39$ . Average PPOS scores in both areas of expertise were found low but it also showed that the patient-centered approaches of family physicians were significantly lower than those of the psychiatrists (p: 0.00).

**Conclusions:** The result of the study shows that the doctors don't practice the patient- centered clinic method sufficiently and especially the biopsychosocial approach of primary care physicians are more insufficient. These results may be associated to the lack of education, lack of time and patient density and changing health policies. Raising awareness of physicians and emphasize this issue in medical education will have an impact on perspective of the physicians and their clinical practice.

**Keywords:** Patient- centered care, models psychological, empathy, family practice, psychiatry



## 1. GİRİŞ

Tarih boyunca tıp eğitimi bilimsel temeller üzerinde şekillenmiş ve hastalıkların tıbbi değerlendirmeleri hastaların ruhsal durumlarının önüne geçmiştir. Ancak günümüzde sağlık sektöründe sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik çalışmaların çoğalmasıyla beraber kaliteli hizmet sunabilmek için hizmet alanın beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması ve ruhsal açıdan değerlendirilmesi gerekliliği ortaya konmuştur. Her hastayı kendi hikayesi, eğitim seviyesi, davranış şekli, kültürel farklılığı, sağlıkla ilgili fikirleri, toplum içindeki yeri, kişisel olarak hassas olduğu konular ve mevcut problemleri ile farklı bir birey olarak kabul etmek ve bu çerçevede bir bütün olarak değerlendirmek gerekir. Bu yaklaşım için geleneksel tıp eğitimi hekimleri yeterince hazırlayamamaktadır (1). Bu nedenle tıp eğitiminde model değişikliğine gidilmiştir.

### 1.1 Model Değişikliği

1910'dan önce istekli hekim adayı çalışmakta olan bir hekimin yanında eğitilir daha sonra da ülkede kabul gören bir sağlık kuruluşu tarafından hekimliğe hazır olup olmadığı değerlendirilirdi. 1910'dan sonra Flexner Raporu'nun yayınlanmasıyla tıp eğitiminin üniversite formatında yapıldığı bir modele geçildi (2). Bu modelle birlikte tıp araştırmacıları otoritenin dayatmasıyla birlikte bilimsel araştırmalar yapmaya başlamıştır. Birçok açıdan bu durum tıp alanında standardizasyon sağlanmasına sebep olmuştur. Mevcut geleneksel standardizasyoncu (biyomedikal) yaklaşım bilimsel araştırma için ideal bir yapı oluştursa da hastalıkların incelenmesi, sınıflanması ve tedavisi açısından iki seçenekli bir soru oluşturmuş ve bireyleri bu iki seçenekli yapıdan birine sahip olup olmamak şeklinde sınıflamıştır. Hastalıklar belirli sebeplere bağlanmış ve belli kategorilere ayrılmıştır. Hekimin görevi ise doğru reçeteyi yazarak hastadan

bağımsız olarak hastalığın gidişatını etkilemektir. Bu süreç hastanın genel iyilik halini oluşturan insana özgü birçok niteliği dışlamaktadır (3-6). Bu nedenle hastayı bir bütün olarak ele almayı amaçlayan yeni bir model gereksinimi doğmuştur.

## **1.2 Biyopsikososyal Modelin Tarihsel Gelişimi**

Biyopsikososyal modele tarihi açıdan baktığımızda bu modelin geçmişte de izlerini görmek mümkündür. Antik Yunan'da Kos ve Knidos tıp okullarında iki teorinin izlerine rastlanmıştır. Kos okulu hastalığı hastanın çevresi ile birlikte algılıyordu. Tedavi, hastanın kendi hastalığının üstesinden gelmesini destekleyecek protokolleri içeriyordu. Knidos'lulara göre ise hastalıklar tek başlarına vardı. Hekimin görevi ise, hastalığı sınıflandırmak ve bununla ilgili özgün ilacı bulmaktı (7). Ancak daha sonraki yıllarda teknolojinin ilerlemesiyle beraber bilimin gelişmesi ile biyomedikal yaklaşım yaygın olarak kabul görmüş ve yirminci yüzyılın çoğuna egemen olmuştur. Bu model tıp eğitiminin temeli haline gelen, kendi sınırları içinde mükemmel bir öğretim aracı olmasına karşın, hastanın kişisel yönlerine çok az değinmekte ve hastanın kendi hikayesine yer vermemektedir (7, 8). Aile hekimleri çok yakın zamana kadar, eğitim hastanelerinde biyomedikal modele göre eğitilmişlerdir. Uygulamada ise, pek çok hastalarının herhangi bir tanı kriterini karşılamayan rahatsızlıkları, yaşam sorunları ve duygusal çalkantı karışımından oluşan sorunları olduğunu görmüşlerdir. Bu yüzden tıbbi modeli değiştirmek için ilk girişim, sorun yaratan hastalarını tartışırken kendilerine eşlik eden bir psikanalist ve hekim olan Michael Balint ile çalışan bir aile hekimi grubundan gelmiştir. Balint'in kitabı "Hekim, Hastası ve Rahatsızlık" ve izleyen seminerler aile hekimliği uygulaması üzerinde derin bir etki yapmış ve o dönemde tamamen geçerli olan biyomedikal modelden uzaklaşmanın da başlangıcı olmuştur. Balint'in öğretisi aile hekimliği üzerindeki etkisine rağmen tıp fakülteleri üzerinde

hiçbir etki yapmamıştır (7, 8). Yirmi yıl sonra, başka bir psikanalist, George Engel, biyomedikal modelin eksikliklerini öne sürerek, genel sistem kuramına dayanan biyopsikososyal modeli savunan bir bildiri yayınlamıştır (7). Engel, bedenin makine, hastalığın makinenin bozulması, hekimin ise sadece bozulan makineyi tamir eden bir kişi gibi algılanmasına ilişkin kaygılarını dile getirmiştir. Hastalıkların, hastaların kendi yaşamsal stresleri ve davranış biçimleri, sosyal çevreleri ve psikolojik durumları ile birlikte değerlendirilmesi gerektiği üzerinde durmuştur (8, 9). Engel biyopsikososyal modelin dünya çapında tanınmasını sağlamıştır. Engel, 1977 yılında biyomedikal modelin eksik yanlarını tamamlamak amacıyla Von Bertalanffy'nin genel sistem teorisinden yola çıkarak biyopsikososyal modeli tanımlamıştır (10). Engel, *“Biyomedikal modelin aksayan tarafı bireyi ve bireyi oluşturan öznelikleri dışlamasıdır. Biyomedikal model ne bireyin tüm özellikleri için ne de psikolojik ve sosyal doğası için hüküm vermektedir. Modelin bağlı olduğu standardizasyon ve akıl-vücut ikiliğinin anlam kazanabilmesi için öncelikle fizikokimyasal düzeye indirgenmesi gereklidir (4, 5). Bundan dolayı tıp uygulaması bilimin ötesinde sanat olarak nitelendirilmektedir.”* demiştir (6).

Biyopsikososyal model bazıları için bir işaret, 21.yüzyıl tıp ruhu için bir çığlık olmuştur. Biyopsikososyal model, 20. yüzyıl sonlarında psikiyatri ve tıpta meydana gelen önemli gelişmelerden bir tanesidir. Bu modelin tıp eğitimi, tıp pratiği ve araştırmaya büyük katkıları olmuştur. 1986 yılında Ian McWhinney, Engel'in modelini bir adım ileriye götürerek, klinik yöntemin hasta merkezli olması gerektiği üzerinde durmuştur. Ona göre hasta merkezli yaklaşımın temelinde hekimin, hastanın dünyasına girmesi ve hastalığı hastanın gözünden görebilmesi yatmaktadır (8, 9).

### 1.3 Sistemler Teorisi

Biyopsikososyal model, Weiss (11- 16) ve Bertalanffy' nin (17- 19) sistemler teorisinden yola çıkarak tanımlanmıştır. İnsanoğlunun sonsuzluk noktasına dek varan karmaşık bir yapısı vardır. Sistem kavramı, farklı değişkenlerin birbirleri ile dinamik iç etkileşmelerine dayanır. Küçük basit sistemlerden büyük karmaşık sistemlere doğru çok boyutlu ve çok yönlü bir nedensellik vardır (10). Weiss sistem teorisine en iyi yaklaşım, kompleks birimlerin daha basit birimlerden üstte yer aldığı, hiyerarşik düzen içinde olduğu bir sürecin ortak gözlemine dayanır (6). Bu durum hiyerarşik sıranın vurgulandığı doğrusal bir tabloyla (Şekil 1) veya devamlılığın vurgulandığı iç içe karelerle (Şekil 2) anlatılabilir. Aslında yalnızca iki tane hiyerarşi vardır: Organizma hiyerarşisinin en tepesinde olan birey, aynı zamanda sosyal hiyerarşinin de en alt seviyesinde yer alır (20). Hiyerarşideki her seviye, organize, dinamik bir bütünü temsil eder ve yeterli devamlılığa sahip bir sisteme ve adlandırılmayı hak eden bir kimliğe sahiptir. Adı onun ayırıcı özelliklerini ve karakteristik yapısını yansıtır. Hücre, organ, kişi, aile gibi birimlerin her birinin, birbirini bütünleyen kompleks bir organizasyonun varlığı olduğu konusunda fikir birliği vardır. Her sistem, organizasyonda bulunduğu seviyenin kendine özgü niteliklerini ve ilişkilerini gösterir ve her biri, çalışma ve açıklamalar için o seviyeye özel kriterlere ihtiyaç duyar (6).

Hiyerarşinin devamlılığını göz önüne almak ayrı bir olaydır. Her bir sistem aynı zamanda bir üstte yer alan sistemin parçasıdır. Hücre sistemi sırasıyla doku, organ ve kişi sistemlerinin parçasıdır. Kişi ve iki kişi aile ve toplum sistemlerinin parçasıdır. Doğal sistemlerin sürekliliği içinde her birim aynı zamanda bir bütün ve parçadır. Her sistem bir bütün olarak kendine özgü karakteristiğe ve dinamiğe sahiptir; bir parça olarak ise üst seviyede yer alan bir sistemin bileşenidir (6, 14).

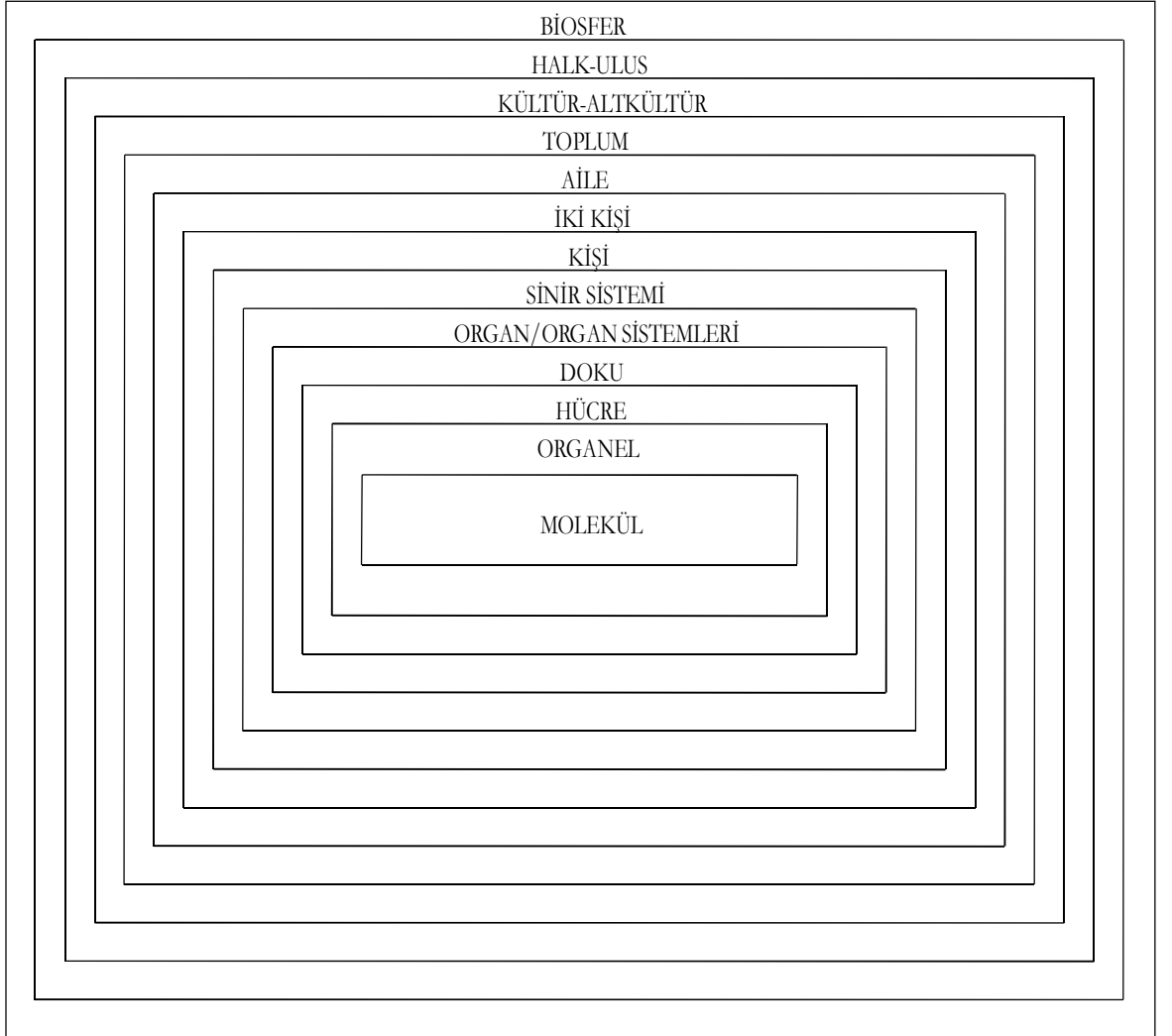
## ŞEKİL 1

### Sistem Hiyerarşisi (Organizasyon Seviyeleri)



## ŞEKİL 2

### Doğal Sistemlerin Devamlılığı



Biyopsikososyal model, Şekil 1 ve Şekil 2’de belirtildiği şekilde doğal sistemlerin hiyerarşisi ve devamlılığı temel alınarak oluşturulan bir modeldir. Hekimler klinik problemlere yaklaşırken, biyomedikal modelin indirgeyici yaklaşımının kısıtlamalarından arınarak, sistem merkezli biyopsikososyal modelin daha kapsamlı olan yaklaşımını benimsemelidirler (6).

#### **1.4 Biyopsikososyal Modelin Tanımı**

Biyopsikososyal yaklaşım bireyi her yönüyle bir bütün olarak ele almaktır diyebiliriz. Birey biyolojik, psikolojik ve sosyal etkilerin karşılıklı etkileşimleri ile anlam bulmaktadır (10). Biyopsikososyal yaklaşım bütüncül olmanın çok daha ötesinde, insani fonksiyonların farklı alanlarının birbirleri ile olan bu karmaşık etkileşimlerinin yaşamdaki önemli süreçleri tetiklediğine yaptığı vurgu ile kendi özgün anlamını kazanmaktadır (9). George Engel kişilerin sağlık ve hastalık durumunu sadece yapısal ve fizyolojik açıdan değerlendirmenin yetersiz kalacağını belirtmiştir. Hastanın yakınmasını öğrenmek kişinin inançlarını, ailesel altyapısını, sosyoekonomik durumunu, eğitimini, sevdiği ve sevmediği şeyleri bilmeyi gerektirir. Biyopsikososyal yaklaşımı daha geniş ele almak gerekirse hastanın hikayesi ve hayat koşullarının değerlendirilmesi, biyolojik, psikolojik ve sosyal durumların birleşik olarak değerlendirilmesi, bakımın sağlanması, ilişkinin merkezi rolünün tanınması ve çok yönlü tedavinin sağlanmasını içermelidir (8, 21).

O halde hastalık ve sağlık sadece fizyolojik parametrelerden değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik parametrelerden de etkilenmekte ve dolayısıyla ancak bu üç alanın bütüncül etkisinin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır (8). Bu geniş çerçeveden hastalıkların anlaşılması, sosyal ve kültürel çevrenin tanınmasını, etkilenen bireyin psikolojik kökeninin anlaşılmasını ve toplumda var olan bozuklukların genetik ve

biyokimyasal yapısının bilinmesini gerektirir. Birinci sırada biyolojik faktörleri ele almak yerine hasta olma ve hastalığa yol açan tüm faktörleri değerlendiren biyopsikososyal yaklaşım ile neden bazı hastaların “hastalık” dediğine diğerlerinin “yaşamsal sorunlar” dediğini açıklayabiliriz (10).

### **1.5 Sağlığa Biyopsikososyal Yaklaşım**

Biyopsikososyal model beyin ve periferal organların karşılıklı olarak ilişki içinde olmaları ve fiziksel uyarılara olduğu gibi sosyal değişikliklere de duyarlı oldukları temeline dayanır. Sağlık ve hastalık; biyolojik, psikolojik, sosyal değişkenlerin karmaşık etkileşimleri ile şekillenmekte ve hiç biri diğerinden ayrılarak kategorize edilememektedir (1). Dolayısıyla birinci sırada biyolojik faktörleri ele almak yerine psikolojik ve sosyal faktörlerin de göz önüne alınması hastalıkların tamamen anlaşılmasını sağlar. Engel, biyopsikososyal faktörlerin sistemik etkileşimlerinin tüm hastalıkların oluşumunda etkisi olduğunu savunmaktadır (10). Engel hekimleri hastalarının biyolojik, psikolojik, sosyal verilerini etkili bir şekilde değerlendirmeleri ve klinik probleme bu şekilde yaklaşmaları için ısrarla uyarmıştır (1). Engel klinisyenlerin dikkatini, hastaların duygusal yapılarının, yaşam amaçlarının, hastalık karşısında davranışlarının ve sosyal çevrelerinin değişmesi ile hastalığın biyokimyasal ve morfolojik farklılıklar gösterebildiğine çekmiştir. Bu modelde klinik yaklaşım biyolojik tıptan daha fazlasını gerektirir, çünkü hastalıklar tamamen ancak psikolojik ve sosyal faktörlerin göz önüne alınması ile anlaşılabilir (6). Tüm bunların yanı sıra, duygularla beden ilişkisinin tıpta önemi belirlenmiş olup, kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalığı, sigara içimi ve kanser gibi davranış değişiklikleriyle önlenebilir hastalıklar üzerinde stresin önemi vurgulanmıştır (8). Günümüzde stres endemik olarak kabul edilen bir olgudur. Yaşadığımız birçok stresli olay nedeni ile çoğu insan aşırı



baskı altında, zorlanmış hissetmekte ve kontrolün kendisinde olmadığını düşünmektedir. Kimi hastalar ise duygularını değişime uğratarak somatik yakınmalar geliştirmektedir (10). Aslında stresli yaşam olayları belli, özgün bir hastalığa yol açmamaktadır. Fakat duyguların hastalığa yatkınlığı değiştirdiği gösterilmiştir. Bu durumun organik yansıması olarak da psikolojik faktörlerin nöroendokrin ve bağışıklık sistemlerine etkileri üzerine yoğunlaşmıştır. Stresli yaşam olayları yaşayan veya psikolojik olarak duyarlı olan bireylerin genel olarak sağlıklarının daha fazla bozulmakta olduğu görülmüş ve strese bağlı olarak bağışıklık sisteminin zayıflaması, yaşlanma gibi zaten bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde ciddi sağlık sorunları oluşturabileceği belirtilmiştir (22). Genç kişilerde de yaşlı olanlara kıyasla duygusal faktörler ile sağlık durumları arasında güçlü bir ilişki olduğunu gösteren bir dizi çalışma bulunmakta ve hiçbir çalışma bunun aksini bildirmemektedir (23). Dul ve boşanmışlarda, alzheimer hastalarına bakan aile bireylerinde ve akademik stres altındaki öğrencilerde de bağışıklık işlevlerinin baskılandığı saptanmıştır (22). Sosyal faktörler ve stresin etkilerine ilişkin kanıtlara ek olarak, kişilik özellikleri ve duyguların bazı hastalık durumlarının sonucunu etkilediğini gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. En güçlü ilişki öfke, kin ve depresyon ile koroner kalp hastalığı prognozunun kötüleşmesi arasındadır. Kişinin koroner kalp hastalığına veya meme kanserine yakalanmasını duygusal baskıya bağlayan bazı kanıtlar vardır. Ortaya çıkan yeni kanıtlar kötümserlik ve kaderciliğin AIDS, kanser ve koroner kalp hastalığı gibi durumların daha kötü seyretmesi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (23). Hastanın strese cevabı biyomedikal disfonksiyona neden olabildiği gibi biyomedikal disfonksiyon nedeniyle de stres ortaya çıkmış olabilir. Hastayı hekime getiren hastanın semptomlara toleransının olmaması ya da semptomlardan kaynaklanan anksiyetesi

olabilir. Hastanın problemi ile ilişkili bu stresi ile nasıl başa çıkabileceği onun daha sonraki iyileşmesini ve bulgularını da şu ya da bu şekilde etkileyecektir (10). Yapılan çalışmalar, ameliyattan önce hastalara güven verilmesinin ameliyat sonrası iyileşme süresini kısaltabildiğini göstermiştir. Kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada ise, psikoterapi sonrası, iyileşmenin ruhsal yönlerini de içeren belirgin bir yaşam değişikliğini başaran hastaların, onkologların beklentisinden daha uzun süre hayatta kaldığı gösterilmiştir (24). Hastasını etkin olarak iyileştirebilmeyi hedefleyen bir hekim hastasının stresinin problemine olan etkisinin de farkında olmalıdır (10). Bu konuda aile hekimlerine büyük sorumluluk düşmektedir. Aile hekimi tarafından sağlanan destek, diğer destekleyici tedaviler gibi hastaların sağlığını geliştirebilir ve genel dirençlerini arttırabilir. Destekle birleştirilmiş bir bilişsel yaklaşım gösterebilen aile hekimi hastanın ailesinden alabileceği destek potansiyelini harekete geçirmek için de son derece iyi bir konumdadır. Birinci basamak ekibinin diğer üyeleri de önemli bir destek kaynağıdır. Tüm bu iyileştirme girişimleri sadece belli bir hastalık durumu veya hastalık etkenleri üzerinden değil, hastanın direncini artırmak, zararlı uyarılara karşı kişinin direncini güçlendirmek, başa çıkma yeteneği kazandırılmasında hastayı desteklemek ve iyileşmelerinde etkin rol oynamak konularında hastalara yardım ederek işe yarar (8,25).

### **1.6 Hasta Merkezli Yaklaşım**

Biyopsikososyal model klinik uygulamaya hasta merkezli klinik yöntem aracılığı ile yansır (8). Hasta merkezli klinik yöntem Levenstein tarafından 1986 yılında tanımlanmış (26- 28) ve Ian R. McWhinney (29) tarafından da önerilmiştir. McWhinney, Engel'in yeni bir model oluşturma çağrısına atıfta bulunarak klinik yöntemin doktor-merkezli değil hasta-merkezli olması gerekliliği üzerinde durmuştur. Ona göre hasta merkezli yaklaşımın temelinde doktorun hastanın dünyasına girmesi ve

hastalığı hastanın gözünden görebilmesi yatmaktadır. Aile hekimleri hasta merkezli yaklaşımları ile hastayı bir bütün olarak ele alarak ilgilenirler. Bireyi yaşam hikayesi, sorunları, ailesi ve fiziksel çevresi ile değerlendirirler. Oysaki hastalık merkezli yaklaşımda, hekim yalnızca hastalık olgusu ile ilgilenir, anormal biyomedikal oluşumları kontrol altına alabilmek için hasta üzerinde otorite kurar ve hastanın hastalığını kendi dünyasına çekerek kendi patolojik referansları çerçevesinde hastalığı yorumlar (10, 29). Hasta merkezli klinik yöntem hastalık merkezli (doktor merkezli) klinik yönetime karşıttır. Hastanın problemlerinin hastanın bakış açısıyla algılanmasını ve hasta ile birlikte çalışarak öncelikler ve hastalığın idaresinde rollerin belirlenmesini sağlar (10, 30). Buna karşın, hekimler için doktor merkezli yöntem daha çekici bulunmaktadır. Bir araştırmada 1850 görüşmenin %90'ı doktor merkezli bulunmuştur (31).

Levenstein'in (27) önerdiği hasta merkezli model altı basamaktan oluşmaktadır.

### **1.6.1 Hem hastalığı hem de rahatsızlığı araştırmak**

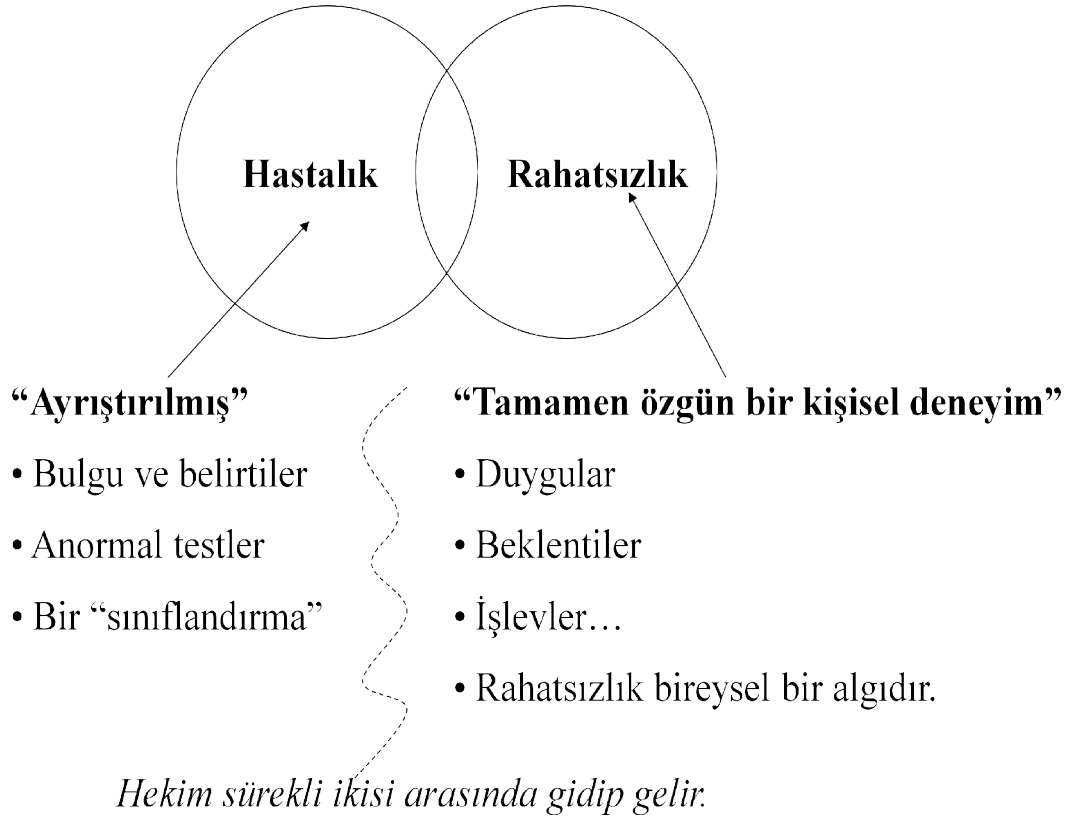
Sağlık sorununa hem hekimin bakış açısıyla, hem de başvuran bireyin bakış açısıyla yaklaşabilmek önemlidir. Bu noktada, hekimlerin hasta sağlığı üzerindeki iki temel kavramı anlaması gerekmektedir. Bunlar “rahatsızlık” ve “hastalık”tır. Rahatsızlık teorik bir yapıdır ve soyutlamadır. Rahatsızlık, hastanın fiziksel veya ruhsal bir bozukluk nedeni ile yaşadığı kişisel deneyimdir. Bu deneyim hastanın algıları, duyguları (özellikle korkuları), engelleri ve sıkıntıları, hekimlerine ve içinde 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 (7).

Hekim ise klinik yaklaşımında sadece ayırıcı tanı yapmakla kalmayıp hastalığın boyutlarını hastanın duyguları, beklentileri, fikirleri ve işlevine etkisi açısından da değerlendirebilmelidir (Şekil 3).

### ŞEKİL 3

#### “Rahatsızlık” ve “Hastalık”



### **1.6.2 İnsanı bir bütün olarak anlamak**

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 hikayesi, sorunları, ailesi ve fiziksel çevreleri ile bir bütün olarak ele almalıdır (10).

### **1.6.3 Hastalığın tedavisi hakkında ortak bir zemin bulmak**

Hasta merkezli yaklaşımda önemli bir adım da tedavi için hastayla ortak bir zemin bulmaktır (27,30). Etkili bir yönetim planı geliştirmek için hekim ve hastanın üç temel alanda anlaşması gereklidir. İlki sorunlar ve önceliklerin niteliği, ikincisi tedavinin hedefleri, üçüncüsü hekim ve hastanın rolleri olarak sıralanabilir. Genellikle hekim ve hastalar bu alanların her birinde birbirinden çok farklı görüşlere sahiptir (32). Çok defa doktorun tedavi önerisi ve beklentileriyle hastanıninkiler uyuşmayabilir (27, 30). Memnuniyet verici bir çözüm bulma süreci, pazarlık ya da müzakereden daha çok, ortak zemin oluşturmaktır (32). Hastayı karara dahil etmek ve ortak bir zemin bulmaya çalışmak tedaviye uyumu da artıracak ve muhtemel çatışmaları önleyecektir (27, 30). Bu çerçevede hastaların duyguları, düşünceleri, beklentileri ve fonksiyonları tedavi planına dahil edilmelidir (32). Görüşme sırasında her iki taraf için problemler ve

öncelikler, tedavinin hedefleri ve doktor ile hastanın tedavideki rolleri irdelenip ortak bir karara varılmalıdır (27, 30). Ortak zemin oluşturma hasta merkezli klinik yöntemin merkezinde yer alır (32).

#### **1.6.4 Sağlıkın korunması ve iyileştirilmesinin kapsanması**

Her görüşme mutlaka koruyucu ve iyileştirici tedavileri de kapsamalıdır. Bilindiği gibi koruyuculuk açısından hekimlik uygulamaları 4 aşamada incelenmektedir:

- a) Sağlıklı bireylerde sağlığı iyileştirme çabaları,
- b) Risk altındakilerde risk azaltma,
- c) Riskten etkilenip hastalananlarda erken tanı,
- d) Korunamayıp hastalananlarda komplikasyonları azaltma çalışmaları (27, 30).

Hekim hastasını değerlendirirken bu aşamalara göre hareket etmeli ve birinci basamak hekimleri özellikle ilk iki basamağa önem vermelidirler.

#### **1.6.5 Hasta- hekim ilişkisini artırmak**

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. Hekimler aynı hastaları defalarca farklı problemler ile gördüğünde, hastaları hakkında sonraki problemlerin yönetiminde yardımcı olabilecek kayda değer miktarda bilgi elde ederler. Her ziyarette hekimler birlikte çalışmalarının bir temeli ve onun iyileştirici potansiyeli olarak, tedavinin devamlılığı bağlamında, her bir hastasıyla etkili bir uzun dönem ilişki inşa etmek için uğraşırlar. Hekimler, etkili iletişim araçları kadar, kendi kişisel

farkındalık yeteneklerini de kullanırlar. Hekimler hastalarıyla birlikte yürümek ve iyileştirme amaçlı olarak, hastaların gücünü harekete geçirmek maksadıyla hastalarını ve onlarla olan ilişkilerini kullanırlar (8). Bu görüşmeler ikili ilişkileri artırmak için kullanılabilirdiği ölçüde tedavi edici bir özellik de kazanacaktır. Sadece hekimle görüşmek suretiyle dahi kişiler kendilerini daha iyi hissedebilirler. Bu görüşmede gücün paylaşılması, bakım ve tedavi ilişkisinin düzenlenmesi, bireyin sağlık sorunuyla ilgili öz farkındalığının sağlanması konularına da dikkat edilmelidir (27, 30).

### **1.6.6 Gerçekçi olmak**

Son olarak, hekimin yukarıdaki maddelerin tümünü dikkate alırken zaman, kaynaklar, ekip ve imkânlar gibi durumlar açısından da gerçekçi olması gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki, sağlık hizmeti sunumundaki amacımız elimizdeki imkanlar ölçüsünde en iyi hizmeti sunmaktır ve bu imkanlar sunulurken toplumun tamamı dikkate alınmalıdır (27, 30).

Hasta merkezli yöntemin tanı ve tedavi başarısını artırma yanında hasta ve doktor memnuniyetini artırma, tedaviye uyumu artırma, işlevsel durumda iyileşme sağlama, çatışmaları azaltma gibi faydaları vardır (32). Bu açıdan Leventein'in altı maddeli yaklaşımı her hekimin benimseyip uygulayabileceği güncel bir modeldir.

### **1.7 Empati**

Hasta merkezli klinik yaklaşımda doğru ve etkili bir görüşme yapabilmek için, hekimin eğitimi, bilgi birikimi ve tecrübesi kadar, empati yeteneği de önemlidir (33). Empati (empathia) kelimesi Yunanca kökenli bir kelime olup, “em” önekinin karşılığı “içinde” ve “pathia” kelimesinin karşılığı ise “hissetme” anlamındadır (34). Carl Rogers'a göre empati, bir kişinin belli bir duruma ilişkin olarak, kendisini

karşısındakinin yerine koyması, karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, onun hissettiklerini hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecidir (35). Bazı kuramcılar empatiyi kişilik özelliği ya da genel bir yetenek olarak ele alırken, bazıları özgül durumlara ilişkin bilişsel- duyuşsal bir durum, bazıları da çok aşamalı deneysel bir süreç olarak ele almışlardır (36, 37). Kendini karşısındaki kişinin yerine koyarak onun ne düşündüğünü anlamak, bilişsel nitelikte bir etkinlik (bilişsel perspektif); karşısındaki kişinin hissettiklerinin aynısını hissetmek ise duygusal nitelikte bir etkinliktir (duygusal perspektif). Bu perspektifler çerçevesinde insanlar kendileriyle empati kurulduğunda, anlaşıldıklarını ve kendilerine önem verildiğini hissederler. Diğer insanlar tarafından anlaşılma ve önem verilme ise bireyi rahatlatmakta ve kendisini iyi hissetmesine olanak sağlamaktadır (38). Birinci basamakta karşılaşılan hasta yakınmalarının birçoğu kesinlik taşımaz ve ruhsal ve sosyal boyutlar taşır. Bu nedenle hasta görüşmeleri kapsamlı olur ve özel bir dikkat gerektirir (39). Bunun için hastanın duygu, düşüncelerini ve inançlarını öğrenmeyi de içeren şefkatli ve saygılı bir empatik tutum gereklidir (40, 41). Empati ve humanistik bir yaklaşımın temelinde ise, hasta merkezli görüşme yapabilmek ve hastanın endişelerini dinlemek yatar (40, 42). Hekim tarafından dinlendiğini hisseden hastanın bulgularını daha detaylı anlattığı hekime tanı için önemli ipuçları verdiği de ifade edilmektedir (43, 44). İyi bir iletişim güven, karşılıklı anlayış, uyum, sosyal destek ve kendine güven gibi sağlıklı düzeltici etkilere sahiptir (45). Hasta merkezli tıbbi görüşmenin önemi özellikle psikiyatri ve birinci basamak hekimliğinde ortaya çıkmaktadır (46).

Aile hekimlerinin bu konulardaki tutum ve becerilerinin onları diğer uzmanlık alanlarından ayıran temel özellikler olduğu ve bu konudaki eğitimlerin de aile hekimliği disiplini eğitiminin bir parçası olarak verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (47).



## 1.8 Biyopsikososyal Modelin Klinik Uygulaması

Hekimler biyopsikososyal yaklaşımın sağladığı çoklu bakış açısını klinik uygulamalarına yansıtmak durumundadırlar. Hastalığı anlamak için biyolojik faktörler kadar kişi, hasta- hekim ilişkisi, aile ve sosyal çevre ve bu faktörlerin semptomların ortaya çıkmasıyla nasıl bağlantılı olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bir örnekle açıklayacak olursak, kişinin işini kaybetmesi (sosyal bir faktör), depresyona neden olabilir (psikolojik bir bulgu) ve yaşadığı stres peptik ülser alevlenmesine (biyolojik bir fenomen) yol açabilir. Etkin bir tedavi için bu faktörlerin karmaşık etkileşimlerine dikkat edilmelidir (10). Başka bir örnekte, böbrek vericisi bir hastayı düşünelim. Hasta bir böbreğini verdikten sonra vücudu dengeyi çok kısa süre içerisinde sağlar ve böbrek işlevleri ve diğer fizyolojik parametreler normale döner. Biyomedikal yaklaşımda hasta normale dönmüş kabul edilir. Fakat biyopsikososyal yaklaşımda sadece biyolojik parametrelere değil psikososyal parametrelere de önem verilir. Eğer alıcı hızla iyileşirse, toplum vericinin bu davranışını takdir ederse, verici kendi organizmasının hızla toparlayacağına inanırsa, bu kişide iyileşme daha hızlı olacaktır. Ancak yeterince takdir almazsa ve vefa duyulduğunu hissetmezse, düzelme süreci daha uzun ve problemlidir. Böbrek vericisine yeterli postoperatif bakım dışında başka bir biyolojik müdahaleye gerek yoktur. Oysa biyopsikososyal modele göre bu hastaya çeşitli yaklaşımlar sergilenerek hem kendisini daha iyi hissetmesi sağlanabilir hem de iyileşme süreci hızlandırılabilir. Böyle bir durumda, böbrek işlevlerinin fizyolojisi konusunda eğitim vererek biyolojik bütünlüğü konusunda hastanın rahatlatılması gerekir. Alıcının kazanımları ve yaşantısındaki olası değişiklikler anlatılarak yaptığı işin önemi vurgulanmalı ve böylece özsaygısı desteklenmelidir. Ayrıca, iyileşme sürecinde aile ve toplumun desteği de sağlanmalıdır (48). Bir diğer örneğe bakacak olursak, hasta

göğüs ağrısı şikayetiyle acil servise başvuruyor. Daha önceden geçirilmiş bir kalp krizi öyküsü var. Yeni bir kalp krizinden korkuyor. Acil servisteki intern doktor hastada yeni bir kalp krizinden şüphelenerek damar yolu açma işlemine girişiyor. Birkaç kez deniyor ama açamıyor, yardım da istemiyor. Hasta hem korku hem de ağrı duyuyor. Hasta kendisini yalnız ve terkedilmiş olarak hissediyor. Aynı zamanda sağlık hizmeti verenin mesleki yetersizliğini düşünüyor ve kaygı duyuyor. Bir süre sonra yeni bir kalp krizi geçiriyor ve acil servis ekibi tarafından yeniden canlandırma işlemi ile hayata dönüyor. Bu olayda biyomedikal bakış açısı, süreci vücudun kalp krizine verdiği patofizyolojik bir yanıt olarak yorumlar. Biyopsikososyal açıdan aynı olaylar dizisi farklı anlam taşımaktadır. Hastanın ağrısının, korkusunun, kaygılarının fiziksel süreci doğrudan etkileyerek hastanın yeni bir kalp krizi oluşumunu tetiklediğini savunur. Eğer burada intern doktor hastasıyla iletişim kursaydı, yaptığı eylemin psikolojik etkilerinden haberdar olsaydı, hasta yeni bir kalp krizi geçirmeyecekti. Biyopsikososyal bakış açısı burada kalp krizi geçirmenin nedenini, tek olarak hastanın psikolojik durumunun neden olduğunu düşünmez. Bunun yerine hasta hekim ilişkisi de dahil olmak üzere işlevselliğin birçok düzeyini aynı anda kapsayarak hastalık sürecini daha geniş anlamamıza olanak sağlar. Tanıdan tedaviye kadar sağlık hizmetinin her yönünü kapsamlı bir şekilde anlayabilmek, doğrusal ve doğrusal olmayan sonuçları değerlendirmemize bağlıdır (6, 21).

Tüm bu nedenlerle birinci basamak hekimleri hastalarını tedavi edebilmek için hem standardizasyoncu yaklaşımda yetkin olarak hastalığın biyomedikal yönünü saptamalı hem de hastalığın oluşumuna katkıda bulunan diğer faktörleri saptamalıdır. Birinci basamak hekimleri mikro düzeyde hastaları ve medikal problemleri ile

uğraşırken makro düzeyde hastaları ve onların çevresi, toplum ve dünya ile olan karmaşık ilişkileriyle de uğraşır (1).

## 2. AMAÇ

Biyopsikososyal yaklaşım, bireyin sağlık durumunun biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin karmaşık etkileşimlerinin etkisi dahilinde olduğunu öne sürmektedir. Dolayısıyla bu yaklaşımın genel bakış açısı hem aile hekimliği hem de psikiyatri hekimleri için temel mesleksel tutum olmalıdır. Aile hekimleri ve psikiyatristler, uzmanlık alanları gereği hastalarıyla kurdukları sürekli ilişki ve sundukları hizmetin devamlılığı açısından biyopsikososyal yaklaşımı en iyi bilmesi ve uygulaması gereken hekim gruplarıdır.

Bu çalışmada, aile hekimliği uzman ve uzmanlık öğrencileri ile psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencilerinin biyopsikososyal yaklaşımı klinik uygulamalarında ne ölçüde kullandıklarını karşılaştırmalı olarak belirlemeyi amaçladık.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEMLER**

#### **3.1 Araştırma Modeli**

Çalışmamız kesitsel tipte, tanımlayıcı, analitik özellikleri olan bir araştırmadır. Bu araştırma için gerekli olan izinler Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 28 Mart 2014 tarihinde alınmıştır. Çalışma Mart- Kasım 2014 tarihleri arasında aile hekimliği uzman ve uzmanlık öğrencileri ile psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencileri dahil edilerek gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2 Araştırma Örnekleme**

Çalışmaya aile hekimliği uzman ve uzmanlık öğrencileri ile psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencileri dahil edilmiştir.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi almamış olan aile hekimleri dışlama kriteri olarak kabul edilmiştir.

#### **3.3 Araştırmanın Yürütülmesi**

Çalışmamız, çok merkezli olarak, ülke genelinde elektronik ortamda, posta aracılığıyla ve elden anket uygulaması şeklinde gerçekleştirilmiş olup, 222 aile hekimliği uzman ve uzmanlık öğrencisi ile 183 psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencisi olmak üzere toplamda 405 hekim çalışmaya dahil edilmiştir. Elektronik ortamda yapılan anketler, psikiyatri hekimlerinin üye olduğu, psikiyatri dışı katılımın kısıtlandığı forumlara ve aile hekimlerinin üye oldukları forumlara ulaşılarak ve psikiyatristler ile aile hekimlerinin doğrudan mail adreslerine gönderilerek uygulanmıştır. Elden anket uygulanan hekimlere yüz yüze görüşme esnasında sözel olarak, elektronik ortam ve

posta yoluyla anketlerin uygulandığı hekimlere ise yazılı ön metin aracılığıyla çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmiştir. Kabul eden hekimler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmamızda uluslararası platformda kabul görmüş iki ölçek (Patient Practitioner Orientation Scale, The Jefferson Scale of Physician Empathy) ve sosyodemografik özellikleri belirlemek için soruların yer aldığı toplamda 54 maddelik bir anket çalışması uygulanmıştır. Anketin ilk bölümünde cinsiyet, yaş, medeni durum, uzmanlık alanı, akademik ünvan, çalışılan kurum, hekim olarak çalışma süresi, günlük hasta sayısı, hasta başına ayrılan süre, hekimlerin genel umut düzeyleri ve algıladıkları refah düzeylerini içeren 16 soru bulunmaktadır. Anketin ikinci ve üçüncü bölümlerini ise sırasıyla Hasta- Hekim Oryantasyon Ölçeği (Patient Practitioner Orientation Scale) ve Jefferson Hekim Empati Ölçeği (The Jefferson Scale of Physician Empathy) oluşturmaktadır.

### **3.3.1 Hasta- Hekim Oryantasyon Ölçeği (Patient Practitioner Orientation Scale)**

Hasta- Hekim Oryantasyon Ölçeği (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 ve 18 maddeden oluşan bir ölçektir. Krupat ve arkadaşlarının oluşturduğu bu ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması mevcuttur ancak Türkçe geçerlik güvenirliği henüz yapılmamıştır.

Çalışmamızda Hasta- Hekim Oryantasyon Ölçeği'nin içsel güvenirliği Cronbach's Alpha ile test edilmiş ve 0,721 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda Hasta Hekim Oryantasyon Ölçeği (PPOS) beş dereceli likert formatında (kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, fikrim yok, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum) uygulanmıştır. Toplam puanlar, hasta merkezli yaklaşımdan doktor merkezli yaklaşıma

doğru sıralanan bir skalada iki alt gruba ayrılarak hesaplanır. “Paylaşım” olarak nitelendirilen dokuz maddelik birinci alt grup, doktorların hastalarına ne ölçüde bilgi verdiğini, doktorlarla hastaların iki eşit birey olarak ortak karar verme sürecini ne ölçüde paylaştığını ve güç ve kontrolün doktorlar ve hastalar arasında hangi ölçüde paylaşılabilmesini yansıtmaktadır (Örneğın, hastalar güç ve statü olarak doktorlarıyla eşit olduklarını hissederek ortak karar verme sürecine dahil olduklarında daha etkin tedavi olmaktadır.) (49). Ölçekteki 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15 ve 18 numaralı maddeler “paylaşım” alt grubuna yöneliktir (50, 51). Diğer dokuz maddelik alt grup ise, “bakım” olarak nitelendirilmektedir. Bakım, hasta- hekim ilişkisinde kritik unsurlar olan hastaların beklentilerinin, duygularının ve yaşam koşullarının hangi ölçüde dikkate alındığını yansıtmaktadır (Örneğın, hastanın yaşam tarzı ve değerleriyle örtüşmeyen bir tedavi planı başarılı olamaz.) (49). Ölçekteki 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16 ve 17 numaralı maddeler “bakım” alt grubuna yönelik maddelerdir (50,51). Ortalama puanlar; yüksek puanlar (hasta merkezli yaklaşım, ortalama puanı 5,00 veya daha yüksek olanlar), orta puanlar (ortalama puanı 4,57 ile 5,00 arasında olanlar) ve düşük puanlar (doktor merkezli yaklaşım, ortalama puanı 4,57 veya daha düşük olanlar) olarak üç gruba ayrılır (49). Yüksek puanlar hasta merkezli yaklaşımın temel alındığını gösterirken, düşük puanlar ise doktor merkezli yaklaşımı göstermektedir.

### 3.3.2 Jefferson Hekim Empati Ölçeği (The Jefferson Scale of Physician Empathy)

Empati hasta- hekim ilişkisinin önemli bir komponentidir (52, 53). Jefferson Empati Ölçeği, tıp eğitimi ve hasta bakımında empatinin ölçülebilmesi için gerekli psikometrik bir araç ihtiyacına cevap olarak 2001 yılında Hojat tarafından geliştirilen, 20 maddeden oluşan ve yedi dereceli likert formatında (1= kesinlikle katılmıyorum, 7= kesinlikle katılıyorum) hazırlanan, 42 dile çevirisi yapılmış, 60 ülkede yaygın olarak kullanılan, uluslararası platformda kabul görmüş bir ölçektir (52- 58). Jefferson Hekim Empati Ölçeği'ni geliştirirken kalitatif (delphi tekniği) ve kantitatif (psikometrik) metodlar kullanmıştır (59). Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nin yapı (construct) geçerlik, ölçüt bağımlı geçerlik (konverjant ve diskriminant geçerlikler), iç tutarlılık güvenilirlik (Cronbach alfa katsayısı 0,80) ve test- tekrar test güvenilirlik ( $r= 0,65$ ) çalışmaları Hojat tarafından yapılmış ve geçerlik güvenirliliği yüksek bulunmuştur (55, 59, 60).

Jefferson Empati Ölçeği'nin üç versiyonu geliştirilmiştir: 1-) Doktorlar ve diğer sağlık hizmeti sunucuları (HP versiyonu), 2-) Tıp öğrencileri (S versiyonu), 3-) Tıp dışı sağlık meslekleri öğrencileri (52). Bu üç versiyon birbirleri ile küçük farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklardan biri, uygulandıkları çalışma popülasyonuna uygun olacak şekilde maddelerdeki bazı kelimelerin değiştirilmiş olmasıdır. Örneğin, S versiyonunda, *“İnsanlar birbirinden farklı olduğu için, doktorların hastalarının bakış açısından olaylara bakması hemen hemen mümkün değildir.”* maddesi HP versiyonunda, *“İnsanlar birbirinden farklı olduğu için, hastalarımın bakış açısından olaylara bakmak benim için hemen hemen mümkün değildir.”* olarak modifiye edilmiştir. Bir diğer fark ise, S versiyonunda 17 pozitif yanıtı madde varken, son üç madde negatif yanıtı olacak şekilde kurgulanmıştır. HP versiyonunda ise, ilk 10 madde



pozitif yanıtı iken, son 10 madde negatif yanıtı olarak oluşturulmuştur. Negatif yanıtı maddeler, bu tip psikolojik testlerde “uysal cevap verme stili”ni (katılımcının maddelere hep aynı yanıtı verme eğilimi- tüm maddelere katılıyorum veya tüm maddelere katılmıyorum yanıtını vermesi) kırmak amacıyla kullanılmaktadır (59, 60).

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. Empati ölçeğinin altta yatan faktörlerini inceleyebilmek için, açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır. İlk 10 pozitif ifadeli madde birinci faktör olarak kabul edilen “perspektif alma”dır. Bu faktör ölçeğin S versiyonundaki “hastanın bakış açısından hekimin görüşü” faktörü ile benzerlik göstermektedir. Birinci faktör için faktör katsayısı ise 0,35’den büyük olmalıdır. Negatif ifadeli 8 madde ikinci faktör olarak belirlenen “şefkatle davranma”dır. İkinci faktör için de faktör katsayısı 0,35’den daha büyük olmalıdır. Bu faktör S versiyonundaki “hasta bakımındaki duygular”a benzerdir. Son olarak diğer iki negatif ifadeli madde ise, üçüncü faktör olarak belirlenen “hastanın ayakkabısını giyme”dir. Bu faktör için yüksek katsayılar vardır. Üçüncü faktör, ölçeğin S versiyonunda olan “hasta gibi düşünme”ye benzerlik göstermektedir. Jefferson Hekim Empati Ölçeği’nin faktör yapısı empatinin çok boyutluluk kavramının kavramsal yönleriyle tutarlılık gösterir. Farklı gruplar (tıp öğrencileri ve hekimler) ve farklı formlar (S ve HP versiyonları) arasındaki faktör yapısı ve faktör benzerliğinin stabilitesi ölçeğin yapı (construct) geçerliği için daha fazla destek sağlamaktadır (59). Jefferson Hekim Empati Ölçeği skorları en az 20, en fazla 140 puan olabilir. Yüksek puanlar daha iyi empatik yaklaşımı göstermektedir (61).

Jefferson Hekim Empati Ölçeği’nin S versiyonunun Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek yedili likert formatında, maddelerin 10’u pozitif, 10’u

negatif ifadeli olacak şekilde Türkçe'ye uyarlanmıştır. Jefferson Hekim Empati Ölçeği S versiyonu birinci ve beşinci sınıf arasındaki eğitim düzeylerinde bulunan 752 tıp fakültesi öğrencisine uygulanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi, bir madde (18. madde) hariç ölçeğin mevcut üç boyutlu yapısını doğrulamıştır. Bu madde Türkçe'ye çevirisi yapıldıktan sonra, doğruluğunu kaybetmiş olabilir veya kültürler arası farklılıklar ile ilişkilendirilebilir. Ancak bu duruma zemin hazırlayan nedenlerin daha fazla çalışma ile doğrulanması gereklidir. Alt ölçekler için iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,83, 0,70, ve 0,60 olarak bulunmuştur. "Perspektif alma" ve "şefkatli bakım" puanları açısından, cinsiyet ve eğitim yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (62).

Teke ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nin HP versiyonunun Türkçe çevirisi beşli likert formatında 480 hekime uygulanmıştır. Bu çalışmada Jefferson Hekim Empati Ölçeği'ndeki maddeleri özetleyici bilgiler biçiminde belirlemek için açıklayıcı faktör analizi yapılmış ve faktör analizi sonucu KMO (Kaiser- Meyer- Olkin) yeterlilik ölçüsü 0,822 bulunmuştur. Bu ölçü, değişkenlerin kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüklerini karşılaştırmak için kullanılan bir parametre olup, KMO ölçüsünün büyük olması değişkenlerin faktör analizine uygun olduğunu gösterir. Bu çalışmada KMO ölçüsü yüksek bulunduğundan değişkenlerin faktör analizine uygun olduğu gösterilmiştir. Barlett Test of Sphericity korelasyon matrisinde değişkenler arasındaki korelasyon 5485,115 bulunmuş olup anlamlılık düzeyi p: 0,000'dır. Bu iki testin sonucuna göre faktör analizine devam edilmesine karar verilmiştir. Faktör analizi, temel bileşenler analizi ve varimax dikey döndürme tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiş ve temel bileşenler analizi vasıtasıyla faktör indirgenmesi sırasında faktör yükleri 0,50'nin altında olan değişkenler analizden çıkarılmıştır. Analizden çıkarılan değişkenler, 14 (Tıbbi hastalıkların tedavisinde

duygunun yeri olmadığına inanırım.), 15 (Hastalarım ve yakınlarıyla çok fazla samimiyet kurarak bana yaklaşmalarına izin vermem.) ve 17 (Tıbbi olmayan literatürleri okumaktan ve sanatla ilgilenmekten hoşlanmam.) numaralı maddelerdir ve bu değişkenlerin faktör yükleri sırasıyla 0,204, 0,355, 0,264 olarak bulunmuştur. Faktör analizi uygulanacak değişkenlerin normal dağılıma uygunluğuna bakmak amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri gözden geçirilmiş ve değerlerin yaklaşık -2 ve +2 arasında olduğu ve verilerin normal dağılıma uygun olduğu gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre öz değeri 1'in üzerinde olan iki faktör tespit edilmiştir. Bu iki faktör toplam varyansın %47,709'unu açıklamaktadır. İlk faktör "yerine koyma" olarak isimlendirilmiş olup, toplam varyansın en büyük kısmını (%32,985) açıklamaktadır. İlk 10 madde bu faktör altında toplanmıştır. Diğer faktör ise "duygusal yaklaşım" olarak isimlendirilmiş olup toplam varyansın %14,724'ünü açıklamaktadır. 11- 20 aralığındaki diğer maddeler ise (14., 15. ve 17. maddeler hariç) bu faktörü oluşturmaktadır. Hojat ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada üçlü faktör yapısı ("perspektif alma", "şefkatle davranma", "hastanın ayakkabısını giyme") benimsenmiş olup, bu üç faktör toplam varyansın %36'sını belirlemektedir. Her iki çalışmada da birinci faktör aynı bulunmuştur fakat Teke ve arkadaşlarının çalışmasındaki ikinci faktör ("duygusal yaklaşım"), Hojat ve arkadaşlarının çalışmasında iki faktör ("şefkatle davranma", "hastanın ayakkabısını giyme") olarak gruplanmıştır. Teke ve arkadaşları Hojat ve arkadaşlarının çalışmasındaki ikinci ve üçüncü faktörlerin benzer yapıyı ölçtüklerini öne sürmüş ve açıklanan varyans oranları belirgin şekilde daha yüksek olduğundan iki faktörlü yapı kullanılmasını uygun görmüştür. Elde edilen faktörlerin içsel güvenilirlikleri Cronbach's Alpha ile test edilmiş ve faktörlerin güvenilirlikleri sırasıyla 0,921 ve 0,771'dir. Çalışmamızda da Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nin içsel

güvenirliği Cronbach's Alpha ile test edilmiş ve 0,841 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, Jefferson Hekim Empati leği'nin HP versiyonunun henüz Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmadığından, Teke ve arkadaşlarının istatistiksel analizleri esas alınmış ve beşli likert formatında ikili faktör yapısı kullanılmıştır (63).

### **3.4 İstatistiksel Analizler**

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 istatistik programına aktarılmış, bu veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiş, kategorik değerşkenler ki- kare testiyle analiz edilmiştir. Anket formundaki değerşkenlere verilen yanıtların ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmış, ortalamalar arasındaki istatistiksel farklılık bağımsız örneklerde t testi, gerektiğinde Mann- Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Hasta- Hekim Oryantasyon leği'nin alt grup ve toplam puanları ile Jefferson Hekim Empati leği'nin alt grup ve toplam puanlarının demografik verilerle karşılaştırılmasında one-way ANOVA, gerektiğinde Kruskal- Wallis testi kullanılmış ve Tukey testi ile post- hoc karşılaştırma yapılarak demografik verilerle alt gruplar arasındaki anlamlı farklılıkların hangi değerşkenler arasında bulunduğu gösterilmiştir. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.5 Araştırmada Karşılaşılan Gclklер ve Kısıtlılıklar**

Literatürde aile hekimleri ve psikiyatristlerin biyopsikososyal yaklaşımlarını karşılaştıran başka bir çalışma olmadığından ülkemizde ve dünyada kendi alanında yapılan ilk çalışma olmasının yanı sıra, literatürde benzer çalışma sayısının da azlığı nedeniyle bulguların karşılaştırılması anlamında bazı zorluklar yaşandı. Çalışma birden çok merkezde yapıldığı için, aile hekimliği uzmanlarının ve özellikle psikiyatristlerin ülke genelinde sayıları yetersiz olduğu için verilerin toplanmasında sıkıntılar yaşandı, daha çok zamana ihtiyaç duyuldu. Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı da kullanılan ölçeklerin henüz Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmalarının yapılmamış olmasıydı.

### **3.6 Araştırmanın Bütçesi**

Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmadı.

#### 4. BULGULAR

Araştırmaya toplam 405 hekim dahil edilmiştir. Araştırmaya katılanların 245'i (%60,5) kadın, 158'i (%39) erkektir. İki katılımcı cinsiyetini belirtmemiştir. Katılımcılar 24- 66 yaş aralığında olup, çoğunluğunu 24-35 yaş arası hekimler oluşturmaktadır (n:289, %71,4). Hekimlerin yaş ortalaması 33,84 (SD: 8,63) olup, tüm hekimlerin 167'si (%41,2) bekar, 236'sı (%58,3) evlidir. Katılımcıların 222'sini (%54,8) aile hekimliği, 183'ünü (%45,2) psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır. Katılımcıların yarısından fazlası uzmanlık öğrencisi statüsünde bulunmuştur. Çalışmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Demografik Özellikleri

<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Belirtilenlerin Yüzdesi</b>
Kadın	245	60,5	60,8
Erkek	158	39,0	39,2
Toplam	403	99,5	100,0
Belirtilmemiş	2	0,5	
Toplam	405	100,0	
<b>Yaş Grupları</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Belirtilenlerin Yüzdesi</b>
24- 35 yaş arası	289	71,4	72,3
36- 45 yaş arası	58	14,3	14,5
46- 55 yaş arası	36	8,9	9,0
56- 66 yaş arası	17	4,2	4,3
Toplam	400	98,8	100,0
Belirtilmemiş	5	1,2	
Toplam	405	100,0	

<b>Medeni Durum</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Belirtilenlerin Yüzdesi</b>
Bekar	167	41,2	41,4
Evli	236	58,3	58,6
Toplam	403	99,5	100,0
Belirtilmemiş	2	0,5	
Toplam	405	100,0	
<b>Uzmanlık Alanı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Aile Hekimliği	222	54,8	
Psikiyatri	183	45,2	
Toplam	405	100,0	
<b>Akademik Pozisyon</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Profesör	18	4,4	
Doçent	21	5,2	
Yardımcı Doçent	15	3,7	
Uzman	120	29,6	
Uzmanlık öğrencisi	231	57,0	
Toplam	405	100,0	
<b>Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Belirtilenlerin Yüzdesi</b>
11 yıl ve altı	288	71,1	72,0
11- 20 yıl arası	58	14,3	14,5
21 yıl ve üzeri	54	13,3	13,5
Toplam	400	98,8	100,0
Belirtilmemiş	5	1,2	
Toplam	405	100,0	

<b>Çalışılan Bölge</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Belirtilenlerin Yüzdesi</b>
Kentsel	395	97,5	97,8
Kırsal	9	2,2	2,2
Toplam	404	99,8	100,0
Belirtilmemiş	1	0,2	
Toplam	405	100,0	
<b>Çalışılan Kurum</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Belirtilenlerin Yüzdesi</b>
Eğitim Araştırma / Üniversite Hastanesi	286	70,6	71,1
Devlet Hastanesi	25	6,2	6,2
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	25	6,2	6,2
Aile Sağlığı Merkezi	35	8,6	8,7
Özel Hastane	19	4,7	4,7
Muayenehane	11	2,7	2,7
Kurum Hekimliği	1	0,2	0,2
Toplam	402	99,3	100,0
Belirtilmemiş	3	0,7	
Toplam	405	100,0	
<b>Umut Düzeyi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Belirtilenlerin Yüzdesi</b>
Çok umutlu	15	3,7	3,8
Umutlu	227	56,0	56,8
Umutlu değil	127	31,4	31,8
Hiç umutlu değil	31	7,7	7,8
Toplam	400	98,8	100,0
Belirtilmemiş	5	1,2	
Toplam	405	100,0	

n: sayı, %: yüzde



Aile hekimlerinin 141'i (%63,5) uzmanlık öğrencisi, 58'i (%26,1) uzman, 5'i (%2,3) profesör iken; psikiyatri hekimlerinin ise, 90'ı (%49,2) uzmanlık öğrencisi, 62'si (%33,9) uzman, 13'ü (%7,1) profesör olarak bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 2:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Akademik Pozisyonlarının Karşılaştırılması

Uzmanlık Alanı		Akademik Düzey					Toplam
		Profesör	Doçent	Yardımcı doçent	Uzman	Uzmanlık öğrencisi	
Aile Hekimliği	n	5	11	7	58	141	222
	%	2,3	5,0	3,2	26,1	63,5	100
	Ünvan %	27,8	52,4	46,7	48,3	61,0	54,8
Psikiyatri	n	13	10	8	62	90	183
	%	7,1	5,5	4,4	33,9	49,2	100
	Ünvan %	72,2	47,6	53,3	51,7	39	45,2
Toplam	n	18	21	15	120	231	405
	%	4,4	5,2	3,7	29,6	57	100

n: sayı, %: yüzde

Hekimlerin mezuniyet sonrası meslekteki toplam çalışma süreleri ortalama  $8,96 \pm 8,64$  yıl olup, uzman olarak çalışma sürelerinin ortalaması ise  $4,22 \pm 7,39$  yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların %71,1'inin meslekteki toplam çalışma süresi 10 yıl ve altındadır (n:288). %14,3'ü 11- 20 yıl arası, %13,3'ü ise 21 yıl ve üzerinde mesleki tecrübeye sahiptir (Tablo 1).

Uzman hekimlerin ise büyük bir kısmının 10 yıl ve altında uzmanlık tecrübesi vardır (n:111, %63,8). Uzman hekimlerin %23'ünün 11-20 yıl arası, %13,2'sinin ise 21 yıl ve üzerinde uzmanlık tecrübesi olduğu gösterilmiştir. Aile hekimleri ile psikiyatristlerin meslekteki toplam çalışma süreleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

**Tablo 3:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Meslekteki Toplam Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması

<b>Toplam Çalışma Süresi</b>	<b>Uzmanlık Alanı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>11 yıl ve altı</b>	Aile Hekimliği	158	72,1
	Psikiyatri	130	71,8
<b>11- 20 yıl arası</b>	Aile Hekimliği	31	14,2
	Psikiyatri	27	14,9
<b>21 yıl ve üzeri</b>	Aile Hekimliği	30	13,7
	Psikiyatri	24	13,3
<b>Toplam</b>	Aile Hekimliği	219	100
	Psikiyatri	181	100

n: sayı, %: yüzde

Hekimlerin çoğunluğu (%70,6) eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinde çalışmaktadır. Yine hekimlerin büyük bir kısmı (%97,8) kentsel bölgelerde çalışırken, 9'u (%2,2) kırsal bölgede çalışmaktadır (Tablo 1).

Hekimlerin günlük ortalama hasta sayıları maksimum 150'ye kadar çıkmaktadır. Hekimlerin ortalama hasta sayısı 33,72 (SD: 24,67) olup, aile hekimlerinin (42,05 ± 27,36) günlük ortalama hasta sayıları psikiyatri hekimlerinden (23,54 ± 15,86) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $\chi^2$ :109,47, p: 0,000). Bununla birlikte, tüm hekimlerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre 13,90 (SD: 11,25) dk olup, aile hekimlerinin (9,34

$\pm 7,02$  dk) hasta başına ayırdıkları ortalama süre, psikiyatri hekimlerinden ( $19,46 \pm 12,85$  dk) daha kısadır ( $\chi^2:106,63$ ,  $p: 0,00$ ). Kadın ve erkeklerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre benzerlik göstermektedir (Kadın: $13,45 \pm 10,25$ ; Erkek: $14,59 \pm 12,68$ ); ( $\chi^2: 21,84$ ,  $p: 0,19$ ).

Hekimlerin genel umut düzeyleri “çok umutlu”, “umutlu”, “umutlu değil”, “hiç umutlu değil” olmak üzere 4 gruba ayrılmış olup, hekimlerin çoğunluğu kendisini “umutlu” (%56) olarak nitelendirmiştir. Aile hekimlerinin %4,1’i “çok umutlu”, %47,1’i “umutlu”, %36,2’si “umutlu değil” ve %12,7’si “hiç umutlu değil” yanıtını vermiş olup, psikiyatristlerin %3,4’ü “çok umutlu”, %68,7’si “umutlu”, %26,3’ü “umutlu değil” ve %1,7’si “hiç umutlu değil” olarak kendisini tanımlamıştır. “Hiç umutlu değil” yanıtını veren hekimlerin %90,3’ü aile hekimi iken, yalnızca %9,7’si psikiyatristtir. “Umutlu değil” yanıtını veren hekimlerin %63’ünü aile hekimleri, %37’sini psikiyatristler oluşturmaktadır (Tablo 4).

**Tablo 4:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Umut Düzeylerinin Karşılaştırılması

Uzmanlık Alanı		Umut düzeyi					$\chi^2$
		Çok umutlu	Umutlu	Umutlu değil	Hiç umutlu değil	Toplam	$p$
Aile Hekimliği	n	9	104	80	28	221	0,00
	%	4,1	47,1	36,2	12,7	100	
	Umut düzeyi %	60	45,8	63	90,3	55,3	
Psikiyatri	n	6	123	47	3	179	
	%	3,4	68,7	26,3	1,7	100	
	Umut düzeyi %	40	54,2	37	9,7	44,8	
Toplam	n	15	227	127	31	400	
	%	3,8	56,8	31,8	7,8	100	

( $\chi^2: 26,81$ )

$\chi^2$ : ki- kare, n: sayı, %: yüzde

Hekimlerin algıladıkları refah düzeyleri sıfırdan 10'a kadar derecelendirilen bir çizelgede değerlendirilmiş ve hekimlerin ortalama refah düzeyleri 5,93 (SD: 1,88) olarak bulunmuştur. Hekimlerin akademik pozisyonları yükseldikçe refah düzeylerinin arttığından bahsetmek mümkündür. Uzmanlık öğrencilerinin ortalama refah düzeyleri 5,79 (SD:1,96), uzmanların 5,78 (SD: 1,75), yardımcı doçentlerin 6,71 (SD: 1,43), doçentlerin 6,85 (SD: 1,55), profesörlerin ise 7,05 (SD: 1,69) olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir (Tablo 5).

**Tablo 5:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Akademik Pozisyonları ile Refah Düzeylerinin Karşılaştırılması

	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>p*</b>
<b>Profesör</b>	18	7,0556	1,69679	<b>0,003</b>
<b>Doçent</b>	21	6,8571	1,55839	
<b>Yardımcı doçent</b>	14	6,7143	1,43734	
<b>Uzman</b>	120	5,7833	1,75941	
<b>Uzmanlık öğrencisi</b>	230	5,7913	1,96696	
<b>Toplam</b>	403	5,9330	1,88948	

\*One- way ANOVA, n: sayı, M: ortalama refah düzeyi, SD: standart deviasyon

Hekimlerin umut düzeyleri ile hasta başına ayırdıkları ortalama süre arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. “Çok umutlu” ve “umutlu” yanıtını veren hekimlerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre sırasıyla 14,14 (SD: 11,71) dk, 15,9 (SD: 11,92) dk iken, ‘umutlu değil’ ve ‘hiç umutlu değil’ yanıtını veren hekimlerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre sırasıyla 11,3 (SD: 9,36) dk, 7,79 (SD: 8,06) dk olarak bulunmuştur. Bu sonuçtan yola çıkarak hekimlerin umut düzeyleri azaldıkça hasta başına ayırdıkları sürenin de anlamlı ölçüde azaldığını söylemek mümkündür (p: 0,00).

Hasta sayısı fazla olan hekimlerin ise daha umutsuz oldukları sonucuna varılmıştır (p: 0,00). Hekimlerin refah düzeyleri arttıkça umut düzeylerinin de arttığı gösterilmiştir (Tablo 6).

**Tablo 6:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Umud Düzeyleri ile Refah Düzeylerinin Karşılaştırılması

	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>p*</b>
<b>Çok umutlu</b>	15	8,6000	1,40408	<b>0,00</b>
<b>Umutlu</b>	227	6,6079	1,47562	
<b>Umutlu değil</b>	126	5,0238	1,48305	
<b>Hiç umutlu değil</b>	31	3,2258	1,60644	
<b>Toplam</b>	399	5,9198	1,88450	

\*One- way ANOVA, n: sayı, M: ortalama refah düzeyi, SD: standart deviasyon

Hekimlerin yaşları, meslekte geçirdikleri süre ve uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık eğitimi yılları ile umut düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Sırasıyla p: 0,21, p: 0,18, p: 0,95). Hekimlerin medeni durumları ile umut düzeyleri Tablo 7’de gösterilmiştir.

**Tablo 7:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumları ile Umud Düzeylerinin Karşılaştırılması

<b>Medeni durum</b>	<b>Umud Düzeyi</b>					<b>p*</b>
	<b>Çok umutlu</b>	<b>Umutlu</b>	<b>Umutlu değil</b>	<b>Hiç umutlu değil</b>	<b>Toplam</b>	
<b>Bekar</b>	6	86	61	11	164	<b>0,38</b>
<b>Evli</b>	9	141	65	20	235	
<b>Toplam</b>	15	227	126	31	399	

\*Bağımsız örneklerde t testi

Aile hekimleri ile psikiyatristlerin empati düzeylerini karşılaştırdığımızda, aile hekimlerinin ortalama toplam JSPE skorları  $78,79 \pm 11,45$  iken, psikiyatristlerin ortalama toplam JSPE skorları  $81,78 \pm 8,33$  olarak bulunmuştur. Toplam skorları oluşturan faktörlerin (birinci faktör olan “yerine koyma” ve ikinci faktör olan “duygusal yaklaşım”) ortalama skorları Tablo 8’de gösterilmiştir. “Yerine koyma” skorlarında aile hekimleri ile psikiyatristler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Psikiyatristlerin “duygusal yaklaşım” ve toplam empati skorlarının ortalaması aile hekimlerinin “duygusal yaklaşım” ve toplam empati skorlarının ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 8:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanlarına Göre “Yerine Koyma”, “Duygusal Yaklaşım” ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

JSPE	Uzmanlık Alanı	n	M	SD	<i>p</i> *
“Yerine koyma”	Aile Hekimliği	216	39,8102	6,87402	<b>0,09</b>
	Psikiyatri	181	40,7901	4,58380	
“Duygusal yaklaşım”	Aile Hekimliği	214	38,9673	6,53512	<b>0,000</b>
	Psikiyatri	181	40,9945	4,77202	
Toplam	Aile Hekimliği	214	78,7944	11,45453	<b>0,003</b>
	Psikiyatri	181	81,7845	8,33153	

\*Bağımsız örneklerde t testi, n: sayı, M: ortalama JSPE skorları, SD: standart deviasyon

Aile hekimleri ile psikiyatristlerin hasta merkezli yaklaşımlarını değerlendirecek olursak, aile hekimlerinin toplam PPOS skorlarının ortalaması  $2,93 \pm 0,41$  iken, psikiyatristlerin toplam PPOS skorlarının ortalaması  $3,31 \pm 0,39$  olarak bulunmuştur. PPOS’u oluşturan iki alt gruba ayrıca bakacak olursak, “paylaşım” skorlarının

ortalaması aile hekimleri için  $2,93 \pm 0,44$  iken, psikiyatristler için  $3,29 \pm 0,40$  olarak bulunmuştur. “Bakım” alt grubunun ortalama skorları ise, aile hekimleri için  $2,88 \pm 0,51$ , psikiyatristler için ise  $3,32 \pm 0,49$  olarak hesaplanmıştır. Her iki uzmanlık alanında da ortalama PPOS skorları tüm alt gruplarda düşük bulunmuştur. Dolayısıyla hekimlerin daha çok doktor merkezli yaklaşımda bulduklarını söyleyebiliriz. Buna karşın, “paylaşım”, “bakım” ve toplam PPOS skorlarının ortalamalarına göre aile hekimlerinin hasta merkezli yaklaşımları ile psikiyatristlerin hasta merkezli yaklaşımları arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, psikiyatristlerin daha çok hasta merkezli yaklaşımda buldukları sonucuna varılmıştır (p: 0,00, p: 0,00, p: 0,00).

Kadınların toplam JSPE skorlarının ortalaması  $79,95 \pm 9,99$ , erkeklerin toplam JSPE skorlarının ortalaması ise  $80,34 \pm 10,61$  bulunmuştur. “Yerine koyma” ve “duygusal yaklaşım” faktörlerinin ortalama skorları Tablo 9’da gösterilmiştir. Cinsiyet ile “yerine koyma”, “duygusal yaklaşım” ve toplam empati skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

**Tablo 9:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre “Yerine Koyma”, “Duygusal Yaklaşım” ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

JSPE	Cinsiyet	N	M	SD	<i>p</i> *
“Yerine koyma”	Kadın	240	40,1208	6,19404	<b>0,69</b>
	Erkek	155	40,3613	5,53605	
“Duygusal yaklaşım”	Kadın	238	39,8151	5,59455	<b>0,78</b>
	Erkek	155	39,9806	6,31990	
Toplam	Kadın	238	79,9538	9,99588	<b>0,71</b>
	Erkek	155	80,3419	10,61146	

\*Bağımsız örneklerde t testi, n: sayı, M: ortalama JSPE skorları, SD: standart deviasyon

Kadınların toplam PPOS skorlarının ortalaması  $3,11 \pm 0,40$  iken, erkeklerin toplam PPOS skorlarının ortalaması ise  $3,08 \pm 0,50$  bulunmuştur. “Paylaşım” ve “bakım” alt gruplarının ortalama skorları Tablo 10’da gösterilmiştir. Tüm alt gruplarda kadınlar daha yüksek PPOS skorlarına sahip bulunmuştur. Fakat bu farklılık istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinde değildir.

**Tablo 10:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre “Paylaşım”, “Bakım” ve Toplam PPOS Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

<b>PPOS</b>	<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b><i>p</i>*</b>
<b>“Paylaşım”</b>	Kadın	245	3,1361	0,42624	<b><i>0,46</i></b>
	Erkek	158	3,1020	0,50350	
<b>“Bakım”</b>	Kadın	245	3,0925	0,50539	<b><i>0,61</i></b>
	Erkek	158	3,0640	0,61389	
<b>Toplam</b>	Kadın	245	3,1143	0,40743	<b><i>0,49</i></b>
	Erkek	158	3,0830	0,44880	

\*Mann- Whitney U testi, n: sayı, M: ortalama PPOS skorları, SD: standart deviasyon



Hekimlerin medeni durumları ile empati düzeyleri ve hasta merkezli yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 11, Tablo 12).

**Tablo 11:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre “Yerine Koyma”, “Duygusal Yaklaşım” ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

JSPE	Medeni durum	n	M	SD	<i>p</i> *
“Yerine koyma”	Bekar	164	40,2073	5,51793	<b>0,94</b>
	Evli	231	40,2511	6,24759	
“Duygusal yaklaşım”	Bekar	163	39,5153	6,43136	<b>0,27</b>
	Evli	230	40,1696	5,44780	
Toplam	Bekar	163	79,7362	10,39042	<b>0,50</b>
	Evli	230	80,4304	10,13541	

\*Bağımsız örneklerde t testi, n: sayı, M: ortalama JSPE skorları, SD: standart deviasyon

**Tablo 12:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre “Bakım”, “Paylaşım” ve Toplam PPOS Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

PPOS	Medeni durum	n	M	SD	<i>p</i> *
“Paylaşım”	Bekar	167	3,1344	0,48736	<b>0,68</b>
	Evli	236	3,1158	0,43631	
“Bakım”	Bekar	167	3,0339	0,56613	<b>0,13</b>
	Evli	236	3,1168	0,53446	
Toplam	Bekar	167	3,0842	0,47693	<b>0,47</b>
	Evli	236	3,1163	042696	

\*Bağımsız örneklerde t testi, n: sayı, M: ortalama PPOS skorları, SD: standart deviasyon

Çalışmaya katılan hekimlerin yaş gruplarına göre toplam JSPE skorlarının ortalamaları Tablo 13'te gösterilmiştir. Hekimlerin yaşları arttıkça ortalama toplam JSPE skorlarında da artış olduğu görülmüştür. 24- 35 yaş arasındaki hekimler ile 36-45 yaş arasındaki hekimlerin ortalama toplam JSPE skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. JSPE'nin “yerine koyma” ve “duygusal yaklaşım” faktörlerinde de anlamlılık gözlenmiştir (p: 0,02, p: 0,002).

**Tablo 13:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>p*</b>
<b>24- 35 yaş arası</b>	282	78,8298	10,47176	<b>0,001</b>
<b>36- 45 yaş arası</b>	55	83,9818	7,96634	
<b>46- 55 yaş arası</b>	36	83,0278	11,41049	
<b>56- 66 yaş arası</b>	17	82,0588	5,50534	
<b>Toplam</b>	390	80,0846	10,25889	

\*One- way ANOVA, n: sayı, M: ortalama toplam JSPE skorları, SD: standart deviasyon

Çalışmaya katılan hekimlerin yaş gruplarına göre toplam PPOS skorlarının ortalamaları Tablo 14’te gösterilmiştir. Hekimlerin yaşları arttıkça ortalama toplam PPOS skorlarında (56- 66 yaş grubundaki hekimler hariç) belirgin bir artış gözlenmiştir. 24- 35 yaş arasındaki hekimler ile 36-45 ve 46-55 yaş arasındaki hekimlerin ortalama toplam PPOS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Bu anlamlı farklılık PPOS’un “paylaşım” ve “bakım” alt gruplarında da bulunmuştur (p: 0,01, p: 0,00).

**Tablo 14:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Toplam PPOS Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>p*</b>
<b>24- 35 yaş arası</b>	289	3,0402	0,46821	<b>0,00</b>
<b>36- 45 yaş arası</b>	58	3,2682	0,33254	
<b>46-55 yaş arası</b>	36	3,2886	0,38371	
<b>56- 66 yaş arası</b>	17	3,1601	0,36583	
<b>Toplam</b>	400	3,1007	0,44987	

\*One- way ANOVA, n: sayı, M: ortalama toplam PPOS skorları, SD: standart deviasyon

Hekimlerin mesleki deneyimleri ile empati düzeyleri karşılaştırıldığında, toplamda meslekteki çalışma süresi 10 yıl ve altında olan hekimlerin toplam JSPE skorlarının ortalaması  $78,88 \pm 10,40$ , 11- 20 yıl arasında mesleki tecrübesi olan hekimlerin  $83,75 \pm 8,64$  ve 21 yıl ve üzerinde mesleki tecrübesi olan hekimlerin ise  $82,83 \pm 9,87$  olarak bulunmuştur. Meslekteki toplam çalışma sürelerine göre “yerine koyma” ve “duygusal yaklaşım” skorlarının ortalamaları Tablo 15’te gösterilmiştir. Hekimlerin mesleki tecrübeleri arttıkça empati düzeylerinin de önemli derecede arttığını söylemek mümkündür. Bu artış “yerine koyma” ve “duygusal yaklaşım” faktörlerinin her ikisinde de anlamlı düzeyde gösterilmiştir.

**Tablo 15:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Meslekteki Toplam Çalışma Sürelerine Göre “Yerine Koyma”, “Duygusal Yaklaşım” ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

JSPE	Mesleki Deneyim (yıl)	n	M	SD	<i>p</i> *
“Yerine koyma”	10 yıl ve altı	282	39,7021	6,26774	<b>0,018</b>
	11- 20 yıl arası	56	41,5893	4,77408	
	21 yıl ve üzeri	54	41,6296	5,19541	
	Toplam	392	40,2372	5,98612	
“Duygusal yaklaşım”	10 yıl ve altı	280	39,1679	5,96799	<b>0,000</b>
	11- 20 yıl arası	56	42,1607	4,86836	
	21 yıl ve üzeri	54	41,2037	5,48542	
	Toplam	390	39,8795	5,86115	
Toplam	10 yıl ve altı	280	78,8821	10,40146	<b>0,001</b>
	11- 20 yıl arası	56	83,7500	8,64502	
	21 yıl ve üzeri	54	82,8333	9,87039	
	Toplam	390	80,1282	10,26933	

\*One- way ANOVA, n: sayı, M: ortalama JSPE skorları, SD: standart deviasyon

Hekimlerin mesleki deneyimleri ile hasta merkezli yaklaşımları karşılaştırıldığında, toplamda meslekteki çalışma süresi 10 yıl ve altında olan hekimlerin toplam PPOS skorlarının ortalaması  $3,0426 \pm 0,47090$ , 11- 20 yıl arası mesleki tecrübesi olan hekimlerin  $3,2538 \pm 0,31652$  ve 21 yıl ve üzerinde mesleki tecrübesi olan hekimlerin ise  $3,2788 \pm 0,36302$  olarak bulunmuştur. Meslekteki toplam çalışma sürelerine göre “paylaşım” ve “bakım” skorlarının ortalamaları Tablo 16’da gösterilmiştir. Hekimlerin mesleki tecrübeleri arttıkça hasta merkezli yaklaşımlarının da arttığı PPOS skorlarının her iki alt grubunda da anlamlı düzeyde bulunmuştur. 11 yıl altında çalışma tecrübesi olan hekimlerin hasta merkezli yaklaşımları 11- 20 yıl ve 21 yıl üzerinde çalışma tecrübesi olan hekimlerden ciddi anlamda daha düşük hesaplanmıştır.

**Tablo 16:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Meslekteki Toplam Çalışma Sürelerine Göre “Bakım”, “Paylaşım” ve Toplam PPOS Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

PPOS	Mesleki Deneyim (yıl)	n	M	SD	<i>p</i> *
“Paylaşım”	10 yıl ve altı	288	3,0768	0,48114	<b>0,002</b>
	11- 20 yıl arası	58	3,2299	0,33422	
	21 yıl ve üzeri	54	3,2757	0,38656	
	Toplam	400	3,1258	0,45680	
“Bakım”	10 yıl ve altı	288	3,0085	0,56710	<b>0,000</b>
	11- 20 yıl arası	58	3,2778	0,45697	
	21 yıl ve üzeri	54	3,2819	0,44951	
	Toplam	400	3,0844	0,55142	
Toplam	10 yıl ve altı	288	3,0426	0,47090	<b>0,000</b>
	11- 20 yıl arası	58	3,2538	0,31652	
	21 yıl ve üzeri	54	3,2788	0,36302	
	Toplam	400	3,1051	0,44881	

\*Kruskal- Wallis testi, n: sayı, M: ortalama PPOS skorları, SD: standart deviasyon

Çalışmaya katılan hekimlerin çoğunluğu uzmanlık öğrencisi statüsünde olup, uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık eğitimlerinin kaçınıcı yılında oldukları ile empati düzeyleri ve hasta merkezli yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 17, Tablo 18).

**Tablo 17:** Çalışmaya Katılan Uzmanlık Öğrencilerinin Uzmanlık Eğitimi Yılları ile “Yerine Koyma”, “Duygusal Yaklaşım” ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

JSPE	Uzmanlık eğitimi yılı	n	M	SD	p*
“Yerine koyma”	1	60	39,1500	5,12496	<b>0,79</b>
	2	82	39,9878	8,08366	
	3	61	38,7541	6,46698	
	4	17	40,1176	3,40739	
	5	5	40,6000	3,50714	
	Toplam	225	39,4533	6,56688	
“Duygusal yaklaşım”	1	59	38,5763	6,13133	<b>0,46</b>
	2	82	37,8902	7,05885	
	3	61	39,3115	5,87804	
	4	17	40,5882	4,13912	
	5	5	37,6000	6,02495	
	Toplam	224	38,6563	6,30059	
Toplam	1	59	77,7458	9,31923	<b>0,90</b>
	2	82	77,8780	12,38616	
	3	61	78,0656	11,52804	
	4	17	80,7059	5,33578	
	5	5	78,2000	9,52365	
	Toplam	224	78,1161	10,87701	

\*One- way ANOVA, n: sayı, M: ortalama JSPE skorları, SD: standart deviasyon

**Tablo 18:** Çalışmaya Katılan Uzmanlık Öğrencilerinin Uzmanlık Eğitimi Yılları ile “Paylaşım”, “Bakım” ve Toplam PPOS Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

PPOS	Uzmanlık eğitimi yılı	n	M	SD	<i>p</i> *
<b>“Paylaşım”</b>	1	62	2,7975	0,51786	<b>0,076</b>
	2	84	2,9537	0,49727	
	3	62	2,9229	0,63704	
	4	17	3,2026	0,44311	
	5	5	3,0667	0,57521	
	Toplam	230	2,9242	0,54729	
<b>“Bakım”</b>	1	62	2,9444	0,49924	<b>0,143</b>
	2	84	3,0370	0,41693	
	3	62	3,1022	0,56200	
	4	17	3,2810	0,38514	
	5	5	3,1111	0,26058	
	Toplam	230	3,0493	0,48264	
<b>Toplam</b>	1	62	2,8710	0,45876	<b>0,062</b>
	2	84	2,9954	0,40129	
	3	62	3,0125	0,53603	
	4	17	3,2418	0,35840	
	5	5	3,0889	0,35918	
	Toplam	230	2,9867	0,45944	

\*One- way ANOVA, n: sayı, M: ortalama PPOS skorları, SD: standart deviasyon

Hekimlerin akademik pozisyonları yükseldikçe (yardımcı doçent ve profesör hariç) empati düzeyleri de artış göstermektedir (Tablo 19). Uzmanlık öğrencileri ile doçent ve uzmanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterilmiştir. “Yerine koyma” faktöründe uzmanlık öğrencileri ile doçentler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p: 0,004). Bununla beraber, “duygusal yaklaşım” faktöründe de uzmanlık öğrencileri ile uzmanlar arasında istatistiksel düzeyde anlamlılık gösterilmiştir (p: 0,00).

**Tablo 19:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Akademik Pozisyonları ile Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>p*</b>
<b>Profesör</b>	18	82,50000	9,61769	<b>0,00</b>
<b>Doçent</b>	21	85,9048	8,63079	
<b>Yardımcı Doçent</b>	15	79,8000	8,01071	
<b>Uzman</b>	116	82,7155	8,57378	
<b>Uzmanlık öğrencisi</b>	225	78,1511	10,86542	
<b>Toplam</b>	395	80,1646	10,24055	

\*One- way ANOVA, n: sayı, M: ortalama toplam JSPE skorları, SD: standart deviasyon



Hekimlerin akademik pozisyonları yükseldikçe (yardımcı doçent hariç) hasta merkezli yaklaşımlarının da arttığı Tablo 20’de toplam PPOS skorlarının ortalamaları ile birlikte gösterilmiştir. Uzmanlık öğrencileri ile uzman, doçent ve profesörlerin hasta merkezli yaklaşımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hekimlerin “bakım” skorlarında uzmanlık öğrencileri ile doçent ve uzmanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p: 0,00). Bununla birlikte “paylaşım” skorlarında da uzmanlık öğrencileri ile profesör, doçent ve uzmanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p: 0,001).

**Tablo 20:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Akademik Pozisyonları ile Toplam PPOS Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>p*</b>
<b>Profesör</b>	18	3,3457	0,28363	<b>0,00</b>
<b>Doçent</b>	21	3,3333	0,41239	
<b>Yardımcı Doçent</b>	15	3,1444	0,31623	
<b>Uzman</b>	120	3,2449	0,39877	
<b>Uzmanlık öğrencisi</b>	231	2,9863	0,45849	
<b>Toplam</b>	405	3,1027	0,44833	

\*One- way ANOVA, n: sayı, M: ortalama toplam PPOS skorları, SD: standart deviasyon

Hekimlerin çalıştıkları kurumlar (üniversite hastanesi, eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi, özel hastaneler, muayenehaneler, aile sağlığı merkezi gibi) ile empati düzeyleri arasındaki ilişkiye bakacak olursak, muayenehanelerde çalışan hekimler en yüksek empati skorlarına sahipken (toplam JSPE skorları:  $86,18 \pm 8,28$ ), ikinci sırada ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri (toplam JSPE skorları:  $84,75 \pm 11,55$ ), son sırada ise üniversite hastaneleri ile eğitim araştırma hastaneleri (toplam JSPE skorları:  $79,31 \pm 10,61$ ) gelmektedir. Empati düzeyleri ile çalışılan kurum arasında toplam JSPE skorlarında ( $p: 0,07$ ) ve “duygusal yaklaşım” skorlarında ( $p: 0,2$ ) anlamlı bir ilişki gösterilememiş fakat “yerine koyma” skorlarında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ( $p: 0,04$ ). Bu farklılık muayenehaneler ile üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastaneleri arasındadır.

Hekimlerin çalıştıkları kurum ile hasta merkezli yaklaşımlarını karşılaştırdığımızda, ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri en yüksek skorlara sahip iken (ortalama toplam PPOS skorları:  $3,4844 \pm 0,41683$ ), ikinci sırada muayenehaneler ( $3,3384 \pm 0,50580$ ) ve son sırada üniversite hastaneleri ile eğitim araştırma hastaneleri ( $3,0433 \pm 0,46014$ ) gelmektedir. Hekimlerin hasta merkezli yaklaşımları ile çalıştıkları kurum arasında “bakım” ( $p: 0,000$ ), “paylaşım” ( $p: 0,002$ ) ve toplam ( $p: 0,00$ ) PPOS skorlarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Çalışılan bölgeler ile hekimlerin empati düzeylerini karşılaştıracak olursak, kentsel bölgelerde çalışan hekimlerin ortalama toplam JSPE skorları  $80,07 \pm 10,31$  iken, kırsal bölgelerde çalışan hekimlerin ortalama toplam JSPE skorları  $84,77 \pm 5,60$  bulunmuş olup, hekimlerin çalıştıkları yer (kentsel, kırsal) ile “yerine koyma”, “duygusal yaklaşım” ve toplam JSPE skorlarının ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p: 0,40, p: 0,12, p: 0,17).

Kentsel bölgelerde çalışan hekimlerin ortalama toplam PPOS skorları  $3,1044 \pm 0,44885$  iken, kırsal bölgelerde çalışan hekimlerin ortalama toplam PPOS skorları  $3,1173 \pm 0,39229$  bulunmuş ve hekimlerin çalıştıkları yer (kentsel, kırsal) ile “paylaşım”, “bakım” ve toplam PPOS skorlarının ortalaması arasında anlamlı bir ilişki belirlenememiştir (p: 0,81, p: 0,95, p: 0,93).

Hekimlerin poliklinikteki toplam çalışma süreleri (gün olarak) ile empati düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmış ve poliklinikteki çalışma süreleri ile “yerine koyma”, “duygusal yaklaşım” ve toplam JSPE skorları Tablo 21’de karşılaştırmalı olarak gösterilmiştir. Poliklinikteki çalışma süresi ile empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki belirlenememiştir.

**Tablo 21:** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Poliklinikte Çalışma Sürelerine Göre “Yerine Koyma”, “Duygusal Yaklaşım” ve Toplam JSPE Skorlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması

JSPE	Poliklinik Süresi (gün)	n	M	SD	<i>p</i> *
<b>“Yerine koyma”</b>	0	37	38,9189	5,26719	<b>0,10</b>
	1 gün	9	40,4444	2,96273	
	2 gün	33	39,3636	5,34917	
	3 gün	30	38,9667	5,70833	
	4 gün	18	43,1111	5,37849	
	5 gün	268	40,5187	6,19015	
	6 gün	1	32,0000	.	
	Toplam	396	40,2500	5,95941	
<b>“Duygusal Yaklaşım”</b>	0	37	39,5405	5,23659	<b>0,40</b>
	1 gün	9	39,7778	3,66667	
	2 gün	32	40,5625	5,48274	
	3 gün	30	38,4667	7,12322	
	4 gün	18	42,4444	6,22351	
	5 gün	267	39,9064	5,86523	
	6 gün	1	36,0000	.	
	Toplam	394	39,9188	5,86519	
<b>Toplam</b>	0	37	78,4595	8,76418	<b>0,13</b>
	1 gün	9	80,2222	6,07819	
	2 gün	32	79,9688	10,29715	
	3 gün	30	77,4333	11,72878	
	4 gün	18	85,5556	10,76062	
	5 gün	267	80,4345	10,25091	
	6 gün	1	68,0000	.	
	Toplam	394	80,1802	10,24884	

\*One- way ANOVA, n: sayı, M: ortalama JSPE skorları, SD: standart deviasyon

Hekimlerin umut düzeyleri yükseldikçe empati kurma yetenekleri de artış göstermektedir. Hekimlerin umut düzeyleri ile “yerine koyma” skorları arasında belirgin bir ilişki saptanamamıştır (p: 0,39). Buna karşın, hekimlerin umut düzeyleri ile

“duygusal yaklaşım” skorları ve toplam JSPE skorları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (p: 0,005, p: 0,04).

Hekimlerin refah düzeyleri ile “yerine koyma”, “duygusal yaklaşım” ve toplam JSPE skorları arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır (p: 0,17, p: 0,16, p: 0,08).

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırmada ¼lkemizde görev yapmakta olan aile hekimliği ve psikiyatri uzman ve uzmanlık ğrencilerinin biyopsikososyal yaklaşımları, hasta merkezli yaklaşımları ve hasta- hekim ilişkisinin önemli unsurlarından biri olan empati d¼zeylerinin hekimlerin klinik uygulamalarında ne derece kullanıldığının belirlenmesi ve demografik değişkenlerle hasta merkezli yaklaşım ve empati d¼zeyleri arasındaki etkileşimlerin gösterilmesi amaçlanmıştır. Psikiyatristler hastalarının ruhsal durumlarını ve duygu durumlarını etkileyen sosyal faktörleri branşları gereği sorgulamakla y¼k¼ml¼d¼rler ancak genellikle hastalarının biyomedikal sorunları ¼zerinde durmamaktadırlar. Aile hekimleri ise her ne kadar öncelikli olarak hastalarının biyomedikal yönleriyle ilgileniyor gibi gr¼nse de değişmeyen bir hasta pop¼lasyonu olduğundan ve aynı hastaları pek çok kere değerlendirdiklerinden hastalarının aile yapılarını, sosyal çevrelerini, ruhsal durumlarını ister istemez öğrenmektedirler. Dolayısıyla bu çalışmada, aile hekimlerinin de en az psikiyatristler kadar biyopsikososyal yaklaşımı benimsemeleri gerektiği varsayımından yola çıkarak, aile hekimleriyle psikiyatristlerin klinik yaklaşımlarının karşılaştırılması planlanmıştır.

Çalışmamıza ¼lkemizde pek çok ilden yeterli sayıda katılım sağlandığından çalışmamızın sonuçlarını genellememiz m¼mk¼nd¼r. Ayrıca ¼lkemizde ve d¼nyada aile hekimleri ile psikiyatristlerin empati d¼zeylerini, hasta merkezli ve biyopsikososyal yaklaşımlarını doğrudan karşılaştıran başka bir araştırma olmaması ve bizim çalışmamızın tıp literat¼r¼nde bu konuda yapılmış ilk çalışma olması nedeniyle bu araştırmanın ileride yapılacak çalışmalara örnek teşkil edebileceği inancındayız.

Çalışmamıza 245'i (%60,5) kadın, 158'i (%39) erkek olmak ¼zere 405 hekim dahil edilmiştir. Aile hekimliği ve psikiyatri uzmanlık alanları daha çok kadın hekimler

tarafından tercih edilen branşlar olduğundan, çalışmamızda kadın hekimlerin sayısı daha fazla bulunmuştur. Ayrıca bizim çalışmamızda sadece aile hekimliği ve psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencileri araştırma kapsamına dahil edildiğinden, çalışmanın evreni ve örneklem büyüklüğü tıp öğrencileri veya hekimlerle yapılan diğer çalışmalardan oldukça küçük olmasına rağmen, katılımcı sayısı açısından diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. İran'da sadece aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada, 109'u (%52,6) kadın, 97'si (%47,4) erkek olmak üzere, toplamda 207 hekim araştırma kapsamına alınmıştır (64). İngiltere'de tıp öğrencileriyle yapılan bir kohort çalışmasında ise, 853 tıp öğrencisi çalışma kapsamında değerlendirilmiş olup, %55,1'i kadın, %41,1'i erkek öğrencilerden oluşmaktadır (65). Polonya'da yapılan bir çalışmada, 405 katılımcı çalışmaya dahil edilmiş olup, katılımcıların 98'i (%83,05) kadın, 23'ü (% 16,95) erkek olmak üzere 118'ini doktorlar oluşturmaktadır. Bu çalışmada kadın cinsiyetin daha fazla bulunması ise, çalışmanın ağırlıklı olarak kadınların daha yoğun bulunduğu pediatri ve aile hekimliği uzmanlık dallarındaki hekimlere uygulanmış olmasına bağlanmıştır (66). Cerrahi branşların da çalışmaya dahil edildiği araştırmalarda ise erkek cinsiyetin daha ağırlıklı olduğunu söylemek mümkündür. Örneğin, İtalya'da 226 cerrahi, 62 dahili uzmanlık alanında çalışan hekimlerle yapılan bir çalışmada, 289 katılımcının 229'u (%79,3) erkek, 60'ı (%20,7) kadın bulunmuştur (67). Benzer şekilde 2010 yılında Teke ve arkadaşlarının araştırmasında 480 hekim çalışmaya dahil edilmiş olup katılımcıların %26,6'sı kadın, %73,4'ü erkektir (63). Hojat ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı çalışmada ise 507'si erkek, 179'u kadın olmak üzere 704 doktor çalışmaya dahil edilmiştir (59).

Bizim çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunu 24-35 yaş arası hekimler oluşturmaktadır (n: 289, %71,4). Hekimlerin yaş ortalaması ise 33,84 (SD: 8,63) olarak

bulunmuştur. Benzer sonuçlar, Ankara’da hekimlerin empatik eğilimlerini ölçmek için yapılan kesitsel bir çalışmada da gösterilmiş olup, bu çalışmada hekimlerin ortalama yaşları 32,27 (SD: 7,07) bulunmuştur. Bu araştırmadaki hekimlerin çoğunluğunu 25- 34 yaş arası hekimler oluşturmaktadır (n: 113, %79,6) (47). 2014 yılında Kano’da yapılan hekimlerin hasta merkezli yaklaşımlarını değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada, hekimlerin ortalama yaşları 31,72 (SD: 0,87) olup, %67,8’i 30 yaş ve üzerinde bulunmuştur (68). Teke ve arkadaşlarının araştırmasında ise hekimlerin çoğunun (%55,2) 30- 39 yaş aralığında olduğu gösterilmiştir (63).

Çalışmamızda hekimlerin 167’si (%41,2) bekar, 236’sı (%58,3) evli bulunmuştur. Kano’da Abiola ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hekimlerin %40,7’si bekar, %59,3’ü evli olup, bizim çalışmamızın verileriyle benzerlik göstermektedir (68). Ankara’da Karaoğlu ve arkadaşları tarafından 153 hekim ile yapılan bir çalışmada hekimlerin 85’inin (%55,9) evli olduğu gösterilmiştir (47). İran’da yapılan çalışmada, hekimlerin %67,6’sı evli, %29,9’u ise bekadır (64).

Çalışmamızda katılımcıların 222’sini (%54,8) aile hekimliği, 183’ünü (%45,2) psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır. Literatürde doğrudan aile hekimleri ile psikiyatristleri karşılaştıran bir araştırma bulunmamaktadır. Ancak hekimlerin hasta merkezli yaklaşım ve empati düzeylerini araştıran çalışmalarda “insan odaklı uzmanlık alanları” ile “teknoloji odaklı uzmanlık alanları”nın veya “dahili” ve “cerrahi” uzmanlık alanlarının birbirleriyle karşılaştırıldığını sıklıkla görüyoruz. Bu çalışmalardaki “insan odaklı uzmanlık alanları” veya “dahili” uzmanlık alanları başlığı altında aile hekimliği ve psikiyatri uzmanlık alanlarına da değinildiğinden çalışmamızda bu yayınlardan yararlandık. Hojat ve arkadaşlarının 2002 yılında 704 hekim ile yaptıkları araştırmada, 24 (%3,4) psikiyatrist, 69 (%9,8) aile hekimi çalışmaya dahil



edilmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin geri kalanını ise dahiliye, acil tıp, pediatri, genel cerrahi, kadın doğum, kardiyovasküler cerrahi, radyoloji, beyin cerrahisi, ortopedi, anestezi gibi diğer uzmanlık alanları oluşturmaktadır (59). Truax ve arkadaşlarının farklı meslek grubu çalışanlarının (üst düzey yönetici, eğitimci, avukat, rahip, hemşire, aile hekimi, ruh sağlığı uzmanları (psikolog, psikiyatrist)) empati düzeylerini karşılaştırdığı çalışmada, 1748 katılımcının 101'ini (%5,7) psikiyatri, 103'ünü (%5,8) ise aile hekimliği doktorları oluşturmaktadır (69). Teke ve arkadaşlarının çalışmasında 290 (%60,4) dahili, 190 (%39,6) cerrahi uzmanlık alanlarında çalışan hekim bulunmaktadır (63). Kataoka ve arkadaşlarının kadın hekimlerin empati düzeylerini ölçmeyi amaçladıkları bir çalışmada 285 hekimin 156'sı (%54,7) insan odaklı (genel dahiliye, genel pediatri, psikiyatri), 98'si (%34,3) teknoloji odaklı (anestezi, cerrahi uzmanlık alanları, patoloji, radyoloji, göz hastalıkları, ortopedi, kadın doğum ve üroloji), 31'i (%11) ise diğer uzmanlık alanlarında (acil tıp, halk sağlığı, aile hekimliği) çalışmaktadır (58).

Çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlası (n: 231, %57) uzmanlık öğrencisi statüsünde bulunmaktadır. Çalışmamıza katılan hekimlerin 18'i (%4,4) profesör, 21'i (5,2) doçent, 15'i (%3,7) yardımcı doçent, 120'si (%29,6) ise uzman hekimdir. Teke ve arkadaşlarının çalışmasında da hekimlerin çoğunluğunu (%34,4) uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların % 8,3'ü profesör, %18,8'i doçent, %18,8'i yardımcı doçent, %16,7'si ise uzman hekimlerden oluşmaktadır (63). Karaoğlu ve arkadaşlarının araştırmasında da hekimlerin %84,3'ünü uzmanlık öğrencileri, %15,7'sini ise uzman hekimler oluşturmaktadır (47).

Çalışmamızda hekimlerin mezuniyet sonrası meslekteki toplam çalışma süreleri ortalama  $8,96 \pm 8,64$  yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların %71,1'inin meslekteki

toplam çalışma süresi 10 yıl ve altında (n: 288), %14,3'ünün 11- 20 yıl arasında, %13,3'ünün ise 21 yıl ve üzerinde bulunmuştur. Teke ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmaya katılan hekimlerin çoğunluğunun (n: 225, %46,9) meslekteki toplam çalışma süresi 10 yıl ve altında bulunmuştur. Bu çalışmada hekimlerin %39,6'sının (n: 190) 11- 20 yıl arası, %13,5'unun (n: 65) ise 21 yıl ve üzerinde mesleki tecrübesi vardır (63). Karaoğlu ve arkadaşlarının araştırmasında da hekimlerin büyük kısmının 10 yıl ve altında mesleki tecrübeye sahip olduğu gösterilmiştir (mesleki tecrübesi 5 yıl ve altında olanlar: %45,1, 5- 10 yıl arası olanlar: %39,2) (47). Kano'da yapılan bir çalışmada, hekimlerin %59,3'ü 6 yılın altında mesleki tecrübeye sahip iken, %40,7'si 6 yıl ve üzerinde mesleki tecrübeye sahiptir (68). Audet ve arkadaşlarının hekimlerin hasta merkezli yaklaşımlarını inceledikleri bir çalışmada çalışmaya katılan hekimlerin %53'ünün 15 yıl ve altında, %47'sinin ise 15 yılın üzerinde mesleki tecrübeye sahip olduğu gösterilmiştir (70). Krupat ve arkadaşlarının ise mesleki deneyim yılı ortalaması 13,97 (SD: 9,14) yıl olarak bulunmuştur (49).

Çalışmamızda hekimlerin çoğunluğu (%97,5) kentsel bölgelerde çalışırken, 9'u (%2,2) kırsal bölgede çalışmaktadır. İran'da hekimlerin empati düzeyleri üzerine yapılan araştırmada, 118 (%65,5) hekimin kentsel bölgelerde (büyük şehir, il), 62 (%34,4) hekimin ise kırsal bölgelerde (ilçe, köy) çalıştığı gösterilmiştir (64).

Çalışmamızda hekimlerin çoğunluğu (%70,6) eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinde çalışmakta olup, 19'u (%4,7) özel hastanelerde, 11'i (%2,7) ise muayenehanelerde çalışmaktadır. İran'da Shariat ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise, hekimlerin çalıştıkları kuruluşlar, çalışma şekli (özel, genel) ve çalışılan kurum (muayenehane, hastane) olarak sınıflanmış olup, hekimlerin %53,8'i özel kurumlarda, %30,5'i devlete bağlı kurumlarda, %15,5'i ise her ikisinde birden

çalışmaktadır. Ayrıca bu çalışmaya katılan hekimlerin %21,4'ü hastanelerde, %21,4'ü muayenehanelerde, %32,1'i özel kliniklerde, %25'i ise bu kurumların birkaç tanesinde birden çalışmaktadır (64). Bizim çalışmamızda özel hastanelerde ve muayenehanelerde çalışan hekimlerin sayısının azlığının, ülkemizdeki genel sağlık sistemi politikasına ve tam gün yasasına, ayrıca aile hekimlerinin doğası gereği özel kuruluş veya muayenehanelerde çalışma olanağının bulunmamasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hekimlerin günlük ortalama hasta sayıları maksimum 150'ye kadar çıkmaktadır. Hekimlerin ortalama hasta sayısı 33,72 (SD: 24,67) olup, aile hekimlerinin (42,05 ± 27,36) günlük ortalama hasta sayıları psikiyatri hekimlerinden (23,54 ± 15,86) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $\chi^2$ : 109,47, p: 0,000). Bununla birlikte, tüm hekimlerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre 13,90 (SD: 11,25) dk olup, aile hekimlerinin (9,34 ± 7,02 dk) hasta başına ayırdıkları ortalama süre, psikiyatri hekimlerinden (19,46 ± 12,85 dk) daha kısadır ( $\chi^2$ : 106,63, p: 0,00). İzmir'de aile hekimlerinin klinik uygulamalarında biyopsikososyal yaklaşımı ne ölçüde benimsedikleri ile ilgili yapılan bir tez çalışmasında, ortalama hasta- hekim görüşmesi süreleri 4-7 dakika arasında gösterilmiştir (8). Wright ve arkadaşlarının 173 hasta ve 13 sorudan oluşan bir anket çalışmasında, hasta-hekim görüşme süreleri değerlendirilmiş ve kısa süren görüşmeler toplam iki dakikayı geçmemiştir. Uzun süren görüşmeler ise 4-11 dakika arasında, ortalama yedi dakika sürmüştür. Uzun süreli görüşmelerde hastaların sorulara verdikleri yanıtların doğruluk oranının, kısa süren görüşmelere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (8, 71). Bizim çalışmamızdaki hekimlerin, hastalarına ayırdığı ortalama zamanla, bu iki çalışmanın ortalama süreleri uyumlu görülmele birlikte bizim çalışmamızda süreler çok az daha uzun bulunmuştur. Buradan hastalarına daha fazla zaman ayıran, hastasını daha fazla dinleyen ve hastasının kendisini ifade

etmesine daha çok olanak tanıyan hekim profilinin biyopsikososyal yaklaşım yatkınlığının daha fazla olduğunu söyleyebiliriz. Bu sonuçlardan yola çıkarak, aile hekimlerinin psikiyatristlere göre daha az biyopsikososyal yaklaşımda bulunduğu sonucuna varabiliriz. Oysaki, aile hekimlerinin birinci basamak yaklaşımda bulunmalarından dolayı daha fazla hastaya müdahale etme gerekliliğinin olması, yoğun poliklinik koşulları ve günlük 150'ye varan hasta sayıları bütün hastalara gerekli zamanı ayıramamalarına sebebiyet vermektedir. Psikiyatristlerin ise spesifik bir alanla ilgileniyor olmaları, ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarda çalıştıklarından dolayı daha çok ayrılmış hastalarla ilgilenmeleri ve aile hekimleri ile kıyaslandığında daha az hastalarının olması hasta başına ayırdıkları süreyi artırmaktadır. Hiç şüphesiz ki mesai usulü çalışan hekimlerin hasta sayısı arttıkça hasta başına ayırdıkları süre de azalmaktadır. Bu durum aile hekimlerinin psikiyatristlerden daha az hasta merkezli ve biyopsikososyal yaklaşımda bulunması sonucunu beraberinde getirebilir. Çünkü biyopsikososyal yaklaşım bireyin tüm bileşenlerinin biyolojik, psikolojik ve sosyal çevresiyle beraber bir bütün olarak daha ayrıntılı değerlendirilmesini gerektirir. Ancak bu değerlendirme için, hekimlerin daha az hasta ve daha çok zamana ihtiyaçları vardır.

Çalışmamızda kadın ve erkek doktorların hasta başına ayırdıkları ortalama süre benzerlik göstermektedir (Kadın:  $13,45 \pm 10,25$ ; Erkek:  $14,59 \pm 12,68$ ); ( $\chi^2$ : 21,84, p: 0,19). Literatürde cinsiyetle hasta başına ayrılan süre ile ilgili farklı görüşler mevcuttur. Bizim çalışmamızda cinsiyetle hasta başına ayrılan süre arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemişken, yapılan çalışmaların çoğunda kadın doktorların erkeklere kıyasla hastalarıyla daha uzun görüşmeler yaptığı, daha fazla bilgi verdiği, ortaklık yaptığı, daha fazla sağlığın psikososyal durumu ile ilgilendiği, daha fazla güven verici ve teşvik edici davranışlar sergilediği gösterilmektedir (72). Bazı araştırmalarda da bu bulguların

tersi raporlanmıştır. Roter ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada prenatal vizitler boyunca kadın doktorların hastalarına erkek doktorlardan daha az zaman ayırdıkları ve yardımcı oldukları gösterilmiştir (73).

Çalışmamızda hekimlerin çoğunluğu kendisini “umutlu” (%56) olarak nitelendirmiştir. Aile hekimlerinin %4,1’i “çok umutlu”, %47,1’i “umutlu”, %36,2’si “umutlu değil” ve %12,7’si “hiç umutlu değil” iken, psikiyatristlerin %3,4’ü “çok umutlu”, %68,7’si “umutlu”, %26,3’ü “umutlu değil” ve %1,7’si “hiç umutlu değil” olarak kendisini tanımlamıştır. “Hiç umutlu değil” yanıtını veren hekimlerin %90,3’ü aile hekimi iken, yalnızca %9,7’si psikiyatristtir. “Umutlu değil” yanıtını veren katılımcıların ise, %63’ünü aile hekimliği, %37’sini psikiyatri hekimleri oluşturmaktadır ( $\chi^2$ : 26,81, p: 0,00). Hekimlerin yaşları ile umut düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p: 0,21). Adnan Menderes Üniversitesi’nde aile hekimliği asistanlarının gelecek beklentileriyle ilgili yapılan bir tez çalışmasında, katılımcıların %45,3’ü aile hekimliği uzmanlığının geleceğinden “umutlu” olduklarını belirtirken, %54,7’si “umutsuz” olduklarını belirtmişlerdir. Eğitim alan uzmanlık öğrencilerinin yaşı artıkça uzmanlık eğitime bakış açıları değişmekte ve daha karamsar bakmaktadırlar. Aile hekimliği uygulamasının geleceği konusunda katılımcıların %58,3’ü “olumsuz” düşündüklerini bildirmişlerdir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızdaki sonuçlarla da benzerlik göstermektedir. Aile hekimliği uzmanlarındaki bu umutsuz bakış açısının nedenleri arasında “yarı zamanlı/ uzaktan uzmanlık eğitimi”nden bahsetmek mümkündür. Bu modele göre, sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlara özel, tıpta uzmanlık sınavında merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, tıpta uzmanlık kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde, uzaktan ve/veya yarı zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle, en az altı yıllık sürede,

çalışmakta olduğu aile sağlığı merkezinde aile hekimliği pratiğine devam ederken uygulanması planlanmaktadır. Asistanların büyük çoğunluğunun olumsuz görüş bildirdiği bu modelin eğitimde çifte standart olarak algılanmakta olduğu söylenebilir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem koruyucu hem tedavi edici hem de çevreye hizmetlerin entegre şekilde sunulması genişlik ve çeşitliliğinin yanı sıra aile hekimliği uygulamasının henüz tam olarak yaygın ve nitelikli şekilde sunulmaması, mevzuatta sık ve radikal değişiklikler yapılması (Aile Sağlığı Merkezi (ASM) gruplamaları, ceza puanı uygulamaları, nöbet uygulamaları, mesai saatlerinin genişletilmesi vb.) sistemi bütün olarak revize etmekte, aile hekimlerinin motivasyonunu azaltmakta ve aile hekimliğine daha karamsar bir bakış açısı kazanmalarına sebebiyet vermektedir (74).

Çalışmamızda hekimlerin akademik pozisyonları yükseldikçe refah düzeylerinin de anlamlı ölçüde arttığı gösterilmiştir. Literatürde hekimlerin akademik pozisyonları ile refah düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma bulunamamıştır. Bizim çalışmamızdaki bu anlamlı ilişki, hekimlerin akademik pozisyonları yükseldikçe geleceğe yönelik beklenti ve planlarının büyük bir kısmını neticelendirmiş olmalarıyla ilişkili olarak hem psikolojik anlamda rahatlama sağlamalarına hem de maddi anlamda daha az sıkıntı yaşamalarına bağlı olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin medeni durumları ile umut düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak evli doktorlarda evli olmayanlara göre daha az iş stresi ve depresyon görüldüğü ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Acil doktorlarında yapılan bir çalışmada evli acil doktorlarının depresyon oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (75). Bu farklılıklar uzmanlık alanlarından ileri gelmektedir. Aile

hekimleri ile psikiyatristlerin acil doktorlarına kıyasla daha az iş stresi olduğu aşıkardır. Bu nedenle bizim çalışmamızda bu anlamlılık gösterilememiş olabilir.

Çalışmamızda aile hekimleri ile psikiyatristlerin empati düzeyleri karşılaştırılmış ve psikiyatristlerin empati düzeyleri aile hekimlerinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p: 0,003). Literatürde aile hekimleri ile psikiyatristlerin empati düzeylerini doğrudan karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Hojat ve arkadaşlarının 2002 yılında hekimlerin empati düzeyleri üzerine yaptığı bir çalışmada, 704 doktor çalışmaya dahil edilmiş olup, katılımcılara Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nin HP versiyonu uygulanmıştır. Çalışmada, 12 farklı uzmanlık alanındaki hekimlerin empati skorları karşılaştırılmıştır. Her uzmanlık alanından en az 20 hekim çalışmaya dahil edilmiş olup, farklı uzmanlık alanlarındaki hekimlerin empati skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p< 0,05). Psikiyatristler en yüksek empati skorlarına sahipken, psikiyatriyi sırasıyla genel dahiliye, genel pediatri, acil tıp ve aile hekimliği doktorları takip etmektedir. Psikiyatri, genel dahiliye, genel pediatri, acil tıp ve aile hekimliği doktorlarının empati skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. En düşük ortalama empati skorları ise, anestezi, ortopedi, beyin cerrahisi, radyoloji, kadın doğum ve genel cerrahi uzmanlık alanlarındaki doktorlara aittir. Bu uzmanlık alanlarındaki doktorların empati skorları psikiyatri doktorlarından belirgin olarak düşük bulunmuştur ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir (p< 0,05) (59). Bu çalışmaya göre aile hekimleri ile psikiyatristlerin empati skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunamasa da bizim araştırmamızla benzer şekilde psikiyatristlerin empati skorlarının aile hekimlerinin empati skorlarından daha yüksek olduğu gösterilmiştir. 2012 yılında Japonya'da yapılan bir çalışmada, 285 kadın doktor çalışmaya dahil edilmiş olup, uzmanlık alanları ile

empati skorları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmada Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nin HP versiyonu kullanılmıştır. Bu çalışmada uzmanlık alanları, insan odaklı uzmanlık dalları (genel dahiliye, genel pediatri ve psikiyatri), teknoloji odaklı uzmanlık dalları (anestezi, cerrahi branşlar, patoloji, radyoloji, ortopedi, kadın doğum, üroloji ve göz) ve diğer uzmanlık dalları (acil tıp, halk sağlığı ve nonspesifik branşlar (aile hekimliği gibi)) olmak üzere üç grupta değerlendirilmiştir. Bu çalışma da diğer çalışmaları destekler nitelikte olup, insan odaklı uzmanlık dallarında çalışan hekimlerin, teknoloji odaklı uzmanlık dallarında çalışanlardan daha yüksek empati skorlarına sahip oldukları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu fakat diğer branşlarla arasında önemli bir farklılık olmadığı gözlenmiştir (58). Dolayısıyla bu çalışmada da psikiyatristler ile aile hekimleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamakla birlikte, psikiyatristlerin aile hekimlerinden daha yüksek empati skorlarına sahip olduğu gösterilmiştir. Truax ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, farklı meslek grubu çalışanlarının (üst düzey yönetici, eğitimci, avukat, rahip, hemşire, aile hekimi, ruh sağlığı uzmanları (psikolog, psikiyatrist)) empati düzeyleri karşılaştırılmış ve aile hekimlerinin empati düzeyleri diğer meslek gruplarından yüksek bulunmuştur. Psikiyatristlerin empati düzeyleri de aile hekimleri ile benzerlik göstermektedir. (Aile hekimlerinin The Relationship Questionnaire ortalama empati skorları 34,6, psikiyatristlerin ise 34,1 olarak bulunmuştur.) (69). 2010 yılında Teke ve arkadaşlarının yaptığı, hekimlerin empati düzeylerinin ölçülmesi ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimini inceleyen bir çalışmada, hekimlerin empati düzeylerinin uzmanlık alanlarıyla olan ilişkisi gösterilmiştir. Bu çalışmada Jefferson Hekim Empati Ölçeği iki faktörlü yapı kullanılarak hesaplanmış ve faktör değerleri 0,50'nin altında olan 14, 15 ve 17. maddeler analizden çıkarılmıştır. Biz de çalışmamızda bu araştırmayı



esas olarak iki faktörlü yapıyı ve faktör analizlerini benimsedik. Bu araştırmada dahili branşlarla cerrahi branşların empati düzeyleri karşılaştırılmış ve dahili branşların daha yüksek empati skorlarına sahip oldukları gösterilmiştir (p: 0,000). Biz çalışmamızda iki dahili branş olan aile hekimliği ve psikiyatriyi karşılaştırdığımızdan dolayı her iki uzmanlık alanının birbiriyle benzer ve diğer hekimlerden daha yüksek empati düzeylerine sahip oldukları sonucunu çıkarabiliriz (63). Hojat ve arkadaşlarının 2009 yılında tıp fakültesi öğrencileri ile altı yıllık zaman diliminde yaptığı kohort çalışmasında, 456 tıp fakültesi öğrencisine her yıl Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nin S versiyonu uygulanmıştır. Katılımcılar gönüllü olarak belirlenmiş olup, isim, öğrenci numarası gibi kişisel bilgilerini belirtme durumu kendi tercihlerine bırakılmıştır. Bu nedenle, kohort iki grupta analiz edilmiştir. Eşleştirilmiş kohort 5 ölçeğin tamamında da kişisel bilgilerini paylaşan 121 öğrenciyi, eşleştirilmemiş kohort ise, 5 ölçeğin en az bir veya daha fazlasında kişisel bilgilerini paylaşmamış olan 335 öğrenciyi kapsamaktadır. İstatistiksel olarak toplam, eşleştirilmiş ve eşleştirilmemiş kohortlar ayrı olarak hesaplanmıştır. Eşleştirilmiş kohortta insan odaklı uzmanlık alanlarına (aile hekimliği, dahiliye, pediatri, acil tıp, psikiyatri, kadın doğum) yönelmeyi tercih eden 85 mezun olmuş stajyer doktor ile 36 teknoloji odaklı uzmanlık alanlarını (anestezi, patoloji, radyoloji, cerrahi, ortopedi...) tercih eden stajyer doktorun empati skorlarındaki değişiklikler karşılaştırılmış ve tıp fakültesinin tüm yıllarında insan odaklı uzmanlık alanlarına yönelen stajyer doktorların empati skorlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (p< 0,05) (57). 2012 yılında Amerika'da yapılan bir kohort çalışmasında, Hojat ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları kohort çalışmasına benzer şekilde tıp fakültesi öğrencilerinin empati düzeyleri araştırılmış olup, 1162 öğrenciye Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nin S versiyonu uygulanmış ve toplamda 2652 anket elde

edilmiştir. Teknoloji odaklı uzmanlık alanlarını tercih eden öğrencilerin insan odaklı uzmanlık alanlarına yönelen öğrencilerden daha düşük empati skorlarına sahip oldukları gösterilmiştir ( $p < 0,05$ ) (76). 2011 yılında İngiltere’deki tıp öğrencilerinin empati düzeyleri ile ilgili yapılan bir çalışmada ise, 853 tıp öğrencisine Jefferson Hekim Empati Ölçeği uygulanmış ve insan odaklı uzmanlık alanlarını tercih eden öğrenciler teknoloji odaklı uzmanlık alanlarını tercih eden öğrencilerle kıyaslandığında belirgin olarak daha yüksek empati skorlarına sahip bulunmuştur (65). Portekiz’de tıp öğrencilerinin empati düzeyleri ile ilgili yapılan bir kohort çalışmasında, Jefferson Hekim Empati Ölçeği’nin Portekiz versiyonu kullanılmış ve insan odaklı branşlarla teknoloji odaklı branşlar karşılaştırıldığında iki grup arasında önemli bir farklılık olmadığı gösterilmiştir. Tıp fakültesinin son yılında insan odaklı uzmanlık alanlarını tercih eden öğrencilerin empati düzeyleri teknoloji odaklı uzmanlık alanlarını tercih eden öğrencilerden belirgin düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p < 0,01$ ). Fakat bu farklılık tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinde gösterilememiştir (77). Ankara’da hekimlerin empatik düzeylerini ölçmek için yapılan kesitsel bir çalışmada, 153 gönüllü hekim çalışmaya dahil edilmiş ve bu hekimlerin 37’si (%24,2) aile hekimi ve 116’sı diğer uzmanlık alanlarından rastgele seçilmiş hekimler olarak belirlenmiştir. Katılımcılara bireylerin günlük hayattaki empati kurma potansiyellerini ölçmek amacıyla geliştirilen ve empatinin daha çok duygusal bileşenini değerlendirmeye yarayan Empatik Eğilim Ölçeği uygulanmış olup, elde edilen empati puanları ile uzmanlık alanları arasında önemli bir farklılık gösterilememiştir (47). 2000 yılında Newton ve arkadaşları, tıp öğrencilerinin uzmanlık alanı seçimleri ile empati düzeylerini karşılaştırmış ve bu çalışmada Mehrabian’ın Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) kullanılmıştır.

Temel branşların (dahiliye, aile hekimliği...) temel olmayan branşlara (cerrahi, radyoloji...) göre daha yüksek empati skorlarına sahip olduğu gösterilmiştir (78).

Çalışmamızda aile hekimleri ile psikiyatristlerin hasta merkezli yaklaşımları karşılaştırılmış ve psikiyatristlerin hasta merkezli yaklaşımları aile hekimlerinden önemli derecede yüksek bulunmuştur (p: 0,00). Aile hekimlerinin toplam PPOS skorlarının ortalaması  $2,93 \pm 0,41$  iken, psikiyatristlerin toplam PPOS skorlarının ortalaması  $3,31 \pm 0,39$  olarak hesaplanmıştır. Her iki uzmanlık alanında da ortalama PPOS skorları 4,57'nin altında bulunmuş olup, çalışmamıza katılan hekimlerin daha çok doktor merkezli yaklaşımda bulduklarını söylemek mümkündür. Hasta merkezli yaklaşım üzerine yapılan bir çalışmada, aile hekimlerinin cerrahi branşlardan daha fazla hasta merkezli yaklaşımda buldukları gösterilmiştir. Çalışmaya iki yıllık uzmanlık eğitimini almış olan aile hekimliği ve genel cerrahi uzmanlık öğrencileri ile aile hekimliği ve genel cerrahi uzmanlık alanlarını seçecek olan tıp fakültesi son sınıf öğrencileri dahil edilmiştir. Farklı uzmanlık alanlarını (pediatri, psikiyatri, kadın doğum) seçen tıp öğrencileri çalışmadan dışlanmış. Ancak çalışmaya dahil edilen öğrencilerle çalışmadan dışlanan öğrenciler karşılaştırıldığında da, yaklaşım skorları açısından farklılık saptanmamıştır (p: 0,20) (46). Bu araştırmada dolaylı yoldan da olsa aile hekimleri ile psikiyatristlerin hasta merkezli yaklaşımları arasında anlamlı bir farklılık gösterilemediği sonucuna varabiliriz. 2011 yılında yapılan bir çalışmada, farklı uzmanlık alanlarında çalışan hekimlerin hasta merkezli yaklaşımları arasındaki farklılıklar kaydedilmiş ve cerrahi, onkoloji, kadın doğum ve aile hekimliği uzmanlık alanlarından 78 hekim çalışmaya dahil edilmiştir. Hekimlerin hasta merkezli yaklaşımlarını değerlendirmek için, Hasta- Hekim Oryantasyon Ölçeği (PPOS) uygulanmıştır. En yüksek ortalama skorlar onkoloji doktorlarında gösterilmiş olup, bu

skorları sırasıyla aile hekimleri ve kadın doğum doktorlarının ortalama skorları takip etmektedir. En düşük skorlar ise cerrahi branşlarda gösterilmiştir. “Paylaşım” ( $p < 0,001$ ) ve “bakım” alt grupları ( $p < 0,001$ ) için anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Toplam skorlarda da farklı uzmanlık alanları arasında anlamlı sonuçlar gösterilmiştir ( $p < 0,001$ ). En belirgin farklılık onkologlar ile cerrahi branşlar arasında olmasına karşın, aile hekimleri ile onkologlar arasında da anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu durumda, aile hekimlerinin beklenenden daha az hasta merkezli yaklaşımda bulunduğu sonucuna varmak mümkündür. Bu sonuçlar, onkoloji doktorlarının da aile hekimleri gibi hastalarıyla uzun vadede iletişim içerisinde olmalarına bağlanabilir (79). Hekimlerin hasta merkezli yaklaşımlarını klinik uygulamalarında benimsemelerine yönelik yapılan bir çalışmada, birinci basamak hekimlerinin diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlerden daha fazla hasta merkezli yaklaşımda buldukları gösterilmiştir ( $p < 0,01$ ). Bu çalışmaya en az üç yıl mesleki tecrübesi olan hekimler dahil edilmiş ve uzun dönem hasta takibi olmayan branşlar (radyoloji, anestezi, patoloji, dermatoloji) çalışmadan dışlanmıştır (70). Hasta- Hekim Oryantasyon Ölçeği kullanılarak tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir diğer çalışmada ise, 483 öğrenci çalışmaya dahil edilmiş olup, öğrencilerin uzmanlık alanı seçimleri ile PPOS skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (51). Kano’da yapılan çalışmada ise, doktorların %75’inden fazlası düşük PPOS skorlarına sahip bulunmuştur. Dolayısıyla doktorların çoğunluğu (%92,5) hasta- hekim ilişkisinde doktor merkezli yaklaşımı benimsemektedir diyebiliriz (68).

Çalışmamızda cinsiyetle empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Hojat ve arkadaşları da cinsiyetlere göre hekimlerin empati skorlarını karşılaştırmış ve erkeklerin ortalama empati skorlarını kadınlarınkinden çok az daha düşük bulmuşlardır. Ancak cinsiyetler arasındaki fark önemli bulunmamıştır ( $p: 0,08$ )

(59). Bir diğerk çalışmada, 125 tıp fakóltesi üçüncü sınıf öğrencisine üçüncü sınıfın başında (ön test) ve sonunda (son test) Jefferson Hekim Empati Ölçeği S versiyonu uygulanmıştır. Ön test ve son test karşılaştırıldığında cinsiyet ile empati skorları arasında ilişki saptanamamıştır (56). Karaoğlu ve arkadaşları da hekimlerin Empatik Eğilim Ölçeği puanları ile cinsiyetleri arasında belirgin bir farklılık gösterememiştir (47). 2006 yılında Polonya'da 118 hekim, 149 tıp öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nin S ve HP versiyonları kullanılmış olup cinsiyet ile empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p: 0,28) (66). İtalya'da yapılan bir diğerk çalışmada ise 289 hekime Jefferson Hekim Empati Ölçeği uygulanmış ve kadınların erkeklerden daha yüksek empati skorlarına sahip oldukları gösterilmiştir. Buna karşın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p: 0,17) (67). Bu çalışmalarda her ne kadar anlamlı bir ilişki gösterilememiş olsa da, kadınların erkeklerden belirgin derecede daha fazla empati kurduğuna yönelik yayınların sayısı da azımsanamayacak kadar çoktur. Örneklerle bahsedecek olursak, Hojat ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, empati düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu araştırmada, 371 tıp fakóltesi 3. Sınıf öğrencisi çalışmaya dahil edilmiştir. Kadınların Jefferson Hekim Empati Ölçeği skorları erkeklerden belirgin olarak yüksek bulunmuştur (p< 0,01) (80). Hojat ve arkadaşlarının tıp fakóltesi öğrencileri ile yaptığı bir kohort çalışmasında, kadınlar tıp fakóltesinin her yılında, yapılan bütün ölçeklerde erkeklerinkinden daha yüksek empati skorlarına sahip bulunmuştur. Cinsiyet farklılığı ölçek uygulamasının tamamında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p< 0,05) (57). Amerika'da yapılan kohort çalışmasında da, cinsiyetin empati üzerine etkisi gösterilmiştir. Kadın öğrencilerin empati skorları erkek öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur (p<0,05) (76). 2011 yılında İngiltere'deki tıp

öğrencilerinin empati düzeyleri ile ilgili yapılan bir çalışmada, 853 tıp öğrencisine Jefferson Hekim Empati Ölçeği uygulanmış ve kadın öğrencilerin empati düzeylerinin erkeklerden belirgin olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p: 0,00) (65). Portekiz’de tıp öğrencileriyle yapılan bir kohort çalışmasında da, kadınların erkeklerden daha fazla empatik yaklaşım gösterdikleri gözlenmiştir. Kadınların “şefkatli bakım” skorlarının anlamlı düzeyde erkeklerden daha yüksek olmasına rağmen (p< 0,01), “perspektif alma” ve “hastanın ayakkabısını giyme” faktörlerinde erkeklerle arasında belirgin bir farklılık bulunamadığı gösterilmiştir (77) . Bizim çalışmamızdaki ikili yapıda ise, “perspektif alma” faktörüne karşılık gelen “yerine koyma” ve “şefkatli bakım” ile “hastanın ayakkabısını giyme” faktörüne karşılık gelen “duygusal yaklaşım” faktörlerinin her ikisinde de anlamlı farklılık gösterilememiştir (p: 0,69, p: 0,78). İran’da yapılan bir çalışmada, çalışmaya dahil edilen 109’u kadın, 97’si erkek olmak üzere toplamda 207 aile hekimine Jefferson Hekim Empati Ölçeği uygulanmıştır. Ölçeğin Farsçaya çevirisi yapılmıştır. Jefferson Hekim Empati Ölçeği’nin sonuçları varyans analizi ile değerlendirilmiş ve yedi faktör olarak hesaplanmıştır. İlk üç faktör Amerika Birleşik Devletleri’ndeki hekimlerin de kullandığı “perspektif alma”, “şefkatle yaklaşma” ve “hastanın ayakkabısını giyme”dir. Bu ilk üç faktör özdeğerin büyüklüğünü gösterir ve diğer faktörlerden daha önemlidir. Faktör 4, “hastanın duygularına önem vermek” ve Faktör 5, “hasta gibi düşünmek” olarak belirlenmiştir ve bu iki faktör özdeğerin büyüklüğü için ilk üç faktör kadar önemli değildir. Faktör 6 ve Faktör 7 daha az öneme sahiptir. Yalnızca ölçeğin 18. maddesi ölçeğin toplam skorları ile anlamlı bir ilişki göstermemiştir. Çalışmada kadınların erkeklerden daha yüksek empati skorlarına sahip oldukları belirlenmiştir (p: 0,018) (64). Teke ve arkadaşları hekimlerin empati düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğunu

göstermiştir. Bu çalışmada da kadın cinsiyette empati skorları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p: 0,000) (63). Newton ve arkadaşları, tıp öğrencileri ile yaptığı çalışmada kadınların empati skorlarının erkeklerden belirgin derecede daha yüksek olduğunu saptamıştır (78). 2004 yılında DiLalla ve arkadaşları empati düzeylerini değerlendirebilmek için, “Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine” (ESWIM) ölçeğini tıp fakültesinin başlangıcında ve birinci, ikinci, dördüncü yıllarında tıp öğrencilerine, stajyerlere, mezunlara ve fakültede çalışan doktorlara uygulamıştır. Kadınlarda empati kurma yetenekleri erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (81). Dış hekimliği öğrencilerinin empati düzeylerindeki değişikliği araştıran bir çalışmada, dış hekimlerine Jefferson Hekim Empati Ölçeği HP versiyonu uygulanmış ve sonuçlar tıp doktorları ve öğrencileri ile yapılan çalışmalarla benzer bulunmuştur. Bu çalışmada da, ortalama empati skorları kadın cinsiyette belirgin olarak daha yüksek saptanmıştır (p< 0,01) (82). Yapılan çalışmaların çoğunluğunda kadınların daha fazla empati kurdukları gösterilmiştir. Bu durumun nedeni olarak, kadınların doğaları gereği duygusallığa daha yatkın oldukları gösterilebilir. Hiç şüphesiz ki empati de başka bir bireyin duygularını anlamaya çalışmaktan geçmektedir. Bu nedenle empati düzeyleri açısından kadınlar erkeklerden daha üstün bulunmuştur.

Çalışmamızda kadınların hasta merkezli yaklaşımları erkeklerden daha yüksek bulunmuş ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinde gösterilememiştir (p: 0,49). Çalışmamızla benzer şekilde Kano’da yapılan bir araştırmada da kadın doktorların tüm gruplarda (toplam, “paylaşım”, “bakım” grupları) erkeklerden daha yüksek skorlara sahip olduğu gösterilmiştir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (68). Batenburg ve arkadaşları ile Audet ve arkadaşlarının hasta merkezli yaklaşım üzerine yaptıkları araştırmalarında da cinsiyet ile hasta merkezlilik

arasında ilişki saptanamamıştır (46, 70). Krupat ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada doktorların hasta merkezli yaklaşımları ile hasta memnuniyeti değerlendirilmiş ve kadın cinsiyette toplam PPOS skorları ile “bakım” skorları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (49). Hasta- Hekim Oryantasyon Ölçeği kullanılarak tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir diğer çalışmada kadınlar toplam PPOS skorları ( $p < 0,05$ ) ve “bakım” skorlarında ( $p < 0,01$ ) erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek skorlar elde etmiştir (51). Tıp öğrencilerinde cinsiyetin hasta merkezli yaklaşım üzerine etkisini araştıran bir başka çalışmada 600 öğrenciye Hasta- Hekim Oryantasyon Ölçeği uygulanmıştır. Kadın öğrencilerin ortalama skorları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,0001$ ) (83).

Tüm bu çalışmalarda da gösterildiği gibi her ne kadar kadın cinsiyetle hasta merkezli ve biyopsikososyal yaklaşım ile empati düzeyleri arasında ilişki olduğu ağırlıklı olarak gösterilmiş olsa da tam bir fikir birliği sağlanabilmiş değildir. Çalışmalar kadın doktorların erkeklere kıyasla daha fazla sağlığın psikososyal durumu ile ilgilendiğini göstermektedir. Kadın doktorların hastalarının psikolojik durumunu ve sosyal çevrelerini daha fazla önemseydiği, erkek doktorların ise biyomedikal konular üzerine daha fazla odaklandığı belirtilmiştir (72). Genellikle kadınların yapısı gereği konuşmaları erkeklere nazaran daha estetik kalitede (memnuniyet verici) ancak daha az dinamik (canlı, güçlü) özellikler taşımaktadır. Sözsüz iletişimde kadın doktorların hastalarının duygularını anlamada erkeklerden daha doğru ve daha etkileyici bir tavır sergiledikleri de düşünülmektedir (84). Tüm bu nedenlerle kadın doktorların empatik ve hasta merkezli yaklaşımlarının genellikle daha yüksek düzeylerde bulunduğunu söylemek mümkündür. Ancak pek çok çalışmada da kadın cinsiyetle hasta merkezlilik ve empati arasında ilişki gösterilememiş ve hatta bazı çalışmalar da aksi yönde sonuçlar da bildirilmiştir. Roter ve arkadaşları kadın doktorların hastalarına erkek doktorlardan



daha az anlayış gösterdiklerini ve yardımcı olduklarını, daha az hasta merkezli yaklaşımda bulduklarını göstermiştir (73). Bazı çalışmalar da, hasta- hekim ilişkisinin daha iyi kurulabilmesi için hasta ile hekimin aynı cinsiyette olması gerektiğini öne sürmektedir (85).

Çalışmamızda hekimlerin medeni durumları ile empati düzeyleri ve hasta merkezli yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Yapılan diğer çalışmalar da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. İran’da yapılan çalışmada, hekimlerin medeni durumları ile empati arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p: 0,063) (64). Japonya’da kadın doktorlarla yapılan çalışmada aile yapısı ile empati skorları arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Geniş ailede yaşayan hekimlerin yalnız veya çekirdek aile ile yaşayan hekimlerden anlamlı olarak daha yüksek skorlara sahip olduğu gösterilmiştir (p< 0,05). Fakat hekimlerin medeni durumları ile empati skorları arasında ilişki bulunamamıştır (58). Dış hekimliği öğrencilerinde de medeni durum ile empati skorları arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (82). Ankara’da yapılan kesitsel bir çalışmada katılımcıların Empatik Eğilim Ölçeği puanları ile medeni durum arasında ilişki saptanamamıştır (47). 2014 yılında Kano’da yapılan çalışmada, evli doktorların “paylaşım”, “bakım” ve toplam PPOS skorları yüksek bulunmuş ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlandırılmamıştır (68). Hekimlerin medeni durumları ile hasta merkezli yaklaşım ve empati düzeyleri üzerine doğrudan bir çalışma yoktur ancak yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızla aynı yönde sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızda hekimlerin yaşları arttıkça empati düzeylerinde de artış görülmüştür. 24- 35 yaş arasındaki hekimler ile 36-45 yaş arasındaki hekimlerin tüm JSPE alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (p: 0,02, p:

0,002, p: 0,001). Çalışmamızla benzer şekilde İranlı aile hekimlerinin yaş ile empati düzeyleri arasında da anlamlı bir pozitif korelasyon bulunmuştur (p: 0,026) (64). Dowrick ve arkadaşları hekimlerin biyopsikososyal yaklaşımları ile ilgili araştırmalarında 35 yaş ve üzeri hekimlerin biyopsikososyal yaklaşımı genç hekimlerden daha fazla benimsediklerine dikkat çekmiştir (86). Bu çalışmalar bizim araştırmamızı destekler nitelikte bulunmuş olmasına rağmen aksi yönde yayınlar da mevcuttur. Cinsiyet ve empati düzeyleri üzerine yapılan çalışmalarda tutarlı bir sonuç saptanamamıştır. 2012 yılında Japonya’da yapılan çalışmada, yaş ile empati skorları arasında pozitif korelasyon saptanmış ancak istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır (p: 0,07) (58). Hojat ve arkadaşlarının hekimlerle ve tıp öğrencileriyle yaptığı iki çalışmada da, yaş ile empati skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (56, 59). Dış hekimliği öğrencilerinde de yaş ile empati skorları arasında ilişki gösterilememiştir (82). 2004 yılında DiLalla ve arkadaşlarının empati üzerine yaptığı araştırmasında, “Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine” (ESWIM) ölçeği tıp fakültesinin başlangıcında ve birinci, ikinci, dördüncü yıllarındaki tıp öğrencilerine, stajyerlere, mezunlara ve fakültede çalışan doktorlara uygulanmıştır. Daha genç olan gruplarda (30 yaş altı) empati skorları daha yüksek bulunmuştur (81). Teke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaş ve meslekteki çalışma süresi arttıkça hekimlerin empati kurma yetenekleri azalmaktadır (p:0,000; p:0,000). Bir hekimin tıp mesleğinde çalışma süresi arttıkça monotonluk, iş stresi, tükenme gibi örgütsel olayların vuku bulma olasılığı artacaktır. Fakat işte çeşitlendirme, bireysel gelişme gibi örgütsel iyileştirme faaliyetleri uygulanarak hekimlerin işlerinden zevk almaları ve bu zevkin zamanla azalmaması sağlanabilir. İşinden zevk alan ve işini isteyerek yapan bir hekim hastaların duygusal etkileşimlerine daha açık olacak ve hastalara daha fazla ilgi gösterecektir (63).

Çalışmamızda hekimlerin yaşları arttıkça PPOS'un tüm alt gruplarında belirgin düzeyde artış gösterilmiştir (p: 0,01, p: 0,00, p: 0,00). Çalışmamızı destekler nitelikte, Kano'da yapılan çalışmada da, 30 yaş üzerindeki doktorların "bakım" skorları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p< 0,05) (68). 600 tıp öğrencisinin hasta merkezli yaklaşımları üzerine yapılan bir çalışmada, katılımcıların yaşları ile PPOS skorları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (erkek p: 0,0096; kadın p: 0,030) (83). Hekimlerin hasta merkezli yaklaşımlarını klinik uygulamalarında benimsemelerine yönelik yapılan bir çalışmada, yaş ve hasta merkezlilik arasında ilişki saptanmamıştır (70).

Çalışmamızda hekimlerin mesleki tecrübeleri arttıkça empati düzeylerinin Jefferson Hekim Empati Ölçeği'nin tüm alt gruplarında anlamlı düzeyde arttığı gösterilmiştir (p: 0,018). Aynı ölçeğin kullanıldığı diğer iki çalışma da Japonya ve İran'da yapılmış olup bizim araştırmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Japon kadın doktorların mesleki deneyim süreleri (yıl olarak) arttıkça empati düzeylerinin de anlamlı olarak arttığı gösterilmiştir (p< 0,05) (58). İran'daki aile hekimlerinin mesleki deneyimleri ile empati düzeyleri arasında da anlamlı bir pozitif korelasyon bulunmuştur (p: 0,02) (64). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise, Empatik Eğilim Ölçeği puanları meslekte geçirilen süre açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir (47). 2010 yılında Teke ve arkadaşları hekimlerin empati düzeylerinin meslekteki toplam çalışma süresi ile ilişkili olduğunu göstermiştir ancak bu ilişki negatif yöndedir. Meslekteki çalışma süresi arttıkça hekimlerin empati kurma yetenekleri azalmaktadır (p: 0,000). Bunun nedeni olarak da bir meslekte uzun zaman çalışıldığında işle ilgili sıkıntıların ortaya çıkması, iş stresinin oluşması, aşırı rutinlerden dolayı yaptığı işten zevk alamama gibi olumsuz durumlar gösterilmiştir (63). Mesleğini severek yapan

hekimlerde bu olumsuzlukların görülmesi beklenen bir durum değildir. Aksine yaş ve mesleki tecrübe arttıkça hekimlerin hem bilgi düzeyleri artmakta hem de hekimler bir birey olarak psikolojik ve mesleki olgunluğa erişmektedirler. Bu olgunluğun beraberinde daha fazla empati ve hasta merkezli yaklaşım getirdiği düşünülebilir.

Çalışmamızda hekimlerin mesleki tecrübeleri arttıkça hasta merkezli yaklaşımlarının da arttığı PPOS skorlarının her iki alt grubunda da anlamlı düzeyde gösterilmiştir. 11 yıl altında çalışma tecrübesi olan hekimlerin hasta merkezli yaklaşımları 11 yıl üzerinde çalışma tecrübesi olan hekimlerden ciddi anlamda daha düşük bulunmuştur (p: 0,00). Kano'da yapılan bir çalışmada, beş yıldan daha uzun mesleki tecrübesi olan hekimlerin bakım skorları beş yılın altında deneyimi olanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p< 0,05) (68). Krupat ve arkadaşları ise mesleki deneyim süresi 11- 20 yıl arasındaki hekimlerin, 11 yıl altı ve 20 yıl üzerindeki hekimlere kıyasla toplam ve "paylaşım" skorlarının daha düşük olduğunu göstermiştir (p< 0,05) (49). Hekimlerin hasta merkezli yaklaşımlarını klinik uygulamalarında benimsemelerine yönelik yapılan bir diğer çalışmada, çalışmaya en az üç yıl mesleki tecrübesi olan hekimler dahil edilmiş olup, hekimlerin meslekteki çalışma süreleri ile hasta merkezli yaklaşımları arasında ilişki saptanamamıştır (70). Yapılan çalışmalar arasında tutarlı bir sonuç bulunmamasına karşın, genelinde mesleki tecrübe ile hasta merkezli yaklaşım ve empati düzeyleri arasında pozitif bir korelasyon olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık eğitimi yılları ile empati skorları arasında ilişki gösterilememiştir. Eğitim yılları ile empati düzeyleri üzerine yapılan çalışmaların oldukça büyük bir kısmı tıp öğrencilerinde gerçekleştirilmiş olup, uzmanlık öğrencileri ile yapılan çalışmalar son derece yetersizdir. Bu nedenle sonuçlarımızı

tartışırken tıp öğrencileri ile yapılan çalışmalardan da yararlandık. 2011 yılında İngiltere’deki 853 tıp öğrencisiyle yapılan bir çalışmada, öğrencilere Jefferson Hekim Empati Ölçeği uygulanmış ve bu çalışmada tıp fakültesindeki eğitim yılı ile empati skorları arasında anlamlı bir ilişki belirlenememiştir (65). Bu çalışma bizim çalışmamızı destekler nitelikte bulunmuştur. Buna karşılık, yapılan çalışmaların çoğu tıp eğitiminin başlangıcında daha yüksek empati düzeylerine sahip olan bireylerin tıp eğitimi süresince empati düzeylerinde belirgin bir azalma olduğunu göstermiştir. 2011 yılında yapılan bir sistematik derlemede, Haziran 2009- Şubat 2010 tarihleri arasında PubMed, EMBASE ve PsycINFO elektronik veritabanları kullanılarak tıp fakültesi öğrencileri ve uzmanlık öğrencilerinin empati düzeylerindeki değişiklikleri, gelişimi ve etkileyen faktörleri araştıran kantitatif ve kalitatif makaleler gözden geçirilmiş ve Ocak 1990- Ocak 2010 tarihleri arasında yayınlanan 18 araştırma çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmaların 15’i Amerika Birleşik Devletleri’nde, biri Polonya’da, ikisi ise İngiltere’de olmak üzere 11 tanesi tıp öğrencileriyle, yedi tanesi ise uzmanlık öğrencileriyle yapılmıştır. Tıp öğrencileriyle yapılan üç longitudinal ve altı kesitsel çalışmada tıp fakültesi süresince tıp öğrencilerinin empati düzeylerinde anlamlı bir düşüş olduğu gösterilmiştir. Bir kesitsel çalışma düşüş eğilimi göstermiş ve diğer çalışma ise sabit skorlar göstermiştir. Uzmanlık öğrencileriyle yapılan beş longitudinal ve iki kesitsel çalışmada ise, uzmanlık eğitimi süresi boyunca empati düzeylerinde düşüş görülmüştür. Tıp öğrencilerinde yapılan 11 çalışmanın 10’u tıp eğitiminin üçüncü yılında empati düzeylerinde belirgin düşüş olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, uzmanlık öğrencilerinde yapılan yedi çalışmada da klinik uygulama süresince empati düzeylerinde azalma olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalar eğitimin öğrencilerin hastalarla doğrudan temasa geçtiği klinik uygulama fazında empati düzeylerinin

düştüğünü göstermektedir (87). Bellini ve arkadaşları ile Rosen ve arkadaşlarının araştırmalarında da uzmanlık eğitimi süresince empati düzeylerinde progresif düşüş gözlenmiştir ((p: 0,05), (p< 0,001)) (88, 89). DiLalla ve arkadaşlarının empati düzeyleri üzerine yaptıkları araştırmalarında, tıp fakültesinin başlangıcında ve birinci, ikinci, dördüncü yıllarındaki tıp öğrencilerine, stajyerlere, mezunlara ve fakültede çalışan doktorlara “Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine” (ESWIM) ölçeği uygulanmıştır. Empati düzeylerindeki düşüşler bir ve dördüncü yıllar arasında gerçekleşmiştir (81). Hojat ve arkadaşlarının 2009 yılında tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı kohort çalışmasında tıp fakültesinin ilk iki yılında öğrencilerin empati skorlarında bir değişiklik bulunmamışken, üçüncü yılın sonundan mezun olana kadar tıp öğrencilerinin empati skorlarının anlamlı ölçüde düştüğü gösterilmiştir. Bu çalışmada, Jefferson Hekim Empati Ölçeği’nin S versiyonu kullanılmıştır. Çalışma 2002- 2008 yılları arasındaki 6 yıllık zaman diliminde yapılmıştır. 2002’de Jefferson Hekim Empati Ölçeği 227 tıp fakültesi öğrencisine, tıp fakültesinin ilk yılının başlangıcında ve sonunda uygulanmıştır. Sonrasında ikinci, üçüncü ve dördüncü yılların sonunda olmak üzere ölçek tekrarlanmıştır. 2004’te toplamda 229 yeni başlayan tıp fakültesi öğrencisine başlangıçta ve ilk yılın sonunda, sonrasında ise mezun olana kadar her yılın sonunda ölçek uygulanarak aynı prosedür tekrarlanmıştır. Bu kohort çalışmasına toplamda 456 tıp fakültesi öğrencisi dahil edilmiştir. Katılımcılar gönüllü olarak belirlenmiş olup, isim, öğrenci numarası gibi kişisel bilgilerini belirtme durumu kendi tercihlerine bırakılmıştır. Bu nedenle, kohort iki grupta analiz edilmiştir. Eşleştirilmiş kohort beş ölçeğin tamamında da kişisel bilgilerini paylaşan 121 öğrenciyi, eşleştirilmemiş kohort ise, beş ölçeğin en az bir veya daha fazlasında kişisel bilgilerini paylaşmamış olan 335 öğrenciyi kapsamaktadır. İstatistiksel olarak toplam, eşleştirilmiş

ve eşleştirilmemiş kohortlar ayrı olarak hesaplanmıştır. Üç ayrı hesaplamada da varyans analizi sonuçları, tıp fakültesi süresi boyunca empati skorlarında istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler olduğunu göstermiştir. Empati skorlarındaki belirgin düşüş tıp eğitiminin üçüncü yılının sonunda görülmüştür. Dördüncü yılın sonunda ise eşleştirilmiş ve eşleştirilmemiş gruptaki düşüş daha düşük bir ivmeyle azalmaya devam etmiştir. Dördüncü yıldaki bu değişiklikler hafif olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ve toplam skorlardaki düşüşü etkilememiştir. Eşleştirilmiş ve eşleştirilmemiş kohortta empati skorlarındaki değişiklik paternleri büyük oranda benzerlik göstermiştir (57). 2012 yılında Amerika’da yapılan bir kohort çalışmasında, Hojat ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları kohort çalışmasına benzer şekilde tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim yıllarına göre empati düzeyleri araştırılmıştır. 1162 öğrenciye Jefferson Hekim Empati Ölçeği S versiyonu uygulanmış ve toplamda 2652 anket elde edilmiştir. Öğrencilerin empati skorları tıp fakültesinin ilk iki yılında artış göstermiş ancak üçüncü ve dördüncü yıllarında belirgin derecede azalmıştır. Bu belirgin düşüş özellikle ikinci yıl ile üçüncü yıl arasında gösterilmiştir ( $p < 0,05$ ). Başlangıçtaki empati skorları ile dördüncü yılın sonundaki empati skorları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (76). Bir diğer çalışmada, 125 tıp fakültesi üçüncü sınıf öğrencisine üçüncü sınıfın başında (ön test) ve sonunda (son test) Jefferson Hekim Empati Ölçeği S versiyonu uygulanmıştır. Ön test ve son test karşılaştırıldığında toplam empati skorlarında ve Jefferson Hekim Empati Ölçeği’nin beş maddesinde belirgin düşüş saptanmıştır ( $p < 0,01$ ) (56). Diş hekimliği birinci yıl öğrencilerinin başlangıçtaki empati skorları daha yüksek iken takip eden yıllarda empati düzeylerinde anlamlı bir düşüş yaşanmıştır ( $p < 0,01$ ) (82). Her ne kadar çalışmaların büyük kısmında tıp eğitimi süresince öğrencilerin empati skorlarında düşüş olduğu gösterilmiş olsa da aksi yönde

çalışmalar da mevcuttur. Portekiz’de tıp öğrencilerinin empati düzeyleri ile ilgili yapılan bir kohort çalışmasında, Jefferson Hekim Empati Ölçeği’nin Portekiz versiyonu kullanılmış ve tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin birinci sınıf öğrencilerden daha yüksek empati skorlarına sahip oldukları gösterilmiştir. Tıp fakültesindeki eğitim süresi arttıkça “perspektif alma” ve “şefkatli bakım” faktörlerinde anlamlı ilişki saptanmışken ( $p < 0,01$ ), “hastanın ayakkabısını giyme” faktöründe anlamlı bir ilişki belirlenememiştir (77).

Çalışmamızda uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık eğitimi yılı ile hasta merkezli yaklaşımları arasında ilişki gösterilememiştir. Yunanistan’da yapılan çalışmada 240 dördüncü sınıf ve 243 altıncı sınıf öğrencisi olmak üzere toplamda 483 öğrenciye Hasta-Hekim Oryantasyon Ölçeği uygulanmış ve dördüncü sınıf öğrencilerinin ortalama PPOS skorları altıncı sınıf öğrencilerinden daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Bu farklılık “paylaşım” skorlarına da yansımıştır ( $p < 0,001$ ). Fakat “bakım” skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ( $p > 0,05$ ) (51). Tıp öğrencilerinde mesleki tecrübenin hasta merkezli yaklaşım üzerine etkisini araştıran bir diğer çalışmada, 600 öğrenci her biri altı ay süren toplamda 11 eğitim modülüne tabi tutulmuş ve her modülde öğrencilere Hasta- Hekim Oryantasyon Ölçeği uygulanmıştır. Bu modüllerde biyomedikal çalışmalar, klinik beceri, iletişim becerileri, klinik rotasyonları içeren eğitimler verilmiştir. Ortalama PPOS skorları ile ileri dönem modüller arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ( $p: 0,0061$ ). Ankette yer alan “*Hiç sağlık bakımında görev aldınız mı?*” sorusuyla öğrencilerin mesleki tecrübelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. PPOS skorları ile mesleki tecrübe arasında pozitif bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir ( $p: 0,0039$ ) (83). Yapılan çalışmalar arasında her ne kadar aksini gösteren birkaç yayın olsa da çoğunlukla öğrencilerin başlangıçtaki empati ve hasta merkezli



yaklaşım skorlarının giderek azaldığı, bu düşüşün özellikle ikinci yıl ile üçüncü yıl arasında olduğu ve başlangıç skorları ile son sınıftaki skorlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Genel olarak tıp öğrencileri ile uzmanlık öğrencilerindeki empati ve hasta merkezli yaklaşım düzeylerindeki bu düşüş başlangıçta idealist bir şekilde meslek veya uzmanlık alanı seçen hekimlerin klinikle temaslarının artmasıyla beraber meslek ile ilgili hayal kırıklığı yaşamaları, beklentilerinin karşılanmaması, iş yükünün fazla olması, kıdemli pozisyondaki diğer hekimlerin kötü muamelede bulunması, hasta veya hasta yakınlarının memnuniyetsizliği, hastalıklarla ilişkili veya ölüm gibi üzücü olaylarla sık karşılaşılması gibi nedenlerle hekimlerin motivasyonlarının ve isteklerinin azalmasına bağlı olabilir. Çalışmamızda tıp öğrencilerinde görülen empati düzeylerindeki bu düşüşün uzmanlık eğitimi alan hekimlerde görülmediği sonucuna varılmıştır. Bu durum ilk klinik eğitime geçildiği esnada yaşanan şaşkınlık ve hayal kırıklığının yerini zamanla kabullenme ve benimseme duygularına bırakmasına ve mesleğe adaptasyonun sağlanmasına bağlanabilir. Ayrıca tıp eğitimi sonrasında öğrenciler kendilerine daha uygun gördükleri, daha başarılı, yararlı ve mutlu olacaklarını düşündükleri uzmanlık alanlarını tercih ettiklerinden uzmanlık eğitimi esnasında empati düzeylerinde belirgin bir farklılık yaşanmaması da olası bir sonuçtur. Ancak hekimlerin uzmanlık eğitimleri boyunca empati düzeylerini araştıran yeterli sayıda çalışma bulunmadığı için, bu konuyla ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda hekimlerin akademik pozisyonları yükseldikçe empati düzeyleri ile hasta merkezli yaklaşımlarının arttığı gösterilmiştir (p: 0,00), (p: 0,00). Ankara’da yapılan çalışmada, empati ile akademik kariyer arasında belirgin bir ilişki belirlenememiştir (47). Teke ve arkadaşları hekimlerin empati düzeylerinin akademik

ünvanları ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ancak bu negatif yönde bir ilişkidir. Hekimlerin genellikle (yardımcı doçent istisna) akademik statüleri yükseldikçe empati kurma düzeylerinin düştüğü gözlenmiştir (p: 0,000). Bu durum, akademik pozisyonun yükselmesi ile kişinin ihtiyaç ve amaçlarının birçoğunu gerçekleştirmiş olmasının işine olan ilgisini ve çabasını azaltmasına bağlanmıştır (63). Bizim çalışmamızda bulunan aksi yöndeki sonuçlar ise, hekimlerin bilgi birikimleri ve tecrübelerinin artmasına bağlı olarak hastalarıyla daha doğru iletişimde bulunmaları, hastalarına daha olgun bir bakış açısıyla yaklaşarak daha fazla empati kurmaları ile ilişkilendirilmiştir. Nöbet sayısı, aktif çalışma süresi gibi iş yükünü artıracak faktörlerin kıdem arttıkça azalması da hastalarla olan iletişimin kalitesini artırmaktadır. Ayrıca akademik statü yükseldikçe hekimlerin eğitici pozisyonları da ön plana çıkmakta ve örnek teşkil edecek şekilde hasta- hekim ilişkisinde bulunmaları gerekmektedir.

Çalışmamızda hekimlerin çalıştıkları yer (kentsel, kırsal) ile hasta merkezli yaklaşımları ve empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hekimlerin çalıştıkları kurumlar (üniversite hastanesi, eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi, özel hastaneler, muayenehaneler, aile sağlığı merkezi gibi) ile empati düzeyleri arasında da belirgin bir farklılık belirlenmemiştir. Buna karşın, muayenehanelerde çalışan hekimler en yüksek empati skorlarına sahipken, en düşük empati skorları üniversite hastaneleri ile eğitim araştırma hastanelerinde çalışan hekimlerde görülmektedir. Hekimlerin çalıştıkları kurum ile hasta merkezli yaklaşımları arasında ise, tüm PPOS alt gruplarında önemli düzeyde fark olduğu gösterilmiştir (p:0,00). Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde çalışan hekimler en yüksek skorlara sahip bulunmuşken, ikinci sırada muayenehanelerde çalışan hekimler ve son sırada ise üniversite hastaneleri ile eğitim araştırma hastanelerinde çalışan

hekimler gelmektedir. Doğrudan hekimlerin çalıştıkları yer (kentsel, kırsal), çalıştıkları kurum (muayenehane, hastane) veya çalışma şekilleri (özel, genel) ile hasta merkezli yaklaşımları ve empati düzeyleri üzerine etkisini araştıran bir çalışma yoktur. Dolaylı yoldan araştıran çalışmaların ise sayıları son derece yetersiz olup, anlamlı bir ilişki belirlenememiştir. Japonya’da yapılan çalışmada, hekimlerin çalıştığı yer ve çalışma şekli ile empati skorları arasında ilişki bulunamamıştır (58). İran’da yapılan çalışmada ise, çalışılan yer, çalışma şekli ve çalışılan kurum ile empati ilişkilendirilememiştir (64). Benzer şekilde başka bir çalışmada da, yerleşim yerleri (il, ilçe, köy) ile PPOS skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (51).

Bizim çalışmamızda çalışılan kurum ile hasta merkezli yaklaşım arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Empati düzeylerinde ise anlamlılık belirlenememiş olsa da ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri ile muayenehanelerde çalışan hekimlerin üniversite ve devlet hastanelerinde çalışan hekimlerden daha yüksek empati skorlarına sahip oldukları gösterilmiştir. Bu sonuçların, ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri ile muayenehanelerde çalışan hekimlerin tamamının psikiyatrist olmasından ve psikiyatristlerin empati ve hasta merkezli yaklaşım düzeylerinin anlamlı ölçüde aile hekimlerinden daha yüksek bulunmasından etkilenebileceği düşünülmektedir. Diğer nedenler arasında ise, muayenehanelerde hasta sayılarının diğer kurumlardan daha az olması ve maddi kaygılar nedeniyle hekimlerin daha özenli ve ilgili davranışlar sergilemeleri gösterilebilir. Çalışılan yer ile empati ve hasta merkezli yaklaşım düzeyleri arasında ise diğer çalışmalar ile benzer şekilde ilişkili bulunamamıştır.

Hekimlerin poliklinikteki toplam çalışma süreleri (gün olarak) ile empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki belirlenememiştir. Teke ve arkadaşları da benzer

şekilde empati düzeyleri ile poliklinik süreleri arasında anlamlılık gösterilememiştir (63).

Çalışmamızda hekimlerin umut düzeyleri yükseldikçe empati kurma yetenekleri de artış göstermiştir (p: 0,04). Hekimlerin refah düzeyleri ile empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır (p: 0,08). 2007 yılında tıp öğrencilerinde algılanan refah düzeyi ve stres ile empati düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, yüksek yaşam kalitesi ile empati skorları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (p< 0,05). Tükenmişlik ve depresyonun ise empati düzeyleri üzerine en güçlü negatif etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (p< 0,001) (90). 2005 yılında dahiliye uzmanlık öğrencileri ile yapılan bir kohort çalışmasında zihinsel iyilik hali ve refah düzeyi ile empati arasındaki ilişki araştırılmış, yüksek refah düzeyleri ve zihinsel iyilik hali ile yüksek empati skorları ilişkilendirilmiştir (91). Bellini ve arkadaşlarının empati ve duygudurum düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırdığı bir çalışmada, üç yıl boyunca dahiliye uzmanlık öğrencilerine Profile of Mood States (POMS) ve Interpersonal Reactivity Index (IRI) ölçekleri uygulanmıştır (POMS toplamda beş kere, IRI altı kere yapılmıştır). Üç yıl boyunca uzmanlık öğrencilerinin empati skorlarında progresif bir düşüş olduğu gösterilmiştir (p: 0,05). Buna karşılık, kişisel distres skorlarında ise kademeli bir artış görülmüştür (p: 0,02). POMS ölçeğinin dört alt grubunda üç yıl boyunca anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Başlangıçta daha düşük depresyon- üzüntü, konfüzyon- şaşkınlık, öfke- saldırganlık, yorgunluk- uyuşukluk skorları görülmüşken, daha yüksek enerji- yaşam gücü skorları bildirilmiştir. Yalnızca konfüzyon- şaşkınlık skorları üç yılın sonunda başlangıç skorlarına dönmüş olup, diğer alt gruplar üç yılın sonunda başlangıç skorlarından daha düşük düzeylerde bulunmuştur (88). Rosen ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı, uykusuzluk, duygudurum bozuklukları, tükenmişlik

ve empati düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, dahiliye uzmanlık öğrencilerine başlangıçta ve uzmanlık eğitimlerinin sonunda uyku bozukluklarını değerlendirmek için Epworth Sleepiness Scale ve depresyonu değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği, Interpersonal Reactivity Index ve Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey uygulanmıştır. Uzmanlık eğitimi süresince empati düzeylerinde progresif düşüş gözlenmiştir ( $p < 0,001$ ). Buna karşılık, uyku kalitesinde azalma ( $p: 0,001$ ), depresyon ve tükenmişlik düzeylerinde ise anlamlı düzeyde artış ( $p < 0,001$ ) gözlenmiştir (89). West ve arkadaşlarının dahiliye uzmanları ile yaptığı tıbbi hatalar ile yaşam kalitesi, tükenmişlik, depresyon ve empati düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran prospektif longitudinal bir çalışmada ise, 184 uzmanlık öğrencisi araştırmaya dahil edilmiş ve yapılan tıbbi hataların genellikle yaşam kalitesinin azalması ( $p: 0,02$ ), tükenmişlik düzeylerindeki artış ( $p: 0,002$ ) ve depresyon ( $p < 0,001$ ) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kişisel stres, umutsuzluk ve depresyon düzeylerinin artışı empati düzeylerinin azalmasına sebep olur ve gelecek dönemlerde şahsi kaynaklı tıbbi hataların oluşma riskini artırır (92). 2011 yılında, 18 araştırmanın dahil edildiği bir sistematik derlemede yapılan çalışmalar stresin (tükenmişlik, kendini iyi hissetmeme, yaşam kalitesinin ve refah düzeyinin düşük olması, umutsuzluk, depresyon...) tıp öğrencileri ve uzmanlık öğrencilerinin empati düzeylerini önemli düzeyde etkilediğini göstermiştir. Bu nedenle stres empati düzeylerindeki düşüşün asıl nedeni olarak gösterilmektedir. Strese neden olan faktörler aşağıda belirtilmiştir:

1. Tıp öğrencileri ve uzmanlık öğrencilerinin danışmanları ve kıdemlileri tarafından kötü muamele görmesi: Tıp öğrencileri ve uzmanlık öğrencileri taciz, aşağılama, küçümseme, cinsiyet ayrımcılığı, cinsel taciz gibi durumlarla karşılaşabilirler.

2. Tıp öğrencilerinin ve uzmanlık öğrencilerinin duygusal savunmasızlığı: Öğrenciler mesleki eğitimlerine daha idealist, hevesli ve insancıl duygular besleyerek adım atarlar. Ancak klinik gerçeklerle (hastalık, ızdırıp, ölüm) karşı karşıya kaldıkça tıpın insani yönlerinden uzaklaşarak teknoloji ve nesnellığe doğru kayarlar.
3. Sosyal destek problemleri: Öğrenciler genellikle kendi akranlarından sosyal destek görememekte ve aileleriyle de kısıtlı ilişkiler içinde olmalarından dolayı sıkıntı yaşarlar.
4. Fazla iş yükü: Öğrenciler ve uzmanlık öğrencileri uzun çalışma saatleri, uykusuzluk ve yetersiz dinlenme süreleri ile karşı karşıya kalırlar (87).

Yapılan çalışmalarda hekimlerin umut düzeyleri ile empati düzeyleri arasında önemli bir ilişki olduğu konusunda fikir birliği sağlanmıştır. Bizim çalışmamızdaki sonuçlar da umut düzeyleri açısından bu çalışmaları destekler niteliktedir. Ancak yapılan çalışmaların aksine çalışmamızda refah düzeyleri ile empati arasında ilişki saptanamamıştır. Diğer araştırmalarda, refah düzeyleri değerlendirilirken ölçekler kullanılmıştır ancak bizim çalışmamızda refah düzeyinin tek soruluk bir çizelgede değerlendirilmiş olması yetersiz bir değerlendirmeye yol açmış olabilir. Yine de konuyla ilgili mevcut kaynakların yetersiz olması nedeniyle bizim çalışmamız da refah düzeyi ve empati arasındaki ilişki açısından fikir verici nitelik taşımaktadır.

Çalışmamızın sonucunda birinci basamakta çalışan hekimlerin hasta merkezli klinik yöntemin gerekliliklerini yeterince yerine getirmedikleri ortaya çıkmıştır. Bunun olası nedenleri arasında hasta merkezli klinik yöntemin hekimler tarafından net olarak anlaşılabilmesi, iletişim becerileri de dahil olmak üzere temel eğitim eksikliği, empati kuramama, zaman azlığı ve hasta yoğunluğu, hekimlerin her hasta grubuna hasta merkezli yaklaşım gösterilip gösterilmeyeceği konusundaki tereddütleri, hasta

mahremiyetinin ihlal edilebileceği kaygısı, hastanın psikolojik, duygusal ve sosyal sorunlar yumağının açılmasının zaman konusunda doğuracağı sonuçlar hekimleri hasta merkezli klinik yöntemden uzaklaştırıyor olabilir. Ayrıca günümüzde sürekli değişen ve özellikle birinci basamak sağlık bakım hizmetleri üzerinden yürütülen sağlık politikaları da hekimin insan yaşamına, sağlığına ve esenliğine özen gösterme sorumluluğunu zorlayıcı nitelik taşımakta ve iyi hekimlik değerlerinin korunmasını güçleştirmektedir. Tüm bu olumsuzluklara rağmen, aile hekimleri hastalarıyla kurdukları sürekli ilişki ve bütün aile bireyleri ile olan iletişimleri nedeniyle hasta ve ailesini en iyi tanıyan hekim grubu olduğu için biyopsikososyal yaklaşımdan en fazla yarar görebilecek ve bu faydayı sağlık bakım hizmetine yansıtabilecek hekim grubudur. Bu konudaki farkındalığın artması, tıp fakültesi müfredatında konunun yeterince işlenmesi, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde birinci basamak anlayış ve yaklaşımında standartlar geliştirilip her uzmanlık öğrencisinin biyopsikososyal yaklaşımı özümseyerek ve pratikte sürekli uygular tutumu geliştirmiş şekilde mezun olması, aile hekimlerinin hizmet içi eğitimlerinde konuya ağırlık verilmesi, bu konuda yapılacak araştırma ve çalışmaların sıklığının artması, önümüzdeki yıllarda hekimlerin bakış açısı ve klinik uygulamaları üzerinde etkili olacaktır (8).

## 6. SONUÇLAR

- 6.1. Çalışmamıza toplam 405 hekim dahil edilmiştir.
- 6.2. Çalışmamıza katılan hekimlerin 245'i (%60,5) kadın, 158'i (%39) erkektir.
- 6.3. Çalışmamıza katılan hekimler 24- 66 yaş aralığında olup, çoğunluğunu 24-35 yaş arası hekimler oluşturmaktadır (n: 289, %71,4). Hekimlerin yaş ortalaması 33,84 (SD: 8,63) olarak bulunmuştur.
- 6.4. Çalışmamıza katılan hekimlerin 167'si (%41,2) bekar, 236'sı (%58,3) evlidir.
- 6.5. Çalışmamıza katılan hekimlerin 222'sini (%54,8) aile hekimliği, 183'ünü (%45,2) psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır.
- 6.6. Çalışmamıza katılan hekimlerin 18'i (%4,4) profesör, 21'i (%5,2) doçent, 15'i (%3,7) yardımcı doçent, 120'si (%29,6) uzman, 231'i (%57) uzmanlık öğrencisi statüsündedir.
- 6.7. Çalışmamıza katılan hekimlerin mezuniyet sonrası meslekteki toplam çalışma süreleri ortalama  $8,96 \pm 8,64$  yıl olup, uzman olarak çalışma sürelerinin ortalaması ise  $4,22 \pm 7,39$  yıl olarak bulunmuştur.
- 6.8. Çalışmamıza katılan hekimlerin %71,1'inin meslekteki toplam çalışma süresi 10 yıl ve altındadır (n: 288). %14,3'ü 11- 20 yıl arası, %13,3'ü ise 21 yıl ve üzerinde mesleki tecrübeye sahiptir.
- 6.9. Çalışmamıza katılan hekimlerin çoğunluğu (%70,6) eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinde çalışmaktadır.
- 6.10. Çalışmamıza katılan hekimlerin büyük bir kısmı (%97,8) kentsel bölgelerde çalışırken, 9'u (%2,2) kırsal bölgede çalışmaktadır.



6.11. Çalışmamıza katılan hekimlerin günlük ortalama hasta sayıları maksimum 150'ye kadar çıkmaktadır. Hekimlerin ortalama hasta sayısı 33,72 (SD: 24,67) olup, aile hekimlerinin günlük ortalama hasta sayıları  $42,05 \pm 27,36$ , psikiyatristlerin ise  $23,54 \pm 15,86$  bulunmuştur.

6.12. Çalışmamızda aile hekimlerinin günlük ortalama hasta sayıları psikiyatri hekimlerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $\chi^2$ : 109,47, p: 0,000).

6.13. Çalışmamıza katılan hekimlerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre 13,90 (SD: 11,25) dk olup, aile hekimlerinin hasta başına ayırdıkları ortalama süre  $9,34 \pm 7,02$  dk, psikiyatristlerin ise  $19,46 \pm 12,85$  dk bulunmuştur.

6.14. Çalışmamızda aile hekimlerinin hasta başına ayırdıkları ortalama süre, psikiyatri hekimlerinden daha kısadır ( $\chi^2$ : 106,63, p: 0,00).

6.15. Çalışmamıza katılan kadın hekimlerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre  $13,45 \pm 10,25$  dk, erkeklerin ise  $14,59 \pm 12,68$  dk olarak bulunmuştur.

6.16. Çalışmamızda kadın ve erkeklerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre benzerlik göstermektedir ( $\chi^2$ : 21,84, p: 0,19).

6.17. Çalışmamızda aile hekimlerinin %4,1'i "çok umutlu", %47,1'i "umutlu", %36,2'si "umutlu değil" ve %12,7'si "hiç umutlu değil" yanıtını vermiş olup, psikiyatristlerin %3,4'ü "çok umutlu", %68,7'si "umutlu", %26,3'ü "umutlu değil" ve %1,7'si "hiç umutlu değil" olarak kendisini tanımlamıştır.

6.18. Çalışmamızda "hiç umutlu değil" yanıtını veren hekimlerin %90,3'ü aile hekimi iken, %9,7'si psikiyatristtir. "Umutlu değil" yanıtını veren hekimlerin %83'ünü aile hekimleri, %37'sini psikiyatristler oluşturmaktadır.

- 6.19. Çalışmamızda aile hekimlerinin umut düzeyleri psikiyatri hekimlerinden anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ( $\chi^2$ : 26,81, p: 0,00).
- 6.20. Çalışmamızda umut düzeylerini “çok umutlu” ve “umutlu” olarak nitelendiren hekimlerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre sırasıyla 14,14 (SD: 11,71) dk, 15,9 (SD: 11,92) dk iken, ‘umutlu değil’ ve ‘hiç umutlu değil’ yanıtını veren hekimlerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre sırasıyla 11,3 (SD: 9,36) dk, 7,79 (SD: 8,06) dk olarak bulunmuştur.
- 6.21. Çalışmamızda hekimlerin umut düzeyleri azaldıkça hasta başına ayırdıkları süre anlamlı ölçüde azalmaktadır (p: 0,00).
- 6.22. Çalışmamızda hekimlerin hasta sayısı arttıkça umut düzeyleri anlamlı düzeyde azalmaktadır (p: 0,00).
- 6.23. Çalışmamızda hekimlerin yaşları ile umut düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p: 0,21).
- 6.24. Çalışmamızda hekimlerin meslekte geçirdikleri süre ile umut düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p: 0,18).
- 6.25. Çalışmamızda uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık eğitimi yılları ile umut düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p: 0,95).
- 6.26. Çalışmamızda hekimlerin medeni durumları ile umut düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p: 0,38).
- 6.27. Çalışmamızda hekimlerin ortalama refah düzeyleri 5,93 (SD: 1,88) olarak bulunmuştur.

6.28. Çalışmamızda uzmanlık öğrencilerinin ortalama refah düzeyleri 5,79 (SD: 1,96), uzmanların 5,78 (SD: 1,75), yardımcı doçentlerin 6,71 (SD: 1,43), doçentlerin 6,85 (SD: 1,55), profesörlerin ise 7,05 (SD: 1,69) olarak bulunmuştur.

6.29. Çalışmamızda hekimlerin akademik pozisyonları yükseldikçe refah düzeylerinin de arttığı gösterilmiştir (p: 0,003).

6.30. Çalışmamızda hekimlerin refah düzeyleri arttıkça umut düzeylerinin arttığı gösterilmiştir (p: 0,00).

6.31. Çalışmamızda aile hekimlerinin ortalama toplam JSPE skorları  $78,79 \pm 11,45$  iken, psikiyatristlerin ortalama toplam JSPE skorları  $81,78 \pm 8,33$  olarak bulunmuştur.

6.32. Çalışmamızda psikiyatristlerin “duygusal yaklaşım” ve toplam empati skorlarının ortalaması aile hekimlerinin “duygusal yaklaşım” ve toplam empati skorlarının ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Sırasıyla p: 0,0000, p: 0,003).

6.33. Çalışmamızda aile hekimlerinin toplam PPOS skorlarının ortalaması  $2,93 \pm 0,41$  iken, psikiyatristlerin toplam PPOS skorlarının ortalaması  $3,31 \pm 0,39$  olarak bulunmuştur.

6.34. Çalışmamızda aile hekimleri ile psikiyatristlerin ortalama PPOS skorları tüm alt gruplarda düşük bulunmuş olup, çalışmamıza katılan hekimlerin daha çok doktor merkezli yaklaşımda buldukları gösterilmiştir.

6.35. Çalışmamızda aile hekimlerinin hasta merkezli yaklaşımları psikiyatristlerin hasta merkezli yaklaşımlarından anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p: 0,00).

- 6.36. Çalışmamızda kadınların toplam JSPE skorlarının ortalaması  $79,95 \pm 9,99$ , erkeklerin toplam JSPE skorlarının ortalaması ise  $80,34 \pm 10,61$  bulunmuştur.
- 6.37. Çalışmamızda cinsiyet ile empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p: 0,71).
- 6.38. Çalışmamızda kadınların toplam PPOS skorlarının ortalaması  $3,11 \pm 0,40$  iken, erkeklerin toplam PPOS skorlarının ortalaması ise  $3,08 \pm 0,50$  bulunmuştur.
- 6.39. Çalışmamızda kadın doktorlar erkeklerden daha yüksek PPOS skorlarına sahip bulunmuş ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlılık göstermemiştir (p: 0,49).
- 6.40. Çalışmamızda hekimlerin medeni durumları ile empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p: 0,50).
- 6.41. Çalışmamızda hekimlerin medeni durumları ile hasta merkezli yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p: 0,47).
- 6.42. Çalışmamızda hekimlerin yaşları arttıkça empati düzeylerinin de anlamlı ölçüde arttığı gösterilmiştir (p: 0,001).
- 6.43. Çalışmamızda hekimlerin yaşları arttıkça hasta merkezli yaklaşımlarının da belirgin düzeyde arttığı gözlenmiştir (p: 0,00).
- 6.44. Çalışmamızda hekimlerin mesleki tecrübeleri arttıkça empati düzeylerinin de önemli derecede arttığı JSPE'nin tüm alt gruplarında gösterilmiştir (p: 0,001).
- 6.45. Çalışmamızda hekimlerin mesleki tecrübeleri arttıkça hasta merkezli yaklaşımlarının da arttığı PPOS skorlarının her iki alt grubunda da anlamlı düzeyde bulunmuştur (p: 0,000).

6.46. Çalışmamızda uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık eğitimlerinin kaçınıcı yılında oldukları ile empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p: 0,90).

6.47. Çalışmamızda uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık eğitimlerinin kaçınıcı yılında oldukları ile hasta merkezli yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p: 0,062).

6.48. Çalışmamızda hekimlerin akademik pozisyonları yükseldikçe (yardımcı doçent ve profesör hariç) empati düzeyleri de artış göstermektedir (p: 0,00).

6.49. Çalışmamızda hekimlerin akademik pozisyonları yükseldikçe (yardımcı doçent hariç) hasta merkezli yaklaşımlarının da anlamlı ölçüde arttığı gösterilmiştir (p: 0,00).

6.50. Çalışmamızda muayenehanelerde çalışan hekimler en yüksek empati skorlarına sahipken (toplam JSPE skorları:  $86,18 \pm 8,28$ ), ikinci sırada ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri (toplam JSPE skorları:  $84,75 \pm 11,55$ ), son sırada ise üniversite hastaneleri ile eğitim araştırma hastaneleri (toplam JSPE skorları:  $79,31 \pm 10,61$ ) gelmektedir.

6.51. Çalışmamızda hekimlerin çalıştıkları kurum ile empati düzeyleri arasında toplam JSPE skorlarında (p: 0,07) ve “duygusal yaklaşım” skorlarında (p: 0,2) anlamlı bir ilişki gösterilememiş ancak “yerine koyma” skorlarında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (p: 0,04).

6.52. Çalışmamızda ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde çalışan hekimler en yüksek PPOS skorlarına sahip iken (ortalama toplam PPOS skorları:  $3,4844 \pm 0,41683$ ), ikinci sırada muayenehanelerde ( $3,3384 \pm 0,50580$ ) ve son sırada üniversite hastaneleri ile eğitim araştırma hastanelerinde çalışan hekimler ( $3,0433 \pm 0,46014$ ) gelmektedir.

- 6.53. Çalışmamızda hekimlerin çalıştıkları kurum ile hasta merkezli yaklaşımları arasında PPOS'un tüm alt gruplarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p: 0,00).
- 6.54. Çalışmamızda hekimlerin çalıştıkları yer (kentsel, kırsal) ile empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p: 0,17).
- 6.55. Çalışmamızda hekimlerin çalıştıkları yer (kentsel, kırsal) ile hasta merkezli yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki belirlenememiştir (p: 0,93).
- 6.56. Çalışmamızda hekimlerin poliklinikteki çalışma süreleri ile empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki belirlenememiştir (p: 0,13).
- 6.57. Çalışmamızda hekimlerin umut düzeyleri yükseldikçe empati kurma yeteneklerinin de arttığı gösterilmiştir (p: 0,04).
- 6.58. Çalışmamızda hekimlerin refah düzeyleri ile empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır (p: 0,08).

## 7. KAYNAKLAR

1. Rakel, D. (Ed.), Textbook of family medicine. Elsevier Health Sciences, 2011.
2. Flexner A: Medical Education in he United States and Canada: A report of the Carnegie Fondation of the Advancement of Teaching. Bulletin 4. Boston, Updyke, 1910.
3. Engel GL: A unified concept of health and disease. Persect Bio Med, 1960;3:459-485
4. Engel GL: The need for a new medical model: a challange for biomedicine. Science, 1977;196:129-136
5. Engel GL: The biopsychosocial model and the education of health professionals. Ann NY Acad Sci, 1978;310:169-81
6. Engel, George L. "The clinical application of the biopsychosocial model." Am J Psychiatry, 1980;137.5, 535-544
7. McWhinney IR, Thomas F. Çeviri: Güldal D. Aile Hekimliği. İstanbul: Medikal Akademi, 2012;50-250
8. Şen M. G., İzmir ilinde çalışan aile hekimlerinin klinik uygulamalarında biyopsikososyal yaklaşımı ne ölçüde uyguladıklarının saptanması, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2013
9. Bozdemir N, Kara İ. Birinci basamakta tanı ve tedavi. Adana: Nobel Tıp Kitabevi, 2010;22-24
10. Uncu Y, Akman M. Sağlığa biyopsikososyal yaklaşım. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara 2004;73-78

11. Weiss P: Animal behavior as system reaction: orientation toward light and gravity in the resting postures of butterflies (Vanessa), *General Systems : Yearbook of the society for General Systems Research* 1959;4:1-44
12. Weiss P: The problem of cell individuality in development. *American Naturalist*, 1940;74:34-46
13. Weiss P: The biological basis of adaptation, in *Adaptation*. Edited by Romano J. Ithaca, NY, Cornell University Press, 1949.
14. Weiss P:  $1+1 \neq 2$ : when one plus one does not equal two, in *The Neurosciences: A Study Program*. Edited by Quarton GC, Melnechuck T, Schmidt FO. New York, Rockefeller University Press, 1967.
15. Weiss P: The living system: determinism stratified, in *Beyond Reductionism*, Edited by Koestler A, Symthies JR. New York, Macmillan Publishing Co, 1969.
16. Weiss P: The system of nature and the nature of systems: empirical holism and practical reductionism harmonized, in *Toward a Man-Centered Medical Science*. Edited by Schaefer KE, Hensel H, Brody R. Mt Kisco, NY, Futura Publishing Co, 1977.
17. Von Bertalanffy L: *Problems of life*. New York, John Wiley & Sons, 1952.
18. Von Bertalanffy L: *General System Theory*. New York, Braziller, 1968.
19. Von Bertalanffy L: Chance or law, in *Beyond Reductionism*. Edited by Koestler A, Symthies JR. New York, Macmillan Publishing Co, 1969.
20. Kostler A, Symthies JR (eds): New York, Macmillan Publishing Co, 1969.
21. Frankel R, Quill T, McDaniel S. *The biopsychosocial approach past, present, future*. Rochester: Universty Of Rochester Press, 2003;1-8



22. Graham JE, Christian LM, Kiecolt-Glaser JK. Stress, age, and immune function: toward a lifespan approach. *Journal of Behavioral Medicine* 2006;29:389-397
23. Scheier MF, Bridges MW. Person Variables and Health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine* 1995;57:255-268
24. Cunningham JA, Edmonds CV. Possible effects of psychological therapy on survival duration in cancer patients. *Journal Of Clinical Oncology* 2005;23:5263
25. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal Of Epidemiology* 1976;104:107-121
26. Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. *Fam Pract* 1986; Jun;3(2):75-9
27. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patientcentred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract* 1986; Mar;3(1):24-30
28. Stewart M, Brown J, Levenstein J, McCracken E, McWhinney IR. The patient-centred clinical method. 3. Changes in residents' performance over two months of training. *Fam Pract* 1986; Sep;3(3):164-7
29. McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of Family Medicine*. ABD: Oxford University Press; 2009.
30. Aktürk Z. , Aile Hekimliğinde Klinik Yaklaşımlar ve Biyopsikososyal Yöntem, 14.05.2014 tarihinde <http://www.sagliktanabiz.com/haberler/aile-hekimliginde-klinik-yaklasimlar-ve-biyopsikososyal-yontem.html> adresinden ulaşılmıştır.
31. Byrne PS, Long BEL. *Doctors talking to Patients*. HMSO: London; 1976.

32. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR. Patient centered medicine: Transforming the clinical method. Oxford: Radcliffe Medical Press 2003;1-146
33. Kutlu M, Çolakoğlu N, Özgüvenç P. Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma. Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi 2010;2:127-144
34. Gülseren, S., “Esduyum (Empati): Tanımı ve Kullanımı Üzerine Bir Gözden Geçirme”, Türk Psikiyatri Dergisi, 2001; Vol.12(2), pp.133-145
35. Rogers C.R., Empatik olmak, değeri anlaşılmamış bir varoluş şeklidir. Çev. F. Akkoyun, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1983;16,103-124
36. Duan C, Hill CE. The current state of empathy research. Journal of Counseling Psychology 1996;43:261-74
37. Dökmen Ü. Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1988;21:155-90
38. Dökmen Ü. İletişim çatışmaları ve empati. 18. baskı. Ankara: Sistem Yayıncılık; 2004.
39. Southgate L. Freedom and discipline: clinical practice and the assessment of clinical competence. Br J Gen Pract 1994;44:87-92
40. Kurdak H, Özcan S, Akpınar E, Saatci E, Bozdemir N. Aile hekimliği bakışıyla kişi merkezli klinik yaklaşım eğitiminde simüle hasta uygulaması. Turkish Family Physician 2010;1;31-36
41. Winefield HR, Chur-Hansen A. Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase? Med Educ 2000;34:90-94
42. Benbassat J, Baurnal R, What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? Acad Med 2004; 79:832-839

43. Stephien KA, Baernstein A. Educating for empathy: a review. *J Gen Intern Med* 2006;21:524-530
44. Dereboy C, Harlak H, Gürel S, Gemalmaz A, Eskin M. Tıp eğitiminde eşduyumu öğretmek. *Türk Psikiyatr Derg* 2005;16:83-89
45. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009;74:295-301
46. Batenburg V, Smal JA., Lodder A, de Meiker RA. Are Professional attitudes related to gender and medical specialty? *Med Educ* 1999;33 489-92
47. Karaoglu N. Taş kalpli olmamak: İletişim becerisi- empati ve aile hekimliği. *Actual Medicine* 2009;17(11);53-55
48. Karakuş G. ,Biyopsikososyal Yaklaşım sunum, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 14.05.2014 tarihinde [http://lokman.cu.edu.tr/Psikiyatri/egitim/gkarakus\\_1\\_1.pdf](http://lokman.cu.edu.tr/Psikiyatri/egitim/gkarakus_1_1.pdf) adresinden ulaşılmıştır.
49. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling* 2000;39:49-59
50. Street, R. L., Krupat, E., Bell, R. A., Kravitz, R. L., & Haidet, P., Beliefs About Control in the Physician-patient Relationship. *Journal of general internal medicine*, 2003;18(8), 609-616
51. Tsimtsiou, Z., Kerasidou, O., Efstathiou, N., Papaharitou, S., Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D., Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. *Medical education*, 2007;41(2), 146-153

52. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Gonnella JS: The Jefferson Scale of Empathy (JSE): An update. *Health Policy Newsletter* 2011;24:5–6
53. Hojat M, Louis D, Markham F, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients: building the evidence-base medicine. *Acad Med.* 2011; 86:359-364
54. Hojat M: *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes.* New York: Springer; 2007.
55. Hojat, M., Gonnella, J.S., Mangione, S., Nasca, T.J., Magee, M., “Physician Empathy in Medical Education and Practice: Experience with The Jefferson Scale of Physician Empathy”, *Seminars in Integrative Medicine*, 2003; Mar; Vol.1(1),pp.25-41
56. Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T.J., Rattner, S., Erdmann, J.B., Gonnella, J.S., Magee, M., “An Empirical Study of Decline in Empathy in Medical School”, *Medical Education*, 2004;Vol.38, pp.934-94
57. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med.* 2009;84:1182-1191
58. Kataoka, H. U., Koide, N., Hojat, M., & Gonnella, J. S., Measurement and correlates of empathy among female Japanese physicians. *BMC medical education*, 2012;12(1), 48
59. Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M., Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 2002;159, 1563–1569

60. Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., et al., The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 2001;61, 349–365
61. Hojat, M., Zuckerman, M., Magee, M., Mangione, S., Nasca, T., Vergare, M., & Gonnella, J. S., Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Personality and Individual Differences*, 2005;39(7), 1205-1215
62. Gönüllü İ., Öztuna D., A Turkish Adaptation of the Student Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Jefferson Doktor Empati Ölçeği Öğrenci Versiyonunun Türkçe Adaptasyonu*. *Marmara Medical Journal*, 2012;25, 87-92
63. Teke AK., Cengiz E., Demir C. "Hekimlerin Empatik Özelliklerinin Ölçümü ve Bu Ölçümlerin Demografik Değişkenlere Göre Değişimi", *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2010;19(3), 509-520
64. Shariat, S. V., Eshtad, E., & Ansari, S., Empathy and its correlates in Iranian physicians: A preliminary psychometric study of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Medical teacher*, 2010;32(10), e417-e421
65. Tavakol, S., & MClined, M. T. P., Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. *Education for Primary Care*, 2011;22, 297-303
66. Kliszcz J., Nowicka-Sauer K., Trzeciak B., Nowak P., Sadowska A., Empathy in health care providers – validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Advances in Medical Science*, 2006;51: 219–25

67. Di Lillo, M., Cicchetti, A., Scalzo, A. L., Taroni, F., & Hojat, M., The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Academic Medicine*, 2009;84(9), 1198-1202
68. Abiola, T., Udofia, O., & Abdullahi, A. T., Patient-doctor relationship: The practice orientation of doctors in Kano. *Nigerian journal of clinical practice*, 2014;17(2), 241-247
69. Truax, C.B., Altmann, H., Millis, W.A., “Therapeutic Relationships Provided By Various Professionals”, *Journal of Community Psychology*, 1974;Vol.2, pp.33-36
70. Audet, A. M., Davis, K., & Schoenbaum, S. C., Adoption of patient-centered care practices by physicians. *Arch Intern Med*, 2006;166, 754-759
71. Wright V, Hopkins R, Burton K. How long should we talk to patients? A study in doctor-patient communication. *Annals Of The Rheumatic Diseases* 1982;41:250-252
72. Street Jr, R. L., Gender differences in health care provider–patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation?. *Patient education and counseling*, 2002;48(3), 201-206
73. Roter DL, Geller G, Bernhardt BA, Larson SM, Doksum T. Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstet Gynecol* 1999;93:635–41
74. Sancaktar Ö., Uzmanlık eğitimi programlarıyla ilgili gelişmelerin aile hekimliği asistanlarının kendi eğitimlerine bakışları ve gelecekle ilgili beklentileri üzerine etkisi, Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2013.

75. Whitley TW, Allison EJ Jr, Gallery ME, Cockington RA, Gaudry P, Heyworth J, et al. Work related stress and depression among practicing emergency physicians: An international study. *Ann Emerg Med* 1994;23:1068,71
76. Chen, D. C., Kirshenbaum, D. S., Yan, J., Kirshenbaum, E., & Aseltine, R. H., Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Medical teacher*, 2012;34(4), 305-311
77. Magalhães, E., Salgueira, A. P., Costa, P., & Costa, M. J., Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC medical education*, 2011;11(1), 52
78. Newton, B.W., Savidge, M.A., Barber, L., Cleveland, E., Clardy, J., Beeman, G., Hart, T., “Differences in Medical Students’ Empathy”, *Academic Medicine*, Vol.75, pp. Provided By Various Professionals”, *Journal of Community Psychology*, 2000;Vol.2, pp.33-36
79. Chan, C. M. H., & Ahmad, W. A. W., Differences in physician attitudes towards patient-centredness: across four medical specialties. *International journal of clinical practice*, 2012;66(1), 16-20
80. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, Callahan CA, Magee M: Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education* 2002;36:522–527
81. DiLalla LF, Hull SK. Effect of gender, age, and relevant course work on attitudes toward empathy, patient spirituality, and physician wellness. *Teach Learn Med.* 2004; 16:165–170
82. Sherman, J.J., Cramer, A., “Measurement of Changes in Empathy During Dental School”, *Journal of Dental Education*, 2005;Vol. 69, pp.338-345

83. Wahlqvist, M., Gunnarsson, R. K., Dahlgren, G., & Nordgren, S., Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference. *Medical teacher*, 2010;32(4), e191-e198
84. Mulac A, Lundell TB. Differences in perceptions created by syntactic–semantic productions of male and female speakers. *Commun Monogr* 1980;47:111–8
85. Weisman CS, Teitelbaum MA. Physician gender and the physician– patient relationship: recent evidence and relevant questions. *Soc Sci Med* 1985;20:1119–27
86. Dowrick C, May C, Richardson M, Bundred P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? *British Journal Of General Practice* 1996;46:105-107
87. Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., & Scheffer, C., Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 2011;86(8), 996-1009
88. Bellini, L. M., & Shea, J. A., Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Academic Medicine*, 2005;80(2), 164-167
89. Rosen, I. M., Gimotty, P. A., Shea, J. A., & Bellini, L. M., Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Academic Medicine*, 2006;81(1), 82-85
90. Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D., How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *Journal of general internal medicine*, 2007;22(2), 177-183



91. Shanafelt, T. D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T., & Sloan, J., Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents. *Journal of General Internal Medicine*, 2005;20(7), 559-564
92. West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D., Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *Jama*, 2006;296(9), 1071-1078

## 8.EKLER

### EK- 1

#### Hekimlerin Demografik Özelliklerini İçeren Anket

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

Cinsiyetiniz : K ( ) E ( )

Yaşınız :

Medeni durum: Bekar : ( ) Evli : ( )

Branşınız: Aile Hekimliği: ( ) Psikiyatri: ( )

Unvan: Profesör : ( ) Doçent: ( ) Yardımcı Doçent: ( ) Uzman: ( )  
Uzmanlık öğrencisi: ( )

Uzmanlık öğrencisi iseniz uzmanlık eğitiminizin kaçınıcı yılındasınız?:

Tıp fakültesi sonrası hekim olarak toplam çalışma süreniz:

Aile hekimliği / Psikiyatri uzmanı olarak çalışma süreniz:

Çalıştığınız kurum: Eğitim Araştırma/Üniversite Hastanesi: ( ) Devlet Hastanesi: ( )  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi: ( ) Aile Sağlığı Merkezi: ( )  
Özel hastane/ poliklinik: ( ) Muayenehane: ( )

Çalıştığınız yer: Kentsel(20 000 üzeri nüfus) : ( ) Kırsal(20 000 altı nüfus): ( )

Çalıştığınız il/ilçe :

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

Günlük ortalama hasta sayınız:

Hasta başına ayırdığınız ortalama süre ( dk olarak ) :

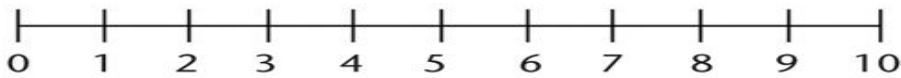
#### Genel umut düzeyi

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

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

#### Algılanan refah düzeyi

En düşüğü 0. basamak ve en yükseği 10. basamak olmak üzere refah merdiveninde kendinizi konumlandığınızı düzeyi lütfen daire içine alınız.



## EK- 2

### Hasta-Hekim Oryantasyon Ölçeği

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

	<b>Aşağıda çeşitli durumlara ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Lütfen ifadeyi okuduktan sonra size uyma derecesini sağ taraftaki kutucuklardan birini işaretleyerek belirtiniz.</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Fikrim Yok</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>
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 sağlıklılarıyla ilgili bilgiden ziyade, güvence isterler.					
11	Eğer bir doktor çok açık ve samimi ise yeterince başarılı olamaz.					
12	Hastaların doktoruyla aynı fikirde olmaması, doktora karşı hastanın saygı ve güveninin olmadığını bir 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- 3

## Jefferson Hekim Empati Ölçeği

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

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

EK- 4

## Etik Kurul İzni



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ÖDM.0.20.08/ 908

28.03.2014

Sayın : Doç. Dr. Füsün Aysin Artıran İÇDE

Etik Kurulumuza sunmuş olduğumuz Aile Hekimliği ve Psikiyatri uzmanlık öğrencileri ve uzmanlarının biyopsikososyal ve hasta merkezli yaklaşımlarının karşılaştırılması başlıklı OMÜ KAİK 2014/612 Karar no.lu Anonim Çatışma nitelikli araştırma projesiz: Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergelerine 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 27.03.2014 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Abdulkarim BEDİR  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Başkanı