



T.C
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIM KONUSUNDA EĞİTİM ALAN TIP
FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN HASTA HEKİM YÖNELİMİ VE
EMPATİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Muzaffer Öncü DÖNMEZ

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2021



T.C
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIM KONUSUNDA EĞİTİM ALAN TIP
FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN HASTA HEKİM YÖNELİMİ VE
EMPATİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Muzaffer Öncü DÖNMEZ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Züleyha ALPER

Bursa-2021

İÇİNDEKİLER

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ	III
ÖZET	VI
SUMMARY	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tıp Eğitiminde Model Değişikliği	4
2.2. Biyopsikososyal Model	6
2.2.1 Biyopsikososyal Modelin Tarihsel Gelişimi	6
2.2.2 Sistemler Teorisi	9
2.2.3. Biyopsikososyal Modelin Tanımı	11
2.2.4. Sağlığa Biyopsikososyal Yaklaşım	13
2.2.5. Biyopsikososyal Yaklaşımın Klinik Uygulaması	15
2.3. Hasta Merkezli Yaklaşım	19
2.3.1. Hasta Merkezli Yaklaşımın Tarihiçesi	20
2.3.2. Hasta Merkezli Yaklaşımın Temel Boyutları	24
2.3.3. Hasta Merkezli Yaklaşımın Klinik Uygulaması	29
2.4. Empati	30
2.4.1. Empatinin Tanımı Ve Tarihiçesi	30
2.4.2. Empatinin Bileşenleri	31
2.4.3. Hekimlik Mesleğinde Empati	32
2.5. Tıp Eğitiminde Biyopsikososyal Model, Hasta Merkezli Yaklaşım ve Empati	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Çalışma Grubu ve Verileri	38
3.1.1. Çalışma Grubu	38
3.1.2. Çalışma Verileri	38

3.2. Örneklem Seçimi.....	38
3.3. Çalışmanın Genel Planı ve Dâhil Edilme Kriterleri.....	38
3.3.1. Çalışmanın Genel Planı.....	38
3.3.2. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri	39
3.4. Etik Kurul Onayı.....	39
3.5. İstatistiksel Analiz.....	39
3.6. Hasta - Hekim Yönelim Ölçeği (PPOS-HHYÖ)	39
3.7. Jefferson Hekim Empati Ölçeği-Öğrenci Versiyonu (JSPE-S).....	41
4. BULGULAR.....	43
4.1. Çalışmaya Katılan Kişilerin Genel Özellikleri	43
4.2. Biyopsikososyal Yaklaşım ile İlgili Sorulara İlişkin Bulgular.....	48
4.3. Hasta - Hekim Yönelim Ölçeğine (HHYÖ) ve Jefferson Hekim Empati Ölçeğine - Öğrenci Versiyonu (JSPE-S) İlişkin Bilgiler	55
5. TARTIŞMA	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83
7. KAYNAKLAR	86
8. EKLER.....	94
EK-1: Etik Kurul Onayı	94
EK-2: Anket Formu	96
EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	99
9. TEŞEKKÜR	100
10. ÖZGEÇMİŞ.....	101

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil-1: Sistem hiyerarşisi	10
Şekil-2: Sistem hiyerarşisi içinde biyopsikososyal model	12
Şekil-3: Biyopsikososyal yaklaşımın genel erevesi.....	15
Şekil-4: Hastalık-rahatsızlık modeli	25
Şekil-5: Empati döngüsü	33
Şekil-6: Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyete göre dağılımı	43
Şekil-7: Çalışmaya katılan kişilerin medeni durumları	43
Şekil-8: Katılımcıların yaşlarının yüzdesel dağılımı	44
Şekil-9: Tıpta uzmanlık eğitimi alma düşüncesinin yüzdesel dağılımı	45
Şekil-10: Öğrencilerin uzmanlık yapmak istedikleri branş tercihlerine göre yüzdesel dağılımı	46
Şekil-11: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alma durumu	48
Şekil-12: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım kavramını bilme durumu	50
Şekil-13: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım hakkında kendilerini yeterli bulma durumu	51
Şekil-14: JSPE-S toplam puanı ile HHY toplam puan ortalaması arasındaki ilişkinin grafiksel gösterimi	66
Tablo-1: Biyomedikal ve biyopsikososyal model arasındaki farklar	8
Tablo-2: 55 yaşındaki erkek hastayla yapılan görüşmeden elde edilen biyopsikososyal profil	18
Tablo 3: Szasz ve Hollender tarafından tanımlanan doktor-hasta ilişkisinin 3 temel modeli.....	23
Tablo-4: Katılımcıların yaş bilgileri	44
Tablo-5: Çalışmaya katılan öğrencilerin seçmek istedikleri bilim dallarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılması	47
Tablo-6: Çalışmaya katılan öğrencilerin demografik verileri	47

Tablo-7: Öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda faydalandıkları dersler	49
Tablo-8: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda faydalandıkları aile hekimliği derslerinin gruplandırılması	49
Tablo-9: Çalışmaya katılan öğrencilere açık uçlu sorulan biyopsikososyal yaklaşımın tanımına verilen yanıtlar.....	50
Tablo-10: Öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alma ve biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilme durumunun karşılaştırılması	52
Tablo-11: Öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alma ve kendilerini yeterli bulma durumlarının karşılaştırılması	52
Tablo-12: Biyopsikososyal yaklaşım konusundaki eğitime katılma durumu ve cinsiyetin karşılaştırılması	53
Tablo-13: Biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilme durumunun cinsiyete göre kıyaslanması.....	53
Tablo-14: Biyopsikososyal yaklaşım konusunda öğrencilerin kendini yeterli bulma durumunun cinsiyete göre kıyaslanması	54
Tablo-15: Katılımcıların toplam HHYÖ, paylaşım ve bakım ölçeklerine ait bulgular	55
Tablo-16: HHYÖ'den sırasıyla en az ve en fazla puan alınan ilk 3 maddenin ortalama ve standart sapma değerleri.....	56
Tablo-17: Katılımcıların toplam JSPE-S ve alt boyut ölçeklerine ait bulgular	57
Tablo-18: JSPE-S'den sırasıyla en az ve en fazla puan alınan ilk 3 maddenin ortalama ve standart sapma değerleri.....	58
Tablo-19: Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması.....	59
Tablo-20: Çalışmaya katılan öğrencilerin uzmanlık yapmak istedikleri branş grubuna göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması	60
Tablo-21: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilme durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması.....	61

Tablo-22: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda kendilerini yeterli bulma durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması	62
Tablo-23: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusundaki eğitime katılma durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması	63
Tablo-24: Öğrencilerin aile hekimliğinde fayda gördüğü derslere göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları ve karşılaştırılması	64
Tablo-25: JSPE-S ve alt boyut ölçekleri ile HHYÖ ve alt boyut ölçekleri puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	65
Tablo-26: Literatürde veri toplama aracı olarak HHYÖ kullanan araştırmaların ve bizim çalışmamızın sonuçları	71
Tablo-27: Literatürde HHYÖ kullanan çalışmalardaki ve bizim çalışmamızdaki öğrencilerin cinsiyetine göre ölçeğin puan ortalamalarının kıyaslanması.....	73
Tablo-28: Literatürde JSPE-S kullanan çalışmaların puan ortalamalarının bizim çalışmamızla karşılaştırılması.....	75

ÖZET

Tıp fakültesinde eğitim yılları ilerledikçe öğrencilerde, iletişim becerilerinde düşüş eğilimi görülmekte ve zamanla bütüncül hasta bakımı konusundaki bakış açıları kaybolmaktadır. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim verilmesi, hekimlerden beklenen yeterliliklerin olgunlaşmasını sağlamaktadır. Bu çalışmanın amacı tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin; biyopsikososyal yaklaşım bilgisinin sorgulanması, bu bilgileri hangi ders ve stajlarda kazandığının öğrenilmesi, hasta merkezli yaklaşım ve empati düzeylerinin değerlendirilip arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Çalışma literatür taranarak oluşturulan web tabanlı anket yöntemi kullanılarak yapılandırılmıştır. Anketin, ilk kısmında demografik verilerin yer aldığı genel bilgiler bölümü, ikinci kısmında biyopsikososyal yaklaşımla ilgili sorular, üçüncü kısmında Hasta Hekim Yönelim Ölçeği (HHYÖ) ve son kısmında Jefferson Doktor Empati Ölçeği-Öğrenci Versiyonu (JSPE-S) bulunmaktadır. Araştırma Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim almakta olan, ulaşılan 226 son sınıf tıp öğrencisi (%69) ile yürütülmüştür.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %49,6'sı (n=112) kadın, %50,4'ü (n=114) erkektir. Öğrencilerin %94,2'si (n=213) tıpta uzmanlık eğitimi almayı düşündüğünü, %73'ü (n=165) biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim aldığını, %61'i (n=138) kendini bu konuda yeterli bulduğunu belirtmiştir. HHYÖ toplam puan ortalaması $3,76 \pm 0,73$ ve JSPE-S toplam puan ortalaması $100,69 \pm 16,60$ olarak hesaplanmıştır. HHYÖ ve JSPE-S puanları arasında anlamlı düzeyde, pozitif ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak, eğitim alan öğrencilerin daha çok hasta merkezli yaklaşım sergilediği ve empati düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Aile hekimliği disiplininde temel bir yaklaşım modeli olan biyopsikososyal yaklaşım, tıp eğitiminin klinik ağırlıklı kısmında da işlenmeli ve öğrencilere bu yaklaşım aşılanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Biyopsikososyal yaklaşım, hasta-hekim ilişkisi, empati, iletişim becerileri, bilgi düzeyi.

SUMMARY

Evaluation Of The Patient-Practitioner Orientation And Empathy Level Of Medical Faculty Intern Students Educated On Biopsychosocial Approach

As the years of education in the medical faculty progress, students' communication skills tend to decrease and their perspective on holistic patient care disappears over time. Giving training on the biopsychosocial approach in pre-graduate medical education ensures that the competencies expected from physicians mature. The aim of this study is that the final year medical faculty students; questioning the knowledge of biopsychosocial approach, learning in which courses and internships he gained this knowledge, evaluating the patient-centered approach and empathy levels and examining the relationship between them.

The study was carried out using the web-based questionnaire method created by scanning literature. In the first part of the questionnaire, there is a general information section with demographic data, in the second part questions about the biopsychosocial approach, in the third part the Patient Physician Orientation Scale (PPOS) and in the last part there is the Jefferson Doctor Empathy Scale - Student Version (JSPE-S). The research was planned for interns who study at Bursa Uludağ University Faculty of Medicine and was conducted with 226 interns (69%) who agreed to participate in the study.

In our study, 49,6% (n=112) of the intern students were female and 50,4% (n=114) were male. 94,2% (n=213) of the students they were considering getting specialization training in medicine, 73% (n=165) they were trained in the biopsychosocial approach, and 61% (n=138) stated that they found themselves sufficient in this subject. The mean total score for the PPOS was $3,76 \pm 0,73$ and the total mean score of JSPE-S was calculated as

100,69±16,60. A significant positive correlation was found between the total scores of PPOS and JSPE-S.

As a result, it was seen that the students who received the training showed a more patient-centered approach and their empathy levels were higher. The biopsychosocial approach, which is a basic approach model in the discipline of family medicine, should also be included in the clinically focused part of medical education and this approach should be imposed on students.

Keywords: Biopsychosocial approach, patient-physician relationship, empathy, communication skills, level of knowledge.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü, 1948 yılında sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır. Bu tanımda ilk kez zihinsel ve sosyal refahın önemi vurgulanmış, biyomedikal modelde yer alan vücudun biyolojik işlevlerinin yerine getirme yeteneğinin ötesindeki sağlık alanları da ele alınmıştır. Ayrıca sağlığın sadece kişisel bir alan olmadığı, toplumsal ve psikolojik yönlerinin de olduğu bu tanımdan anlaşılabilir. Ancak sağlık bunlarla sınırlı değildir. Sağlığın; fiziksel (biyolojik), zihinsel (duygusal-psikolojik) ve sosyal (toplumsal) bileşenlerinin yanında ekonomik (finansal), entelektüel ve spiritüel bileşenleri de mevcuttur (1).

Sağlık durumunu etkileyen birçok faktör olmasına rağmen; biyomedikal yaklaşım sağlığı, vücutta hastalık veya fizyolojik bir anormalliğin olmaması olarak ele alır. Hastalığın biyolojik faktörlerine odaklanır ve yaşam tarzıyla ilgili veya psikososyal faktörleri ihmal eder. Oysa gelişmiş ülkelerdeki tüm birinci basamak sağlık hizmetleri ziyaretlerinin %50'sinden fazlasının önlenabilir, tedavi edilebilir ve yaşam tarzıyla ilişkili hastalıklardan kaynaklandığı bildirilmiştir. Bu durum, çok faktörlü hastalıkları önlemek ve tedavi etmek için hekimlerinin hazırlıklı olması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu gerekliliği yerine getirebilmek için biyomedikal model yeterli olmamaktadır. 1970'lerin sonlarında, psikolog George Engel, hastalıkların tedavisine yönelik biyomedikal yaklaşımda çeşitli zayıflıklara dikkat çekmiştir. İlk olarak, biyokimyasal bir değişiklik doğrudan bir hastalığa dönüşmeyeceğini eleştirmiş; hastalığın ortaya çıkışını moleküler, bireysel ve sosyal düzey de dâhil olmak üzere çeşitli nedensel faktörlerin etkileşiminden kaynaklandığını ifade etmiştir. İkinci olarak psikososyal faktörlerin, hastalığın seyrini tahmin edilenden daha fazla etkileyeceğini belirtmiştir. Üçüncü olarak ise hastayla kurulan iyi iletişimin yalnızca tedaviye uyum sağlama etkisinden bile tıbbi sonuçları etkileyebileceğini vurgulamıştır. Biyomedikal modeldeki zayıflıklara yanıt olarak Engel, “Biyopsikososyal Model” olarak bilinen hastalıkların tedavisine

yönelik multidisipliner bir yaklaşım tanımlamıştır. Biyopsikososyal modele göre hastalığın oluşumunda, biyomedikal modelde vurgulanan biyolojik faktörlere ek olarak psikolojik (düşünceleri, duyguları ve davranışları içeren) ve sosyal (sosyo-ekonomik, sosyo-çevresel ve kültürel) faktörlerin de rolü vardır. Biyopsikososyal model; biyolojik, psikolojik, sosyolojik, çevresel ve mesleki bileşenler arasındaki etkileşimi ele almak için tasarlanmış bir çerçevedir (2).

Engel'in biyopsikososyal modeli tanımlamasından kısa bir süre sonra; McWhinney ve meslektaşları, biyopsikososyal yaklaşımın "nasıl" uygulanması gerektiğini açıklayan ve başlı başına bir model olan hasta merkezli yaklaşımı tanımlamış ve önermişlerdir. McWhinney hasta merkezli yaklaşımı "Hasta merkezli etkileşimin özü, hekimin hastanın dünyasına girmeye çalışmasıdır." şeklinde tanımlamıştır. Bir diğer tanımda ise, "Hasta merkezli yaklaşım, hastalığı hastanın gözünden görmektir." olarak ifade edilmiştir (3). Hasta merkezli yaklaşım, aile hekimliğini klinik bir disiplin yapan temel özelliklerdendir. Engel'in tanımladığı biyopsikososyal modelin hayata geçmesinde önemli bir yer tutar (4). Hasta merkezli iletişim üzerine yapılan araştırmalar; artan hasta memnuniyeti ve uyumun yanı sıra, rahatsızlık ve endişe düzeylerinin azalması gibi olumlu sağlık sonuçlarıyla da ilişkisi olduğunu göstermektedir. Hasta merkezli sağlık hizmetlerine ve iletişime yapılan bu vurgunun bir sonucu olarak öğrencilerin bu konularda eğitimi ve değerlendirilmesi daha da önem kazanmaktadır (5).

Yapılan çalışmalarda, tıp fakültesi öğrencilerinde eğitim ilerledikçe iletişim becerilerinde düşüş eğilimi görülmekte ve zamanla bütüncül hasta bakımı konusundaki bakış açıları kaybolmaktadır. Ayrıca tıp eğitiminin özellikle intörlük ve asistanlık döneminin duygusal ve fiziksel etkileri empatiyi baskılamaktadır. Hastayla görüşme sırasında geliştirilen farklı konuşma teknik ve yaklaşımları ne yazık ki alaycılığa kadar varabilmektedir (6).

Empati, tıbbın temel unsurları arasındadır. Empati, yüksek kaliteli sağlık hizmetinin hayati köşe taşı olup etkili bir iletişimin merkezinde yer alır. Empatik yaklaşımın hastalar için iyileştirilmiş klinik sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin; empatik bakım, hastaların reçete edilen tedavilere uyumunun artmasıyla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, empatik bakımın

depresyonu azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı da saptanmıştır. Empatinin eğitim müdahaleleri yoluyla geliştirilebileceği yapılan çalışmalarla ortaya çıktıktan sonra tıp eğitimi için önemi daha iyi anlaşılmıştır. Hastaların sorunlarının çözümü ve bakım kalitesinin artırılması için, mezuniyet öncesi tıp eğitiminde empatik becerilerinin geliştirilmesine önem verilmelidir (7).

Hekim her hastayı kendi geçmişi, sosyal çevresi, eğitim düzeyi, maddi durumu, kültürel çeşitliliği, toplumdaki yeri, mesleği, kişisel hassasiyetleri ve sorunları ile farklı bir birey olarak kabul etmelidir. Psikososyal kaygıları duyarlı ve bütünleştirici bir şekilde irdelemek için, bir hekimin sosyal ve davranış bilimlerinde sağlam bir bilgi tabanına sahip olması gerekir. Ancak geleneksel tıp eğitimiyle mezun olmuş hekimler bu yaklaşım ve bilgi birikimi açısından yeterli değildir (8).

Tıp eğitimiyle ilgili yayınlanan birçok rapor, tıp fakültesi müfredatının davranışsal ve sosyal bilimler içeriğini geliştirmeyi; müfredata hasta-hekim ilişkisini, empatiyi, profesyonelizmi, davranış değişikliği ilkelerini ve koruyucu hekimliği dâhil etmenin yüksek bir öncelik olduğunu belirtmiştir. Tıp eğitimi yalnızca teorik bilgiyi aşılmayı değil, aynı zamanda hasta-hekim ilişkisini olumlu yönde etkilemeyi, empatiyi ve danışmanlık becerilerini geliştirmeyi, problem çözme becerisi kazandırmayı, biyopsikososyal yaklaşımı, hasta yönelimli olmayı ve davranış değiştirme araçlarının kullanımını teşvik etmeyi de hedeflemektedir (9).

Bu çalışmada; gerek kendi gerekse toplumdaki bireylerin sağlığı üzerinde büyük rol oynayacak Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim alan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin; biyopsikososyal yaklaşım bilgisinin sorgulanması, bu bilgileri hangi ders ve stajlarda kazandığının öğrenilmesi, hasta merkezli yaklaşım ve empati düzeylerinin değerlendirilip arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıp Eğitiminde Model Değişikliği

Tıp eğitiminin tarihsel gelişiminde değişik zaman dilimlerinde farklı dinamikler etkili olmuştur. 1910 yılında Flexner Raporu ile birlikte tıp eğitiminde yeni bir model benimsenmiştir. Amerika ve Kanada'daki tıp fakültelerini irdeleyen bu rapor tıp eğitim tarihinin dönüm noktalarından biridir (10). Flexner Raporu tıbbı, genel biyoloji yasalarının geçerli olduğu deneysel bir disiplin olarak tanımlamıştır. Tıpla uğraşanların ve tıp fakültesine alınacak öğrencilerin belli standartlara sahip olması gerektiği raporda belirtilmiştir. Rapora göre tıp eğitiminin yeni amacı, bilgiyi nasıl keşfedip değerlendireceğini bilen problem çözmeyi hedefleyen ve eleştirel düşünen bireyler yetiştirmektir. Bu hedefe ulaşmak için tıp eğitimcileri, geleneksel didaktik öğretim yöntemlerinin (dersler ve ders kitapları) yerine kendi kendine eğitimin ve yaparak öğrenmenin önemini gündeme getirmeye başlamıştır. Laboratuvarlar ve klinik eğitimler aracılığıyla öğrencilerin, pasif gözlemciler yerine aktif katılımcılar haline geleceği raporda vurgulanmıştır (11).

Flexner Raporu'nun bilimsel tıbbı güçlü bir şekilde vurgu yapması nedeniyle, genellikle doktor-hasta ilişkisini ve tıbbi bakımın insani yönlerini görmezden gelmekle suçlanmıştır. Sonraki yıllarda Flexner, tıbbın hümanist yönünü dışlayacak şekilde bilimle dolup taşıdığı hissetmiş ve böyle bir tıp eğitimi sisteminin kendi adıyla özdeşleştirilmesinden dolayı hüsrana uğramıştır. Bu nedenle 1925'te "Amerika'da bilimsel tıp -genç, güçlü ve pozitivist- bugün ne yazık ki kültürel ve felsefi açıdan eksiktir." şeklinde düşüncelerini belirtmiştir (12). Flexner, kültürel ve felsefi eksikliği raporu oluşturduktan 15 yıl sonra fark etmesine rağmen yeni bir model arayışı ancak 1970'lerin sonlarında biyomedikal modelin açıkça eleştirilmesinden sonra doğmuştur.

George L. Engel, makalelerinde biyomedikal paradigmadaki kriz konusunda uyarılmış ve hastalık sürecinin daha iyi anlaşılmasını sağlayan

biyolojik, sosyal ve psikolojik yönleri ele alan yeni bir model kavramsallaştırmıştır. Böylelikle sağlık tanımı da değişerek, hastalığın psikolojik ve sosyal yönleri de tanıma dâhil olmuştur (13,14).

Dr. Harden ise 1984'te çağdaş tıp eğitiminin ana bileşenleri konusunda bir model önermiş ve buna "SPICES Modeli" ismini vermiştir. Bu modelde; öğretici merkezli eğitim yerine öğrenci merkezli tıp eğitimi, ezbere dayalı eğitim yerine probleme dayalı tıp eğitimi, disiplin temelli eğitim yerine entegre tıp eğitimi, hastaneye dayalı eğitim yerine topluma dayalı tıp eğitimi, tüm eğitim programının zorunlu derslerden oluşması yerine bazılarının seçmeli olması, usta-çırak ilişkisine ve tesadüfe dayalı klinik beceri eğitimi yerine standartlaştırılmış bir klinik beceri eğitimi önerilmektedir (15).

Özet olarak Flexner modelinden Engel ve Harden modellerine olan değişimle beraber tıp eğitimi; öğrenci ağırlıklı, problem çözücü, entegre, topluma dayalı, sistematik yöntemli, biyopsikososyal ve hasta merkezli olma niteliğindedir (16).

Tıp eğitimi konusunda önemli adımlardan biri de 1988 yılında yayınlanan Edinburgh Bildirgesi'dir. Bu bildirme yaygın olarak kabul edilmiş ve tıp eğitiminde uygulanmıştır. Bildirmede tıp eğitiminin; sağlık ihtiyaçlarına göre belirlenmesi, sadece bilgi olarak değil tüm mesleki yeterlilikler açısından tam gelişim sağlaması, mezun olduktan sonra da eğitimin hayat boyu devam etmesi için öğrenme yöntemlerinin müfredata eklenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesini sağlamak için temel ve klinik bilimlerin entegrasyonunun sağlanması, multidisipliner bakımın öğretilmesi ve sağlık profesyonellerini yetiştirmede standarda sahip olması gerektiği vurgulanmıştır (17).

Dünya genelinde birçok kuruluş tıp eğitiminde standartların sağlanması konusunda çaba göstermiştir. Ülkemizde ise tıp eğitimini iyileştirmek ve standartları oluşturmak amacıyla 2002 yılında Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) oluşturulmuştur. Ardından 2014 yılında, profesyonelizmi ve biyopsikososyal yaklaşımı da içerecek şekilde revize edilmiştir. Bu programın hiçbir zaman nihai bir program olmadığına bilinmesi, günün ihtiyaçlarına göre sürekli geliştirilmesi gerekliliği nedeniyle 6 yılda bir gözden geçirilme kararı alınmıştır. Alınan bu karar doğrultusunda UÇEP-2020

oluşturulmuştur. UÇEP-2020’de bir öncekinden farklı olarak mezun yeterlilikleri tanımlanmış ve davranışsal, sosyal, beşeri bilimlerin ele alındığı geniş kapsamlı bölüm oluşturulmuştur (18,19).

2.2. Biyopsikososyal Model

2.2.1 Biyopsikososyal Modelin Tarihsel Gelişimi

Tıp eğitiminin tarihine bakacak olursak; Antik Yunan döneminde hem biyopsikososyal hem de biyomedikal yaklaşımın izlerine rastlamak mümkündür. Örneğin, Kos Okulu hastalığı ele alırken hastanın çevresini de değerlendiriyordu. Knidos Okulu ise hastalıkları çevreden bağımsız sadece biyolojik faktörlerle oluştuğunu öğretiyordu. Bu öğretilere göre de tedavi seçimleri farklılık gösteriyordu. Kos Okulu’nda hastalığı destekleyecek şekilde psikososyal tedavi düzenlenirken, Knidos Okulu’ndaki hekimler sadece hastalıkla ilgilenip, hastalığı sınıflandırdıktan sonra ilgili ilacı veriyordu (20).

Sonraki yıllarda teknolojinin gelişmesi, laboratuvar imkânlarının artmasıyla birlikte biyomedikal yaklaşım benimsenmiş ve yirminci yüzyıla hâkim olmuştur. Biyomedikal model iyi bir öğretim aracıdır ancak kendi çerçevesi içinde sosyal, psikolojik ve davranışsal boyutlara yer bırakmaz. Biyopsikososyal model bu çerçeveyi genişletip bugüne kadar ihmal edilen alanlara ulaşılabilmeği sağlar (20).

Aile hekimleri ve diğer tıp disiplinleri yakın zamana kadar üniversitelerde biyomedikal modele göre eğitilmiştir. Ancak aile hekimleri, hastaları hastaneye getiren çoğu nedenin; tanı kriterlerini karşılamayan sağlık sorunlarından, çevresel sıkıntılardan ve duygusal çalkantılardan kaynaklandığını klinik uygulamalarında görmüşlerdir. Bu nedenle yeni düzen arayışındaki ilk girişim, belli kalıplara sığmayan hastaları tartışırken kendilerine eşlik eden hekim ve psikanalist olan Michael Balint ile birlikte çalışan aile hekimleri grubundan gelmiştir. Balint'in "Hekim, Hastası ve Rahatsızlık" kitabı aile hekimliği uygulamasında önemli bir etki yaratmış ve döneme damgasını vuran biyomedikal yaklaşımdan uzaklaşmanın fitilini ateşlemiştir. Aile

hekimlerini etkileyen bu kitap tıp eğitiminde hiçbir değişiklik yaratamamıştır (20).

Tıp eğitimini etkileyen ve katkı sağlayan model yine bir psikanalist olan George Engel tarafından 1977 yılında Von Bertalanffy'nin genel sistem kuramına dayanarak tanımlanmıştır. Biyomedikal modeli eleştirip eksikliklerini gidermek için tanımladığı yeni modele "biyopsikososyal yaklaşım" ismini vermiştir (21). Bu yeni modele göre hastalık ve sağlığın biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler arasındaki etkileşimin sonucu olduğu kabul edilmektedir. Engel biyomedikal yaklaşımı mevcut avantajlarından ödün vermeden, psikososyal açıdan irdelemeyi içerecek şekilde genişletmeyi önermiştir. Engel'e göre beyin ve diğer organlar karşılıklı etkileşim içerisindedir. Bu etkileşimin fiziksel uyaranların yanı sıra sosyal değişikliklerden de etkilendiğini ileri sürmüştür (22). Biyopsikososyal model Engel ile dünya çapında tanınmıştır. Bu model ile araştırmalar derinlik kazanmış ve tıp eğitiminin gelişmesine katkı sağlanmıştır. Biyomedikal modelin aksine; biyopsikososyal modelde hastalığın nedenselliğinde ve tedavisinde psikolojik ve sosyal faktörlerin önemli rol oynadığı gösterilmiştir (20). Modellerin içeriğini daha iyi anlamak için Tablo-1'de biyopsikososyal ve biyomedikal model arasındaki fark gösterilmiştir (23).

Tablo-1: Biyomedikal ve biyopsikososyal model arasındaki farklar (15)

Odak Alanı	Biyomedikal Model	Biyopsikososyal Model
Hastalığa neden olan ne?	Biyolojik Faktörler (kimyasal dengesizlikler, bakteriler, virüsler ve genetik eğilim).	Biyolojik (bakteri, virüs ve diğer patojenler), psikolojik (inançlar, davranış) ve sosyal (işsizlik) faktörler.
Hastalıktan kim sorumlu?	Bireyler, içsel değişikliklere neden olan bazı dış kuvvetlerin kurbanı olarak kabul edilir. Hastalık, kendi kontrolleri dışındaki biyolojik değişikliklerin bir sonucu olarak görüldüğünden, bireyler hastalıklarından sorumlu olarak görülmezler.	Kişi sağlığından ve hastalığından sorumlu tutulmalıdır.
Tedaviden kim sorumludur?	Tedavi sorumluluğu tıp mesleğine aittir.	Odak noktası, sadece fiziksel hastalıkları değil, tedavi edilecek kişinin bütünüdür; hasta bu nedenle kendi tedavisinden sorumludur (örn. ilacı almak veya davranışlarını değiştirmek).
Hastalık nasıl tedavi edilmelidir?	Hepsi vücudun fiziksel durumunu değiştirmeyi amaçlayan aşılama, cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi yoluyla.	Kişi tümüyle tedavi edilmelidir. Örneğin: Davranış değişikliği, inançlarda ve başa çıkma stratejilerinde değişiklik ve tıbbi tavsiyelere uygunluk.
Sağlık ve hastalık arasındaki ilişki nedir?	Sağlık ve hastalık niteliksel olarak farklı görülür - ya sağlıklısınız ya da hastasınız - ikisi arasında bir süreklilik yoktur.	Sağlık ve hastalık bir süreklilik içinde var olur. Bireyler bu süreç boyunca sağlıktan hastalığa doğru ilerler ve tekrar geri döner.
Zihin ve beden arasındaki ilişki nedir?	Zihin ve beden birbirinden bağımsız olarak çalışır. Başka bir deyişle, zihin ve beden ayrı varlıklardır.	Odak noktası zihin ve beden arasındaki etkileşimdir. Zihin ve beden etkileşime girer
Psikolojinin sağlık ve hastalıktaki rolü nedir?	Hastalığın psikolojik sonuçları olabilir, ancak psikolojik nedenleri olmayabilir (örn. kanser mutsuzluğa neden olabilir, ancak ruh hali kanserin başlangıcı veya ilerlemesi ile ilişkili görülmez).	Psikolojik faktörler, sadece hastalığın olası sonuçları olarak değil, aynı zamanda sağlıklıdan hasta olmaya kadar olan süreç boyunca tüm aşamalarda katkıda bulunan faktörlerdir.

Ian McWhinney ise 1986 yılında Engel'in biyopsikososyal modeline katkıda bulunarak hekimin klinik yaklaşımının hasta merkezli olması gerektiğini savunmuştur. McWhinney'e göre hekimin bu yaklaşımı uygulayabilmek hastalığı hastanın gözünden görmesi önemli bir yer tutmaktadır (20). McWhinney, bu anlayışın 2 temel bileşenini tanımlamıştır. İlk olarak, insan vücudunu mekanik metaforlar yerine bir organizma olarak düşünmemiz gerektiğidir. İkincisi, basit zihin-beden ikiliğinden kaçınmamız gerektiğidir. Hekimler bu şekilde düşünerek; hastayı herhangi bir zamanda, belirli bir topluluk veya çevrede ayrı bir birey olarak görür. Bu sayede; yaşamın belirsizliği ve karmaşıklığı, hastanın sorunlarına ilişkin anlayışımıza otomatik olarak dâhil edilebilir (24).

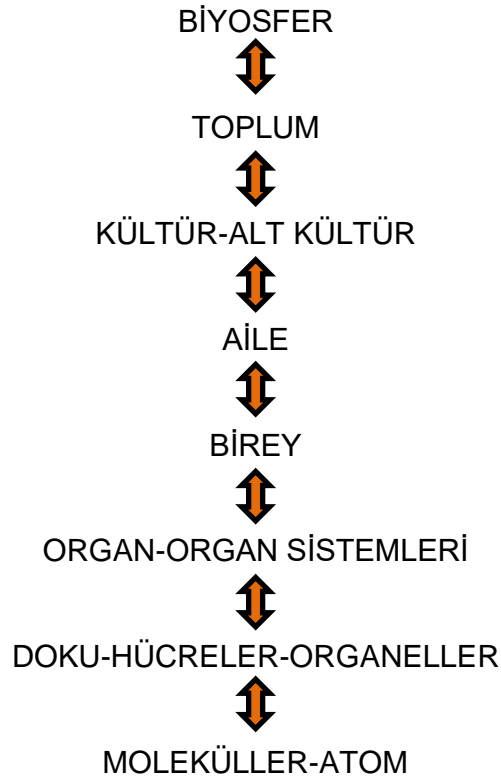
2.2.2 Sistemler Teorisi

Biyopsikososyal model, Paul A. Weiss ve Ludwig von Bertalanffy'nin sistemler teorisinden esinlenilerek tanımlanmıştır. "Sistem" kelimesinin kökeni, Yunancadaki "sustema" kelimesinden gelip; düzen, tamamıyla bir bütün anlamlarına gelmektedir. Sistem kavramı ise organizmadaki aynı görevleri yapmak için bir araya gelmiş, birbiriyle bağlantılı organların oluşturduğu grup demektir. Diğer bir tanımlamaya göre ise belli bir görevi gerçekleştirmek üzere bir araya gelmiş ve etkileşim içerisinde olan elemanlar kümesidir. Bu etkileşim küçük sistemlerden büyük sistemleri etkileyen çok boyutlu bir dinamizmdir (21,25). Von Bertalanffy'nin kuramı; canlı organizmaların büyüme ve gelişmesinin kendi başına değil, organizmayı oluşturan parçalar arasındaki etkileşimin sonucu bir sistemi oluşturduğu ve sistemin de alt sistemlerden oluştuğu görüşüne dayanmaktadır. Weiss'in kuramında ise basit sistemlerin kompleks sistemlerin altında kaldığı hiyerarşik bir düzen vardır (26).

Doğada hiyerarşi evrimsel olarak en eski ve basit olanın, yeni ve kompleks olana bağlı olduğu bir düzen içerisinde sırayla düzenlenmiştir. Hiyerarşideki her sistem otonom gibi gözükse de fonksiyonel olarak birbirlerine bağlı durumdadır. Bu nedenle sistemdeki sorun kendine en yakın öbür sistemleri de etkileyerek hiyerarşi boyunca dinamik bir süreci başlatır (27). Bu süreç karmaşık bir varlığın tam olarak açıklanmasını sağlamaz. Bütünün alt düzey unsurlara bölünmesiyle, bütünün özellikleri metodolojik olarak

kaybolabilir. Bertalanffy hiyerarşiyi ikiye ayırmıştır. Bunlar; sistem içi ve sistemler arası hiyerarşidir. Sistemler içindeki parçalar arasındaki iletişim, bütün düzeyinde ilişkilerle sonuçlanır (28).

Hiyerarşinin devamlılığı da bir diğer önemli husustur. 1928'de Bertalanffy devamlılık hakkında şöyle yazmıştır: "Organizmanın özelliği ilk olarak, parçalarının toplamından daha fazlası olması ve ikinci olarak, bütünün sürdürülmesi için tekil süreçlerin düzenlenmesidir.". Dolayısıyla her bir sistem bir üstteki sistemin parçası olarak konumlanmıştır. Örneğin; hücre sistemi doku, organ ve kişi sisteminin parçasıdır. Kişi sistemi ise aile ve toplum sisteminin parçasıdır. Doğal sistemler içinde hem birim hem bütün hem de parçadır (29). Bu durum hiyerarşik sıranın anlatıldığı doğrusal bir şekilde (Şekil-1) gösterilebilir.



Şekil-1: Sistem hiyerarşisi (22)

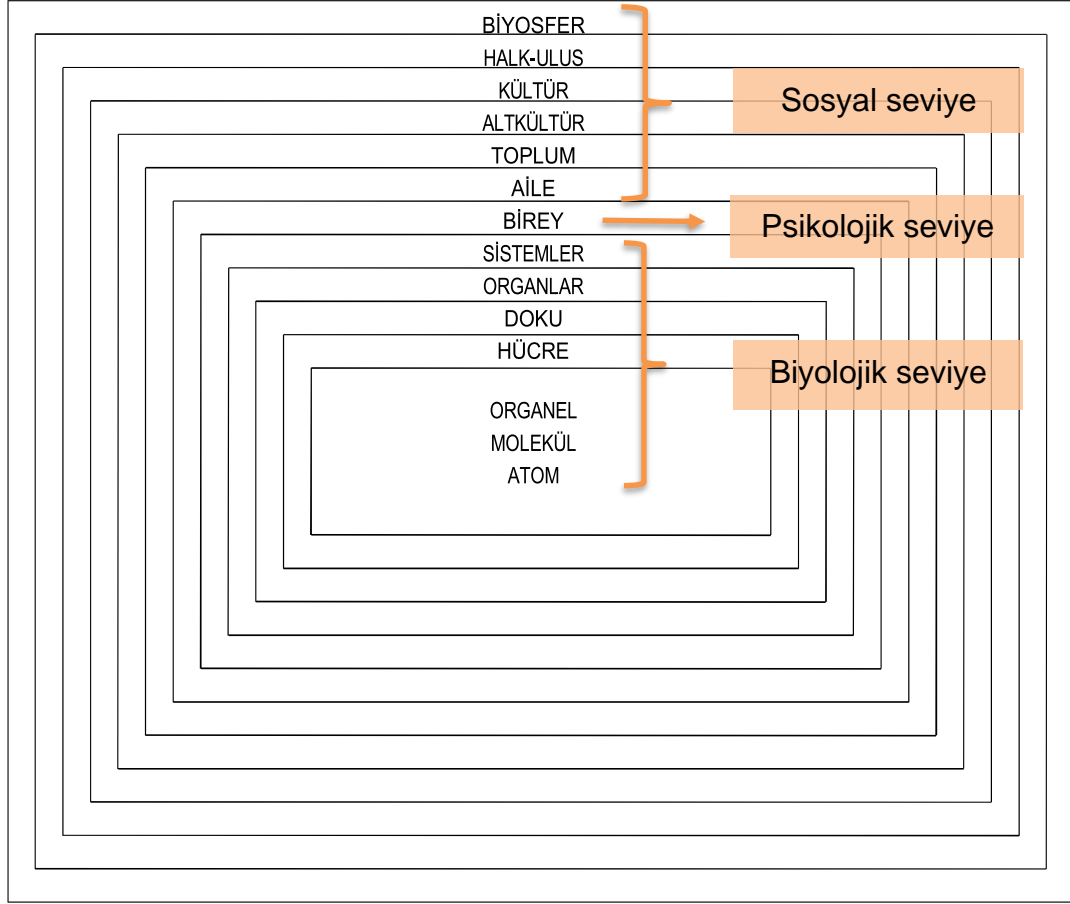
Şekil-1'de gösterilen sistemlerin hiyerarşisi ve devamlılığında esinlenilerek biyopsikososyal model tanımlanmıştır. Hekimler biyopsikososyal modelin sistem merkezli kapsamlı yaklaşımını özümserlerse, bunca zaman biyomedikal yaklaşımla ihmal edilen kısımları tamamlamış olurlar (21).

2.2.3. Biyopsikososyal Modelin Tanımı

George Engel, hastaların ıstırabını yeterince anlamak, bunlara yanıt vermek ve onlara anlaşıldıkları duygusu hissettirmek için klinisyenlerin hastalığın biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla ilgilenmeleri gerektiğine inanıyordu. Böylelikle 20. yüzyılın ortalarından beri sanayileşmiş toplumlara hâkim olan biyomedikal modele bütünsel bir alternatif sunmuştur. Biyomedikal modelde sosyal, psikolojik ve davranışsal boyutlara yeterince yer verilmiyordu. Engel, bunun temel bir paradoksa yol açtığını savunmuştur. Bu paradoksu şu şekilde açıklamıştır: "Laboratuvar bulguları pozitif olan bazı kişilere, kendilerini oldukça iyi hissettiklerinde tedaviye ihtiyaçları olduğu söylenmekte; hasta hissedip laboratuvar bulgusu olmayan diğer hastaların ise iyi olduklarından emin olunmaktadır." (30). Engel biyopsikososyal modeli "Biyopsikososyal model, biyomedikal modelin eksik yanlarını hesaba katmak için oluşturulmuş bilimsel bir modeldir. Başarılı olduğu ölçüde, tıbbın eğitim görevlerini tanımlamaya da hizmet eder." şeklinde tanımlamıştır (22).

Biyopsikososyal yaklaşım; bireyin sağlık durumunun biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin etkileşimlerinin etkisi altında olduğunu ileri sürer ve bireyi yaşamı, duyguları, çevresi, hastalıklara bakış açısı ve fiziksel koşullar karşısında değerlendirir. Felsefi olarak ise; acı çekmenin, hastalığın ve hastalığın toplumdan moleküllere kadar çok sayıda organizasyon seviyesinden nasıl etkilendiğini anlamanın bir yoludur (31). Engel, her ne kadar biyomedikal yaklaşımı eleştirse de, biyomedikal yaklaşımı avantajlarından ödün vermeden psikososyal olanı içerecek şekilde genişletmeyi önermiştir. Böylece hastalar hastalık açısından bakılmaya devam edilecek; ancak buna ek olarak psikolojik ve sosyal bilgiler de değerlendirilecekti (32). Engel, sistemler teorisini tıbbı uygulayarak her hastanın biyopsikososyal tanımını oluşturmak için biyolojik, psikolojik ve sosyal seviyeden elde edilen

verileri bütünleştirmeye çalışmıştır. Bu bütünleştirmeyi devamlılığın vurgulandığı iç içe karelerden oluşan Şekil-2'ye bakarak anlayabiliriz.



Şekil-2: Sistem hiyerarşisi içinde biyopsikososyal model (22)

Bu çerçeveye göre, hiyerarşideki her seviyenin kendine özgü bir sisteme göre işlediği kabul edilmiştir (örn. biyolojik düzeyde dokular ve organlar, psikolojik düzeyde algı ve deneyim, sosyal düzeyde anlam yükleme). Ancak hastanın biyopsikososyal öyküsünü anlamak açısından kritik olan bu sistemlerin entegrasyonudur. Hastalık ve yardım arama davranışını anlamak için hasta-sağlık profesyoneli iletişimini ve çeşitli seviyeleri entegre etmek temel bir basamaktır (33). Sonuç olarak hastalıkların anlaşılması demek sosyal ve kültürel çevrenin, bireyin psikolojik yapısının ve toplumdaki genetik hastalıkların sıklığının ve çeşitliliğinin bilinmesi demektir. İlk planda hasta olma ve hastalığa yol açan diğer faktörleri değerlendiren biyopsikososyal yaklaşım

sayesinde neden bazı hastaların “hastalık” dediğine, diğer hastaların “yaşamsal sorunlar” dediğini açıklayabiliriz (21).

2.2.4. Sağlığa Biyopsikososyal Yaklaşım

Engel’e göre beyin ve periferik organlar karşılıklı ve kompleks bir ilişki halindedir. Bu organlar fiziksel uyarılara olduğu gibi sosyal uyarılara da duyarlıdır. Biyopsikososyal modele göre çevresel ve psikolojik stres hastalıkların oluşumunda patojen olarak görülmektedir (13).

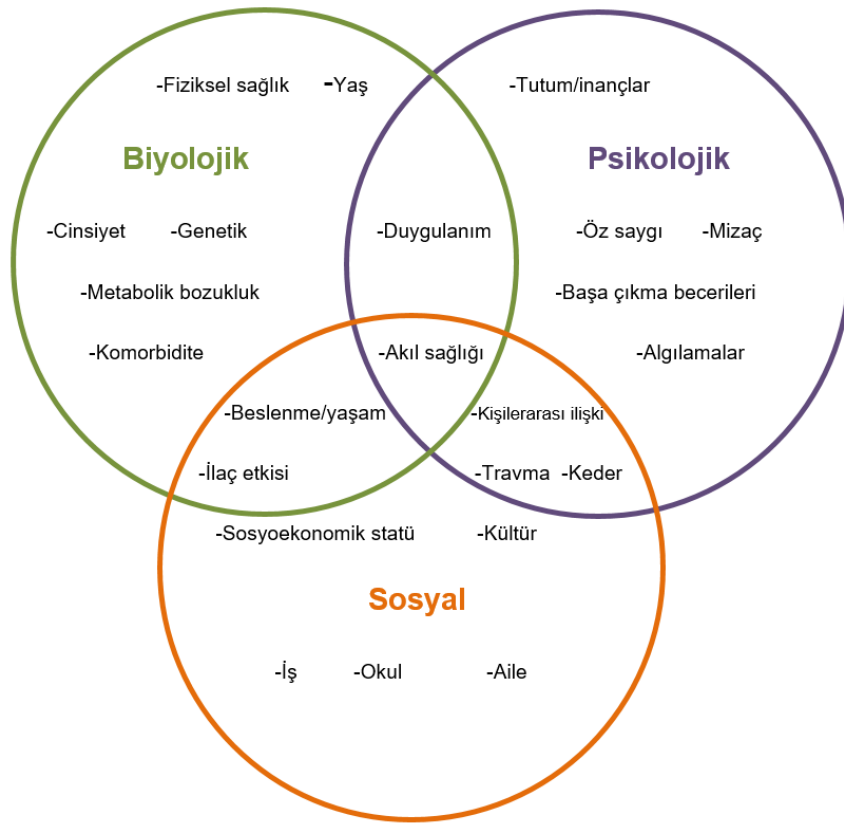
Duyularla beden ilişkisinin tıpta önemi belirlenmiş olup, hastalıklar üzerinde stresin önemi vurgulanmıştır. Psikolojik stres, yaşlanmanın etkilerini hem taklit edebilir hem de şiddetlendirebilir. Strese maruz kalındığında, yaşlı yetişkinlerin genç yetişkinlere göre genellikle daha fazla immünolojik bozukluk gösterdiği saptanmıştır. Ek olarak, yaşamın çok erken dönemlerinde yaşanan stresli deneyimlerin, sinir sisteminin ve bağışıklık sisteminin tepkisini değiştirebileceği ortaya çıkmıştır (34). Hem akut stres hem de kronik stresin bağışıklık sistemi üzerindeki olumsuz etkileri çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bu tür çalışmalar stres faktörünün, lenfositlerin temel işlevlerini yerine getirme yeteneklerinde bir düşüşe yol açtığını göstermektedir. Örneğin; sağlıklı tıp öğrencilerinin sınav dönemindeki stresinin, bağışıklık tepkisinde kısa vadeli değişikliklere neden olabileceği gösterilmiştir (35). Bir diğer örnek ise ameliyat öncesindeki stresin, ameliyat sonrasında hastaların bağışıklık sisteminin düzensizleşmesi ve yara iyileşmesinin gecikmesine neden olabileceğidir (36). Kronik stres, akut strese göre daha uzun ve daha şiddetli bağışıklık sistem bozukluğu meydana getirir. Örneğin; bir ay veya daha uzun süren ilişki çatışması (veya uzun süreli işle ilgili gerginlik) bildiren kişilerin, bulaşıcı bir ajana maruz kaldıklarında, bağışıklık sistemindeki zayıflık nedeniyle kronik stresi olmayan kişilere göre daha fazla oranda hastalık geliştirme riski altında olduğu bulunmuştur (37). Yine hasta bakımını üstlenen kişilerde bağışıklık sisteminde aksaklıklar söz konusudur. Bu kişiler hem sosyal olarak izole hem de yoğun kronik stres altındadır. Yapılan bir çalışmada kronik hastalığa sahip bir çocuğa bakım sağlayan sağlıklı anneler diğer annelerle kıyaslandığında, stresin yoğunluğu ve kronikliği nedeniyle, bakım veren annelerde daha düşük telomeraz aktivitesi ve daha kısa telomer uzunluğu saptanmıştır (38).

Hastanın strese verdiği cevap, hastalığa neden olabileceği gibi hastalık nedeniyle de stres oluşabilir. Kaynağı ne olursa olsun hastanın oluşan stresle nasıl başa çıktığı tedaviyi ve prognozu etkilemektedir. Bu nedenle başa çıkma yeteneği kazanması için hastayı desteklemek, iyileşme döneminde hastaya yardımcı olabilir (21). Kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada stresle başa çıkma konusunda desteklenen ve psikoterapi gören hastaların, onkologların beklediği yaşam süresinden daha uzun hayatta kaldığı görülmüştür (39).

Biyopsikososyal boyutta değerlendirme 3 basamaktan oluşur. Biyolojik faktörler hastalıkların oluşumunda rol alan, organ fizyolojisini etkileyen ve organların disfonksiyonuna yol açabilen faktörler olarak sayılabilir. Psikolojik faktörleri değerlendirirken kişilik özelliklerini irdelemek gerekir. Günümüzde kişiliğe en önemli yaklaşım beş-faktör modelidir. Bu beş faktör "OCEAN" (Openness to experience, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness ve Neuroticism) akronimi ile gösterilebilir. Bunlar: Deneyime açık olma, dürüstlük, dışa dönüklük, uyumluluk ve nevroktiktir. Bu beş faktörle sağlık değişkenleri arasında yapılan çalışmalar mevcuttur. Dürüstlük ile sağlıklı bireylerde uzun ömürlü olma arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. Nevrotik tarz kişilikle, bu kişilerin sağlık durumları arasındaki ilişkide ise negatif korelasyon görülmüştür. Deneyimlere açık olma, uyumluluk ve dışa dönüklük ile sağlık arasında ise daha zayıf bir ilişki saptanmıştır. Kişilik tarzı yaşam boyu değişmeden devam etme eğilimindedir. Bu nedenle hekimlerin hastaların kişiliklerini sağlığı etkilediği için değiştirmeye çalışması mantıklı değildir. Değiştirmeden ziyade kişiliğin anlaşılması hekime etkili müdahaleler için yol gösterici olabilir. Kronik olumsuz duygular (sinirlilik, anksiyete, depresyon) sağlığı olumsuz etkilediği için bu duyguların doğru yönetimi hastalara öğretilir, bu durum uzun zamandır varsa ve ciddiye ilaç reçete edilebilir. Buna karşılık olumlu duygular da akıl ve beden sağlığını olumlu etkiler. Bu nedenle aile hekimleri uzun yıllardır iyimser bakış açısının tıbbi tedavinin olumlu etkilerini artırdığının farkındadır. Son olarak sosyal faktörleri değerlendirirken sosyoekonomik durumu, sosyal desteği ve çevreyle olan etkileşimi incelemek gerekir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda düşük eğitim

seviyesi ve gelir seviyesinin sağlık durumunda zayıflıkla ilişkisi saptanmıştır. Sosyal destek, bireyin stresle başa çıkabilmesine yardımcı olan, sağlığını olumlu etkileyen psikolojik ve maddi kaynakların birleşmesiyle oluşan sosyal ağdır. Sosyal destek kaynakları farklılık gösterebilir. Duygusal destek, enstrümantal destek ve bilgi desteği bunlardan bazılarıdır (40).

Klinik yönetime de katkı sağlayan biyopsikososyal yaklaşımın genel çerçevesi Şekil-3'te gösterilmiştir (41).



Şekil-3: Biyopsikososyal yaklaşımın genel çerçevesi (41)

2.2.5. Biyopsikososyal Yaklaşımın Klinik Uygulaması

Birinci basamaktaki hekimler, ayrışmamış sağlık sorunları olan kişilerin yanı sıra kronik hastalıkların sürekli bakımı için ilk temas noktasıdır (42). Bu hastaların; sadece bedensel kavramlara dayalı olarak ifade edilen semptomlarını ve hastalıklarının patofizyolojisini anlamak, Engel tarafından bilim dışı ve dar bir bakış açısı olarak ifade edilmiştir. Biyomedikal modele yaptığı bu eleştirinin ardından bütüncül yaklaşımı ifade eden biyopsikososyal

modeli tanımlamıştır. Biyopsikososyal model, tıp pratiğinde bilim ve hümanizmin ideal bir temsilcisidir; ancak birçoğu modelin uygulanmasının zor olduğunu iddia etmektedir. Zihin, beden ve sosyal çevrenin hasta bakımına sorunsuz bir şekilde entegre edilmesi zordur. Hastalar benzersiz biyopsikososyal deneyimler yaşar ve bu nedenle her hastada biyopsikososyal modeli benimsemek zorlu bir görevdir (31).

Biyopsikososyal model multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Aynı zamanda doktor-hasta arasındaki ilişki de biyopsikososyal yaklaşımın uygulanması açısından çok önemlidir. Bu etkileşimdeki küçük değişiklikler biyopsikososyal sonuçlarda büyük etkiler yaratabilir. Dolayısıyla bu dinamik süreçte hem doktorlar hem de hastalar, birbirlerinin davranışlarını ve deneyimlerini sürekli olarak etkilemektedir. Hastalar ve doktorlar birbirlerinin psikobiyolojisini, kendi kendini organize eden bir süreç içerisinde etkilemektedir. Bu karşılıklı etki öznel olarak empati olarak deneyimlenebilir ve klinisyen tarafından hastanın psikobiyolojisini doğrudan iyileştirmek için ustaca kullanılabilir. Hasta ve hekimde empatinin ortaya çıkması biyopsikososyal sürecin göstergesi olduğu gibi istenilen sonuçlar için rehber olarak da görev yapabilir. Biyopsikososyal model hekimin işlevine ilişkin görüşümüzü değiştirmiştir. Hekim, tedavi sağlayıcı işlevinin yerine tedavideki ortak katılımcı rolünü üstlenmiştir (43).

Aile hekimliği biyopsikososyal modelin hem savunucusu hem de örneğidir. Aile hekimliğinin çekirdek yeterlilikleri arasında bütüncül yaklaşım ve modelleme bulunur. Bütüncül yaklaşım ve modellemeyi, kişilere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanabilme olarak tanımlayabiliriz (44). Kronik ağrı, depresyon, irritabl bağırsak sendromu (İBS), kardiyak olmayan göğüs ağrısı, fibromiyalji ve romatoid artrit (RA) gibi belirli durumlarla ilişkili somatik belirti ve semptomların azaltılmasında çeşitli psikolojik ve bilişsel müdahalelerin başarısının ardından, araştırmacılar hastalık sürecinde biyopsikososyal faktörlerin rolünü araştırmaya başlamışlardır. Bireyin çevreyi nasıl yorumladığı, çevreye verdiği tepki ve strese yaklaşımı nöroendokrin ve immün sistemi etkileyerek sağlık durumunu değiştirebileceği çalışmalarda gösterilmiştir (45). Örneğin

toplumdaki önemli sağlık problemleri arasında yer alan kronik ağrı gibi durumların yönetiminde geleneksel biyomedikal yaklaşım, hastanın ağrısının başlangıcını ve süresini etkileyen psikososyal ve nöro-davranışsal mekanizmaları yeterince değerlendirememektedir. Biyopsikososyal yaklaşımda ise; içe dönüş, ağrıyı azaltma ve aktivitede artış gibi tedavi sonuçlarını iyileştiren kognitif davranış terapileri, kademeli egzersiz programları ve akılcı ilaç seçimi yer almaktadır (40). Kronik hastalıklarda da multidisipliner bakım sağlamanın önemli olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca bu uygulamaların sadece işleyişi iyileştirmekle kalmayıp hastalık aktivitesinde iyileşmeye de yol açabileceği varsayılmaktadır (46).

Aşağdaki tabloda bir hastayla yapılan görüşmeden elde edilen biyopsikososyal profil rneği gösterilmiştir. Biyomedikal model, kapalı uçlu ve hekim merkezli görüşme becerilerini kullanarak yalnızca biyolojik öyküyü tanımlayacaktır. Aşağdaki biyopsikososyal profil oluşturulurken hasta merkezli görüşme kullanılmıştır. Biyolojik, psikolojik ve sosyal öykünün etkileşimleri hastanın daha eksiksiz bir şekilde anlaşılmasını sağlamıştır. Hekim, sadece biyolojik ve hastalık problemini ele almak yerine bütüncül yaklaşarak tedaviyi şekillendirir. Örneğin; akut koroner sendromu, diyabeti ve KOAH'ı tedavi etmenin yanı sıra kişinin depresyonunu da tedavi edilebilir, sigorta kapsamına alınmasına yardımcı olunabilir, ilaçlarının farklı kaynaklardan temini sağlanabilir ve ruhsal yaşamı güçlendirilebilir (47).

Tablo-2: 55 yaşındaki erkek hastayla yapılan görüşmeden elde edilen biyopsikososyal profil (47)

Biyolojik Öykü	<ul style="list-style-type: none">• Dört yıldır klasik angina, ancak son 10 gün içinde durumu kötüleşiyor ve göğüs ağrısı daha sık görülüyor.• 15 yıldır tip 2 diyabet, glikohemoglobin: 8,3 ve BMI: 29• 35 paket/yıl sigara içme öyküsü olan hastada hafif kronik obstrüktif akciğer hastalığı.
Psikolojik Öykü	<ul style="list-style-type: none">• Son birkaç ay içinde uykusuzluk, iştahsızlık ve hayattan keyif alamama şikâyetleri var. Son 10 gündür daha da kötüleşiyor, tedavi edilmemiş, intihara meyilli değil.• 25 yaşında engelli bir çocuğa bakmaktan kaynaklanan kronik stres. Onu çok sevse de, daha iyi bakım verebileceğini düşünüp kendine kızıyor.• Özellikle kızına bakmakla ilgili mali konularda endişeleri mevcut.
Sosyal Öykü	<ul style="list-style-type: none">• Coronavirüs önlemleri nedeniyle iki ay önce işten atılmış.• İşten çıkması nedeniyle son bir aydır diyabeti ve anjinası için aldığı ilaçları ve kızının nöbet ilaçlarını sigortası ödememiş.• Mahalle çocukları kızına kötü şeyler söylüyormuş.• Ailesinin güçlü bir manevi hayatı vardır ve bu sayede onlar geçmişte pek çok problemin üstesinden gelmiştir.

Hasta merkezli yapılan görüşmeden elde edilen biyopsikososyal profil ve öykü hastayı anlamak için önemlidir. Biyopsikososyal yaklaşıma göre hastalığın nedenlerini ve sonuçlarını değerlendirirken de 3 faktör açısından incelemeliyiz. Örneğin; lomber diskopati nedeni ile opere edilmesi gereken bir hastanın evde yatağa bağımlı annesine baktığı (sosyal) için ağır yük kaldırdığını (biyolojik), bakımın sorumluluğunu hissettiğini (psikolojik) değerlendirmeliyiz. Aynı zamanda operasyon sonrasında bir süre bakımı sağlayamayacak olmasını (sosyal), organ hasarı meydana geldiğini (biyolojik) ve yatak istirahati ve operasyon nedeniyle sıkıntıya (psikolojik) girebileceğini de göz önünde bulundurmanız gereklidir (40).

Aile hekimliğinin amacı sağlığın korunması ve geliştirilmesidir. Bu bağlamda, bakımının merkezine hastalığı değil hastayı alan aile hekimliği yaklaşımı aynı zamanda bireyin ailesi ve çevresi için de söz konusu olmalıdır.

Aile hekimlerinin başvuran kişilerle kurdukları biyopsikososyal ve zamansal ilişki, hastalıkları ne olursa olsun verilecek bakımın içeriğini etkilemektedir. Aile hekimliği açısından bakım; bireyin fiziksel, duygusal, sosyal, entelektüel, kültürel ve spiritüel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı bütüncül/holistik yaklaşımdır. Bakım kavramında, bireyin tüm çevresini kapsayan ve bireyin çevresi ile olan dinamik etkileşimini göz önüne alan bağlamsal yaklaşımlar insan gerçeğine çok daha uygundur. İnsan gelişimi boyunca çevreyle süre gelen bir etkileşim içindedir. Bağlamsal bakıma göre, birey-aile-toplum düzeyleri arasındaki etkileşimin incelenmesi gerekir. Birey kendine uygun olan sosyal ortamı seçer ve bu ortamlar da bireyin davranışlarının şekillenmesinde önemli rol oynar. Toplumsal organizasyon, aile organizasyonunun gelişmesinde etkilidir. Aile ortamı da bireyin gelişmesinde önemli bir yer tutar. Dolayısıyla aile hekimliğinin dinamik felsefelerinden olan bağlamsal bakım; bireysel, ailesel ve toplumsal öğelerin etkileşim içinde olduğunu ve bütüncül incelenmesi gerektiğini savunur (48).

2.3. Hasta Merkezli Yaklaşım

Biyopsikososyal modelin sağlığa uyarlanması kolay değildir. Bu nedenle çeşitli eleştiriler yapılmıştır. Bunlardan ilki, modeli işlevsel hale getirmek için tanımlanmış yöntemlerin yetersiz kalabilmesi olmuştur. Engel'in modeli hastalık tanımının "ne" içermesi gerektiğini söylüyordu. Tanıma göre hastalık birbiriyle bütünleşmiş biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri içeriyordu. Ancak bu verileri "nasıl" elde edeceğimizi belirten yöntemler konusunda kısıtlıydı. İkinci olarak; eleştirmenler biyopsikososyal modelin, model olarak değil de teori olarak tanımlandığı için test edilemez olduğunu öne sürmüştür. Üçüncü olarak ise modelin çok genel olduğu eleştirilmiştir. Biyopsikososyal modelin verimsiz, zaman alıcı, her hasta için geçerli olmadığını iddia etmişlerdir (49). Buna çözüm olarak da hekimlerin hasta merkezli olduğu biyopsikososyal modeli önermişlerdir. Hasta merkezli yöntem, biyopsikososyal modelin biyolojik boyutu olan hastalıkları teşhis ve tedavi etmek için tasarlanmış kapalı uçlu sorular sorarak doktorun etkileşimi

yönlendirdiği standart “hekim merkezli” yaklaşımdan farklıydı. Bu yöntemde hekim, biyopsikososyal modelin psikolojik ve sosyal bileşenlerini belirlemek için tıbbi görüşme sırasında hastanın tarafında olup onunla birlikte ortak karar verir (50,51).

Hasta merkezlilik ilk olarak 1969'da Enid Balint tarafından kullanılmıştır. Michael Balint'in önceki çalışmalarına dayanarak, Enid Balint hasta merkezliliği, hastayı diğerlerinden farklı ihtiyaçları olan benzersiz bir birey olarak tanımlamıştır (52). Engel'in biyopsikososyal modeli tanımlamasından kısa bir süre sonra; Rogers, Kleinman ve Balint'in etkisiyle Levenstein, McWhinney ve meslektaşları hasta merkezli yaklaşımı tanımlamışlar ve önermişlerdir. Hasta merkezli model her bir hastanın biyopsikososyal portresinin nasıl elde edileceğini gösterir. McWhinney hasta merkezli yaklaşımı: “Hasta merkezli etkileşimin özü, hekimin hastanın dünyasına girmeye çalışmasıdır.” şeklinde tanımlamıştır. Bir diğer tanımda ise “Hasta merkezli yaklaşım, hastalığı hastanın gözünden görmektir.” olarak ifade edilmiştir (3).

2.3.1. Hasta Merkezli Yaklaşımın Tarihçesi

Doktor-hasta ilişkisinin tarih boyunca değişimi; tıbbi durumla, sosyal yapıyla ve bilimsel gelişmişlikle ilgilidir. Antik Mısır dönemindeki doktor-hasta ilişkisi rahip-duacı ilişkisidir. Bu dönemdeki doktorlar hasta adına olayları yöneten bir ebeveyn rolü üstlenmiştir. Şifacılar, doktor oldukları kadar büyücü ve rahiplerdi. Sihir, tıbbi bakımın ayrılmaz bir parçasıydı (53).

Yunanlılar ampirik-rasyonel bir yaklaşıma dayanan bir tıp sistemi geliştirmişlerdir. İnsanın bedensel işlev bozukluğunun büyüğü ve dini gerekçeleri terk edilerek, onun yerini deneme yanılma yoluyla güçlendirilmiş bilimsel veriler almıştır. Aynı zamanda demokratik bir toplumsal örgütlenme biçimi benimsemişlerdir. Böylece bu dönemdeki doktor-hasta ilişkisinin ayırt edici kalıpları; karşılıklı katılımıla şekillenen, hümanizme vurgu yapan ve hekimin hastaya rehberlik ettiği hasta yönelimli bir biçimde şekillenmiştir (54).

Roma İmparatorluğu'nun çöküşünü takiben, Orta Çağ boyunca Haçlı Seferleri ve cadı avları bu dönemdeki doktor-hasta ilişkisinin bozulmasına, zayıflamasına ve gerilemesine yol açmıştır. Büyüsel-dini inançlar yeniden

canlandırılmış ve geniş çapta kabul görmüştür. Sihirli güçlerle dolu olan doktor, toplumda şanlı ve yüksek rütbeli bir konumdaydı. Bu dönemdeki doktorlar hastaları çaresiz bebekler olarak görmüşlerdir (54).

Rönesans'ın başlamasıyla liberalizm, eşitlik, onur ve ampirik bilim arayışı bir kez daha başlamıştır. Bu süre zarfında Fransız Devrimi'ne yol açan olaylar, eylemler ve dolayısıyla davranışlar sayesinde akıl hastalarının ve sosyal açıdan yoksulların zindanlara kapatıldığı bir döneme son verilmiştir. Bu, doktor-hasta ilişkisinde hekim merkezli hasta merkezli anlayışa doğru evrimi tekrar başlatmıştır (55). 18. yüzyılın sonlarında hastaneler, imkânları kısıtlı hastaları tedavi etmeye başlamıştır. Hastane, tıbbi bakımın temel taşı haline gelmiş ve bu süre zarfında mikrobiyolojik bilgi ve cerrahi becerilerdeki hızlı büyüme ile birlikte, semptoma değil, vücuttaki patolojik bir lezyonun doğru teşhisine odaklanan yeni bir tıp modeli geliştirilmiştir. Bu modele biyomedikal model ismi verilmiştir. Bu yeni teori, semptomun artık hastalık olmadığını öne sürmüştür. Bu yeni model hastanın muayenesini gerektiriyordu. Bu dönemde doktor-hasta ilişkisi, baskın bir doktor ile pasif bir hasta ilişkisi haline gelmiştir. Bu döneme paternalist anlayış hâkim olmuş doktor-hasta ilişkisi anne-bebek ilişkisine benzemiştir. Doktor hastanın tıbbi çıkarları doğrultusunda karar verip, hareket etmişlerdir (56).

Breuer ve Freud tarafından 19. yüzyıl sonlarında önerilen psikanalitik ve psikososyal teoriler sonucu hasta; sadece bir nesne değil, aydınlanmaya ve güvenceye ihtiyacı olan bir birey olarak algılanmıştır. Bu durum, hastayı uzun uzun dinlemenin doktor-hasta ilişkisi açısından büyük önem taşıdığı anlamına geliyordu. Doktorların hastaya olan ilgileri, hastayla gerçek bir iletişim geliştirmelerine izin vermiş ve hastayı aktif bir katılımcı olarak tıbbi konsültasyona yeniden dâhil etmiştir. Bu müdahale, doktor ve hasta arasında karşılıklı katılımın uygulanmasına giden yolu açmış ve bu da nihayetinde hasta merkezli tıbbin gelişmesine imkân sağlamıştır (55).

Szasz ve Hollender ise 1956 yılında doktor-hasta ilişkisine ilişkin üç model önermişlerdir. Bunlardan ilki olan aktiflik-pasiflik modeli, doğası gereği tamamen paternalisttir ve ebeveyn-bebek ilişkisine benzetilmiştir. Etkilenen kişi aktif olarak katkıda bulunamadığı için bu modelin bir etkileşim olmadığını

savunanlar da mevcuttur. Hasta, çaresiz olarak kabul edilmiş ve “hastanın katkısı ve sonucu ne olursa olsun” tedaviye başlanması gerektiği savunulmuştur. Bu model; tıbbi acil durum ortamında tamamen haklıdır, çünkü bilgilendirilmiş onam almak veya hastayı karar verme sürecine dâhil etmek için gereken süre, hastanın sağlığını açıkça tehlikeye atacaktır. Bu tür bir ilişkide doktor, durumun tam kontrolünü sağlar ve tatmini en üst düzeyde yaşar.

İkinci model olan rehberlik-işbirliği modeli, daha az akut olan durumlarda kullanılmıştır. Hastanın hasta olmasına rağmen bilinçli olduklarını ve bu nedenle kendilerine ait duygu ve istekleri olduğunu savunur. Bu süre zarfında hasta endişe yaşayabilir, ağrı çekebilir ve yardım isteyebilir. Hasta bu nedenle “işbirliği” yapmaya hazır ve isteklidir. Hasta işbirliği yaparken doktoru güçlü bir konuma yerleştirir. Bu nedenle doktor, rehberlikten bahsedecek ve böylece hastanın işbirliği yapmasını ve sorgusuz sualsiz itaat etmesini bekleyecektir. Bu model ebeveyn ve çocuk (ergen) arasındaki ilişkiye benzetilmiştir.

Üçüncü model ise karşılıklı katılım modelidir. Bu model Balint tarafından da savunulmaktadır (57). Bu modelde doktor, hasta için neyin en iyi olduğunu bildiğini tam olarak itiraf etmez. Hekim ve hasta arasındaki karşılıklı katılım kavramının var olabilmesi için aralarındaki etkileşimin; eşit güce, karşılıklı bağımsızlığa ve eşit memnuniyete dayalı olması önemlidir. Bu modelde hasta, uzman yardımıyla kendi kendine bakabilir. Buna kronik hastalık yönetimi iyi bir örnek teşkil etmektedir. Bu nedenle bu model hastaya daha fazla sorumluluk yüklemiş ve hekimin empati yapmasını sağlamıştır. Genellikle arkadaşlık ve ortaklık yoluyla ilişki kurulur. Dolayısıyla doktorun tatmini; başkası üzerindeki kontrolünden kaynaklanmayıp, onun insanlığa sunduğu eşsiz hizmetten kaynaklanmıştır (55). Bu 3 model Tablo-3’de özetlenmiştir.

Tablo 3: Szasz ve Hollender tarafından tanımlanan doktor-hasta ilişkisinin 3 temel modeli (55)

Model	Hekimin Rolü	Hastanın Rolü	Modelin Klinik Uygulaması	Prototip Modeli
Aktiflik-Pasiflik	Hastaya müdahale eder.	Alıcı (yanıt veremez)	Anestezi, koma, deliryum, akut travma, vb.	Ebeveyn-bebek
Rehberlik-İşbirliği	Hastaya ne yapacağını söyler.	İşbirlikçi (Uyar)	Akut enfeksiyon hastalıkları, vb.	Ebeveyn-çocuk (ergen)
Karşılıklı Katılım	Hastanın kendisine yardım etmesine önderlik eder.	Ortaklık (Uzman yardımını kullanır)	Çoğu kronik hastalık, psikanaliz, vb.	Yetişkin-yetişkin

Ardından Michael Balint teorilerinde hastalığın biyolojik olduğu kadar psikososyal bir fenomen olduğunu savunmuştur. Doktorların, hastanın psikolojik ve sosyal yönlerini de değerlendirerek başvurularının “gerçek” nedenini anlamalarını sağlamıştır. Ayrıca doktor ve hasta arasında zamanla gelişen duygusal ilişkinin hem tanısal hem de terapötik süreçlerin kritik bir bileşeni olduğunu öne sürmüştür. Balint’in “ ilaç olarak doktor ” kavramı, doktor-hasta ilişkisinin dinamik doğasını vurgulamıştır. Doktorun sahip olduğu en güçlü tedavi edici ajanın kendisi olduğunu öne sürmüştür. İlacın doğru dozajı (ziyaret sıklığı), bağımlılık yapıcı özellikleri (hastanın giderek doktora bağımlı hale gelmesi) ve yan etkileri (doktorun herhangi bir zararının olamayacağı) hakkında bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Balint’in tarif ettiği bir başka doktor-hasta ilişkisi kavramı da “ karşılıklı yatırım” olarak adlandırdığı modeldi. Her görüşme bir önceki görüşmenin üzerine eklenerek gitgide iletişimin kuvvetlendiğini savunmuştur. Doktor ve hasta ilişkisindeki karşılıklı güvenin zamanla oluşacağını ifade etmiştir. Öyle ki hekimler; hastasının kişilikleri, sosyal ve fiziksel çevreleri, biyografileri ve ilişkileri hakkında giderek daha fazla bilgi edinmeye başlamıştır. Bu, doktorun

zaman yönetimi becerilerini geliştirmesine izin vermiştir. Böylece her yeni görüşme hastaların ihtiyaçlarına daha iyi bir bakış açısı sağlamıştır. Doktor-hasta ilişkisi karşılıklı yatırım haline gelerek her iki taraf için de fayda sağlamıştır (34).

Byrne ve Long ise 1976 yılında hasta merkezli yaklaşımın; hastayı fikirlerini dile getirmesi için teşvik eden, dinleyen, hastaya işbirliği teklif eden, hastaların ihtiyaç ve tercihlerini yansıtan bir model olduğunu belirtmiştir. Bu modelde doktor, etkileşimi yönlendirmek için hastanın bilgisini ve deneyimini kullanır. Bu sayede hastanın bakım sırasında alınacak kararlara katılımı biyomedikal modele göre çok daha fazla olduğu saptanmıştır (35).

McWhinney, 1989 yılında hasta merkezli yaklaşımı; hekimin, hastalığı hastanın gözünden görebilmek için hastanın dünyasına girmeye çalıştığı bir yaklaşım olarak tanımlamıştır (3).

Laine ve Davidoff, 1996 yılında hasta merkezli bakım tanımını: "Hastaların istekleri, ihtiyaçları ve tercihleriyle uyumludur ve tüm bunlara yanıt verir." şeklinde yapmıştır (58).

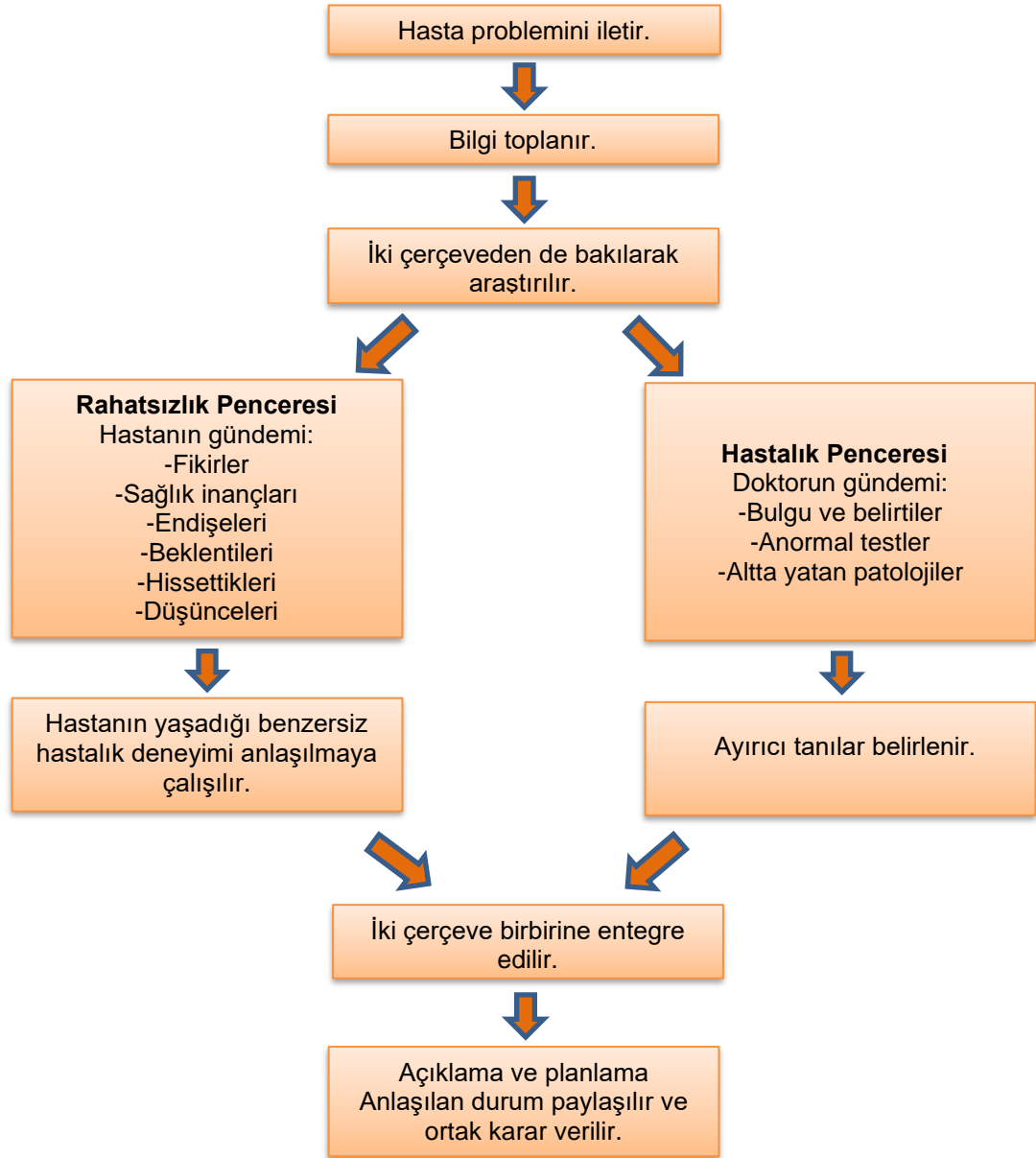
Görüldüğü gibi birçok yazar, hasta merkezli bakım kavramını ifade etmesine rağmen, tanımları genellikle farklıdır. En kapsamlı açıklama Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam ve Freeman tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Aile hekimliğinde en sık bu model kullanılır. Bu tanımda hasta merkezli klinik yöntem modelinin, birbiriyle bağlantılı altı bileşeni vardır. Bunlar: Hem hastalığı hem de rahatsızlığı anlamak ve araştırmak, kişiyi bütün olarak ele almak, yönetimle ilgili ortak bir zemin bulmak, sağlığın korunması ve iyileştirilmesinin kapsammasını sağlamak, doktor-hasta ilişkisini geliştirmek, kişisel sınırlamalar ve konular hakkında gerçekçi olmaktır (59).

2.3.2. Hasta Merkezli Yaklaşımın Temel Boyutları

2.3.2.1. Hastalığı ve Rahatsızlığı Anlamak

Hekimlerin sağlıkla ilgili iki kavramı bilmeleri önemlidir. Bu kavramlar: Rahatsızlık ve hastalıktır. Rahatsızlık, hastaların fiziksel veya ruhsal bir patolojiden ötürü yaşadığı kişisel deneyimleridir. Hastalık ise doktorun bu deneyimleri açıklamak için başvurduğu standartlaştırılmış ve sistematik teşhis kodlarına göre tanımlanan, genellikle biyomedikal nedeni ve tedavisi olan

durumdur (60). İdler bu kavramları: “Bireyin bir hastalığı olup da bunun farkında olmaması ve ona göre hareket etmesi mümkündür. Ayrıca, insanların nesnel olarak doğrulanabilir herhangi bir hastalığı olmadan kendilerini rahatsız hissetmeleri ve/veya davranmaları da mümkündür. İlk örnekte rahatsızlık yoktur, ancak hastalık olabilir. İkinci durumda ise kesinlikle rahatsızlık vardır.” şeklinde açıklamıştır (61). Hastalık ve rahatsızlık kavramlarını açıklayan model Şekil-4’te gösterilmiştir.



Şekil-4: Hastalık-rahatsızlık modeli (62)

Hekimler, klinik yaklaşımlarında sadece ayırıcı tanı ve tedaviye yoğunlaşmamalıdır. Hastanın kişisel deneyimlerini de göz önünde bulundurup hastalığı değerlendirmelidir (12).

2.3.2.2. Biyopsikososyal Boyut

Patolojinin dışlanması ve ardından tıbbi olarak yanlış bir şey olmadığına dair güvence verilmesi, hastanın acısını hafifletmek yerine daha da karmaşık hale getirebilir. Tersine, kendini hasta hissetmeyen kişilerde tedavi edilmesi gereken bazı sınıflandırılabilir bozukluklar olabilir (örn. hipertansiyon). Ayrıca, hasta hissetmek ve hastalığa yanıt olarak yardım aramanın, hastalığın türü veya şiddeti ile çok az ilişkisi olduğu yapılan çalışmalarda görünmektedir (63). Bu tür bulgular biyomedikal modelin çoğu varsayımına meydan okumuştur. Birinci basamakta sunulan tüm sorunları hesaba katmak için biyolojik, psikolojik ve sosyal bir bakış açısının gerekli olduğunu düşündürmüştür. Sonuç olarak, bozuklukların etkileşim halinde ve hiyerarşik düzen (biyolojikten psikolojik ve sosyal düzenlere kadar) içinde oluştuğunu varsayan biyopsikososyal model geliştirilmiştir (30).

Biyopsikososyal bakış açısı, yayınlanmış birçok “hasta merkezlilik” çalışmasında ana temadır. Stewart ve arkadaşlarına göre: “Hasta merkezli yöntem, hastaların sadece biyomedikal sorunlarına değil, doktorlarına getirdikleri tüm zorluklara dâhil olmaktır.” (59). Lipkin ve arkadaşları, Balint'in daha önceki çalışmalarının psikanalitik etkisini yansıtarak, hastanın “gizli gündemine” açık olmanın önemini vurgulamıştır (64). Grol ve arkadaşlarına göre ise: “Hasta merkezli doktor sorunların tıbbi olmayan yönlerinden de kendini sorumlu hisseder.” (65). Kısacası hasta merkezlilik kavramı, tıbbın kapsamının organik hastalıklardan çok daha geniş bir disfonksiyonel durumlar alanına genişlemesiyle ilişkili olarak görülmüştür (66).

2.3.2.3. Birey Olarak Hasta

Hastanın kendi “biyografisine” bağlı olan hastalık deneyiminin tam olarak anlaşılması için biyopsikososyal bir bakış açısı tek başına yeterli değildir. Örneğin, bacak kırığı iki farklı hastada aynı şekilde yaşanmaz. Aynı kırık profesyonel sporcu için kariyerinin sonu olurken, ofis çalışanı için daha az sıkıntı yaratır (67). Benzer şekilde hastalığın tedavisi ve iyileşmesi her

hastanın acısını hafifletmez. Örneğin, genç bir kadının kanser tedavisi onun benlik algısını ve gelecek planlarını etkiler. Hastalığı anlamak ve ıstırabı hafifletmek için tıbbın öncelikle, hastalığın hasta için ne ifade ettiğini irdelemesi gerekir. Sosyal bilimler ve davranış bilimleri, bireylerin hastalığı nasıl yorumladığına ve hastalığın onlar için ne anlam taşıdığına dair anlayışımıza önemli ölçüde katkıda bulunmuştur. Örneğin; ekonomik yetersizlik nedeniyle çalışanlar, çalışmaya uygun olmadığı şeklinde etiketlenmekten korktukları için semptomlarını saklayabilirler (68). Bu nedenle, hasta merkezli tıp, hastayı bir hastalık varlığının nesnesi olmaktan çok deneyimleyen bir birey olarak görür. Hastanın hastalık öyküsüne katılmak, hem mevcut semptomları hem de semptomların ortaya çıktıkları yaşam ortamını keşfetmeyi amaçlar (59). Özetlemek gerekirse, hasta merkezliliğin ilk boyutu, hastaların hastalıklarını biyopsikososyal çerçeve içinde anlamakla ilgilidir. İkinci boyut ise bireyin hastalık deneyimini anlamakla ilgilidir. Hastalar, ister fiziksel, ister psikolojik veya sosyal olsun, bir tanı etiketi ile tamamen karakterize edilemez (57). Bu nedenle doktor, hastayı anlamak ve etkili bir yönetim yapabilmek için hastayı kendine özgü bağlamda bir birey olarak görmelidir (69).

2.3.2.4. Paylaşılan Güç ve Sorumluluk

Hastanın uyumsuzluğu ve bakımdan memnuniyetsizliği, doktorların bazı eksikliklerine bağlanabilir. Örneğin; hastaları kendi hastalıklarında bilgili görmemek, yeterli bilgi ve açıklama yapmamak veya müzakere yoluyla fikir birliğine varamamak uyumsuzluğu artıran faktörlerdendir. Mead ve Bower, Parsons'ın tanımladığı paternalist odaktan temelde farklı olan demokratik, eşit bir doktor-hasta ilişkisinin kullanılmasını savunmuşlardır (70). Bu durum; doktor-hasta ilişkisinde güç ve sorumluluğun paylaşıldığı, Szasz ve Hollender tarafından tanımlanan, karşılıklı katılım dönemine geçişin başlangıcı olmuştur (55). Paylaşılan güç ve sorumluluk boyutu, hasta merkezlilik kavramına ilk kez Byrne ve Long tarafından entegre edilmiştir. Yaptıkları tanımda; hekim merkezli yaklaşımdan farklı olarak hasta merkezli yaklaşım; hastayı dinlemeyi, teşvik etmeyi, hastayla işbirliği yapmayı, hastanın ihtiyaçlarını ve tercihlerini ortak olarak belirleyebilmeyi içerir. Bu sayede hasta merkezli yaklaşım, hastaya biyomedikal modelden çok daha fazla güç ve sorumluluk verir (71).

2.3.2.5. Terapötik İttifak

Hasta merkezli tıp, “terapötik ittifak” kavramı etrafındaki psikoterapötik gelişmelere dayalı olarak, doktor ve hasta arasındaki kişisel ilişkiye çok daha fazla önem verir. Terapötik değişimi etkilemek için doktorların empati yapmasının, uyum sağlamanın ve olumlu bakış açısının hem gerekli hem de yeterli olduğunu öne süren çalışmalar mevcuttur (72). Hasta merkezli bakımda, terapötik bir ittifak geliştirmek, faydalı bir ilaveden ziyade temel bir gerekliliktir. Samimi ve sempatik bir tavır, hastanın tedaviye uyum olasılığını artırabilir. Tersine, taraflardan herhangi birinin olumsuz duygusal tepkileri tıbbi hizmeti olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle tedavinin amaçlarının ve gereksinimlerinin ortak bir şekilde anlaşılması, ister fiziksel ister psikolojik olsun, herhangi bir terapi için çok önemlidir (70).

2.3.2.6. Birey Olarak Doktor

Balint ve arkadaşları biyomedikal modeli “tek kişilik tıp” olarak tanımlamışlardır. Bu tanımda doktor ve hasta her zaman birbirini etkiler ve ayrı düşünülemez. Dolayısıyla doktor, bütünün ayrılmaz parçasıdır. Doktorun hastaya aktardığı duyguları daha iyi bir yönetim sağlayabilir. Bu duruma psikodinamik literatürde “karşı-aktarım” ismi verilmiştir (73).

2.3.2.7. Gerçekçi Olmak

Hekimler yukarıdaki bahsedilen boyutları uygularken ekibini, zamanını ve elindeki imkânları göz önünde bulundurmalıdır. Bu imkânlar açısından hekimler, hastalarına gerçekçi olmalıdırlar (62).

2.3.2.8. ABD Tıp Enstitüsü Tarafından Tanımlanan Boyutlar

ABD Tıp Enstitüsü ise hasta merkezlilik kavramını altı boyut üzerinden tanımlamıştır (74). Bunlar:

- 1) *Hastaların değerlerine, tercihlerine ve ifade edilen ihtiyaçlarına saygı*, doktorun “standart hastalar” için standart tedaviler yerine bütünsel bir yaklaşımla bireysel hastayı karşılmasına yardımcı olmayı ifade eder.
- 2) *Koordineli ve entegre bakımın* özellikle hassas hastalar veya kendileri için bakımı yeterince koordine edemeyecek kadar hasta olanlar için önemli olduğu düşünülmektedir.

- 3) *Bilgi, iletişim ve eğitim sağlayarak* hastalar tıbbi kararlara katılmak için uygun donanıma sahip olmalıdır. Tanı, prognoz ve tedavi planları ile ilgili bilgiler teknik olmayan bir dille hastalarla paylaşılmalıdır.
- 4) *Fiziksel rahatlığın sağlanması*, hastaların fiziksel rahatlık elde etmeleri için ağrı ve diğer rahatsızlıkların doğru yönetiminin önemini vurgular.
- 5) *Duygusal destek sağlamak, korku ve endişeyi gidermek*; hastalar tedaviye devam ederken, duygusal olarak destek sağlamanın, stresin neden olduğu korku ve endişeyi gidermenin önemini vurgular.
- 6) *Aile ve arkadaşları dâhil etme*, çünkü yakın aile ve güvenilir arkadaşlar tıbbi karar verme sürecinde faydalı olabilir ve hasta desteği sunabilir (74).

2.3.3. Hasta Merkezli Yaklaşımın Klinik Uygulaması

Hasta merkezli yaklaşım hastayı, bireyi bir bütün olarak ele alır. Yaşantısı, ailesi, çevresi, sorunları ve fiziksel koşulları ile değerlendirir. Hasta merkezli yaklaşımda hastalık merkezli yaklaşımın aksine hasta ile ortak plan yapılır. Hastalık merkezli yaklaşımda ise, hekim hasta üzerinde otorite kurar ve karar verir (40).

Hasta merkezli yaklaşım klinik olarak uygulandığında bakım süreçlerini ve sonuçları iyileştirebileceği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Hasta merkezli yaklaşımının benimsendiği sağlık sistemlerinde; hastaların karar verme sürecine katılımı ile tedaviye uyumun arttığı, bakımdan dolayı hasta memnuniyetin arttığı, fonksiyonel ve klinik sonuçlarda iyileşme ile hasta hekim arasındaki güven ilişkisinin ilerlediği görülmüştür. Bunun yanında bu yaklaşım sayesinde, gereksiz tanısal test oranlarında azalma (dolayısıyla bakım maliyetlerinde azalma), reçetelerdeki ilaç sayısında azalma, hospitalizasyonda azalma ve son olarak gereksiz sevklerde azalma olduğu görülmüştür (75).

Kronik hipertansiyonlu hastalar üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda hasta merkezli bakım yaklaşımının benimsenmesiyle hastaların

sağlık hizmetlerine uyumunun arttığı bulunmuştur (76). Yine hasta merkezli bakım yaklaşımının benimsendiği diyabet yönetimini ele alan benzer araştırmalarda; diyabet hastalarının algılarında iyileşme bulunurken, streslerinde azalma ve güçlenmelerde artışa dikkat çekilmiştir (77).

Hasta merkezli yaklaşım, aile hekimliğini klinik bir disiplin yapan temel özelliklerdendir. Engel'in tanımladığı biyopsikososyal modelin hayata geçmesinde önemli bir yer tutar. Hasta merkezli yaklaşımın uygulanmasında bazı engeller olabilir. Ülkemiz için en büyük engel hasta görüşmelerindeki zaman kısıtlılığıdır. Kurumlara ait standart uygulamalar, yasal yaptırımlar, ayrışmamış hastayla baş etme yeteneklerinin sınırlı olması, tıp fakültesi müfredatında profesyonelize yeterince yer verilmemesi ve hekimlerin biyomedikal modelden biyopsikososyal modele geçişte yaşadığı zorluklar diğer engeller arasında gösterilebilir (4).

2.4. Empati

Empati, tüm hekimlerde olması gereken yeterliliklerden biridir. Doktorlar ve hastalar arasında etkili iletişim kurmak için gereklidir. Ne yazık ki, klinik eğitim aşamasında hekimin empatisinin azaldığına dair kanıtlar vardır ve bu durum dünya çapında tıp eğitimcileri için büyük bir endişe kaynağıdır (78).

2.4.1. Empatinin Tanımı Ve Tarihçesi

Etimolojik olarak empati, Yunanca kökenli empathia kelimesinden köken almakta ve etimolojik olarak "em" ekinin karşılığı "içinde, içerde"; "pathia" ekinin karşılığı ise "hissetme" anlamına gelmektedir. Empati kelimesinin kullanımı çok eskiye dayanmamaktadır. Empati kavramı, ilk olarak 1897 yılında T. Lipps tarafından Almanca "einfühlung" kelimesinin karşılığı olarak kullanılmıştır ve şöyle tanımlanmıştır: "Bir insanın kendisini karşısındaki bir nesneye yansıması, kendini onun içinde hissetmesi ve bu yolla o nesneyi özümseyerek anlama sürecidir.". İngilizcede ise "bir başkasının ayakkabısını giyebilme" şeklinde tanımlanmıştır. Diller ve kültürler değiştikçe empatinin tanımı da değişmektedir (79).

Tanım olarak empati, bir kişinin kendisini bir başkasının yerine koyabilmesi ve onun duygu, düşünce ve davranışlarını anlayabilmesidir (80). Empati, sosyal alanda anlamlı ilişkiler için önemlidir. Önemine rağmen, empatinin tanımı konusunda hala bir fikir birliği yoktur. Empatinin tanımı zaman içerisinde değişiklik göstermiştir. İlk tanımlamalarda; empatinin öncelikle diğerinin düşüncelerini, niyetlerini, duygularını ve inançlarını anlayarak başka birinin bakış açısına sahip olma bilişsel yeteneğini içerdiğini öne sürülmüştür. Diğer araştırmacılar, duygu ve hisler tarafından ortaya çıkarılan empatinin duygusal tepkisine vurgu yapmışlardır. Yakın zamanda ise, birçok araştırmacı empatiyi hem bilişsel hem de duygusal bileşenleri içeren çok boyutlu bir yapı olarak tanımlamıştır (81). Örneğin, 1993 yılında Adler tarafından yapılan tanıma göre empati “başkasının gözleriyle görme, başkasının kulaklarıyla işitme” anlamına gelmektedir (82). 1999 yılında Kasatura’nın yaptığı tanımda duygusal tepkilere vurgu yapılarak empatiyi “duygudaşlık” olarak yorumlamakta ve empatinin, başkalarının duygularını anlamak olduğunu savunmaktadır (83). Weiner ise empatiyi, ‘başka birinin ayakkabılarını giyerek onun gereksinimlerini ve hissettiklerini anlama becerisi’ olarak tanımlamaktadır (84).

2.4.2. Empatinin Bileşenleri

Araştırmacılar arasında empatinin bileşenlerinin neler olduğu konusunda fikir birliği yoktur. Bazı araştırmacılar empatinin bilişsel yönünü, bazıları ise duygusal yönünü vurgulamaktadırlar. Fakat çoğunluğun üzerinde uzlaştığı görüş, empatinin bilişsel ve duygusal bileşenlerden oluştuğudur (81).

2.4.2.1. Empatinin Bilişsel Bileşeni

Bilişsel empati, başka bir kişinin ne hissettiğini duygusal olarak yaşamak yerine, bilişsel olarak anlama süreciyle birlikte onun bakış açısına sahip olma şeklinde tanımlanmaktadır. Bilişsel empatiye öncelik veren görüşlerde, duygular önemli olsa da temel bileşenin düşünme (biliş) olduğu savunulmaktadır (85). Staub bilişsel empatiyi, “karşıdaki bireyin içsel durumunun, duygularının, düşüncülerinin ve niyetinin bilişsel olarak farkında olunması” şeklinde açıklamaktadır. Bilişsel empati, düşünmeyi ve dikkatli

gözlemi gerektirirken aynı zamanda karşıdaki bireyin duygularını hem sözel hem de sözel olmayan ipuçları ile anlamlandırma becerisini içermektedir (86).

2.4.2.2. Empatinin Duygusal Bileşeni

Meeus duygusal empatiyi, “bireyin karşısındakinin duygularını hissedebilmek ve bu bireyin duygu durumuna göre en uygun davranışı sergileyebilmek” olarak ifade etmektedir (87). Duygusal empatide kişinin duygularını hissederken bilişsel-zihinsel süreçler yerine; kişinin ses tonu, mimikleri vb. gibi ipuçlarından yararlanmak önemli yer tutmaktadır. Yeni doğmuş bebeklerin bile duygusal empati duyarlılığına sahip olabilmesi bilişsel boyuttan ayıran en önemli özelliklerden birisidir (88).

2.4.3. Hekimlik Mesleğinde Empati

Sağlık literatüründeki kavramsal zorluklardan biri, empatinin genellikle sempati ve merhamet ile karıştırılmasıdır. Sempati; bir başkasının, özellikle de haksız yere acı çeken kimselerin, talihsizliğine karşı duygusal bir acıma tepkisi olarak tanımlanmıştır. Buna karşılık empati, bir başkasının duygularını anlama ve doğru bir şekilde kabul etme yeteneği olarak tanımlanır ve bu da gözlemciden uyumlu bir yanıt alınmasını sağlar. Etimolojik olarak merhamet, acı çekmek anlamına gelir ve “bir başkasının ıstırabının derin bir farkındalığı ile onu hafifletme arzusu” olarak tanımlanmıştır. Tanımlarda olduğu gibi üzücü bir duruma verilen yanıtlar da farklılık gösterir. Empatide bu yanıt nesnel ve duygusal tepki şeklindeyken, sempatide visseral bir tepki, merhamette ise proaktif ve hedefli bir tepki şeklindedir. Bu farklılıklara rağmen sağlık politikasında kesin olan şey, empati ve merhametin hasta memnuniyetini artırıyor olmasıdır (89).

Hasta merkezli bakıma geçişle birlikte, hastaların iyileşmesinde sadece teknik becerilerin yeterli olmadığı; aynı zamanda iletişim, işbirliği, liderlik ve şefkat becerilerinin de gerektiği görülmüştür. Empati, tartışmasız bu becerilerin merkezinde yer alır. Kesin tanımları tartışılırken, klinik empati “hastanın iç deneyimlerini, bakış açısını anlama ve bu anlayışla iletişim kurma yeteneği içeren bilişsel bir özellik” olarak tanımlanmaktadır (90).

Araştırmalar, klinik empatinin hasta memnuniyetini, konforunu ve güvenini artırdığını göstermiştir. Doktorlarına güvenen hastaların, tanı ve

tedavi süresince ayrıntılı bilgi verme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Bu da daha iyi bir teşhisi, ortak karar verme sürecinin ilerlemesini ve tedaviye uyumu sağladığı anlaşılmıştır. Hastanın bakış açısını, deneyimlerini ve değerlerini anlamak hastanın başa çıkma stratejisi seçiminde doktora yardımcı olabilir. Empati, hastaların belirli bir durumla başa çıkma yeteneklerine olan inancını (öz yeterlilik) artırarak tedaviye uyumu kolaylaştırabilir. Empatinin kabulü başlı başına terapötik olabilir. Ancak doktor-hasta ilişkisinde empati, biri diğerinin mesajına yanıt verene ve anlama çabasını hastayla paylaşana kadar terapötik değildir. Aynı zamanda empatik doktorların daha fazla iş tatmini yaşadığı, daha iyi kararlar aldığı ve daha iyi lider olduğu saptanmıştır (91).

Hekimlik mesleğinde empati, bir döngü şeklinde tanımlanmıştır. Bu döngü birbirini izleyen evrelerden oluşur. İlk önce hastadan duygu veya ifade alınır, ardından duygunun anlaşılıp hastaya iletilmesi ve hastanın empatiyi fark etmesi olarak devam eder. Bu döngüye “empati döngüsü” adı verilir (92,93). Empati döngüsünün basamakları Şekil-5’te gösterilmiştir.



Şekil-5: Empati döngüsü (93)

Hekimlik empatisi çok boyutlu bir yaklaşımdır. Bu boyutlara örnek olarak perspektif alma, şefkatli bakım ve hastanın ayakkabısını giyme verilebilir. Hasta-hekim ilişkisinde sempati aşırıysa tanı ve tedavide nesnelliği

engelleyebilir. Bu nedenle, klinik tarafsızlığa ve kişisel dayanıklılığa müdahale edebilecek duygu patlamalarından kaçınmak için “duygusal bir mesafe” arzu edilir. Bunun aksine, empatinin bir sınırı yoktur çünkü anlayışın hasta bakımında her zaman faydalı olduğu varsayılır (94).

2.5. Tıp Eğitiminde Biyopsikososyal Model, Hasta Merkezli Yaklaşım ve Empati

Sağlık bakımının kalitesini artırmak için iç içe geçmiş 3 faktörün önemi büyüktür. Bunlardan ilki, teşhis ve tedavi ile ilgili kararları içeren teknik alandır. İkincisi ise tıp sanatı olarak kabul edilen kişilerarası alandır. Kaliteyi artıran etkenlerin içerisinde en son dâhil olan üçüncü faktör ise iletişim becerileridir. İlki, doğru tanı koymak için gerekli olan bilgi toplamayı içerir. İkincisi, hastaların bakımlarında ortak hareket etmeyi sağlayacak şekilde bilgileri geri aktarmayı içerir. Bu alan, teşhis ve prognoz hakkında bilgi iletişimini içinde barındırır. Bunlar: Hastanın refahını iyileştirmek, gelecekteki sağlık sorunlarını önlemek, tedavi komplikasyonlarını en aza indirmek için neler yapılması gerektiği ve tedavi seçeneklerinin artı-eksileridir. Üçüncü alan genellikle genel etkileşim becerileri olarak kabul edilir. İletişim, empati, içtenlik ve sıcaklık gibi konuları kapsar. İletişim, etkileşim ve kişilerarası beceriler kaliteli sağlık bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Tıp eğitiminde iletişim becerilerine yer vermenin, geleceğin doktorlarının yetişmesinde hem hasta-hekim ilişkisi hem de biyopsikososyal yaklaşım açısından yarar sağladığı gösterilmiştir. Lisans öğrencilerinin kötü haber verme, empati, bilgi toplama, bilgi sağlama ve koruyucu sağlık rehberliği gibi alanlarda iletişim becerileri kazanabileceklerini gösteren birçok çalışma mevcuttur. İletişim becerileri eğitiminin tıp müfredatına entegre edilmesinin; öğrencilerin klinik uygulama eğitimlerine hazırlıklarında yardımcı olduğu ve boylamsal, entegre eğitimin (yoğun, konsantre eğitime kıyasla) daha yüksek düzeyde iletişim becerileri sağladığı gösterilmiştir. Bu çalışmalarda iletişim becerilerinin hekime ve hastaya sağladığı birçok yarardan söz edilmiştir (95). 1996 yılında Roche, yaptığı çalışmada beşinci sınıf tıp öğrencileri arasında sigarayı bırakma tavsiyelerini geliştirmek için iletişim

becerilerinin yararını göstermiştir. Sesli geri bildirim, rol oynama ve video geri bildirimi uygulanan müdahale kolundaki öğrencilerin, geleneksel didaktik öğretim yaklaşımları uygulanan öğrencilere kıyasla önemli ölçüde gelişmiş beceriler gösterdiği saptanmıştır. Bu çalışmaya göre geleneksel öğretim yöntemlerinin, sigarayı bırakma müdahale becerilerini geliştirmedeki etkisinin düşük olduğu saptanmıştır (96).

Tıp fakültesi öğrencilerinde eğitim ilerledikçe iletişim becerilerinde düşüş eğilimi görülmekte ve zamanla bütüncül hasta bakımı konusundaki bakış açıları kaybolmaktadır. Ayrıca tıp eğitiminin özellikle intörlük ve asistanlık döneminin duygusal ve fiziksel etkileri empatiyi baskılamaktadır. Hastayla görüşme sırasında geliştirilen farklı konuşma teknik ve yaklaşımları ne yazık ki alaycılığa kadar varabilmektedir (6).

Hekimin, psikososyal kaygıları duyarlı ve bütünleştirici bir şekilde irdelemesi için, sosyal ve davranış bilimlerinde sağlam bir bilgi tabanına sahip olması gerekir. Hekim her hastayı kendi geçmişi, sosyal çevresi, eğitim düzeyi, maddi durumu, kültürel çeşitliliği, toplumdaki yeri, mesleği, kişisel hassasiyetleri ve sorunları ile farklı bir birey olarak kabul etmelidir. Geleneksel tıp eğitimi bu yaklaşım için yeterli bulunmamıştır. Klinik uygulamada hekimler biyomedikal modelin kısıtlayıcı yaklaşımından uzaklaşarak biyopsikososyal modele daha kapsamlı bir yaklaşım benimsemelidir (8).

Birçok çalışmada hasta merkezli tutum ve iyi iletişimin, doktor-hasta ilişkisini güçlendirdiğini ve bunun da daha iyi sağlık hizmeti, hasta memnuniyeti, hastanın tedaviye uyumu ve olumlu klinik sonuçlar sağladığı göstermiştir. Bu tür sonuçlar, geleneksel tıp eğitiminde yapılması gereken değişikliğin gerekliliğini ve uygunluğunu vurgulamaktadır. Tıp fakültesi öğrencileri mezun olduklarında; hasta merkezli bir bakım ortamında, empati yaparak, doğru şekilde doktor-hasta ilişkileri kurmalıdır. Bu nedenle tıp öğrencilerinin; iletişimi, empati becerilerini ve hasta merkezli tutumu güçlendiren eğitim programlarına ihtiyacı olduğu vurgulanmıştır (97).

Ülkemizde, tıp fakültelerinin sayısındaki artışa paralel olarak, tıp eğitiminin iyileştirilmesi, temel standartların oluşturulması için "Ulusal Çekirdek Eğitim Programı" (UÇEP) çalışmalarına 2001 yılında başlanmış ve son olarak

2020 yılında revize edilmiştir. Son yıllarda tıp alanında daha bütüncül yaklaşımlar başlamıştır. Sağlıkta yaşanan bu durum tıp eğitim süreçlerine de yansımış tıp eğitimi programlarında davranışsal, sosyal ve beşeri bilimlere geniş yer verilmiştir. İlk defa 2014 UÇEP’te eğitim dâhil olmak üzere sağlığa ilişkin tüm süreçlerde biyopsikososyal ve kültürel perspektif, eğitim çıktılarına (yeterliklere) dayalı ve probleme dayalı (semptom / duruma, çekirdek hastalığa / klinik probleme dayalı) yaklaşım eğitim programına dâhil edilmiştir.

Mezuniyet öncesi tıp fakültesi eğitiminin temel amacının; sağlıkla ilgili tüm süreçlerde bütüncül (biyopsikososyal ve kültürel) yaklaşım sergileyen, insani ve mesleki değerler (profesyonellik) doğrultusunda bilerek (kanıta dayalı) yapan, reflektif düşünme ve uygulama becerisi gelişmiş, bireyin ve toplumun sağlığını geliştirme perspektifinde, yüksek empati düzeyine sahip olan, sürekli bireysel ve mesleki gelişime açık olan hekimler yetiştirmektir. UÇEP’te bu amaca uygun olarak yeterlilikler tanımlanmıştır. Bu yeterlilikler 3 grup altında incelenmiştir. İlk grup yeterlilikler hekimliğin teknik ve prosedürel yönü yani mezunun yapması, yönetmesi gereken işlemleri etkin bir şekilde yapmasını, “hasta merkezli” ve “biyopsikososyal” yaklaşımla bütüncül bir sağlık bakımı (bağlamsal bakım) vermesini içerir. İkinci grup yeterlilikler mezunun, hekimlik uygulamalarını yeterli bilgi düzeyine sahip olarak, bilimsel yaklaşım sergileyerek kanıta dayalı yapmasını ele alır. Üçüncü grup yeterliliklerde ise sergilenmesi gereken insani ve mesleki davranışlar yer alır. Bu yeterliliklerin amacı mezunun hekimlik uygulamalarını, yaşadığı deneyim ve süreçleri aşağıda sıralanan davranışlar doğrultusunda yaşamasıdır. Bunlar:

- Kişilerarası ilişkileri etkili şekilde yürütmek, ekiple birlikte uygun çalışma ortamı içinde olmak,
- Sağlıkla ilgili tüm süreçlerde insani, toplumsal ve kültürel değerleri gözetmek, farklılıklara saygı duymak,
- Etik ve mesleki değerleri gözetmek, profesyonelliğe aykırı davranışlara karşı çıkmak,
- Hukuksal sorumlulukları yerine getirmek, hasta ve meslektaşlarının sağlığını, güvenliğini gözetmek,
- Gelişime ve değerlere açık olma, reflektif düşünebilmek,

- Sağlıkıla ilgili tüm süreçlerde zamanı ve kaynakları etkili kullanabilmek,
- Biyopsikososyal ve kültürel yaklaşımı benimseyerek sağlığın tüm bileşenlerini incelemek, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için birey ve toplumla birlikte hareket etmektir.

Eğitim programlarının oluşturulması veya iyileştirilmesinde kullanılacakları ana çerçeveyi sunan, eğitim içeriklerinin belirlenmesinde, eğitim strateji ve yöntemlerinin seçiminde tıp fakültelerine yol gösterme amacını taşıyan bu program birçok niversite tarafından kullanılan ulusal bir belgedir (18,19).

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi mezuniyet öncesi tıp eğitimi de UÇEP çerçevesinde düzenlenmiştir. Müfredatta yer alan hem teorik hem de klinik eğitimle amaçlanan yalnızca öğrenilen bilginin klinik uygulamaya aktarılması değildir. Beraberinde bilginin doğru kullanılması, problem çözme becerisi, karar verme, profesyonellik, hasta yönelimli olma, empati ve biyopsikososyal yaklaşım gibi çok sayıda özellik kazandırması da amaçlanmaktadır. Bu becerilerin kazandırılması için dönem-1, dönem-2 ve dönem-3 programlarında biyopsikososyal yaklaşımla, profesyonellekle, hasta-hekim ilişkisiyle, sağlığın korunması ve geliştirilmesiyle ilgili teorik eğitimler yer alır. Teorik eğitimlerin yanında aile hekimliğinde film izletilerek yapılan dersler, iyi hekimlik uygulama ve simülasyon merkezinde modeller, maketler ve simülasyonlarla hekimlik becerisi kazanmaya yönelik öğrenme etkinlikleri de tıp fakültesi müfredatına eklenmiştir. Dönem-6 programındaki aile hekimliği stajında hem teorik eğitimler hem de aile sağlığı merkezi, sigara bırakma polikliniğindeki klinik eğitimler ile öğrencilerin becerilerinin artırılması hedeflenmiştir (98).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubu ve Verileri

3.1.1. Çalışma Grubu

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim almakta olan 6. sınıf öğrencileri çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.1.2. Çalışma Verileri

Bilgilendirme sonrasında çalışmaya katılan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine başlıca 4 bölümden ve 12 sorudan oluşan anket uygulanmıştır.

3.2. Örneklem Seçimi

Hedef popülasyon 330 kişi olup, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerin 226'sına (%69) ulaşılmıştır.

3.3. Çalışmanın Genel Planı ve Dâhil Edilme Kriterleri

3.3.1. Çalışmanın Genel Planı

Tıp fakültesi son sınıf öğrencilere anket uygulanması amacıyla Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından gerekli izinler alınmıştır. Gerekli ön bilgilendirmenin yapılmasını takiben çalışma kriterlerine uygun, gönüllü olarak doldurmayı kabul eden tıp fakültesi son sınıf öğrencilere 4 bölümden ve 12 sorudan oluşan web tabanlı anket (Ek-2) ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-3) uygulandı. İlk bölümde katılımcıların genel sosyodemografik bilgileri; ikinci bölümde biyopsikososyal yaklaşım ile ilgili tanımlama ve eğitim deneyimleri ile ilgili sorular; üçüncü bölümde hasta-hekim yönelimine ilişkin tutumlarını ölçmeye yönelik Hasta - Hekim Yönelim Ölçeği (HHYÖ) ve son olarak dördüncü bölümde empati becerilerini değerlendiren Jefferson Doktor Empati Ölçeği-Öğrenci Versiyonu (Jefferson Scale of Empathy - Student Version) (JSPE-S) bulunmaktadır.

3.3.2. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- 1) Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde son sınıf öğrencisi olmak
- 2) Verilen anketi kendi iradesi ile doldurmayı kabul etmek
- 3) Anketi eksiksiz doldurmak

3.4. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.12.2020 tarih ve 2020-23/10 sayılı kararı ile onaylanmıştır (Ek-1).

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmadaki veriler için tanımlayıcı istatistikler (frekans, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler) kullanıldı, veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak verildi. Niceliksel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınıandı. Değişkenler ki kare, Yates düzeltilmeli ki kare (Chi square test with Yates correction) ve Fisher kesin olasılık (Fisher's exact probability) testleri ile araştırıldı. Normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Anlamlılık sınırı olarak 0,05 alındı ve "p<0,05" olan değerler anlamlı olarak kabul edildi. Verinin istatistiksel analizi SPSS 23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.

3.6. Hasta - Hekim Yönelim Ölçeği (PPOS-HHYÖ)

Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği; doktorlar, tıp öğrencileri ve hastaların hasta-hekim ilişkisine yönelik tutumlarını değerlendirebilmeyi amaçlayan, altı

dereceli likert (kesinlikle katılıyorum, kısmen katılıyorum, katılıyorum, katılmıyorum, kısmen katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum) formatında hazırlanmış bir ölçektir. Özdemir tarafından Krupat ve arkadaşlarının oluşturduğu “The Patient-Practitioner Orientation Scale” (PPOS) isimli ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışması yapılarak Türkçeye uyarlanmasıyla oluşturulmuştur. Ölçeğin orijinali on sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri bireylerin hasta, hekim ve sağlık hizmetine yönelik inanışlarına ilişkin ifadeler içermektedir. Ölçeğin “*paylaşım*” ve “*bakım*” olmak üzere dokuz maddelik iki alt boyutu vardır. Paylaşım alt boyutu bilgi ve gücün hasta-hekim arasında ne oranda paylaşıldığı ile ilgilidir. Hastanın bilgi edinme isteği ve karar verme süreçlerine dâhil edilmesi gerektiği bu boyuttaki maddelerin ana temasını oluşturmaktadır. Bakım alt boyutu ise hasta-hekim ilişkisinde samimiyet ve bireye destek olmaya verilen önemin derecesi ile ilgilidir. Hastanın beklentilerinin, duygularının ve yaşadığı çevrenin özelliklerinin tedavi sürecinin önemli bileşenleri olduğu bu boyuttaki maddelerin ana temasını oluşturmaktadır. Ölçeğin paylaşım boyutunu oluşturan maddeler 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15 ve 18. maddelerdir. Ölçeğin bakım alt boyutunu ise 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16 ve 17. maddeler oluşturmaktadır.

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

Ölçeğin maddeleri altılı likert skalasına göre kesinlikle katılıyorumdan (1), kesinlikle katılmıyorduma (6) doğru puanlandırılmaktadır. Hazırlanan

ölçeğin üzerindeki rakamlar sadece katılımcılara yol göstermek amacı ile konulmuştur. Puanlamaya etkisi yoktur. Ölçekteki iki madde (7. ve 11. maddeler) ters çevrilerek puanlandırılmıştır. Katılımcıların ölçekten aldıkları puan, maddelerden aldıkları puanların toplamının madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Bu puan altıya yaklaştıkça katılımcıların hasta merkezli hasta-hekim ilişkisine yönelik tutuma, bire yaklaştıkça ise hekim merkezli hasta-hekim ilişkisine yönelik tutuma sahip olduklarını göstermektedir. Katılımcıların ortalama puanı ılımlı (ortalama skor >4.57 ve <5.00 arasında), düşük (ortalama skor $\leq 4,57$ olan) ve yüksek (ortalama skor ≥ 5.00) olarak kategorize edilmektedir. Düşük puanlar "hekim merkezli" bir ilişki (yüksek doktor kontrolü, biyomedikal konulara odaklanma ve uyumlu bir pasif hasta) yönünde bir yönelimi yansıtırken, yüksek puanlar daha 'hasta merkezli' bir ilişki tercihlerini göstermektedir (99,100).

3.7. Jefferson Hekim Empati Ölçeği-Öğrenci Versiyonu (JSPE-S)

Jefferson Empati Ölçeği, tıp eğitimi ve hasta bakımında empatinin ölçülebilmesi için gerekli psikometrik bir araç ihtiyacına cevap olarak 2001 yılında Hojat tarafından geliştirilen, yirmi maddeden oluşan ve yedi dereceli likert formatında (1= kesinlikle katılmıyorum, 7= kesinlikle katılıyorum) hazırlanan kırk yedi dile çevrilip yetmişden fazla ülkede kullanılan bir ölçektir (53). Jefferson Hekim Empati Ölçeğinin yapı geçerlik, ölçüt bağıntılı geçerlik, iç tutarlılık güvenilirlik (Cronbach alfa katsayısı 0,80) ve test tekrar test güvenilirlik ($r= 0,65$) çalışmaları Hojat tarafından yapılmış ve geçerlik güvenilirliği yüksek bulunmuştur (94,101).

Jefferson Empati Ölçeği'nin üç versiyonu geliştirilmiştir:

- 1) Doktorlar ve diğer sağlık hizmeti sunucuları için HP (health professions) versiyonu,
- 2) Tıp öğrencileri için S (medical students) versiyonu,
- 3) Tıp dışı sağlık meslekleri öğrencileri için HPS (health professions students) versiyonu.

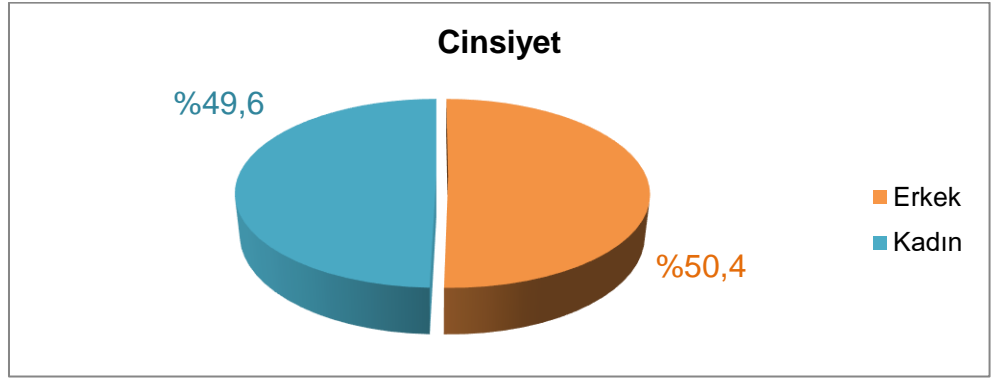
Bu üç versiyonun birbirinden farkı, ölçekteki ifadelerin hedef popülasyona daha uygun hale getirilmesi amacıyla yapılan küçük değişikliklerdir (94). Araştırmamızda Jefferson Empati Ölçeğinin Öğrenci Versiyonu (JSPE-S) kullanılmıştır. Bu ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışması Gönüllü ve Öztuna tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Ölçeğin boyutluluk yapısının değerlendirilmesinde kategorik verilerde doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Güvenirlik düzeyi iç tutarlık analizi yapılarak tespit edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi ölçeğin mevcut üç boyutlu yapısını doğrulamıştır. İç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Buna göre “*perspektif alma*”, “*şefkatle davranma*” ve “*hastanın ayakkabısını giyme*” alt ölçekleri için iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,83, 0,70 ve 0,60 olarak bulunmuştur. Ölçek yedili likert formatında, maddelerin onu pozitif, onu negatif ifadeli olacak şekilde Türkçeye uyarlanmıştır. Negatif yanıtli maddeler, bu tip psikolojik testlerde uysal cevap verme stilini kırmak amacıyla kullanılmaktadır. Jefferson Hekim Empati Ölçeği üç faktör altında gruplanmıştır: Faktör 1 “*perspektif alma*”, faktör 2 “*şefkatle davranma*” ve faktör 3 ise “*hastanın ayakkabısını giyme*” olarak belirlenmiştir. İlk on pozitif ifadeli madde birinci faktör olarak kabul edilen, hastanın bakış açısını yakalamayı ölçen “*perspektif alma*” dır. Negatif ifadeli sekiz madde ikinci faktör olarak belirlenen, sağlık hizmeti verilenlere duyarlı olmayı ölçen “*şefkatle davranma*” dır. Son olarak diğer iki negatif ifadeli madde ise üçüncü faktör olarak belirlenen, hastayı anlayabilmeyi ölçen “*hastanın ayakkabısını giyme*” dir. Puanlama kriterlerine göre; “kesinlikle katılmıyorum” =1, “katılmıyorum” =2, “kısmen katılmıyorum” =3, “kararsızım” =4, “kısmen katılıyorum” =5, “katılıyorum”= 6, “kesinlikle katılıyorum” =7 şeklinde puanlanmaktadır. İlk 10 madde olumlu yönde değerlendirilirken, son 10 madde ters şekilde değerlendirmeye alınmaktadır. Ölçeğin skorları en az 20; en fazla 140 puan olabilir. Öğrencinin aldığı puanın yüksekliği, daha fazla empatik yaklaşıma sahip olduğunu göstermektedir (102).

Literatürde yetişkinler veya üniversite öğrencileri üzerinde geliştirilmiş birçok empati ölçeği olsa da spesifik olarak Tıp Fakültesi öğrencileri için geliştirilmiş ve küresel çapta kabul görmüş bir ölçek olması nedeniyle çalışmada Jefferson Doktor Empati Ölçeği “S” versiyonu tercih edilmiştir.

4. BULGULAR

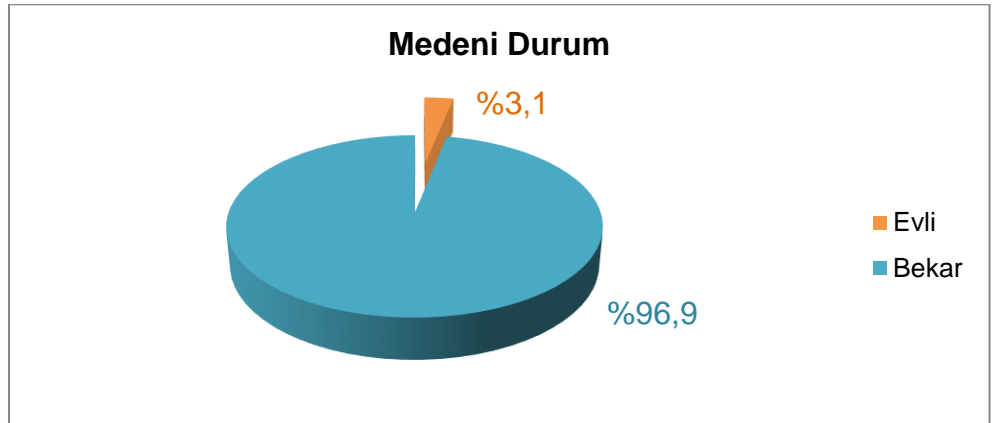
4.1. Çalışmaya Katılan Kişilerin Genel Özellikleri

Çalışmamıza 114 (%50,4) erkek, 112 (%49,6) kadın olmak üzere toplamda 226 tıp fakültesi son sınıf öğrencisi katılmıştır (Şekil-6).



Şekil-6: Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyete göre dağılımı

Araştırmaya dâhil edilen öğrencilerin 7'si (%3,1) evli, 219'u (%96,9) ise bekâr olduklarını beyan etmiştir (Şekil-7).

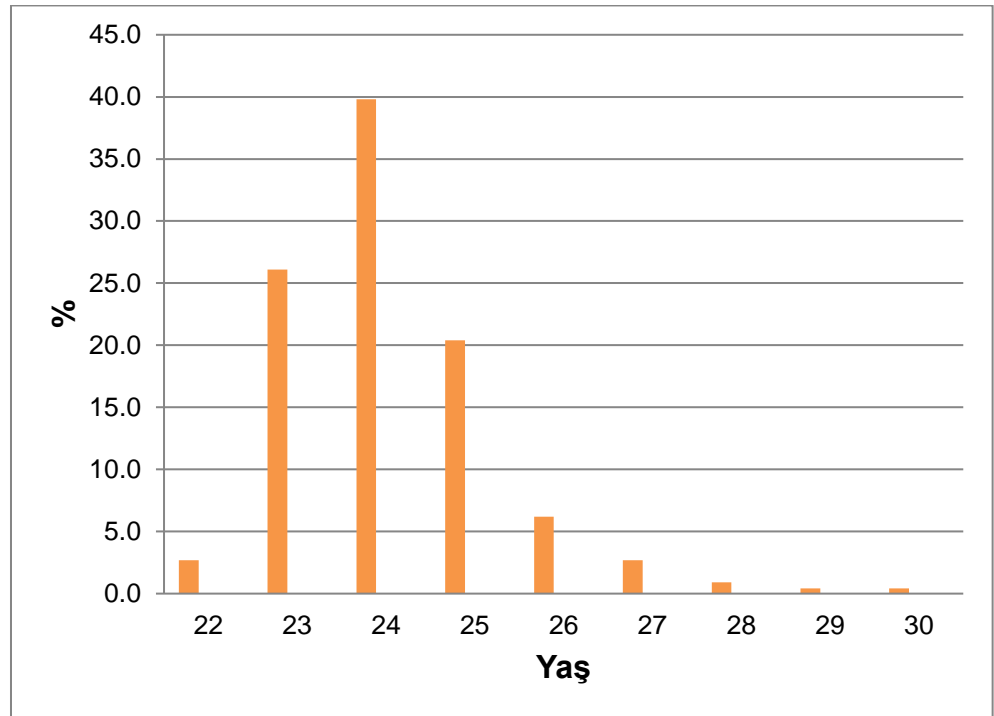


Şekil-7: Çalışmaya katılan kişilerin medeni durumları

Çalışmaya katılan öğrencilerin maksimum yaş değeri 30, minimum yaş değeri 22'dir. Ortalama yaş değeri 24,19 olup medyan yaş değeri 24 olarak saptanmıştır (Tablo-4). Kişilerin yaş dağılımları Şekil-8'de verilmiştir.

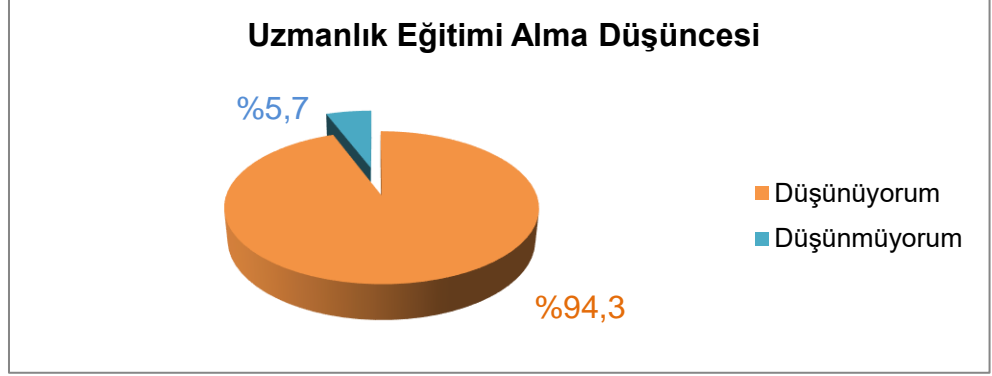
Tablo-4: Katılımcıların yaş bilgileri

	n	Min	Max	Ort.	SS	Medyan
Yaş	226	22	30	24,19	1,243	24



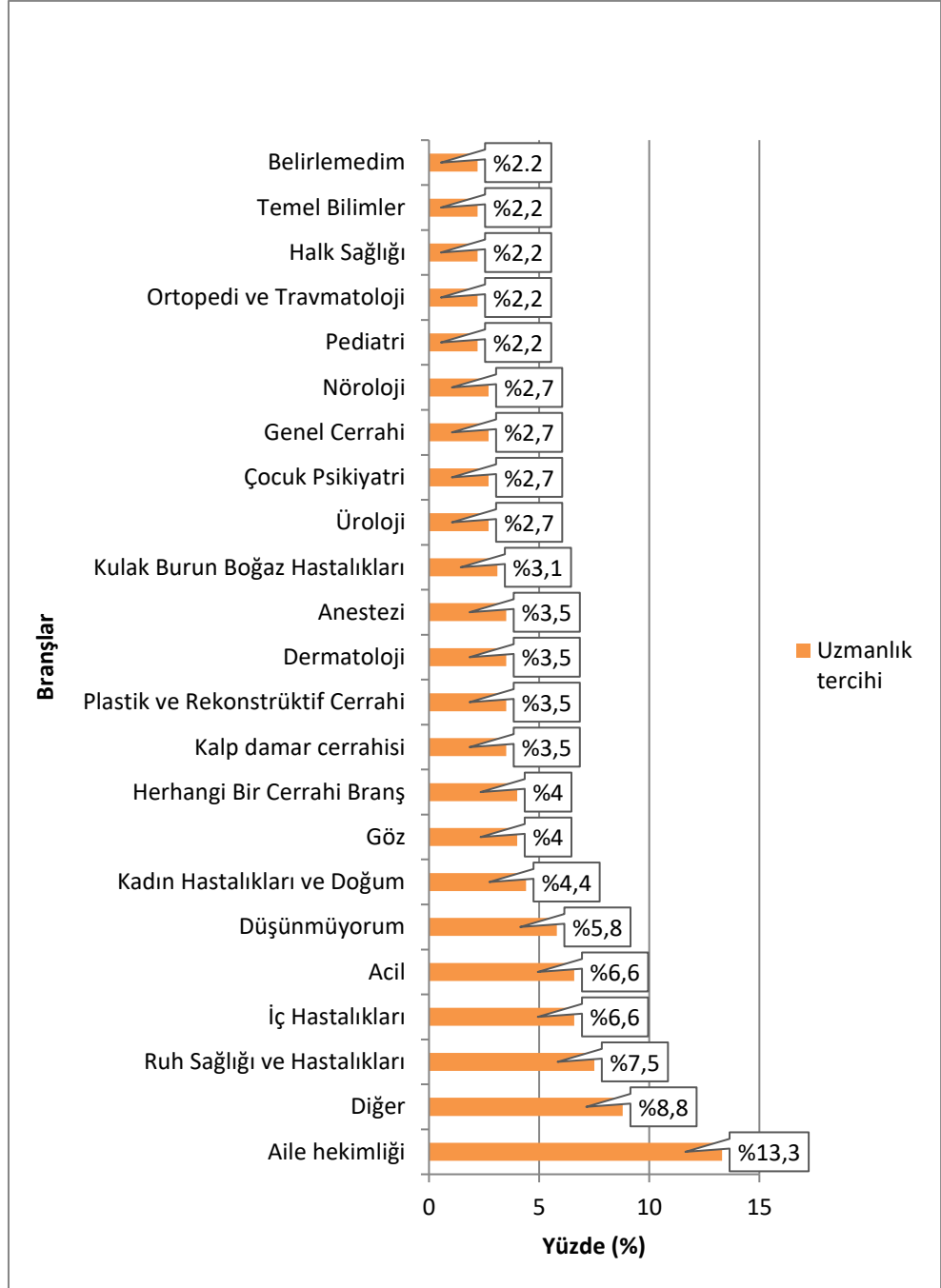
Şekil-8: Katılımcıların yaşlarının yüzdesel dağılımı

Çalışmaya katılan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin 213'ü (%94,2) tıp fakültesini bitirdikten sonra tıpta uzmanlık eğitimi almayı düşündüğünü belirtmiştir (Şekil-9).



Şekil-9: Tıpta uzmanlık eğitimi alma düşüncesinin yüzdesel dağılımı

Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim almak istedikleri uzmanlık alanları incelendiğinde, sırasıyla 30'unun (%13,3) aile hekimliği, 17'sinin (%7,5) ruh sağlığı ve hastalıkları, 15'inin (%6,8) iç hastalıkları ve 15'inin (%6,8) acil tıp uzmanlığını tercih ettikleri, 5 öğrencinin (%2,2) kararsız olduğu ve 13 öğrencinin (%5,8) ise uzmanlık eğitimi alma düşüncesinin olmadığı gözlenmiştir. Tercih edilme sayısı 5'ten az olan uzmanlık alanları "Diğer" seçeneği altında gruplandırılmıştır. Bu grup toplamda 20 öğrenciden (%8,8) oluşmaktadır. "Diğer" grubu içerisindeki 20 öğrenciden sırasıyla; 4'ünün (%1,8) kardiyoloji, 4'ünün (%1,8) spor hekimliği, 4'ünün (%1,8) radyoloji, 3'ünün (%1,3) klinik mikrobiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları, 3'ünün (%1,3) nükleer tıp uzmanlığı ve 2'sinin yurtdışında herhangi bir uzmanlık yapma düşüncesi olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin uzmanlık tercihlerinin dağılımları Şekil-10'da gösterilmiştir.



Şekil-10: Öğrencilerin uzmanlık yapmak istedikleri branş tercihlerine göre yüzdesel dağılımı

Öğrencilerin uzmanlık yapmak istedikleri bilim dalları dahili ve cerrahi olarak gruplandırıldığında (n=183); 76 (%41,5) öğrencinin cerrahi bilimleri, 107 (%58,5) öğrencinin ise dahili bilimleri istediği saptanmıştır. Uzmanlık yapmak istedikleri branşı (cerrahi bilim veya dâhili bilim) tercih durumu cinsiyete göre

kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,005$). Ancak kızların dâhili birimleri, erkeklerin de cerrahi birimleri sayıca daha fazla tercih etmek istedikleri görülmüştür (Tablo-5).

Tablo-5: Çalışmaya katılan öğrencilerin seçmek istedikleri bilim dallarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılması

			Cinsiyet		Toplam	p değeri
			Erkek	Kadın		
Cerrahi ve Dahili Bilim İstekleri	Cerrahi	n	45	31	76	0,074 ^a
		%	24,6	16,9	41,5	
	Dahili	n	49	58	107	
		%	26,8	31,7	58,5	
Toplam		n	94	89	183	
		%	51,4	48,6	100,0	

a: Ki-kare testi

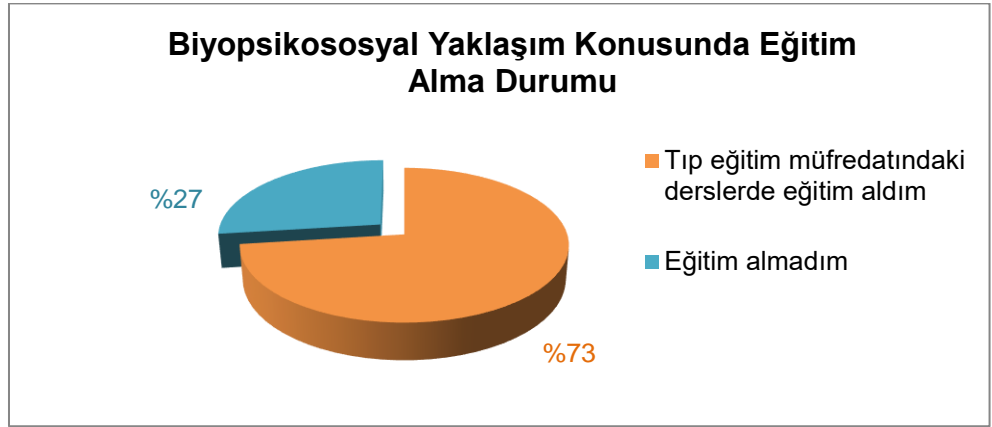
Çalışmaya dâhil edilen öğrencilerin demografik verileri Tablo-6'da gösterilmiştir.

Tablo-6: Çalışmaya katılan öğrencilerin demografik verileri

		n	%
Cinsiyet	Erkek	114	50,4
	Kadın	112	49,6
Medeni Durum	Evli	7	3,1
	Bekâr	219	96,9
Tıpta Uzmanlık Eğitimi Alma Düşüncesi Durumu	Evet	213	94,2
	Hayır	13	5,8

4.2. Biyopsikososyal Yaklaşım ile İlgili Sorulara İlişkin Bulgular

Tıp eğitim hayatı boyunca, biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alma durumlarına bakıldığında öğrencilerin; 165'i (%73) tıp eğitim müfredatında yer alan eğitimlere katıldığını, 61'i (%27) ise daha önce böyle bir eğitime katılmadığını ifade etmiştir (Şekil-11).



Şekil-11: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alma durumu

Tıp eğitimi süresince eğitim müfredatında yer alan biyopsikososyal yaklaşım konusunda herhangi bir eğitime katılan 165 (%73) öğrencinin, hangi dersten veya derslerden fayda gördüğünü anlamaya yönelik soru incelendiğinde öğrencilerin; 108'i (%48) aile hekimliğinde anlatılan teorik derslerden, 93'ü (%41,3) aile hekimliğinde film izletilerek yapılan derslerden, 14'ü (%6,2) etik derslerinden ve 13'ü (%5,8) hangi ders olduğunu belirtmediği diğer derslerden fayda gördüğünü belirtmiştir (Tablo-7).

Tablo-7: Öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda faydalandıkları dersler

Faydalanılan Dersler	n	%
Aile hekimliğinde anlatılan teorik dersler	108	48,0
Aile hekimliğinde film izletilerek yapılan dersler	93	41,3
Hiçbir derse katılmayanlar	61	27,1
Etik dersleri	14	6,2
Diğer stajlarda verilen biyopsikososyal eğitim	13	5,8
Klinik stajlardaki hasta başı eğitimi	10	4,4
Halk sağlığı dersleri	8	3,6
Seçmeli dersler	5	2,2
Toplam	312^a	138,7

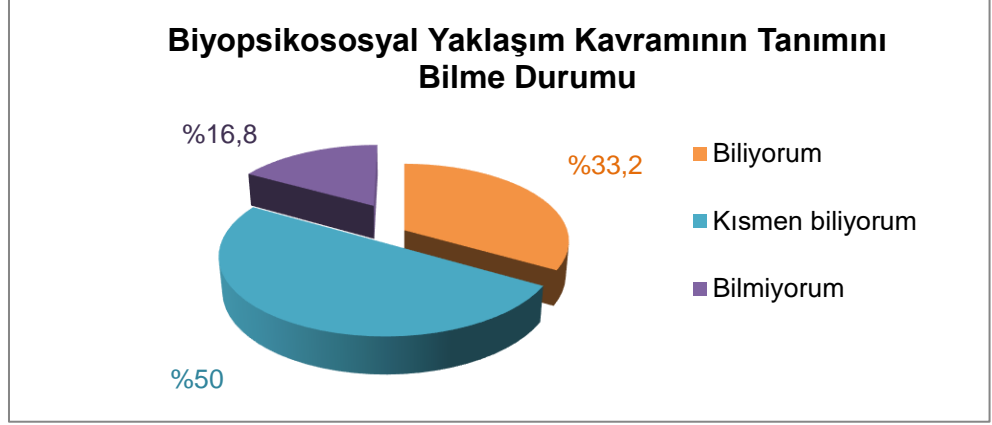
a: Çoklu yanıt olduğu için “n” sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Biyopsikososyal yaklaşım konusunda tıp fakültesi müfredatında yer alan derslere katılan öğrencilerin faydalandıkları aile hekimliği derslerinin gruplandırılması Tablo-8’de verilmiştir.

Tablo-8: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda faydalandıkları aile hekimliği derslerinin gruplandırılması

Öğrencilerin Katılıp Fayda Gördüğü Aile Hekimliği Dersi veya Dersleri	n	%
Sadece film izletilerek yapılan derslere katılanlar	40	17,7
Sadece teorik derslere katılanlar	55	24,3
Film izletilerek yapılan ve teorik olarak anlatılan derslerin her ikisine de katılanlar	53	23,5
Toplam	148	65,5

Çalışmaya katılan öğrencilerin; 75’i (%33,2) “biyopsikososyal yaklaşım” kavramının tanımını bildiğini belirtirken, 113’ü (%50) kısmen bildiğini, 38’i (%16,8) bilmediğini belirtmiştir (Şekil-12).



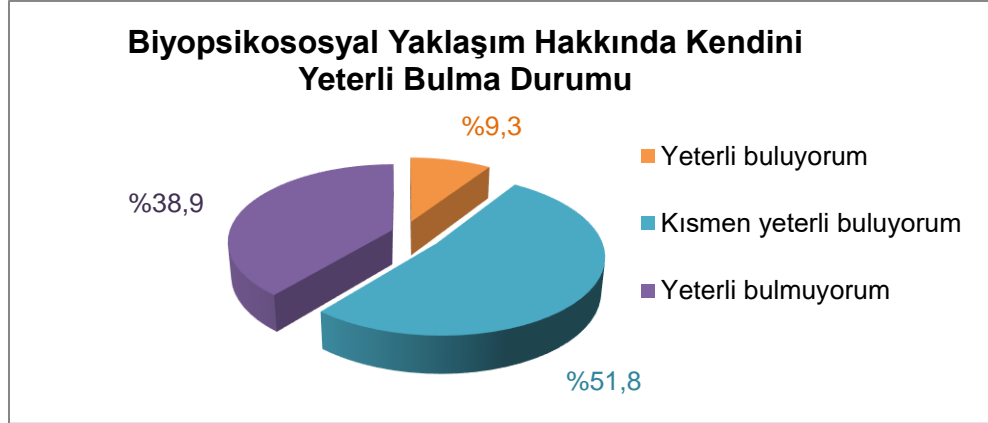
Şekil-12: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım kavramını bilme durumu

Biyopsikososyal yaklaşım kelimesinin neyi çağrıştırdığı açık uçlu soru ile sorulduğunda öğrencilerin; 60'ı (%26,5) “insanı hem biyolojik hem psikolojik hem de sosyal açıdan değerlendirmek”, 52'si (%23) “bütüncül yaklaşım”, 20'si (%8,8) “insanı oluşturan bütün etkenlerin uyum içinde olması” ve 13'ü (%5,8) “hasta merkezli yaklaşım” cevaplarını vermiştir (Tablo-9).

Tablo-9: Çalışmaya katılan öğrencilere açık uçlu sorulan biyopsikososyal yaklaşımın tanımına verilen yanıtlar

Biyopsikososyal Kelimesinin Neyi Çağrıştırdığı	n	%
Kişiyi hem biyolojik hem psikolojik hem de sosyal açıdan değerlendirmek	60	26,5
Bütüncül yaklaşım	52	23,0
İnsanı oluşturan tüm etkenlerin uyum içinde olması	20	8,8
Hasta merkezli yaklaşım	13	5,8
Her açıdan tam iyilik hali	13	5,8
Diğer	12	5,3
Sadece hastalığı değil, hastayı her yönden değerlendirme	11	4,9
İnsanın yaşadığı çevrenin ve psikolojisinin sağlık üzerine etkileri	11	4,9
İnsan biyolojisinin psikolojiye ve çevreye etkisi	11	4,9
İnsanın kendisi	8	3,5
Sosyoloji ve psikolojinin insan üzerine etkileri	8	3,5
Herhangi bir şey çağrıştırmıyor	7	3,1
Toplam	226	100,0

Çalışmaya katılan öğrencilere biyopsikososyal yaklaşım hakkındaki bilgilerinin yeterliliği sorgulandığında; 21'inin (%9,3) kendini yeterli bulduğu, 117'sinin (%51,8) kendini kısmen yeterli bulduğu ve 88'inin (%38,9) kendini yeterli bulmadığı belirlenmiştir (Şekil-13).



Şekil-13: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım hakkında kendilerini yeterli bulma durumu

Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alma ve biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilme durumları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,01$). Biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilen öğrencilerin büyük çoğunluğu biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitime katılmıştır (Tablo-10).

Tablo-10: Öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alma ve biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilme durumunun karşılaştırılması

			BPS yaklaşım konusunda eğitime katılıma durumu		Toplam	p değeri
			Katılmadım	Katıldım		
BPS yaklaşımın tanımını bilme durumu	Evet	n	6	69	75	0,000^a
		%	2,7	30,5	33,2	
	Hayır	n	23	15	38	
		%	10,2	6,6	16,8	
	Kısmen	n	32	81	113	
		%	14,2	35,8	50,0	
Toplam		n	61	165	226	
		%	27,0	73,0	100,0	

a: Ki-kare testi

Biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alanların %9,3'ü (n=21) kendini yeterli bulurken, %19'unun (n=43) yeterli bulmadığı; eğitim almayanlar içerisinde kendini yeterli bulan olmazken (n=0), %19,9'unun (n=45) yetersiz bulunduğu saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo-11).

Tablo-11: Öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alma ve kendini yeterli bulma durumlarının karşılaştırılması

			BPS yaklaşım konusunda eğitime katılıma durumu		Toplam	p değeri
			Katılmadım	Katıldım		
BPS yaklaşım konusunda kendini yeterli bulma durumu	Buluyorum	n	0	21	21	0,000^a
		%	0,0	9,3	9,3	
	Kısmen buluyorum	n	16	101	117	
		%	7,1	44,7	51,8	
	Bulmuyorum	n	45	43	88	
		%	19,9	19,0	38,9	
Toplam		n	61	165	226	
		%	27,0	73,0	100,0	

a: Ki-kare testi

Biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitime katılma durumu ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,006$). Kadın öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla daha yüksek oranda eğitime katıldığı gözlenmiştir (Tablo-12).

Tablo-12: Biyopsikososyal yaklaşım konusundaki eğitime katılma durumu ve cinsiyetin karşılaştırılması

			Cinsiyet		Toplam	p değeri
			Erkek	Kadın		
BPS yaklaşım konusunda eğitime katılma durumu	Katılmadım	n	40	21	61	0,006^a
		%	17,7	9,3	27,0	
	Katıldım	n	74	91	165	
		%	32,7	40,3	73,0	
Toplam		n	114	112	226	
		%	50,4	49,6	100,0	

a: Ki-kare testi

Biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilme durumu ve cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde, “hayır” cevabı veren erkek ve kız öğrenciler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,019$). Biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilme sorusuna erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla oranda “hayır” cevabı verdiği gözlenmiştir (Tablo-13).

Tablo-13: Biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilme durumunun cinsiyete göre kıyaslanması

			Cinsiyet		Toplam	p değeri
			Erkek	Kadın		
BPS yaklaşımın tanımını bilme durumu	Evet	n	34 _a	41 _a	75	0,019^c
		%	15,0	18,1	33,2	
	Hayır	n	26 _a	12 _b	38	
		%	11,5	5,3	16,8	
	Kısmen	n	54 _a	59 _a	113	
		%	23,9	26,1	50,0	
Toplam		n	114	112	226	
		%	50,4	49,6	100,0	

a, b: Harfler, kıyaslanan sütuna göre satırda olan farklılıkları göstermek için kullanılmıştır. Aynı satırdaki değişik harfler istatistiksel olarak anlamlı farkı göstermektedir.

c: Ki-kare testi

Biyopsikososyal yaklaşım hakkındaki bilgisini yeterli bulma durumu ve cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde ise, kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre kendilerini biyopsikososyal yaklaşım konusunda daha yeterli bulduğu gözlenmiştir. Kendini yeterli bulan kadın ve erkek öğrenciler arasındaki fark beklenen ve gözlenen değerler kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,045) (Tablo-14).

Tablo-14: Biyopsikososyal yaklaşım konusunda kendini yeterli bulma durumunun cinsiyete göre kıyaslanması

			Cinsiyet		Toplam	p değeri
			Erkek	Kadın		
BPS yaklaşım konusunda kendini yeterli bulma durumu	Buluyorum	n	6 ^a	15 ^b	21	0,045^c
		%	2,7	6,6	9,3	
	Kısmen buluyorum	n	58 ^a	59 ^a	117	
		%	25,7	26,1	51,8	
	Bulmuyorum	n	50 ^a	38 ^a	88	
		%	22,1	16,8	38,9	
Toplam		n	114	112	226	
		%	50,4	49,6	100,0	

a, b: Harfler, kıyaslanan sütuna göre satırda olan farklılıkları göstermek için kullanılmıştır. Aynı satırdaki değişik harfler istatistiksel olarak anlamlı farkı göstermektedir.

c: Ki-kare testi

4.3. Hasta - Hekim Yönelim Ölçeğine (HHYÖ) ve Jefferson Hekim Empati Ölçeğine - Öğrenci Versiyonu (JSPE-S) İlişkin Bilgiler

Araştırmaya katılan öğrencilerin (n=226) Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği (HHYÖ) toplam puan ortalaması $3,76\pm 0,73$ olup elde edilen puanlar 1,71 ile 5,57 arasındadır. Ölçeğin “bakım” alt boyutu için puan ortalaması $4,59\pm 0,83$ olup elde edilen puanlar 1,67 ile 6,00 arasındadır. Ölçeğin “paylaşım” alt boyutu için puan ortalaması $3,14\pm 0,83$ olup elde edilen puanlar 1,00 ile 5,38 arasındadır (Tablo-15). Ölçeğin hem toplamı hem de alt boyutları için puan ortalamaları değerlendirildiğinde; öğrencilerin hasta-hekim merkezli ilişkide “bakım” alt boyutu için ılımlı (orta) derecede hasta yönelimli olduğu saptanmıştır.

Tablo-15: Katılımcıların toplam HHYÖ, paylaşım ve bakım ölçeklerine ait bulgular

	Madde Sayısı	n	Ortalama	Standart Sapma	Alt Sınır	Üst Sınır
HHYÖ toplam puan	14	226	3,7683	0,73549	1,71	5,57
HHYÖ “paylaşım” alt boyutu	8	226	3,1471	0,83736	1,00	5,38
HHYÖ “bakım” alt boyutu	6	226	4,5966	0,83733	1,67	6,00

Araştırmaya katılan öğrencilerin HHYÖ'ye verdikleri yanıtlar incelendiğinde, en fazla puan ($4,52\pm 1,42$) alan madde “Hastanın yaşam tarzı ve değerleri ile uyuşmayan tedavi planı başarılı olamaz.” iken en az puan ($2,05\pm 1,46$) alan madde “Hastalarına karşı açık sözlü ve samimi davranan hekimler genelde başarılı olamazlar.” olmuştur. Öğrencilerin en fazla ve en az puan aldıkları ilk üç madde ile bu maddelerin ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo-16’da gösterilmiştir.

Tablo-16: HHYÖ'den sırasıyla en az ve en fazla puan alınan ilk 3 maddenin ortalama ve standart sapma değerleri

	Maddeler	n	Ortalama	Standart Sapma
En az puan alan 3 madde	Hastalarına karşı açık sözlü ve samimi davranan hekimler genelde başarılı olamazlar.	226	2,05	1,14
	Hekimler hastalarına özgeçmişleri hakkında çok soru sorduklarında, onların özel hayatına gereğinden fazla karışmış olurlar.	226	2,20	1,30
	Eğer hekim tanı ve tedavide gerçekten iyi ise, hasta ile nasıl bir ilişki kurduğunun bir önemi kalmaz.	226	2,20	1,28
En fazla puan alan 3 madde	Hastanın hekimi ile hemfikir olmaması, ona güven ve saygı duymadığının bir göstergesidir.	226	3,05	1,41
	Hastaların kendi başlarına tıbbi bilgiler edinmeleri, genellikle yardımcı olmaktan çok onların kafalarını karıştırır.	226	4,28	1,46
	Hastanın yaşam tarzı ve değerleri ile uyuşmayan tedavi planı başarılı olamaz.	226	4,52	1,42

Araştırmaya katılan öğrencilerin (n=226) Jefferson Hekim Empati Ölçeği-Öğrenci Versiyonu (JSPE-S) toplam puan ortalaması $100,6 \pm 16,6$ olup elde edilen puanlar 51 ve 130 arasındadır. Ölçeğin “perspektif alma” alt boyutu için toplam puan ortalaması $44,76 \pm 9,15$ olup elde edilen puanlar 14 ve 60 arasındadır. “Kapsamlı bakım” alt boyutu için toplam puan ortalaması $54,06 \pm 7,49$ olup elde edilen puanlar 20 ve 56 arasındadır. “Hasta ayakkabısını giyme” alt boyutu için toplam puan ortalaması $10,86 \pm 2,31$ olup elde edilen puanlar 4 ile 14 arasındadır (Tablo-17).

Tablo-17: Katılımcıların toplam JSPE-S ve alt boyut ölçeklerine ait bulgular

	Madde Sayısı	n	Ortalama	Standart Sapma	Alt Sınır	Üst Sınır
JSPE-S toplam puan	20	226	100,6991	16,60864	51,00	130,00
JSPE-S “perspektif alma” alt boyutu	10	226	44,7655	9,15704	14,00	60,00
JSPE-S “şefkatli bakım” alt boyutu	8	226	45,0664	7,49815	20,00	56,00
JSPE-S “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutu	2	226	10,8673	2,31710	4,00	14,00

Öğrencilerin JSPE-S'den maddelerinden aldığı ortalama puanlar incelendiğinde, en fazla puan alınan madde “Hastalarımın neler hissettiklerini anladığımda, onlar da kendilerini daha iyi hissederler.” olduğu görülmektedir ($4,98 \pm 1,06$). Öğrencilerin en az puan aldığı madde ise “Tıbbi olmayan literatürleri okumaktan ve sanatla ilgilenmekten hoşlanmam.” olduğu görülmektedir ($1,77 \pm 1,08$). Öğrencilerin en fazla ve en az puan aldıkları ilk üç madde ile bu maddelerin ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo-18 'de gösterilmiştir.

Tablo-18: JSPE-S'den sırasıyla en az ve en fazla puan alınan ilk 3 maddenin ortalama ve standart sapma değerleri

	Maddeler	n	Ortalama	Standart Sapma
En Az Puan Alan 3 Madde	Tıbbi olmayan literatürleri okumaktan ve sanatla ilgilenmekten hoşlanmam.	226	1,77	1,08
	Hastaların fiziksel şikayetlerini anlamak için, günlük yaşamlarında neler olduğunu sorgulamak önemsiz bir faktördür.	226	1,97	1,09
	Hastalarım ile görüşürken, öykülerini alırken duygularına dikkat etmeye çalışmam.	226	2,24	1,17
En Fazla Puan Alan 3 Madde	Hastalarımın neler hissettiklerini anlamam, uygulanacak tedaviyi güvenli bir şekilde kabul etmelerini sağlar.	226	4,71	1,11
	Hekim - hasta ilişkisinde sözlü iletişim kadar hastanın beden dilini anlamamın da önemli olduğunu düşünüyorum.	226	4,83	1,13
	Hastalarımın neler hissettiklerini anladığımda, onlar da kendilerini daha iyi hissederler.	226	4,89	1,06

Çalışmaya katılan öğrencilerin HHYÖ'den aldıkları puanlar cinsiyete göre kıyaslandığında, HHYÖ ortalama puanı ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,005$). HHYÖ alt boyuttaki ölçeklerden alınan puanlar cinsiyete göre kıyaslandığında; "paylaşım" ve "bakım" alt boyutu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,019$; $p=0,001$). HHYÖ ve bu ölçeğin alt boyutlarında kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre hasta-hekim ilişkisinde hasta merkezli oldukları sonucuna varılmıştır. Öğrencilerin cinsiyeti ile JSPE-S ve alt boyut ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,005$). Ancak kızların ortalama puanının erkeklerden yüksek olduğu görülmüştür. Öğrencilerin cinsiyete göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları ve karşılaştırmaları Tablo-19'da gösterilmiştir.

Tablo-19: Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart sapma	p değeri ^a
HHYÖ toplam puan	Erkek	114	3,63	0,79	0,005
	Kadın	112	3,90	0,64	
HHYÖ “paylaşım” alt boyutu	Erkek	114	3,03	0,89	0,019
	Kadın	112	3,26	0,76	
HHYÖ “bakım” alt boyutu	Erkek	114	4,42	0,92	0,001
	Kadın	112	4,77	0,70	
JSPE-S toplam puan	Erkek	114	98,62	17,72	0,085
	Kadın	112	102,81	15,17	
JSPE-S “perspektif alma” alt boyutu	Erkek	114	43,60	10,12	0,179
	Kadın	112	45,94	7,92	
JSPE-S “şefkatli bakım” alt boyutu	Erkek	114	44,43	7,83	0,253
	Kadın	112	45,70	7,12	
JSPE-S “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutu	Erkek	114	10,57	2,46	0,091
	Kadın	112	11,16	2,12	

a: Mann-Whitney U Testi

Çalışmaya katılan öğrencilerin uzmanlık yapmak istedikleri branş grubu (dahili bilim veya cerrahi bilim) ile ölçeklerden aldıkları puanlar kıyaslandığında; HHYÖ toplam puan ortalaması ($p=0,002$), “bakım” ($p=0,001$) ve “paylaşım” ($p=0,009$) alt boyut ölçeklerinin toplam puan ortalaması, JSPE-S toplam puanı ($p=0,000$), “perspektif” ($p=0,000$) ve “şefkatli bakım” ($p=0,031$) alt boyut ölçeklerinin toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Öğrencilerin uzmanlık yapmak istedikleri branş grubu ile JSPE-S’nin “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyut ölçeği arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,005$). JSPE-S’nin “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyut ölçeği hariç diğer tüm ölçek ve alt boyutlarda dahili bilim tercih etmeyi düşünen öğrencilerin, cerrahi bilim tercih etmeyi düşünen öğrencilere göre empati düzeyinin daha yüksek ve hasta-hekim ilişkisinde hasta merkezli

olduğu sonucuna varılmıştır. Öğrencilerin uzmanlık yapmak istedikleri branş grubuna göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları ve karşılaştırılmaları Tablo-20’de gösterilmiştir.

Tablo-20: Çalışmaya katılan öğrencilerin uzmanlık yapmak istedikleri branş grubuna göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt Boyutları	Öğrencilerin Uzmanlık Yapmak İstedikleri Branş Grubu	n	Ortalama	Standart Sapma	p değeri ^a
JSPE-S toplam puan	Cerrahi Bilim	76	94,89	19,54	0,000
	Dâhili Bilim	107	105,00	11,78	
JSPE-S “perspektif alma” alt boyutu	Cerrahi Bilim	76	41,15	11,15	0,000
	Dâhili Bilim	107	47,25	6,27	
JSPE-S “şefkatli bakım” alt boyutu	Cerrahi Bilim	76	43,36	8,57	0,031
	Dâhili Bilim	107	46,53	6,05	
JSPE-S “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutu	Cerrahi Bilim	76	10,36	2,69	0,130
	Dâhili Bilim	107	11,22	1,78	
HHYÖ toplam puan	Cerrahi Bilim	76	3,55	0,84	0,002
	Dâhili Bilim	107	3,93	0,59	
HHYÖ “paylaşım” alt boyutu	Cerrahi Bilim	76	2,98	0,91	0,009
	Dâhili Bilim	107	3,25	0,75	
HHYÖ “bakım” alt boyutu	Cerrahi Bilim	76	4,32	0,99	0,001
	Dâhili Bilim	107	4,84	0,60	

a: Mann-Whitney U Testi

Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilme durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanlar kıyaslandığında; tüm ölçeklerde ve alt boyutlarda anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilen öğrencilerin hasta-hekim ilişkisinde hasta merkezli olduğu anlaşılmıştır. Yine biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilen öğrencilerin empati skoru, tanımı kısmen bilenlere ve hiç bilmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilme durumuna göre ölçeklerden ve alt boyut ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları ve karşılaştırmaları Tablo-21’de verilmiştir.

Tablo-21: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşımın tanımını bilme durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt Boyutları	Biyopsikososyal Yaklaşımın Tanımını Bilme Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	p değeri ^a
JSPE-S toplam puan	Evet	75	106,86	11,81	0,003
	Kismen	113	98,74	16,63	
	Hayır	38	94,34	20,74	
JSPE-S “perspektif alma” alt boyutu	Evet	75	47,61	7,47	0,022
	Kismen	113	43,76	8,98	
	Hayır	38	42,13	11,27	
JSPE-S “şefkatli bakım” alt boyutu	Evet	75	47,50	4,96	0,006
	Kismen	113	44,46	7,85	
	Hayır	38	42,05	9,13	
JSPE-S “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutu	Evet	75	11,74	1,57	0,001
	Kismen	113	10,52	2,42	
	Hayır	38	10,15	2,71	
HHYÖ toplam puan	Evet	75	4,09	0,61	0,000
	Kismen	113	3,71	0,67	
	Hayır	38	3,28	0,84	
HHYÖ “paylaşım” alt boyutu	Evet	75	3,46	0,82	0,000
	Kismen	113	3,07	0,77	
	Hayır	38	2,74	0,83	
HHYÖ “bakım” alt boyutu	Evet	75	4,93	0,54	0,000
	Kismen	113	4,57	0,80	
	Hayır	38	3,99	1,06	

a: Kruskal Wallis Testi

Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda kendini yeterli bulma durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanlar kıyaslandığında tüm ölçeklerde ve alt boyutlarda anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Biyopsikososyal yaklaşım konusunda kendini yeterli ve kısmen yeterli bulan öğrencilerin ölçeklerden aldıkları puanlar, kendini yeterli bulmayan öğrencilerle kıyaslandığında anlamlı derecede daha yüksek

bulunmuştur. Biyopsikososyal yaklaşım konusunda kendini yeterli bulan öğrencilerin empati düzeyinin daha yüksek ve hasta-hekim ilişkisinde hasta yönelimli oldukları belirlenmiştir. Öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda kendilerini yeterli bulma durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları ve karşılaştırılması Tablo-22’de gösterilmiştir.

Tablo-22: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda kendini yeterli bulma durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt Boyutları	Biyopsikososyal yaklaşım konusunda kendini yeterli bulma durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	p değeri ^a
JSPE-S toplam puan	Buluyorum	21	111,61	11,77	<u>0,001</u>
	Kısmen buluyorum	117	101,62	15,18	
	Bulmuyorum	88	96,86	18,14	
JSPE-S “perspektif alma” alt boyutu	Buluyorum	21	50,19	6,96	<u>0,009</u>
	Kısmen buluyorum	117	45,02	8,80	
	Bulmuyorum	88	43,12	9,61	
JSPE-S “şefkatli bakım” alt boyutu	Buluyorum	21	49,14	4,77	<u>0,007</u>
	Kısmen buluyorum	117	45,59	6,38	
	Bulmuyorum	88	43,38	8,86	
JSPE-S “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutu	Buluyorum	21	12,28	1,27	<u>0,002</u>
	Kısmen buluyorum	117	11,00	2,26	
	Bulmuyorum	88	10,35	2,43	
HHYÖ toplam puan	Buluyorum	21	4,48	0,60	<u>0,000</u>
	Kısmen buluyorum	117	3,82	0,65	
	Bulmuyorum	88	3,52	0,74	
HHYÖ “paylaşım” alt boyutu	Buluyorum	21	3,95	0,90	<u>0,000</u>
	Kısmen buluyorum	117	3,21	0,77	
	Bulmuyorum	88	2,86	0,76	
HHYÖ “bakım” alt boyutu	Buluyorum	21	5,18	0,48	<u>0,001</u>
	Kısmen buluyorum	117	4,64	0,70	
	Bulmuyorum	88	4,39	0,98	

a: Kruskal Wallis Testi

Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusundaki eğitime katılma durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanlar kıyaslandığında tüm ölçeklerde ve alt boyutlarda anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Eğitime katılan öğrencilerin, katılmayan öğrencilere göre empati düzeyi yüksek saptanmış ve hasta-hekim ilişkisinde hasta yönelimli oldukları bulunmuştur. Öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusundaki eğitime katılma durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları ve karşılaştırılması Tablo-23'te verilmiştir.

Tablo-23: Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusundaki eğitime katılma durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt Boyutları	Biyopsikososyal yaklaşım konusundaki eğitime katılma durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	p değeri ^a
JSPE-S toplam puan	Katılmadım	61	92,86	19,71	0,000
	Katıldım	165	103,59	14,31	
JSPE-S “perspektif alma” alt boyutu	Katılmadım	61	40,63	11,06	0,001
	Katıldım	165	46,29	7,84	
JSPE-S “şefkatli bakım” alt boyutu	Katılmadım	61	42,08	9,73	0,015
	Katıldım	165	46,16	6,16	
JSPE-S “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutu	Katılmadım	61	10,14	2,87	0,034
	Katıldım	165	11,13	2,01	
HHYÖ toplam puan	Katılmadım	61	3,44	0,82	0,001
	Katıldım	165	3,88	0,66	
HHYÖ “paylaşım” alt boyutu	Katılmadım	61	2,86	0,84	0,002
	Katıldım	165	3,25	0,81	
HHYÖ “bakım” alt boyutu	Katılmadım	61	4,21	1,06	0,004
	Katıldım	165	4,73	0,68	

a: Mann-Whitney U Testi

Biyopsikososyal yaklaşım konusunda tıp fakültesi müfredatında yer alan derslere katılan öğrencilerin faydalandıkları aile hekimliği derslerine göre ölçeklerden aldıkları puanlar kıyaslandığında; JSPE-S toplam puanı, JSPE-S

“perspektif alma” alt boyutu, JSPE-S “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutu ve HHYÖ “bakım” alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Aile hekimliğinde yapılan film izleme ve teorik eğitimleri kıyaslandığında, empati ve hasta yönelimli olma açısından film izletilerek yapılan aile hekimliği derslerinin daha faydalı olduğu gözlenmiştir. Öğrencilerin aile hekimliğinde fayda gördüğü derslere göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları ve karşılaştırılması Tablo-24’te gösterilmiştir.

Tablo-24: Öğrencilerin aile hekimliğinde fayda gördüğü derslere göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları ve karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt Boyutları	Aile Hekimliğinde Fayda Görülen Dersler	n	Ortalama	Standart Sapma	p değeri ^a
JSPE-S toplam puan	Film izletilerek yapılan dersler	40	105,45	9,40	0,027
	Teorik olarak anlatılan dersler	55	102,09	13,56	
	Her iki derse de katılanlar	53	107,92	12,59	
JSPE-S “perspektif alma” alt boyutu	Film izletilerek yapılan dersler	40	47,82	6,03	0,026
	Teorik olarak anlatılan dersler	55	44,96	7,64	
	Her iki derse de katılanlar	53	48,41	6,94	
JSPE-S “şefkatli bakım” alt boyutu	Film izletilerek yapılan dersler	40	46,57	4,27	0,389
	Teorik olarak anlatılan dersler	55	46,25	5,97	
	Her iki derse de katılanlar	53	47,71	5,47	
JSPE-S “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutu	Film izletilerek yapılan dersler	40	11,05	1,60	0,017
	Teorik olarak anlatılan dersler	55	10,87	2,10	
	Her iki derse de katılanlar	53	11,79	1,75	
HHYÖ toplam puan	Film izletilerek yapılan dersler	40	3,87	0,47	0,087
	Teorik olarak anlatılan dersler	55	3,81	0,59	
	Her iki derse de katılanlar	53	4,11	0,64	
HHYÖ “paylaşım” alt boyutu	Film izletilerek yapılan dersler	40	3,20	0,60	0,210
	Teorik olarak anlatılan dersler	55	3,16	0,77	
	Her iki derse de katılanlar	53	3,46	0,88	
HHYÖ “bakım” alt boyutu	Film izletilerek yapılan dersler	40	4,76	0,49	0,029
	Teorik olarak anlatılan dersler	55	4,68	0,55	
	Her iki derse de katılanlar	53	4,98	0,56	

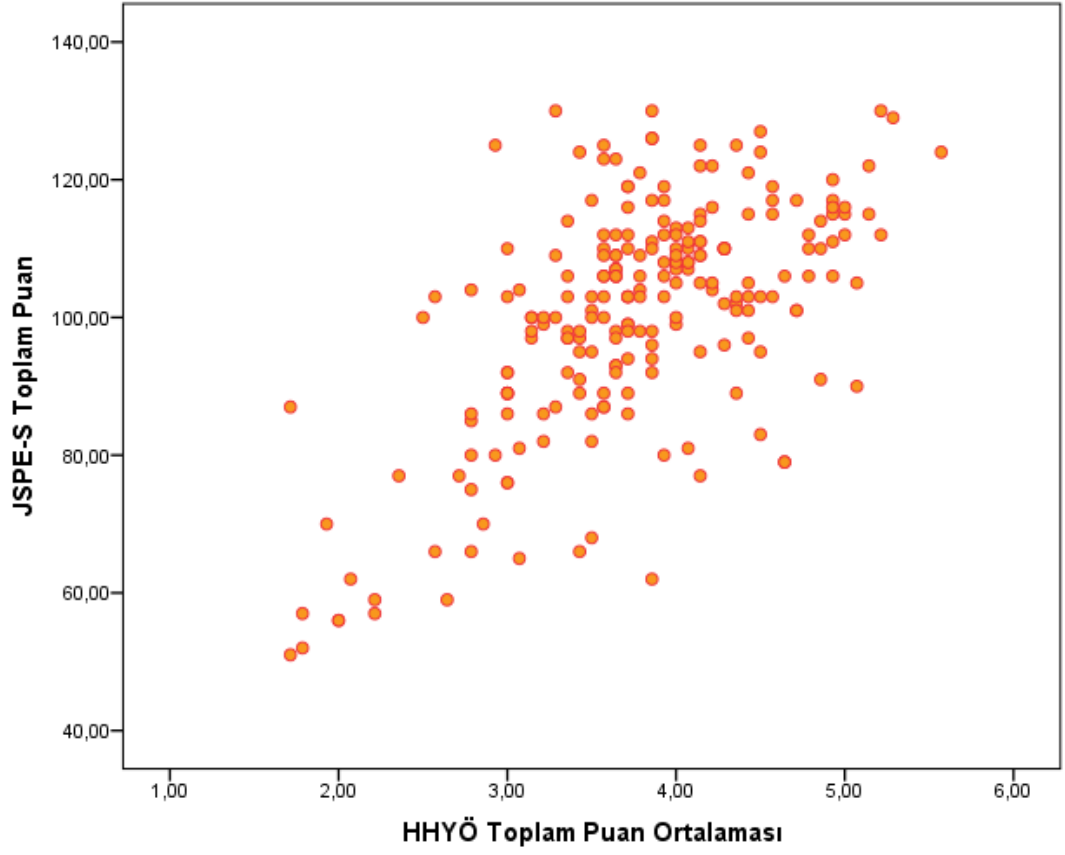
a: Kruskal Wallis Testi

Çalışmaya katılan öğrencilerin JSPE-S ve HHYÖ'den aldıkları puanlar incelendiğinde iki değişken arasında anlamlı derecede pozitif yönde ve orta derecede ilişki olduğu saptanmıştır ($r(226)=0,54$, $p<0,01$). Değişkenler arasındaki ilişki Tablo-25'te ve Şekil-14'te gösterilmiştir.

Tablo-25: JSPE-S ve alt boyut ölçekleri ile HHYÖ ve alt boyut ölçekleri puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		JSPE-S toplam puan	JSPE-S “perspektif alma” alt boyutu	JSPE-S “şefkatli bakım” alt boyutu	JSPE-S “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutu	HHYÖ toplam puan ortalaması	HHYÖ “paylaşım” alt boyutu	HHYÖ “bakım” alt boyutu
JSPE-S toplam puan	Korelasyon değeri	1,00	<u>.891*</u>	<u>.845*</u>	<u>.704*</u>	<u>.547*</u>	<u>.375*</u>	<u>.654*</u>
	p değeri	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n	226	226	226	226	226	226	226
JSPE-S “perspektif alma” alt boyutu	Korelasyon değeri		1,00	<u>.569*</u>	<u>.504*</u>	<u>.452*</u>	<u>.320*</u>	<u>.537*</u>
	p değeri		.	,000	,000	,000	,000	,000
	n		226	226	226	226	226	226
JSPE-S “şefkatli bakım” alt boyutu	Korelasyon değeri			1,00	<u>.675*</u>	<u>.545*</u>	<u>.373*</u>	<u>.630*</u>
	p değeri			.	,000	,000	,000	,000
	n			226	226	226	226	226
JSPE-S “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutu	Korelasyon değeri				1,00	<u>.488*</u>	<u>.359*</u>	<u>.533*</u>
	p değeri				.	,000	,000	,000
	n				226	226	226	226
HHYÖ toplam puan	Korelasyon değeri					1,00	<u>.917*</u>	<u>.782*</u>
	p değeri					.	,000	,000
	n					226	226	226
HHYÖ “paylaşım” alt boyutu	Korelasyon değeri						1,00	<u>.501*</u>
	p değeri						.	,000
	n						226	226
HHYÖ “bakım” alt boyutu	Korelasyon değeri							1,00
	p değeri							.
	n							226

*:Spearman korelasyon katsayısı



Şekil-14: JSPE-S toplam puanı ile HHYÖ toplam puan ortalaması arasındaki ilişkinin grafiksel gösterimi

5. TARTIŞMA

Tıp fakültesi öğrencilerinde eğitim ilerledikçe iletişim becerilerinde düşüş eğilimi görülmekte, zamanla bütüncül hasta bakımı konusundaki bakış açıları kaybolmaktadır. Yapılan çalışmalarda tıp fakültelerinde klinik rotasyonların başladığı dönemden itibaren öğrencilerin hasta-hekim ilişkisi bozulmaya başlayıp daha az empati kurdukları, daha az hasta merkezli oldukları ve daha az hassas oldukları saptanmıştır (103–105). Ayrıca tıp eğitiminin özellikle intörlük ve asistanlık döneminin duygusal ve fiziksel etkileri empatiyi baskılamakta, hastayla görüşme sırasında geliştirilen farklı konuşma teknik ve yaklaşımları ne yazık ki alaycılığa kadar varabilmektedir (6). Çalışmamızda, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin; biyopsikososyal yaklaşım bilgisinin sorgulanması, bu bilgilerin hangi ders ve stajlarda kazandığının öğrenilmesi, hasta merkezli yaklaşım ve empati düzeylerinin değerlendirilip arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin büyük kısmının (%73) biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitimlere katıldığı; ancak çok az bir kısmının (%9,3) kendini bu konuda yeterli gördüğü belirlenmiştir.

Tıp fakültesi doktorlarında empati ve biyopsikososyal yaklaşımın değerlendirilmesini amaçlayan Çiçek ve ark. tarafından yapılan çalışmada, 203 katılımcının 143'ü (%70) erkeklerden oluşmaktadır ve katılımcıların yaş ortalaması 29.73 olarak tespit edilmiştir (8). İngiltere'de tıp öğrencilerindeki empati düzeyinin değerlendirilmesini amaçlayan Tavakol ve ark. tarafından yapılan çalışmaya, 853 tıp öğrencisi katılmıştır. Katılan öğrencilerin 470'i (%55,1) kadın, 351'i (%41,1) erkek öğrencilerden oluşup yaşları 18 ile 35 arasında saptanmıştır (106). Bizim çalışmamıza yaşları 22 ile 30 arasında değişen (ortalama yaş değeri 24,19); 114'ü (%50,4) erkek, 112'si (%49,6) kadın olmak üzere toplamda 226 tıp fakültesi son sınıf öğrencisi katılmıştır. Çalışmalardaki farklılığın tıp eğitimi sürelerinin ülkelere göre değişmesinden ve farklı sınıflara uygulanmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin 213'ü (%94,3) tıpta uzmanlık eğitimi almayı düşündüğünü belirtmiş olup daha çok Aile Hekimliği, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve İç Hastalıkları branşlarını tercih etmek istedikleri görülmüştür. Bunun sebebi hekim adaylarının bu stajlardaki eğitimlerden duydukları memnuniyet ve tıbbi hataların cerrahi bilimlere kıyasla bu branşlarda daha az görülmesi nedeniyle hissettikleri güven duygusu olabilir (107).

Tıp eğitiminin biyomedikal modelle temellendiği birçok çalışmada tespit edilmiştir. Bu modelde öğrencilerin eğitiminde ihtiyaçları olan biyopsikososyal yaklaşım gölgede bırakılmaktadır. Çoğu tıp fakültesi, tüm eğitim müfredatı içerisinde biyopsikososyal model eğitime yalnızca birkaç saat ayırmaktadır (108). Yapılan çalışmalarda tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin anamnez alma ve fizik muayene konusunda kendilerini yeterli; ancak psikososyal yaklaşım konusunda kendilerini yetersiz hissettiği saptanmıştır (109). Tıp öğrencilerinde biyopsikososyal sorunları tartışmanın önündeki eğitimsel ve gelişimsel engelleri anlamak amacıyla yapılan bir çalışmada öğrenciler; biyopsikososyal yaklaşımın tıp fakültesi müfredatına yeterince entegre edilmediğini, eğitim süresinin yetersiz olduğunu, teorik eğitimde öğrendikleri biyopsikososyal modeli klinik eğitime geçtiklerinde uygulama fırsatı bulamadıklarından heveslerinin kırıldığını ve tıp eğitiminin yıllar ilerledikçe empati gibi yetenekleri ortadan kaldırdığını belirtmişlerdir (110). Bizim çalışmamızda öğrencilerin büyük çoğunluğu (%73) tıp eğitim hayatı boyunca müfredatta yer alan biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitime katıldığını belirtmiştir. Eğitime katılan öğrencilerin %38,9'unun kendini biyopsikososyal yaklaşım konusunda yetersiz hissettiği saptanmıştır. Biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitime katılan öğrencilerin, istatistiksel olarak anlamlı derecede, biyopsikososyal yaklaşım konusunda kendilerini daha yeterli gördükleri bulunmuştur. Öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim aldıktan sonra kendilerini bu konuda yeterli bulmaları beklenen bir sonuçtur. Literatürdeki diğer çalışmalarla kıyaslandığında bizim fakültemizdeki biyopsikososyal ve hasta-hekim ilişkisine yönelik eğitimlerin yapılandırılmış ve uygulamalı olarak müfredata entegre edilmesinin olumlu sonuçlar verdiğini söyleyebiliriz. Öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım

konusunda faydalandıkları derslere verdiği cevaplara bakılacak olursak, eğitimin etkili olmasının nedenleri arasında; aile hekimliğinde hem teorik hem de film izletilerek yapılan interaktif dersler, etik dersleri, klinik stajlardaki hasta başı eğitim ve İyi Hekimlik Uygulamaları ve Simülasyon Merkezinde yapılan hekimlik becerisi kazandırmaya yönelik uygulamalı eğitimler sayılabilir. Öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda kendilerini büyük oranda yeterli bulmalarının nedeni ise, fakültemizde biyopsikososyal eğitime, tıp eğitiminin ilk yılından itibaren başlanması ve öğrencilerin hem klinik öncesi dönem olan Aşama-1’de hem de klinik dönemleri içeren Aşama-2 ve Aşama-3’te öğrendiklerini uygulama fırsatı bulabilmeleridir.

Biyopsikososyal model, biyomedikal modelin eksik yanlarını tamamlamak üzere ortaya atılan hasta merkezli, bütüncül bir modeldir. Hasta merkezli yöntem, biyopsikososyal modelin biyolojik boyutu olan hastalıkları teşhis ve tedavi etmek için tasarlanmış kapalı uçlu sorular sorarak doktorun etkileşimi yönlendirdiği standart “hekim merkezli” yaklaşımdan farklıdır. Bu yöntemde hekim, biyopsikososyal modelin psikolojik ve sosyal bileşenlerini belirlemek için tıbbi görüşme sırasında hastanın tarafında olup onunla birlikte ortak karar verir (51). Hasta merkezli iletişim, hasta ile ittifak oluşturmaya yardımcı olur ve doktorun profesyonel yeterliliğine ve hasta-hekim ilişkisine aracılık eder. Hasta-hekim ilişkisinde hasta merkezli olmanın avantajı, çok sayıda araştırma tarafından desteklenmektedir (111).

Biz çalışmamızda Aşama-3’teki intörn hekimlerimizin hasta-hekim ilişkisine yönelik tutumlarını değerlendirebilmek amacı ile Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği (HHYÖ) kullandık. Bizim çalışmamıza katılan öğrencilerin HHYÖ toplam puan ortalaması $3,76 \pm 0,73$ olup, “bakım” alt boyut ölçeğinde $4,59 \pm 0,83$ ve “paylaşım” alt boyut ölçeğinde $3,14 \pm 0,83$ olarak bulunmuştur. Ribeiro ve ark. tarafından Brezilya’da tıp fakültesi öğrencilerinde hasta merkezli bakıma yönelik yapılan çalışmada HHYÖ toplam puan ortalaması $4,66 \pm 0,44$ olup, “bakım” alt ölçeğinde $5,20 \pm 0,45$ ve “paylaşım” alt ölçeğinde $4,10 \pm 0,66$ olarak bulunmuştur (112). Haidet ve ark. tarafından yapılan ABD’de yapılan çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin HHYÖ’den aldıkları toplam puan ortalaması $5,57 \pm 0,48$ olarak bulunmuştur (113). Pakistan’da yapılan

çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin HHYÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması $3,40 \pm 0,49$ olup, "bakım alt ölçeğinde $3,63 \pm 0,56$ ve "paylaşım" alt ölçeğinde $3,18 \pm 0,62$ olarak bulunmuştur (114). Singapur'da yapılan çalışmada ise tıp fakültesi öğrencilerinin toplam HHYÖ puan ortalaması $4,14 \pm 0,48$ olup "bakım" alt ölçeğinde $4,53 \pm 0,55$ ve "paylaşım" alt ölçeğinde $3,75 \pm 0,58$ olarak bulunmuştur (115). Bizim çalışmamızda öğrencilerin tutumu pek çok çalışmaya benzer olarak hekim merkezlidir. Öğrencilerin "bakım" alt boyutu için ılımlı (orta) derecede hasta yönelimli olduğu saptanmıştır. Hastaların duygularını ve yaşam tarzlarını ne kadar önemseydiğini ölçen "bakım" alt boyutundaki bu farkın nedeni muhtemelen; tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin hastalarla sürekli temas halinde olması ve mesleki deformasyona henüz uğramamış olmalarıdır. Çalışmamızın sonuçlarının diğer çalışmalardan farklı olmasının en önemli nedeni literatürdeki çoğu çalışmanın tıp fakültesinin tüm dönemlerine yapılmasıdır. Tıp fakültesinde yıllar geçtikçe HHYÖ puanlarının azaldığı Haidet ve ark. tarafından yapılan çalışmada saptanmıştır (113). Haidet çalışmasında hasta merkezliliğin "hâkim olan profesyonel normlara meydan okuduğunu" ve klinisyenlerin hasta merkezli olmayan davranışlarının, öğrenci davranışı üzerindeki en önemli etki olduğunu öne sürmektedir (116). Üniversite hastanesindeki poliklinik ve kliniklerde çalışmaya başlayan öğrencilerin daha önce karşılaşmadıkları tıp teknolojileri ve birlikte çalıştıkları uzmanın etkisiyle hastalıkların biyomedikal yönüne odaklanmış olması muhtemeldir. Hasta merkezliliğe yönelik tutumlar çoğunlukla; birlikte çalışılan uzman öğretisi, klinik deneyimler ve 'gizli müfredat' olarak adlandırılan uygun rol modellemesi yoluyla elde edilir (116). Klinik eğitim yıllarında öğrenciler gizli (örtük) müfredatın etkisi altındadır ve eğitim aldıkları fakültenin tıbbi kültürü öğrencilerin kazandıkları profesyonel beceriler için belirleyici rol oynamaktadır. Yıllar içinde hasta-hekim yöneliminin hekim lehine etkilendiği düşünülürse fakültemizdeki son sınıf öğrencilerinin HHYÖ'den aldıkları puanlar tatmin edici gözükmemektedir. Literatür tarandığında HHYÖ'yü veri toplama aracı olarak kullanan araştırmaların sonuçları Tablo-26'da gösterilmiştir. Ülkemizde son yıllarda birçok tıp fakültesinde profesyonel yeterliliklerin tanımlanıp, müfredatın

içine entegre edilmesinin hasta-hekim ilişkisini önemli olarak etkilediğini söylemek mümkündür.

Tablo-26: Literatürde veri toplama aracı olarak HHYÖ kullanan araştırmaların ve bizim çalışmamızın sonuçları

Araştırmacılar, Ülke, Araştırma tarihi, Kaynakça	n	Toplam	Paylaşım	Bakım
Haidet et al. (ABD, 2002) (113)	510	4.57	4,54	4.50
Choi et al. (Kore, 2004) (117)	114	3.77	3.49	4.05
Shankar et al. (Nepal, 2006) (118)	165	3.71	3.91	3.51
Riberio et al. (Brezilya, 2007) (112)	738	4,66	4.10	5.20
Tsimtsiou et al. (Yunanistan, 2007) (119)	483	3.89	3.38	4.40
Lee et al. (Singapur, 2008) (115)	228	4.1	3.9	4.4
Wahlqvist et al. (İsveç, 2010) (111)	600	4,28	-	-
Bizim Çalışmamız	226	3,76	3,14	4,59

Çalışmamıza katılan kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla biyopsikososyal yaklaşım konusunda kendilerini daha yeterli buldukları saptanmıştır. Bu farklılığın nedeni, kız öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda daha fazla eğitime katılmaları ve erkek öğrencilere kıyasla dâhili bilimlere artmış ilgileri olabilir. Göteborg Üniversitesi Sahlgrenska Akademisi Tıp Fakültesindeki öğrenciler arasında yapılan bir çalışmada kız öğrencilerin ($4,36\pm 0,36$) erkek öğrencilere ($4,20\pm 0,46$) göre HHYÖ'den daha yüksek puan aldığı saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (119). Brezilya'da yapılan çalışmada, kız öğrencilerin toplam HHYÖ puan ortalaması ($4,72\pm 0,42$) erkeklere göre ($4,43\pm 0,39$) istatistiksel olarak önemli derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0,000$) (112). Lee ve ark. tarafından 2008 yılında Singapur Ulusal Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada kız öğrencilerin toplam HHYÖ puan ortalaması ($4,20\pm 0,40$), "paylaşım" ($4,00\pm 0,50$) ve "bakım" ($4,50\pm 0,50$) alt ölçek puanları; erkek öğrencilerin ortalamalarına (sırasıyla: ($4,00\pm 0,40$), ($3,80\pm 0,50$) ve ($4,30\pm 0,50$)) göre yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) (115). Bizim çalışmamızda kız öğrencilerin

toplam HHYÖ puan ortalaması ($3,90\pm 0,64$), “paylaşım” ($3,26\pm 0,76$) ve “bakım” ($4,77\pm 0,70$) alt ölçek puanları; erkek öğrencilerin ortalamalarına (sırasıyla; ($3,63\pm 0,79$), ($3,03\pm 0,89$) ve ($4,42\pm 0,92$)) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,005$; $p=0,019$; $p=0,001$). Yapılan çoğu çalışmaya benzer olarak kız öğrencilerin HHYÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar, erkek öğrencilere göre fazla olup istatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışmamızda kızların ve erkeklerin toplam HHYÖ puan ortalaması 4,57'nin altında bulunmuş olup hem kız hem de erkek öğrencilerin daha çok hekim merkezli yaklaşımda bulduklarını söylemek mümkündür. Kadınların yapısı gereği konuşmaları ve davranışları, erkeklere nazaran genellikle daha estetik kalitede (memnuniyet verici) ancak daha az dinamik (canlı, güçlü) özellikler taşımaktadır. Sözsüz iletişimde kadın hekimlerin, hastalarının duygularını anlamada erkeklerden daha doğru ve daha etkileyici bir tavır sergiledikleri de düşünülmektedir (120). Bu nedenlerle kız öğrenciler, erkek öğrencilere göre daha hasta merkezli olabilir. Ayrıca; kız öğrenciler, erkek öğrencilere göre daha fazla oranda biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitime katıldıkları için puanlarının daha yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Tıp eğitiminin ilk yıllarında öğrencilerin kısa rotasyonlarla hastaların bakımlarına uzun süre dâhil olmamaları, hastaların bakım ekibindeki rollerinin en aza indirilmesi, öğrencilerin hastalıklara yönlendirilmesine ve öğrencilerin hasta merkezli bakış açısı yerine biyotıp üzerine odaklanmasına, özellikle erkek öğrencilerin hastalara yönelik tutumlarının hasta merkezli den hekim/hastalık merkezli tutuma değişmesine neden olabilir.

Literatürde HHYÖ kullanan çalışmalardaki kız ve erkek öğrencilerin puanları toplu şekilde Tablo-27'de gösterilmiştir.

Tablo-27: Literatürde HHYÖ kullanan çalışmalardaki ve bizim çalışmamızdaki öğrencilerin cinsiyetine göre ölçeğin puan ortalamalarının kıyaslanması

Araştırmacılar, Ülke, Araştırma tarihi, Kaynakça	n	Kız	Erkek	p
Haidet et al. (ABD, 2002) (113)	510	4,65	4,47	p<0.001
Riberio et al. (Brezilya, 2007) (112)	738	4,72	4,43	p=0.000
Tsimtsiou et al. (Yunanistan, 2007) (119)	483	3,96	3,84	p< 0.05
Lee et al. (Singapur, 2008) (115)	228	4.20	4,00	p<0.001
Wahlqvist et al. (İsveç, 2010) (111)	600	4,36	4,20	p<0.001
Bizim Çalışmamız	226	3,90	3,63	p=0.005

Literatüre bakıldığında, uzmanlık alan seçiminde dâhili bilimleri tercih etmek isteyen ve birinci basamakta çalışmak isteyen tıp öğrencilerinin, cerrahi bilimleri tercih etmek isteyenlere göre daha hasta merkezli oldukları sonucuna varılmıştır (107,121,122). Farklı uzmanlık alanlarının dışlandığı, aile hekimliği ve genel cerrahinin ikinci yılında olan uzmanlık öğrencileri ile aile hekimliği ve genel cerrahi seçmeyi planlayan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin dâhil edildiği, hasta merkezli yaklaşımı ölçüp karşılaştırmayı amaçlayan bir çalışmada aile hekimlerinin cerrahi bilimlere kıyasla daha fazla hasta merkezli yaklaşımda buldukları kanısına varılmıştır (123). Ülkemizde Çiçek ve ark. tarafından yapılan çalışmada, aile hekimlerinin diğer branşlara göre daha hasta merkezli bir yaklaşıma sahip oldukları tespit edilmiştir (8). Bizim çalışmamızda dâhili bilim tercih etmek isteyen öğrencilerin HHYÖ toplam puan ortalaması (3,93±0,59), “paylaşım” (3,25±0,75), “bakım” (4,84±0,60) alt ölçek puan ortalamaları; cerrahi bilim tercih etmeyen öğrencilerin ortalama puanlarına göre (sırasıyla: (3,55±0,84), (2,98±0,91) ve (4,32±0,99)) fazla olup, istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla: p=0,002; p=0,009; p=0,001). Daha hasta merkezli olan kız öğrencilerin dâhili bilimleri uzmanlık için yoğun olarak belirlemesi ve hasta yönelimi daha düşük olan erkeklerin ise cerrahi bilimleri daha fazla tercih etmek istemesi bu duruma neden olmuş olabilir. Öğrenciler uzmanlık yapmak istedikleri branş tercihinine göre sıralandığında ilk sırayı

(%13,3) aile hekimliğinin alması da dahili bilimlerin HHYÖ puanının yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. Birçok çalışmada, aile hekimlerinin diğer branşlara göre daha hasta yönelimli olduğu saptanmıştır, bu durum hem alınan eğitime hem de hastalarıyla uzun vadede iletişim içerisinde olmalarına bağlanmıştır (118-120).

Öğrencilerin iletişim becerilerinin klinik eğitim yıllarında gerilediği ve bu dönemdeki iletişim becerileri öğretiminin ihmal edildiği yönünde kanıtlar bulunmaktadır (107). Tıp öğrencilerinin empati becerisinin artmasını sağlamak tıp fakültesinin amaçlarından biridir. Araştırmalar empatinin hasta memnuniyetini ve güvenini arttırdığını göstermiştir. Doktorlarına güvenen hastaların açık ve rahat olması hekimlere daha ayrıntılı bilgiler sunma ihtimalini arttırarak daha iyi teşhis ve karar verme olanağı tanır. Empati, hastaların belirli durumlarda, sorunlarla kendi kendine başa çıkabilme yeteneklerine olan inançlarını (öz yeterlik) arttırarak terapiye uyum sağlamayı kolaylaştırabilir, yani empati kendi başına bile terapötik olabilir. Empatik doktorlar daha fazla iş doyumunu ve psikolojik olarak iyilik hali yaşamaktadır. Aynı zamanda empatisi yüksek olan doktorlar; daha iyi karar alabilen, elindeki otorite ve gücü kaybetme korkusu olmayan daha dönüşümcü liderlerdir (124).

Çalışmamızda hasta bakımında empatinin ölçülebilmesi için spesifik olarak Tıp Fakültesi öğrencileri için geliştirilmiş ve küresel çapta kabul görmüş bir ölçek olan Jefferson Doktor Empati Ölçeği-Öğrenci Versiyonu (JSPE-S) kullanılmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinde veri toplama aracı olarak JSPE-S kullanılan literatürdeki çalışmalara bakıldığında; Hojat ve ark. tarafından yapılan çalışmada JSPE-S ortalama puanı 116,54 (125), Nair ve ark. tarafından Hindistan'da yapılan çalışmada JSPE-S ortalama puanı 100,50 (126), Rezayat ve ark. tarafından İran'da yapılan çalışmada JSPE-S ortalama puanı 103,67 (127), Quince ve ark. tarafından İngiltere ve İrlanda'da yapılan çalışmada JSPE-S ortalama puanı 113,03 (128), Park ve ark. tarafından G. Kore'de yapılan çalışmada JSPE-S ortalama puanı 105,48 (129), Kataoka ve ark. tarafından Japonya'da yapılan çalışmada JSPE-S ortalama puanı 104,30 (130) olarak saptanmıştır. Ülkemizde Baykan ve Naçar tarafından yapılan çalışmada ise JSPE-S ortalama puanı 102,66 olarak saptanmıştır (131). Bizim

çalışmamızda ise JSPE-S ortalama puanı $100,69 \pm 16,60$ olup, yurtdışında aynı ölçekler yürütülen çalışmaların puan ortalamasından (110,48) düşüktür; ancak yurt içindeki çalışmaların puan ortalamasına (104,76) yakındır. Bizim çalışmamızda “perspektif alma” alt boyutu ortalama puanı $44,76 \pm 9,15$ olup, “şefkatli bakım” alt boyut puanı $45,06 \pm 7,49$ ve “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyut puanı $10,86 \pm 2,31$ olarak bulunmuştur. Literatürdeki çalışmaların ortalama alt boyut puanları incelendiğinde; “perspektif alma” alt boyut puanı 54,70, “şefkatli bakım” alt boyut puanı 43,22 ve “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyut puanı 8,06 olarak bulunmuştur. Literatürde veri toplama aracı olarak JSPE-S kullanan yaklaşık 100 çalışmanın ortalama JSPE-S puanları Tablo-28’de gösterilmiştir (132).

Tablo-28: Literatürde JSPE-S kullanan çalışmaların puan ortalamalarının bizim çalışmamızla karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Literatür Ortalamaları		Bizim Çalışmamız
JSPE-S toplam puan	Yurtiçi	104,76	100,69
	Yurtdışı	110,48	
JSPE-S “perspektif alma” alt boyutu	54,70		44,76
JSPE-S “şefkatli bakım” alt boyutu	43,22		45,06
JSPE-S “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutu	8,06		10,86

Literatürdeki çalışmalardaki JSPE-S ortalama puanı bizim çalışmamızdan yüksek olsa da “şefkatli bakım” ve “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyut puanları bizim çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın sebebi literatürdeki diğer çalışmaların tıp fakültesinin tüm dönemlerini kapsayacak şekilde yapılması olabilir. Yapılan çalışmalarda sınıf ilerledikçe empati düzeyinin düştüğünün saptandığı göz önüne alınırsa bizim çalışmamızdaki empati puanlarının tatmin edici olduğu söylenebilir. Bu sonuçlara bakarak fakültemizde eğitim alan öğrencilerin sağlık hizmeti verirken daha duyarlı olduğu ve hastayı daha iyi anladığı sonucuna varabiliriz. Fakültemizde biyopsikososyal eğitim, tıp eğitiminin ilk yılından itibaren başlayıp klinik dönemde de devam etmektedir. Teorik olarak biyopsikososyal

yaklaşım konusunda bilgi sahibi olan öğrencilerin klinik eğitimde öğrendiklerini uygulama fırsatı bulabilmesi empati yeteneklerini geliştirmiş olabilir. Öğrencilerin kazandıkları profesyonel beceriler için belirleyici rol oynayan, klinik eğitimde karşılaştıkları uzmanların empatik tutumu öğrencileri olumlu etkilemiş olabilir. Empatinin eğitim müdahaleleri yoluyla geliştirilebileceği yapılan çalışmalarla ortaya çıktıktan sonra tıp eğitimi için önemi daha iyi anlaşılmıştır. Hastaların sorunlarının çözümü ve bakım kalitesinin artırılması için çoğu tıp fakültesinde, mezuniyet öncesi tıp eğitimiyle empatik becerilerin geliştirilmesi hedeflenmiştir (7). Fakültemizdeki biyopsikososyal yaklaşıma ve empatiye yönelik eğitimlerin yapılandırılmış ve uygulamalı olarak müfredata entegre edilmesinin olumlu sonuçlar verdiğini söyleyebiliriz.

Literatürde cinsiyet değişkenine göre JSPE-S'den alınan puanlara bakıldığında, birçok çalışmada kadın lehine anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Hojat ve ark. (125), Nair ve ark. (126), Rezayat ve ark. (127), Quince ve ark. (128), Park ve ark. (129), Kataoka ve ark. (130), Baykan ve Naçar (131) tarafından yapılan çalışmalara bakıldığında kız öğrencilerin empati puanı, erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuş ve bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda kız öğrencilerin JSPE-S toplam puanı 102,81 olup, "perspektif alma" alt boyut puanı 45,94, "şefkatli bakım" alt boyut puanı 45,70 ve "hastanın ayakkabısını giyme" alt boyut puanı 11,16 olarak saptanmış olup erkeklerin puanından (sırasıyla: (98,62), (45,94), (45,70), (11,16)) daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Genel olarak, kadınlar daha empatik olarak gösterilirken, erkekler daha az duygusal ve daha bilişsel olarak tasvir edilmektedir. Bazı yazarlar, erkekler ve kadınlar arasında empatide gözlemlenen bu davranışsal ve sinirsel farklılıkların bazılarını besleyebilecek sosyal, bağlamsal ve kültürel etkilerin olabileceğini göstermiştir (133). Roter ve ark. tarafından cinsiyetin tıbbi iletişimi nasıl etkilediğini belirlemek için yapılan çalışmada; kadın birinci basamak hekimlerinin, erkek meslektaşlarına göre daha uzun ziyaret süresine sahip olan daha fazla iletişim kurduğu ve daha hasta merkezli olduğu sonucuna varılmıştır. Roter ve ark. bunun nedenlerinden birini: "Sözel olmayan iletişimde kadınların erkeklere göre çok daha sıcak ve güçlü bir tarza sahip

oldukları bildirilmektedir.” şeklinde açıklamışlardır (134). Kadın hekimlerin, hastalarının psikolojik durumlarını ve sosyal çevrelerini daha fazla önemsediklerini; erkek hekimlerin ise biyomedikal konulara daha fazla önem verdiklerini söyleyebiliriz.

Literatürde tıp fakültesi öğrencilerinin tercih etmeyi düşündüğü uzmanlık alanları gruplandırılarak (insan odaklı-teknoloji odaklı veya cerrahi-dâhili) incelendiğinde; Hojat ve ark. tarafından yapılan çalışmada dahili uzmanlık alanında görevli hekimlerin empati düzeyi cerrahi uzmanlık dalında görevli hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur (101). Chen ve ark. tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin uzmanlık tercihlerine göre JSPE-S skorları karşılaştırıldığında insanlarla temasın daha fazla olduğu branşları tercih edenlerin puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (135). Ülkemizde Teke ve ark. tarafından yapılan çalışmada dahili bilim tercih etmeyi düşünenlerin empati seviyesi, cerrahi bilim tercih etmeyi düşünenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (136). Bizim çalışmamızda literatüre paralel olarak; dâhili bilimleri tercih etmeyi düşünen öğrencilerin JPES-S toplam puanı (105,00), cerrahi bilimleri tercih etmeyi düşünen öğrencilerin puanından (94,89) yüksek saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Uzmanlıkta tercih edilmesi düşünülen branşlara göre alt ölçek puanları kıyaslandığında; tüm alt ölçeklerde dâhili bilimlerin puanı cerrahi bilimlere göre daha yüksek olup, istatistiksel olarak “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutu hariç ($p=0,130$) hepsi anlamlı bulunmuştur. Empatisi erkeklere oranla daha yüksek olan kız öğrencilerin dâhili bilimleri, erkek öğrencilerin de cerrahi bilimleri tercih etme düşünceleri daha fazla olduğu için bu sonuçların çıkması olağandır. Dâhili bilimleri tercih etmeyi düşünen öğrencilerin (%58,5), cerrahi bilimleri tercih etmek isteyenlerden (%41,5) sayıca fazla olması sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Cerrahi bilimlerin eğitim ve öğretiminin uzun olması, çalışma saatlerinin belirsizliği ve uyku yoksunluğu gibi çeşitli stresli yönleri, ayrıca teşhis için teknolojiye bağımlılık, daha kısa hasta yatış süreleri ve sınırlı yatak başı etkileşimleri empatide azalmaya neden olabilir. Ayrıca Aile Hekimliği (%13,3), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (%7,5) ve İç Hastalıkları (%6,6) branşlarının öğrencilerin

uzmanlıkta en fazla tercih etmek istedikleri branşlar olduğunu göz önünde bulundurursak öğrencilerin ilgisinin insanlarla temasın fazla olduğu dâhili bilimlere kaydığı söylenebilir. Ayrıca Aile Hekimliği ile Ruh Sağlığı ve Hastalıklarının, öğrencilerin uzmanlıkta en çok istedikleri (%20,8) branş olması da sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Çalışmalarda, aile hekimliği ve ruh sağlığı hastalıkları gibi uzmanlık dallarının empati düzeyi diğer branşlarla kıyaslandığında yüksek bulunmuştur. Örneğin; Hojat ve ark. tarafından yapılan çalışmada psikiyatristler en yüksek empati skoruna sahipken, aile hekimliği doktorlarının empati skorları ile arasında anlamlı fark bulunamamıştır (94). Truax ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada farklı meslek grubu çalışanlarının (üst düzey yönetici, eğitimci, avukat, rahip, hemşire, aile hekimi, ruh sağlığı uzmanları) empati düzeyleri karşılaştırılmış ve aile hekimlerinin empati düzeyleri diğer meslek gruplarından yüksek bulunmuştur (137). Yapılan birçok çalışmada aile hekimliği doktorlarının, diğer uzmanlık dallarındaki meslektaşlarıyla kıyaslandığında empati düzeyi daha yüksek ve daha çok hasta yönelimli oldukları sonucuna varılmıştır (110,120,135). Bu çalışmalara göre aile hekimlerinin biyopsikososyal yaklaşımı daha fazla uyguladığı sonucuna varabiliriz. Aile hekimliğini, aile hekimliğinin “birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, spesifik problem çözme becerisi, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimi olma ve bütüncül yaklaşım” olarak tanımlanan altı temel yeterliliğinden bağımsız düşündüğümüzde teknolojik imkânların hastane şartları kadar ileri düzeyde olmaması ve istenebilecek laboratuvar tetkiklerinin sınırlı olması nedeniyle biyomedikal yaklaşımın uygulanmasına uygun bir uzmanlık dalı olmadığı aşıkardır (138). Bu şartlar nedeniyle de aile hekimleri, biyopsikososyal yaklaşımı diğer bölümlerdeki hekimlerden daha fazla uyguluyor olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilere biyopsikososyal yaklaşımın tanımı ve bilme durumu sorgulandığında öğrencilerin %33,2’si tanımı bildiğini, %50’si kısmen bildiğini ve %16,8’i bilmediğini belirtmişlerdir. Biyopsikososyal yaklaşımın tanımına verilen cevaplara bakıldığında ise büyük çoğunluk (%26,5) “Kişiyi hem biyolojik hem psikolojik hem de sosyal açıdan değerlendirmektir.” cevabını verirken, benzer oranda (%23) “Bütüncül

yaklaşım demektir.” cevabını vermiştir. Biyopsikososyal yaklaşımın genel geçer bir tanımı olmadığı için “Hiç bir şey çağırıştırıyor.” yanıtı (%3,1) hariç verilen tüm cevaplar doğru olarak kabul edilebilir. Çalışmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun biyopsikososyal yaklaşım hakkında bir fikri olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alma durumu sorgulandığında büyük çoğunluğunun (%73) tıp eğitimi müfredatında yer alan eğitimlere katıldıkları belirlenmiştir. Tıp eğitim hayatı boyunca biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alan öğrencilere faydalandıkları dersler sorulduğunda büyük kısmı (%65) bu kavramı aile hekimliğinde anlatılan derslerde kavradıklarını belirttiler. Aile hekimliğinde yapılan derslerin hem teorik hem de film izletirilerek yapılması ve öğretim elemanlarının diğer konuları anlatırken biyopsikososyal yaklaşıma vurgu yapmalarının bu sonuca katkısı olduğu düşünülebilir. Uluslararası tıp eğitimi kuruluşları, tıp fakültesi öğrencilerinin üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ek olarak birinci ve ikinci basamak sağlık merkezlerinde de eğitim alması gerektiğini vurgulamaktadır. Birinci basamak temelli tıp eğitimi; temel, pratik, bilgi ve becerileri edinmenin yanı sıra nüfusun sağlık ihtiyaçları ve talepleri hakkında bilgi edinmek için iyi fırsatlar sağlar. Akdeniz ve ark. tarafından yapılan empatik hekimlerin çalıştığı birinci basamak sağlık merkezlerindeki altıncı sınıf öğrencilerinin eğitim ortamına ilişkin algılarının değerlendirildiği bir çalışmada, öğrenciler empati konusunda çok şey öğrendiklerini belirtmişlerdir (139). Aile hekimliği stajlarının lisans tıp eğitimindeki etkisine ilişkin yapılan sistematik incelemede, öğrenciler tarafından oldukça değer verildiğini ve genel olarak iyi kabul edildiğini, hatta aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimi ve hastaları için faydalı olduğunu bulmuştur. Öğrenciler, aile hekimliği stajlarında hem eğitim içeriğinden, hem de öğretme ve öğrenme sürecinden memnun olduklarını bildirmiştir. Öğrenciler tarafından belirtilen başlıca katkılar: “Kronik hastalık bakımı ve koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin ziyaretler dâhil olmak üzere karşılaşılan yaygın klinik deneyimlerin çeşitliliğini görmek, tıbbi uygulamanın organizasyonel ve ticari yönlerine aşina olmak, hasta bakımına biyopsikososyal bir yaklaşım geliştirmek, hastaya bir hastalık olarak değil aile

ve toplum bağlamında bir bütün olarak bakmak.” olarak sıralanmıştır (140). Üniversitemizdeki tıp fakültesi son sınıf öğrencileri eğitimlerinin son yılındaki aile hekimliği stajından; sigara bırakma polikliniğinde hasta takibi ve motivasyonel görüşmeyle, eğitim aile sağlığı merkezinde gözlemlene fırsatı buldukları hekim-hasta ilişkisi ve klinik eğitimle, yine bu dönemde aile hekimliği disiplini konusunda anlatılan teorik derslerle önceki dönemlerde öğrenilen biyopsikososyal yaklaşıma dair bilgilerini pekiştirme fırsatı sağlayıp fayda görmüş olabilirler. Aile hekimliği stajının, sağlık ve sağlık hizmetlerine bütüncül bakış açısıyla bakabilen, iletişim becerileri kuvvetli doktorların yetiştirilmesinde önemli katkı sağladığını söyleyebiliriz.

Öğrencilerin aile hekimliğinde biyopsikososyal yaklaşım konusunda katıldıkları dersler gruplandırıldığında; %17,7’si film izletilerek yapılan, %24,3’ü teorik olarak anlatılan ve %23,5’i her iki derse de katılım göstermiştir. Öğrencilerin aile hekimliğinde katıldıkları derslere göre ölçek puanları (HHYÖ, JSPE-S) kıyaslandığında; en az puanı teorik olarak anlatılan derse katılım gösteren öğrenciler, en fazla puanı ise her iki derse de katılan öğrenciler almıştır. İstatistiksel olarak kıyaslandığında öğrencilerin katılım gösterdiği aile hekimliği dersleri ile JSPE-S toplam puanı, “perspektif alma” alt boyutu, “hastanın ayakkabısını giyme” alt boyutu ve HHYÖ “bakım” alt boyutu puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla $p=0,027$; $p=0,026$; $p=0,017$; $p=0,029$). Film izleme ve teorik dersler kıyaslandığında, öğrencilerin empati düzeyinin yüksek olması ve hasta yönelimli olma açısından en fazla fayda sağlayan dersin film izletilerek yapılan ders olduğu sonucuna varabiliriz.

Profesyonellik, uzun zamandır tıp fakültesi boyunca her tıp mezunu öğrencinin geliştirmesi gereken yeterliliklerden biri olarak değerlendirilmiştir. Ancak profesyonelliği eğitmek ve değerlendirmek her zaman zor olmuştur. Tıp fakülteleri, profesyonelliği farklı bir ilke unsuru olarak müfredatlarına dâhil etmiştir. Profesyonellik eğitimiyle ilgili mevcut yöntemler arasında; resmi didaktik öğretim, atölye çalışmaları, modüller, probleme dayalı öğrenme, rol oynama ve simüle edilmiş hastalar bulunmaktadır. Bunlara ilave olarak filmler aracılığıyla öğrenmenin başka bir etkili yaklaşım olduğu kanıtlanmıştır. Son yıllarda, uzun metrajlı filmleri öğrencilerin profesyonelliklerini artırmaya

yardımcı olacak bir araç olarak kullanmayı amaçlayan ve bir öğrenci projesi olan “sinema eğitimi” (cinemeducation) kavramı ortaya çıkmıştır (141). Filmler, sundukları tekrarlanabilir geliştirilmiş senaryolar ile odaklanmış, bağımsız olarak öğrenci öğrenimini sağlayan kontrollü bir ortam biçimidir. Ayrıca filmler, aktif bir öğrenme sürecinin parçası olan tartışmaları ve yansımaları teşvik eder. Öğrenciler; hasta ve yakınlarının bakış açısından, hekimlerin bakış açısına kadar birçok farklı perspektiften yaşanan klinik durumu değerlendirme fırsatı elde eder. Sinema eğitiminin özellikle; iletişim, palyatif bakım, etik konular, profesyonellik, aile hekimliği dinamikleri ve doktor-hasta ilişkisi alanları olmak üzere biyopsikososyal yaklaşımı öğretmede faydalı olduğu bulunmuştur (142). Aile hekimliği çok kapsamlı bir disiplin olduğu için tek bir yöntemle öğretilmesi zordur. Aile hekimliğinde film izletilerek yapılan derslerin, en etkin öğrenme yöntemlerinden olduğu belirlenmiştir (143). Bizim çalışmamızda öğrenciler biyopsikososyal yaklaşım konusunda; film izletilen derslerden, teorik derslere göre daha fazla fayda görmüştür.

Çalışmamızda, biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitime katılma ve kendini yeterli bulma durumuna göre ölçeklerden alınan puanlar kıyaslandığında, bu alanda eğitim alanların ve kendini yeterli bulan öğrencilerin puanları daha yüksek bulunmuştur. Tüm ölçeklerde ve alt boyutlarla kıyaslandığında anlamlı derecede farklılık elde edilmiştir. Biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alan öğrencilerin daha empatik ve daha hasta yönelimli olması bu kavramı bildikleri için beklenen bir durumdur. Biyopsikososyal yaklaşım konusunda kendini yeterli bulanların hemen hemen hepsinin (%88,5) bu konuda eğitime katıldıkları için kendilerini yeterli bulduğu söylenebilir. Fakültemizde verilen biyopsikososyal yaklaşım konusundaki eğitimlerin öğrencilerin bilgi, beceri ve tutumları üzerinde olumlu etkisi olduğu çalışmanın sonuçlarına bakarak söylenebilir. Ancak müfredattaki bu eğitimler hiçbir zaman nihai olmamalı, günümüzün ihtiyaçlarına göre gerektiğinde yeniden şekillenmelidir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin JSPE-S ve HHYÖ'den aldıkları puanlar incelendiğinde iki değişken arasında anlamlı derecede, pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($r(226)=0,54, p<0,01$). Bu durumun

hem empatinin hem de hasta merkezli tutumun tıp eğitiminde işlenmesinden kaynaklandđını söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde ortalama bir doktor, bedensel hastalıkların teknik yönleriyle başa çıkmak için etkileyici yeteneklerle resmi tıp eğitimini tamamlamaktadır. Ancak, hastalığın insani tarafıyla ilgilenme ve hasta bakımı söz konusu olduğunda öğrencilerin, tıp fakültesine girdiği yerel yetenek ve kişisel özelliklerden biraz daha fazlasını göstermesi gerektiği yapılan çalışmalar sonucunda bilinmektedir. Yüzyılın başından beri kümülatif olarak artan; insan davranışına ilişkin önemli bilgiler, daha etkili hasta bakımı ve sağlık bakımı elde etmek için uygulamaların neler olabileceği doktorlar tarafından büyük ölçüde bilinmemektedir. Psikososyal kaygıları duyarlı ve bütünleştirici bir şekilde özümsemek için bir hekimin sosyal ve davranış bilimlerinde sağlam bir bilgi tabanına sahip olması gereklidir. Hekim her hastayı; kendi geçmişi, sosyal çevresi, eğitim düzeyi, maddi durumu, kültürel çeşitliliği, toplumdaki yeri, mesleği, kişisel hassasiyetleri ve sorunları ile farklı bir birey olarak kabul etmelidir. Geleneksel tıp eğitimi sıklıkla bu yaklaşım için yeterli olmamaktadır. Klinik uygulamada hekimler biyomedikal modelin kısıtlayıcı yaklaşımından uzaklaşarak biyopsikososyal modele yönelip daha kapsamlı bir yaklaşım benimsemelidir (8). Bu nedenlerle, tıp fakültesinden mezun olacak öğrencilerin uzmanlık eğitimine başlarken biyopsikososyal yaklaşım ile ilgili yeterli bilgi ve donanıma sahip olması sağlanmalıdır (19). Böylece öğrenciler hasta-hekim ilişkisinde hasta merkezli tutumu benimserken öğrencilerin empati düzeyleri de yükselmiş olur.

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim alan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin; biyopsikososyal yaklaşım bilgisinin sorgulanması, bu bilgileri hangi ders ve stajlarda kazandığının öğrenilmesi, hasta merkezli yaklaşım ve empati düzeylerinin değerlendirilmesini amaçladığımız çalışmada; genel olarak, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin hasta-hekim ilişkisinde "hekim merkezli" tutum gösterdiği ve empati düzeylerinin nispeten olumlu olduğu sonucunu gördük. Toplam ölçek puanlarından ziyade, çoğu alt boyut ölçeğindeki ortalama puanlar diğer çalışmalarla kıyaslandığında daha

yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin büyük kısmı biyopsikososyal yaklaşım konusundaki eğitimlere katılmış bu öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda kendilerini daha yeterli bulduğu ve biyopsikososyal yaklaşım tanımını daha çok bildikleri görülmüştür. Çalışmamızdaki kız öğrencilerin hem eğitime katılma oranı hem de ölçeklerden aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur. Uzmanlık yapmak istedikleri branş olarak “dahili” bilimleri tercih etmeyi düşünen öğrencilerin, “cerrahi” bilimleri tercih etmeyi düşünenlere göre hasta-hekim ilişkisinde daha hasta merkezli oldukları ve empati düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitime katılan öğrencilerin, tüm ölçeklerden aldıkları puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin biyopsikososyal yaklaşım konusunda aile hekimliği derslerinden ciddi fayda gördüğü saptanmış olup aile hekimliği dersleri içerisinde de en faydalı olan dersin “film izletilerek” yapılan ders olduğu belirlenmiştir.

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi müfredatına; profesyonellik, biyopsikososyal yaklaşım ve hasta-hekim ilişkisi gibi konuların entegre edildiğini ve bu konudaki verilen eğitimlerin etkili olduğunu söylemek mümkündür.

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi 3.sınıf programına 2018-2019 eğitim öğretim yılında eklenen “makrosistem” kurulunda öğrencilerin klinik ortama erken girmeleri ile birlikte disiplinlerden bağımsız verilmesi hedeflenen anamnez ve fizik muayene eğitimi, mesleki oryantasyon, ekip çalışması ve ekibin tanınması, sağlık hizmet sunumunun tanıtılması ile gerek meslek gerekse klinik oryantasyon amaçlanmaktadır. Bu sayede öğrenciler bir sonraki dönemde klinik stajlarına başladıklarında profesyonel tutum kazanmaya açık, hasta ile daha güvenli bir ilişki içinde ve ekip çalışmasına uyumlu hale geleceklerdir. Bizim çalışmamızdaki tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine yetişmeyen; fakat üniversitemizin entegre eğitim modelindeki profesyonelizmin ve kliniğe uyum için farklı bir model olan “makrosistem” kurulunun 2018-2019 Dönem-3 öğrencilerinden itibaren uygulanmaya başladığı düşünülürse gelecek yıllarda hem hasta merkezlilik hem de empati düzeyi konusunda daha da iyi sonuçlar almak mümkün görünmektedir.

Çalışmanın sonuçlarına göre; tıp fakültesi son sınıf öğrencileri aile hekimliği stajındaki eğitimlerinden biyopsikososyal yaklaşım konusunda fayda görmüştür. Bu eğitimler öğrencilerin empati düzeyini artırmış ve hasta merkezli tutumlarını geliştirmiştir. Bu her ne kadar yeterli görünse de öğrencilerin hastanede geçirdikleri süre boyunca güncel öğretim teknikleri ile (film izleme, standart/simüle hasta uygulamaları, profesyonelizm ve refleksiyon eğitimleri vb.) sağlık hizmetlerindeki işleyiş, hem meslektaşlarıyla hem de hastalarla kurulan iletişimin önemi ve biyopsikososyal yaklaşım kavramı gibi konular işlenmelidir. Profesyonelizm, empati, hasta merkezli yaklaşım ve biyopsikososyal yaklaşımın hem öğretilbilir hem de ölçülebilir olduğu yıllar öncesinde anlaşılmasına rağmen tıp fakültelerinde bu konulara yeterince değinilmemektedir. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde kazandırılması gereken birçok yeterlilik mevcuttur; ancak gerek kendi gerekse toplumdaki bireylerin sağlığı üzerinde büyük rol oynayacak yarının doktorlarını yetiştirirken biyopsikososyal yaklaşım gibi kavramların öğretilmesi elzemdir.

Yarının doktorlarının geleneksel tıp eğitiminde öğrendiklerine ilaveten, sosyal ve davranış bilimlerinde sağlam bir bilgi tabanına sahip olması gerekir. Bu nedenle, tıp fakültesi müfredatının davranışsal ve sosyal bilimler içeriğini geliştirmek; müfredatta hasta-hekim ilişkisine, empatiye, profesyonelize, koruyucu hekimliğe ve biyopsikososyal yaklaşıma olduğundan daha fazla yer verilmesi gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Oleribe OO, Ukwedeh O, Burstow NJ, et al. Health: redefined. *Pan Afr Med J.* 2018;30:292-3.
2. Jaini PA, Lee JS-H. A Review of 21st Century Utility of a Biopsychosocial Model in United States Medical School Education. *J Lifestyle Med.* 2015;5(2):49-59.
3. I. McWhinney The need for a transformed clinical method M. Stewart, D. Roter (Eds.), *Communicating with medical patients*, Sage Publications, London 1989;4(7):25-42.
4. Eray İK. Klinik Yöntem ve Ayrışmamış Hasta. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular.* 2017;8(2):100-2.
5. Brouwers M, Rasenberg E, Weel C van, Laan R, Weel-Baumgarten E van. Assessing patient-centred communication in teaching: a systematic review of instruments. *Med Educ.* 2017;51(11):1-15.
6. İğde F, Şahin G. Aile Hekimliğinde Hasta Hekim Görüşmesi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular.* 2017;8(2):103-6.
7. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLoS One.* 2019;14(8):15-45.
8. Çiçek E, Yılmaz A, Aslanhan H. Evaluation of empathy and biopsychosocial approaches of medical faculty assistant doctors. *J Educ Health Promot.* 2019;8(1):1-6.
9. Moser EM, Stagnaro-Green A. Teaching behavior change concepts and skills during the third-year medicine clerkship. *Acad Med.* 2009;84(7):41-87.
10. Şahin H, Özan S, Gürpınar E. Abraham Flexner'i doğru anlamak. *Tıp Eğitimi Dünyası.* 2011;30(30):60-71.
11. Ludmerer KM. Commentary: Understanding the Flexner report. *Acad Med.* 2010;85(2):1-4.
12. David Banta H. Abraham Flexner-A reappraisal. *Soc Sci Med.* 1971;5(6):655-661.
13. Engel GL. The Biopsychosocial Model and Medical Education. *N Engl J Med.* 1982;306(13):802-5.
14. Stokes J, Noren J, Shindell S. Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. *J Community Health.* 1982;8(1):33-41.
15. Harden R, Sowden S. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Med Educ.* 1984;18(4):284-97.
16. Uysal OA. Tıp Fakültelerinde Tıp Eğitimi Anabilim Dalı İşlevi / The Function of Division of Medical Education. *Tıp Fakültesi Klin Derg.* 2019;2(1):11-26.
17. Roddie IC. The Edinburgh Declaration. *Lancet (London, England).* 1988;2(8616):908: 1-56.
18. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-2014, <https://tip.cu.edu.tr/storage/Mevzuat/ULUSAL-%C3%87EP.pdf>, Erişilen

- tarih: 25.08.2021. s:7-110.
19. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2020, https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/mezuniyet-oncesi-tip-egitimi-cekirdek-egitimi-programi.pdf, Erişilen tarih: 25.08.2021. s:7-140.
 20. McWhinney IR, Thomas F. Çeviri: Güldal D. Aile Hekimliği. İstanbul: Medikal Akademi, . 2012; s:50-250
 21. Uncu Y, Akman M. Sağlığa biyopsikososyal yaklaşım. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara 2004;73-78.
 22. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535-44.
 23. George Taukeni S. Introductory Chapter: Bio-Psychosocial Model of Health. *Psychol Heal - Biopsychosoc Approach*. 2019;1-8
 24. Weston WW, Whitehead C. Why continuity matters: Ian McWhinney's insights for 21st-century medical education. *Can Fam Physician*. 2014;60(1):21-41.
 25. Drack M, Wolkenhauer O. System approaches of Weiss and Bertalanffy and their relevance for systems biology today. *Semin Cancer Biol*. 2011;21(3):150-5.
 26. Drack M, Apfalter W, Pouvreau D. On the making of a system theory of life: paul a weiss and ludwig von bertalanffy's conceptual connection. *Q Rev Biol*. 2007;82(4):349-6.
 27. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann NY Acad Sci*.1978;310:169-181.
 28. Bertalanffy L. An Outline of General System Theory *British Journal for the Philosophy of Science*. 1950;28:134-165.
 29. Bertalanffy L. *Kritische Theorie der Formbildung* , Borntreager , Berlin. 1928;65-240.
 30. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
 31. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):576-582.
 32. Farre A, Rapley T. The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare*. 2017;5(4):1-5.
 33. Smith RC, Fortin AH, Dwamena F, Frankel RM. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Educ Couns*. 2013;91(3):265–70.
 34. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nat Rev Immunol*. 2005;5(3):243-51.
 35. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Stress and immune function in humans. In: Ader R, Felten D, Cohen N, editors. *Psychoneuroimmunology II*. San Diego: Academic Press; 1991;47:849-867.
 36. Kiecolt-Glaser JK, Page GG, Marucha PT, MacCallum RC, Glaser R. Psychological influences on surgical recovery: Perspectives from psychoneuroimmunology. *Am. Psychol*. 1998;53:121-40.
 37. Cohen S. Keynote Presentation at the Eight International Congress of

- Behavioral Medicine: The Pittsburgh Common Cold Studies: Psychosocial Predictors of Susceptibility to Respiratory Infectious Illness. *Int. J. Behav. Med.* 2005;12:123-131.
38. Epel ES, Blackburn EH, Lin J. et al. From the Cover: Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2004;101(49):1-4.
 39. Cunningham AJ, Phillips C, Lockwood GA, Hedley DW, Edmonds CVI. Association of involvement in psychological self-regulation with longer survival in patients with metastatic cancer: An exploratory study. *Adv Mind Body Med.* 2000;16(4):276-87.
 40. Ateş E, Set T. Biyopsikososyal Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular.* 2017;8(2):93-5.
 41. Naughton CA. Patient-Centered Communication. *Pharm* 2018, Vol 6, Page 18. 2018;6(1):1-18.
 42. Stein HF. Family Medicine's Identity: Being Generalists in a Specialist Culture? *Ann Fam Med.* 2006;4(5):455-9.
 43. Adler HM. Toward a Biopsychosocial Understanding of the Patient-Physician Relationship: An Emerging Dialogue. *J Gen Intern Med.* 2007;22(2):280-5.
 44. Wonca Avrupa 2005 Basım Türkçe Çevirisi Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları. 2011:33-41.
 45. Brown BT, Bonello R, Pollard H. The biopsychosocial model and hypothyroidism. Vol. 13, *Chiropractic and Osteopathy. Chiropr Osteopat;* 2005;13(1):1-5.
 46. Stucki G. Understanding disability. *Ann Rheum Dis.* 2003;62(4):289-90.
 47. Smith RC. Making the biopsychosocial model more scientific—its general and specific models. *Soc Sci Med.* 2021;27(2):1-5.
 48. Aypak C, Görpelioğlu S. Bağlamsal Bakım. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular.* 2017;8(2):96–9.
 49. McLaren N. A critical review of the biopsychosocial model. *Aust N Z J Psychiatry.* 1998;32(1):86–92.
 50. Nassir Ghaemi S. The rise and fall of the biopsychosocial model. Vol. 195, *British Journal of Psychiatry. Br J Psychiatry;* 2009; 195(1):3-4.
 51. Tattersall R. Biopsychosocial medicine: an integrated approach to understanding illness. *Clin Med (Northfield Il).* 2005;5(4):418-419.
 52. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine *J. R. Coll. Gen. Pract.* 1969;67:269-276.
 53. Edelstein L. A history of medicine *Arch Int Med,* 1937;13(4):201-202
 54. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 2007;5(1):57-65.
 55. Szasz TS, Hollender MH. A Contribution to the Philosophy of medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *AMA Arch Intern Med.* 1956;97(5):585-92.
 56. Hellín T. The physician-patient relationship: Recent developments and changes. *Haemophilia.* 2002;8(3):450-4.
 57. Balint M. The doctor, his patient and the illness *Pittman Medical,* London 1964;(7):276-290.
 58. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professional

- evolution. *J Am Med Assoc.* 1996;275(2):152-6.
59. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-centred medicine: transforming the clinical method*, Sage, London 1995;320-332.
 60. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Heal.* 2005;59(6):450-4.
 61. Idler E.L. Definitions of health and illness and medical sociology. *Soc. Sci. Med. Part A Med. Psychol. Med. Sociol.* 1979;13(1):723-731.
 62. Levenstein JH, McCreacken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract.* 1986;3(1):24-30.
 63. Rogers A, Hassell K, Nicolaas G. *Demanding patients: Analysing the use of primary care.* Open University Press; 1999;9(1):200-221.
 64. Lipkin M, Quill TE, Napodano RJ. The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Ann Intern Med.* 1984;100(2):277–84.
 65. Grol R, De Maeseneer J, Whitfield M, Mokkink H. Disease-Centred Versus Patient-Centred Attitudes: Comparison of General Practitioners in Belgium, Britain and The Netherlands. *Fam Pract.* 1990;7(2):100–3.
 66. Silverman D. *Communication and medical practice: social relations in the clinic*, Sage, London 1987;7:75-92.
 67. Armstrong D. The emancipation of biographical medicine. *Soc Sci Med Part A Med Psychol Med.* 1979;13(4):1-8.
 68. Helman CG. Communication in primary care: The role of patient and practitioner explanatory models. *Soc Sci Med.* 1985;20(9):923-31.
 69. Bower P. Understanding patients: Implicit personality theory and the general practitioner. *Br J Med Psychol.* 1998;71(2):153-63.
 70. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51(7):1087-110.
 71. Byrne P, Long B. *Doctors talking to patients* HMSO, London 1976;48-97.
 72. Fonagy P. Psychotherapy research: do we know what works for whom? *Br J Psychiatry.* 2010;197(2):83-5.
 73. Balint E, Courtenay, Elder A, Hull S, Julian P. *The doctor, the patient and the group: Balint revisited*, Routledge, London 1993;13-14.
 74. Baker A. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *BMJ.* 2001;323(7322):11-92.
 75. Sidani S, Epstain D, Miranda J. Eliciting patient treatment preferences: A strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2006;3(3):116-23.
 76. Bertakis D, Azari R. "Patient-Centred Care is Associated with Decreased Health Care Utilization", *Journal of the American Board of Family Medicine.* 2011;24(3):229-39.
 77. Robert M. Anderson, Martha M. Funnell ve Patricia M. Butler, "Patient Empowerment-Results of a Randomised Trial", *Diabetes Care.* 1995;5(3):943-949.
 78. Aziz AB, Ali SK. Relationship between level of empathy during residency

- training and perception of professionalism climate. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):320-30.
79. Sharma RM. Empathy-a retrospective on its development in psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry.* 1992;26(3):377-90.
 80. Barret G,Lennard T. The Empathy Cycle: Refinement of a Nuclear Concept. *Journal of Counseling Psychology.* 1981;28(2);91-100.
 81. Batchelder L, Brosnan M, Ashwin C. The Development and Validation of the Empathy Components Questionnaire (ECQ). *PLoS One.* 2017;12(1):25-40.
 82. Adler A. Psikolojik Aktivite. Çev: Belkıs Çorakçı, İstanbul, Say Yayınları 1993;55:19-27.
 83. Kasatura İ. Okul Başarısından Hayat Başarısına (Başarıyı Yaratana ya da Engellenen Etkenler). İstanbul, Altın Kitaplar 1998; s:212-230.
 84. Gülseren, Ş. Eşduyum (Empati): Tanımı ve kullanımı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg.* 2001,s:133-145.
 85. Milton DEM, Heasman B, Sheppard E. Double Empathy. *Encycl Autism Spectr Disord.* 2018;67:1-8.
 86. Lockwood PL, Seara-Cardoso A, Viding E. Emotion Regulation Moderates the Association between Empathy and Prosocial Behavior. *PLoS One.* 2014;9(5):1-6.
 87. Wiet M, Branje SJ, Meeus WH. Empathy and conflict resolution in friendship relations among adolescents. *Aggress Behav.* 2007;33(1):48-55.
 88. Smith A. Cognitive Empathy and Emotional Empathy in Human Behavior and Evolution. *Psychol Rec.* 2017;56(1):3-21.
 89. Sinclair S, Beamer K, Hack TF, et al. Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliat Med.* 2017;31(5):437-420.
 90. Hojat M,Gonnella JS,Mangione S. et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ.* 2002;36(6):522-7.
 91. Quince T, Thiemann P, Benson J, Hyde S. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. *Adv Med Educ Pract.* 2016;55(7):443-445.
 92. Miller IJ. The therapeutic empathic communication (TEC) process. *Am J Psychother.* 1989;43(4):531-45.
 93. Barrett-Lennard GT. The phases and focus of empathy. *Br J Med Psychol.* 1993;66(1):3-14.
 94. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, et al. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry.* 2002;159(9):1563-9.
 95. Sanson-Fisher R, Hobden B, Carey M, et al. Interactional skills training in undergraduate medical education: ten principles for guiding future research. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):5-135.
 96. Roche AM,Eccleston P,Sanson-Fisher R. Teaching smoking cessation skills to senior medical students: a block-randomized controlled trial of four different approaches. *Prev Med (Baltim).* 1996;25(3):251-8.

97. Hur Y, Cho AR, Choi CJ. Medical students' and patients' perceptions of patient-centred attitude. *Korean J Med Educ.* 2017;29(1):33-56.
98. 2020-2021 Mezuniyet Öncesi Eğitim Programları | Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, <http://tip.uludag.edu.tr/mezuniyet-oncesi-egitim-programlari>, erişilen tarih: 25.08.2021.
99. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM. et al. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns.* 2000;39(1):49-59.
100. Özdemir S, Edirne T. Hasta-Hekim Yönelim Ölçeğinin (HHYÖ) Türkçeye uyarlanması. *Tıp Eğitimi Dünyası.* 2018;17(51):21-32.
101. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric. 2007; 48(1): 81-86
102. Gönüllü I, Öztuna D. Jefferson Doktor Empati Ölçeği öğrenci versiyonunun Türkçe adaptasyonu. *Marmara Med J.* 2012;25(2):87-92.
103. Coulehan J, Williams PC. Vanquishing virtue: the impact of medical education. *Acad Med.* 2001;76(6):598-605.
104. Krupat E, Pelletier S, Alexander EK, et al. Can changes in the principal clinical year prevent the erosion of students' patient-centered beliefs? *Acad Med.* 2009;84(5):582-6.
105. Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. *Med Educ.* 2004;38(5):522-34.
106. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. *Educ Prim Care.* 2011;22(5):297-303.
107. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ.* 2002;36(6):568-74.
108. Novack DH. Realizing Engel's vision: psychosomatic medicine and the education of physician-healers. *Psychosom Med.* 2003;65(6):925-30.
109. Chen C, Kotliar D, Drolet BC. Medical education in the United States: do residents feel prepared? *Perspect Med Educ.* 2015;4(4):181-197.
110. Astin JA, Goddard TG, Forys K. Barriers to the Integration of Mind-Body Medicine: Perceptions of Physicians, Residents, and Medical Students. *EXPLORE.* 2005;1(4):278-83.
111. Wahlqvist M, Gunnarsson RK, Dahlgren G, Nordgren S. Patient-centred attitudes among medical students: Gender and work experience in health care make a difference. 2010;32(4):191-8.
112. Ribeiro MMF, Krupat E, Amaral CFS. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. 2007 Sep;29(6):204-8.
113. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ.* 2002;36(6):568-74.
114. Ahmad W, Krupat E, Asma Y, et al. Attitudes of medical students in Lahore, Pakistan towards the doctor-patient relationship. *PeerJ.* 2015;3(6):122-89.
115. Lee KH, Seow A, Luo N, Koh D. Attitudes towards the doctor-patient relationship: a prospective study in an Asian medical school. *Med Educ.* 2008;42(11):109-9.
116. Haidet P. Patient-centredness and its challenge of prevailing

- professional norms. *Med Educ.* 2010;44(7):643-4.
117. Hur Y, Kim S, Park JH, Cho A-R, Choi CJ. Changes in medical students' patient-centeredness attitudes by implementation of clinical performance examination. *Korean J Med Educ.* 2014;26(2):99-106.
 118. Shankar RP, Dubey AK, Mishra P, et al. Student attitudes towards communication skills training in a medical college in Western Nepal. *Educ Heal Chang Learn Pract.* 2006;19(1):71-84.
 119. Tsimtisou Z, Keraasidou O, N Eftathiou N. et al. Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. *Med Educ.* 2007;41(2):146-53.
 120. Mulac A, Lundell TL. Differences in perceptions created by syntactic-semantic productions of male and female speakers. 1980; 47(2), 111-118.
 121. Krupat E, Hiam CM, Fleming MZ, Freeman P. Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. *Int J Psychiatry Med.* 1999;29(3):347-56.
 122. Bell SK, Krupat E, Fazio SB, et al. Writing community: a humanism curriculum with an academic lens. *Med Educ Dev.* 2011;1(1):4-46.
 123. Batenburg V, Smal JA, Lodder, Melker RA. Are professional attitudes related to gender and medical specialty? *Med Educ.* 1999;33(7):489–92.
 124. Quince T, Thiemann P, Benson J, Hyde S. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. *Adv Med Educ Pract.* 2016;(7):443-55.
 125. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC. et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Adv Heal Sci Educ.* 2018;23(5):89-15.
 126. Nair S, Shetty RS, Guha S, Anjum Z, Kamath A. Assessing empathy among undergraduate medical students: a cross sectional analysis using the Jefferson scale in a medical school in Coastal Karnataka. *Int J Community Med Public Heal.* 2018;5(3):95-37.
 127. Rezayat AA, Shahini N, Toofani Asl H, Jarahi L. et al. Empathy score among medical students in mashhad, Iran: study of the Jefferson Scale Of Physician Empathy. *Electron Physician.* 2018;10(7):101-106.
 128. Quince TA, Kinnersley P, Hales J, et al. Empathy among undergraduate medical students: A multi-centre cross-sectional comparison of students beginning and approaching the end of their course. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):17-22.
 129. Park KH, Roh H, Suh DH, Hojat M. Empathy in Korean medical students: Findings from a nationwide survey. *Med Teach.* 2015;37(10):943-8.
 130. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med.* 2009;84(9):112-7.
 131. Baykan Z, Naçar M. Tıp eğitiminde örtük müfredat öğrencilerin empati düzeylerini etkilemekte midir? Longitudinal bir çalışma. *Hitit Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg.* 2017;10(2):775-84.
 132. Ünlü G. Tıp Fakültesi öğrencilerinin empati düzeyinin ölüme ve ölümcül

- hastaya yaklaşım ile ilişkisi. 2019;25-50
133. Christov-Moore L, Simpson EA, Coudé G, et al. Empathy: Gender effects in brain and behavior. *Neurosci Biobehav Rev.* 2014;46:60-45.
 134. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effects in Medical Communication: A Meta-analytic Review. *JAMA.* 2002;288(6):756-64.
 135. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy. *J Gen Intern Med.* 2007;22(10):14-34.
 136. Teke AK, Cengiz E, Demir C. Hekimlerin Empatik Özelliklerinin Ölçümü Ve Bu Ölçümlerin Demografik Değişkenlere Göre Değişimi. *Çukurova Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg.* 2010;19(3):505-16.
 137. Truax, CB, Altmann H, Millis WA. "Therapeutic Relationships Provided By Various Professionals", *Journal of Community Psychology,* 1974;Vol.2:33-36.
 138. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. et al. The European definitions of General Practice / Family Medicine. (Ed.) Evans P. *WONCA-Europe 2011:240-265*
 139. Akdeniz M, Kavukcu E, Ilhanlı N. DREEM in primary care: students' perspectives on educational environment of family medicine internship in primary care centres: experiences at Akdeniz University Faculty of Medicine in Turkey. 2019;131(6):397-404.
 140. Turkeshi E, Michels NR, Hendrickx K, Remmen R. Impact of family medicine clerkships in undergraduate medical education: a systematic review. *BMJ Open.* 2015;5(8):35-47.
 141. Lumlertgul N, Kijpaisalratana N, Pityaratstian N, Wangsaturaka D. Cinemeducation: A pilot student project using movies to help students learn medical professionalism. 2009; 31(7):327-32.
 142. Alexander M, Hall MN, Pettice YJ. Cinemeducation: an innovative approach to teaching psychosocial medical care. *Fam Med.* 1994;26:430-3.
 143. Ketis ZK, Svab I. Using movies in family medicine teaching: A reference to EURACT Educational Agenda. *Slov J Public Heal.* 2017;56(2):99-106.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Biyopsikosozyal Yaklaşım Konusunda Eğitim Alan Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Hekim Yönelimi ve Empati Düzeylerinin Değerlendirilmesi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Züleyha Alper			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Araş.Gör.Dr.Muzaffer Öncü Dönmez, Prof.Dr.Yeşim Ucu, Prof.Dr.Aliş Özçakar			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması			
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Uzmanlık tez çalışması			
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	01.01.2021 / 3 ay			
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	330			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı		Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU		16.12.2020	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		16.12.2020	Türkçe
	ANKET FORMU		-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih: 16.12.2020
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih: 16.12.2020
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAME	<input type="checkbox"/>	
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih: 16.12.2020
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Araştırma ilk başvuru ön yazısı (Tarih: 16.12.2020), sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Biyopsikosozyal Yaklaşım Konusunda Eğitim Alan Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Hekim Yönelimi ve Empati Düzeylerinin Değerlendirilmesi
------------------------------	--

Karar No: 2020-23/10	Tarih: 23 Aralık 2020
-----------------------------	------------------------------

KARAR BİLGİLERİ	<p>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi.</p> <p>1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna,</p> <p>2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,</p> <p>3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,</p> <p>4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p>
------------------------	--

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Hlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
----------------------	---

BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU
-----------------------------------	---------------------------------

ÜYELER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	İznilidir
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Selen MİĞAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

EK-2: Anket Formu

Biyopsikosozyal Yaklaşım Konusunda Eğitim Alan Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Hekim Yönelimi ve Empati Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Sevgili katılımcılar,

Biyopsikosozyal yaklaşım konusunda eğitim alan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin, hasta hekim yönelimi ve empati düzeylerinin incelendiği tez çalışmamız için düzenlenen ankette, kimliğinizi belli edecek hiçbir soru bulunmamaktadır. Anketimizin tamamlanma süresi yaklaşık 15 dakikadır. Anketimize katılmayı kabul ettiğiniz ve işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Form No:

- 1- Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın
- 2- Yaşınız:
- 3- Medeni durumunuz: 1. Evli 2. Bekar
- 4- Tıp fakültesi sonrası uzmanlık yapma düşünceniz var mı? (Cevabınız hayır ise 6. Soruya geçebilirsiniz)
1. Evet 2. Hayır
- 5- Uzmanlık yapmak istediğiniz branş nedir? (lütfen boşluğa yazınız)
.....
- 6- Biyopsikosozyal yaklaşım kelimesinin tanımını biliyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen
- 7- Biyopsikosozyal kelimesi size neyi çağırıyor? (Lütfen boşluğa yazınız)
.....
- 8- Daha önce biyopsikosozyal yaklaşım konusunda herhangi bir eğitime/kongreye katıldınız mı?
1. Hiçbir zaman katılmadım
2. Tıp eğitimi müfredatında yer alan derslere katıldım
3. Biyopsikosozyal yaklaşımın anlatıldığı kongreye katıldım
- 9- Tıp eğitimi müfredatında yer alan derslere katılım gösterdiyseniz hangi dersler biyopsikosozyal yaklaşım açısından sizin için fayda sağladı?
1. Aile hekimliğinde film izletilerek yapılan dersler
2. Aile hekimliğinde anlatılan teorik dersler
3. Diğer stajlarda verilen biyopsikosozyal eğitim (Lütfen hangi dersler ve stajlar belirtiniz)
.....
.....
.....
- 10- Biyopsikosozyal yaklaşım hakkındaki bilginizi yeterli buluyor musunuz ?
1. Buluyorum 2. Kısmen buluyorum 3. Bulmuyorum

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 23.12.2020
Karar No : 2020-23/10

Aşağıda hekimler, hastalar ve sağlık hizmetlerine ilişkin kişilerin düşünceleri ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra size uyma derecesini göre sağ taraftaki kutucuklardan birini işaretleyerek belirtiniz.

9-Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği [Türkçe Uyarlaması (PPOS-TR14)]

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

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Az da olsa katılmıyorum	Az da olsa katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Muayene sırasında neyin konuşulacağına hekim karar vermelidir.						
2	Günümüzde sağlık hizmetlerinin birey merkezli olmaktan uzaklaşması, tıp alanındaki ilerlemeler için ödenmesi gereken küçük bir bedeldir.						
3	Hastalar hekimlerine güvenmeli ve kendi başlarına sağlık durumları hakkında bilgi edinmeye çalışmamalıdır.						
4	Hekimler hastalarına özgeçmişleri hakkında çok soru sorduklarında, onların özel hayatına gereğinden fazla karışmış olurlar						
5	Eğer hekim tanı ve tedavide gerçekten iyi ise, hasta ile nasıl bir ilişki kurduğunun bir önemi kalmaz.						
6	Pek çok hasta yeni bir şey öğrenmiyor olsa bile soru sormaya devam eder.						
7	Hekimler hastalara kendileri ile eşit güç ve konumda olan biri gibi davranmalıdırlar.						
8	Hastalar genellikle sağlıkları hakkında bilgi verilmesi yerine, iyi olduklarına dair güvence verilmesini isterler.						
9	Hastalarına karşı açık sözlü ve samimi davranan hekimler genelde başarılı olamazlar.						
10	Hastanın hekimi ile hemfikir olmaması, ona güven ve saygı duymadığının bir göstergesidir.						
11	Hastanın yaşam tarzı ve değerleri ile uyuşmayan tedavi planı başarılı olamaz.						
12	Hasta yetkinin her zaman hekimin elinde olduğunun farkında olmalıdır.						
13	Hastayı tedavi etmek için onun kültürel altyapısını ve geçmişini bilmek o kadar da önemli değildir.						
14	Hastaların kendi başlarına tıbbi bilgiler edinmeleri, genellikle yardımcı olmaktan çok onların kafalarını karıştırır.						

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 23.12.2020
Karar No : 2020-23/10


10- Jefferson Doktor Empati Ölçeği (Öğrenci Versiyonu)

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

Aşağıda çeşitli durumlara ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Lütfen ifadeyi okuduktan sonra size uyma derecesini sağ taraftaki kutucuklardan birini işaretleyerek belirtiniz.		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	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 anlamanın da önemli olduğuna düşünüyorum.							
8	Hastalarımın tıbbi tedavi uygularken, kendimi onların yerine koymaya çalışırım.							
9	Mizah anlayışına sahip olmanın, daha iyi bir klinik çıktıya katkısı olduğuna 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	Hastalarımın 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 olduğuna 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.							

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 23.12.2020
Karar No : 2020-23/10

EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	UÜTIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 1 / 1
Rev. No : 02	Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014		

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Prof. Dr. Züleyha ALPER tarafından yürütülen yürütülen "Biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin hasta hekim yönelimi ve empati düzeylerinin değerlendirilmesi" başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmamızın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan/elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır

Araş
(Adı,
Prof.Dr.

Araştırmanın Amacı:

Biyopsikososyal yaklaşım, hasta merkezli bütüncül bir modeldir. Bu yaklaşım, günümüzde genel toplumda merak edilen ve sağlık profesyonellerince de tartışılan konulardan biridir. Tıp eğitimi, sağlık sistemi ile karşılıklı etkileşim içerisindedir. Aile hekimliği, sağlık sistemindeki toplumun gereksinimlerini tıp eğitimine taşımıştır. Eğitimlerinin son yıllarında tıp fakültesi öğrencilerinin, hastaların sadece hastalıklarıyla ilgilenmek yerine hasta merkezli olup hastaları bütün yönleriyle ele alma, hastalarla empati kurup onlar için en iyiye birlikte karar verme becerilerini de kazanması gereklidir. Bu çalışmada; gerek kendi gerekse toplumdaki bireylerin sağlığı üzerinde büyük rol oynayacak hekim adaylarının biyopsikososyal yaklaşım bilgisinin saptanması, hasta merkezli yaklaşımı ve empati düzeylerinin de değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Araştırmamız başlıca 4 bölümden ve 44 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların genel sosyodemografik bilgileri; ikinci bölümde biyopsikososyal yaklaşım ile ilgili tanımlama ve eğitim deneyimleri ile ilgili sorular; üçüncü bölümde hasta-hekim yönelimine ilişkin tutumlarını ölçen sorular; ve son olarak dördüncü bölümde empati becerilerini ölçmeye yönelik sorular bulunmaktadır.

Araştırmada doğru ve güvenilir bir sonuca ulaşabilmek açısından anket sorularının tam olarak cevaplanması çok önemlidir; istenen bilgilerin anket üzerinde eksik girilmesi geçersiz olmasına neden olacağından dolayı tüm önermelerin yanıtlanması gerekmektedir. Anketin doldurulması yaklaşık 15 dakikayı almaktadır.

Araştırmanın Süresi: 3 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 330

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

Prof. Dr. Züleyha ALPER / Araş. Gör. Dr. Muzaffer Öncü DÖNMEZ / Prof. Dr. Yeşim UNCU / Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR

Çalışmanın adı: Biyopsikososyal yaklaşım konusunda eğitim alan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin hasta hekim yönelimi ve empati düzeylerinin değerlendirilmesi

Tarih: 16/12/2020

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 23.12.2020
Karar No : 2020-23/10

9. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca, mesleki bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tüm samimiyeti ile her zaman yanımda olan ve desteğini bizden hiç esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Yeşim UNCU, Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR, Prof. Dr. Züleyha ALPER'e,

Çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde bana her açıdan yardımcı olan, yoğun programı olmasına rağmen ilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen,engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, her zaman sabırlı ve anlayışlı olan, öğrencisi olmaktan mutluluk ve onur duyduğum çok değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Züleyha ALPER'e,

Beraber uzmanlık eğitimi aldığım ve dostluklarından mutluluk duyduğum Uzm. Dr. M. Talha ARSLAN, Uzm. Dr. Hüseyin SERİNÇAY, Uzm. Dr. Fatih KARACİF, Dr. Murat KAYA, Dr. Erdinç SEVİNÇ'e

Asistanlık sürecinde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma,

Zor çalışma dönemimde bana her zaman destek olan, varlıklarıyla her zaman yanımda hissettiğim, fedakârlıklarıyla beni bu günlere getiren, sevgilerini ve yardımlarını asla esirgemeyen, ömürlerini çocuklarını yetiştirmeye adanmış canım annem, babam ve kardeşime,

Son olarak; teşekkürlerin en büyüğünü hak eden, her zaman yanımda olan, beni destekleyen, varlığı benim için zaruret olan canım eşim Gizem DARICI DÖNMEZ'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

■■■■ yılında ■■■■'te doğdum. İlköğretim eğitimimi Nevşehir ilinde tamamladım. Lise eğitimimi Nevşehir Anadolu Öğretmen Lisesi'nde tamamladıktan sonra 2011 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimime başladım.

2017 yılında mezun olduktan sonra Ürgüp Devlet Hastanesi Acil Servisinde başladığım mecburi hizmet görevimi yaklaşık 1 sene sürdürdükten sonra 2018'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak görevime başladım.