

T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ  
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi  
Prof. Dr. Ayşe Çaylan

EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN  
BÜTÜNCÜL YAKLAŞIMA YÖNELİK BİLGİ VE  
TUTUMLARI

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Büşra Nur Demirci

EDİRNE-2024



## TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim boyunca emeği geçen ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a, katkılarından dolayı Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, Prof. Dr. Serdar Öztora'ya ve Doç. Dr. Önder Sezer'e, canım oğluma, değerli aileme ve beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| GİRİŞ VE AMAÇ.....                              | 1  |
| GENEL BİLGİLER.....                             | 3  |
| AİLE HEKİMLİĞİ TANIMI.....                      | 3  |
| AİLE HEKİMLİĞİNİN ÇEKİRDEK YETERLİLİKLERİ ..... | 4  |
| BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM.....                          | 7  |
| BİYOMEDİKAL MODEL.....                          | 8  |
| PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM .....                      | 9  |
| BİYOPSİKOSOSYAL MODEL.....                      | 10 |
| BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIM.....                   | 13 |
| SAĞLIĞA BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIM .....          | 14 |
| BİYOPSİKOSOSYAL MODELİN KLİNİK UYGULAMASI.....  | 16 |
| GEREÇ VE YÖNTEMLER.....                         | 19 |
| BULGULAR.....                                   | 25 |
| TARTIŞMA.....                                   | 43 |
| SONUÇLAR.....                                   | 51 |
| ÖZET.....                                       | 54 |

**SUMMARY.....55**

**KAYNAKLAR.....56**

**EKLER**



## SİMGE VE KISALTMALAR

**AFA** : Açıklayıcı Faktör Analizi

**ANOVA** : Analysis of Variance (Varyans Analizi)

**ASM** : Aile Sağlığı Merkezi

**BPS** : Biyopsikososyal

**DFA** : Doğrulayıcı Faktör Analizi

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**KMO** : Kaiser- Meyer- Olkin

**WONCA** : World Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Örgütü)

## GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün (WONCA) kolu olan WONCA Avrupa topluluğu tarafından aile hekimliği, kendi eğitim içeriği, araştırma konuları, kanıt temeli ve klinik aktivitesi olan bir akademik ve bilimsel disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık olarak tanımlanmıştır ve bütüncül yaklaşım aile hekimliğinin 6 çekirdek yeterliliğinden biridir. Bütüncül yaklaşım bağlamsal bir klinik yöntem olan biyopsikososyal modele dayanır (1).

Geleneksel biyomedikal yaklaşıma göre sağlık, vücutta fizyolojik bir anormalliğe bağlı hastalığın olmamasıdır. Biyomedikal yaklaşım hastalığın psikososyal faktörlerini önemsemez sadece biyolojik faktörlerine odaklanır. Oysa birinci basamaktaki sağlık ziyaretlerinin çoğunun yaşam tarzıyla alakalı olan önlenabilir ve tedavi edilebilir hastalıklardan kaynaklandığı bildirilmiştir (2).

Psikolog George Engel, 1970'li yılların sonlarında biyomedikal modeldeki zayıflıkları ortaya koyup, hastalığın ortaya çıkışında sadece biyokimyasal değişikliklerin rol oynamadığını, bireysel ve sosyal faktörlerin de hastalığın seyrinde çok önemli olduğunu belirtmiştir. Hastayla kurulan iletişimin düzeyi arttıkça tedaviye daha fazla uyum sağlanacağı, sonuç olarak tıbbi sonuçların da olumlu yönde etkilenebileceğini vurgulamıştır. Engel sonuç olarak, geleneksel biyomedikal modelin eksikliklerini göz önüne alarak, “Biyopsikososyal Model” olarak bilinen yaklaşımı tanımlamıştır. Biyopsikososyal modele göre bir hastalık oluşurken, biyolojik faktörlerin yanında psikolojik (düşünceler, duygu ve davranışlar) ve sosyal (sosyo-ekonomik, çevresel ve kültürel) faktörler de rol oynamaktadır. Bu model biyolojik, psikolojik, sosyal,

mesleki, çevresel ve kültürel bileşenler arasındaki etkileşimi göz önüne alarak hastaya yaklaşmayı hedefler (3).

Hastanın sağlık ihtiyaçlarının yeterince tanınmasından önce, aile hekimlerinin biyopsikososyal açıdan sağlık ihtiyaçlarının geniş kapsamını ele almaya istekli ve yetenekli olup olmadıklarının değerlendirilmesi önemlidir. Aile hekimlerinin bütüncül yaklaşım düzeyini ölçebilmek için Makivić ve Klemenc- Ketiš, 2022 yılında bir ölçek geliştirmişlerdir (4). Literatür incelendiğinde Türkiye’de bütüncül yaklaşımı ölçmeye yönelik yapılmış bir ölçek olmadığı için; bu çalışmada Makivić ve Klemenc- Ketiš’in geliştirdiği “Scale for BioPsychoSocial Dimension of Family Physician’ Work” ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapıp ölçeğin literatüre kazandırılması ve bu ölçek ile Edirne ilindeki aile hekimlerinin bütüncül yaklaşım ile ilgili bilgi ve tutumlarının görülmesi amaçlanmıştır.

## GENEL BİLGİLER

### AİLE HEKİMLİĞİ TANIMI

Aile Hekimliği, özgün eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik pratik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. WONCA Avrupa'nın 2023 revizyonuna göre aile hekimliği tanımı güncelliğini korumaktadır. Buna göre aile hekimi, disiplinin ilkelerine göre yetiştirilmiş uzman hekimdir. Yaş, cinsiyet ve hastalıklar ne olursa olsun, tıbbi bakım için başvuran her bireyin kapsamlı ve sürekli bakımını sağlamaktan birincil (primer) olarak sorumludur. Hasta bakımını sağlarken, bireyin kültürünü, yaşadığı toplumu, ailesini ve gezegenin entegre sağlığını göz önünde bulundurur. Kişinin bireysel özerkliğini de her zaman dikkate alır. Topluma ve doğal çevreye karşı mesleki sorumluluğu olduğunun her zaman bilincindedir. Hastalarıyla tedavi planını yaparken onların fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, varoluşçu ve gezegen sağlığı ile ilişkili faktörler boyutundaki özelliklerini dikkate alıp, tekrarlayan görüşmelerde güven sağlayıp bireyle ilgili bilgileri toplayarak bütünleştirir. Aile Hekimliği uzmanı mesleki rolünü, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek ve tedavi, bakım hizmeti sunarak ya da hastalığı hafifleterek yerine getirir. Bunu yaparken, hizmet verdiği toplumun sağlık ihtiyaçlarına ve mevcut kaynaklarına göre hareket eder. İhtiyacı olan hastaları uygun yerlere yönlendirir. Etkin ve güvenli hasta bakımı temelinde becerilerini geliştirmek zorundadır (1).

American Academy of Family Physicians (AAFP) tarafından aile hekimi; cinsiyeti, yaşı, problemlerinin tipi (biyolojik, psikolojik, sosyal) ne olursa olsun, ailenin her bir üyesine

sürekli, devamlı ve kapsamlı tıbbi bakım ve önleyici hizmetler sağlayan, bu açıdan özelleşmiş tutum beceri ve bilgiye sahip olan hekimler olarak tanımlanmıştır (5).

Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün (WONCA) Avrupa kolu, Avrupa'daki aile hekimlerinin akademik ve bilimsel topluluğudur. Wonca Avrupa'nın amacı, bilgi paylaşımı için forumlar oluşturarak aile hekimlerinin akademik organizasyonlarının gelişimini desteklemek, sağlık ve tıbbi bakımı içeren diğer dünya forumları ve toplantılarında aile hekimlerinin araştırma, hizmet sunumları ile ilgili çalışmalarında destek olmak yoluyla insanların yaşam kalitelerini artırmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin standartlarını geliştirmektir (6).

Uluslararası toplantılar neticesinde belirlenen aile hekimliği disiplin tanımı, disiplinin temel özellikleri ve çekirdek yeterliliklerini de içeren güncel bildirileri yayımlayarak aile hekimliğinde profesyonel gelişme, araştırma, eğitim ve kalitenin artırılması hedeflenir (1).

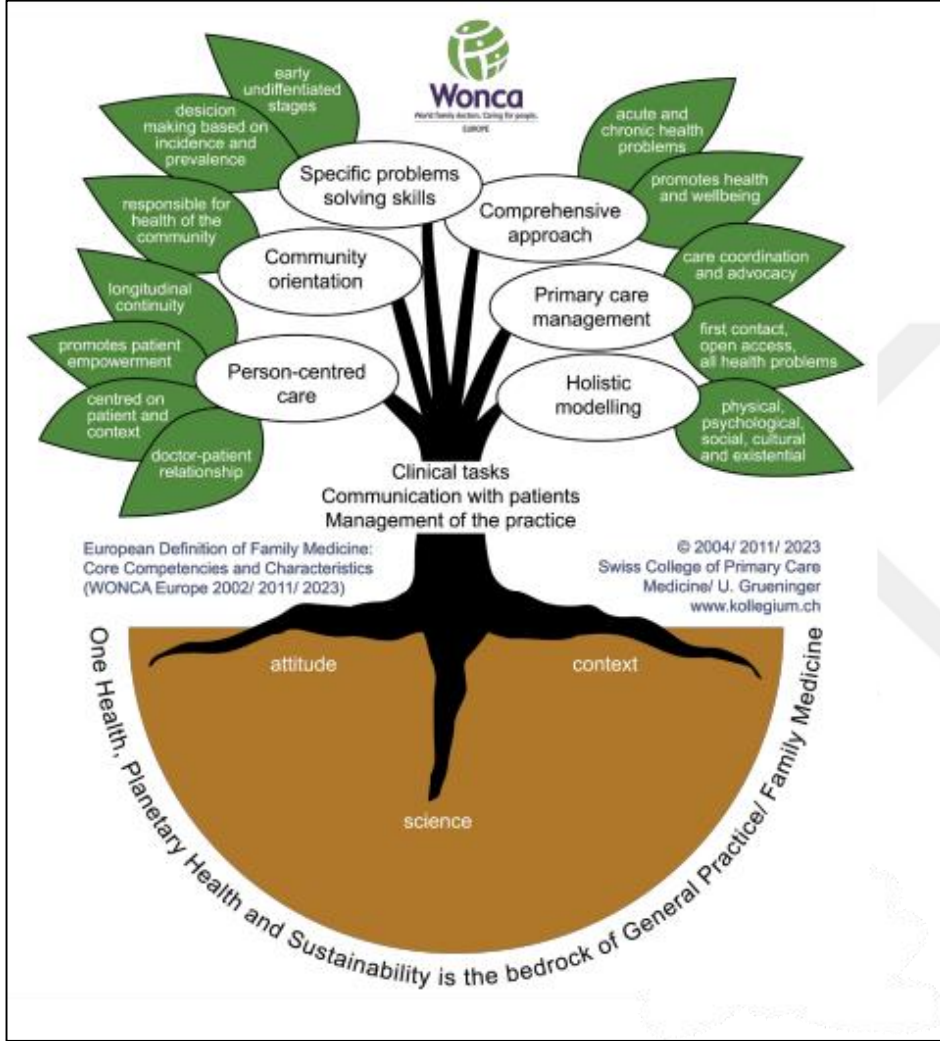
## **AİLE HEKİMLİĞİNİN ÇEKİRDEK YETERLİLİKLERİ**

Aile hekimliği, tek sağlık, gezegen sağlığı ve sürdürülebilirlik uygulanmalarında esas olmak üzere; altı çekirdek yeterliliğe, on iki ilkeye bilim, tutum ve bağlamsal olarak entegre yaklaşımı mümkün kılarak disiplinin kökenini oluşturur. Tanımlanan on iki temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken on iki yeteneği belirler. Bunlar temel özelliklerle bağlantılı olan altı çekirdek yeterlikte toplanabilir. Altı çekirdek yeterliliği; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım oluşturur. Temel yetkinliklerin uygulanmasında bilim, tutum ve bağlamanın göz önünde bulundurulması gerekmektedir. WONCA ağacı Şekil 1'de görülmekte olup, çekirdek yeterlilikler (1) :

### **Birinci Basamak Yönetimi**

Acil durumlar dışında aile hekimliği ilk temas noktasıdır. Sorunun tipi, hastaların yaşı ve cinsiyetinden bağımsız olarak kişilerin aile hekimlerine ulaşmasında hiçbir engel bulunmamalı ve aile hekimleri onların tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmelidir. Ayrıca aile hekimleri; diğer disiplin uzmanları, evde bakım hemşireleri, sosyal hizmet görevlileri gibi kişiler tarafından sunulan sağlık hizmetinde kilit rol oynayıp onları koordine edebilmelidir. Böylece kaynakları koruyarak etkin ve amacına uygun sağlık bakımı sunumu sağlanabilir.

Ayrıca aile hekimleri hastalarının, sağlık sistemi içindeki uygun hizmetlerden faydalanmasını sağlamak ve klinik karar verme süreçlerine aktif katılımlarını destekleyerek onun savunuculuğunu yapmaktan sorumludur (1,7).



Şekil 1. WONCA ağacı (1)

### Kişİ Merkezli Bakım

Hekim hastalarla ve hastanın sorunlarıyla ilgilenirken, hastalık yoktur hasta vardır anlayışıyla, korkuları ve beklentileri olan hastayı anlayıp ona göre davranmalıdır. Hasta görüşmesi sürecinde hastanın özerkliğine saygı göstererek etkili bir hasta hekim ilişkisi oluşturmaktadır. Hasta ile doğru iletişim kurup onunla ortaklık içinde hareket etmelidir. Hastanın ihtiyaçlarına göre belirlenen bakımının zaman içindeki sürekliliğini ve koordinasyonu sağlayabilmeli, sağlık hizmeti kaynaklarının israfını en aza indirmelidir. Hastaları sağlıklı

yaşam tarzı için davranış değişiklikleri gibi konularda bilgilendirip hastanın güçlendirilmesini teşvik etmelidir (1).

### **Kapsamlı Yaklaşım**

Hekim bireyin hem akut hem de kronik sorunları olmak üzere birden fazla şikayetini aynı anda yönetebilmelidir. Hekim sağlıklı yaşamı teşvik etmeli, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi stratejilerini uygun bir şekilde uygulamalı, sağlığı ve iyilik durumunu geliştirebilme yeteneklerine sahip olmalıdır. Gezegen sağlığı, tek sağlık ve sürdürülebilirlik konularına önem verip; hastalar, diğer profesyoneller, halk sağlığı ve politika yapıcılar ile işbirliği içinde olmalıdır (1). Kapsamlı bakımda asıl amaç hastalığın yönetimi ve sağlığın geliştirilmesidir. Aile hekimliğinin diğer disiplinlerden farklı olan dört özelliğinden biri kapsamlı bakımdır (8).

### **Toplum Yönelimli Olma**

Hekimler genelde tek hastayla ilgilenirken aile hekimleri hem hastadan hem de toplumdan sorumludur. Hekime başvuran hastalar kadar başvurmayanların da ele alınması sağlanmalıdır. Hekim toplumun sağlık gereksinimlerini, gezegenin sağlık gereksinimleri ile birleştirerek sınırlı kaynakları etkin bir şekilde kullanabilmelidir. Aile hekimliği polikliniğini düşük enerji tüketimini göz önünde bulundurarak eko-sorumluluk ile seçmeli, tıbbi pratiğinde de en az kirlетici tarzı seçmelidir (1). Hastanede çalışan hekimler toplumdaki mevcut kaynaklardan haberdar olmayabilir ancak aile hekimleri kendilerini sağlık hizmeti sunan bir ağın parçası olarak görürler (7).

### **Özgün Problem Çözme Yeteneği**

Hekimler rahatsızlıkların toplum içindeki prevalansı ve insidansı ile belirlenen özgün karar verme sürecini kullanabilmeli, öykü fizik muayene ve laboratuvar incelemelerinden elde edilen bilgilerde seçici davranmalı, gerektiğinde zamanı araç olarak kullanabilmeli, erken dönemdeki durumları yönetebilme ve gerektiğinde ivedi girişimlerde bulunabilme yeteneklerine sahip olmalıdır (1).

## **Bütüncül Yaklaşım**

Hekim sağlık sorunlarını fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel ve varoluşsal boyutlarıyla ele almalı, bütüncül olarak tüm bu boyutları aynı anda tanımalı ve her birine uygun ağırlığı vermelidir. Hastanın kişiliği, korkuları, kaygılarının hastalığında rol oynayabileceğinin farkında olup hastaya bir bütün olarak yaklaşmalıdır. Sağlık hizmeti kaynaklarının tüketilmesiyle ilgili hastanın ve gezegenin ortak yararlarını topluma anlatıp onları bilgilendirilmelidir (1,7).

## **BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM**

Aile hekimliğinin çekirdek yeterlilikleri kapsamında yer alan bütüncül yaklaşım disiplinin uygulanmasında olmazsa olmazlardandır (9). Holistik, diğer adıyla bütüncül yaklaşımı tanımlayacak olursak; hastanın değerlerini, kültürünü, aile yapısını ve inançlarını anlayıp bunlara saygı duymak ve bütün bu değerlerin hastalığın ve sağlığın yönetimini ve deneyimini nasıl etkilediğini anlamak olarak tanımlayabiliriz. Bütüncül yaklaşımın esası bir bağlamsal klinik metod olan biyopsikososyal modele dayanır (10).

Holistik yaklaşım, sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alarak rahatsızlık davranışının temeline inmeye çalışır. Hastanın ne tür bir hastalığa sahip olduğundan çok o hastalığın hangi tip bireylerde olduğunu aile hekimi düşünmelidir (7).

Her bir çekirdek yeterliliğin altında aile hekimliğinin temel özellikleri yer alır. Biyopsikososyal yaklaşım da, çekirdek yeterliliklerden biri olan bütüncül yaklaşımın altındaki temel özelliklerden biridir. Bu temel özellik aslında bütüncül yaklaşım içerisinde biyopsikososyal modelin kültürel ve varoluşsal yönlerini de dahil ederek değerlendirilmesidir (11).

Bazen bütüncül yaklaşımı uygularken biyopsikososyal model de yetersiz kalmaktadır. Bütüncül yaklaşımın öncüsü nöroloji uzmanı Kurt Goldstein'dır ve bu yaklaşım aynı zamanda Goldstein paradigması olarak da bilinmektedir. Bu paradigma, hastayı geçmişi, bulunduğu anı, geleceği, sahip olduğu genetik faktörler, psikolojisi, sosyal ilişkileri ve içerisinde bulunduğu çevresel zorlukları ile bir bütün olarak görmeye dayanmaktadır (12).

## **BIYOMEDİKAL MODEL**

Her hastayı kendi yaşama biçimi, eğitim seviyesi, toplum içindeki yeri, davranış şekli, kültürü, sağlıkla ilgili fikirleri ve mevcut problemleri ile ayrı bir birey olarak kabul etmek ve bir bütün olarak değerlendirmek gerekmektedir. Ancak geleneksel tıp eğitiminde hekimler bu yaklaşım için yeterince hazırlanamamaktadır (13).

Tıp eğitiminin tarihine bakıldığında 1910 yılında Flexner Raporu'nun yayınlanması, bir dönüm noktası olmuş ve tıp eğitiminin üniversite formatında yapıldığı, tıbbın deneysel bir disiplin olarak tanımlandığı biyomedikal model benimsenmiştir (14,15).

Biyomedikal model, tüm rahatsızlıkların tek nedenden kaynaklandığını, hastalığın hemen her zaman tek bir nesnel nedene bağlı olarak ortaya çıktığını, ancak hastalık nedeni belirlendiğinde hastanın tedavi edilebileceğini ve hastalık iyileşince eski sağlıklı duruma geri döneceğini öne sürmektedir (11,16). Bu model, biyolojik olarak iyileştirme ve doğrusal nedenselliğe dayanır (17). Hastalıkları, daha düşük bir organizasyon seviyesindeki bir veya daha fazla fiziksel işlev bozukluğuyla açıklar. Yani karmaşık bir olguyu daha küçük fiziksel parçalara ayırarak indirgemecilik felsefesini uygular. Örneğin, kişinin bir aile üyesinin kaybı için yas tutması kadar normal bir durum, depresyon olarak tanımlanabilir. Biyomedikal model indirgemeci olduğu için ve sağlıklı bir insanın önemli yönlerini görmezden geldiği için eleştirilmiştir (18). Ayrıca, hastalığın ölçülebilir biyolojik değişkenlerin normundan sapmalarla tamamen açıklanabileceğini varsayan biyomedikal yaklaşım; hastalıkların incelenmesi, sınıflandırılması ve tedavisi konularında uygun olsa da hastalığın sosyal, psikolojik ve davranışsal boyutlarını açıklamada yetersiz kalmaktadır (19,20).

Biyomedikal modelde pozitif laboratuvar bulguları olanlara, aslında kendilerini oldukça iyi hissederken tedaviye ihtiyaçları olduğu söylenirken, hasta hisseden kişilere değerleri iyi olduğu için iyi oldukları konusunda güvence verilir. Engel, biyomedikal modelin tıpta önemli ilerlemeler sağladığını kabul etmiştir ancak klinisyenlerin hastaları nesne olarak görmelerini ve hastanın öznel deneyimini bilimsel çalışmalara dahil etmemelerini eleştirmiştir (20).

Kleinman ve meslektaşları modern doktorların vücut organları ve sistemlerindeki anormallikleri tedavi ettiğini ancak hastaların daha çok hallerinden ve sosyal işlevlerdeki değişikliklerinden muzdarip olduğundan bahsetmişlerdir. Gerçekten de, tıp uygulamalarının çoğu hastalıkların biyolojisi etrafında yoğunlaşmıştır (21).

Engel tıbbın krizini, hastalıkların sadece bedensel parametreler olarak tanımlanmasının, hekimlerin tıbbın sorumluluğu ve yetkisi dışında kalan psikososyal konularla ilgilenmelerine gerek olmadığı düşüncesi olarak tanımlamıştır. Bu nedenle hastanın bütüncül olarak değerlendirilebileceği yeni bir modele ihtiyaç duyulmuştur (20).

## **PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM**

Hastalıklar somatik nedenlere bağlı olabileceği gibi psikolojik ve sosyal/çevresel etkilere de bağlı olabilir. Aile hekiminin başvuran hastaların sosyal çevresinin farkında olması, daha etkili ve insancıl bir bakım ile ilişkilendirilmiştir. Psikososyal yaklaşım, sağlığı ve sağlık hizmetini etkileyen bir çok yönü hesaba kattığı için yüksek kalitede bakım sonuçları elde edilmesini sağlar (22).

Hastalar ekonomik yetersizlik, iş stresi gibi çeşitli psikososyal kaygılara bağlı olarak anksiyete veya subklinik depresyon gibi ruh sağlığı semptomları yaşayabilirler. Daha önce yapılmış çalışmalar göz önüne alındığında, zaman kısıtlamaları, kaynak eksiklikleri gibi nedenlerden dolayı psikososyal sorunlar daha az ele alınmış olup, bu durum sağlık sonuçlarını olumsuz etkilemiş; artan tıbbi komplikasyon oranlarına ve daha fazla hastane yatışına yol açmıştır (23).

Psikososyal yaklaşımın değişik boyutlarına önem veren farklı modeller vardır ve aşağıda özetlenen her bir farklı model klinik pratikte farklı bir bakış açısı sunmaktadır (17).

### **Sistemik Yaklaşım**

İnsanoğlunun karmaşık yapısı sağlık sürecini etkilediğinden ancak sistemik bir yaklaşımla bunun üstesinden gelinebilir. Bu yaklaşımda küçük basit sistemlerden, büyük karmaşık sistemlere doğru çok boyutlu ve çok yönlü bir nedensellik vardır (17).

### **Gelişimsel Yaklaşım**

Kişinin geçmişteki, şimdiki ve gelecekteki gelişmişlik düzeyini dikkate alan bir yaklaşımdır. Sağlığa psikososyal etkiler açısından devam eden gelişmeler önemlidir (17).

### **Holistik Sağlık Modeli**

Kişinin bireysel sorumlulukları ve kişilik gelişimi ön plandadır. Bu modele göre tüm hastalıklar psikosomatik olup, adaptasyon yetersizliğinden kaynaklanmaktadır (17).

### **Etnik Kültürel Model**

Hasta ile hekimin her görüşmesi kültürler arası bir etkileşim olup görüşmeye kültürel olarak belirlenmiş davranışlarla gelirler. Bu modelde sağlık ve hastalıkla ilişkili kültürel değerler önemlidir (17).

### **Biyopsikososyal Model**

Bu modele göre beyin ve periferik organlar karşılıklı bir ilişki içinde olup fiziksel ve sosyal değişikliklere duyarlıdır (17). Aşağıda biyopsikososyal model ayrıntılı olarak anlatılacaktır.

### **BİYOPSİKOSOSYAL MODEL**

Antik Yunan döneminden itibaren hem biyopsikososyal hem de biyomedikal modelin izleri vardır. Antik Yunan döneminde tıp eğitimi genellikle çıraklık sistemiyle gerçekleşmekte olup öğrenciler, usta hekimlerin yanında çalışarak teorik bilgileri pratiğe dökme fırsatı buluyordu. Antik Yunan'da tıp eğitimi alanında önemli iki okul bulunmaktaydı: Kos Okulu ve Knidos Okulu (12).

Kos Okulu, Hippokrates'in kurucusu olduğu bir okuldur. Bu okulda hastalığı bireyden, bireyi de çevresinden ayırmadıkları ve hastalığı biyopsikososyal bir yaklaşımla ele aldıkları bilinmektedir. Kos Okulu'ndaki hekimler, hastaların yaşam tarzlarını, sosyal ilişkilerini ve diğer çevresel etkenleri de değerlendirerek tedavi planlarını oluşturmaları (12).

Knidos Okulu ise Praxagoras tarafından kurulan bir okuldur. Bu okulda ise hastalıkların sadece biyolojik faktörlere bağlı olduğuna inanılırdı. Sadece tanı koyarak hastanın rahatsızlığını hastalık kategorilerine uygun olarak sınıflamaya odaklanmışlardır. Knidos Okulu'nda hekimler, hastalığı tanımlayarak ilgili ilacı reçete ederler ve hastanın psikososyal konularıyla pek ilgilenmezlerdi (12).

Sonraki yıllarda teknolojik gelişmeler ve laboratuvar imkânlarının artması, hekimlerin hastaya daha teknik ve nesnel bir yaklaşım sergilemesine yol açmış olup 20. Yüzyılın çoğuna biyomedikal modelin hâkim olmasına neden olmuştur. Biyomedikal model eğitim hastanesi duvarları içinde çok başarılı olsa da, bu duvarın dışına çıkıldığında hastaların rahatsızlıkları, yaşam sorunları ile karşılaşıldığında çok yetersiz kalmıştır. Bu nedenle yeni düzen arayışındaki ilk girişim, bir hekim ve psikanalist olan Michael Balint ve birlikte çalıştıkları aile hekimleri

grubundan gelmiştir. Balint'in yazdığı "Hekim, Hastası ve Rahatsızlık" isimli kitap, aile hekimliğinde yeni bir modelin de başlangıcı olmuştur (12).

Bundan 20 yıl sonra, psikiyatrinin karşılaştığı zorluklar ve özellikle de uygulamalarını destekleyecek ve yönlendirecek kabul görmüş bir hastalık modelinin eksikliği nedeniyle endişelenen George Engel, 1977'de Science dergisinde yayınlanan "Yeni bir tıbbi modele duyulan ihtiyaç: Biyotıp için bir meydan okuma" başlıklı makalesinde, biyomedikal paradigmanın bir kriz içinde olduğunu savundu (20).

George Engel, klinisyenlerin hastaların acılarını anlamak ve uygun şekilde yanıt vermek için hastalığın biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarına aynı anda dikkat etmeleri gerektiğine inandığı için, biyomedikal modele biyopsikososyal model olarak tanımladığı kapsamlı bir alternatif önerdi (20). Başka bir deyişle Engel, biyomedikal yaklaşımın avantajlarından ödün vermeden, hastaların psikolojik ve sosyal bilgilerine de önem vererek, modelin psikososyal alanı da kapsayacak şekilde genişletilmesini önermiştir (19). Bu modelde, hekim biyolojik faktörlere tek başına öncelik vermeden hastalığa katkıda bulunan tüm faktörleri değerlendirip, bazılarını diğerlerinden daha önemli olarak kabul edip bazılarını da hastalığın gerekli bir koşulu olarak görebilmelidir (24).

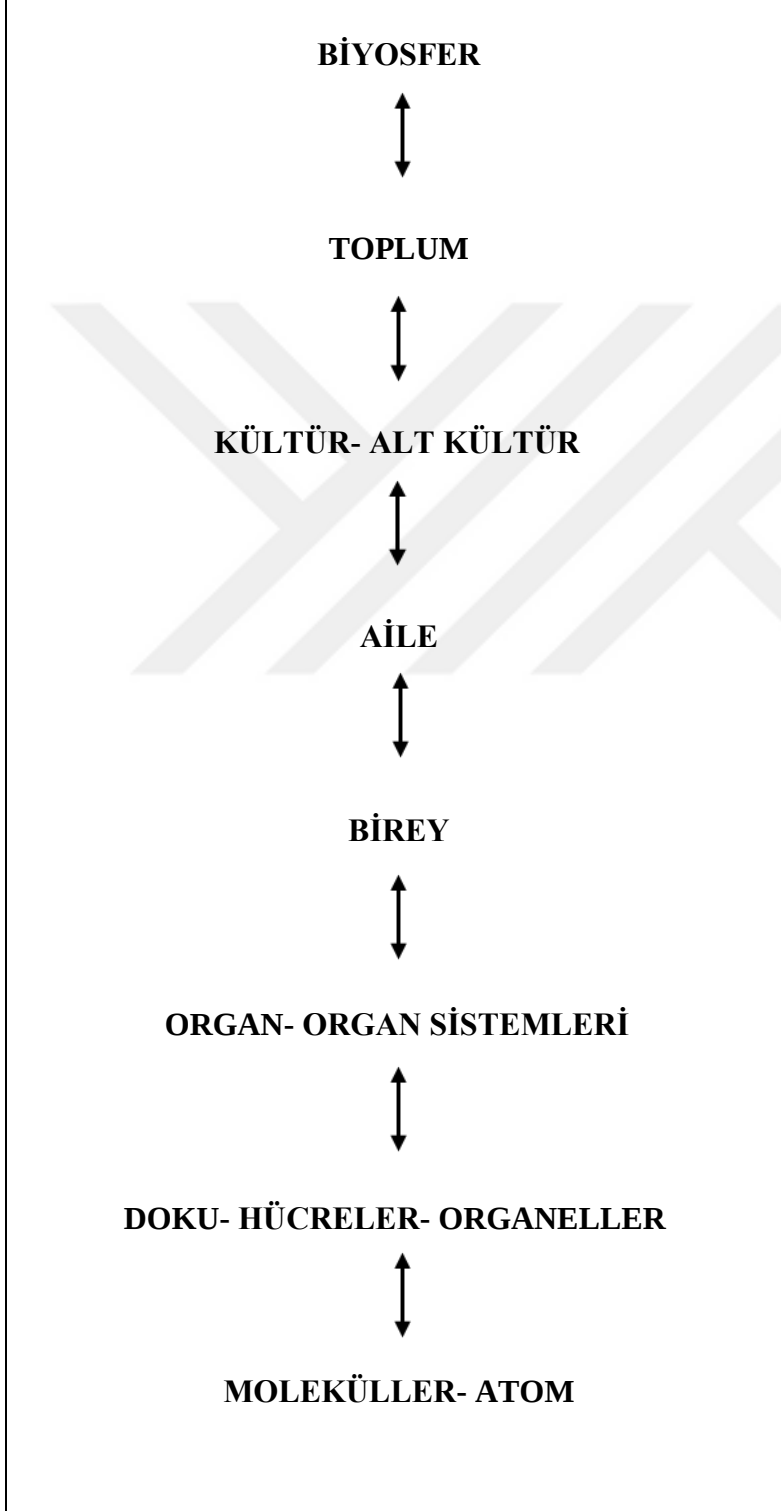
Biyopsikososyal model, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin her birinin kendi özgün yöntem ve kurallarıyla ele alınması gerektiğini kabul etmektedir. Farklı sistem seviyelerinin kendine özgü özelliklerini ve ilişkilerini dikkate alarak, hasta bakımını daha kapsamlı ve bütüncül bir şekilde ele almayı sağlar. Hekimler, biyopsikososyal modelin kapsamlı yaklaşımını benimsediklerinde, uzun süre biyomedikal yaklaşımla göz ardı edilen alanlardaki eksikliklerini tamamlamış olurlar (17,19).

Engel biyopsikososyal modeli tanımlarken genel sistemler teorisinden esinlenmiş ve biyopsikososyal modeli, insanın altında ve üstündeki seviyelerden gelen bilgileri kapsayan bir model olarak tanımlamıştır. Hekim, her bir hastanın biyopsikososyal tanımını oluşturmak için insan/psikolojik seviyeden gelen verileri, biyolojik seviyeden (aşağıda) ve sosyal seviyeden (yukarıda) gelen verilerle birleştirmeye çalışır (24,25).

"Sistem" kelimesi, Yunanca "sustema" kelimesinden türetilmiş olup düzen ve bütünlük demektir (17,26).

Von Bertalanffy'nin teorisi, canlı organizmalar büyüyüp gelişirken, organizmayı oluşturan parçalar arasındaki etkileşimlerin sonucunda bir sistem oluştuğu ve bu sistemin de alt

sistemlerden meydana geldiğini savunur. Weiss ise sistemler teorisini, daha karmaşık ve büyük birimlerin, daha az karmaşık ve küçük birimlere üstün olduğu, süreklilik gösteren hiyerarşik bir sıra olarak ifade etmiştir. Bu hiyerarşik sıra Şekil-2’de gösterilmiştir (19,27).



Şekil 2: Sistem hiyerarşisi (organizasyon seviyeleri) (19)

Doğadaki sistemlere bakıldığında, hücresel düzeydeki süreçler doku veya organ düzeyindekilere, bunlar da birey veya toplum düzeyindekilere bağlıdır. Hiyerarşideki her sistem nispeten özerk olsa da, geri bildirim mekanizmaları aracılığıyla gerçekleşen bilgi akışı ile diğer tüm sistemlerle bağlantılıdır. Bu nedenle, herhangi bir sistem düzeyindeki sorun, muhtemelen ilk olarak en yakın işlevsel ilişkiye sahip olanları etkileyerek, diğer tüm sistem düzeylerine iletilebilir ve onları etkileyebilir (28).

Hiyerarşi bir süreklilik olarak ele alındığında her birim, aynı anda hem bir bütün hem de bir parçadır. Birey, organizma hiyerarşisinin en üst seviyesinde ve sosyal hiyerarşinin en alt seviyesinde bulunur (19). Baş ağrısı hormonal dalgalanmalardan (aşağıdan yukarıya) kaynaklanabileceği gibi, finansal endişelerden de (yukarıdan aşağıya) kaynaklanabilir. Bunun gibi hastanın psikolojik ve sosyal durumunun, fiziksel durumuna etki ettiği çok sayıda örnek verilebilir (18).

Hastanın biyopsikososyal öyküsünü tam olarak anlayabilmek için bu sistemler bütünleştirilmelidir. Bu nedenle, hasta-hekim iletişimi, çeşitli sistemleri bütünleştirmek; hastalığı ve yardım arama davranışını anlamak için temel bir basamak taşı haline gelir. Bu bütünleşme, daha kapsamlı ve etkili bir tedavi sürecini mümkün kılar (29,30).

## **BIYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIM**

Biyopsikososyal yaklaşım, çekirdek yeterliliklerden biri olan bütüncül yaklaşımın altında yer alan temel bir özelliktir. Hastalık-sağlık sürecini çok yönlü nedensellik ilişkisi ile açıklar. Bireyi farklı özellikleri ile bir bütün olarak ele alır ve birey (hasta) merkezlidir. Kavramsal modeller içinde yer alan biyopsikososyal modelin uygulama şeklidir (11,17).

Engel'in de belirttiğine göre biyopsikososyal yaklaşım, hastalığı tam olarak psikolojik ve sosyal faktörleri de dahil ederek anladığı için biyomedikal yaklaşımdan daha fazlasını içerir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlar iç içe olduğu için etkili bir tedavi ancak bu karmaşık etkileşimi anlayarak gerçekleşebilir. Biyopsikososyal yaklaşımın içerisinde biyolojik, sosyolojik ve psikolojik faktörler yer almaktadır. Biyolojik faktörler olarak genetik faktörler, biyolojik davranışlar ve fizyolojik yapıyı etkileyen çevresel faktörler ifade edilmektedir. Psikolojik faktörler hastanın hastalığına karşı algısı ve onunla başa çıkma durumundan oluşmaktadır. Sosyolojik faktörler ise hastanın sağlık bakımına ulaşabilmesini, sosyal desteği ve sağlık bakımının kalitesini kapsar (13).

Yeni bir modelden ziyade biyomedikal modelin genişletilmiş bir hali olması, sağlık ve hastalığı kişinin nasıl algıladığına önem vermesi ve psikososyal olayların kişinin yaşamına olan etkisini önemsemesi biyopsikososyal yaklaşımın avantajlarındandır (11).

## **SAĞLIĞA BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIM**

Hastanın şikayeti ne olursa olsun, hasta aile hekimine çaresizlik ve buna bağlı gelişen stres ile başvurur. Hastanın strese verdiği tepki, hem hastalığa neden olabilir hem de hastalık nedeniyle stres oluşabilir. Hastanın başvurma sebebi semptomlara toleransının olmaması ve buna bağlı gelişen anksiyetesi olabilir (17). Örnek verecek olursak istismara maruz kalanlarda baş ağrısı, kronik mide bulantısı, irritabl bağırsak sendromu ve fibromiyalji gibi kronik ağrı şikayetlerinin hepsi çok sık görülür. İstismardan kurtulanlarda ise tekrarlayan stres faktörlerine verilen tepki azalırken, tehdit içermeyen durumlara orantısız tepkiler verdiği görülmektedir. Kronik stres; ateroskleroz, obezite, kalp hastalığı, astım, diyabet, enfeksiyon ve hatta bazı kanserler gibi hastalıkların görülme riskini artırır (31). Yine başka bir örnekte kronik pelvik ağrı için başvuran kadınların neredeyse yarısı cinsel, fiziksel veya duygusal travma öyküsü bildirmiştir ve yaklaşık üçte birinin travma sonrası stres bozukluğuna sahip olduğu görülmüştür (32).

Stres tek başına ruh hali bozukluklarını ve fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluklarını şiddetlendirebilir (33). Hem akut hem de kronik stres, lenfositlerin temel işlevlerini yerine getirme yeteneklerinde azalmaya yol açıp bağışıklık sistemi üzerinde olumsuz etkiler göstermektedir. Örneğin sağlıklı öğrencilerde sınav stresinin, bağışıklık sistemlerinde kısa etkili değişiklikler yapabileceği gösterilmiştir (34). Yine başka bir çalışmada kronik stresin, beyaz kan hücrelerinin kortizol reseptörlerini düzenleyerek uzun süreli kortizol salgılanmasına neden olabileceği görülmüştür (35).

Stres artık endemik bir olgu olarak kabul edilmektedir. Yaşanılan birçok stresli olay nedeniyle hastalar somatik yakınmalar geliştirebilmektedir. Hasta bu şikayetlerle hekime geldiğinde tek başına biyomedikal yaklaşım yeterli olmamaktadır. Hekim hastalığın arka planındaki bu durumları bütüncül yaklaşım çerçevesinde göz önünde bulundurmalıdır (17).

Hastanın oluşan stresle nasıl baş ettiği tedavi sürecini ve prognozu etkilediği için hastanın başa çıkma yeteneğini geliştirmesine yardımcı olmak, iyileşme döneminde hastaya destek sağlayabilir (17). Yapılan bir çalışmada aşırı kilolu/obez kadınlarda, stres ve duygularla

başa çıkma kaynakları arttıkça insülin duyarsızlığının önemli ölçüde azaldığı gözlemlenmiştir (36).

Stres faktörlerini belirlemek, hekimler için zorlayıcı olabilir; çünkü her hasta bu ayrıntıları paylaşmak istemeyebilir. Hekimler de bu soruları sormanın çok fazla zaman alacağı konusunda endişe duyabilirler. Hastaların hayatlarının ayrıntılarını keşfetmeye istekli olmak da önemlidir. Bu süreç zaman alıcı olmak zorunda değildir ve genellikle hastanın hayatına önemli katkılarda bulunduğu için çok kıymetlidir çünkü hekimler stres-hastalık bağlantısını kurduğunda, hastalara karşı daha şefkatli olmaktadır. BATHE tekniği hastayla derinlemesine etkileşim sağlayarak stres faktörlerini keşfetmenin bir yoludur ve genellikle beş dakikadan az sürer (37).

Bu ve daha fazla teknikler kullanılarak endişe verici sorunlar belirlendiğinde, hastalarla birlikte sonraki adımlar planlanmalıdır. Bazı hastaların istediği tek şey sadece kendisinin dinlenmesi de olabilir. Daha fazla desteğe ihtiyaç duyanlar için, bu zorlukları hekim tek başına çözmek zorunda değildir. Hastayı sosyal yardım kuruluşlarına yönlendirerek destek almasını sağlayabilir (37).

**Tablo 1: BATHE tekniği (37)**

| <b>Teknik</b>                     | <b>Yeni hasta veya yeni ortaya çıkan problemi olan hasta</b>                                                                     |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Background<br/>(Arka plan)</b> | “Hayatında neler oluyor?”                                                                                                        |
| <b>Affect<br/>(Duygulanım)</b>    | “... (Hastanın anlattığı durum hakkında) ne hissediyorsunuz?<br>Bu durumdaki birçok insan bu tarz duygular hissedebilir.”        |
|                                   | Duygusal durumlarından bazılarını adlandırın ve sonra “ Bu kelimelerden herhangi biri hissettiklerinize uyuyor mu ?” diye sorun. |
| <b>Trouble<br/>(Zorluklar)</b>    | “Bu durumda sizi en çok rahatsız eden şey nedir?”                                                                                |
| <b>Handling<br/>(Başa çıkma)</b>  | “Durumu nasıl idare ediyorsunuz veya başa çıkıyorsunuz?”                                                                         |
| <b>Empathy<br/>(Empati)</b>       | “Bu durum senin içi çok zor olmalı.”                                                                                             |

Psikolojik sağlık ve fiziksel sağlık birbirine derinlemesine bağlıdır. Sürekli olarak strese maruz kalan hastalar olaylarla sağlıklı bir Şekilde başa ıkamayabilirler. Hekim hastalarının fiziksel ve ruhsal iyilik hali arasındaki bağlantıyı anlamalarına yardımcı olmalı ve daha sağlıklı başa çıkma yöntemlerini teşvik etmelidir. Psikolojik olarak yardım almak, hayata karşı olumlu bir bakış açısı seçmek, rahatlama tekniklerini uygulamak ve sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri yapmak hastanın dayanıklılığını artırabilir. Bu zihin-beden bağlantısının tartışılması, hastaların Şikayetlerinin tamamen kafalarında olduğu düŐüncesiyle karıŐtırılmamalıdır. Hastaların duyulduklarına inandıklarında ve kaynaklar sağlandığında iyileŐmenin daha iyi olduğu grlmŐtır. Hastaların stres faktörlerinin anlaŐılması ve yanıt verilmesi ile tedavi edilmesi en zor hastalarda bile, hekimlerin hastalara karşı bütüncül, Şefkatli ve etkili bir bakım sağlamasına yardımcı olabilir (37).

Biyopsikososyal model 3 basamak Şeklinde kullanılabilir. Biyolojik faktörler organ hasarı ile hastalıkların oluŐumuna sebep olan faktörler olarak sayılabilir. Psikolojik faktörler, kişilik özellikleri beş-faktör modeli OCEAN (deneyime açık olma, sorumluluk, dıŐa dönüklük, uyumluluk ve nevroitiklik) ile değerlendirilir. Kişilik tarzı, yaşam boyu deđiŐmeden devam edeceğinden, hastaların kiŐilikleri deđiŐtirilmeye çalıŐılmamalıdır. DeđiŐtirmekten ziyade kişilik anlaŐıldığında, hekim için yol gösterici olabilir. Sinirlilik, aşırı kaygılı olma gibi olumsuz duygular sağlığı olumsuz etkilediği için bu duygularla nasıl baŐedeceđi hastalara ğretilabilir ya da gerekliyse ilaç reçete edilebilir. İyimser bakış açısı gibi olumlu duygular da hem akıl hem de beden sağlığını olumlu etkilemektedir. Son olarak ise sosyal faktörleri belirlemek için kültürü, ailesi, dini inançları, sosyoekonomik durumu ve sosyal çevreyle olan etkileşimi incelemek gerekir. Yapılan epidemiyolojik çalıŐmalarda, düşük eğitim seviyesi ve gelir seviyesinin sağlık durumunu azalttığı gözlemlenmiştir (38).

## **BİYOPSİKOSOSYAL MODELİN KLİNİK UYGULAMASI**

Biyopsikososyal modelin pratik uygulamasında, klinisyenin hastayla kurduğu ilişkiyi Őekillendiren içerik ve duygular, biyopsikososyal yönelimli klinik uygulamanın temel ilkelerini oluŐturmuŐtur. Bu ilkeler, hekimin gücünü nasıl kullanacağını belirlemede önemli bir rol oynar (39). Aile hekimleri, hastanın sağlık ile ilgili sorunlarını fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel ve varoluşsal boyutlarıyla ele almalı, hepsine önem vermelidir. Hastaların mutsuzluğunun büyük bir kısmı, hasta için sorunun temel nedeninin belirlenmemesinden kaynaklanmaktadır (1). Smith, her hastadan biyopsikososyal yönelimli bilgi almak için hasta

merkezli bir yaklaşım etrafında şekillenen hastaya özel bir biyopsikososyal model kullanılmasını önermiştir (40).

Bilgi, tutum, inanç, duygu, davranışlar, ilişkiler ve sosyal, çevresel faktörler rahatsızlık veya iyilik halini etkilemektedir. Hekimler için en büyük zorluk, psikososyal açıdan önemli olan konuları her bir hasta için sınırlı bir sürede ayrıntılı olarak ele almaktır. Zaman kısıtlılığından dolayı hekim her üst solunum yolu nedeniyle başvuran hastada ayrıntılı psikososyal değerlendirme yapmayabilir ancak hastanın sigara içip içmediğini bilmek ileri araştırma ve sigaranın bıraktırılması açısından faydalı olacaktır (41).

Aile hekimliğinde psikososyal verilerin toplanması için en yaygın yaklaşım hastayla zaman içinde yapılan görüşmelerdir. Bir görüşmeye iş ve aile ile ilgili konularla başlamak iyi bir nokta olarak kabul edilmektedir. Hasta nerede çalışıyor, iş okul veya ev sorumlulukları ile ilgili ne düşünüyor? Hasta için “aile” ne ifade ediyor, ailesinden destek görüyor mu? Buna benzer sorularla zamanla hasta hakkında edinilen bilgi artar böylece bu alanlarla ilgili stres yaratan değişiklikler belirlenebilir. Psikososyal verileri elde etmek amaçlı diğer önemli alanlar hastanın fiziksel ve sosyal çevresidir. Yaşadığı konut, semt, gıda ve finansal kaynaklar gibi faktörler de hastanın sağlığını etkileyerek sağlık hizmeti kullanımını belirler. Hastanın etnik, dini ve siyasi kültürünü anlamak kültürel açıdan uygun sağlık bakımı vermek için önemlidir. Hastanın yaşadığı kayıpları ve varsa yas sürecini bilmek te hekime hastayla ilgili önemli bilgiler verir. Daha önce sağlık çalışanları ile veya tıbbi prosedürlerle ilgili yaşadığı travma varsa bunun bilinmesi potansiyel kriz durumları ortaya çıkmaması adına hekime yardımcı olabilir. Ev ziyaretleri yapıp aileden destek talep edilebilir. Madde bağımlılığının, aile içi şiddetin, yoksulluğun ya da hareketsizliğin sağlığa etkileri, hekim psikososyal değerlendirme yaptığında ortaya çıkacaktır aksi takdirde müdahaleleri etkisiz olacaktır (41).

Aile hekimleri sadece psikososyal veriler elde etmekle kalmaz bunlara yönelik müdahalelerde de bulunabilir. Bu müdahaleler genellikle zarar vermeyen, yardım eden ve geleneksel becerileri kullanan girişimlerdir. Özellikle stresin azaltılması, hastaya sosyal destek sağlanması ve stres ile baş etme yöntemleri açısından hasta eğitimi kullanılabilir (41).

Bir çocuk doğumu, eşin ölümü gibi özel zamanlarda, hekim empatik destek sağlamalı, hastanın destek sistemini değerlendirmeli, duygusal reaksiyonları güçlendirmeli ve değişen aile rol ve işleyişi bakımından hastalara öncü bir rehberlik etmelidir (13).

Bursa’da yapılan bir çalışmada, psikososyal problemlere sahip hastalarına ev ziyaretine giden aile hekimlerinin %72,7 oranında olduğu görülmüştür. Aile hekimlerinin %92,7’si başvuran hastalara sadece tıbbi sorular değil, psikososyal sorular da sorduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada aile hekimlerinin, psikososyal bir sorun saptadıklarında danışmanlık verdikleri ve hastaları sağlık kuruluşlarına yönlendirdikleri belirlenmiş ve ASM’lerde en çok bulunmasını istedikleri meslek grubunun psikologlar olduğu görülmüştür. Aile hekimlerinin, psikososyal yardıma ilişkin eğitim durumları arttıķa, hastalarını sağlık kuruluşlarına yönlendirme düzeyleri de anlamlı olarak artmıştır. Sonuç olarak aile hekimleri sadece ön değerlendirme yaparak birçok psikososyal sorunun erkenden tanınmasını sağlayabilir (41).



## GEREÇ VE YÖNTEM

### ARAŞTIRMA TASARIMI

Makivić ve Klemenc-Ketiš'in geliştirdiği "Scale for BioPsychoSocial Dimension of Family Physician' Work" [Aile Hekimliğinin Biyopsikososyal Boyutu Ölçeği]'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Nisan-Temmuz 2024 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yapılmıştır.

### ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Ölçek geliştirme ve Türkçe uyarlaması için yapılan faktör analizi kapsamında örneklem büyüklüğü ile alakalı literatürde çeşitli öneriler bulunmaktadır. Çeşitli araştırmacılar tarafından örneklem büyüklüğünün; 100'den büyük olması gerektiği (Anderson ve Gerbing, 1984), en az 100-200 kişi gerektiği (Boomsma, 1982; 1985), 200-400 arasında olması gerektiği (Jackson, 2001), normal dağılmayan sürekli değişkenler için örneklem büyüklüğünün 250'den büyük olması gerektiği (Hu ve Bentler, 1999; Yu ve Muthén, 2002) bildirilmiştir. Bazı araştırmacılar gerekli örneklem büyüklüğünü madde sayısı bağlamında ele almıştır. Cohen ve Cohen (1983) her madde için minimum 10 katılımcı, Muthén ve Muthén (2002) madde başına 50-100 katılımcı, Stevens (2002) ölçekte yer alan her bir madde için 5-20 arasında değişen katılımcı, Goodwin (1999) ise sahip olunması gereken en az katılımcı sayısının, madde sayısının 3-50 katı arasında olması gerektiğini önermiştir (42). Tüm bu açıklamalar göz önünde bulundurulduğunda uyarlanacak ölçekte 35 madde bulunduğundan dolayı, Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında eğitim gören 106 aile hekimliği asistanı ile Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

İlk teste katılan 106 katılımcının tamamına iki hafta sonra tekrar test uygulanarak zamansal tutarlılık ölçülmüştür.

Edirne il merkezinde görev yapan aile hekimlerinin sayısı Edirne İl Sağlık Müdürlüğünden alınan verilere göre 58 olduğu öğrenilmiştir. Tüm örnekleme ulaşmak hedeflenmiş olup, Türkçeye uyarlanmış ölçeğin ve demografik verilerin bulunduğu anketimiz, 56 aile hekimine uygulanmıştır.

### **ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket (Ek-2) ile toplanmıştır. Anket araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan biyopsikososyal düzeyleri etkileyen etmenlerle ilgili sosyodemografik özellikleri sorgulayan 8 adet soru ve Aile Hekimliğinin Biyopsikososyal Boyutu Ölçeği'nde bulunan 35 adet soru olmak üzere toplam 43 sorudan oluşmaktadır.

### **SCALE FOR BIOPSYCHOSOCIAL DIMENSION OF FAMILY PHYSICIAN' WORK [AİLE HEKİMLİĞİNİN BİYOPSİKOSOSYAL BOYUTU ÖLÇEĞİ]**

Makivić ve Klemenc-Ketiš (4) tarafından 2022 yılında geliştirilmiştir. 35 sorudan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Her soru 1=Asla, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Sık sık, 5=Daima olmak üzere 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Biyomedikal, Sosyal ve Psikolojik olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması tarafımızca yapılmaktadır.

Türkçeye uyarlamada çeviri ve adaptasyon süreci için Beaton'ın tanımladığı prosedür izlenmiştir (43). Bu sürece göre aşağıdaki yol izlenmiştir:

#### **Anketin Çevirileri (Çeviri-Tekrar Çeviri)**

“Scale for BioPsychoSocial Dimension of Family Physician' Work” [Aile Hekimliğinin Biyopsikososyal Boyutu Ölçeği]'nin Türkçeye çevrilmesi için ana dili Türkçe olup iyi derecede İngilizce bilen 5 kişi tercih edildi. Anket bu kişiler tarafından Türkçe'ye çevrilip taslak çeviriler elde edildi ve bu çeviriler karşılaştırılıp tartışıldı. Her soruyu en iyi temsil eden çeviri karşılığı ile bir çeviri taslağı elde edildi. Sonrasında bu anket farklı 5 kişi tarafından yeniden İngilizceye çevrildi. Elde edilen metin orijinal İngilizce “Scale for BioPsychoSocial Dimension of Family Physician' Work” ile karşılaştırıldı ve son format oluşturuldu.

### **Türkçeye Çevrilen Anketin Jüri Tarafından Görüşülmesi**

Anketi Türkçe'ye çeviren kişilerden bir jüri oluşturuldu. Yetersiz ifadeleri belirlemek, soruları anlaşılabilir yapmak, kültürümüzle uyumlu hale getirmek için bir araya gelen jüri tüm formatları ayrıntılı olarak inceledi. Uyuşmazlıkları belirleyip, kültürel farklılıklar nedeniyle oluşan ifade farklılıkları belirlendi. Toplantı sonunda "Scale for BioPsychoSocial Dimension of Family Physician' Work" [Aile Hekimliğinin Biyopsikososyal Boyutu Ölçeği]'nin pilot çalışma öncesindeki taslak hali oluşturuldu.

### **Çevrilen Anketin Test Edilmesi ve Kavramsal Bütünlüğünün Görüşülmesi**

Jüri tarafından oluşturulan "Scale for BioPsychoSocial Dimension of Family Physician' Work" [Aile Hekimliğinin Biyopsikososyal Boyutu Ölçeği]'nin taslak sürümündeki, kişilerin zor anlayabileceği, kafa karışıklığı yaşayabilecekleri ifadeleri bulmak için daha öncekilerden farklı 5 kişi üzerinde pilot çalışma yapıldı.

### **Uyarlanmış Ankete Son Halinin Verilmesi**

Pilot çalışmaya katılan kişilerden alınan geri dönüşlerle gerekli düzeltmeler yapıldı. Anket bu değişiklikler sonucunda daha uygun ve anlaşılır hale getirildi.

Yukarıdaki aşamalar sonunda "Scale for BioPsychoSocial Dimension of Family Physician' Work" [Aile Hekimliğinin Biyopsikososyal Boyutu Ölçeği]'nin Türkçe sürümü elde edildi.

### **GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ**

Bir ölçeğin standart hale gelip uygun bilgiler üretebilme kabiliyetine sahip olması için "geçerlik" ve "güvenirlilik" olarak adlandırılan iki özelliğe sahip olması gerekir (44). Araştırmaya katılan 106 asistan hekimden elde edilen bilgiler değerlendirmeye alınmıştır.

#### **Geçerlik**

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, doğru ölçebilme derecesi olarak tanımlanmaktadır (44). Geçerli bir ölçekte, aynı ölçümün tekrarlanması durumunda da aynı sonuçların elde edilmesi beklenmektedir. Bir ölçek geçerli ise, bu ölçeğin güvenilir olduğu söylenir ancak bir ölçeğin güvenirliliği yüksek olsa bile, bu o ölçeğin geçerli olduğu anlamına gelmez (45). İçerik geçerliği, tahmin edicilik geçerliği, yapı geçerliği, eş zamanlı geçerlik ve görünüm geçerliği, geçerlik çeşitleridir (46). Ölçeğin orijinal formatında kapsam geçerliği, yapı

geçerliği, eş zamanlı geçerlik ve görünüm geçerliği yapılmış olup, çalışmamızda yapı geçerliğine bakılmıştır.

**a. İçerik (kapsam) geçerliği:** İçerik geçerliği, ölçeğin planlanan ölçümü gerçekleştirmek için uygun ve yeterli içeriğe sahip olup olmadığını gösterir. Örneğin, depresyonu taramak için oluşturulan bir ölçekte, keyifsizlik, suçluluk hissi, intihar düşüncesi gibi maddeler görülebilir; ancak ağrıyla ilgili soru varsa, bu ölçeğin içerik açısından geçersiz olduğunu düşündürebilir (46).

**b. Tahmin ettirici geçerlik:** Ölçeğin gerçek yaşamdaki durumları ne kadar iyi tahmin edebildiğiyle alakalıdır. Örneğin, depresyon ölçeğinde intihar riski saptananların gerçekte ne kadarının intihar ettiğini göstermesi tahmin edicilik geçerliğini gösterir (46).

**c. Yapı geçerliği:** İ ve dış yapı geçerliği olmak üzere iki başlıktan oluşur. Dış geçerlikte benzer özelliği ölçen başka bir ölçek ile yeni geliştirilen ölçeğin arasındaki ilişkiye bakılmaktadır. Dış yapı geçerliği açısından benzer bir ölçüm sonucu olmadığından inceleme yapılamamıştır.

İç geçerlik ise faktör analizi (açıklayıcı veya alt faktörler biliniyorsa doğrulayıcı faktör analizi) ile incelenir. Ölçeğin, ölçölmesi amaçlanan fenomeni ne kadar doğru bir şekilde ölçtüğünü gösterir (46).

Öncelikle verilerin faktör analizine uygunluğunun belirlenmesi için Bartlett's testi sonucu ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliği ölçüsü incelenmiştir.

Aile Hekimliğinin Biyopsikososyal Boyutu Ölçeği'nin alt boyutlarının belirlenmesi amaçıyla açıklayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. Bu alışmada, AFA'da çıkarım için ana bileşenler yöntemi seçilmiştir. Faktör sayısını belirlemek için hem kırılma testi hem de paralel analiz uygulanmıştır. Dönüşüm kısmında, özellikle promax yöntemi olmak üzere eğik döndürme yöntemi kullanılmıştır. Birçok çalışmada, faktörlerin ilişkisiz olduğu durumlarda analiz edildiği ortogonal döndürme yöntemi olan Varimax kullanılır. Ancak, sosyal bilimlerde, özellikle davranış ve tutumları değerlendirirken, faktörler genellikle ilişkilidir (47,48). AFA, SPSS sürüm 19 kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

AFA ile elde edilen model, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile daha ileri analiz edilmiştir. Model uyum indeksleri RMSEA (Rot Mean Error of Approximation), CMIN/DF (Ki-Kare/Serbestlik Derecesi), CFI (Comperative Fit Index), TLI (Tucker Lewis Fit Index) ve

SRMR (Standard Root Mean Square Residuals) kullanılarak değerlendirilmiştir. DFA, R Studio'da "lavaan" paketi kullanılarak gerçekleştirilmiştir (Sürüm 2023.12.1+402). Grafik oluşturma için "SemPlot" paketi kullanılmıştır (RStudioTeam, 2024).

**d. Eş zamanlı geçerlik:** Geliştirilen ölçek veya test sonuçlarını karşılaştırmak amacıyla, önceden geçerlik ve güvenirlik analizi yapılmış standart bir ölçek ile aynı anda aynı örneklem grubuna uygulanır. Elde edilen iki puan arasındaki korelasyon katsayısını hesaplanır. Bu katsayı, iki ölçeğin puanları arasındaki birlikte değişimin ölçüsüdür ve katsayı yükseldikçe iki ölçeğin benzer ölçüm yaptığı anlaşılır (45,46).

Türkiye’de geçerli ve güvenilir olarak kabul edilen başka bir Aile Hekimliği Biyopsikososyal Yaklaşım Ölçeği bulunmadığından bu çalışma yapılamamıştır.

**e. Görünüm geçerliği:** Maddelerin görünümü; okunabilirlik, uygulama kolaylığı gibi konular açısından değerlendirilir. Görünüm geçerliğini belirlemek için; Anket hakkındaki genel görüşleriniz nelerdir? Soruların sayısı kabul edilebilir mi? Cevap vermede zorlandığınız veya anlayamadığınız sorular oldu mu? Genel olarak anketin anlaşılabilirliği ve sadeliği nasıldır? gibi sorular sorulabilir (49).

### **Güvenirlik**

Sorular arasındaki tutarlılığı değerlendirmek için güvenirlik analizleri kullanılmıştır. Güvenirlik analizi için tanımlayıcı istatistikler, iç tutarlılık analizinde Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı, test-tekrar test yöntemi ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyon katsayıları kullanılmıştır. İç tutarlılık için Cronbach’s alpha iç tutarlılık katsayısı: 0,0 ile 0,40 güvenilir değil; 0,40 ile 0,60 arası düşük güvenilir; 0,60 ile 0,80 orta düzeyde güvenilir ve 0,80 ile 1,00 arası yüksek düzeyde güvenilir olarak referans alınmıştır (50).

### **İSTATİSTİKSEL ANALİZ**

Ölçeğin Türkçe versiyonunun Türk insanlarına uygulanabilirliğini belirlemek için ölçeğin geçerliği ve güvenirliği analiz edilmiştir. Analizlerde SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, Version 19, seri no:10240642) programı ve Windows için R paket programı kullanılmıştır.

35 maddeden oluşan Aile Hekimliğinin Biyopsikososyal Boyutu Ölçeğinde, P10 ters ifade olarak hazırlanmıştır. Bu madde SPSS’te değerlendirilirken, ters ifade olarak dikkate alınmıştır. Araştırmaya katılan 56 gönüllü hekimden elde edilen bilgiler değerlendirmeye alınmıştır.

Gönüllülerden alınan yaş ve uygulanan aday ölçeğin faktör analizi sonucunda elde edilen üç faktör toplam puanlarının (biyomedikal, sosyal, psikolojik) ve ölçek toplam puanı gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık basıklık değerleri, Kolmogorov-Smirnov testi, Shapiro-Wilk’s testi ve grafiksel yöntemlerle incelenmiştir.

Normal dağılım için çarpıklık ve basıklık değerleri -1 ile +1 arasında olması gerekmektedir (51). Ancak -2 ile +2 arasının da normal dağılıma uyduğunu belirten kaynaklar mevcuttur (52). Katılımcıların sosyodemografik verileri ortalama  $\pm$  standart sapma veya sayı (%) olarak sunulmuştur. Ölçekten alınan puanlar ortalama  $\pm$  standart sapma olarak raporlanmıştır. Kategorik değişkenlerin analizi için ki- kare testi kullanılmıştır. Faktörlerden elde edilen toplam puanların demografik bilgilere göre karşılaştırılmasında iki kategorili bağımsız değişkenlerde normal dağılıma uygun olduğu için bağımsız iki örneklem t testi kullanılmıştır (53). Sürekli veriler arasındaki ilişki normal dağılım varsayımına uygunluğuna göre Pearson veya Spearman korelasyon analizleri ile incelendi.

Ölçek alt boyutları ve genel toplamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Veriler normal dağılım varsayımını sağladığından Pearson Korelasyon katsayısı raporlanmıştır.

## **ETİK KURUL VE İZİNLER**

Çalışmamız için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan izin alınmıştır (Ek-1). Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Araştırma Değerlendirme Kurulu onayı alınmıştır (26.03.2024).

## BULGULAR

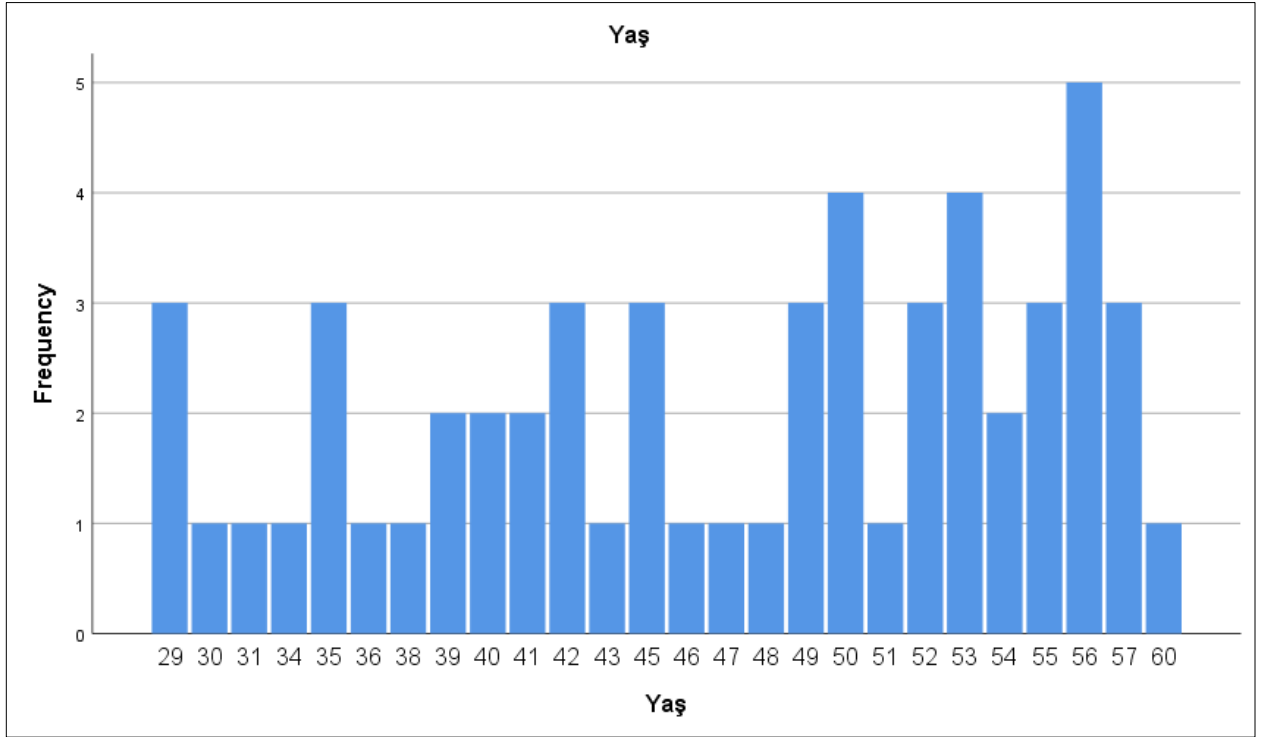
### ÇALIŞMA POPÜLASYONUNUN GENEL ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya katılan toplam 56 aile hekiminden %55,4'ü (n=31) kadın iken %44,6'sı (n=25) erkektir (Tablo 2).

**Tablo 2. Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyet dağılımı**

| Cinsiyet | Frekans | Yüzde |
|----------|---------|-------|
| Kadın    | 31      | 55,4  |
| Erkek    | 25      | 44,6  |
| Toplam   | 56      | 100,0 |

Hekimlerin yaş ortalaması  $46,36 \pm 8,68$  (min=29, maks=60) olup, hekimlerin yaş dağılımları Şekil 3'te verilmiştir.



**Şekil 3. Çalışmaya katılan hekimlerin yaş dağılımı**

Katılımcıların uzmanlık durumuna bakıldığında %71,4 (n=40) pratisyen aile hekimi, %25 (n=14) aile hekimliği uzmanı, %3,5 (n=2) ise sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi asistanı olarak belirlenmiştir (Tablo 3). 40 aile hekiminin 21'i kadın, 19'u erkek iken 14 aile hekimliği uzmanının ise 10'u kadın, 4'ü erkektir.

**Tablo 3. Çalışmaya katılan hekimlerin uzmanlık durumu**

| Aile Sağlığı Merkezi'ndeki Görevi                   | Frekans | Yüzde |
|-----------------------------------------------------|---------|-------|
| Aile Hekimi                                         | 40      | 71,4  |
| Aile Hekimliği Uzmanı                               | 14      | 25    |
| Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Asistanı | 2       | 3,5   |
| Toplam                                              | 56      | 100,0 |

Aile Sağlığı Merkezinde çalışan hekimlerin meslekte geçirdikleri süreler bakıldığında ortalama çalışma yılı  $21,24 \pm 9,25$  yıl (min=2, maks=36), birinci basamakta ortalama çalışma

yılı  $18,36 \pm 9,8$  yıl 68 (min=2, maks=34), şuan görev yaptığı birimde ortalama çalışma yılı  $8,62 \pm 6,35$  yıl (min=1, maks=28) olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin %14,3'ünün meslekteki toplam çalışma süresi 10 yıl ve altında, %58,9'unun ise 21 yıl ve üzerinde bulunmuştur.

Aile hekimlerinin meslekte geçirdikleri süreler bakıldığında 5 hekim 10 yıldan az süredir, 10 hekim 11-20 yıl arası, 27 hekim ise 21 yıldan fazla süredir hekim olarak görev yapmaktadır. Aile hekimliği uzmanlarında ise, 3 hekim 10 yıldan az süredir, 5 hekim 11-20 yıl arası, 6 hekim 21 yıldan fazla süredir görev yapmaktadır. Aile hekimlerinin meslekte geçirdiği süre ortalaması 22 yıl iken, aile hekimliği uzmanlarının ortalaması 18 yıl olarak hesaplanmıştır. Buna göre aile hekimlerinin yarısından çoğu (%54,8) 21 yıldan fazla süredir görev yaparken, aile hekimliği uzmanlarının yarısından çoğu (%78,6) 21 yıldan daha kısa süre görev yapmakta olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan hekimlerin günlük ortalama baktıkları hasta sayısı  $78,09 \pm 20,87$  olarak (min=40, maks=150), hasta başına ayırdıkları ortalama süre  $6,68 \pm 2,81$  dk (min=3, maks=15) olarak hesaplanmıştır (Tablo 4).

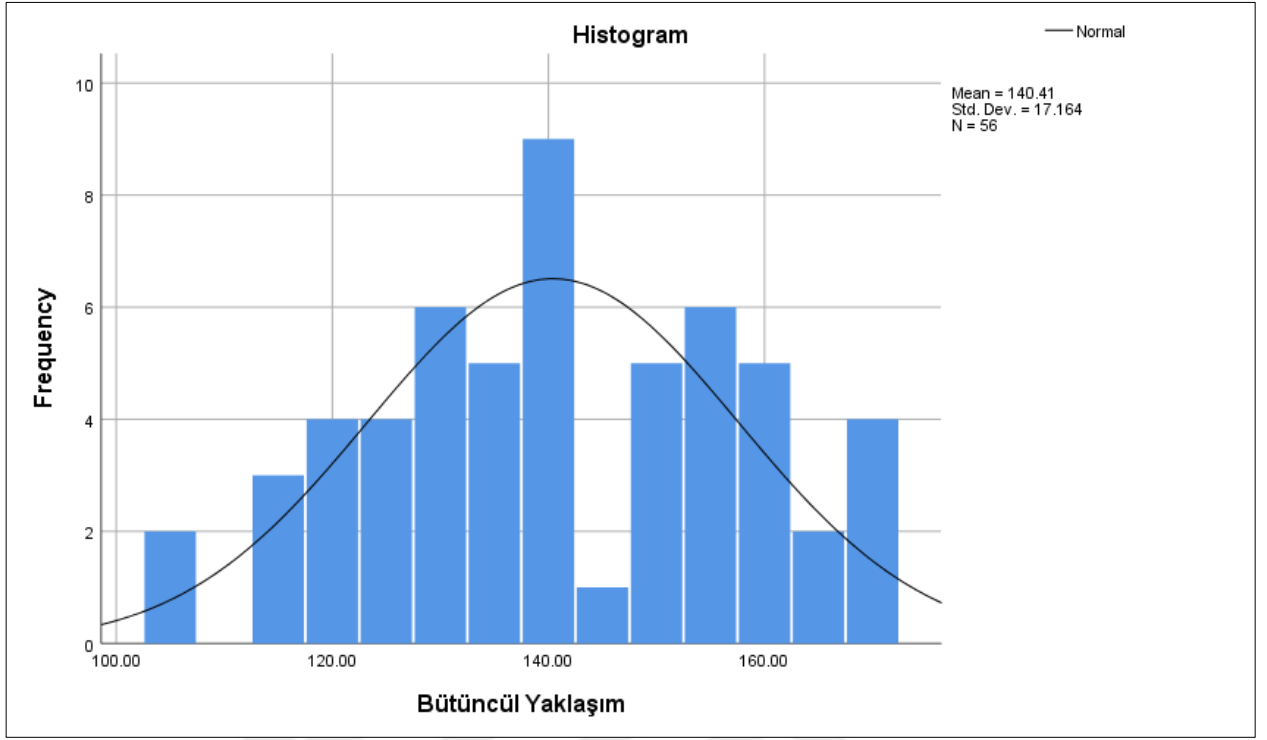
**Tablo 4. Hekimlerin çalışma bilgileri**

|                                            | <b>Ortalama <math>\pm</math> Standart sapma</b> |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Meslekte geçirdiği süre                    | $21,24 \pm 9,25$ yıl                            |
| Birinci basamakta geçirdiği süre           | $18,36 \pm 9,8$ yıl                             |
| Şu an görev yaptığı birimde çalıştığı süre | $8,62 \pm 6,35$ yıl                             |
| Günlük ortalama hasta sayısı               | $78,09 \pm 20,87$                               |
| Hasta başına ayırdığı süre                 | $6,68 \pm 2,81$ dakika                          |

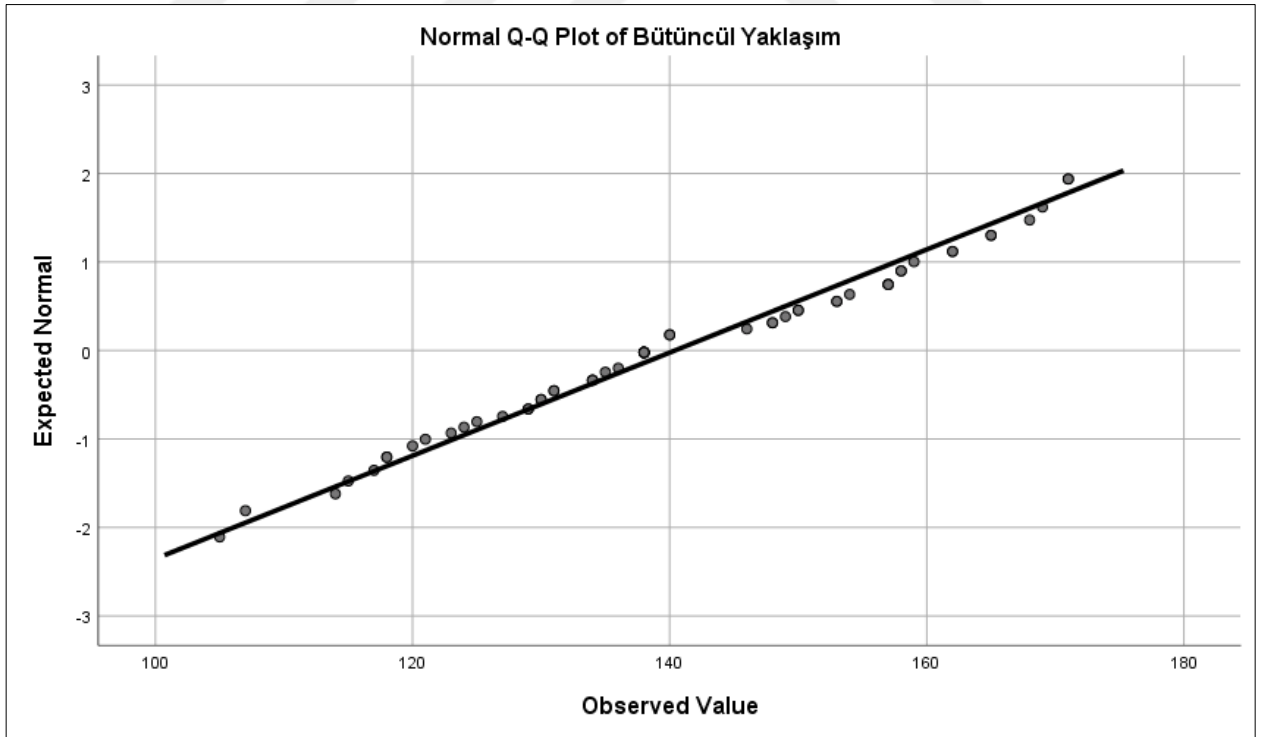
Normal dağılıma uygunluğu belirlemek için çarpıklık (0,004) ve basıklık (-0,836) değerlerine bakılmış olup -1 ile +1 arasında olduğu görülmüştür. Alt boyutlar için teker teker bakıldığında da her alt boyutta bu değerlerin yine -1 ile +1 arasında olduğu görülmüştür.

Yine normal dağılıma uygunluk açısından Kolmogorov-Smirnov (0,092>0,005) ve Shapiro- Wilk (0,251 >0,005) testlerine bakılmış olup normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir.

Şekil 4'te histogram eğrisinde çan eğrisi şeklinde dağılım gösterilmiştir. Yine Şekil 5'teki grafikte de verilerimizin normal dağılıma uyduğu görmekteyiz.



Şekil 4. Histogram eğrisi



Şekil 5. Quantile-Quantile plot eğrisi

## ÖLÇEĞİN GEÇERLİLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Maddelerin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 5'te görülmektedir. Soruların ortalama yanıtlarının tamamının 3'ün üzerinde (3.3'ten 4.5'e kadar) olduğu ve üç boyutun da ortalama değerlerinin 3.7 ile 4.2 arasında olduğu görülmektedir.

**Tablo 5. Maddelerin ortalama ve standart sapma değerleri**

|            | Ortalama | Standart<br>Sapma |
|------------|----------|-------------------|
| <b>S1</b>  | 4.10     | 1.041             |
| <b>S2</b>  | 3.78     | .793              |
| <b>S3</b>  | 3.60     | .953              |
| <b>S4</b>  | 3.82     | .993              |
| <b>S5</b>  | 3.63     | .747              |
| <b>S6</b>  | 3.48     | 1.007             |
| <b>S7</b>  | 3.97     | .951              |
| <b>S8</b>  | 3.42     | .861              |
| <b>S9</b>  | 3.76     | .750              |
| <b>S10</b> | 3.65     | .996              |
| <b>S11</b> | 3.97     | .951              |
| <b>S12</b> | 3.32     | .962              |
| <b>S13</b> | 3.71     | .925              |
| <b>S14</b> | 3.77     | 1.089             |
| <b>P1</b>  | 4.12     | .933              |
| <b>P2</b>  | 4.12     | .765              |
| <b>P3</b>  | 4.13     | .916              |
| <b>P4</b>  | 4.47     | .833              |
| <b>P5</b>  | 4.03     | .889              |
| <b>P6</b>  | 4.40     | .824              |
| <b>P8</b>  | 3.80     | .810              |
| <b>P10</b> | 3.92     | 1.011             |

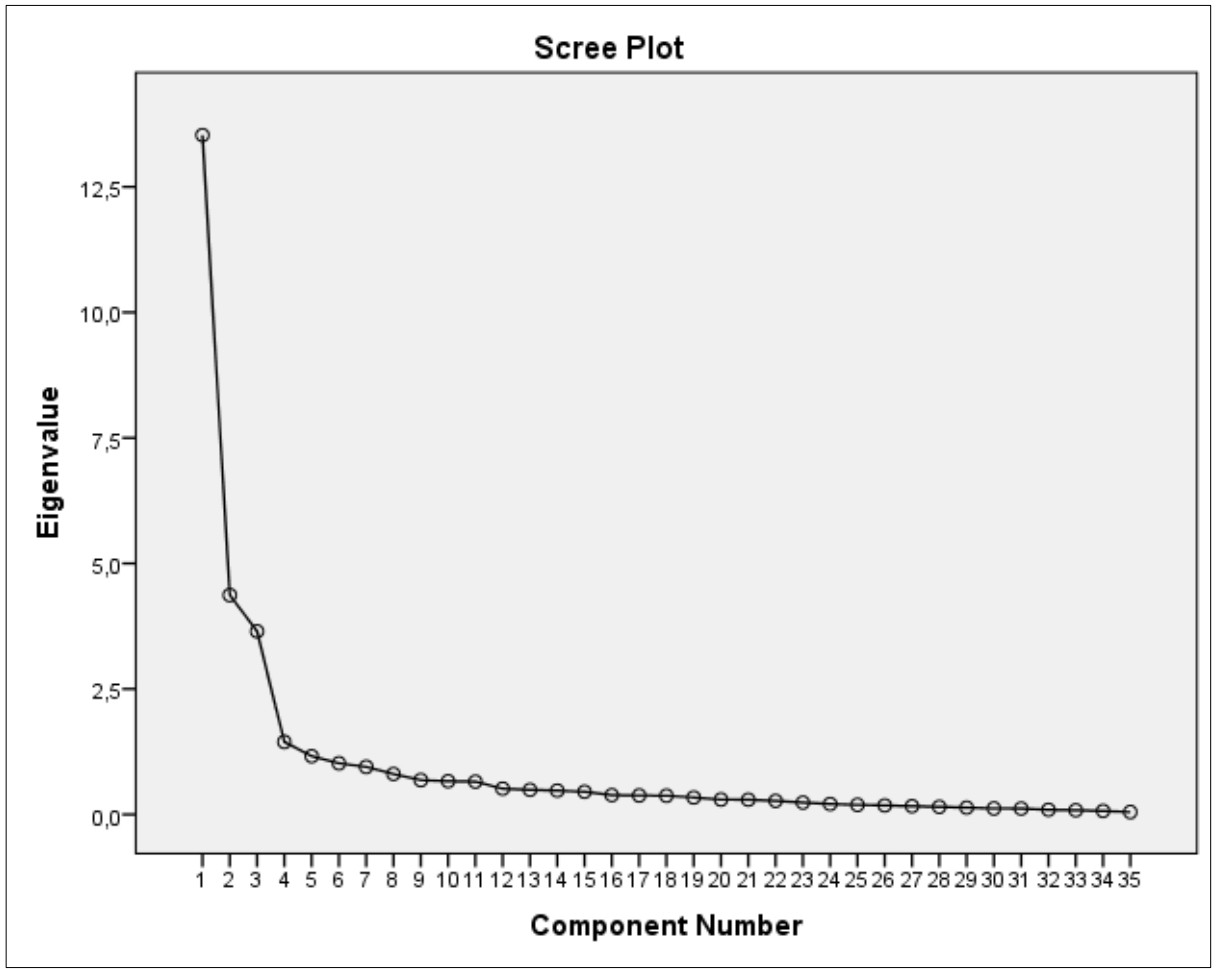
**Tablo 5 (devam). Maddelerin ortalama ve standart sapma değerleri**

|            | <b>Ortalama</b> | <b>Standart<br/>Sapma</b> |
|------------|-----------------|---------------------------|
| <b>P11</b> | 4.10            | .839                      |
| <b>P12</b> | 3.98            | .905                      |
| <b>P13</b> | 3.87            | .916                      |
| <b>P14</b> | 4.15            | .802                      |
| <b>P15</b> | 4.18            | .860                      |
| <b>P16</b> | 4.26            | .747                      |
| <b>P17</b> | 3.97            | .810                      |
| <b>B2</b>  | 4.08            | .885                      |
| <b>B3</b>  | 4.32            | .846                      |
| <b>B4</b>  | 4.21            | .859                      |
| <b>B5</b>  | 4.14            | .810                      |
| <b>B6</b>  | 4.34            | .893                      |
| <b>B7</b>  | 3.95            | .877                      |

Ölçeğin yapı geçerliliğini tespit etmek ve faktör yapısını ortaya koymak amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmıştır.

Öncelikle Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0,876 olarak bulunmuş ve örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu göstermiştir. Bu değer Field tarafından 0,50'nin üzerinde olduğunda yeterli görülmekte ve 0,80-0,90 arasında “harika” kategorisinde sınıflandırılmaktadır (54). Ayrıca Barlett Sphericity testi de  $p<0,001$  bulunmuş ve bu bulgu maddeler arasındaki korelasyonların AFA için yeterince büyük olduğunu göstermiştir.

Şekil 6 incelendiğinde birinci özdeğerden üçüncü özdeğere grafiğin keskin bir düşüş gösterdiği, üçüncü özdeğerden itibaren yataylaştığı görülmektedir. Bu şekil üç faktörlü yapıyı göstermektedir. Üçüncü faktörden sonra diğer faktörlerin açıklayıcılığının olmadığını belirtmektedir.



Şekil 6. Özdeğer grafiği

Tablo 6. Tek faktörün açıkladığı varyans ve toplam varyans

| Madde | Toplam | Tek Faktörün<br>Açıkladığı Varyans % | Toplam<br>Varyans % |
|-------|--------|--------------------------------------|---------------------|
| 1     | 13,532 | 38,662                               | 38,662              |
| 2     | 4,370  | 12,485                               | 51,147              |
| 3     | 3,648  | 10,423                               | 61,570              |

Faktör analizi sonucunda 35 maddeden oluşan üç faktörlü yapının toplam varyansın %61,57'sini açıkladığı görülmüştür. Buna göre ölçeğin geçerli özellik gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Birinci faktörün varyans açıklama oranı %38,66'dır. Toplam varyansın geriye kalan %12,48'i ikinci faktör, %10,42'si üçüncü faktör tarafından açıklanmaktadır (Tablo 6).

**Tablo 7. Faktör matriksi**

| <b>Faktör Matriksi</b> |        |       |   |
|------------------------|--------|-------|---|
|                        | Faktör |       |   |
|                        | 1      | 2     | 3 |
| S1                     |        | -,786 |   |
| S2                     |        | -,796 |   |
| S3                     |        | -,699 |   |
| S4                     |        | -,759 |   |
| S5                     |        | -,638 |   |
| S6                     |        | -,870 |   |
| S7                     |        | -,688 |   |
| S8                     |        | -,879 |   |
| S9                     |        | -,795 |   |
| S10                    |        | -,825 |   |
| S11                    |        | -,800 |   |
| S12                    |        | -,890 |   |
| S13                    |        | -,695 |   |
| S14                    |        | -,661 |   |
| P1                     | ,669   |       |   |
| P2                     | ,599   |       |   |
| P3                     | ,799   |       |   |
| P4                     | ,918   |       |   |
| P5                     | ,603   |       |   |
| P6                     | ,851   |       |   |
| P8                     | ,570   |       |   |
| P10                    | ,663   |       |   |
| P11                    | ,723   |       |   |
| P12                    | ,617   |       |   |
| P13                    | ,645   |       |   |
| P14                    | ,726   |       |   |
| P15                    | ,692   |       |   |
| P16                    | ,634   |       |   |

**Tablo 7 (devam). Faktör matriksi**

|     |      |  |      |
|-----|------|--|------|
| P17 | ,569 |  |      |
| B2  |      |  | ,840 |
| B3  |      |  | ,903 |
| B4  |      |  | ,838 |
| B5  |      |  | ,811 |
| B6  |      |  | ,865 |
| B7  |      |  | ,855 |

Tablo 7'ye bakıldığında üç faktörlü yapıda P1-P17 birinci faktör; S1-S14 ikinci faktör; B2-B7 üçüncü faktör yapısı altında toplandığı görülmektedir. Herhangi bir madde dışarıda kalmamıştır. Faktör yükleri değerlendirildiğinde en düşük faktör yükü her iki yönde (pozitif ve negatif) 0,569 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla 0,40 ve üzeri faktör yükleri ideal olarak kabul edildiği için maddelerin faktörlere önemli katkı yaptıkları değerlendirilmiştir (55).

AFA ile elde edilen model, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile daha ileri analiz edilmiştir. Model uyum indeksleri RMSEA (Rot Mean Error of Approximation), CMIN/DF (Ki-Kare/Serbestlik Derecesi), CFI (Comperative Fit Index), TLI (Tucker Lewis Fit Index) ve SRMR (Standard Root Mean Square Residuals) kullanılarak değerlendirilmiştir (56). Uyum İyiiliği Değerleri Tablo 8'de gösterilmiştir.

**Tablo 8. Doğrulayıcı faktör analizi eşik değerleri**

| Uyum İyiiliği Parametreleri | Eşik Değer                            | Model uyum indeksleri |
|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| <b>CMIN</b>                 | -                                     | 1081,675              |
| <b>CMIN/df</b>              | <3 iyi; <5 kabul edilebilir           | 1,942                 |
| <b>CFI</b>                  | ≥0.95 harika; >0.80 kabul edilebilir  | 0,818                 |
| <b>TLI</b>                  | ≥0.90                                 | <b>0,805</b>          |
| <b>SRMR</b>                 | <0.09                                 | 0,080                 |
| <b>RMSEA</b>                | <0.05 iyi; 0.50-0.10 orta; >0.10 kötü | 0,095                 |
| <b>PClose</b>               | <0.05                                 | 0.001                 |



Biyopsikososyal yaklaşımın alt boyutları arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 9’da gösterilmiştir.

**Tablo 9. Alt boyutlar arasındaki ilişki**

|                   |   | Biyomedikal Boyut | Psikolojik Boyut | Sosyal Boyut     |
|-------------------|---|-------------------|------------------|------------------|
| Biyomedikal Boyut | R |                   |                  | <b>0,575*</b>    |
|                   | P |                   |                  | <b>&lt;0,001</b> |
| Psikolojik Boyut  | R | <b>0,718*</b>     |                  |                  |
|                   | P | <b>&lt;0,001</b>  |                  |                  |
| Sosyal Boyut      | R |                   | <b>0,711*</b>    |                  |
|                   | P |                   | <b>&lt;0,001</b> |                  |
| Bütüncül Yaklaşım | R | <b>0,782*</b>     | <b>0,917*</b>    | <b>0,918*</b>    |
|                   | P | <b>&lt;0,001</b>  | <b>&lt;0,001</b> | <b>&lt;0,001</b> |

\*Korelasyon  $p<0,001$  düzeyinde anlamlıdır.

Yapı geçerliliği, üç boyut arasında pozitif doğrusal bir korelasyon olduğunu gösterdi. En yüksek korelasyon katsayısı biyomedikal ve psikolojik boyutlar arasında ( $r=0.718$ ;  $p<0.001$ ) ve güçlü düzeyde, psikolojik ve sosyal boyutlar arasındaki korelasyon sonuçları da güçlü düzeyde ( $r=0.711$ ;  $p<0.001$ ) bulunmuştur. Sosyal ve biyomedikal boyutlar arasındaki korelasyon da orta seviyede ( $r=0.575$ ;  $p<0.001$ ) tespit edilmiştir. Yani katılımcıların biyomedikal, psikolojik ve sosyal yaklaşımı genel olarak güçlü bir ilişki içinde ve anlamlı olarak birlikte artmaktadır.

Ölçek geneli ile alt boyutlar arasındaki korelasyona bakıldığında en yüksek korelasyon katsayısı bütüncül yaklaşım ile sosyal boyut ( $r=0.918$ ;  $p<0.001$ ) ve psikolojik boyut arasında ( $r=0.917$ ;  $p<0.001$ ) olduğu ve korelasyon sonuçlarının güçlü olduğu görülmektedir.

## ÖLÇEĞİN GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

### Alfa Katsayısı (Cronbach’s Alpha)

Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek için ölçekte bulunan maddelerin iç tutarlılığını gösteren Cronbach Alpha katsayısı kullanılmıştır. Aile Hekimliğinin Biyopsikososyal Boyutu Ölçeği’nin Cronbach Alpha katsayısı 0,949 olarak hesaplanmıştır. Buna ek olarak biyomedikal

alt boyutunun güvenilirliği  $\alpha=0,934$ , psikolojik alt boyutunun güvenilirliği  $\alpha=0,914$ , sosyal alt boyutunun güvenilirliği  $\alpha=0,953$  olarak tespit edilmiştir. Tablo 10’da alfa katsayıları gösterilmektedir.

**Tablo 10. Alfa katsayıları**

| <b>Alt Boyutlar</b> | <b>Cronbach Alpha</b> |
|---------------------|-----------------------|
| Biyomedikal         | 0,934                 |
| Psikolojik          | 0,914                 |
| Sosyal              | 0,953                 |
| <b>Toplam</b>       | <b>0,949</b>          |

Ölçek maddelerinin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları incelendiğinde 0,054 ile 0,77 arasında değişmektedir. Her bir madde için ayrı ayrı ölçekten çıkarıldıklarında Cronbach Alpha değerinde yaptıkları değişimler Tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 11. Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu**

|           | <b>Düzeltilmiş Madde<br/>Toplam Korelasyonu</b> | <b>Madde Silinirse<br/>Cronbach Alpha Değeri</b> |
|-----------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>S1</b> | .654                                            | .947                                             |
| <b>S2</b> | .559                                            | .947                                             |
| <b>S3</b> | .776                                            | .946                                             |
| <b>S4</b> | .608                                            | .947                                             |
| <b>S5</b> | .598                                            | .947                                             |
| <b>S6</b> | .727                                            | .946                                             |
| <b>S7</b> | .756                                            | .946                                             |
| <b>S8</b> | .690                                            | .946                                             |
| <b>S9</b> | .611                                            | .947                                             |

**Tablo 11 (devam). Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu**

|            | <b>Düzeltilmiş Madde<br/>Toplam Korelasyonu</b> | <b>Madde Silinirse<br/>Cronbach Alpha Değeri</b> |
|------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>S10</b> | .730                                            | .946                                             |
| <b>S11</b> | .674                                            | .946                                             |
| <b>S12</b> | .627                                            | .947                                             |
| <b>S13</b> | .510                                            | .948                                             |
| <b>S14</b> | .704                                            | .946                                             |
| <b>P1</b>  | .628                                            | .947                                             |
| <b>P2</b>  | .468                                            | .948                                             |
| <b>P3</b>  | .607                                            | .947                                             |
| <b>P4</b>  | .525                                            | .948                                             |
| <b>P5</b>  | .705                                            | .946                                             |
| <b>P6</b>  | .582                                            | .947                                             |
| <b>P8</b>  | .488                                            | .948                                             |
| <b>P10</b> | .054                                            | .951                                             |
| <b>P11</b> | .617                                            | .947                                             |
| <b>P12</b> | .497                                            | .948                                             |
| <b>P13</b> | .676                                            | .946                                             |
| <b>P14</b> | .438                                            | .948                                             |
| <b>P15</b> | .666                                            | .947                                             |
| <b>P16</b> | .528                                            | .948                                             |
| <b>P17</b> | .525                                            | .948                                             |
| <b>B2</b>  | .487                                            | .948                                             |
| <b>B3</b>  | .395                                            | .949                                             |
| <b>B4</b>  | .553                                            | .947                                             |
| <b>B5</b>  | .434                                            | .948                                             |
| <b>B6</b>  | .454                                            | .948                                             |
| <b>B7</b>  | .454                                            | .948                                             |

\*P10 maddesi, diğerlerinden farklı olarak negatif anlamlı olduğu için ters kodlama yapılmıştır.

Bu nedenle Aile Hekimliğinin Biyopsikososyal Boyutu Ölçeği'nin alt boyutlar da dahil olmak üzere güvenilir bir ölçme aracı olduğu kabul edilmiştir. Çünkü Cronbach Alpha değerinin 0,70 ve üstü olması, bir ölçme aracının güvenilirliği için yeterli görülmektedir (51).

### **Test-Tekrar Test Yöntemi**

Testin aynı bireylere, aynı koşullarda ancak, belirli bir zaman aralığı ile tekrar verilmesi prensibine dayanır. İki testten elde edilen skorlar arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanır. Bu katsayıya güvenirlik (kararlılık) katsayısı adı verilir. Bu kapsamda araştırmaya katılan katılımcıların tamamına on beş gün arayla tekrar test uygulanmıştır.

**Tablo 12. Test-tekrar test analizi**

| Ölçek Alt Boyutları | Biyomedikal | Psikolojik | Sosyal | Toplam |
|---------------------|-------------|------------|--------|--------|
| <b>Biyomedikal</b>  | 0,998       |            |        |        |
| <b>Psikolojik</b>   |             | 0,985      |        |        |
| <b>Sosyal</b>       |             |            | 0,997  |        |
| <b>Toplam</b>       |             |            |        | 0,996  |

Tablo 12'ye göre test-tekrar test analizleri sonucunda, Aile Hekimliğinin Biyopsikososyal Boyutu Ölçeği toplam puanına ait Spearman korelasyon katsayısı 0,996, Biyomedikal alt ölçeğine ait Spearman korelasyon katsayısı 0,998, Psikolojik alt ölçeğine ait Spearman korelasyon katsayısı ise 0,985, Sosyal alt ölçeğine ait Spearman korelasyon katsayısı ise 0,997 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre ölçek alt boyutları ve toplam ölçek puanı için ölçeklerin güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır.

## **ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

### **Cinsiyete Göre Karşılaştırma**

Faktörlerden elde edilen toplam puanların cinsiyete göre karşılaştırması yapıldığında; alt faktörler ve ölçek toplam puanı için cinsiyetler arasında farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13. Cinsiyete göre faktör alt boyutlarının ve ölçek genelinin karşılaştırılması**

| Cinsiyet       |                          |                          | Test İstatistiği |       |
|----------------|--------------------------|--------------------------|------------------|-------|
| Ölçek Puanları | Kadın Ortalama<br>(n=31) | Erkek Ortalama<br>(n=25) | T                | P     |
| Biyomedikal    | 24,9                     | 24                       | 1,085            | 0,283 |
| Psikolojik     | 61,5                     | 62,8                     | -0,613           | 0,543 |
| Sosyal         | 54,3                     | 53                       | 0,581            | 0,564 |
| Toplam         | 140,9                    | 139,8                    | 0,237            | 0,814 |

#### **Uzmanlık Durumuna Göre Karşılaştırma**

Uzmanlık durumuna göre ölçek toplam puanı karşılaştırıldığında; biyomedikal boyut hariç tüm ölçek puanlarının aile hekimlerinde, uzman aile hekimlerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ( $p<0.05$ ) görülmüştür (Tablo 14).

**Tablo 14. Uzmanlık durumuna göre faktör alt boyutlarının ölçek ile karşılaştırılması**

| Uzmanlık Durumu |                                |                                          | Test İstatistiği |              |
|-----------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|
| Ölçek Puanları  | Aile Hekimi<br>(n=42) Ortalama | Aile Hekimliği Uzmanı<br>(n=14) Ortalama | T                | P            |
| Biyomedikal     | 24,85                          | 23,5                                     | 1,380            | 0,17         |
| Psikolojik      | 63,07                          | 59,28                                    | 2,046            | <b>0,049</b> |
| Sosyal          | 55,09                          | 49,78                                    | 2,453            | <b>0,019</b> |
| Toplam          | 143,02                         | 132,57                                   | 2,498            | <b>0,017</b> |

Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi asistanı sayısı çok düşük olduğundan (n=2), aile hekimi kategorisine dahil ederek istatistiksel analizi yapılmıştır.

### Yaşa Göre Karşılaştırma

Yaşa göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, toplam ölçek puanı ve tüm alt boyutlarla yaş arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (Tablo 15). Bu sonuca göre hekimin yaşının artması veya azalması biyopsikososyal yaklaşımını etkilememektedir.

**Tablo 15. Ölçeğin alt boyut puanları ile çeşitli parametreler arası korelasyon analizi**

|                    | Yaş    |       | Meslekte geçirdiği süre |       | Birinci basamakta geçirdiği süre |       | Birimde geçirdiği süre |       |
|--------------------|--------|-------|-------------------------|-------|----------------------------------|-------|------------------------|-------|
|                    | R      | P     | R                       | P     | R                                | P     | R                      | P     |
| <b>Biyomedikal</b> | -0,151 | 0,265 | -0,194                  | 0,152 | -0,155                           | 0,255 | -0,237                 | 0,079 |
| <b>Psikolojik</b>  | 0,075  | 0,580 | 0,048                   | 0,723 | 0,068                            | 0,618 | -0,134                 | 0,326 |
| <b>Sosyal</b>      | 0,084  | 0,539 | 0,069                   | 0,616 | 0,068                            | 0,619 | 0,057                  | 0,675 |
| <b>Toplam</b>      | 0,046  | 0,735 | 0,019                   | 0,889 | 0,034                            | 0,801 | -0,071                 | 0,605 |

### Meslekte Geçirdiği Süreye Göre Karşılaştırılması

Aile hekimlerinin çalışma yıllarına göre toplam puanları karşılaştırıldığında, toplam ölçek puanı ve tüm alt boyutlarla meslekte geçirilen süre arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (Tablo15). Bu sonuca göre hekimin meslekte geçirdiği süre, biyopsikososyal yaklaşımını etkilememektedir.

### Birinci Basamakta Geçirdiği Süreye Göre Karşılaştırılması

Aile hekimlerinin birinci basamakta çalıştığı süre ile toplam puanları karşılaştırıldığında, toplam ölçek puanı ve tüm alt boyutlarla birinci basamakta geçirilen süre arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (Tablo 15). Bu sonuca göre hekimin birinci basamakta geçirdiği süre, biyopsikososyal yaklaşımını etkilememektedir.

### Aktif Olarak Çalıştığı Birimde Geçirdiği Süreye Göre Karşılaştırılması

Aile hekimlerinin görev yaptıkları birimde çalıştığı süre ile toplam puanları karşılaştırıldığında, toplam ölçek puanı ve tüm alt boyutlarla birinci basamakta geçirilen süre arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (Tablo 15). Bu sonuca göre hekimin uzun süre aynı görev yerinde çalışması, biyopsikososyal yaklaşımını etkilememektedir.

### Günlük Baktığı Ortalama Hasta Sayısına Göre Karşılaştırılması

Aile hekimlerinin günlük ortalama baktığı hasta sayısı ile toplam puanları karşılaştırıldığında, bütüncül yaklaşım toplam ölçek puanı ( $p=0.021$ ), biyomedikal alt boyut ( $p=0.039$ ) ve psikolojik alt boyut ( $p=0.022$ ) ile günlük baktığı ortalama hasta sayısı arasında anlamlı bir fark görülmüştür (Tablo 16). Sosyal alt boyut ile bakılan hasta sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hekimin bütüncül yaklaşımı arttıkça, günlük ortalama hasta sayısı orta düzeyde korelasyon ile artmaktadır.

**Tablo 16. Hekimin hasta başına ayırdığı süre ve günlük baktığı ortalama hasta sayısı ile faktör alt boyutları arasındaki korelasyon analizi**

|                    | Hasta Başına Ayırdığı Süre |       | Hekimin Günlük Baktığı Ortalama Hasta Sayısı |              |
|--------------------|----------------------------|-------|----------------------------------------------|--------------|
|                    | R                          | P     | R                                            | P            |
| <b>Biyomedikal</b> | 0,095                      | 0,486 | 0,277                                        | <b>0,039</b> |
| <b>Psikolojik</b>  | -0,002                     | 0,991 | 0,306                                        | <b>0,022</b> |
| <b>Sosyal</b>      | 0,039                      | 0,777 | 0,251                                        | 0,062        |
| <b>Toplam</b>      | 0,037                      | 0,787 | 0,308                                        | <b>0,021</b> |

### Hasta Başına Ayrılan Süreye Göre Karşılaştırılması

Aile hekimlerinin hasta başına ayırdıkları süre ile toplam puanları karşılaştırıldığında, toplam ölçek puanı ve tüm alt boyutlarla, hasta başına ayırdıkları süre arasında anlamlı bir

korelasyon saptanmamıştır (Tablo 16). Bu sonuca göre hekimin hasta başına ayırdığı süre, biyopsikososyal yaklaşımını etkilememektedir.

### **Cinsiyet ile Hasta Başına Ayrılan Sürenin Karşılaştırılması**

Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyetlerinin, hasta başına ayırdıkları süreyi etkileyip etkilemediğine bakmak için pearson kıkare testi uygulanmıştır.

Çalışmamızda kadın ve erkek doktorların hasta başına ayırdıkları ortalama süreye bakıldığında kadınların hastalarına ayırdığı sürenin, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görülmektedir. (Kadın:  $7 \pm 3$  dk; Erkek:  $6 \pm 3$ ); ( $\chi^2$ : 6,482, **p:0,039**)



## TARTIŞMA

Çalışma öncesinde, ölçeğin ölçmesini planladığımız “Aile Hekimlerinin Bütüncül Yaklaşımına Yönelik Bilgi ve Tutumları” konusunda yapılan çalışmalar incelenmiş fakat Türkiye’de geçerlik ve güvenirliği gösterilmiş bir ölçek bulunamamıştır. Makivić ve Klemenc-Ketiš tarafından geliştirilmiş olan “Scale for BioPsychoSocial Dimension of Family Physician’ Work” isimli ölçeğin tarafımızca Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Aile hekimleri, sağlık sisteminde bulundukları konum nedeniyle toplumun sağlık ile ilk temas noktası oldukları için kritik bir öneme sahiptir ve işlerini profesyonelliğin gerektirdiği şekilde yaptıklarında sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadırlar. Hasta popülasyonları değişmediğinden aynı hastaları farklı şikayetlerle pek çok kez gördüklerinden, hastalarının aile yapısı, sosyal çevresi ve ruhsal durumlarını öğrenmektedirler.

Bu çalışma ile aile hekimlerinin temel yeterliliklerinden biri olan bütüncül yaklaşımı oluşturan biyomedikal, sosyal ve psikolojik yaklaşımlara yönelik bilgi ve tutumlarının belirlenmesi, bunların tanımlanarak uzmanlık eğitiminde eksik kalan konular üzerinde yoğunlaşılması hedeflenmiştir.

Çalışmamıza 31’i (%55,4) kadın, 25’i (%44,6) erkek olmak üzere toplam 56 hekim dahil edilmiştir. Katılımcılar değerlendirildiğinde uzman ve pratisyen olan grupların her ikisinde de kadın sayısı erkek sayısına göre fazla tespit edilmiştir. Bu durumda kadın hekimlerin aile hekimliğinde çalışmayı tercih ettiği söylenebilir. Genel olarak aile hekimliği branşında çalışan hekimlerin kadın olduğu ve kadın hekimlerin hayat beklentileri göz önüne alındığında aile hekimliği branşını kendilerine uygun bir kariyer seçimi olarak gördükleri söylenebilir. Özdin’in (59), 2015 yılında aile hekimlerinin ve psikiyatristlerin biyopsikososyal

yaklaşımlarını değerlendirdiği çalışmada, çalışmaya katılan 405 hekimin 245'ini kadın hekimlerin oluşturduğu görülmüş olup kadınların çok olması aile hekimliği ve psikiyatri branşlarını daha çok kadın hekimlerin seçtiği şeklinde yorumlanmıştır.

Cinsiyete göre karşılaştırma yapıldığında ölçek genelinden alınan toplam puanların ortalaması, kadın grubunda 140,9 olarak erkek grubunda ise 139,8 olarak hesaplanmıştır. Kadın ve erkek grupları arasında ölçek genelinde alınan puanlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. İngiltere'de Dowrick ve ark.'nın (60), birinci basamak hekimlerinin hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlarını ne kadar kendi görevleri olarak gördüklerini araştırdıkları çalışmanın sonucunda hekimin cinsiyeti ile anlamlı bir sonuç ortaya çıkmamıştır. Üstünol (61), aile hekimliği kimliği ölçeği oluşturulması amacıyla yaptığı tez çalışmasında, alt boyut olan biyopsikososyal yaklaşım ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Şen'in (62) yaptığı çalışmada da hekimlerin cinsiyetleri ile yaklaşım modelleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Tüm bu sonuçlara bakıldığında hekimin kadın veya erkek olmasının, hastaya biyopsikososyal olarak yaklaşımını etkilemediği görülmektedir. Bunun sebebi biyopsikososyal yaklaşıma etki eden cinsiyet dahil çok sayıda faktör olması ve popülasyon sayısının yetersiz olması olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin yaş ortalaması  $46,36 \pm 8,68$  olarak bulunmuştur. Yaşa göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, toplam ölçek puanı ve tüm alt boyutlarla yaş arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Bu sonuca göre hekimin yaşının artması veya azalması biyopsikososyal yaklaşımını etkilememektedir. Dowrick ve ark.'nın (60) İngiltere'de yaptıkları çalışmada, 35 yaş ve üstü hekimlerin, genç hekimlere göre daha fazla psikososyal yaklaşımı benimsedikleri görülmüştür. Şen'in (62) yaptığı çalışmada ise hekimlerin yaş aralıkları ile biyopsikososyal yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun (%74,2) 40 yaş ve üzerinde olup 40 yaş altında sadece 15 kişi olması, hekimlerin genelinin (%85,7) mesleklerinde 10 yıl ve üzerinde çalışmışlık süreleri olması, coğrafi farklılıklar ve örneklem büyüklüğünün yeterince büyük olmaması nedeni ile yaş ve çalışmışlık sürelerinin BPS yaklaşım üzerindeki etkisi saptanamamış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunu pratisyen aile hekimleri oluşturmaktadır ( $n=40$ , %71,4). Bu duruma çalışmanın sadece Edirne il merkezinde yapılmış olması ve il merkezindeki ASM'lerde pratisyen hekimlerin sayıca fazla olması sebep olmuştur.

Aile hekimliği uzmanlarının, birinci basamakta çalışma süresinin daha az olmasından dolayı bütüncül yaklaşım puanlarının daha düşük düzeyde çıktığı görülmüştür. Aile

hekimlerinin yarısından çoğu (%54,8) 21 yıldan fazla süredir birinci basamakta çalışırken, aile hekimliği uzmanlarının yarısından çoğu (%78,6) 20 yıldan daha kısa süredir çalışmaktadır. Birinci basamakta çalışma sürelerinin fazla olması sonucu aile hekimlerinin hastaların hayatlarına daha fazla şahit olması nedeniyle sosyal ve psikolojik boyutta daha yüksek puan almalarına neden olmuş olabilir. Ayrıca çalışmamıza sadece Edirne il merkezindeki ASM'lerde görev yapan hekimleri dahil ettiğimizden dolayı 56 hekim katıldığı için (42 aile hekimi, 14 aile hekimliği uzmanı) sayıca yetersiz kalınması, sonuçları etkilemiş olabilir.

Üstünol'un (61) aile hekimliği kimliği ölçeği oluşturma amacıyla yaptığı çalışmada katılımcılar akademik durumlarına göre karşılaştırıldığında ölçek genelinde ve tüm alt boyutlarda (hasta-hekim iletişimi, mesleki tatmin, çalışma alanı genişliği ve kapsamlı yaklaşım, biyopsikososyal yaklaşım) asistan hekimler, uzman hekimler ve akademisyen hekimler arasında anlamlı fark saptanmış olup bu farkın akademisyen gruptan kaynaklandığı ve diğer gruplarla karşılaştırıldığında alınan ortanca puanların anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Asistan hekimler ve uzman hekimler arasında ise anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu durumu da şu an akademisyen olan aile hekimlerinin asistanlık süreçlerinde aile hekimliği yeni kurulan bir disiplin olduğundan birçok eğitim hastanesinde asistan yetiştirecek aile hekimliği yeterliliklerine sahip uzman veya akademisyen bulunmaması ile açıklamışlardır.

Çalışmamızda hekimlerin mezuniyet sonrası meslekteki toplam çalışma süreleri ortalama  $21,24 \pm 9,25$  yıl olarak bulunmuştur. Aile hekimlerinin çalışma yıllarına göre toplam puanları karşılaştırıldığında, toplam ölçek puanı ve tüm alt boyutlarla meslekte geçirilen süre arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Bu sonuca göre hekimin meslekte geçirdiği süre, biyopsikososyal yaklaşımını etkilememektedir. Üstünol'un (61) çalışmasında, aile hekimliği kimliği ölçeğinin alt boyutları olan biyopsikososyal yaklaşım ile çalışma yılı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Şen 'in (62) yaptığı çalışmada da çalışma yılı ile biyopsikososyal yaklaşım arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu duruma hekimlerin genelinin (%85,7) mesleklerinde 10 yıl ve üzerinde çalışmışlık süreleri olması ve örneklem büyüklüğünün yeterince büyük olmaması neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda birinci basamakta ortalama çalışma yılı  $18,36 \pm 9,8$  yıl ve şuan görev yaptığı birimde ortalama çalışma yılı  $8,62 \pm 6,35$  yıl olarak hesaplanmıştır. Aile hekimlerinin birinci basamakta çalıştığı süre ve görev yaptıkları birimde çalıştığı süre ile toplam puanları karşılaştırıldığında, toplam ölçek puanı ve tüm alt boyutlarla süreler arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Bu sonuca göre hekimin birinci basamakta geçirdiği süre ve uzun süre aynı görev yerinde çalışması biyopsikososyal yaklaşımını etkilememektedir. İngiltere,

Avustralya ve Danimarka gibi ülkelerde bir aile hekiminin aynı birimde ortalama 8-13 yıl çalıştığı bilinmektedir (41). Robinson ve Roter'ın (63) yaptığı çalışmada aile hekiminin uzun süre aynı bölgede çalışması, hastaları tanıyıp yakından takip etme imkanı sağlayacağı ve bunun sonucunda hasta hekim ilişkisinin iyileşeceği bildirilmiştir. Hasta hekim ilişkisi ne kadar yakınsa, hastaların psikososyal sorunlarını hekimlere açma oranlarının o kadar fazla olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan hekimlerin yarısından fazlasının (%66,1) şuan çalıştıkları birimde 10 yıldan daha kısa süredir çalışmaları nedeniyle istatistiksel olarak sağlıklı bir karşılaştırma yapılamamış olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin günlük ortalama baktıkları hasta sayısı  $78,09 \pm 20,87$  olup, 51-99 arası hasta bakan hekimlerin büyük çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir (%69,6). Güneş ve Güneş'in (41) yaptığı çalışmada, 41 ve üzeri hasta gören aile hekimi oranının %85,3 olduğu görülmüştür. Özdin'in (59) çalışmasında, hekimlerin hasta sayısının maksimum 150'ye kadar çıktığı görülmüş olup aile hekimlerinin günlük ortalama hasta sayısı  $42,05 \pm 27,36$  olarak bulunmuştur. Çiçek (64) ise, çalışmasında aile hekimliği asistanlarının baktıkları hasta sayısının  $34,76 \pm 21,47$  olduğunu görmüştür. Bu iki çalışmada da hekimlerin gördüğü hasta sayısının çalışmamıza göre az olmasının nedeni, 2 çalışmanın üniversite hastanesi asistan hekimleri üzerinde yapılıyor iken çalışmamızın aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerine yapılmasıdır.

Aile hekimlerinin günlük ortalama baktığı hasta sayısı ile toplam puanları karşılaştırıldığında, bütüncül yaklaşım toplam ölçek puanı, biyomedikal alt boyut ve psikolojik alt boyut arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Sosyal alt boyut ile bakılan hasta sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hekimin bütüncül yaklaşımı arttıkça, günlük ortalama hasta sayısı orta düzeyde korelasyon ile artmaktadır. Yani hekim hastanın rahatsızlığını, sosyal çevresi ve psikolojik faktörleri ile bir bütün olarak kavradığında, hastalar tarafından daha çok tercih edilmektedir. Ayrıca günlük bakılan hasta sayısının artması, hekimlerin daha farklı sağlık sorunlarıyla karşılaşmasını sağlar. Hekimler her bir hastanın farklı psikolojik ve sosyal sorunları ile karşılaştıkça hastaların sağlık sorunlarını daha geniş bir perspektiften değerlendirebilir. Günlük hasta sayısı arttıkça, hekimler daha hızlı düşünüp, karar vermek zorunda kalır. Hastaların sosyal bağlarını, yaşam tarzlarını ve çevresel faktörlerini daha iyi gözlemleyebilir.

Literatürde aile hekimlerinin günlük ortalama baktıkları hasta sayısı ile biyopsikososyal yaklaşımları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda hekimlerin hasta başına ayırdıkları ortalama süre  $6,68 \pm 2,81$  dk olduğu görülmektedir. Özdin'in (59) çalışmasında, aile hekimlerinin hasta başına ayırdıkları ortalama süre  $9,34 \pm 7,02$  dk olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızdan daha yüksek çıkmasının nedeni, bu çalışmanın üçüncü basamak bir hastanede aile hekimliği asistanlarına yapılmasından dolayı, baktıkları hasta sayısının daha az olmasından kaynaklanmaktadır. Şen'in (62) çalışmasında ortalama hasta- hekim görüşmesi süreleri 4-7 dakika arasında olduğu görülmüştür. Wright ve ark.'nın (65), 173 hasta üzerinde uyguladığı bir anket çalışmasında, hasta-hekim görüşme sürelerine bakılmış ve kısa süren görüşmeler 2 dakikayı geçmezken uzun süren görüşmeler 4-11 dakika arasında, ortalama yedi dakikada bitmiştir. Uzun süreli görüşmelerde, kısa süren görüşmelere göre hastaların yanıtlarının daha doğru olduğu görülmüştür. Yaptığımız çalışmadaki hekimlerin, hastalarına ayırdığı ortalama zamanla, bu çalışmaların ortalama sürelerinin uyumlu olduğu görülmektedir.

Aile hekimlerinin hasta başına ayırdıkları süre ile toplam puanları karşılaştırıldığında, toplam ölçek puanı ve tüm alt boyutlarla, hasta başına ayırdıkları süre arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Bu sonuca göre hekimin hasta başına ayırdığı süre, biyopsikososyal yaklaşımını etkilememektedir. Güneş ve Güneş'in (41) yaptığı çalışmada da aile hekimlerinin hastalarına ayırdığı süre ile hastanın psikososyal sorunlarını hekime açması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Şen'in (62) yaptığı çalışmada ise BPS yaklaşım gösteren hekimlerin hasta başına ayırdıkları sürenin, biyomedikal yaklaşım gösteren hekimlere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda bu duruma popülasyonun azlığı neden olmuş olabilir.

Aile hekimleri kayıtlı nüfuslarının fazla olması, günlük 150 hastaya varan yoğun poliklinik koşulları, mobil hizmet görevleri ve bürokratik işlemlerden dolayı bütün hastalara gerekli zamanı ayıramayabilirler. Biyopsikososyal modeli uygulamak için bireyi biyolojik, psikolojik ve sosyal çevresiyle birlikte bir bütün olarak değerlendirmek gerekmektedir. Ancak hekimlerin bu değerlendirmeyi yapabilmesi için, daha az hastaya daha çok zamana ihtiyacı vardır. Özer'in (66) çalışmasında, hastaların kendilerine ayrılan zamanı yetersiz buldukları için yeterince ilgi görmediklerini düşündüğü, hekimleriyle iletişimi daha iyi olan hastaların memnuniyetinin de aynı oranda fazla olduğu saptanmıştır. 2001 yılında Kalender ve ark.'nın (67) 505 birey üzerinde yaptığı çalışmada hastaların, hekimlerin kendilerine uzun zaman ayırarak şikayetlerini her yönüyle dinlemelerini istediği ancak hekimlerin hastalarına istedikleri vakiti ayıramadıkları görülmüştür. Perron ve ark.'nın (68), İsviçre'de yaptıkları bir çalışmada,

hastalar sadece hastalıklarına tanı konmasını değil, hekimlerce dinlenmek ve danışmanlık almak dahil çok yönlü bir yaklaşım istediklerini belirtmişlerdir. Tüm bu çalışmalara bakıldığında biyomedikal yaklaşımı hastaların istemediği çok açık ortadadır.

Ülkemizde birinci basamakta uygulanan performans sistemi ile hekimlerin kayıtlı nüfusu ve yaptıkları izlem ve takipler arttıkça, ücretlendirilme artmaktadır. Performans sistemi hekimin hastalarına zaman ayırıp özen göstermesinin önünde büyük bir engeldir. Hekimler, daha fazla performans puanı almaya zorlandıkları için, her bir hastaya ayırdıkları vakit zorunlu olarak azalmaktadır. Hastaya ayrılan zaman azaldıkça hasta yeterli bir şekilde bilgilendirilememekte ve yeteri kadar aydınlatılamamaktadır.

Çalışmamızda kadın ve erkek doktorların hasta başına ayırdıkları ortalama süreye bakıldığında kadın hekimlerin hastalarına ayırdığı sürenin, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görülmektedir. Bunun sebebi hastaların kadın hekimleri kendilerine daha yakın görmesi ve daha etkili iletişim kurabileceklerine inanmaları dolayısıyla psikososyal sorunlarını onlarla paylaşmaya daha istekli olmaları olabilir.

Literatüre bakıldığında cinsiyetle hasta başına ayrılan süre ile ilgili farklı görüşler olduğu görülmüştür. Özdin'in (59) yaptığı çalışmada cinsiyet ile hasta başına ayrılan süre arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Roter ve ark.'nın (69) yaptığı çalışmada ise kadın hekimlerin erkeklere göre daha az zaman ayırıp daha az yardımcı oldukları gösterilmiştir. Street'in (70) makalesinde, çok sayıda çalışma incelenmiş olup, çalışmaların genelinde, erkeklere kıyasla kadın doktorların hastaları ile daha uzun süren görüşmeler yaptığı, onlara daha çok bilgi verdiği, hastaları ile ortaklık içinde olduğu, psikososyal durumları ile daha çok ilgilendiği, daha fazla güven veren ve teşvik eden davranışlar gösterdiği görülmektedir.

Ölçek alt boyutları ve ölçek geneli arasındaki ilişki incelendiğinde bütün alt boyutların birbirleriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca istatistiksel olarak alt boyutlar arasında kuvvetli, doğrusal ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ölçek alt boyutları arasında en güçlü ilişkinin biyomedikal ve psikolojik boyutlar arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçek geneli ile sosyal boyut arasında daha kuvvetli bir ilişki olduğu, en düşük ilişkinin ise sosyal ve biyomedikal boyutlar arasında olduğu saptanmıştır. Ölçek geneli ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde bütüncül yaklaşımı tanımlayan biyomedikal yaklaşım, psikolojik yaklaşım ve sosyal yaklaşım alt boyutlarının birbirleriyle bağlantılı olduğu bir alt boyuttaki değişikliğin diğer alt boyutları ve dolayısıyla bütüncül yaklaşımı etkileyeceği tespit edilmiştir. En kuvvetli ilişki bütüncül yaklaşım ile sosyal boyut ve hemen arkasından psikolojik boyut arasında saptanmıştır. Ölçek alt boyutları arasında en düşük ilişki sosyal ve biyomedikal

boyutlar arasında saptanmıştır. İlişkinin daha düşük kuvvette olması demek sosyal ve biyomedikal boyutlardan birinde bir sorun yaşandığı zaman diğer faktörün görece daha az etkileneceği anlamına gelmektedir. Sonuç olarak bütüncül yaklaşım ve alt boyutları arasında kuvvetli, doğrusal ve anlamlı bir ilişki vardır.

Şen'in (62) çalışmasında, çalışmaya katılan hekimlerin kendi biyopsikososyallik düzeylerini değerlendirmeleri istenmiştir. Hekimler genel olarak hasta merkezli bir yaklaşım sergilediklerini ve biyopsikososyal modelin gerekliliklerini yerine getirdiklerini belirtmişlerdir. Ancak araştırmacıların hekime verdiği puan ve hekimlerin kendisine verdiği puanların arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bu çalışma sonucunda hekimlerin kendisini objektif olarak değerlendiremediği sonucuna varılmıştır. Bizim çalışmamızda da hekimlerin genel olarak biyopsikososyal yaklaşım ölçek puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak hekimlerin kendilerini objektif olarak değerlendirememiş olması sayılabilir.

Dowrick ve ark.'nın (60) birinci basamak hekimlerinin bütüncül yaklaşımlarına yönelik yaptıkları çalışmada, 494 pratisyen hekime anket yaparak, çeşitli yetenek, bilgi ve konulardan hangileri ile pratisyen hekimlerin ilgilenmesi gerektiğini belirtmeleri istenmiştir. Hekimlere sorulan 12 konu değerlendirildiğinde, katılan hekimlerin depresyona, sırt ağrısına, üst solunum yolu enfeksiyonuna, hipertansiyona, terminal bakıma hekimlerin bakması gerektiği ancak, evlilik problemleri, uyuşturucu yoksunluğu, cinsel istismar gibi konularda kararsız oldukları, ailevi, ruhsal konular, politik konular ile pratisyen hekimlerin ilgilenmesinin uygun olmadığını değerlendirmişlerdir.

Biyopsikososyal modelin önemine vurgular yapılsa da, günümüz tıp eğitiminde yeterince yer verilmemesi ve modelin klinik yaklaşıma nasıl dahil edileceğinin bilinmemesi gibi durumlar biyopsikososyal yaklaşımın zayıflığının nedenleri olabilir.

Margalit ve ark. (72) yaptıkları bir çalışmada rastgele seçilen 44 hekimi, biyopsikososyal yaklaşım, hasta merkezli yöntem, benlik saygısı ve zihinsel iş yükü açısından değerlendirmişlerdir. Hekimleri iki gruba ayırmışlar, ilk gruba problemleri hedef alan didaktik eğitim, ikinci gruba ise karşılıklı etkileşimin olduğu interaktif bir eğitim verilmiştir. 6 ay sonra hekimleri eğitim öncesi ve sonrası anket yaparak değerlendirmişler ve interaktif eğitim alan hekimlerde daha fazla olarak, her iki gruptakilerin biyopsikososyal yaklaşımları, hasta merkezli yöntemleri, tutum ve benlik saygılarında iyileşme olduğu görülmüştür. Hekimlerde biyopsikososyal yaklaşım ve hasta iletişimi gibi konularda eğitim öncesi ve sonrası arasında bilgi düzeyinde ve yaklaşımlarında yaşanan değişiklikler, eğitimin önemini göstermektedir ve

bu konu aktif bir şekilde tıp eğitiminde yer almalıdır (62). Uludağ Üniversitesinde yapılan 'Tıp Eğitiminde İletişim ve Klinik Beceriler Dersi Verilmeli mi? İntern Öğrenci Görüşleri' adlı çalışmada intern hekimlerin özellikle hekim hasta iletişimi gibi klinik beceriler açısından sürekli bir eğitim alması gerektiği belirtilmiştir (73).

Aile hekimleri hasta ve ailesini her problemde tekrar tekrar gördüğünden, onları en yakından tanıyan hekim grubudur bu yüzden biyopsikososyal yaklaşımı daha kolay uygulayabilir ve bu yaklaşımdan en fazla yararı görebilirler. Tıp fakültesinde konunun yeterince işlenmesi, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde konuya ağırlık verilip her uzmanlık öğrencisinin biyopsikososyal yaklaşımı benimseyip uygulayarak mezun olması, aile hekimlerinin hizmet içi eğitimlerinde konuya ağırlık verilmesi ile hekimler biyomedikal yaklaşım yerine biyopsikososyal yaklaşımı ağırlıklı olarak kullanabilirler.

## SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yapılan bu çalışmada, ülkemizde biyopsikososyal yaklaşımın klinik pratiğe yansımaları ölçebilecek bir ölçek şimdiye kadar geliştirilemediğinden Makivić ve Klemenc- Ketiş'in geliştirdiği "Scale for BioPsychoSocial Dimension of Family Physician' Work" ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapıp ölçeğin literatüre kazandırılması ve bu ölçek ile Edirne ilindeki aile hekimlerinin biyopsikososyal yaklaşım ile ilgili bilgi ve tutumları ölçülmesi hedeflemiştir.

Çalışmamızın sonuçları şu şeklide özetlenebilir.

1. "Aile Hekimliğinin Biyopsikososyal Boyutu Ölçeği" üzerinde yapılan Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizlerinden olumlu sonuçlar alınmıştır. Ölçeğimiz 35 sorudan ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Aile hekimliğinin biyopsikososyal boyutu altında biyomedikal, psikolojik ve sosyal boyutları tanımlanmıştır. Ölçek total varyansın %61,57'sini açıklamakta ve Cronbach's alfa değeri 0,949 olarak hesaplanmıştır. Yapılan test-tekrar test analizleri sonucunda, Spearman korelasyon katsayılarına bakıldığında ölçek alt boyutları ve toplam ölçek puanı için ölçeklerin güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır.

2. Çalışmamızda aile hekimliği uzmanlarının, birinci basamakta çalışma süresinin daha az olmasından dolayı bütüncül yaklaşım puanlarının daha düşük düzeyde çıktığı görülmüştür. Birinci basamakta çalışma sürelerinin fazla olması sonucu aile hekimlerinin hastaların hayatlarına daha fazla şahit olması, sosyal ve psikolojik boyutta daha yüksek puan almalarına neden olmuş olabilir. Asistan hekimlerin birinci basamak anlayışında standart bir uzmanlık eğitimi alması, eğitim ASM'lerde daha uzun süre görev yapması ve birinci basamakta çalıştıkları sürenin artması bütüncül yaklaşımlarını arttıracaktır. Ayrıca çalışmamıza sadece Edirne il merkezindeki ASM'lerde görev yapan hekimleri dahil ettiğimiz için (42 aile hekimi,

14 aile hekimliği uzmanı) sayıca yetersiz kalınması, sonuçları etkilemiş olabilir. Türkiye genelindeki aile hekimlerine çevrimiçi anketler uygulayarak daha fazla sayıda katılımcı ile çalışma yapılırsa daha anlamlı sonuçlar elde edilebilir.

3. Çalışmamızda aile hekimlerinin bütüncül yaklaşımı arttıkça, günlük ortalama hasta sayısının arttığı görülmüştür. Yani hekim hastanın rahatsızlığını, sosyal çevresi ve psikolojik faktörleri ile bir bütün olarak kavradığında, hastalar tarafından daha çok tercih edilmektedir. Bu sebeple uzmanlık eğitiminde ve sonrasında meslek içi eğitimlerle bütüncül yaklaşım konusuna ağırlık verilip, uzmanlık eğitimi sırasında pratiklerinin artırılması ile bütüncül yaklaşımı gelişmiş hekimler yetiştirilebilir. Ayrıca günlük bakılan hasta sayısının artması, hekimlerin daha farklı sağlık sorunlarıyla karşılaşmasını sağlar. Hekimler her bir hastanın farklı psikolojik ve sosyal sorunları ile karşılaştıkça hastaların sağlık sorunlarını daha geniş bir perspektiften değerlendirebilir. Günlük hasta sayısı arttıkça, hekimler daha hızlı düşünüp, karar vermek zorunda kalır. Hastaların sosyal bağlarını, yaşam tarzlarını ve çevresel faktörlerini daha iyi gözlemleyebilir. Hasta sayısının arttığı bir ortamda, her hasta için yeterli zamanı ayırabilmek önemlidir. Bu nedenle sağlık politikalarının iyileştirilip, hekimlerin her hastaya daha fazla zaman ayırabilmelerini sağlayacak esnek zaman dilimlerinin sunulması gereklidir. Hekimlerin çalışma ortamları düzenlenmelidir. Hastaların elektronik sağlık kayıtlarında sadece medeni hali, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu ve alışkanlıklarını görebilirken; bu içerik kişilik özellikleri, kültürü, aile hayatı, çevresel faktörleri, stress faktörleri gibi diğer psikososyal faktörleri de içerecek şekilde genişletilirse veya hastaların psikososyal durumlarının takip edilebileceği mobil uygulamalar geliştirilirse hekimler daha kısa zamanda değerlendirme yapabilirler.

4. Çalışmamızda kadın ve erkek doktorların hasta başına ayırdıkları ortalama süreye bakıldığında kadın hekimlerin hastalarına ayırdığı sürenin, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında ise çok farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bunun sebebi hastaların kadın hekimleri kendilerine daha yakın görmesi ve daha etkili iletişim kurabileceklerine inanmaları dolayısıyla psikososyal sorunlarını onlarla paylaşmaya daha istekli olmaları olabilir. Hekimler ve toplumun iletişim konusunda eğitim düzeylerinin yükseltilmesi önemlidir. Kadın hekimler hastalarına daha fazla zaman ayırsa da çalışmamızda kadın ve erkek hekimlerin bütüncül yaklaşımları arasında bir fark olmadığı görülmüştür.

5. Uzmanlık eğitimi sürecinde asistanların hastalarına karşı olan biyopsikososyal yaklaşımları ölçek yardımıyla takip edilerek ihtiyaç halinde gerekli müfredat düzenlemeleri veya çeşitli iş birlikleri yardımıyla asistanlar desteklenip daha bütüncül yaklaşım gösteren hekimler yetiştirilebilir.



## ÖZET

Bu çalışmada Makivić ve Klemenc- Ketiš'in geliştirdiği "Scale for BioPsychoSocial Dimension of Family Physician' Work" ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılması ve bu ölçek ile Edirne ilindeki aile hekimlerinin biyopsikososyal yaklaşım ile ilgili bilgi ve tutumlarının görülmesi amaçlanmıştır.

Ölçeğimiz 35 soru ve 3 alt boyuttan (biyomedikal, psikolojik ve sosyal) oluşmaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin 31'i (%55,4) kadın, 25'i (%44,6) erkekti. Hekimlerin ortalama yaşı  $46,36 \pm 8,68$  iken, 42'si (%75) pratisyen aile hekimi, 14'ü (%25) aile hekimliği uzmanıdır. Çalışmaya katılan hekimlerin meslekte geçirdikleri süre ortalama  $21,24 \pm 9,25$  yıl, birinci basamakta ortalama çalışma yılı  $18,36 \pm 9,8$  yıl, şuan görev yaptığı birimde ortalama çalışma yılı  $8,62 \pm 6,35$  yıldır. Günlük ortalama baktıkları hasta sayısı  $78,09 \pm 20,87$  olup, hasta başına ayırdıkları ortalama süre  $6,68 \pm 2,81$  dakikadır.

Çalışmamızda birinci basamakta çalışma süreleri daha fazla olduğu için pratisyen hekimlerin bütüncül yaklaşımlarının daha güçlü olduğu saptanmıştır. Aile hekimlerinin bütüncül yaklaşımı arttıkça, günlük baktığı hasta sayısının arttığı görülmüştür. Çalışmamızda kadın hekimlerin hasta başına ayırdığı ortalama sürenin, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yaptığımız ölçek ile hekimlerin biyopsikososyal yaklaşımları ölçülerek uzmanlık öncesi ve sonrası eğitimlerle konuya ağırlık verilerek, bütüncül yaklaşımları gelişmiş hekimler yetiştirilebilecektir.

**Anahtar kelimeler:** Biyopsikososyal yaklaşım, aile hekimliği, ölçek güvenirlik ve geçerlilik

## **KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF FAMILY PHYSICIANS IN EDIRNE TOWARDS HOLISTIC APPROACH**

In this study, it was aimed to conduct a Turkish validity and reliability study of the “Scale for BioPsychoSocial Dimension of Family Physician's Work” developed by Makivić and Klemenc- Ketiš and to see the knowledge and attitudes of family physicians in Edirne about the biopsychosocial approach with this scale.

The scale consists of 35 questions and 3 sub-dimensions (biomedical, psychological and social). Of the physicians who participate in the study, 31 (55.4%) were female and 25 (44.6%) were male. The mean age of the physicians was  $46.36 \pm 8.68$  years, 42 (75%) were practitioner family physicians, 14 (25%) were family medicine specialists. The average working year of the participating physicians; in the profession was  $21.24 \pm 9.25$  years, in primary care was  $18.36 \pm 9.8$  years and in the same unit was  $8.62 \pm 6.35$  years. The average number of patients per day was  $78.09 \pm 20.87$  and the average time per patient was  $6.68 \pm 2.81$  minutes.

In our study, practitioner family physicians were found to have more holistic, because they had more time working in primary care. When family physicians approach their patients more holistically, the number of patients per day increases. The average time allocated per patient by female physicians was statistically significantly higher than male physicians.

In conclusion, with the scale that we conducted a Turkish validity and reliability study, the biopsychosocial approaches of physicians can be measured and physicians with a holistic approach can be trained by providing trainings.

**Keywords:** Biopsychosocial approach, family medicine, scale reliability and validity

## KAYNAKLAR

1. Wonca Europe. The European definition of general practice/family medicine. 2023;1–33.
2. Ateş E, Set T. Biyopsikososyal yaklaşım. Türkiye Klin J Fam Med-Special Top. 2017;8(2):93–5.
3. Jaini PA, Lee JSH. A review of 21st century utility of a biopsychosocial model in United States medical school education. J Lifestyle Med. 2015;5(2):49–59.
4. Makivić I, Klemenc-Ketiš Z. Development and validation of the scale for measuring biopsychosocial approach of family physicians to their patients. Fam Med Community Heal. 2022;10(2):1–6.
5. Özdemir Ç, Görpelioğlu S. Aile hekimliği nedir? In: Demirağ S, editor. Hipokrat aile hekimliği. Ankara: Hipokrat Kitabevi; 2024:3–7.
6. Tahud.org [Internet]. WONCA Europe. Available from: <https://www.tahud.org.tr/page/wonca-europe>
7. Ungan M, Özdemir K. Aile hekimliği ağacı. Türkiye Klin J Fam Med-Special Top. 2016;7(6):8–14.
8. Ünlüoğlu İ, Bilge U. Aile hekimliğinde kapsamlı bakım. Türkiye Klin Fam Med Top. 2016;7(6):19–20.
9. Dikici M, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu A, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klin J Med Sc. 2007;27:412–8.
10. Çaylan A. Aile Hekimliğinde bütüncül yaklaşım. Türkiye Klin J Fam Med-Special Top. 2016;7(6):26–8.
11. Çaylan A. Biyopsikososyal yaklaşım. In: Demirağ S, editor. Hipokrat aile hekimliği.

Ankara: Hipokrat Kitabevi; 2024:35–6.

12. McWhinney I, Freeman T. Çeviri: Güldal, D. McWhinney'in Aile Hekimliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012:50–274.
13. Ahmed S, Lemkau J, Hersberger P. Sağlığa etki eden psikososyal faktörler. In: Rakel RE, editor. Aile hekimliği. 7th ed. China: Saunders Elsevier; 2007:25–33.
14. Duffy TP. Historical perspectives in medical education the Flexner report — 100 years later. Yale J Biol Med. 2011;84:269–76.
15. Ludmerer KM. Commentary: understanding the Flexner report. Acad Med. 2010;85(2):193–6.
16. Taylor RB, Rosen MG, Jacott WE, Donatelle E., Buckingham JL. Fundamentals of family medicine. Springer; 1983:35–159.
17. Paycı S, Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’de Aile hekimliği. In: Aile doktorları için kurs notları. Ankara; 2004:23–31, 91.
18. Anjum RL, Copeland S, Rocca E, Broom B, Edwards IR, Mohn Engebretsen K, et al. Rethinking causality, complexity and evidence for the unique patient: a causehealth resource for healthcare professionals and the clinical encounter. Springer Open. 2020:1–241.
19. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980;137(5):535–44.
20. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286).
21. Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z. Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: a cross-sectional study. J Educ Heal Promot. 2018;3(7):48.
22. Makivic I, Kersnik J, Klemenc-Ketis Z. The role of the psychosocial dimension in the improvement of quality of care: a systematic review. Zdr Varst. 2016;55(1):86–95.
23. Santo EC, TuongVi Vo M, Uratsu CS, Grant RW. Patient-defined visit priorities in primary care: psychosocial versus medically-related concerns. J Am Board Fam Med. 2019;32(4):513–20.
24. 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):1–9.
25. Von Bertalanffy L. An outline of general system theory. Br J Philos Sci Publ by Oxford Univ. 1950;1(2):134–65.
26. 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.

27. 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):349–73.
28. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Gen Hosp Psychiatry.* 1979;1(2):156–65.
29. 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.
30. Engel GL. From biomedical to biopsychosocial: being scientific in the human domain. *Psychosomatics.* 1997;38(6):521–8.
31. Goodfellow A, Bone C, Gelberg L. They didn't believe her pain: my education in interpersonal violence. *Ann Fam Med.* 2018;16(4):361–3.
32. Speer LM, Mushkbar S, Erbele T. Chronic pelvic pain in women. *Am Fam Physician.* 2016;93(5):380–7.
33. Wilkinson JM, Cozine EW, Loftus CG. Gas, bloating and belching: approach to evaluation and management. *Am Fam Physician.* 2019;99(5):301–9.
34. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull.* 2004;130(4):601–30.
35. Miller GE, Cohen S, Ritchey AK. Chronic psychological stress and the regulation of pro-inflammatory cytokines: a glucocorticoid-resistance model. *Heal Psychol.* 2002;21(6):531–41.
36. Wagner M, Rhee Y. Poster session : Community and population health ; safety and risk management. *J Acad Nutr Diet.* 2020;120(9):81.
37. Middleton JL. Why the stress-disease connection matters and how to respond. *Am Fam Physician.* 2020;101(10):585–6.
38. Dönmez M. Biyopsikososyal Yaklaşım Konusunda Eğitim Alan Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Hekim Yönelimi ve Empati Düzeylerinin Değerlendirilmesi (uzmanlık tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2021.
39. Borell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med.* 2004;2(6):576–82.
40. Smith RC. Making the biopsychosocial model more scientific—its general and specific models. *Soc Sci Med.* 2021;272(113568).
41. Güneş T, Güneş N. Aile hekimlerinin psikososyal sorunu olan birey ve ailelere yönelik müdahale yaklaşımları (Bursa örneği). *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2017;6(1):111–20.
42. Uyumaz G, Sırgancı G. Doğrulamalı faktör analizi için gerekli örneklem büyüklüğü kaç

- kişidir? : Bayes yaklaşımı ve maksimum olabilirlik kestirimi. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Derg. 2020;16(32):5302–40.
43. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186–91.
  44. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*. 2004;30(3):211–6.
  45. Çakmur H. Measurement-reliability-validity in research. *TAF Prev Med Bull*. 2012;11(3):339–44.
  46. Aktürk Z, Acemoğlu H. Sağlık çalışanları için araştırma ve pratik istatistik örnek problemler ve SPSS çözümleri. *Anadolu Ma. İstanbul*; 2011:2–4.
  47. Carpenter S. Ten steps in scale development and reporting: a guide for researchers. *Commun Methods Meas*. 2018;12(1):25–44.
  48. DeVellis R., Thorpe C. Scale development: theory and applications. Thousand Oaks, CA: Sage; 2021:17–69.
  49. Aktürk Z. Reliability and validity in medical research. *Dicle Tıp Derg*. 2012;39(2):316–9.
  50. Kılıç S. Cronbach’ın alfa güvenirlik katsayısı. *J Mood Disord*. 2016;6(1):47–8.
  51. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Akademi; 2011:171.
  52. George D, Mallery P. IBM SPSS statistics 26 step by step: a simple guide and reference (16th ed.). New York: Routledge; 2020:20–92.
  53. Field AP. Comparing several means: ANOVA. In: *Discovering statistics using SPSS (3 edition)*. Sage; 2009:388.
  54. Field AP. Exploratory factor analysis. In: *Discovering statistics using SPSS (3 edition)*. Sage; 2009:647.
  55. Field AP. Exploratory factor analysis. In: *Discovering statistics using SPSS (3 edition)*. Sage; 2009:666.
  56. Rosseel Y. lavaan: an R package for structural equation modeling. *J Stat Softw*. 2012;48(2).
  57. Chun-Chung Chow J, Snowden LR, McConnell W. A confirmatory factor analysis of the BASIS-32 in racial and ethnic samples. *J Behav Heal Serv Res*. 2001;28(4):400–11.
  58. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Akademi; 2011:124.
  59. Özdin ŞB. Aile Hekimliği ile Psikiyatri Uzman ve Uzmanlık Öğrencilerinin Biyopsikososyal Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi (uzmanlık tezi). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2015.

60. Dowrick C, May C, Richardson M, Bundred P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? *Br J Gen Pract.* 1996;46(403):105–7.
61. Üstünol D. Aile Hekimliği Kimliği Ölçeği Geliştirilmesi (uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi; 2019.
62. Şen MG. İzmir İlinde Çalışan Aile Hekimlerinin Klinik Uygulamalarında Biyopsikososyal Yaklaşımı Ne Ölçüde Uyguladıklarının Saptanması (uzmanlık tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013.
63. Robinson JW, Roter DL. Psychosocial problem disclosure by primary care patients. *Soc Sci Med.* 1999;48(10):1353–62.
64. Çiçek E. Dicle Üniversitesi Uzmanlık Öğrencilerinin Biyopsikososyal Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi (uzmanlık tezi). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
65. Wright V, Hopkins R, Burton K. How long should we talk to patients? A study in doctor-patient communication. *Ann Rheum Dis.* 1982;41(3):250–2.
66. Özer O. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması ile Hasta-Hekim İletişiminin İncelenmesi (uzmanlık tezi). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007.
67. Kalender A, Uludağ A. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde doktor-hasta ilişkisinin rolü. *Amme İdaresi Derg.* 2004;37(4):117–32.
68. Junod Perron N, Secretan F, Vannotti M, Pecoud A, Favrat B. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. *Fam Pract.* 2003;20(4):428–33.
69. Roter D, Geller G, Bernhardt B, Larson S, Doksum T. Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstet Gynecol.* 1999;93(5):635–41.
70. Street RL. Gender differences in health care provider-patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation? *Patient Educ Couns.* 2002;48(3):201–6.
71. Street RL, Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Haidet P. Beliefs about control in the physician-patient relationship. *J Gen Intern Med.* 2003;18(8):609–16.
72. Margalit APA, Glick SM, Benbassat J, Cohen A, Katz M. Promoting a biopsychosocial orientation in family practice: effect of two teaching programs on the knowledge and attitudes of practising primary care physicians. *Med Teach.* 2005;27(7):613–8.
73. Özçakır A. Tıp eğitiminde iletişim ve klinik beceriler dersi verilmeli mi?: intern öğrenci görüşleri. *T Klin Tıp Bilim.* 2002;22:185–9.

## **EKLER**



## EK -1

| TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                            |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| GİRİŞİMSSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                            |
| ARAŞTIRMA BAŞVURUSU<br>ONAYIBAŞVURU<br>BİLGİLERİ                      | PROTOKOL KODU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TÜTF-GOBAEK 2024/72                                                                    |                            |
|                                                                       | PROTOKOL ADI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Edirne İl Merkezindeki Aile Hekimlerinin Bütüncül Yaklaşımı Yönelik Bilgi ve Tutumları |                            |
|                                                                       | SORUMLU ARAŞTIRICI<br>ÜNVANI / ADI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN                                                                  |                            |
|                                                                       | ARAŞTIRMA MERKEZİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                        |                            |
|                                                                       | DESTEKLEYİCİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                        |                            |
|                                                                       | ARAŞTIRMAYA KATILAN<br>MERKEZLER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Tek Merkez<br>Ulusal                                                                   | Çok Merkez<br>Uluslararası |
| Tarih:04.03.2024                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                            |
| KARAR<br>BİLGİLERİ                                                    | Karar No:04/04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                        |                            |
|                                                                       | Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Büşra Nur DEMİRCİ'nin tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir. |                                                                                        |                            |
| ETİK KURUL BİLGİLERİ                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                            |
| ÇALIŞMA ESASI                                                         | Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |                            |

## ÜYELER

| Ünvan/Ad/ Soyadı                            | Uzmanlık Dalı                 | Kurumu                                      | Cinsiyeti | İlişki(*) | Katılım (**) | İmza |
|---------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|------|
| Doç. Dr. Fatma Gülsüm ONAL<br>Başkan        | Tıp Tarihi ve Etik            | T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.            | K         | E H       | E H          |      |
| Prof. Dr. Hakan GÜRKAN<br>Başkan Yardımcısı | Tıbbi Genetik                 | T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.                 | E         | E H       | E H          |      |
| Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ<br>Üye              | Biyoistatistik                | T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.                | E         | E H       | E H          |      |
| Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR<br>Üye        | Ruh Sağlığı ve Hastalıkları   | T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.   | E         | E H       | E H          |      |
| Prof. Dr. Hasan ÜMIT<br>Üye                 | İç Hastalıkları               | T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.               | E         | E H       | E H          |      |
| Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU<br>Üye           | İç Hastalıkları               | T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.               | K         | E H       | E H          |      |
| Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK<br>Üye        | Deri ve Zührevi Hastalıklar   | T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.   | K         | E H       | E H          |      |
| Doç. Dr. Oktay KAYA<br>Üye                  | Fizyoloji                     | T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.                     | E         | E H       | E H          |      |
| Prof. Dr. Galip EKUKLU<br>Üye               | Halk Sağlığı                  | T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.                  | E         | E H       | E H          |      |
| Prof. Dr. Rıdvan DURAN<br>Üye               | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D. | E         | E H       | E H          |      |
| Dr. Öğr. Üyesi Sinan ATEŞ<br>Üye            | Kadın Hastalıkları ve Doğum   | T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.   | E         | E H       | E H          |      |
| Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN<br>Üye     | Anestezi ve Reanimasyon       | T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.       | K         | E H       | E H          |      |
| Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK<br>Üye              | Genel Cerrahi                 | T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.                 | E         | E H       | E H          |      |
| Doç. Dr. Ayşegül KURT<br>Üye                | Protetik Diş                  | T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi                | K         | E H       | E H          |      |
| Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK<br>Üye              | Protez-Ortez ve Biyomekani    | T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi             | K         | E H       | E H          |      |
| Avukat Emine NURLU<br>Üye                   |                               | T.Ü. Rektörlüğü                             | K         | E H       | E H          |      |
| Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN<br>Üye         | Emekli Öğretmen               | Serbest Üye                                 | E         | E H       | E H          |      |

\*Araştırma ile ilişki  
\*\*Toplantıda Bulunma

## EK-2

### EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN BÜTÜNCÜL YAKLAŞIMA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. BÜŞRA NUR DEMİRCİ

DANIŞMAN: PROF. DR. AYŞE ÇAYLAN

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde çalışmakta olan aile hekimlerinin, bütüncül yaklaşıma yönelik bilgi ve tutumlarını saptamak amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1.Yaşınız? .....

Anket no:

2.Cinsiyetiniz nedir?

a.Kadın ( ) b.Erkek ( )

3.Aile Sağlığı Merkezi'ndeki göreviniz nedir?

a. Aile Hekimi ( )

b. Aile Hekimi Uzmanı ( )

c.Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi asistanı ( )

4.Meslekte geçirdiğiniz süre? (yıl) .....

5.Birinci basamakta çalıştığınız süre? (yıl) .....

6.Şu an görev yaptığınız birimde çalıştığınız süre? (yıl) .....

7. Günlük ortalama hasta sayınız? .....

8. Hasta başına ayırdığınız ortalama süre? (dakika ) .....

## Aile Hekimliğinin Biyopsikososyal Boyutu Ölçeği

|     |                                                                                                                                                                                                                            | 1—asla, 2—nadiren, 3—bazen, 4—sık sık, 5—daima |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| B3  | Görüşme sırasında, hastanın klinik semptomlarına yönelik tıbbi öykü ve klinik muayeneyi içeren ilgili teşhis yöntemlerini uygulayım.                                                                                       | 1 2 3 4 5                                      |
| B5  | Her görüşmede tıbbi kayıtları (tüm sorunları girerek) ve diğer belgeleri (tüm sonuçların dahil edildiğini kontrol ederek) tamamlayım.                                                                                      | 1 2 3 4 5                                      |
| B7  | Çalışmalarım sırasında klinik uzmanlarla (sevk öncesi ve/veya sonrası) iletişim kurar ve işbirliği yaparım (telefon veya e-posta yoluyla danışma).                                                                         | 1 2 3 4 5                                      |
| P1  | Görüşme sırasında sözlü iletişimin (konuşma) yanı sıra, fiziksel bir kontrolün acil gerekli olmadığı durumlarda bile hastayı dikkatli dinleme, gözlemlleme ve temas (el sıkışma, anlayışla bakma) yöntemlerini kullanırım. | 1 2 3 4 5                                      |
| P3  | Hastayı kişiliğine, kişisel değerlerine ve korkularına saygı göstererek tedavi ederim ve hastayla görüşmemi buna göre uyarlarım.                                                                                           | 1 2 3 4 5                                      |
| P5  | Her görüşmede, hastayı muayene ederken hastalığının psikolojik arka planını ve nasıl hissettiğini sorarım.                                                                                                                 | 1 2 3 4 5                                      |
| P11 | Hastaları sıklıkla ortak kararlara dahil ettiğim için, hastayla ortaklık içinde olmak işim için çok önemlidir.                                                                                                             | 1 2 3 4 5                                      |
| P13 | Her hasta için, sağlık ve hastalıkla olan ilişkilerini, deneyimlerini, isteklerini, bakış açılarını, hastalıklarını nasıl kabul ettiklerini vb. bilirim.                                                                   | 1 2 3 4 5                                      |
| P15 | Aile hekiminin işi diğer uzmanlarla karşılaştırıldığında; doktor ile hasta arasında özel bir ilişki ve doktor karakteri gerektirir (ki ben buna sahibim).                                                                  | 1 2 3 4 5                                      |
| P17 | Hastalarımın karşı açık bir empati kurarım.                                                                                                                                                                                | 1 2 3 4 5                                      |
| S1  | Ekip üyeleri arasındaki güven ve iş bölümü, hastaların başarılı bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunur.                                                                                                                 | 1 2 3 4 5                                      |
| S3  | Hastanın hayatının nasıl olduğunu bilirim - evde neler olduğunu, ne iş yaptığını, ilişkilerinin nasıl olduğu vb.                                                                                                           | 1 2 3 4 5                                      |
| S5  | Yaşlı hastaların, sağlık hizmetlerine erişimlerinin ne durumda olduğunu her zaman tekrar kontrol ederim.                                                                                                                   | 1 2 3 4 5                                      |
| S7  | (Zamandan ve paradan) tasarruf etmek için, ilk ve sonraki her ziyarette hasta bakımının kalitesini (bütüncül, tüm sorunları dikkate alan vb.) göz önünde bulundururum.                                                     | 1 2 3 4 5                                      |
| S9  | Hastalığın hastanın çalışma ortamını, ailesini vb. nasıl etkilediğini kontrol ederim.                                                                                                                                      | 1 2 3 4 5                                      |
| S11 | Görüşme sırasında her zaman hastanın kişiliğini ve duygusal zekasını dikkate alırım.                                                                                                                                       | 1 2 3 4 5                                      |
| S13 | Hastanın tıbbi olmayan sorunları olduğunu gördüğümde onları uygun yere, örneğin sosyal hizmet departmanına yönlendiririm. Bir sonraki ziyaretlerinde, durumun başarılı bir şekilde çözülüp çözülmediğini kontrol ederim.   | 1 2 3 4 5                                      |

|     |                                                                                                                                                                                      |           |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| B2  | İşimin bir parçası olarak klinik alanda profesyonel eğitim alırım ve her zaman profesyonel rehberleri takip eder ve tüm yeni gelişmeleri izlerim.                                    | 1 2 3 4 5 |
| B4  | Hastanın sorunlarını tedavi ederken kendi yeteneklerimin, olanaklarımın ve yükümlülüklerimin sınırlarının farkındayım.                                                               | 1 2 3 4 5 |
| B6  | Reçete yazarken ilaçları bilirim ve hastanın halihazırda hangi ilaçları kullandığını kontrol ederim.                                                                                 | 1 2 3 4 5 |
| P2  | Hastanın sözel olmayan iletişimini okuyabilir ve duygusal tepkilerine yönelik farklı tepkiler verebilirim.                                                                           | 1 2 3 4 5 |
| P4  | Hastalarımın iyi tedavisi için, iyi bir işbirliğinin yanı sıra, karşılıklı saygı ve güvenin çok önemli olduğuna inanırım.                                                            | 1 2 3 4 5 |
| P6  | Hastalara karşı profesyonel bir tutum sergilemeye her zaman özen gösteririm.                                                                                                         | 1 2 3 4 5 |
| P8  | Birçok fiziksel semptom zihinsel baskı ve problemlerden kaynaklandığı için, muayenemi hastanın psikolojik profiline odaklarım.                                                       | 1 2 3 4 5 |
| P10 | Kronik hastalar çok fazla zaman gerektirir, bu yüzden onlarla genellikle daha az derinlemesine ilgilenirim.                                                                          | 1 2 3 4 5 |
| P12 | Hastalara danışmanlık yaparım ve onların haklarını savunurum.                                                                                                                        | 1 2 3 4 5 |
| P14 | Farklı düşünen ve farklı kültürlere, dillere ve yönelimlere vb. sahip olan insanlara karşı bile sabırlı ve hoşgörülüyüm.                                                             | 1 2 3 4 5 |
| P16 | Ayrışmamış ve/veya multimorbiditesi olan hastalara özel ilgi gösteririm.                                                                                                             | 1 2 3 4 5 |
| S2  | Her hastalıkta ve tüm semptomlarında hastanın sosyal çevresini göz önünde bulundururum.                                                                                              | 1 2 3 4 5 |
| S4  | Hastalarımın yaşam kalitesi (hastalığın seyrinin tartışılması ve açıklanması, beklentiler, vb.) benim için (sadece) iyileşme veya iyileşmeme gibi klinik hedeflerden daha önemlidir. | 1 2 3 4 5 |
| S6  | Tüm hastalarımın aile geçmişini bilirim -ailenin gelişim aşaması, hastaya bakabilme becerileri, eşlerinin kim olduğu, kimin onlara destek olduğunu, ebeveynlerinin sağlığı vb.       | 1 2 3 4 5 |
| S8  | Hastalarımın iş durumlarını ve çalışma ortamlarını bilirim.                                                                                                                          | 1 2 3 4 5 |
| S10 | Hastanın sosyal koşulları (mali durumu, yaşam tarzı) ve sosyal durumu hakkında bilgi sahibiyim.                                                                                      | 1 2 3 4 5 |
| S12 | Hastanın kültürel, etik (nasıl yaşadığını, ne iş yaptığını, hangi ahlaki ilkeleri takip ettiğini) ve dini geçmişini bilirim.                                                         | 1 2 3 4 5 |
| S14 | Doktorluk çalışmalarının bir kısmı topluma yöneliktir ve ben de bu sorumluluğa sahibim. (Sosyal ve sağlık kuruluşlarına ve derneklere gönüllü olarak katılırım.)                     | 1 2 3 4 5 |