



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARINDA
BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN HASTA MERKEZLİ YAKLAŞIM
ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Zeynep Şeyma Altun

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA / 2024



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ETİLİK ŞEHİR
HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARINDA
BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN HASTA
MERKEZLİ YAKLAŞIM ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Zeynep Şeyma Altun

Tez Danışmanı: Başasistan Uzm. Dr. Özlem Suvak

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA / 2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecimde tecrübelerini ve bilgisini hiçbir zaman esirgemeyen, asistanlık ve tez sürecinde her zaman yanımda olan ve desteğini her an yanımda hissettiğim sevgili hocam ve tez danıőmanım Başasistan Uzm. Dr. Özlem SUVAK'a; Aile hekimliği uzmanlık eğitimimiz süresince tutum ve becerilerimizin geliőmesinde bizlere rehberlik eden ve asistanlık sürecimde vermiő olduğu desteklerinden dolayı değerli hocam klinik ve eğitim sorumlumuz Prof. Dr. Cenk AYPAK'a

Uzmanlık eğitimi sürecimde desteklerini ve yardımlarını her zaman hissettiğim tanıőtıđıma büyük mutluluk duyduğum sevgili asistan doktor arkadaşlarıma ve değerli uzmanlarıma;

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan, koőulsuz sevgileriyle her zaman daha güçlü hissettiğim sevgili annem ve babam Hatice ALTUN ve Mustafa ALTUN'a, biricik ablalarım Fatıma Zehra ÖZDAŐ ve Ünzile Rukiye KARATAŐ'a ve kardeőlerim Muhammed Muaz ALTUN ve Niyazi Furkan ALTUN'a

En içten teőekkürlerimi sunarım.

Dr. Zeynep şeyma ALTUN

ANKARA 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	İV
KISALTMALAR VE SİMGELER	İV
TABLO LİSTESİ	V
ŞEKİL LİSTESİ	VI
ÖZET.....	VII
ABSTRACT.....	İX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	11
2.GENEL BİLGİLER.....	13
2.1.HASTA MERKEZLİ YAKLAŞIM.....	13
2.1.1. Hasta Hekim İlişkisi.....	13
2.1.2. Hasta Merkezli Yaklaşım Tanımı.....	13
2.1.3. Hasta Merkezli Yaklaşım Tarihiçesi.....	14
2.1.4. Hekim Merkezli Yaklaşım Alt Bileşenleri	15
2.1.5. Hasta Merkezli Yaklaşım Alt Bileşenleri.....	16
2.1.6. Hasta Merkezli Yaklaşım Uygulama Alanları.....	17
2.1.7. Aile Hekimliği ve Hasta Merkezli Yaklaşım	18
2.1.8 Hasta Merkezli Yaklaşımı Etkileyen Karakteristik Özellikler.....	19
2.2. BİLİNÇLİ FARKINDALIK	19
2.2.1.Bilinçli Farkındalık Tanımı.....	19
2.2.3. Bilinçli Farkındalık Becerileri	22
2.2.4. Bilinçli Farkındalık Becerilerinin Geliştirilmesi	23
2.2.5.Bilinçli Farkındalık Çalışma Alanları	24
2.2.6. Hekimlik Pratiği ve Bilinçli Farkındalık	25
2.3. HASTA MERKEZLİ YAKLAŞIM VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	25
3.GEREÇ VE YÖNTEM	27

3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ	27
3.2.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ	27
3.3.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	27
3.4.ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	28
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	28
3.4.2.Hasta Hekim Yönelim Ölçeği (HHYÖ).....	29
3.4.3.Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu (BFBFÖ-K).....	30
3.5. ETİK KURUL ONAYI	30
3.5.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ:.....	31
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	31
4.BULGULAR	34
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK KLİNİK VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİNE AİT TANIMLAYICI BULGULAR	34
4.2. KATILIMCILARIN HHYÖ VE BFBFÖ ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR	36
4.3. ASİSTAN HEKİMLERİN HHYÖ PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI.....	37
4.3. ASİSTAN HEKİMLERİN BFBFÖ-K PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI	39
4.4. ASİSTAN HEKİMLERİN HHYÖ VE BFBFÖ ALT ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR	43
4.5. ASİSTAN HEKİMLERİN HHYÖ ÖLÇEĞİ PAYLAŞIM PUANLARININ KOVARYANS ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	44
4.6.ASİSTAN HEKİMLERİN ‘HHYÖ-BAKIM’ PUANLARININ KOVARYANS ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	48
5.TARTIŞMA	56
5. 1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ.....	61
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	63
7.KAYNAKLAR.....	64

8.ÖZGEÇMİŞ	699
9. EKLER.....	70
EK 1. ANKET FORMLARI	70
EK 2. ÖLÇEKLERİN YAZARINDAN KULLANIM İZİNİ	73
EK 3. ETİK KURUL ONAY FORMU	74
EK 4. BENZERLİK ORANI RAPORU	77
EK 5. ANCOVA PAYLAŞIM MODELİ VARSAYIMLARINA İLİŞKİN BULGULAR	78
EK 6. ANCOVA BAKIM MODELİ VARSAYIMLARINA İLİŞKİN BULGULAR	84



KISALTMALAR VE SİMGELER

BFBFÖ-K: Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği Kısa Formu

DD: Dikkati Düzenleyebilme

DF: Duyumsal Farkındalık

Dİ: Duygularını İsimlendirebilme

EGİ: Etkilenmeden Gözleme ve İzleme

FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire

HHYÖ : Hasta Hekim Yönelim Ölçeği

HMY: Hasta Merkezli Yaklaşım

PPOS T-14: Patient Practitioner Orientation Scale-Turkiye 14

PCC: Patient Centered Care

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

YGİ: Yargılamadan Gözleme ve İzleme

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik, Klinik, Mesleki ve Meslek Uygulama Özellikleri	35
Tablo 2. Katılımcıların HHYÖ ve BFBFÖ-K Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	36
Tablo 3. Katılımcıların ‘HHYÖ-Paylaşım’ ve ‘HHYÖ-Bakım’ Skorlarının Sosyodemografik, Klinik ve Mesleki Özelliklerle Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4a. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile BFBFÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 4b. Asistan Hekimlerin Mesleki Özellikleri ile Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 4c. Asistan Hekimlerin Meslek Uygulama Özellikleri ile BFBFÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 5. Katılımcıların HHYÖ ve BFBFÖ-K Puanlarının Arasındaki İlişki	43
Tablo 6. ‘HHYÖ-Paylaşım’ Puanlarındaki Değişim Üzerinde Etkili Olabilecek ve ANCOVA Analizi Modeline Dahil Edilebilen Kategorik ve Sayısal Değişkenler	44
Tablo 7. Katılımcıların ‘HHYÖ-Paylaşım’ Puanları Üzerine Etkili Olabilecek Faktörlerin Kovaryans Analizi Sonuçları.....	46
Tablo 8. Medeni Durum Gruplarında ‘HHYÖ-Paylaşım’ Marjinal Puanlarının Durumu.....	47
Tablo 9. Medeni Durum Alt Gruplarında ‘HHYÖ-Paylaşım’ Puanları ile ‘BFBFÖ-Dİ’ Puanlarının Korelasyonu.....	48
Tablo 10. ‘HHYÖ-Bakım’ Puanlarındaki Değişim Üzerinde Etkili Olabilecek ve ANCOVA Analizi Modeline Dahil Edilebilen Kategorik Değişkenler	49
Tablo 11. ‘HHYÖ-Bakım’ Puanları Üzerinde Etkili Olabilecek Faktörlerin Kovaryans Analizi Sonuçları	51
Tablo 12. Katılımcıların Cinsiyet Gruplarına Göre ‘HHYÖ-Bakım’ Marjinal Ortalamalarının Durumu	52
Tablo 13. Katılımcıların Akrabada Kronik Hastalık Öyküsüne Göre ‘HHYÖ-Bakım’ Marjinal Ortalamalarının Durumu.....	53
Tablo 14. Katılımcıların ‘HHYÖ-Bakım’ Puanı ile BFBFÖ-K Alt Ölçek Puanlarının İlişkisi ...	54
Tablo 15. Cinsiyet Alt Gruplarında ‘HHYÖ-Bakım’ Puanları ile ‘BFBFÖ-DF’ Puanlarının Karşılaştırılması	55

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Veri Toplama Öncesi Power Analizi.....	28
Şekil 2. ANCOVA ‘HHYÖ-Paylaşım’ Modelinin Olayı Açıklama Oranı.....	45
Şekil 3. ‘HHYÖ-Paylaşım’ Puanları Üzerinde Marjinal Etkili Değişkenlerin Katkı Boyutlarına Göre Sıralaması	47
Şekil 4. ANCOVA ‘HHYÖ-Bakım’ Modelinin Olayı Açıklama Oranı	49
Şekil 5. ‘HHYÖ-Bakım’ Puanları Üzerinde Marjinal Etkili Değişkenlerin Katkı Boyutlarına Göre Sıralaması	52



ÖZET

Amaç: Modern tıbbi yaklaşım hastalık değil hasta merkezli yaklaşıma doğru yönelmektedir. Bu çalışma ile aile hekimliği asistanlarının stresli çalışma şartlarına rağmen duygusal dayanıklılığı ve farkındalığı ile yakından ilişkili olan bilinçli farkındalık özelliğinin, hasta merkezli yaklaşımı üzerindeki etkisini ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Prospektif ve analitik online anket çalışmamıza 162 aile hekimliği asistanı dahil edildi. Hasta merkezli yaklaşım (HMY) tutumunu belirlemek için Hasta Hekim Yönelim Ölçeği (HHYÖ), bilinçli farkındalık düzeyini belirlemek için Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu (BFBFÖ-K) kullanıldı. HHYÖ ve BFBFÖ-K ile HMY ve bilinçli farkındalık üzerinde etkili olabileceği düşünülen mesleki ve sosyodemografik özellikler katılımcılara soruldu. ‘HHYÖ-Paylaşım’ ve ‘HHYÖ-Bakım’ alt ölçek skorlarındaki değişim üzerinde etkili olabilecek BFBFÖ-K alt ölçek puanları ile etkili olabilecek faktörler Genel Doğrusal Model- ANCOVA analizi (Kovaryans Analizi) ile analiz edildi. ‘HHYÖ-Paylaşım’ ve ‘HHYÖ-Bakım’ skorları için 2 ayrı model oluşturuldu. Veriler IBM SPSS Statistics 26.0 (IBM Corp, Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma grubunun %58,6’sı kadın, %61,1’i evliydi. Çalışma grubunun yaş ortalaması $32\pm 7,13$ yıldır. BFBFÖ-K alt ölçek skorları (DD, EGİ, DF, Dİ), cinsiyet ($p<0,001$), medeni durum ($p=0,018$), ailede kronik hastalık durumu ($p<0,001$) hasta merkezli yaklaşım üzerinde etkili bulundu. ‘HHYÖ-Bakım’ puanı ile ‘BFBFÖ-DF’ skoru arasında ($p<0,001$, $r=0,418$) orta düzey pozitif, ‘BFBFÖ-DD’ ile güçlü negatif ($p<0,001$, $r=-0,751$), EGİ ile orta düzey negatif ($p<0,001$, $r=-0,522$), ‘BFBFÖ-Dİ’ ile orta düzey negatif ($p<0,001$, $r=-0,503$) ilişki tespit edildi. ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanı ile medeni durum-‘BFBFÖ-Dİ’ etkileşimi arasında orta düzey pozitif ($p=0,005$, $r=0,346$) ilişki tespit edildi, Erkeklerin ‘HHYÖ-Bakım’ puanı kadınlardan daha yüksek bulunurken ($p=0,001$), bekarların ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanı evlilerden daha yüksek tespit edildi ($p=0,018$). Ayrıca akrabasında kronik hastalık öyküsü olanların ‘HHYÖ-Bakım’ puanı, aile öyküsü olmayanlardan daha yüksekti ($p=0,001$).

Bilinçli farkındalık, HHYÖ ‘HHYÖ-Paylaşım’ ve ‘HHYÖ-Bakım’ puanları üzerine anlamlı yordayıcı olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre kurulan ANCOVA ‘HHYÖ-Paylaşım’ Modeli istatistiksel olarak anlamlı ($F(32,129)=1,549$, $p=0,046$) bulundu ve modelin gücü %99, nonsentrimetrik parametre ise 49,557 olarak bulundu. Ayrıca model, ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanlarındaki değişimin %27,8’ini açıklamaktaydı ($\eta^2= 0,278$). Medeni durumun ‘HHYÖ-Paylaşım’ üzerinde anlamlı etkisi vardı ($F(1, 129) =5,749$, $p=0,018$). BFBFÖ-K ‘Duygusal İsimlendirme’ ve ‘medeni durum’ etkileşiminin ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanları üzerinde istatistiksel anlamlı etkisi vardı ($F(1, 129) = 4,641$, $p=0,033$). Diğer değişkenler ile ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanları arasında marjinal etki saptanmadı ($p>0,05$). Poliklinik hasta sayısı, hasta merkezli eğitim alma, uzmanlık alanını isteyerek tercih etme ve asistanlık yılı kronik hastalık etkileşimi modele katkı sağlamadı ($\eta^2=0,000$). ‘HHYÖ-Bakım’ puanlarının üzerine etki eden faktörlerin incelendiği Genel Doğrusal Model-ANCOVA (Kovaryans Analizi) modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F(23,138)=65,185$, $p<0,001$). Analiz sonucunda modelin gücü %100, nonsentrimetrik parametre ise 1499,25 olarak tespit edildi. Kurulan kovaryans analiz modeli bakım puanlarındaki değişimin % 91,6’sını açıklamaktaydı ($\eta^2= 0,916$). ‘HHYÖ-Bakım’ puanları üzerinde anlamlı etkisi olan değişkenler katkı boyutuna göre sıralaması ‘BFBFÖ-DD’ ($\eta^2=0,754$), ‘BFBFÖ-DF’ ($\eta^2=0,674$), ‘BFBFÖ-EGİ’ ($\eta^2=0,361$), ‘BFBFÖ-Dİ’ ($\eta^2=0,247$), ‘cinsiyet’ ($\eta^2=0,076$), cinsiyet-‘BFBFÖ-DF’ etkileşimi ($\eta^2=0,073$) ve akrabada kronik hastalık olma durumu ($\eta^2=0,071$) şeklindedir ve marjinal etkileri anlamlıdır ($p< 0,001$). Muayene süresi, tıp fakültesini isteyerek seçme durumu ve hasta merkezli eğitim durumu ise bakım puanlarındaki değişime katkı sağlamamıştır ($\eta^2=0,000$) ve marjinal etkisi saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Bilinçli farkındalığın hasta merkezli yaklaşım üzerinde etkili bir faktör olduğu bulundu. Ancak bu etki çeşitli sosyodemografik özelliklerden de etkilendiğini tespit ettik. Bilinçli farkındalığa yapılacak olan olumlu katkının, hekimlerin hasta merkezli yaklaşımına da katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hasta merkezli bakım , Doktor-hasta ilişkisi, Farkındalık , Aile hekimliği, Tıp asistanlığı

ABSTRACT

Aim: The modern medical approach moves towards a patient-centered approach from disease-centered approach. With this study, we aimed to reveal the effect of mindfulness, which is closely related to the emotional resilience and awareness of family medicine assistants despite stressful working conditions, on their patient-centered approach.

Materials and Methods: 162 family medicine residents were included in our prospective and analytical online survey study. The Patient-Physician Orientation Scale (PPOS-T14) was used to determine the patient-centered care (PCC) attitude. Five-Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form (FFMQ-S) was used to determine the level of mindfulness. Sociodemographic and occupational characteristics that thought to be effective on PCC and Mindfulness were also questioned. FFMQ-S subscale scores and factors that may be effective on 'PPOS-Sharing' and 'PPOS-Care' subscale scores were analyzed with General Linear Model ANCOVA analysis (Analysis of Covariance). Two separate models were created for 'PPOS-Sharing' and 'PPOS-Caring' scores. The data were evaluated in the statistical package program IBM SPSS Statistics 26.0 (IBM Corp., Armonk, New York, USA).

Results: 58.6% of the study group were women and 61.1% were married. The average age of the study group was 32 ± 7.13 years. FFMQ-S subscale scores 'FFMQ-Act with awareness' 'FFMQ-Nonjudge' 'FFMQ-Nonreactivity' 'FFMQ-Observe' 'FFMQ-Describe' and the gender ($p=0.001$), marital status ($p=0.018$), chronic disease status in the family ($p=0.001$) were found to be effective on the patient-centered approach. Between 'PPOS-Care' and 'FFMQ-Nonjudge' scores there was a moderate positive correlation ($p<0.001$, $r=-0.521$); between 'PPOS-Care' and 'FFMQ-Observe' scores there was a moderate positive correlation ($p<0.001$, $r=0.418$); between 'PPOS-Care' and 'FFMQ-Act with awareness' scores there was a strong negative correlation ($p<0.001$, $r=-0.751$); between 'PPOS-Care' and 'FFMQ-Nonreactivity' scores there was a moderate negative correlation ($p<0.001$, $r=-0.522$) and between 'PPOS-Care' and 'FFMQ-Describe' scores there was a moderate negative correlation ($p<0.001$, $r=-0.503$). Between 'PPOS-Sharing' score and 'FFMQ-Describe'-marital status interaction a moderate positive correlation ($p=0.005$, $r=0.347$) was detected. While the 'PPOS-Care' scores of men was found to be significantly higher than that of women ($p<0.01$), the 'PPOS-Sharing' score of singles was significantly found to be higher than that of married people ($p=0.018$). In addition, the 'PPOS-Care' score of those with a family member who has history of chronic disease was significantly higher than those without a family history ($p<0.01$).

Mindfulness was found to be a significant predictor of PPOS-T14 'PPOS-Sharing' and 'PPOS-Caring' scores ($p<0.01$). According to the analysis results, the established ANCOVA PPOS-T14 'PPOS-Sharing' model was found to be statistically significant ($F(32,129)=1.549$, $p=0.046$). The power of the model was found to be 99%, and the noncentrimetric parameter was 49.557. The model explained 27.8% of the

change in PPOS-T14 'PPOS-Sharing' scores ($\eta^2 = 0.278$). Marital status had a significant effect on 'PPOS-Sharing' ($F(1, 129) = 5.749, p = 0.018$). The interaction of 'FFMQ-Describe' and 'marital status' had a statistically significant effect 'PPOS-Sharing' scores ($F(1, 129) = 4.641, p = 0.033$). No marginal effect was detected between other variables and 'PPOS-Sharing' scores ($p > 0.05$). The interaction of the number of outpatient patients, receiving patient-centered education, willingly choosing the specialty and year of residency and chronic disease status did not contribute to the model ($\eta^2 = 0.000$). The General Linear Model-ANCOVA (Analysis of Covariance) model, which examined the factors affecting 'HHYÖ-Care' scores, was found to be statistically significant ($F(23,138) = 65.185, p < 0.001$). As a result of the analysis, the power of the study was determined as 100% and the noncentrality parameter was determined as 1499.25. The established covariance analysis model explained 91.6% of the variation in care scores ($\eta^2 = 0.916$). Variables that have a significant effect ($p < 0.001$) on 'PPOS-Care' scores are listed according to contribution size as 'FFMQ-Act with awareness' ($\eta^2 = 0.754$), 'FFMQ-Observe' ($\eta^2 = 0.674$), 'FFMQ-Nonreactivity' ($\eta^2 = 0.361$), 'FFMQ-Describe' ($\eta^2 = 0.247$), 'gender' ($\eta^2 = 0.076$), 'the interaction of gender and FFMQ-Describe' ($\eta^2 = 0.073$) and 'having a relative with a chronic disease' ($\eta^2 = 0.071$). 'Duration of examination', 'Choosing medical school voluntarily' and 'Patient Centered Care Education' did not contribute to the change in care scores ($\eta^2 = 0.000$) and no marginal effect was detected ($p > 0.05$).

Conclusion: Mindfulness was found to be an effective factor on the patient-centered approach. However, we found that this effect is also affected by various sociodemographic and occupational characteristics. We think that the positive contribution to conscious awareness can also contribute to the patient-centered approach of physicians.

Keywords: Patient Centered Care, Physician Patient Relations, Awareness Mindfulness, Physicians, Family, Primary Care, Physician Assistants

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hasta merkezli yaklaşım, tanı ve tedavi sürecinde hastaların şartlarının, değerlerinin, sosyokültürel yapısının, isteklerinin ve ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması, hastalık deneyiminin anlaşıldığı ve dikkate alındığı; bunun yanında uygun şekilde bilgilendirilerek karar süreçlerine katıldığı hatta ortak karar vermeye teşvik edildiği bir yaklaşım tarzıdır (1). Hasta merkezli yaklaşımda iki temel nokta vardır; birincisi bilgi ve kararın paylaşılması, ikincisi hastalık olarak değil duyguları ve istekleri olan bir birey olarak değerlendirilmesidir.

Bilinçli farkındalık, dikkatin anbean amaca ve şimdiki ana yoğunlaştırılarak ve önceki deneyimlerden bağımsızlaşarak, mevcut durumun yargılamadan algılandığı bir farkındalık halidir. Bilinçli farkındalık kazanılabilir ve geliştirilebilir özellikler olan dikkat ve farkındalıkla yakından ilişkili bir kavramdır (2).

Hekimler yoğun ve stresli şartlar altında çalışmalarını nedeniyle, tıp eğitiminde öğretildiği şeklide geniş öykü, fizik muayene incelemesi yapmakta ve laboratuvar sonuçlarının ayrıntılı yorumlanması ve değerlendirilmesi noktasında zorlanmaktadır. Bu kısıtlı zamanı daha verimli kullanılabilmek için her hekim kendine özgü ve deneyimleri ile bağlantılı yeni prosedürler geliştirirler ve belirli hastalık senaryoları üzerinden değerlendirmelerde bulunurlar. Bu yaklaşımın olumlu yönlerinin yanında durumun farklı yönlerinin ile irdelenmemesi, otomatik bilinçsiz çıkarımlarda bulunulması, çıkarımlarını desteklemeyen verilerin göz ardı edilerek belirli bir sonuçta veya tedavi şeklinde ısrar edilmesi gibi olumsuz sonuçlar doğurması da muhtemeldir. Hekimlerin yanlış tanı koymalarının sebebinin bilgi eksikliğinden çok çabuk karar verme ve otomatik-basmakalıp düşünme şeklinden kaynaklandığı ve bu sorunun temeli dikkat ve farkındalığa dayanan bilinçli farkındalık özelliğinin geliştirilmesi ile aşılabileceği savunulmaktadır (3).

Bilinçli farkındalık eğitimi sonrası sağlık çalışanlarının bilinçli farkındalık, öz şefkat, sağlıklı ilişkiler kurma, bilinçli rahatlama, sağlıklı sosyal ağlar kurma ile ilişkili bulunmuş (4). Doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada doktorların bilinçli farkındalık eğitimi sonrasında empati ve iletişim becerilerinin anlamlı olarak arttığı tespit edilmiş (5). Doktorların iyi iletişim, empati, öz şefkat, farkındalık gibi özelliklere sahip olması öz bakımlarının yanında diğer bireylerle kaliteli ilişki kurması açısından da önemlidir

ve bu açıdan bilinçli farkındalığın hasta merkezlik ve hasta bakım kalitesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Biyopsikososyal ve hasta merkezli yaklaşımı özünde bulunduran Aile hekimliğinde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin bilinçli farkındalık durumu ile hasta merkezli yaklaşım özelliklerini ortaya koyup karşılaştıran çalışmaya literatürde rastlanılmamıştır.

Bu tez çalışması ile aile hekimliği asistanlarının bilinçli farkındalık ve hasta merkezli tutum düzeylerinin belirlenmesinin yanında bilinçli farkındalığın hasta merkezli yaklaşım üzerinde anlamlı etkisinin olup olmadığını ortaya koymayı amaçladık.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.HASTA MERKEZLİ YAKLAŞIM

2.1.1. Hasta Hekim İlişkisi

Hasta ile hekim arasındaki ilişki Hipokrat'tan bu yana doktor merkezli ve paternalistik bir yaklaşım içermektedir. Tıp tarihinde bu yaklaşımın benimsenmesi ilk doktorların din adamı, keşiş ve rahip olmasının etkisi ile açıklanmaktadır. Din adamları eğitilmiş oldukları için Yunan tıp filozoflarının eserlerini okuyabiliyorlardı ve yüksek ahlakı ve manevi konumları nedeniyle doktorluğa uygun görülüyorlardı ve İncil'de hastaların ve toplumların iyileştirilmesi ile ilgili örneklerin çokluğundan dolayı onun izlerinden gidiyorlardı. Toplumdaki konumlarından dolayı hastaları ile baba çocuk ilişkisi içerisinde, paternalistik bir sağlık hizmeti verilmekteydi. 11.yüzyılda kiliselerin din adamlarını tıbbi uygulamalarda bulunmasını engellemeye başlaması ile tıp okulları kurulmaya başlandı ve sonrasında 13. Yüzyılda üniversitelerde resmi tıp eğitimi verilmeye başlandı. 19. Yüzyıla gelindiğinde doktorluk ayrılmış, profesyonel bir çizgi kazanmasına rağmen geleneksel doktor merkezli ve paternalistik yaklaşımın etkisi 20.yüzyılın sonlarına kadar etkisini devam ettirmiştir. Hipokrat'tan bu yana genel hatları ile aynı kalan hasta hekim ilişkisi toplum yapısının ve hasta hekim kimliklerinin değişmesi ile birlikte son 50 yılda daha önce olmadığı kadar büyük bir değişime uğramıştır. 20. yüzyılın sonlarından itibaren hastaların medikal süreçleri üzerindeki bilgilendirilmiş onam hakları gündeme gelmiş, paternalistik yaklaşım etkisini azaltmış. Sağlık hizmetinde hasta merkezlilik yönünde yeni yaklaşımlar ortaya çıkmaya başlamıştır (6).

2.1.2. Hasta Merkezli Yaklaşım Tanımı

Hasta merkezli yaklaşım kavram olarak çok popüler olmasına rağmen anlamı konusunda çok az fikir birliğine varılabilmektedir. Hasta merkezli tıbbi yaklaşımı Enid Balint "Hastayı benzersiz bir birey olarak anlamak" olarak tanımlarken; Byrne ve Long "Doktorun hastanın bilgi ve deneyimini kullanarak hasta doktor arası etkileşimini yönlendirdiği görüşme stili." olarak tanımlamaktadır. McWhinney hasta merkezli yaklaşımı, "Hekimin hastanın dünyasına girerek, rahatsızlık deneyimini

hastanın gözünden görmesi” olarak açıklar. Diğer birçok yazar tarafından hastanın bilgilendirilmesi ve hastanın karar sürecine dahil edilmesi üzerinde durulmaktadır. Laint ve Davido’ya göre, hasta merkezli bakım “hastaların istekleri, ihtiyaçları ve tercihleriyle yakından uyumludur ve bunlara duyarlıdır” (1, 7). Hasta merkezli yaklaşım, tanı ve tedavi sürecinde hastaların şartlarının, değerlerinin, sosyokültürel yapısının, isteklerinin ve ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak, hastalık deneyiminin anlaşıldığı ve dikkate alındığı; bunun yanında uygun şekilde bilgilendirilerek karar süreçlerine katıldığı hatta ortak karar vermeye teşvik edildiği bir yaklaşım tarzıdır (1). Stewart ve arkadaşlarına göre hasta merkezli bakımda hekimden 2 temel tutum beklenir. İlki hekimin hastasını güçlendirmesi, hasta ile bilgi ve karar gücünü paylaşması ikincisi ile hastasının duygusal durumu ile eşleşmesidir (8).

2.1.3. Hasta Merkezli Yaklaşım Tarihçesi

19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlarında biyokimyasal ve fizyolojik radyolojik, biyomedikal pek çok gelişmeler görülmüş, hastalıkların biyolojik temellerinin ve hastalık patolojilerinin açıklaması kolaylaşmış, hastalıkların tedavisi alanında büyük gelişmeler görülmüştür artık yalnızca yaşamsal fonksiyonların idamesi değil hastalıkların tedavisi amaçlanmaya başlanmıştır. Tüm bu gelişmeler hasta hekim ilişkisinde, biyomedikal modelin ve hastalık merkezli yaklaşımın ön plana çıkmasına neden olmuştur (6).

Biyopsikososyal yaklaşımın temellerine benzer ilk vurguyu psikanalist Michael Balint 1957’de yayımladığı “Doktor, Hastası ve Hastalık” isimli eseri ile yapmış, hastaların hastalık süreçlerine ilişkin tutumunun tedavi süreçlerinde büyük önem arz ettiğini belirtmiştir. Ancak hasta merkezli yaklaşımın temel bileşenlerini içeren biyopsikososyal modelin 1970’li yıllarda dünya çapında duyurulmasını sağlayan psikiyatrist George L. Engel olmuştur. Engel, tanı koyma ve tedavide, biyolojik nedenlerin yanında hastanın sağlığını etkileyebilecek psikolojik ve sosyolojik etkenlerin de değerlendirilmesi gerektiğini savunmuştur. Engel, hastalığın temelde fiziksel ve biyolojik nedenlerden kaynaklanıp daha sonra kişinin psikolojik ve sosyal hayatını etkileyebileceği gibi, psikolojik ve sosyal etkenlerden kaynaklanıp

fiziksel sağlığı etkileyebilecek bir kaynak oluşturabileceğinden bahsetmiştir. 20.yüzyılın sonlarında hasta hekim ilişkisinde devrim yaşanmış, hasta hakları, hasta onamı konuları gündeme gelmiş, hasta hekim ilişkisinin hasta merkezli olması yönünde görüşler ortaya çıkmıştır (9).

1969 yılında hasta merkezli yaklaşımı ilk tanımlayan psikanalist Enid Balint olmuştur. Balint'e göre hasta merkezli yaklaşım, her hastayı diğer hastalardan farklı ihtiyaçları olan birey olarak algılamak şeklinde tanımlamıştır. 1986 yılında Levenstein, Stewart ve McWhinney "Hasta Merkezli Klinik Yöntem. Aile Hekimliğinde Doktor Hasta Etkileşimi İçin Model" isimli makalesinde hasta merkezli klinik yaklaşımın temellerini atmışlardır (9).

Hasta merkezli bakım terimi, tıp sağlık politikası sözlüğüne 2001 yılında yayımlanan Ulusal Tıp Akademisinin "Kalite Uçurumunu Aşmak" isimli raporu ile girmiş ve kaliteli sağlık hizmeti için ulaşılması hedeflenen 6 ana hedeften biri olarak yer almıştır (1).

2.1.4. Hekim Merkezli Yaklaşım Alt Bileşenleri

Hekim merkezli yaklaşımın ana bileşenleri hekim ve biyomedikal araçlardır. Hekim tecrübesi, bilgisi, tıbbi kanaati, tanı testleri doğrultusunda hasta için en iyisi olduğunu düşündüğü tanı ve tedavi seçeneklerine yönelir. Hastalığın temelini araştırırken tanı testlerini ve fizik muayene sonuçlarını tecrübesi ile harmanlayarak hastalık kategorilerine uygunluğunu değerlendirerek sonuca ulaşır, tedavi kararında ise yine kanıta dayalı ve tecrübesine göre en uygun ve rahatsızlığı yönetmede en iyi olduğunu düşündüğü tedavi seçeneğini önerir. Bu yaklaşımda hekim liderdir ve hastanın önerilerine tam olarak uymasını ister. Ancak bu yaklaşımda hastanın ihtiyaçları, istekleri, hastalığın temelini oluşturabilecek duygusal ve sosyal nedenler göz ardı edilebilmekte ve tedavinin planlanmasında hastaya söz hakkı verilmemektedir. Hekim merkezli yaklaşımda tek taraflı bilgi transferi vardır (9).

2.1.5. Hasta Merkezli Yaklaşım Alt Bileşenleri

Stewart ve arkadaşları, “Hasta Merkezli Tıp, Klinik Yöntemin Dönüştürülmesi” isimli kitabında hasta merkezli klinik yöntemin birbirini etkileyen 4 temel bileşenini şu şekilde açıklamıştır.

- 1. Hastalığın yanında hastanın sağlık ve rahatsızlık algısının da keşfedilmesi:** Hekim fizik muayene ve laboratuvar bulgularıyla hastalığı incelerken bir yandan hastanın dünyasına girmeye çalışarak hastanın bireysel eşsiz sağlık (hasta için anlamı ve istekleri veya yaşam hedefleri) ve rahatsızlık algısını (rahatsız olma hakkındaki duygularını, rahatsızlık hakkındaki düşüncelerini, rahatsızlığın hastanın fonksiyonelliğini nasıl etkilediğini ve son olarak hekimden beklentisini) anlamaya çalışır.
- 2. Hastayı bütün insan olarak anlamak:** Kişinin sağlık ve hastalık konseptlerinin bütünleştirilmesi ile hastayı bütün olarak anlamak. Bu bileşen hastanın kişiliğinin, gelişimsel hikayesinin, yaşam döngüsündeki meselelerin ve hayat şartlarının (ailesi, işi, sosyal desteği, kültürü, bulunduğu toplum ve çevre yapısı) gibi yaşamındaki farklı açılardan farkında olmayı kapsar.
- 3. Hasta ve hekimin ortak zeminde buluşması amacıyla karşılıklı iş birliğinde bulunması:** Bu bileşen üç anahtar noktaya odaklanmaktadır. Hastanın problemlerinin ve önceliklerinin tanımlanması, tedavi hedeflerinin oluşturulması ve hasta ve hekim tarafından karşılanması varsayılan rollerin tanımlanması.
- 4. Hasta hekim ilişkisinin geliştirilmesi:** Hasta ile hekimin teması hekim tarafından hastası ile olan ilişkisini güçlendirmesinde fırsat olarak görülmelidir. Bu ilişki hastaya şefkat ve empati gösterilmesi, gücün paylaşılması ve hastanın güçlendirilmesi, iyileşme ve umut açısından destek verilmesi yolu ile inşa edilmelidir. Bunun yapılabilmesi hasta ve hekimin kendine odaklanmasını, kendi farkındalığının ve bilinçli farkındalığının olmasını, hastanın rahatsızlığına dair kullanışlı bilgeliğinin ve hekimin hasta hekim ilişkisi içerisinde aktarım ve karşıt aktarım gibi

bilinçsizce ortaya çıkabilecek durumların muhakemesini yapabilmesini gerektirir (8).

Hasta merkezli bakımda iletişim esastır, hekimler hastanın tercihlerini değerlerini, ihtiyaçlarını tanımak, karar vermede hasta ile ortaklık kurmaya teşvik etmek, duygusal ve fiziksel iyilik halini sağlamak ve hastanın savunuculuğunu yapmakla sorumludur. Hasta merkezli yaklaşım ve hasta merkezli bakımda amaç hastaya karar verme sürecinde yardım etmek bilinçli kararlar vermeye teşvik etmektir (1).

2.1.6. Hasta Merkezli Yaklaşım Uygulama Alanları

Hasta merkezli yaklaşım, daha çok aile hekimliği disiplinde yer bulmasına karşın yöntemin mesajları diğer tüm tıp disiplinleri ve hemşirelik, sosyal hizmetler ve psikoterapi gibi diğer sağlık bakım alanları ve ergoterapi vb. ile ilişkilidir ve son yıllarda farklı tıp disiplinlerinde de uygulama alanları artmıştır (8).

Diyabet hastalarında hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerin etkisi düzenlendiğinde dahi öz yeterliliklerinin ve bilgi düzeylerinin yaşam kalitesinde belirleyici rol oynadığı gösterilmiştir (1)(10). Yine çalışmaların çoğunda hastaların öz yeterlilikleri ile ilaç uyumları arasında pozitif ilişki saptamıştır (11). Miyokardiyal enfarktüs geçiren hastalarda yapılan bir çalışmada bilgilendirme ve öz yeterlilik eğitimi sonrası hastaneye yatış ve acil servise başvurma risk skorlarında azalma, kalp yetmezliği öz bakım skorlarında artış görülmüş; aynı zamanda prognostik faktörler ve kaliteye göre ayarlanmış yaşam yıllarında da gelişme görülmesi hastalara verilen bilgilendirilme ve öz yeterlilik eğitimlerinin uzun vadede maliyet etkin olduğunu da göstermiştir (12).

Doktorların hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişimi hastaların sağlık durumlarını direkt ve indirekt olarak etkileyebilir. Hasta konsültasyonuna hastaların aktif katılması, hekimlerin hastaların tercihlerini daha iyi anlamasına ve hastalıkları hakkındaki yanlış bilgilerin ortaya çıkartılarak düzeltilmesine yardımcı olabilir. Hasta

merkezli yaklaşım ile kurulan iletişimin, hasta memnuniyeti, bağlılık ve daha iyi sağlık sonuçları ile pozitif ilişkili olduğu bilinmektedir (9).

Hasta merkezli yaklaşım ile hastalar daha sağlıklı yaşam biçimini kendi iradesi ile seçiyor, sağlıklarından sorumlu hale geliyor ve ortalama yaşam süreleri artıyor. Özellikle sağlıklı yaşam beklentisi ve farkındalığı yüksek kişilere rahatsızlığı hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olduğuna kanaat getirdikten sonra tedavi ve karar sürecine katılım imkanı verildiğinde tedavi süreçlerinde ortaya çıkan karmaşık yönetim görevlerini dahi üstlenmeye istekli oldukları görülmektedir (1). Hastaları ile karar vermede ortaklık kuran doktorların genel iyilik hali ve tükenmişlik düzeyleri üzerinde olumlu gelişme görülmektedir (13).

2.1.7. Aile Hekimliği ve Hasta Merkezli Yaklaşım

Hasta merkezli klinik uygulamaları, hastaların doktorları ile karşılaştıklarında doktorları ile benzersiz bir şekilde etkileşime girdiği bütüncül bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (9). Tüm bu avantajlarına ve sağlık hizmet standartlarının ana hedefleri arasına girmesine rağmen uygulanabilirliği batı ülkelerinde dahi sınırlı kalmıştır. Hastaları ile yakından temas kuran, ailesi ve çevresi ile etkileşim kurma imkanına sahip ve doğumdan ölüme kadar bireyleri tüm hayatı boyunca izleme imkanı olan aile hekimliği disiplinin hasta merkezliliğin sağlık sistemine entegre edilmesinde önemli katkısı olabileceği düşünülmektedir.

Aile hekimliği, birey ve aile için sürekli ve kapsamlı sağlık bakımı sağlayan tıbbi uzmanlık dalıdır. Biyolojik, klinik ve davranış bilimlerini entegre eder. Aile hekimliği uzmanları cinsiyet, yaş ve problemin türüne (yani; biyolojik, davranışsal veya sosyal) bakılmaksızın ailenin her bir üyesine sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti, sağlık bakımı ve koruyucu hizmetler sunmak için yeterli tutum beceri ve bilgiye sahip hekimlerdir (14).

Aile hekimliği disiplini, kişiye, ailesine ve içinde bulunduğu toplumun özelliklerine uygun kişi merkezli bir yaklaşım getirir. Bu ilke çerçevesinde hekim hasta ile etkili bir iletişim kurar, bireyselleşmiş önceliklerini belirler ve tedavinin yönetiminde karar ve gücün paylaşım noktasında hastası ile ortaklık kurar. Ayrıca bütüncül yaklaşım çekirdek yeterliliği ile sağlık sorunlarını fiziksel, psikolojik,

kültürel ve varoluşsal boyutlarının tümü açısından değerlendirir (15). Tüm bu özellikleri ile aile hekimliği hasta merkezli yaklaşımı özünde barındıran bir disiplindir.

2.1.8 Hasta Merkezli Yaklaşımı Etkileyen Karakteristik Özellikler

Doktorların karakteristik özellikleri açısından literatür incelendiğinde kadın cinsiyet, mesleki tecrübeniz az olması veya çok daha fazla olması (5-10 yıldan az veya 20 yıl üzeri), mesleki rütbenin orta derece olması, cerrahi dışı branş çalışıyor olmak, günde 8 saatten az çalışıyor olmak, iletişim veya görüşme eğitimi almış olmak, daha yüksek gelir tatmin düzeyine sahip olmak, 3.basamak sağlık kuruluşunda çalışıyor olmak daha fazla hasta merkezli olmakla ilişkili bulunmuşken, erkek cinsiyete sahip olmak, yaklaşık 5-20 yıl arası mesleki tecrübeye sahip olmak, mesleki rütbenin orta seviyenin altında veya üstünde olması, birinci basamak/ikinci basamak veya özel sağlık kuruluşunda çalışıyor olmak, cerrahi branşta çalışıyor olmak, günlük çalışma saatinin 8 saatten fazla olması, iletişim eğitimi almamış olmak, gelir düzeyinden tatmin olmamak ve ciddi tükenmişlik durumuna sahip olmak hasta merkezlilikte azalma ile ilişkili bulunmuştur (16-18).

2.2. BİLİNÇLİ FARKINDALIK

2.2.1.Bilinçli Farkındalık Tanımı

Bilinçli farkındalık, dikkatin anbean amaca ve şimdiki ana yoğunlaştırılarak ve önceki deneyimlerden bağımsızlaşarak, mevcut durumun yargılamadan algılandığı bir farkındalık halidir. Bilinçli farkındalık kazanılabilir ve geliştirilebilir özellikler olan dikkat ve farkındalıkla yakından ilişkili bir kavramdır (2).

Budizm psikoloji dili olan Pali dilinde “hatırlamak” anlamına gelen “sati” kelimesi İngilizceye “dolu zihin” anlamına gelen “mindfulness” olarak çevrilmiştir. Mindfulness kavramı dilimizde “bilinçli farkındalık” olarak yer almıştır (19).

2.2.2. Bilinçli Farkındalığın Tarihsel Gelişimi

Akademik alanda bilinçli farkındalık üzerine yazılar 1916 yılına kadar dayanmaktadır. Carl Jung 1930-1950 yılları arasında bilinçli farkındalığa olan ilgisini akademik camiaya duyurmuş ve bilinçli farkındalığı bilinçdışı zihinden özgürleşmek üzere dizayn edilmiş yaşam tekniği olarak kavramsallaştırmıştır. 1979 yılında Jon Kabat-Zinn Bilinçli Farkındalık Merkezi kurmuş ve geliştirdiği “Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Yönetimi” müdahaleleri ile bilinçli farkındalık doğu sınırlarını aşarak batı dünyasında da popülerlik kazanmıştır. 2000’li yılların başından günümüze kadar olan süreçte bilinçli farkındalık konulu çalışmalar özellikle eğitim, sağlık ve sosyal alanında giderek artmaktadır (20).

Bilinçli farkındalık kavramı tarihsel süreçte yoğun olarak uzak doğu inanç ve felsefesine dayandırılmaktadır ancak birçok çeşitli felsefi ve psikoloji gelenekler tarafından geliştirilen fikirlerle kavramsal akrabalığı paylaşmaktadır. Antik Yunan felsefesindeki zihin kavramı bilinçli akıl yürütme üzerinde durmaktadır; Batı Avrupa düşüncesindeki fenomenolojiye göre, öğelerin dış görünüşleri rastlantısaldır ve gerçekliğin kendiliği diye bir şey olamaz çünkü gerçeklik, kendine yöneltilmiş bilinç tarafından bilinen algılanan bir gerçekliktir, dolayısıyla kişi yargılamalardan ve çıkarımlardan uzak durumu algılamaya çalışmalıdır (21); ortodoks hristiyan geleneğindeki neipsis (dikkatli olma) ve hesychasm (hareketsizlik) fikirleri ve Amerika’daki aşkıncılık ve hümanizm kavramları da bilinçli farkındalıkla benzer diğer kavramlardır (22).

Bununla birlikte Anadolu coğrafyasındaki Sufizm’in benzer felsefi temellere dayandığı bilinmektedir. Bilinçli farkındalık uygulamaları da belirli sınırları olan uygulamalar değil farklı kültürlerde de karşılığı olan uyarlanabilir kültürler üstü bir kavramdır (23). Kültürler arası etkileşim üzerine çalışmalar yapan psikolog Mirdal, Mevlana Celaleddin Rumi’nin eseri Mesnevi’deki öğretilerinin Budizm’deki farkındalık öğretileri ile aynı temellere dayandığını belirtmiştir. Rumi’nin öğretilerinin temel noktaları olan olumlu ve olumsuz tüm deneyimlerin fark edilmesi ve kabul edilmesi, eski deneyimlerin bir kenara bırakılarak dünyaya yeni bir gözle bakılması, “sema” pratiği ile bedene ve zihne odaklanması psikoterapideki farkındalık ve kabullenme terapilerinin temelleri ile benzerlik göstermektedir. Mirdal Rumi’nin öğretilerinin kültürel olarak duyarlı Müslüman danışanlarda farkındalık temelli psikoterapilerde uygulanabilecek bir alternatif olduğunu belirtmiştir (24, 25).

Mevlana'nın 'Mesnevi'sindeki aşkın bilinç örnekleri:

Beyit no:1280 "Hakikatte yok olan su cihan var gibi görünmekte, hakikatte var olan cihan da adamakıllı gizlenmede. Rüzgâr esti mi toz toprak görünür, uçup savrulur, rüzgâr görünmez. Toz toprak kendisini gösterir, rüzgâra perde olur. Zâhiren is isleyen, hakikatte issizdir, deriden ibarettir. Gizli olan içtir; asıl odur. Toprak, rüzgârın elinde bir alete benzer. Asıl toprağı yüce ve tabiatı yüksek bil. Toprağa mensup gözün bakışı da toprağa düşer. Rüzgârı gören göz başka bir çeşittir.

Beyit no:1300 "Bu rüyaya benzer. Uykuya daldın mı kendinden geçer, fakat yine kendinden kendine gelmiş olursun. Kendini duyar, dinler de senden başka gizli bir adam rüyada sana söz söylüyor sanırsın. A güzelim yoldaşım, sen alelade tek bir adam değilsin ki. Sen bir âlemsin, sen bir derin denizsin. O senin muazzam varlığın yok mu. O belki dokuz yüz kattır. O, dibi, kıyısı bulunmayan bir denizdir, yüzlerce âlem, o denize dalar gark olup gider. Zaten burası ne uyanıklık yeri ne uyku yeri. Buradan bahsetme, Allah, doğrusunu daha iyi bilir" (26).

Beyit 3676 "Her gün gönle gelen düşünce o gün, sabah çağı gelen konuğa benzer, ev sahibine hükmeder, huysuzlukta bulunur. Ev sahibi olmanın şanı, konuğu görüp gözetmek, ağırlamak ve nazını çekmektir." Konuk evine her gün nasıl bir yüce konuk gelirse onun gibi her an da sana bir fikir gelir. Canım fikri bir adam say. Çünkü adam fikirle değerlidir, fikirle diridir. Gam fikri neşe yolunu vurursa gam yeme. O, hakikatte başka neşeler hazırlamaktadır."

Beyit 3680 "Gönül dalındaki sararmış kurumuş yaprakları ayırır, daldan yeni ve yeşil yapraklar bitmesine yardım eder. Bu alemde öte bir aleme yeni bir zevk gelsin diye eski sevinci kökünden çeker, çıkarır. Gam, üstü dallarla yapraklarla örtülü yeni kökü bitirsin diye çürümüş, porsumuş olan eski kökü yerinden söküp çıkarır. Gam, gönülden neyi döker yahut koparırsa karşılık olarak mutlaka daha iyisini verir (27).

Bu örneklerden anlaşıldığı gibi , insan farkındalığının farkına varıp ve bilinç düzeyini cisim üzerine çıkararak dünyadan hatta evrenden çok daha üst derecelere çıkabilir, anlayışı tüm karanlıkları aydınlatabilir. Bir hekim aynı zamanda örnek ve topluma lider konumda bilge kişi kabul edilegeldiği göz önüne alındığında, bilinçli

farkındalığını mümkün olan en üst düzeye çıkarıp, insanları ve evreni bir bütün olarak kabul ettiğinde daha etkin ve tamamlanmış şifayı sağlayabilir. Sadece “beden tamircisi” olmaktan, bütüncül bir yaklaşımla bireye ve topluma en üst düzeyde fayda sağlayabilir.

2.2.3. Bilinçli Farkındalık Becerileri

Bir varoluş tarzı olarak bilinçli farkındalığın tarih boyunca üzerinde durulmuş olması kavramın insan deneyimindeki, yaşantısındaki merkezi konumu göstermektedir. Gerçekten de bilinçli farkındalık bilincin iki temeli farkındalık ve dikkat üzerine kurulmuştur. Kişinin eyleminin ve deneyiminin kalitesi bu iki bileşenin kalitesine bağlıdır. İnsan genellikle olaylara ve eylemlere kısa bir süre dikkat etme ve çıkarımda bulunma eğilimindedir. Bu kısa süreli algılamadaki çıkarımlar da kişinin belirli durum karşısındaki temel ve öznel “iyi”, “kötü” gibi yargılamalarından, hafızasında çağrışım yaptığı geçmiş deneyimlerinden ve algılama sürecindeki bir takım bilişsel olaylardan etkilenir. Bu değerlendirme sonucunda olaylara otomatik etiketler, fikirler ve yargılamalar empoze edilir. Bu tür değerlendirmenin karşılaşılan durumlarda belirli bir tertip ve düzenin kurulması ve devamlılığı sağlanması; kişinin benliğiyle ilgili deneyim kazanması, hedef oluşturması ve sonucunda başarıya ulaşma sürecinin kolaylaştırılması gibi faydaları vardır. Ancak değerlendirme süreci aynı zamanda içinde bulunulan durumun gerçekte olduğu gibi tarafsız görülebilmesi bunun yerine benmerkezci bir düşünce yapısı ve ön koşullandırmaların filtreleri yoluyla görüldüğü yüzeysel, eksik veya çarpık bir algılama ile karşı karşıya kalınması anlamına da gelmektedir.

Bu durumun karşıtı olarak, bilinçli farkındalık durumu, dikkatin gözlenen gerçeklerin açık ve sade bir şekilde algılanmasına odaklanıldığı, alıcı bir zihin durumudur. Dikkat bu şekilde kullanılarak algılama süreci genişletildiğinde yargılamalardan uzaklaşılır, olaylara tepki vermek yerine algılanan durumun “var olmasına”, “mevcut olmasına” izin verilir. Bu zihin durumunda olaylar karşısında kişide ortaya çıkabilecek psikolojik tepkiler (düşünceler, görüntüler, sözlü ifadeler, duygular, harekete geçme dürtüleri vb.) bile süregelen bilinç akışının bir parçası olarak dışarıdan gözlemlenebilir hale gelir. Örneğin bir olay karşısında ortaya çıkan öfke veya

herhangi bir duygu o anki deneyiminde bilişsel, duygusal, somatik ve çağrışımsal tezahürüyle bilinebilir yani farkına varılabilir. Sonuç olarak bilinçli farkındalıkla, yargılayıcı, ayrıştırıcı, kategorize edici alışılmış düşünce yapısının etkisine girmeden, olayların ortaya çıktığı şekliyle doğrudan temasına izin verdiğinden, açık ve sade bir bilinç halinin ortaya çıkmasını sağlar. Bu bilinç hali de daha esnek, nesnel ve gelişmiş psikolojik ve davranışsal tepkiler vermemizi sağlar (21).

Bilinçli Farkındalık 5 temel beceriye odaklanmaktadır. Bunlar:

1. Dikkati Düzenleyebilme: Dikkatin geçmişteki yaşantılardan, kişisel yargılardan ve gelecek kaygısı olmadan açık ve sade şekilde mevcut durumun algılanması yönünde odaklanması ve bu farkındalıkla hareket edilmesi.

2. Yargılamadan Gözleme ve İzleme: Kişinin etrafında gelişen olayları ve iç dünyasındaki duygusal durumları iyi veya kötü gibi herhangi bir yargılamada bulunmadan bakabilmesi, aslında bu yargılamaların farkına varıp kabul etmesi ve merhamet gösterebilmesi.

3. Etkilenmeden Gözleme ve İzleme: Olumlu veya olumsuz içsel deneyimlere kapılmadan, o haliyle kabul etme ve gitmelerine izin verme becerisidir, yani bu düşüncelere karşı tepkisel olmamaktır.

4. Duyumsal Farkındalık: Kişinin duyular, bilişler, duygular gibi içsel ve dışsal deneyimlerini farkında olması ve bunlarla arasında bir mesafe olduğunun bilincinde olmasıdır yani; bunların yalnızca bir düşünce ve duygu olduğunun kişinin kendisinin parçası olmadığını farkında olması demektir.

5. Duyularını İsimlendirme: Kişinin içsel deneyimlerini tanıyarak, kelimelerle tanımlayabilmesidir.

2.2.4. Bilinçli Farkındalık Becerilerinin Geliştirilmesi

Bilinçli farkındalığın doğuştan olan bir özellik olmakla beraber geliştirilebilir olduğu savunuluyor. Farkındalık temelli alıştırma, vücuda, nefese, belirli bir tona odaklanarak farkındalık düzeyinin artırılması ile başlayıp sonrasında diğer deneyimlerde de farkındalığın geliştirilmesi üzerine kurulmuştur. Farkındalık

alıştırmaları 2 sınıfta incelenebilir. Birincisi resmi olarak nitelendirilen meditasyon-odaklanma uygulamaları, bu alıştırmalar ile en derin bilinçli farkındalık düzeyi deneyimlenir. Bunlar odaklanmış dikkat, açık gözlemlene, sevgi-şefkat meditasyonudur. İkinci sınıf gayri resmi alıştırmalar, günlük aktivitelerde dikkat ve farkındalığa odaklanılarak yapılan alıştırmalardır örneğin farkındalıkla yürüme, farkındalıkla yemek yeme gibi. İkinci sınıf ise formal alıştırmalardır (28).

Germer ve arkadaşları bilinçli farkındalığın tam olarak anlaşılabilmesi için deneyimlenmesi gerektiğini savunuyor. Esasında bilinçli farkındalık alıştırmalarının yoğunlukları çeşitlilik göstermektedir. Stresli ve dikkatimizi dağıtacak çok fazla unsurun olduğu günlük yaşantımızda bile bilinçli farkındalık anları olabilir. Günlük hayatımızda yapıyor olduğumuz işten derin bilinçli bir nefes alarak anlık olarak uzaklaşıp kendimize şu soruları sorabiliriz: “Şu anda ne hissediyorum? Vücudumdaki hislerim neler? Ne düşünüyorum? Nelerin farkındayım?” Bilinçli farkındalık için sakin olmaya da gerek yoktur. Örneğin şu anki duygularımıza odaklanıp “Şu an gerçekten sinirli hissediyorum” diyebildiğimiz hal, günlük hayattaki bilinçli farkındalık halimizdir. Farkındalık temelli psikoterapilerde de farkındalık bu şekilde ortaya çıkar (28).

Farkındalık temelli terapiler, bilişsel davranışçı terapiler ailesinden kabul edilmektedir fakat farkındalık temelli terapilerde bilişsel davranışçı terapilerden farklı olarak olumsuz düşünceler kabul edilir ancak kişiliğin bir parçası olmaktan çıkartılarak gitmelerine izin verilir. Bu yönden kültürel hassas bireylere verilen psikoterapilerde Mesnevi’deki öğretilerden yararlanılabileceği savunulmaktadır. Mesnevi’de yer alan olumlu olumsuz her türlü düşüncenin zihin evinde misafir gibi ve geçici olduğu, onları gözlemlenmek, gerektiği gibi (öfkelenmeden, yargılamadan, sadece anlamaya çalışarak) ağırladıktan sonra gitmelerine izin vermek metaforu, farkındalık ve kabullenme terapilerinin kuramsal çatısındaki kabullenmeyi sağlamakta oldukça yararlı bulunmuş ve sıklıkla kullanılmıştır (24, 25).

2.2.5.Bilinçli Farkındalık Çalışma Alanları

Günümüz bilinçli farkındalık çalışmalarına özellikle psikoloji, tıp ve eğitim alanında yoğun ilgi bulunmaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapiler ve Kabullenme Kararlılık Terapileri, Farkındalık Temelli Stres Azaltma Terapileri, Farkındalık Temelli

Bilişsel Terapi, Öz şefkatli Bilişsel Farkındalık Terapisi psikolojik alandaki bilinçli farkındalık uygulama alanlarıdır. Tıp alanında farkındalık terapilerinin hastaların ve sağlık çalışanlarının stres yönetimi ve iyi oluşu üzerindeki etkisinin araştırıldığı çalışmalar yoğunluktadır (2, 29, 30).

Psikolojik stresle ilişkili faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada bilinçli farkındalığın stres ciddiyetini öngörmeye en etkili faktör olduğu görülmüş ve bilinçli farkındalık psikolojik stres ile negatif ilişkili bulunmuş (31).

Benzer şekilde bilinçli farkındalık temelli pratiklerin hastalar ve hasta yakınları üzerinde de streste azalma, hayat kalitesinde artış, olumsuz olaylarla baş etme becerisi üzerinde olumlu gelişmeler sağladığı görülmüştür (4, 32, 33).

2.2.6. Hekimlik Pratiği ve Bilinçli Farkındalık

Groopman “Doktorlar nasıl düşünür?” isimli kitabında doktorların teşhis ve tedaviyi belirlemekteki düşünce aşamalarından bahseder. Tıp eğitiminde öğretilen hastalığın hikayesi, ayrıntılı fizik muayene, laboratuvar sonuçlarının ve özgeçmiş verilerinin eksiksiz elde edilmesi, doğru teşhise ulaşıncaya kadar diğer seçeneklerin birer birer elenmesi yöntemini yoğun çalışan klinisyenlerin klinik pratiklerine uyarlamakta zorlanmaları klinisyenlerin deneyimleriyle bağlantılı ve kendine özel belirli pratik prosedürler geliştirmelerine ve belirli hastalık senaryolarını kullanmalarına neden olur. Bu yaklaşımın pratikte olumlu yanlarının yanında durumun tüm yönleri ile irdelenememesi otomatik, bilinçsiz çıkarımlarda bulunmak, çıkarımını desteklemeyen verileri göz ardı ederek belirli bir sonuçta veya tedavi şeklinde ısrar etmek gibi olumsuz sonuçlarda oluşturabilir. Groopman çoğu yanlış tanının bilgi eksikliğinden çok yanlış düşünme şekli, çabuk karar verme, basmakalıp düşünme ve diğer bilişsel özellikler kaynaklı olabileceğinden ve bu bilişsel sorunların beklenmeyen durumlara dikkat, merak ve seçeneklere açık olma gibi bilinçli farkındalık uygulamalarıyla engellenebileceğini öneriyor (3).

2.3. HASTA MERKEZLİ YAKLAŞIM VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bilinçli farkındalığın verilen tıbbi bakıma ve sağlık bakım profesyonellerinin mental iyilik haline olumlu katkılar oluşturabildiği bazı çalışmalarda gösterilmiştir.

Bilinçli farkındalık eğitimi sonrası sağlık çalışanlarının bilinçli farkındalık, öz şefkat, sağlıklı ilişkiler kurma, bilinçli rahatlama, sağlıklı sosyal ağlar kurma ilişkili bulunmuş (4). Doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada doktorların bilinçli farkındalık eğitimi sonrasında empati ve iletişim becerilerinin anlamlı olarak arttığı tespit edilmiş ve hastaların duygularını anlama ve etkili iletişim kurma ve etkili iletişim kurma becerileri arttığı gözlenmiştir (5). Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada bilinçli farkındalık eğitimi sonrasında katılımcılar kendisine ve etrafındakilere şefkatlerinin arttığını, kendilerinin ve hastaların ihtiyaçlarını daha fazla dikkate aldıklarını, zor iş deneyimlerini kabullenme ve hasta deneyimlerini etkilenmeden gözleme kabiliyetlerinde artış olduğunu bildirmişler (34). Yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalık temelli pratiklerle gerek doktorlarda, gerek hemşirelerde ve gerekse diğer sağlık çalışanlarında genel iyilik hali, iş bağlılığı, hayat kalitesi ve çabuk iyileşme gücü gibi özelliklerde artış gözlenirken; tükenmişlikte, algılanan stres, anksiyete ve depresyonda ise azalma gözlenmiştir (35). Grepmaier ve arkadaşlarının yürüttüğü bilinçli farkındalık temelli eğitim almış terapistlerin hastalarının eğitim almayanlara göre semptom iyileşmesinde anlamlı daha iyi sonuçlar elde ettiği görülmüştür (36). Birinci basamak sağlık hizmeti veren doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada bilinçli farkındalık eğitimi sonrasında, farkındalık, tükenmişlik, depersonalizasyon, kişisel başarı, empati, toplam duygudurum bozukluğu, vicdanlılık, duygusal stabilite özelliklerinde olumlu etki gözlenmiştir. Farkındalıktaki iyileşmeler, toplam duygudurum bozukluğu ve hekim empatisinin perspektif alma alt ölçeği, tükenmişlik ve duygusal istikrarlılık ve sorumluluk gibi kişisel özelliklerdeki olumlu gelişmelerle ilişkili bulunmuş (37).

Doktorların iyi iletişim, empati, öz şefkat, farkındalık gibi özelliklere sahip olması öz bakımlarının yanında diğer bireylerle kaliteli ilişki kurması açısından da önemlidir ve bu açılarından bilinçli farkındalığın hasta merkezli yaklaşım ve hasta bakım kalitesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışmamız tanımlayıcı, prospektif, analitik özellikte bir anket çalışmasıdır.

3.2.ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ

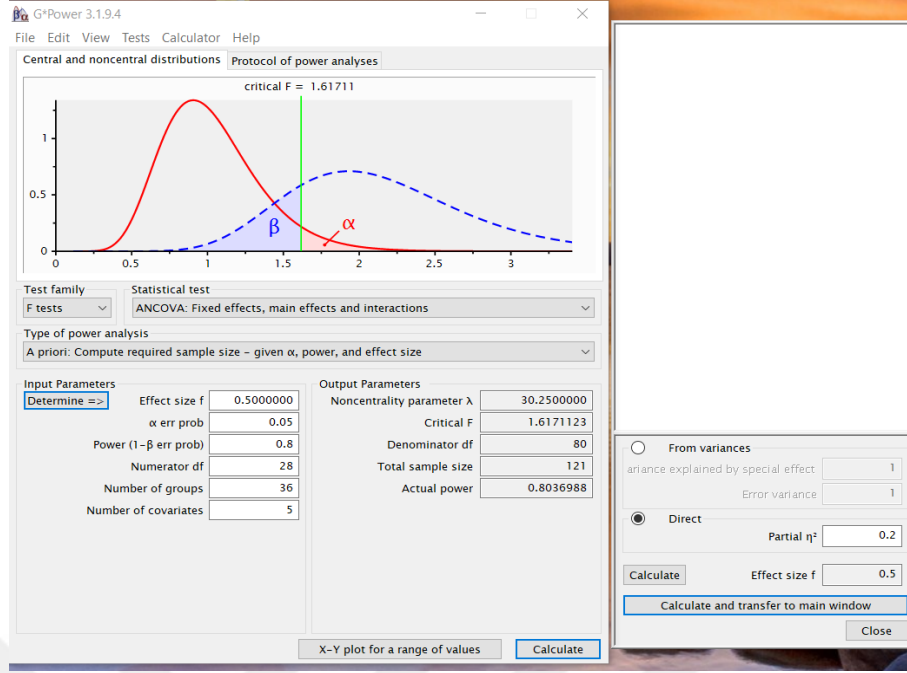
Araştırmanın evrenini Ankara ilinde bulunan dört büyük hastanede (SBÜ Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi) çalışma süresi boyunca görev yapmakta olan aile hekimliği asistanları oluşturmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı Ankara ilindeki dört büyük eğitim ve araştırma hastanesinde 15.09.2023 tarihi itibari ile aktif çalışan 505 aile hekimliği asistanı çalışmaya dahil edildi.

Planladığımız GLM-ANCOVA modeli üzerinden araştırma öncesi örneklem büyüklüğü hesapladık. 0,5 etki büyüklüğü, 0,05 anlamlılık ve 0,8 power değeri üzerinden hesapladığımız değer 121'dir. Araştırmada %20 veri kaybı ihtimali de eklenerek 145 vaka toplamayı hedefledik (Şekil 1). Ancak anketin gönderildiği online platformlarda tüm evrene ulaşılabildiğinden fazladan anket dolduran katılımcılar da dahil edildiğinde, 175 kişi örneklem grubunu oluşturdu. Veri toplama aşaması sonrası eksik veriler bulunan 7 kişi ve analiz modelini bozan en uç 6 katılımcının verileri çıkartılarak 162 katılımcının verisi analizlere dahil edildi.

3.3.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma etik kurul onayı alındıktan sonra 22 Kasım 2023-12 Aralık 2023 tarihleri arasında Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Hekimliği kliniklerinde gerçekleştirildi.



Şekil 1. Veri Toplama Öncesi Power Analizi

3.4.ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışma online platformda kendi kendine anket doldurma şeklinde yapılmış, Google Forms® üzerinde hazırlanıp katılımcılara e-mail ya da Whatsapp® aracılığıyla gönderilmiş ve doldurmaları istenmiştir. Anket, Hasta-hekim yönelim Ölçeği(HHYÖ) ve Beş Boyutlu Bilgece Farkındalık Ölçeği-kısa Formu(BFBFÖ-K) ile Sosyodemografik form olmak üzere üç parçadan oluşmaktaydı. Yeterli anket sayısına ulaşıldığında veri toplama sonlandırılmış ve formlar Microsoft Excel® formatında indirilmiştir (bkz. EK 1).

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların hasta merkezli yaklaşım ve bilinçli farkındalık özellikleri ile ilişkili olabilecek sosyodemografik ve mesleki özellikleri sorularından oluşan anket formu ile elde edildi.

Test edilen parametreler yaş, cinsiyet, medeni durum, aile hekimliği uzmanlık programı, toplam mesleki tecrübe süresi, asistanlık yılı, günlük başvuran hasta sayısı, günlük fizik muayene yapılan hasta sayısı, hasta muayene süresi, hastalara

adları ile hitap etme durumu, tıp fakültesini ve uzmanlık alanını isteyerek seçme durumu, kendisinde veya birinci derece yakınında kronik hastalık olma durumu, hasta merkezli yaklaşım konusunda eğitim alma durumu ve daha önce psikolojik destek alma durumuydu.

3.4.2.Hasta Hekim Yönelim Ölçeği (HHYÖ)

Katılımcıların hasta merkezli yaklaşım tutumunu incelemek amacıyla Hasta Hekim Yönelim Ölçeği kullanıldı.

HHYÖ, 2000 yılında Krupat ve arkadaşları tarafından 18 maddelik iki alt boyutlu olarak geliştirilmiştir (38). Özdemir ve Edirne tarafından 2018 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Uyarlama çalışmasında faktör analizinde faktörlerin içerisine uymayan 4 madde dışarıda bırakılmış, 14 maddelik Türkçe versiyonu orijinal ölçek ile benzer yük ağırlıklarında bulunmuş. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa değeri 0,80, paylaşım alt boyutu için bu değer 0,732; bakım alt boyutu için ise 0,653 hesaplanmış ve kabul edilebilir düzeyde bulunmuş (39).

Hasta Merkezli Yaklaşımı değerlendirmek amacıyla kullanılacak olan HHYÖ, 6'lı likert tarzında toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Ölçek seçenekleri altılı likert tarzında 'kesinlikle katılmıyorum'dan 'kesinlikle katılıyorum'a uzanmaktadır. Ölçeğin 'HHYÖ-Paylaşım' ve 'HHYÖ-Bakım' olmak üzere iki alt boyutu mevcuttur. 8 soru 'HHYÖ-Paylaşım' özelliklerini diğer 6 soru 'HHYÖ-Bakım' özelliklerini değerlendirmektedir. Ölçeğin iki alt ölçeği 'HHYÖ-Paylaşım' ve 'HHYÖ-Bakım' olmak üzere ayrı ayrı veya toplam puan olarak hesaplanabilmektedir. 'HHYÖ-Paylaşım' puanları katılımcının a) hasta ve hekim güç ve kontrolü eşit olarak paylaşmalı, b) hekimler bilgilerini hastaları ile mümkün olduğu kadar çok paylaşmalı düşüncesine ne kadar katıldığını yansıtır. 'HHYÖ-Bakım' puanı katılımcının a) muayenede duyguların ele alınması ve kişiler arası ilişkinin önemli olduğuna, b) hekimlerin hastalarına bir hastalık tablosu olarak değil, bir birey olarak bakmaları gerektiğine ne kadar katıldığını yansıtır.

Alınan toplam puan 14 ile 84 arasında değişmektedir. Toplam puan ne kadar yüksekse bireyin yönelimi o kadar hasta merkezlidir. Alt ölçek puanlarından 'HHYÖ-Paylaşım' puanı 1 ila 36 puan arasında, 'HHYÖ-Bakım' puanı 1 ila 48 puan arasında değişmektedir. Biz çalışmamızda alt ölçek puanlarını değerlendirmeye aldık.

3.4.3.Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu (BFBFÖ-K)

Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla Beş Faktörlü Bilgece farkındalık Ölçeği Kısa Formu (BFBFÖ-K) kullanıldı. BFBFÖ-K, Tran, Gluck ve Nader tarafından “ Five Facet Mindfulness Questionare - Short Form” 2013 yılında geliştirilmiştir (40). 2018 yılında Ayalp ve Hisli Şahin tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (41).

Ölçeğin ‘Dikkati Düzenleyebilme (DD)’, ‘Yargılamadan Gözlemeleme (YGI)’, ‘Etkilenmeden Gözlemeleme ve İzleme (EGİ)’, ‘Duyumsal Farkındalık (DF)’ ve ‘Duyularını İsimlendirebilme (Dİ)’ olarak toplam 5 boyutu bulunmaktadır. ‘BFBFÖ-DD’ alt ölçeği ‘Kişinin anlık deneyimlerine katılımını ve konsantre olmasını’ ifade ederken; ‘BFBFÖ-YGI’ alt ölçeği ‘Düşünce ve duygulara karşı yargılayıcı bir duruşa sahip olmamak’ anlamına gelir; EGİ ‘duygu ve düşüncelere kapılmadan, sadece gelip gitmelerine izin verme eğilimine sahip olma’ anlamını karşılarken; DF ‘Kişinin duyular, bilişler, duygular gibi içsel ve dışsal deneyimlerini fark etmesi’ anlamını karşılar. Duyularını İsimlendirebilme alt ölçeği ise ‘İçsel deneyimleri kelimelerle tanımlayabilme’ anlamına gelir.

Ayalp ve arkadaşları tarafından ölçeğin alt ölçeklerinin cronbach alfa değerleri ‘BFBFÖ-DD’ alt ölçeğinin 0,85, ‘BFBFÖ-YGI’ alt ölçeğinin 0,76, EGİ alt ölçeğinin 0,71, DF alt ölçeğinin 0,69 ve Dİ alt ölçeğinin ise 0,69 olarak hesaplanmış. BFBFÖ-K’nin toplam iç tutarlılığını ifade eden cronbach alfa değerinin ise 0,71 olduğu sonucuna ulaşılmış. Analiz sonucunda, ölçek maddelerinin beklenen faktörler altında toplanmış olduğu gözlenmiştir(41).

BFBFÖ-K, 20 sorudan oluşmaktadır. Ölçek seçenekleri 5’li likert olarak ‘hiçbir zaman’ ile ‘hemen her zaman’a değişen seçenekler olarak hazırlanmıştır. Her bir maddeden alınan puanlar 1 ile 5 arasında puanlanmakta, alınan toplam puan 20 ile 100 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça bilinçli farkındalık artmıştır. Beş boyut için puanlar ayrı ayrı da hesaplanabilmektedir. Alt ölçek puanları 1 ile 20 arasında değişmektedir. Biz çalışmamızda analizlerde alt ölçek puanlarını değerlendirmeye aldık.

3.5. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmanın etik kurul onayı Ankara Etlik Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan AEŞH-EK1-2023-647 karar numarası ile 22/11/2023 tarihinde alındı (Bkz. Ek 5).

3.5.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ:

Araştırmamızda aile hekimliği asistan hekimlerinin bilinçli farkındalık özelliklerini, hasta merkezli yaklaşım tutumunu ve bunlar üzerinde etkili olabilecek faktörleri inceledik

Araştırmamızda test edilen hipotezler aşağıda belirtilmiştir.

“H₁₀: Bilinçli farkındalığın hasta merkezli yaklaşımın üzerine etkisi yoktur.”

“H₁₁: Bilinçli farkındalığın hasta merkezli yaklaşımın üzerine etkisi vardır.”

“H₂₀: Sosyodemografik, klinik, mesleki ve meslek uygulama özelliklerinin hasta merkezli yaklaşımın üzerine etkisi yoktur.”

“H₂₁ Sosyodemografik, klinik, mesleki ve meslek uygulama özelliklerinin hasta merkezli yaklaşım üzerine etkisi vardır.”

“H₃₀: Sosyodemografik, klinik, mesleki ve meslek uygulama özellikleri arasında bilinçli farkındalık açısından fark yoktur.”

“H₃₁: Sosyodemografik, klinik, mesleki ve meslek uygulama özellikleri ile arasında bilinçli farkındalık açısından fark vardır.”

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmamızda aile hekimliği asistan hekimlerinin bilinçli farkındalık özelliklerini, hasta merkezli yaklaşım tutumunu ve bunlar üzerinde etkili olabilecek faktörleri inceledik. Bunun için HHYÖ, BFBFÖ-K ve Sosyodemografik Veri Formundan elde edilen veriler kullanılmıştır.

Araştırmamızın birincil sonuç değişkenleri bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, tam zamanlı- yarı zamanlı çalışma durumu, asistanlık yılı, mesleki tecrübe süresi, günde ortalama başvuran ve fizik muayene yapılan hasta sayısı, ortalama muayene süreleri, kendisinde veya birinci derece akrabasında kronik hastalığının olup olmaması vb.) ile HHYÖ ve BFBFÖ-K sorularına

verilen yanıtlardır. İkincil sonuç değişkenleri ise; ‘HHYÖ-Paylaşım’ ve ‘HHYÖ-Bakım’ alt ölçek skorları ve ‘BFBFÖ-DD’, ‘BFBFÖ-YGİ’, ‘BFBFÖ-EGİ’, ‘BFBFÖ-DF’, ‘BFBFÖ-Dİ’ alt ölçek skorlarıdır. İkincil sonuç değişkenleri ise ilgili ölçeklerin alt kategori puanları karşılaştırmasıdır.

Veriler IBM SPSS Statistics 26.0 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi. Temel analizlerde kullanılacak testlerin belirlenebilmesi amacıyla öncelikle sayısal değişkenlerde normallik testleri yapıldı. Normal dağılımın tespitinde çarpıklık, basıklık değerleri ve bunların Z skorları ele alındı. Z Skorlarının -1,96 ile +1,96 arasında olanlar “Normal Dağılım” kabul edildi. Temel analizlerde sosyodemografik özellikler, BFBFÖ-K ve HHYÖ ile karşılaştırıldı.. BFBFÖ-K ve HHYÖ puanlarının birbiri ile ve sayısal değişkenlerle karşılaştırılmasında verilerin normal dağılım durumlarına göre Pearson veya Spearman Korelasyon analizi uygulandı. Kategorik değişkenlerin alt gruplarında ölçek puanlarının karşılaştırılmasında normal dağılım durumuna göre iki kategorili değişkenlerde bağımsız örneklemelerde t testi veya Mann-Whitney U testi kullanıldı; ikiden daha fazla kategorisi olan değişkenlerin ölçek puanları ile karşılaştırılmasında ise normal dağılım sağlanmadığı için Kruskal-Wallis analizi kullanıldı. Gruplar arası fark görülmesi halinde Mann Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar ile farkın hangi gruptan kaynaklandığı test edildi.

Daha sonra HHYÖ Paylaşım ve Bakım puanlarındaki değişim üzerinde etkili olabilecek BFBFÖ-K alt ölçek puanları ile yaş, cinsiyet, medeni durum ve diğer sayısal ve kategorik değişkenlerin bir arada etkilerinin incelenebileceği Genel Doğrusal Model- ANCOVA analizi (Kovaryans Analizi) uygulandı. ‘HHYÖ-Paylaşım’ ve ‘HHYÖ-Bakım’ skorları için 2 ayrı model oluşturuldu. Analiz 4 aşamada gerçekleştirildi.

- 1. Analiz öncesi hazırlık aşaması:** Analiz öncesinde değişkenlerin normalite değerlendirilmesi yapıldı. Bunun için çarpıklık ve basıklık değerleri ve bunların Z skorları ele alındı. Z skorlarının - 1,96 ile +96 arasında olanlar Normal dağılım kabul edildi. Normaliteyi sağlamak ve parametreleri daha iyi hale getirmek için önce SPSS değişken dönüştürülmesi komutundan ‘Inverse DF-Idf.Normal’ fonksiyonu kullanıldı veriler normal ve daha iyi dağılım gösteren verilere dönüştürüldü (Bkz. Ek 5 ve 6)

- 2. Analiz öncesi varsayım değerlendirmeleri yapıldı.** İlk varsayım olan sayısal değişkenlerin kollinearite değerlendirilmesi yapıldı. Kollinearite analizinde 6 sayısal değişkenden VIF değeri 5'in altında olan 5 değişken kollinearite açısından uygunluğu sağladı. BFBFÖ-K Yargılamadan Gözleme ve İzleme değişkeni modele alınmadı. İkinci varsayım olarak sayısal değişkenlerin hipotez faktör (kategorik değişken) grupları arasında regresyon eğilimlerinin homojenliği istatistiksel olarak değerlendirildi. Regresyon eğilimleri için her iki modelde değişkenler ayrı ayrı incelenerek regresyon eğimleri homojen olmayan hipotez faktörleri modele alınmadı. Üçüncü varsayım olarak sayısal (kovaryant) değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki linearite durumu Lineer Regresyon analizi ile ele alındı. Rezidüelerde Otokorelasyonun olmaması değişkenler arasında linearite kriteri olarak değerlendirildi (Bkz. Ek 5 ve 6)
- 3. Analiz Aşaması.** Analiz aşamasında uç değerler Cook Uzaklığı ve Leverage (kaldıraç) testleri değerlendirildi. Yalnızca modelde analizi etkileyeceği düşünülen en uç değerler veri setinden çıkartıldı. Analiz öncesi varsayım testlerine göre modele dahil edilebilecek değişkenler ANCOVA modeline dahil edildi. Analiz sonucunda modelin anlamlılığı, modelin gücü ve değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisi ortaya kondu. Anlamlılık değeri olarak $p < 0,05$ kabul edildi. Modelde istatistiksel anlamlı etkisi bulunan değişkenlerde ek analizler uygulandı. Etkili bulunan kategorik değişkenler için bağımsız gruplarda ortalamaların karşılaştırılması ve sayısal değişkenler için korelasyon veya gruplandırılarak ki-kare ek analizleri yapıldı (Bkz. Ek 5.ve 6).
- 4. Analiz sonrasında modelin uygunluğu açısından sağlanması beklenen varsayım testleri yapıldı.** Rezidüelerin normallik testleri ve rezidüer otokorelasyon değerlendirmesi ve rezidüelerin varyans homojenitesi (homoskedasticity) değerlendirmeleri yapıldı. Modelin uygun bir model olduğu görüldü (Bkz. Ek 5 ve 6)

4.BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK KLİNİK VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİNE AİT TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmamıza Ankara ilindeki 4 büyük hastanede çalışma veri toplama sürecinde eğitim almakta olan araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 162 asistan hekimin verileri dahil edilmiştir. Katılımcıların (n=95) %58,6'sının kadın ve (n=99) %61,1'inin evli olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 32 ± 7.13 yıl olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların (n=33) % 20,3'ünde kronik hastalık öyküsü mevcutken (n=95); %58,6'sının birinci derece akrabasında kronik veya kritik hastalık öyküsü mevcuttu. Katılımcıların (n=36) % 22,2'sinin daha önce psikolojik destek alma öyküsü mevcuttu (Tablo 1).

Katılımcıların mesleki özelliklerine bakıldığında (n=101) %62,4'ünün tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık eğitimi (AHU), (n=61) %37,65'inin ise sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi (SAHU) almaktaydı. Asistanlık eğitimin 1. yılında olanlar katılımcıların (n=56) %34,5'ini oluştururken, 2. yılında olanlar (n=55) kişi %33,9'unu, 3. yılında olanlar ise (n=51) %31,4'ünü oluşturuyordu. Asistan hekimlerin (n=91) %56,1'i 5 yıl veya daha az mesleki tecrübeye sahip iken, (n=37) %22,8'i 11 yıl ve üzeri, (n=34) %20,99'u 6 ila 10 yıl arasında mesleki tecrübeye sahipti. Katılımcıların (n=34) %20,99'u polikliniğe günlük ortalama 30 ve altı hasta başvurduğunu, (n=100) %61,72'i 31 ila 80 hasta başvurduğunu ve (n=28) %17,3'ü 81 ve üzeri hasta başvurduğunu belirtti Asistan hekimlerin hastalarını muayene etme sürelerine bakıldığında katılımcıların (n=75) %46,3'ü hastalarına 5 dk ve altı muayene süresi ayırdığını belirtirken, (n=87) %53,7'si 6 ila 10 dk ayırdığını belirtti, daha uzun süre seçeneklerinden birini seçen katılımcı olmadı. Katılımcıların çoğunluğu (n=90) %55,5'i hastalarına genellikle adları ile hitap ettiğini belirtirken, bunu sırası ile (n=40) %24,69 ile bazen, (n=19) %11,7 ile her zaman, (n=9) %5,56 ile nadiren adı ile hitap etme takip etmiştir, son olarak katılımcıların (n=4) %2,47'si ise hiçbir zaman adı ile hitap etmediğini belirtti. Katılımcıların başvuran hastalara fizik muayene yapma yüzdeleri $52 \pm 21,52$ olarak bulunmuştur. Şablon reçete kullananların oranı (n=42) %25,9 idi. Örneklemimizde tıp fakültesini isteyerek tercih etme oranı (n=134) %85,19

ve uzmanlık alanını isteyerek tercih etme oranı (n=134) %82,72 bulundu. Katılımcıların (n=95) %58,6'sı hasta merkezli yaklaşım üzerine eğitim aldıklarını belirtti (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik, Klinik, Mesleki ve Meslek Uygulama Özellikleri

Katılımcıların Sosyodemografik, Klinik ve Mesleki Özellikleri		
Değişkenler		Ort (SS)
Yaş(yıl)		32 (7,13)
Fizik Muayene Uygulama Yüzdeleri		52 (21,52)
Değişkenler		n (%)
Cinsiyet	Erkek	67 (41,46)
	Kadın	95 (58,64)
Medeni Durum	Bekar	63 (38,89)
	Evli	99 (61,11)
Kronik Hastalık	Evet	33 (20,37)
	Hayır	129 (79,63)
Akrabada Kronik Hastalık	Evet	95 (58,64)
	Hayır	67 (41,36)
Psikolojik Destek	Evet	36 (22,22)
	Hayır	126 (77,78)
Uzmanlık Programı	AHU	101 (62,35)
	SAHU	61 (37,65)
Asistanlık Yılı	1. yıl	56 (34,57)
	2. yıl	55 (33,95)
	3. yıl	51 (31,48)
Mesleki Tecrübe (yıl)	≤5 yıl	91 (56,17)
	6-10 yıl	34 (20,99)
	≥11 yıl	37 (22,84)
Polikliniğe Başvuran Hasta Sayısı	≤30 hasta	34 (20,99)
	31-80 hasta	100 (61,73)
	≥81 hasta	28 (17,28)
Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme	Evet	134 (82,72)
	Hayır	28 (17,28)
Uzmanlık Alanını İsteyerek Seçme	Evet	138 (85,19)
	Hayır	24 (14,81)
Hasta Merkezli Yaklaşım Eğitimi Alma	Evet	95 (58,64)
	Hayır	67 (41,36)
Ortalama Muayene Süreleri	≤5 dk	75 (46,30)
	6-10 dk	87 (53,70)
	11-15 dk	0 (0,00)
Hastaya Adı ile Hitap Etme	Her Zaman	19 (11,73)
	Genellikle	90 (55,56)
	Bazen	40 (24,69)
	Nadiren	9 (5,56)
	Hiçbir Zaman	4 (2,47)
Şablon Reçete Kullanma	Evet	42 (25,93)
	Hayır	120 (74,07)
Toplam		162 (100,00)

Not: AHU, Aile hekimliği uzmanlığı SAHU, Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı

4.2. KATILIMCILARIN HHYÖ VE BFBFÖ ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Asistan hekimlerin HHYÖ toplam ve alt ölçek puanları ile BFBFÖ-K toplam ve alt ölçek puanlarının Z çarpıklık ve Z basıklık değerleri -1,96 ile +1,96 arasında bulundu. Tüm ölçek puanları normal dağılım şartını karşılıyordu. Asistan hekimlerin HHYÖ toplam puanından aldığı minimum puan 27, maksimum puan 52 ortalama puan ise $40,77 \pm 5,37$ olarak bulundu. Katılımcıların ‘HHYÖ-paylaşım’ alt ölçeği puan ortalaması $23,18 \pm 5,05$ ve ‘HHYÖ-Bakım’ alt ölçeği puan ortalaması $17,59 \pm 3,08$ idi. Asistan hekimlerin BFBFÖ-K toplam puanından alındığı minimum puan 42, maksimum puan 93, alınan toplam puan ortalaması ise $67,56 \pm 9,23$ ’tü. Alt ölçek puanlarına bakıldığında ‘BFBFÖ-DD’ alt ölçeği puan ortalaması $12,54 \pm 3,50$; ‘BFBFÖ-YGİ’ alt ölçeği puan ortalaması $13,86 \pm 3,09$; ‘BFBFÖ-EGİ’ alt ölçeği puan ortalaması $13,10 \pm 2,83$; ‘BFBFÖ-DF’ alt ölçeği puan ortalaması $13,82 \pm 2,74$ ve ‘BFBFÖ-Dİ’ alt ölçek puan ortalaması $14,25 \pm 2,67$ idi (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların HHYÖ ve BFBFÖ-K Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Ölçekler ve Alt Boyutlar	n	Min	Maks.	Ort±SS	Çarpıklık	Z. Çarpıklık	Basıklık	Z. Basıklık
HHYÖ-Toplam	162	27	52	$40,77 \pm 5,37$	-0,03	-0,172	-0,31	0,82
HHYÖ-Paylaşım	162	11	40	$23,18 \pm 5,05$	0,25	1,3	0,19	0,48
HHYÖ-Bakım	162	9	26	$17,59 \pm 3,08$	0,26	1,37	0,08	0,21
BFBFÖ-Toplam	162	42	93	$67,56 \pm 9,23$	-0,23	-1,19	-0,08	-0,19
BFBFÖ-DD	162	4	20	$12,54 \pm 3,50$	-0,34	-0,14	-0,45	-1,18
BFBFÖ-YGİ	162	6	20	$13,86 \pm 3,09$	-0,33	-1,76	-0,26	-0,69
BFBFÖ-EGİ	162	4	20	$13,10 \pm 2,83$	-0,33	-1,74	0,53	-1,39
BFBFÖ-DF	162	5	20	$13,82 \pm 2,74$	-0,33	-1,7	0,54	-1,42
BFBFÖ-Dİ	162	6	20	$14,25 \pm 2,67$	-0,32	-1,7	0,1	0,27

Not: HHYÖ: Hasta Hekim Yönelim Ölçeği BFBFÖ: Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği
DD: Dikkat Düzenleyebilme YGİ: Yargılamadan Gözleme ve İzleme
EGİ: Etkilenmeden Gözleme ve İzleme DF: Duyumsal Farkındalık Dİ: Duyularını İsimlendirme
Z skorunun -1,96 ile + 1,96 arasında olması “Normal” dağılım kabul edildi.

4.3. ASİSTAN HEKİMLERİN HHYÖ PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların ‘HHYÖ-Paylaşım’ ve ‘HHYÖ-Bakım’ alt ölçek skorları ile sosyodemografik, klinik mesleki ve meslek uygulama özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3’te verilmiştir.

Daha önce psikolojik destek alanların ‘HHYÖ-Bakım’ puanları, anlamlı ($p=0,023$) olarak daha yüksek saptanmıştır. Cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık öyküsü ve birinci derece akrabada kronik hastalık bulunma durumu ile ‘HHYÖ-Paylaşım’ ve ‘HHYÖ-Bakım’ puanı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaş ile her iki alt ölçek ‘HHYÖ-Paylaşım’ ve ‘HHYÖ-Bakım’ arasında da anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 3).

Katılımcıların mesleki özelliklerine bakıldığında asistanlık yılı grupları arasında ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanı açısından anlamlı farklılık saptandı ($p=0,026$). Asistanlığın 3. yılındaki katılımcıların ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanları, 2.yılındaki katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,01$). Mesleki tecrübe grupları arasında ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanı açısından anlamlı farklılık saptandı ($p=0,019$). 11 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahip katılımcıların ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanları, 5 yıl ve altında ve 6 ila 10 yıl arası mesleki tecrübeye sahip katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Uzmanlık programı ve polikliniğe başvuran hasta sayısı ile ‘HHYÖ-Paylaşım’ arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Mesleki özellikler ile ‘HHYÖ-Bakım’ puanı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Katılımcıların meslek uygulama özelliklerine bakıldığında hastalara adı ile hitap etme durumu ile ‘HHYÖ-Bakım’ puanı arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Hastalarına ‘genellikle’ adı ile hitap eden katılımcıların ‘HHYÖ-Bakım’ puanları, ‘bazen’ ve ‘nadiren’ adı ile hitap eden katılımcıların puanlarından anlamlı daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). ‘HHYÖ-Bakım’ ile fizik muayene uygulama yüzdesi arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir korelasyon mevcuttu ($\rho=-0,068$, $p=0,041$). ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanı ile fizik muayene uygulama yüzdesi arasında anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır ($p>0,05$). Muayene süresi, şablon reçete kullanma durumu, tıp fakültesini isteyerek seçme durumu, uzmanlık alanını isteyerek seçme durumu ve hasta

merkezli eğitim alma durumu ile HHYÖ alt ölçek puanları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların ‘HHYÖ-Paylaşım’ ve ‘HHYÖ-Bakım’ Skorlarının Sosyodemografik, Klinik ve Mesleki Özelliklerle Karşılaştırılması

Değişkenler	Paylaşım			Bakım			
	n	rho	p	n	rho	p	
Yaş (yıl)	162	0,131	0,096 ^s	162	-0,068	0,392 ^s	
Fizik Muayene Uygulama Yüzdesi	162	-0,1	0,898 ^s	162	0,161	0,041^s	
Değişkenler	n	Medyan/Sıra Ort.	p	n	Medyan/Sıra Ort.	p	
Cinsiyet	Erkek	67	22,00 /79,33	0,620 ^m	67	18,00 /83,72	0,610 ^m
	Kadın	95	23,00 /83,03		95	17,00 /79,93	
Medeni Durum	Bekar	63	24,00 /9,29	0,057 ^m	63	18,00 /86,63	0,263 ^m
	Evli	99	22,00 /75,91		99	17,00 /78,23	
Kronik Hastalık	Evet	33	24,00 /88,52	0,335 ^m	33	17,00 /84,24	0,705 ^m
	Hayır	129	23,00 /79,71		129	18,00 /80,80	
Ailede Kr. Hast.	Evet	105	24,00 /83,90	0,375 ^m	105	18,00 /86,10	0,088 ^m
	Hayır	57	22,00 /77,07		57	17,00 /73,02	
Psikolojik Destek	Evet	36	23,00 /81,92	0,952 ^m	36	18,00 /97,03	0,023^m
	Hayır	126	23,00 /81,38		126	17,00 /77,06	
Uzmanlık Programı	AHU	101	23,00 /79,69	0,526 ^m	101	18,00 /84,41	0,307 ^m
	SAHU	61	24,00 /84,50		61	17,00 /76,69	
Asistanlık Yılı	1. yıl	56	23,00 /84,22	0,026^k	56	17,00 /71,36	0,093 ^k
	2. yıl	55	21,00 /68,45		55	18,00 /90,52	
	3. yıl	51	25,00 /92,58		51	17,00 /82,91	
Mesleki Tecrübe (yıl)	≤5	91	23,00 /78,04	0,019^k	91	18,00 /84,10	0,126 ^k
	6-10	34	22,00 /88,96		34	18,00 /88,96	
	≥11	37	25,00 /99,84		37	17,00 /68,26	
Poliklinik Hasta Sayısı	≤30	34	22,00 /74,43	0,547 ^k	34	18,00 /86,26	0,203 ^k
	31-80	100	23,00 /82,34		100	18,00 /83,85	
	≥81	28	24,00 /87,09		28	16,50 /67,34	
Hastaya Adı ile Hitap Etmek	Hiç	4	21,50 /66,00	0,443 ^k	4	19,00 /105,13	0,028^k
	Nadiren	9	26,00 /97,06		9	16,00 /56,78	
	Bazen	40	21,50 /74,06		40	16,50 /69,97	
	Genellikle	90	24,00 /85,66		90	18,00 /90,67	
Hep	19	21,00 /73,34	19	17,00 /69,80			
Değişkenler	n	Ort±SS	p	n	Ort±SS	p	
Muayene Süresi(dk)	≤5	75	23,04±5,36	0,746 ^t	75	17,55±2,80	0,879 ^t
	6-10	87	23,29±4,78		87	17,62±3,31	
Şablon Reçete	Evet	42	22,81±5,30	0,583 ^t	42	17,50±2,84	0,833 ^t
	Hayır	120	23,31±4,97		120	17,62±3,17	
Fakülte Tercih	Evet	134	23,33±4,98	0,419 ^m	134	17,57±3,01	0,984 ^m
	Hayır	28	22,43±5,38		28	17,68±3,42	
Branş Tercih	Evet	138	23,23±5,23	0,750 ^t	138	17,67±3,02	0,428 ^t
	Hayır	24	22,87±3,91		24	17,12±3,41	
HMY Eğitimi	Evet	95	23,35±5,23	0,615 ^t	95	17,58±3,13	0,971 ^t
	Hayır	67	22,94±4,79		67	17,59±3,02	

Notlar: ^s Spearman Korelasyonu ^t İlişkisiz Örneklemeler T Testi ^k Kruskal-Wallis H ^m Mann-Whitney U

4.3. ASİSTAN HEKİMLERİN BFBFÖ-K PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4a, 4b ve 4c’de katılımcıların sosyodemografik ve klinik ve mesleki özelliklerinin BFBFÖ-K alt ölçek puanları üzerine etkisi gösterilmiştir.

Kadın katılımcıların ‘BFBFÖ-YGİ’ puanları ($p=0,010$) ve ‘BFBFÖ-DF’ puanları ($p=0,044$) erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet ile ‘BFBFÖ-DD’ ‘BFBFÖ-EGİ’ ‘BFBFÖ-Dİ’ puanı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaş ile BFBFÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$). Kronik hastalık öyküsü olmayan katılımcıların ‘BFBFÖ-EGİ’ puanları, olanlardan anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,049$). Kronik hastalık durumu ile ‘BFBFÖ-DD’ ‘BFBFÖ-YGİ’ ‘BFBFÖ-DF’ ‘BFBFÖ-Dİ’ arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Daha önce psikolojik destek almayan katılımcıların ‘BFBFÖ-DD’ ($p<0,01$), ‘BFBFÖ-YGİ’ ($p<0,01$) ve ‘BFBFÖ-Dİ’ ($p=0,033$) puanları, alan katılımcılardan anlamlı yüksek saptanmıştır. Psikolojik destek alma durumu ile ‘BFBFÖ-EGİ’ ve ‘BFBFÖ-DF’ arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Medeni durum ve akrabada kronik hastalık durumu ile BFBFÖ-K alt ölçek arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4a).

Asistan hekimlerin mesleki özellikleri; uzmanlık programı, asistanlık yılı, mesleki tecrübe süresi ve polikliniğe başvuran hasta sayısı ile BFBFÖ-K alt ölçek skorları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4b).

Tıp fakültesini isteyerek tercih eden katılımcıların ‘BFBFÖ-EGİ’ ($p<0,01$) ve ‘BFBFÖ-DF’ ($p<0,01$) puanları, istemeyerek tercih edenlerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. Tıp fakültesini tercih durumu ile ‘BFBFÖ-DD’, ‘BFBFÖ-YGİ’ ve ‘BFBFÖ-Dİ’ arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Muayene süresi, hastaya adı ile hitap etme, şablon reçete kullanma, uzmanlık alanını tercih durumu ile BFBFÖ-K alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4c).

Tablo 4a. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile BFBFÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	BFBFÖ-DD		BFBFÖ-YGİ		BFBFÖ-EGİ		BFBFBÖ-DF		BFBFÖ-Dİ		
		rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	r	p	
Yaş (yıl)	162	0,103	0,192 ^s	0,131	0,096 ^s	0,020	0,804 ^s	-0,004	0,962 ^s	0,033	0,673 ^s	
Değişkenler	n	Medyan /Sıra Ort.	p	Medyan /Sıra Ort.	p	Medyan /Sıra Ort.	p	Medyan /Sıra Ort.	P	Medyan /Sıra Ort.	p	
Cinsiyet	Erkek	67	13,00 /80,01	0,734 ^m	13,00 /70,32	0,010^m	14,00 /85,59	0,348 ^m	14,00 /72,73	0,044^m	14,00 /75,56	0,172 ^m
	Kadın	95	13,00 /82,55		15,00 /89,38		13,00 /78,62		14,00 /87,68		15,00 /85,69	
Medeni Durum	Bekar	63	13,00 /84,52	0,512 ^m	14,00 /79,33	0,635 ^m	13,00 /84,34	0,536 ^m	14,00 /87,25	0,209 ^m	15,00 /80,71	0,864 ^m
	Evli	99	12,00 /79,58		15,00 /82,88		13,00 /79,69		14,00 /77,84		14,00 /82,00	
Kronik Hastalık	Evet	33	13,00 /81,76	0,972 ^m	14,00 /72,56	0,217 ^m	12,00 /67,27	0,049^m	14,00 /80,74	0,917 ^m	14,00 /82,74	0,864 ^m
	Hayır	129	13,00 /81,43		15,00 /83,79		14,00 /85,14		14,00 /81,69		14,00 /81,18	
Ailede Kr.Hastalık	Evet	105	12,00 /77,01	0,097 ^m	15,00 /81,84	0,899 ^m	14,00 /83,94	0,365 ^m	14,00 /82,17	0,805 ^m	15,00 /83,27	0,512 ^m
	Hayır	57	14,00 /89,76		14,00 /80,87		13,00 /77,00		14,00 /80,27		14,00 /78,25	
Psikolojik Destek	Evet	36	11,00 /59,74	0,002^m	13,00 /62,22	0,005^m	12,00 /61,04	0,003^m	13,00 /78,19	0,629 ^m	13,00 /66,92	0,033^m
	Hayır	126	13,00 /87,72		15,00 /87,01		14,00 /87,35		14,00 /82,44		15,00 /85,67	
<p><i>Notlar:</i> Dikkat Düzenleyebilme YGİ: Yargılamadan Gözleme ve İzleme EGİ: Etkilenmeden Gözleme ve İzleme DF: Duyumsal Farkındalık Dİ: Duyularını İsimlendirme</p> <p>^s.Spearman Korelasyonu ^m Mann-Whitney U</p>												

Tablo 4b. Asistan Hekimlerin Mesleki Özellikleri ile Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	BFBFÖ-DD		BFBFÖ-YGİ		BFBFÖ-EGİ		BFBFÖ-DF		BFBFÖ-Dİ		
		Medyan /Sıra Ort.	p	Medyan /Sıra Ort	p	Medyan /Sıra Ort	p	Medyan /Sıra Ort	p	Medyan /Sıra Ort	p	
Uzmanlık Programı	AHU	101	13,00 /77,97	0,215 ^m	14,00 /78,46	0,284 ^m	13,00 /77,08	0,121 ^m	14,00 /82,35	0,766 ^m	14,00 /81,53	0,992 ^m
	SAHU	61	13,00 /87,35		15,00 /86,54		14,00 /88,81		14,00 /80,10		14,00 /81,45	
Asistanlık Yılı	1. yıl	56	13,50 /87,71	0,451 ^k	15,00 /85,24	0,758 ^k	14,00 /91,81	0,112 ^k	14,00 /83,79	0,516 ^k	15,00 /89,96	0,122 ^k
	2. yıl	55	13,00 /79,45		13,00 /79,36		13,00 /77,92		14,00 /84,88		14,00 /71,94	
	3. yıl	51	12,00 /79,70		14,00 /79,70		13,00 /74,04		14,00 /75,33		14,00 /82,52	
Mesleki Tecrübe (yıl)	≤5	91	13,00 /77,98	0,071 ^k	14,00 /77,75	0,255 ^k	13,00 /83,04	0,847 ^k	14,00 /85,43	0,358 ^k	14,00 /81,98	0,419 ^k
	6-10	34	12,00 /74,29		13,50 /79,51		13,00 /77,66		14,00 /72,10		14,00 /73,34	
	≥11	37	14,00 /96,77		15,00 /92,54		13,00 /81,23		14,00 /80,47		15,00 /87,82	
Poliklinik Hasta Sayısı	≤30	34	12,00 /69,12	0,081 ^k	14,50 /83,51	0,267 ^k	12,50 /70,99	0,264 ^k	13,00 /72,90	0,420 ^k	14,50 /84,78	0,190 ^k
	31-80	100	13,00 /81,71		14,00 /77,48		13,00 /82,80		14,00 /84,91		14,00 /76,80	
	≥81	28	14,00 /95,79		15,00 /93,41		14,00 /89,63		14,00 /79,77		15,00 /94,32	

Notlar: BFBFÖ: Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği DD: Dikkat Düzenleyebilme YGİ: Yargılamadan Gözleme ve İzleme E.G.İ: Etkilenmeden Gözleme ve İzleme DF: Duyumsal Farkındalık D.İ: Duyularını İsimlendirme
^m.Mann-Whitney U ^k.Kruskal Wallis

Tablo 4c. Asistan Hekimlerin Meslek Uygulama Özellikleri ile BFBFÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	BFBFÖ-DD		BFBFÖ-YGİ		BFBFÖ-EGİ		BFBFÖ-DF		BFBFÖ-Dİ		
		rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	
Fizik Muayene Yüzdesi	162	0,160 ^s	0,340 ^s	-0,07	0,340 ^c	-0,18	0,020^s	0,03	0,690 ^s	-0,06	0,400 ^s	
Değişkenler	n	Medyan /Sıra Ort.	p	Medyan /Sıra Ort.	p	Medyan /Sıra Ort.	P	Medyan /Sıra Ort.	p	Medyan /Sıra Ort.	p	
Muayene Süresi(dk)	≤5	75	13,00 /77,55	0,318 ^m	14,00 /80,25	0,752 ^m	13,00 /83,95	0,535 ^m	14,00 /74,57	0,079 ^m	14,00 /80,33	0,767 ^m
	6-10	87	13,00 /84,90		15,00 /82,57		13,00 /79,39		14,00 /87,47		14,00 /82,50	
Hastaya Adı ile Hitap	Hiç	4	11,50 /68,25		14,50 /67,75		13,50 /92,63		14,50 /76,00		14,00 /64,38	
	Nadiren	9	16,00/106,50		16,00 /96,11		12,00 /60,78		14,00 /68,72		16,00/104,78	
	Bazen	40	13,00 /89,03	0,123 ^k	13,00 /69,35	0,171 ^k	14,00 /84,00	0,594 ^k	13,50 /65,85	0,100 ^k	14,00 /78,66	0,200 ^k
	Genellikle	90	12,00 /74,01		14,50 /82,56		13,00 /80,22		14,00 /89,04		14,00 /77,68	
	Hep	19	14,00 /92,11		15,00 /98,03		14,00 /89,76		14,00 /85,92		15,00 /98,16	
Şablon Reçete	Evet	42	13,00 /79,64	0,764 ^m	13,00 /74,89	0,285 ^m	13,00 /84,79	0,595 ^m	13,00 /76,76	0,444 ^m	15,00 /85,89	0,477 ^m
	Hayır	120	13,00 /82,15		15,00 /83,81		13,00 /80,35		14,00 /83,16		14,00 /79,96	
Fakülte Tercih	Evet	134	13,00 /84,28	0,097 ^m	15,00 /82,97	0,381 ^m	14,00 /85,83	0,008^m	14,00 /86,21	0,005^m	15,00 /82,57	0,522 ^m
	Hayır	28	12,00 /68,18		13,00 /74,48		11,50 /60,32		13,50 /58,98		13,50 /76,38	
Branş Tercih	Evet	138	13,00 /79,78	0,259 ^m	14,50 /81,04	0,765 ^m	13,00 /82,77	0,406 ^m	14,00 /82,45	0,535 ^m	14,00 /80,61	0,560 ^m
	Hayır	24	14,00 /91,42		14,50 /84,13		12,50 /74,21		14,00 /76,06		15,00 /86,60	
HMY Eğitimi	Evet	95	13,00 /80,54	0,754 ^m	15,00 /85,65	0,177 ^m	14,00 /86,24	0,123 ^m	14,00 /83,19	0,582 ^m	15,00 /84,84	0,277 ^m
	Hayır	67	14,00 /82,87		14,00 /75,61		12,00 /74,78		14,00 /79,10		14,00 /76,77	

Notlar: BFBFÖ: Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği
DD: Dikkat Düzenleyebilme YGİ: Yargılamadan Gözleme ve İzleme EGİ: Etkilenmeden Gözleme ve İzleme DF: Duyumsal Farkındalık D.İ: Duyularını İsimlendirme. ^s.Spearman Korelasyonu ^m.Mann-Whitney U ^k.Kruskal-Wallis H

4.4. ASİSTAN HEKİMLERİN HHYÖ VE BFÖÖ ALT ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR

‘HHYÖ-Paylaşım’ ve ‘HHYÖ-Bakım’ alt ölçek puanları ile BFÖÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 5’de verilmiştir. ‘BFÖÖ-DD’ puanı ile ‘HHYÖ-Paylaşım’ arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı ($r=0,213$, $p=0,029$), ‘HHYÖ-Bakım’ ile arasında negatif yönlü güçlü anlamlı ($r=-0,754$, $p<0,001$) korelasyon saptanmıştır. ‘BFÖÖ-YGİ’ puanı ile ‘HHYÖ-Paylaşım’ arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı ($r=0,171$, $p=0,029$), ‘HHYÖ-Bakım’ ile arasında negatif yönlü orta düzey anlamlı ($r=-0,521$, $p<0,001$) korelasyon saptanmıştır. ‘BFÖÖ-EGİ’ puanı ile ‘HHYÖ-Bakım’ puanı arasında negatif yönlü orta düzey anlamlı ($r=-0,243$, $p<0,001$) korelasyon vardır. ‘BFÖÖ-EGİ’ puanı ile ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanı arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$). ‘BFÖÖ-DF’ puanı ile ‘HHYÖ-Bakım’ puanı arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı ($r=0,415$, $p<0,001$) korelasyon vardı. ‘BFÖÖ-DF’ puanı ile ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanı arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$). ‘BFÖÖ-Dİ’ puanı ile ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanı arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı ($r=0,162$, $p=0,039$); ‘HHYÖ-Bakım’ arasında negatif yönlü orta düzey anlamlı ($r=-0,514$, $p<0,001$) korelasyon vardır (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların HHYÖ ve BFÖÖ-K Puanlarının Arasındaki İlişki

Değişkenler		HHYÖ-Paylaşım	HHYÖ-Bakım
BFÖÖ-Dikkati Düzenleyebilme	r	0,213	-0,754
	p	0,007	<0,001
	n	162	162
BFÖÖ-Yargılamadan Gözleme	r	0,171	-0,521
	p	0,029	<0,001
	n	162	162
BFÖÖ-Etkilenmeden Gözleme	r	0,131	-0,243
	p	0,097	<0,001
	n	162	162
BFÖÖ-Duyumsal Farkındalık	r	0,064	0,415
	p	0,419	<0,001
	n	162	162
BFÖÖ-Duyularını İsmlendirme	r	0,162	-0,514
	p	0,039	<0,001
	n	162	162
<i>Not:</i> Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. HHYÖ: Hasta Hekim Yönelim Ölçeği BFÖÖ: Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği			

4.5. ASİSTAN HEKİMLERİN HHYÖ ÖLÇEĞİ PAYLAŞIM PUANLARININ KOVARYANS ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

‘HHYÖ-Paylaşım’ puanlarındaki değişim üzerinde etkili olabilecek BFBFÖ alt ölçek puanları ile yaş, cinsiyet ve diğer sayısal ve kategorik değişkenlerin bir arada etkilerinin incelendiği Genel Doğrusal Model - ANCOVA analizi uygulandı. Analiz varsayımlarını sağlayan modele dahil edilebilen kategorik ve sayısal değişkenler Tablo 6’da gösterildi.

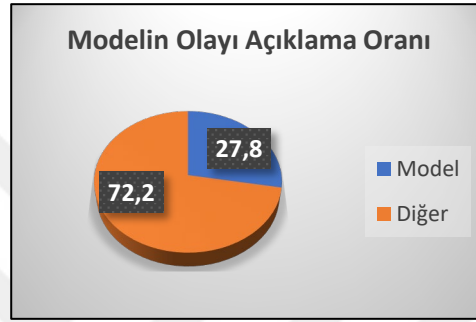
Tablo 6. ‘HHYÖ-Paylaşım’ Puanlarındaki Değişim Üzerinde Etkili Olabilecek ve ANCOVA Analizi Modeline Dahil Edilebilen Kategorik ve Sayısal Değişkenler

Kategorik Değişkenler
Cinsiyet
Medeni Durum
Kronik Hastalık Öyküsü
Uzmanlık Programı
Asistanlık Yılı
Ortalama Hasta Muayene Etme Süresi
Hastaya Adı ile Hitap Etme Durumu
Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme
Uzmanlık Alanını İsteyerek seçme
Hasta Merkezli Eğitim Alma Durumu
Sayısal Değişkenler
Fizik Muayene Yüzdesi
BFBFÖ-DD ^a
BFBFÖ-EG ^a
BFBFÖ-DF ^a
BFBFÖ-Dİ ^a
a. Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği Puanlarının Normal Dağılıma Göre Daha İyi Dağılmış Halleri DD: Dikkati Düzenleyebilme EGİ: Etkilenmeden Gözleme İzleme DF: Duyumsal Farkındalık Dİ: D uygulamaları İsimlendirme. Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği Alt Boyutları

G Power analizi sonucunda ANCOVA ‘HHYÖ-Paylaşım’ modelinin etki büyüklüğü 0,620 olarak tespit edildi. ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanlarının üzerine etki eden

faktörlerin incelendiği Genel Doğrusal Model – ANCOVA (Kovaryans Analizi) sonuçları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre kurulan ANCOVA ‘HHYÖ-Paylaşım’ Modeli istatistiksel olarak anlamlı ($F(32,129)=1,549, p=0,046$) bulundu ve modelin gücü %99, nonsentrimetrik parametre ise 49,557 olarak bulundu (Tablo 7) ve ayrıca modelimiz Şekil 2’de de gösterildiği üzere paylaşım puanlarındaki değişimin %27,8’ini açıklamaktaydı ($\eta^2= 0,278$).



Şekil 2. ANCOVA ‘HHYÖ-Paylaşım’ Modelinin Olayı Açıklama Oranı

Değişkenlerin ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanları üzerindeki etkisi Tablo 7’de gösterilmiştir. Medeni durumun ‘HHYÖ-Paylaşım’ üzerinde anlamlı etkisi vardı ($F(1, 129) = 5,749, p=0,018$). ‘BFBFÖ-Dİ’ ve medeni durum etkileşiminin ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanları üzerinde istatistiksel anlamlı etkisi vardı ($F(1, 129) = 4,641, p=0,033$). Diğer değişkenler ile ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanları arasında marjinal etki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

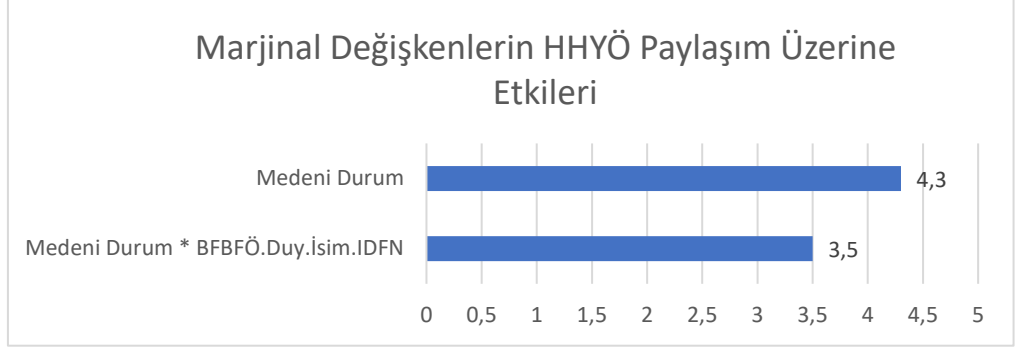
Tablo 7’de değişkenler ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanları üzerindeki değişime verdikleri katkıya göre azalan ölçüde sıralanmıştır (Şekil 3). ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanları üzerinde anlamlı etkisi olan değişkenler katkı boyutuna göre sıralaması önce medeni durum ($\eta^2=0,043$) ve sonrasında medeni durum-‘BFBFÖ-Dİ’ etkileşimi ($\eta^2=0,035$) şeklindedir. Poliklinik hasta sayısı, hasta merkezli eğitim alma, uzmanlık alanını isteyerek tercih etme ve asistanlık yılı kronik hastalık etkileşiminin modele katkı sağlamamıştır ($\eta^2=0,000$).

Tablo 7. Katılımcıların ‘HHYÖ-Paylaşım’ Puanları Üzerine Etkili Olabilecek Faktörlerin Kovaryans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Kareler Top.	df	Kareler Ort.	F	p	Par. Eta Skoru (η^2)	Nonsen Param.	Gözlenen Güç
Düzeltilmiş Model	1137,870	32	35,558	1,549	0,046	0,278	49,557	0,978
Kesişim	188,323	1	188,323	8,202	0,005	0,060	8,202	0,811
Ad.Hitap-FM	159,145	4	39,786	1,733	0,147	0,051	6,931	0,518
Med.Durm	132,012	1	132,012	5,749	0,018	0,043	5,749	0,663
Ad.Hitap	109,904	4	27,476	1,197	0,315	0,036	4,787	0,367
M.Durm-Dİ ^a	106,568	1	106,568	4,641	0,033	0,035	4,641	0,571
DD ^a	67,683	1	67,683	2,948	0,088	0,022	2,948	0,399
Asist.Yıl.	59,481	2	29,740	1,295	0,277	0,020	2,591	0,277
M.Durm-DF ^a	59,050	1	59,050	2,572	0,111	0,020	2,572	0,357
MuaSüre-FM	50,948	1	50,948	2,219	0,139	0,017	2,219	0,315
MuaSüre	41,869	1	41,869	1,823	0,179	0,014	1,823	0,268
Cinsiyet	39,031	1	39,031	1,700	0,195	0,013	1,700	0,253
Cins-Dİ ^a	38,266	1	38,266	1,667	0,199	0,013	1,667	0,249
As.Yıl-FM	37,640	2	18,820	0,820	0,443	0,013	1,639	0,188
Uzm.Prog.	33,980	1	33,980	1,480	0,226	0,011	1,480	0,227
Dİ ^a	27,669	1	27,669	1,205	0,274	0,009	1,205	0,193
FM	20,052	1	20,052	0,873	0,352	0,007	0,873	0,153
Uz.Prog-FM	14,261	1	14,261	0,621	0,432	0,005	0,621	0,123
EGİ ^a	11,807	1	11,807	0,514	0,475	0,004	0,514	0,11
DF ^a	11,972	1	11,972	0,521	0,472	0,004	0,521	0,111
KrHst.	9,054	1	9,054	0,394	0,531	0,003	0,394	0,096
Kr.Hst-FM	8,744	1	8,744	0,381	0,538	0,003	0,381	0,094
Tıp Tercih	5,884	1	5,884	0,256	0,614	0,002	0,256	0,079
Uzm.Tercih	0,451	1	0,451	0,020	0,889	0,000	0,020	0,052
As.Yıl-KrHst	1,073	2	0,537	0,023	0,977	0,000	0,047	0,053
Hata	2961,939	129	22,961					
Toplam	91137,000	162						
Düzeltilmiş Toplam	4099,809	161						

Notlar: ANCOVA analizi uygulanmıştır.
a.Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği Puanlarının Normal Dağılıma Göre Daha İyi Dağılmış Halleri. DD: Dikkati Düzenleyebilme EGİ: Etkilenmeden Gözleme İzleme DF: Duyumsal Farkındalık Dİ: Duyularını İsimlendirme.

Cins:Cinsiyet, M.Durm: Medeni Durum, Uz.Prog: ,Uzmanlık Programı, As.Yıl: Asistanlık Yılı, Hast.Sayı: Polikliniğe başvuran günlük hasta sayısı, MuaSüre: Hastaların ortalama muayene süresi, Adı.Hitap: Hastalara adı ile hitap etme, Şabln.Rçt: Şablon Reçete Kullanma, Tıp.Tercih: Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme, Uzm.Tercih: Uzmanlık alanını isteyerek Seçme, Kr.Hst: Kronik hastalık durumu, Akraba.Kr.Hastalık: Birinci derece akrabada kronik hastalık durumu, Hast.Merk.Eğit: Hasta merkezli eğitim alma durumu.



Şekil 3. ‘HHYÖ-Paylaşım’ Puanları Üzerinde Marjinal Etkili Değişkenlerin Katkı Boyutlarına Göre Sıralaması

Not: IDFN, ölçek puanlarının normal dağılıma göre düzenlenmiş şeklini göstermektedir. BFBFÖ, Beş faktörlü bilgece farkındalık ölçeği. M.durum, medeni durum. M.durum*Duy.İsim, medeni durum duygularını isimlendirebilme etkileşimi

Kovaryans analizi sonucunda olaya anlamlı katkısı bulunan değişkenlerin etkisini açıklayabilmek için ek analizler yapılmıştır.

1. Medeni Duruma Göre ‘HHYÖ-Paylaşım’ Puanları Marjinal Ortalamalarının Durumu

Bekar katılımcıların düzeltilmiş ‘HHYÖ-Paylaşım’ puan ortalamaları evli katılımcıların puanlarından yüksekti ($p=0,018$) (Tablo 8).

Tablo 8. Medeni Durum Gruplarında ‘HHYÖ-Paylaşım’ Marjinal Puanlarının Durumu

Medeni Durum	n	Ortalama	Standart Hata	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Üst sınır
Bekar	63	24,97 ^a	1,68	21,63	28,30
Evli	99	23,01 ^a	1,60	19,84	26,19

NOT: a. Modeldeki kovaryans değişkenlerin belirtilen değerlerinde düzeltilmiş paylaşım puan ortalamaları. Kovaryans değişkenler: Fizik Muayene Yüzdesi = 52,37, Dikkati Düzenleyebilme= 12,59, Etkilenmeden Gözleme ve İzleme= 13,17, Duyusal Farkındalık= 13,79, Duygularını İsimlendirme= 14,24.
Bağımlı değişken: Hasta Hekim Yönelim Ölçeği Paylaşım Alt Ölçek Puanı

2. Medeni Duruma Göre, ‘BFBFÖ-Dİ’ puanları ile ‘HHYÖ-Paylaşım’ Puanının Korelasyonu

Bekar grubunda ‘BFBFÖ-Dİ’ puanı ile ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ($p < 0,01$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bekar grubunda katılımcıların ‘BFBFÖ-Dİ’ puanları arttıkça ‘HHYÖ-Paylaşım’ artmaktaydı. Evli grubunda ise ‘BFBFÖ-Dİ’ ile ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Medeni Durum Alt Gruplarında ‘HHYÖ-Paylaşım’ Puanları ile ‘BFBFÖ-Dİ’ Puanlarının Korelasyonu

Değişkenler		HHYÖ-Paylaşım	
Bekar	BFBFÖ-Duygularını İsimlendirebilme ^a	rho	0,346
		p	0,005
		n	63
Evli	BFBFÖ-Duygularını İsimlendirebilme ^a	rho	0,085
		p	0,400
		n	99

Not: Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. HHYÖ: Hasta Hekim Yönelim Ölçeği
BFBFÖ: Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği

a. Beş faktörlü bilgece farkındalık ölçeği puanlarının normal dağılıma göre daha iyi dağılmış hallerini göstermektedir.
BFBFÖ: Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği
Bağımlı değişken: HHYÖ-Paylaşım: Hasta Hekim Yönelim Ölçeği Paylaşım puanı

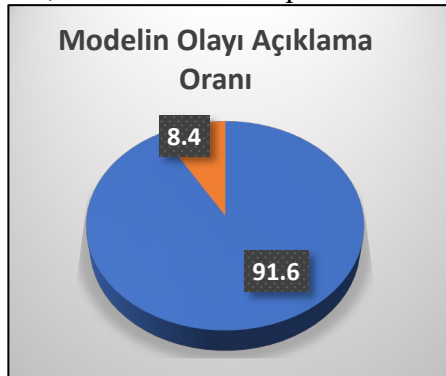
4.6. ASİSTAN HEKİMLERİN ‘HHYÖ-BAKIM’ PUANLARININ KOVARYANS ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

‘HHYÖ-Bakım’ puanlarındaki değişim üzerinde etkili olabilecek BFBFÖ-K alt ölçek puanları ile yaş, cinsiyet ve diğer sayısal ve kategorik değişkenlerin bir arada etkilerinin incelendiği Genel Doğrusal Model - ANCOVA analizi uygulandı. Analiz varsayımlarını sağlayan modele dahil edilebilen kategorik ve sayısal değişkenler Tablo 10’ da gösterilmiştir.

Tablo 10. ‘HHYÖ-Bakım’ Puanlarındaki Değişim Üzerinde Etkili Olabilecek ve ANCOVA Analizi Modeline Dahil Edilebilen Kategorik Değişkenler

Kategorik Değişkenler
Cinsiyet
Uzmanlık Programı
Asistanlık Yılı
Polikliniğe Başvuran Hasta Sayısı
Ortalama Muayene Süreleri
Hastaya Adı ile Hitap Etme
Şablon Reçete Kullanma
Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme
Ailede Kronik Hastalık Öyküsü
Hasta Merkezli Eğitim Alma Durumu
Sayısal Değişkenler
Fizik Muayene Yüzdesi
DD ^a
EGİ ^a
DF ^a
Dİ ^a
a.Beş faktörlü bilgece farkındalık ölçeği puanlarının normal dağılıma göre daha iyi dağılmış hallerini göstermektedir. DD: Dikkati Düzenleyebilme EGI: Etkilenmeden Gözleme İzleme DF: Duyumsal Farkındalık DI: Duygularını İsimlendirme. Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği Alt Boyutları

G Power analizi sonucunda ‘HHYÖ-Bakım’ ANCOVA modelinin etki büyüklüğü 3,280 olarak bulundu. ‘HHYÖ-Bakım’ puanlarının üzerine etki eden faktörlerin incelendiği Genel Doğrusal Model-ANCOVA (Kovaryans Analizi) modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F_{23,138}=65,185, p<0,001$). Analiz sonucunda çalışmanın gücü %100, nonsentrimetrik parametre ise 1499,25 olarak tespit edildi



Şekil 4. ANCOVA ‘HHYÖ-Bakım’ Modelinin Olayı Açıklama Oranı

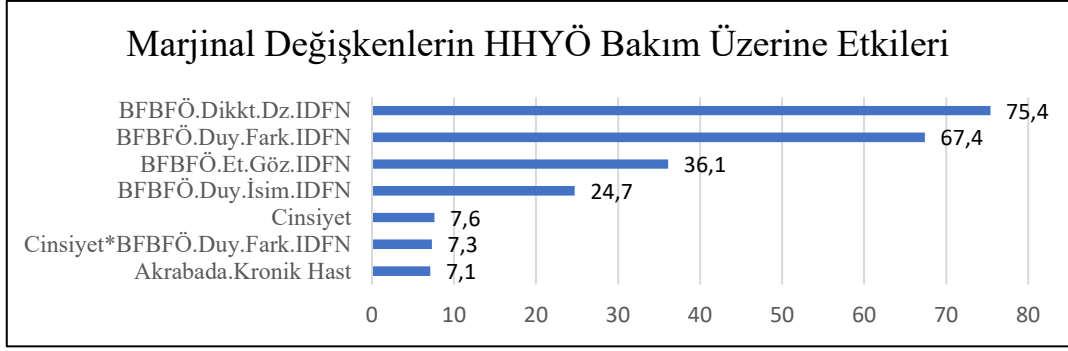
(Tablo 11). Şekil 3'te gösterildiği üzere kurulan kovaryans analiz modeli bakım puanlarındaki değişimin %91,6'sını açıklamaktaydı ($\eta^2=0,916$) (Tablo 11).

Değişkenlerin 'HHYÖ-Bakım' puanları üzerindeki etkisi Tablo 11'de gösterilmiştir. Cinsiyetin 'HHYÖ-Bakım' puanları üzerinde anlamlı etkisi vardı ($F(1, 138) = 11,332, p= 0,001$). Akrabada kronik hastalık olma durumunun 'HHYÖ-Bakım' puanı üzerinde anlamlı etkisi vardı ($F(1, 138) = 10,536, p= 0,001$). 'BFBFÖ-DD' puanının 'HHYÖ-Bakım' puanları üzerinde istatistiksel anlamlı etkisi vardı ($F(1, 138) = 423,115, p< 0,001$). 'BFBFÖ-DF' puanının 'HHYÖ-Bakım' puanı üzerinde anlamlı etkisi vardı ($F(1, 138) = 285,061, p< 0,001$). 'BFBFÖ-EGİ' puanının 'HHYÖ-Bakım' puanı üzerinde anlamlı etkisi vardı ($F(1, 138) = 77,919, p< 0,001$). 'BFBFÖ-Dİ' puanının 'HHYÖ-Bakım' puanı üzerinde anlamlı etkisi vardı ($F(1, 138) = 45,177, p< 0,001$). Cinsiyet ve 'BFBFÖ-DF' etkileşiminin 'HHYÖ-Bakım' puanı üzerinde anlamlı etkisi vardı ($F(1, 138) = 10,891, p=0,001$). Diğer değişkenler ile 'HHYÖ-Bakım' puanları arasında marjinal etki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11'de değişkenler 'HHYÖ-Bakım' puanları üzerindeki değişime verdikleri katkıya göre azalan ölçüde sıralanmıştır. 'HHYÖ-Bakım' puanları üzerinde anlamlı etkisi olan değişkenler katkı boyutuna göre sıralaması 'BFBFÖ-DD' ($\eta^2=0,754$), 'BFBFÖ-DF' ($\eta^2=0,674$), 'BFBFÖ-EGİ' ($\eta^2=0,361$), 'BFBFÖ-Dİ' ($\eta^2=0,247$), cinsiyet ($\eta^2=0,076$), 'cinsiyet ve 'BFBFÖ-DF' etkileşimi' ($\eta^2=0,073$) ve akrabada kronik hastalık olma durumu ($\eta^2=0,071$) şeklindedir (Şekil 4). Muayene süresi, tıp fakültesini isteyerek seçme durumu ve hasta merkezli eğitim durumu ise bakım puanlarındaki değişime katkı sağlamamıştır ($\eta^2=0,000$).

Tablo 11. ‘HHYÖ-Bakım’ Puanları Üzerinde Etkili Olabilecek Faktörlerin Kovaryans Analizi Sonuçları

Değişken	Kareler Top.	df	Kareler Ort.	F	p	Par.Eta Skoru (η^2)	Noncent. Param.	Gözlenen Güç
Düzeltilmiş Model	1396,727	23	60,727	65,185	<0,001	0,916	1499,25	1,000
Kesişim	818,493	1	818,493	878,572	<0,001	0,864	878,572	1,000
DD ^a	394,182	1	394,182	423,115	<0,001	0,754	423,115	1,000
DF ^a	265,568	1	265,568	285,061	<0,001	0,674	285,061	1,000
EGİ ^a	72,590	1	72,590	77,919	<0,001	0,361	77,919	1,000
Dİ ^a	42,088	1	42,088	45,177	<0,001	0,247	45,177	1,000
Cins.	10,557	1	10,557	11,332	<0,001	0,076	11,332	0,917
Cins-DF ^a	10,146	1	10,146	10,891	<0,001	0,073	10,891	0,906
Aile.KrHst.	9,815	1	9,815	10,536	<0,001	0,071	10,536	0,897
Adı.Hitap	6,110	4	1,528	1,640	0,168	0,045	6,559	0,494
Asist.Yıl.	3,374	2	1,687	1,811	0,167	0,026	3,622	0,373
Cins-Dİ ^a	2,634	1	2,634	2,827	0,095	0,020	2,827	0,386
UzProg.	1,172	1	1,172	1,258	0,264	0,009	1,258	0,200
Hast.Sayı.	0,987	2	0,493	0,530	0,590	0,008	1,059	0,136
KrHst.	0,404	1	0,404	0,433	0,511	0,003	0,433	0,100
Sabln.Rçt.	0,247	1	0,247	0,265	0,607	0,002	0,265	0,080
FM	0,146	1	0,146	0,157	0,693	0,001	0,157	0,068
HMEğitm	0,059	1	0,059	0,063	0,802	0,000	0,063	0,057
Tıp.Tercih	0,000	1	0,000	0,000	0,985	0,000	0,000	0,050
Hata	128,563	138	0,932					
Toplam	51629,000	162						
Düzeltilmiş Toplam	1525,290	161						
<p><i>Notlar:</i> ANCOVA analizi uygulanmıştır. *p<0,05 Bağımlı Değişken: Hasta Hekim Yönelim Ölçeği Bakım Puanı</p> <p>a.Beş faktörlü bilgece farkındalık ölçeği puanlarının normal dağılıma göre daha iyi dağılmış hallerini göstermektedir. DD: Dikkati Düzenleyebilme, EGİ: Etkilenmeden Gözlemeleme İzleme, DF: Duyumsal Farkındalık, Dİ: Duyularını İsimlendirme (Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği Alt Boyutları).</p> <p>Cins: Cinsiyet; UzProg: ,Uzmanlık Programı; Asist.Yıl: Asistanlık Yılı; Hast.Sayı: Polikliniğe başvuran günlük hasta sayısı; Mua.Süre: Hastaların ortalama muayene süresi; Adı.Hitap: Hastalara adı ile hitap etme; Şabln.Rçt: Şablon Reçete Kullanma; Tıp.Tercih: Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme; KrHst: Kronik hastalık durumu; Aile.KrHst: birinci derece akrabada kronik hastalık durumu; HMEğitm: Hasta merkezli eğitim alma durumu</p>								



Şekil 5. ‘HHYÖ-Bakım’ Puanları Üzerinde Marjinal Etkili Değişkenlerin Katkı

Boyutlarına Göre Sıralaması

Not: IDFN, Ölçek puanlarının normal dağılıma göre düzenlenmiş hallerini göstermektedir. BFBFÖ, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği. Dikkt.Dz, Dikkati Düzenleyebilme. Duy.Fark, Duyumsal Farkındalık. Et.Göz, Etkilenmeden Gözlemlene ve İzleme. Cns, Cinsiyet. Cns*Duy.fark, Cinsiyet ve Duyumsal Farkındalık etkileşimi. Akrabada Kr. Hast, akrabada kronik hastalık.

Kovaryans analizi sonucunda olaya anlamlı katkısı bulunan değişkenlerin etkisini açıklayabilmek için ek analizler yapılmıştır. Bu analizler şu şekildedir:

1.Cinsiyete göre ‘HHYÖ-Bakım’ Puanlarının Marjinal Ortalamalarının Durumu

Erkeklerin düzeltilmiş ‘HHYÖ-Bakım’ puan ortalamaları kadınlardan yüksekti ($p < 0,001$) (Tablo 12) .

Tablo 12. Katılımcıların Cinsiyet Gruplarına Göre ‘HHYÖ-Bakım’ Marjinal Ortalamalarının Durumu

Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Hata	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Üst Sınır
Erkek	67	17,70 ^a	0,21	17,29	18,10
Kadın	95	17,51 ^a	0,20	17,12	17,90

NOT: a. Modeldeki kovaryans değişkenlerin belirtilen değerlerine göre düzeltilmiş bakım puan ortalamaları. Kovaryans değişkenler: Fizik Muayene Yüzdesi = 51,99, Dikkati Düzenleyebilme= 12,62, Etkilenmeden Gözlemlene ve İzleme= 13,13, Duyumsal Farkındalık .IDFN = 13,85, Duyularını İsimlendirebilme= 14,28.
Bağımlı değişken: Hasta Hekim Yönelim Ölçeği Bakım Alt Ölçek Puanı

2. Ailede Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre ‘HHYÖ-Bakım’ Puanlarının Marjinal Ortalamalarının Durumu;

Ailede kronik hastalık öyküsü bulunanların düzeltilmiş ‘HHYÖ-Bakım’ puan ortalamaları, olmayanlardan yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların Akrabada Kronik Hastalık Öyküsüne Göre ‘HHYÖ-Bakım’ Marjinal Ortalamalarının Durumu

Ailede Kronik Hastalık Öyküsü	n	Ortalama	Standart Hata	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Üst Sınır
Evet	95	17,89 ^a	0,19	17,52	18,25
Hayır	67	17,32 ^a	0,21	16,91	17,74

NOT: a. Modeldeki kovaryans değişkenlerin belirtilen değerlerine göre düzeltilmiş bakım puan ortalamaları. Kovaryans değişkenler: Fizik Muayene Yüzdesi = 51,99, Dikkati Düzenleyebilme= 12,62, Etkilenmeden Gözlemeleme ve İzleme= 13,13, Duyumsal Farkındalık .IDFN = 13,85, Duyularını İsimlendirebilme= 14,28.
Bağımlı değişken: Hasta Hekim Yönelim Ölçeği Bakım Alt Ölçek Puanı

3. BFBFÖ-K Alt Boyutları ile ‘HHYÖ-Bakım’ Puanlarının İlişkisi

‘BFBFÖ-DD’ puanı ile ‘HHYÖ-Bakım’ puanları arasında negatif yönlü güçlü düzeyde, anlamlı ($p<0,001$) bir ilişki saptanmıştır. ‘BFBFÖ-EGİ’ ve ‘BFBFÖ-Dİ’ puanı ile ‘HHYÖ-Bakım’ puanları arasında negatif yönde orta düzeyde, anlamlı bir ($p<0,001$) ilişki saptanmıştır. ‘BFBFÖ-DF’ puanı ile ‘HHYÖ-Bakım’ puanı arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ($p<0,001$) bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların ‘BFBFÖ-DD’ ‘BFBFÖ-EGİ’ ‘BFBFÖ-Dİ’ puanları arttıkça ‘HHYÖ-Bakım’ puanları azalmaktadır. ‘BFBFÖ-DF’ puanları arttıkça ‘HHYÖ-Bakım’ puanları artmaktadır (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların ‘HHYÖ-Bakım’ Puanı ile BFBFÖ-K Alt Ölçek Puanlarının İlişkisi

Değişkenler		HHYÖ-Bakım
BFBFÖ-Dikkati Düzenleyebilme ^a	r	-0,751
	p	<0,001
	n	162
BFBFÖ-Etkilenmeden Gözlemleme ve İzleme ^a	r	-0,522
	p	<0,001
	n	162
BFBFÖ-Duyumsal Farkındalık ^a	r	0,418
	p	<0,001
	n	162
BFBFÖ-Duyularını İsimlendirme ^a	r	-0,503
	p	<0,001
	n	162
<i>Notlar:</i> Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. HHYÖ: Hasta Hekim Yönelim Ölçeği BFBFBÖ: Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği		
a. Ölçek puanlarının normal dağılımı göre yeniden düzenlenmiş hallerini göstermektedir.		

4. Cinsiyet Gruplarında ‘BFBFÖ-DF’ Puanları ile ‘HHYÖ-Bakım’ Puanlarının Karşılaştırılması

Her iki cinsiyet grubunda ‘BFBFÖ-DF’ puan kategorisi arttıkça, ‘HHYÖ-Bakım’ puanı 21 ve üzerinde olma durumu artmaktaydı. Bu durum kadınlarda daha belirgin ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,01$) (Tablo 15).

Tablo 15. Cinsiyet Alt Gruplarında ‘HHYÖ-Bakım’ Puanları ile ‘BFBFÖ-DF’ Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet			HHYÖ-Bakım			Toplam	p	
			≤15	16-20	≥21			
Erkek	BFBFÖ- DF	≤10	n (%)	5 (50,0)	5 (50,0)	0 (0,0)	10 (100)	0,079
		11-15	n (%)	9 (22,0)	23 (56,0)	9 (22,0)	41 (100)	
		≥16	n (%)	1 (6,3)	10 (62,5)	5 (31,2)	16 (100)	
		Toplam	n (%)	15 (22,4)	38 (56,7)	14 (20,9)	67 (100)	
Kadın	BFBFÖ- DF	≤10	n (%)	2 (33,3)	4 (66,7)	0 (0,0)	6 (100)	0,006
		11-15	n (%)	20 (32,2)	36 (58,1)	6 (9,7)	62 (100)	
		≥16	n (%)	2 (7,4)	15 (55,6)	10 (37,0)	27 (100)	
		Toplam	n (%)	24 (25,3)	55 (57,9)	16 (16,8)	95 (100)	
<p><i>Notlar:</i> Pearson ki kare analizi kullanılmıştır. DF: Duyumsal Farkındalık HHYÖ: Hasta Hekim Yönelim Ölçeği BFBFÖ: Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği</p>								

5.TARTIŞMA

Araştırmamızda aile hekimliği asistan hekimlerinin bilinçli farkındalık (BF) düzeylerinin hasta merkezli yaklaşım (HMY) tutumu üzerinde etkisini ortaya koymayı amaçladık. BF düzeyi, medeni durum, cinsiyet ve ailede kronik hastalık öyküsü aile hekimliği asistanlarının hasta merkezli tutumu üzerinde anlamlı etkiliydi. Katılımcıların HMY tutumunu, ‘HHYÖ-Paylaşım’ ve ‘HHYÖ-Bakım’ olmak üzere iki başlık altında inceledik.

Çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlası kadınlardan ve evli bireylerden oluşmaktaydı. Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü’nün (OECD) 2021 Türkiye raporuna göre hekimlerin yarısından fazlası (yüzde 58) erkek hekimler oluşmaktadır (42). Bu durum aile hekimliğinin kadın hekimlerce daha fazla tercih edilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Yaş ortalaması asistanlar üzerinde yapılan diğer çalışmalarla benzerdi (43, 44).

Krupat’ın sınıflandırmasına göre çalışmamızdaki aile hekimliği asistanlarının HHYÖ ölçeği puanı HMY tutumu açısından düşük düzeydeydi (45). Literatüre bakıldığında diğer çalışmalarda da genellikle benzer düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Çalışmamızda asistan hekimlerin HHYÖ puanları genel olarak diğer çalışmalardan düşüktü (16, 18, 46-49) ancak daha Song ve ark.nın çalışmasındakinden ise yüksekti (17). Önal ve arkadaşlarının çalışmasında tıp eğitimi sürecinde HMY tutumunun arttığı gözlenirken (50), Ishikawa ve arkadaşlarının çalışmasında intörn doktorluk döneminin sonunda azaldığı gözlenmiştir (47). Bu çalışmalar HMY’nin meslek hayatının farklı dönemlerinden çeşitli şekillerde etkilenebildiğini göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıların stresli ve yoğun bir meslek hayatı dönemi olan asistanlık sürecinde olmaları, yine çalışmanın yapıldığı yer itibari ile hasta yoğunluğu yüksek bir bölgede çalışmanın yapılması hekimlerin hasta merkezli yaklaşımını olumsuz etkilemiş olabilir. Bunun yanında HMY’nin hekimin de bir parçası olduğu toplumun sosyokültürel yapısından etkilenmesi farklı sonuçlara sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda HHYÖ puanları 6 puan üzerinden standardize edildiğinde ‘HHYÖ-Bakım’ puanları ve ‘HHYÖ-Paylaşım’ puanları birbirine benzerdi. Ishikawa ve arkadaşlarının asistan doktorlar üzerindeki çalışmasında çalışmamızda olduğu gibi ‘HHYÖ-Paylaşım’ ve ‘HHYÖ-Bakım’ puanlarını benzer tespit edilmiştir (47). İncelenen çalışmalarda ise genel olarak ‘HHYÖ-Bakım’ puanları daha yüksek saptanmıştır (46, 48, 49, 51). Çalışmamızda asistan hekimlerin paylaşılmış karar verme ve psikososyal yaklaşıma benzer şekilde yaklaştığı söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların BFBFÖ-K toplam puanları Botaya ve arkadaşlarının (52) çalışması ile benzer bulunmuştur. Dobkin ve arkadaşlarının çalışmasında ise ‘BFBFÖ-DD’ ‘BFBFÖ-EGİ’ ve ‘BFBFÖ-YGİ’ puanları bizim çalışmamızdan yüksek saptanmıştır (53). Her üç çalışmada birinci basamakta hizmet veren doktorlarda yapılmasına rağmen sonuçların farklı olması, Botaya ve arkadaşlarının gönüllüler üzerinde müdahale çalışması bizim ise durum değerlendirme çalışması yapmamızdan kaynaklanmış olabilir.

Aile hekimliği asistanlarında HMY ile BF arasındaki ilişkiyi net bir şekilde ortaya koyan literatürde birebir benzer çalışmaya rastlanılmadı. Bilinçli farkındalığın, iletişim (53-55), empati (5, 17, 37, 56, 57) gibi özellikler ile ilişkisine bakıldığı, direkt olarak hasta merkezli yaklaşımı değil fakat hastaya daha objektif ve hasta yanlısı yaklaşıma olan etkisinin araştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Benzer olup bu ekseninde dönen çalışmalardan bizim çalışmamızda örtüşen ve çatışanlar vardır.

Çalışmamızda asistan doktorların BFBFÖ-BF düzeyleri ‘HHYÖ-Bakım’ skorları üzerinde etkiliydi. Katılımcıların ‘BFBFÖ-DF’ skorları arttıkça ‘HHYÖ-Bakım’ skorları artarken; ‘BFBFÖ-DD’ ‘BFBFÖ-Dİ’ ‘BFBFÖ-EGİ’ skorları arttıkça ‘HHYÖ-Bakım’ skorları azalmaktaydı. HIV pozitif hastalara sağlık bakım hizmeti veren doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada, bilinçli farkındalığı yüksek doktorların görüşmelerinin daha hasta merkezli iletişim karakterinde olduğu görülmüş (54). Fransa’da yapılan bir çalışmada, farkındalık temelli stres azaltma eğitimi sonrasında doktorların BF düzeylerinde artış ve eğitim sonrası hastaların Rochester İletişim Ölçeği ile doktorlarını değerlendirmesinde ‘HHYÖ-Bakım’ ile benzer sayılabilecek özelliklerinde gelişme görülmüştür (53). ‘HHYÖ-Bakım’ skorları doktorların görüşmelerde hastaların duygularının ele alınması ve hastaların hastalık olarak değil

birey olarak görülmesi yönündeki tutumunu göstermektedir. Kişinin kendi duygu deneyimlerine karşı ‘BFBFÖ-DF’ si arttıkça, diğer kişilerin de duygularına dikkat etmesi beklenebilir. Çalışmamızda ‘BFBFÖ-DD’ ‘BFBFÖ-EGİ’ ‘BFBFÖ-Dİ’ nin hasta merkezli yaklaşımın iki alt bileşeninden ‘HHYÖ-Bakım’ tutumundaki negatif etkisi, bu özellikleri daha yüksek hekimlerin, hastaları ile görüşmeleri sırasında daha subjektif davranmasına ve hastaların hastalık değil birey olarak görülmesi gerektiği yaklaşımını olumsuz etkilemiş olabilir. Birinci basamak sağlık kuruluşunda yapılan bir çalışmada, BFBFÖ-BF temelli müdahalenin, hasta merkezli iletişim ve hastaların doktor değerlendirmesinde anlamlı etkisi bulunmamıştır (55). Bu çalışmanın bizim çalışmamızdan farklı olarak gönüllüler üzerinde yapılan bir müdahale çalışması olması sonuçların farklı çıkmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca belirtilen müdahale çalışmalarında katılımcı sayısının oldukça az olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda bekar katılımcılarda BF alt ölçeklerinden ‘BFBFÖ-Dİ’ skorlarının arttıkça, ‘HHYÖ-Paylaşım’ skorlarının arttığı tespit edilmiştir. BFBFÖ-Duygularını isimlendirebilme kişinin kendi duygularını ve emosyonel deneyimlerini tanımlayabilmesini gösterir. Kişinin karşısındakiyle olan iletişiminde duygularını anlaması ve empati gösterebilmesi öncelikle kendi duygularının farkında olması ile ilişkili olabilir. Yapılan çalışmalarda farkındalık ile empati arasında olumlu ilişki olduğu gösterilmiştir (58). Yang ve arkadaşlarının, 1165 hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, empati ve iletişim kabiliyetlerinin, duygusal zeka ile hasta bakım kabiliyetleri arasındaki ilişkide önemli bir aracı faktör olduğu tespit edilmiştir (57). Bu da bizim çalışmamızda ‘BFBFÖ-Dİ’ ile HMY arasında bulduğumuz pozitif ilişkiyi açıklamaktadır. Yine doktorlar üzerinde yapılan çeşitli BF temelli müdahale çalışmalarında hekimlerin empati düzeylerinde ve iletişim kabiliyetlerinde artış ve psikososyal inançlarında olumlu gelişme saptanmıştır (5, 37). Biz müdahale etmemiş olsak da asistan doktorların bilinçli farkındalıkla ilişkili olarak benzer tutum sergiledikleri görüldü.

Çalışmamızda bekar katılımcılar evli bireylere göre daha yüksek ‘HHYÖ-Paylaşım’ tutumuna sahipti. Evli katılımcıların stres ve yoğunluğunun fazla olması veya hayat odaklarının değişmesi hastalara olan yaklaşımlarını olumsuz etkilemiş olabilir. Literatüre bakıldığında medeni durum ile HMY arasındaki ilişkiyi inceleyen

az sayıda çalışmaya rastlanabilmiştir. Song ve ark.nın sağlık çalışanları üzerinde yaptığı (17) ve Wang ve ark.nın doktorlar üzerinde yaptığı iki çalışmada da (49) medeni durum ile HMY arasında ilişki bulunmamıştır. HMY, hem toplumun sosyokültürel özelliklerinden hem de gelişmişlik düzeyinden etkilenmektedir. Bizim çalışmamız ile sonuçların farklı bulunmasının sebebi örneklemelerin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda erkek asistan doktorların ‘HHYÖ-Bakım’ skorları kadınlardan daha yüksekti. Örneklemimiz çoğunlukla kadın ve evli bireylerden oluşmaktaydı, kadınların asistanlık süreci ile birlikte, evlilik sürecindeki stres ve yoğunluğu hasta merkezli bakımını olumsuz etkilemiş olabilir. Lee ve ark. kadın diş hekimliği öğrencilerinin ‘HHYÖ-Paylaşım’ skorlarının erkeklerden yüksek olduğunu (18), yine Pekin’de yapılan bir çalışmada kadın hekimlerin daha HMY’ya sahip olduğu gözlemlenmiştir (16). Cerrahlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadın cerrahların erkeklere göre daha fazla ortak karar verme yönünde tercihte buldukları görülmüş (59). Ponce ve ark.nın Meksika’da psikiyatri doktorlarında yaptığı bir çalışmada kadın hekimlerin erkek hekimlere göre tanı ve tedavi stratejilerini hastalar ve hasta yakınları ile açık bir şekilde paylaştığı ve daha az paternalistik yaklaşıma sahip oldukları bulunmuş (60). Yine ülkemizde tıp öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların daha hasta merkezli tutuma sahip olduğu tespit edilmiş (50). Genel olarak yapılan çalışmalarda kadınların HMY tutumu erkeklerden yüksek bulunmuş. Bu durum sosyokültürel ve uzmanlık alanındaki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Alomran ve ark.nın aile hekimliği asistanlarında yaptığı bir çalışmada ise cinsiyete göre farklılık tespit edilmemiş (48). Bu durum, örneklemelerin farklı olmasından kaynaklanıyor olabileceği gibi bizim çalışmamızda cinsiyet değişkenini diğer değişkenlerle bir arada kümülatif değerlendirme içerisinde ele almamızdan kaynaklanmış olabilir ve etkisini daha net ortaya koymuş olmamızı sağlamış olabiliriz.

Çalışmamızda ailesinde kronik hastalığı olan bireyler, beklenildiği gibi daha fazla ‘HHYÖ-Bakım’ tutuma sahipti. Bu bireyler beklenildiği gibi hastaları birey olarak görme ve hastanın duygularına ve hasta ile arasındaki ilişkiye verilen önem açısından daha HMY tutumuna sahipti. Önal ve ark.nın tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada, doktor kontrolünde yakın akrabaya sahip olmanın

HMY üzerinde etkisi görülmemiştir (50). Bu durum aile hekimliği asistanlarının hekimlik pratiğine aktif olarak katılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir aynı zamanda bizim çalışmamızda etkili bulunması ise analiz yöntemi itibari ile kümülatif olarak değerlendirmemizden de kaynaklanıyor olabilir.

Liang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hasta-doktor iletişim dersi alan hekimlerin ‘HHYÖ-Bakım’ ve ‘HHYÖ-Paylaşım’ tutumlarının iletişim dersi almayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (16). Bu ilişki direkt olarak bakılmamış olmakla beraber ‘Hasta merkezli eğitim almak’ HMY modelleri üzerinde beklenildiğinin aksine anlamlı katkı sağlamamıştır. Belirtilen çalışmada katılımcıların kendi isteği ile eğitim almaya yönelen bireyler olması HMY tutumuna da daha fazla katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamızda ‘BFBFÖ-YGİ’ ve ‘BFBFÖ-DF’ skorları kadınlarda erkeklerden daha yüksekti. BF’in cinsiyet ile ilişkisini değerlendiren az sayıda çalışma vardır. Beach ve arkadaşlarının klinisyenlerle yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde kadınların bilinçli farkındalık düzeyi erkeklerden yüksek bulunmuş (54). İspanya’da birinci basamak sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada ise cinsiyetin bilinçli farkındalık üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür (52). Çalışmamızda sonuçların önceki çalışmadan farklı olması, önceki çalışmada total bilinçli farkındalık puanı üzerinden değerlendirilme yapılmış olması bizim ise alt ölçekler üzerinden değerlendirmemizden kaynaklanmış, alt ölçek puanı üzerindeki farklılaşma total ölçek puanına yansımamış olabilir.

Çalışmamızda daha önce psikolojik destek almayanların ‘BFBFÖ-DD’ EĞİ, Dİ skorları, alanlardan yüksekti. Acil servis çalışanları üzerinde yapılan longitudinal bir çalışmada bilinçli farkındalığın katılımcılar işe başladıktan 6 ay sonra hala daha az depresyon, anksiyete ve sosyal bozukluğu öngördüğü ve bilinçli farkındalığın mental iyilik halinin güçlü bir öngörücüsü olduğu saptanmıştır (61). Bizim çalışmamızda da mental iyilik halinin negatif göstergesi olan psikolojik destek alma durumunun düşük BF düzeyi ile ilişkili bulunmasının önceki çalışmalarla bağdaştığını düşünmekteyiz. Genel olarak bilinçli farkındalık müdahalelerinin mental iyilik hali üzerinde olumlu etkisi görülse de (43, 62-65), etkisinin olmadığı (66, 67) veya daha az belirgin olduğu

(44, 68) çalışmalar da vardır. Bu sonuçlar bilinçli farkındalık üzerinde etkili olabilecek diğer psikolojik ve kişisel faktörlerden kaynaklanmış olabilir.

Tıp fakültesini isteyerek tercih eden hekimlerin, 'BFBFÖ-EGİ' ve 'BFBFÖ-DF' düzeyleri isteyerek tercih etmeyenlerden yüksekti. BF düzeyleri daha yüksek olan hekimlerin fakülte tercihlerini de beklenildiği gibi farkındalıkla yaptıkları söylenebilir. Kronik hastalık öyküsü olmayan hekimlerin, olanlara göre 'BFBFÖ-EGİ' daha yüksekti. Kronik hastalık süreci, katılımcıları duygusal deneyimlerine daha tepkisel olmaları yönünde etkilemiş olabilir. Yine katılımcıların FM uygulama yüzdeleri ile 'BFBFÖ-EGİ' skorları arasında zayıf negatif bir korelasyon vardı. Duygu deneyimlerine karşı daha az tepkisel olan bireylerin daha fazla FM uyguladığı söylenebilir. Literatürde bu özellikleri irdeleyen çalışmalara rastlanılmamıştır.

Kovaryans analizi oluşturduğumuz çalışmamızda değişkenlerin, 'HHYÖ-Paylaşım' ve 'HHYÖ-Bakım' puanları üzerinde anlamlı etkisinin olup olmadığının saptanmasının yanında, kümülatif etki içerisindeki katkı boyutları sıralaması da tespit edildi. 'HHYÖ-Paylaşım' tutumu üzerinde marjinal etkili değişkenlerin katkı boyutlarına göre sıralaması öncelikle 'medeni durum' sonrasında 'BFBFÖ-duygularını isimlendirebilme' şeklindeydi. 'HHYÖ-Bakım' tutumu üzerinde marjinal etkili değişkenlerin katkı boyutlarına göre sıralaması ise en fazla 'BFBFÖ-dikkati düzenleyebilme' sonrasında sırayla 'BFBFÖ-duyumsal farkındalık', 'BFBFÖ-etkilenmeden gözlemlene ve izleme', 'cinsiyet' ve 'ailede kronik hastalık öyküsü' şeklindeydi. Bu bulguların literatüre katkı sağladığını düşünmekteyiz.

5. 1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ

Çalışmamız yalnızca aile hekimliği asistan grubundan katılımcılar ile yapılmış olması nedeniyle çalışmamızın bulguları tüm asistanlara atfedilemez ancak aynı alanda, benzer şartlarda, ortak müfredatta eğitim alan asistan hekimler üzerinde yapılmış olması, aile hekimliği asistanlarının hasta merkezli tutumunu daha net bir şekilde ortaya koyulmasını sağlamış olabilir.

Hasta hekim ilişkisi iki tarafı içeren bir ilişkidir. Çalışmamızda yalnızca hekimlerin hasta merkezli tutumunu etkileyecek faktörler üzerinde durulmuş fakat

ikinci taraf olan hastalar açısından değerlendirilememiş olması, verilerin hekimlerin öz bildirimleri ile elde edilmesi ve hasta merkezli tutum dışında davranışları da ölçen sorgulamalar veya görüşme kayıtlarıyla da değerlendirilmemiş olması verilerimizi kısıtlamaktadır. İleride yapılacak çalışmalarda bu noktaların dikkate alınmasının, HMY'nin daha net değerlendirilmesinde yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Ayrıca hem hasta merkezli yaklaşım hem de bilinçli farkındalık asistan hekimlerin psikolojik durumlarından ve kişilik özelliklerinden de etkilenebilmektedir. Çalışmamızda bu etkenlerin ayrıntılı ele alınmamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Çalışmamız hasta merkezli yaklaşım üzerinde etkili faktörlerin tek tek değil kümülatif bir bakış açısıyla tüm etki üzerindeki paylarının da gösterilmesinin sağlanması açısından önemlidir.

Çalışmamızın hasta hekim ilişkisinin ve iletişiminin en ön planda yer aldığı branşlardan olan aile hekimliği branşında yapılmış olması, daha önce ülkemizde bilinçli farkındalığın hasta merkezli yaklaşım üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamış olması ve ayrıca literatürde etkililiği ve geçerliliği kanıtlanmış ölçeklerle BF 'ın HMY üzerine etkisinin ortaya konduğu benzer bir çalışmaya da rastlanılamamış olması çalışmamızın güçlü yönlerindedir. Çalışmamızın bu alanda yapılacak başka çalışmalara ışık tutacağımız düşünüyöruz.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bilinçli farkındalığın, hasta merkezli tutum üzerinde etkili bir faktör olduğu tespit edildi. Ayrıca sosyodemografik özelliklerden cinsiyet, medeni durum ve ailede kronik hastalık bulunma öyküsü HMY üzerinde etkiliyken, Bilinçli farkındalık ile cinsiyet, kronik hastalık ve psikolojik destek alma öyküsü, arasında anlamlı farklılık tespit edildi.

Bu çalışma ile bilinçli farkındalık gibi kişisel ve toplumsal iyi oluşa odaklanan yaklaşımların hasta hekim arası ilişkiyi de geliştireceğine, iyi hekimliğin kendisiyle ve çevresiyle olan farkındalığına bağlı olduğuna dikkat çekmiş olabiliriz. Hekimliğin mekanik bir bakış açısıyla hastaların ‘arızasını tamir etme’ye indirgenmemesi gerekir, hekimlerin toplumun bir bireyi olarak içinde bulunduğu toplumu anlaması, empatik bir yaklaşım tarzı ve olumlu bir iletişimle içinde bulunduğu toplumun, fiziksel sağlığının yanında zihinsel ve ruhsal iyilik halini de geliştirici adımlarda bulunması gerektiğini düşünmekteyiz. Bu özellikler uzmanlık dalının özelliklerinden ve eğitiminden bağımsızdır ve önemini tüm tıp disiplinleri için korumaktadır.

Yapılan çalışmalar farkındalık ve hasta hekim iletişim becerisi gibi eğitimlerin hasta merkezli yaklaşım üzerinde olumlu etkisini göstermiştir. Bu tarz yaklaşımları içeren eğitimlerin ülkemizde de gerek tıp fakültesinde gerekse sonrasında devamlı tıp eğitimi kapsamında mezuniyet sonrasında verilmesi hekimlerin mesleki gelişimi olumlu etkileyebilir.

Hasta merkezli yaklaşım hasta hekim ilişkisinde yeni bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır ve üzerinde etkili olabilecek faktörler yoğun ilgi görmektedir. Bilinçli farkındalık hasta merkezli yaklaşımı etkileyebilecek faktörlerden yalnızca birisidir dolayısıyla hasta merkezli yaklaşımı etkileyebilecek başka yaklaşım tarzlarının da değerlendirildiği geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Erdoğan M, Kırılmaz H. Hasta Merkezlilik ve Hasta Merkezli Bakım. *İnsan ve İnsan*. 2020;7(24):97-126.
2. Uzun B, Kral T. Fark et, anda kal; namıdiğer Mindfulness: Farkandalık uygulamalarının dünü, bugünü ve kültürümüze duyarlılığı. *Uluslararası Bilim ve Eğitim Dergisi*. 2021;4(1):15-27.
3. Epstein RM. How doctors think. *J Clin Invest*. 2007;117(10):2738.
4. Osman I, Singaram VS. Effects of personality traits on mindful self-care practices of healthcare workers. *S Afr J Psychiatr*. 2023;29:2019.
5. Chen H, Liu C, Cao X, Hong B, Huang DH, Liu CY, et al. Effects of Loving-Kindness Meditation on Doctors' Mindfulness, Empathy, and Communication Skills. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8).
6. Doolittle BR. The Philosopher-Priest-Scientist and the New Age of Medicine. *Am J Med*. 2021;134(4):425-7.
7. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087-110.
8. Moira Stewart JBB, W Wayne Weston, Thomas R Freeman, Bridget L Ryan, Carol L McWilliam, Ian R McWhinney. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Fourth ed. CRC Press2024. 454 p.
9. Sezer Korucu K, Çalışkan Söylemez Ş, Oksay A. Biyopsikososyal Yaklaşım ve Gelişim Süreci. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 2021;12(30):689-700.
10. Ferreira PL, Morais C, Pimenta R, Ribeiro I, Amorim I, Alves SM. Empowerment and Knowledge as Determinants for Quality of Life: A Contribution to a Better Type 2 Diabetes Self-Management. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(5).
11. Nafradi L, Nakamoto K, Schulz P. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLOS ONE*. 2017;12:e0186458.
12. Yu DS, Li PW, Li SX, Smith RD, Yue SC, Yan BPY. Effectiveness and Cost-effectiveness of an Empowerment-Based Self-care Education Program on Health Outcomes Among Patients With Heart Failure: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2022;5(4):e225982.
13. Dobler CC, West CP, Montori VM. Can Shared Decision Making Improve Physician Well-Being and Reduce Burnout? *Cureus*. 2017;9(8):e1615.
14. David P. Rakel RER. *Aile Hekimliği*: Elsevier Limited; 2019.
15. Justin Allen BG, Harry Crebolder, Jan Heyrman, Igor Svab, Paul Ram. *Aile Hekimliği Avrupa Tanımı Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-42011* [Available from: https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf].

16. Liang H, Reiss MJ, Isaacs T. Factors affecting physicians' attitudes towards patient-centred care: a cross-sectional survey in Beijing. *BMJ Open*. 2023;13(4):e073224.
17. Song W, Hao Y, Cui Y, Zhao X, Liu W, Tao S, et al. Attitudes of medical professionals towards patient-centredness: a cross-sectional study in H City, China. *BMJ Open*. 2022;12(1):e045542.
18. Lee M, Ihm J. Empathy and attitude toward communication skill learning as a predictor of patient-centered attitude: a cross-sectional study of dental students in Korea. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):225.
19. Yıldırım G, Atilla G. Öz Yeterliğin Bilinçli Farkındalık ve Benlik Saygısına Etkisi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020;21(1):59-84.
20. Tolan Ö, Aktepe İ. Bilinçli Farkındalık: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020;12(4):534-61.
21. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Addressing Fundamental Questions about Mindfulness. *Psychological Inquiry*. 2007;18(4):272-81.
22. Altan MZ. Bilinçli Farkındalık ve İngiliz Dili ve Öğretimi Lisans Öğrencilerinin MAAS (The Mindful Attention Awareness Scale/ Bilinçli Farkındalık Dikkat Ölçeği) Dayalı Farkındalık ve Dikkat Düzeyleri. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*. 2021;7(16):612-49.
23. Koenig HG. Person-Centered Mindfulness: A Culturally and Spiritually Sensitive Approach to Clinical Practice. *J Relig Health*. 2023;62(3):1884-96.
24. Mirdal GM. Mevlana Jalāl-ad-Dīn Rumi and mindfulness. *Journal of Religion and Health*. 2012;51:1202-15.
25. Kara E. Farkındalık ve Kabullenme Psikoterapilerinin Temel Stratejileri ve İslam. *Eskişen*. 2020(40):377-406.
26. Yöntem MK. Mevlana Mesnevi'sinde Aşkın Bilinç. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*. 2015(52):10-28.
27. Rumi MC. *Mesnevi Mevlana Celaleddin Rumi*. Tunalı F, editor: Panama Yayıncılık; 2023. 1 p.
28. Christopher Germer RDS, Paul R. Fulton *Mindfulness and Psychotherapy, Second Edition* 2013.
29. Babak A, Motamedi N, Mousavi SZ, Ghasemi Darestani N. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Blood Pressure, Mental Health, and Quality of Life in Hypertensive Adult Women: A Randomized Clinical Trial Study. *J Tehran Heart Cent*. 2022;17(3):127-33.
30. Melnyk BM, Kelly SA, Stephens J, Dhakal K, McGovern C, Tucker S, et al. Interventions to Improve Mental Health, Well-Being, Physical Health, and Lifestyle Behaviors in Physicians and Nurses: A Systematic Review. *Am J Health Promot*. 2020;34(8):929-41.
31. Conversano C, Di Giuseppe M, Miccoli M, Ciacchini R, Gemignani A, Orrù G. Mindfulness, Age and Gender as Protective Factors Against Psychological Distress During COVID-19 Pandemic. *Front Psychol*. 2020;11:1900.

32. Cohen C, Pignata S, Bezak E, Tie M, Childs J. Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open*. 2023;13(6):e071203.
33. Chacko E, Ling B, Avny N, Barak Y, Cullum S, Sundram F, et al. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Stress Reduction in Family Carers of People Living with Dementia: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(1).
34. Brun C, Akinyemi A, Houtin L, Mizzi C, Cardoso T, Isnard Bagnis C. Mindfulness and compassion training for health professionals: A qualitative study. *Front Psychol*. 2022;13:1113453.
35. Hamilton-West K, Pellatt-Higgins T, Pillai N. Does a modified mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) course have the potential to reduce stress and burnout in NHS GPs? Feasibility study. *Prim Health Care Res Dev*. 2018;19(6):591-7.
36. Grepmaier L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M. Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychother Psychosom*. 2007;76(6):332-8.
37. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Jama*. 2009;302(12):1284-93.
38. Krupat E, Hiam CM, Fleming MZ, Freeman P. Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. *Int J Psychiatry Med*. 1999;29(3):347-56.
39. Özdemir S, Edirne T. Hasta-Hekim Yönelim Ölçeğinin (HHYÖ) Türkçeye uyarlanması. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2018;17.
40. Tran US, Glück TM, Nader IW. Investigating the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): construction of a short form and evidence of a two-factor higher order structure of mindfulness. *J Clin Psychol*. 2013;69(9):951-65.
41. Ayalp H, Hisli Şahin N. Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği - Kısa Formu'nun (BFBFÖ-K) Türkçe Uyarlanması. *Klinik Psikoloji Dergisi*. 2018;2:117-27.
42. OECD.Stat, Health Care Resources: Physicians by age and gender. [Internet]. Stat technology© OECD. [cited 21.02.2024]. Available from: (1)
43. Boden L, Rodriguez C, Kelly J, Khalsa A, Casper D. Mindfulness Applications: Can They Serve as a Stress, Anxiety, and Burnout Reduction Tool in Orthopaedic Surgery Training? A Randomized Control Trial. *JBS Open Access*. 2023;8.
44. Purdie DR, Federman M, Chin A, Winston D, Bursch B, Olmstead R, et al. Hybrid Delivery of Mindfulness Meditation and Perceived Stress in Pediatric Resident Physicians: A Randomized Clinical Trial of In-Person and Digital Mindfulness Meditation. *J Clin Psychol Med Settings*. 2023;30(2):425-34.
45. Bejarano G, Csiernik B, Young JJ, Stuber K, Zadro JR. Healthcare students' attitudes towards patient centred care: a systematic review with meta-analysis. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):324.

46. Wang D, Liu C, Zhang X. Do Physicians' Attitudes towards Patient-Centered Communication Promote Physicians' Intention and Behavior of Involving Patients in Medical Decisions? *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17).
47. Ishikawa H, Son D, Eto M, Kitamura K, Kiuchi T. Changes in patient-centered attitude and confidence in communicating with patients: a longitudinal study of resident physicians. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):20.
48. Alomran A, Alyousefi N. Attitudes of Family Medicine Trainees Towards Patient-Centeredness Practice. *Int J Gen Med*. 2023;16:329-36.
49. Wang J, Zou R, Fu H, Qian H, Yan Y, Wang F. Measuring the preference towards patient-centred communication with the Chinese-revised Patient-Practitioner Orientation Scale: a cross-sectional study among physicians and patients in clinical settings in Shanghai, China. *BMJ Open*. 2017;7(9):e016902.
50. Önal Ö, Tamam İ, Nur Eroğlu H. Bir Tıp Fakültesi 4-5-6. Sınıf Öğrencilerinin Hasta-Hekim İlişkisinde Hasta Merkezliğe Yönelik Tutumları Ve İlişkili Faktörler. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2020;27(2):200-8.
51. Lee J, Kim KH, Webster CS, Henning MA. The Evolution of Mindfulness from 1916 to 2019. *Mindfulness*. 2021;12(8):1849-59.
52. Magallón-Botaya R, Pérula-de Torres LA, Verdes-Montenegro Atalaya JC, Pérula-Jiménez C, Lietor-Villajos N, Bartolomé-Moreno C, et al. Mindfulness in primary care healthcare and teaching professionals and its relationship with stress at work: a multicentric cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):29.
53. Dobkin PL, Bernardi NF, Bagnis CI. Enhancing Clinicians' Well-Being and Patient-Centered Care Through Mindfulness. *J Contin Educ Health Prof*. 2016;36(1):11-6.
54. Beach MC, Roter D, Korthuis PT, Epstein RM, Sharp V, Ratanawongsa N, et al. A multicenter study of physician mindfulness and health care quality. *Ann Fam Med*. 2013;11(5):421-8.
55. Schroeder DA, Stephens E, Colgan D, Hunsinger M, Rubin D, Christopher MS. A Brief Mindfulness-Based Intervention for Primary Care Physicians: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Am J Lifestyle Med*. 2018;12(1):83-91.
56. Fendel JC, Aeschbach VM, Schmidt S, Göritz AS. The impact of a tailored mindfulness-based program for resident physicians on distress and the quality of care: A randomised controlled trial. *J Intern Med*. 2021;290(6):1233-48.
57. Yang L, Zhang H. The Chain Mediating Effect of Network Behavior and Decision Self-Efficacy between Work Skills and Perceived Employability Based on Social Cognitive Theory. *Comput Intell Neurosci*. 2022;2022:5240947.
58. Tement S, Ketiš ZK, Mirošević Š, Selič-Zupančič P. The Impact of Psychological Interventions with Elements of Mindfulness (PIM) on Empathy, Well-Being, and Reduction of Burnout in Physicians: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21).
59. Garcia-Retamero R, Wicki B, Cokely E, Hanson B. Factors Predicting Surgeons' Preferred and Actual Roles in Interactions With Their Patients. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2014;33.

60. Lazcano-Ponce E, Angeles-Llerenas A, Rodríguez-Valentín R, Salvador-Carulla L, Domínguez-Esponda R, Astudillo-García CI, et al. Communication patterns in the doctor-patient relationship: evaluating determinants associated with low paternalism in Mexico. *BMC Med Ethics*. 2020;21(1):125.
61. Westphal M, Wall M, Corbeil T, Keller DI, Brodmann-Maeder M, Ehlert U, et al. Mindfulness predicts less depression, anxiety, and social impairment in emergency care personnel: A longitudinal study. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260208.
62. Chesak SS, Morin KH, Cutshall SM, Jenkins SM, Sood A. Feasibility and efficacy of integrating resiliency training into a pilot nurse residency program. *Nurse Educ Pract*. 2021;50:102959.
63. van Wietmarschen H, Tjaden B, van Vliet M, Battjes-Fries M, Jong M. Effects of mindfulness training on perceived stress, self-compassion, and self-reflection of primary care physicians: a mixed-methods study. *BJGP Open*. 2018;2(4):bjgpopen18X101621.
64. Dobie A, Tucker A, Ferrari M, Rogers JM. Preliminary evaluation of a brief mindfulness-based stress reduction intervention for mental health professionals. *Australas Psychiatry*. 2016;24(1):42-5.
65. Verweij H, Waumans RC, Smeijers D, Lucassen PL, Donders AR, van der Horst HE, et al. Mindfulness-based stress reduction for GPs: results of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. *Br J Gen Pract*. 2016;66(643):e99-105.
66. Fraiman YS, Cheston CC, Cabral HJ, Allen C, Asnes AG, Barrett JT, et al. Effect of a Novel Mindfulness Curriculum on Burnout During Pediatric Internship: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA pediatrics*. 2022.
67. Pérula-de Torres L, Verdes-Montenegro-Atalaya JC, Melús-Palazón E, García-de Vinuesa L, Valverde FJ, Rodríguez LA, et al. Comparison of the Effectiveness of an Abbreviated Program versus a Standard Program in Mindfulness, Self-Compassion and Self-Perceived Empathy in Tutors and Resident Intern Specialists of Family and Community Medicine and Nursing in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8).
68. Pérez V, Menéndez-Crispín EJ, Sarabia-Cobo C, de Lorena P, Fernández-Rodríguez A, González-Vaca J. Mindfulness-Based Intervention for the Reduction of Compassion Fatigue and Burnout in Nurse Caregivers of Institutionalized Older Persons with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(18).

8.ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Zeynep Şeyma Altun

Doğum yeri ve tarihi : Osmaniye / 18.06.1994

Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2023-Halen / T.C. S.B. Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği. Ankara / Asistan Hekim

2021-2023 / T.C. S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği. Ankara / Asistan Hekim

2020-2020 / Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Konya / Asistan Hekim

2012-2018 / Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Lisans

III- Unvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Asistan Hekim, Hekim

IV- Mesleki Deneyimi

2018-2018 / T.C. S.B. Çankırı Devlet Hastanesi, Acil Servis. Çankırı, Hekim

V- Bilimsel İlgi Alanları Yayınları: (Ulusal ya da uluslararası makale, bildiri, poster, kitap/kitap bölümü vb.)

9. EKLER

EK 1. ANKET FORMLARI

SOSYODEMOGRAFİK FORM

SPSS NO:

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz: 1)Kadın 2)Erkek

3-Medeni Durumunuz: 1)Bekar 2)Evli

4-Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde hangi programdasınız?

1)Aile Hekimliği Uzmanlığı 2)Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı

5-Toplam mesleki tecrübeniz nedir?

1) 0-5 yıl 2) 6-10 yıl 3) 11-15 yıl 4) 16 yıl ve üzeri

6-Aile hekimliği asistanlığında kaçınıcı yılınız?(SAHU eğitimi alanlar için her iki yılı bir yıl olarak yazınız)

1) 0-1 yıl 2) 1-2 yıl 3) 2-3 yıl

7- Polikliniğinize bir günde başvuran ortalama hasta sayınız nedir?

1) 30 hasta ve altı 2) 31-80 hasta 3) 81 hasta ve üzeri

8- Bir günde fizik muayene yaptığınız hasta sayısı ortalama yüzde kaçtır? (yüzdeler oran belirtiniz)

.....

9-Hastalarınızı muayene süreniz ortalama ne kadardır?

1) 5dk ve altı 2) 6-10 dk 3) 11- 15 dk 4) 16 –20 dk 5) 21 dk ve üzeri

10-Hastalarınıza adları ile hitap eder misiniz?

1) Her Zaman 2) Genellikle 3) Bazen 4) Nadiren 5) Hiçbir Zaman

11-Hastalarınızın tedavisinde şablon reçete kullanır mısınız?

1)Evet 2)Hayır

12-Tıp Fakültesini isteyerek mi seçtiniz?

1) Evet 2)Hayır

13-Uzmanlık alanınızı isteyerek mi seçtiniz?

1)Evet 2)Hayır

14-Kronik bir hastalığınız var mı?

1)Evet 2)Hayır

15-Birinci derece akrabalarınızda kronik veya kritik hastalığı olan var mı?

1)Evet 2)Hayır

16-Hasta Merkezli Yaklaşım konusunda eğitim aldınız mı?

1)Evet 2)Hayır

17-Daha önce psikolojik destek aldınız mı? Aldıysanız hangi konuda veya tanı ile aldınız?

1)Evet (.....) 2)Hayır

18-Günlük ortalama kaç saat uyursunuz?(sayı belirtiniz)

BFBFÖ-K

Lütfen aşağıdaki sorulara, size uygunlukları açısından, 1-5 aralığındaki puanlardan yalnızca bir tanesini işaretleyerek cevap veriniz. Önemli olan, soruları cevaplandırırken, size en uygun cevabı içtenlikle işaretlemenizdir. 1-5 aralığındaki her bir puanın ifade ettiği anlamlar, aşağıdaki çizelgede verilmiştir.

1 (Hiçbir Zaman)	2 (Nadiren)	3 (Bazen)	4 (Sıklıkla)	5 (Hemen Her Zaman)
---------------------	----------------	--------------	-----------------	------------------------

		1	2	3	4	5
1.	Saçımda esen rüzgarı, yüzüme vuran güneşi ya da buna benzer duyuları fark eder ve dikkatimi bir süretiğine onlara veririm.					
2.	Doğadaki ya da bir tablodaki ışıkları, gölgeleri, dokuları, desenleri, renkleri, vb. fark edebilirim.					
3.	Çevremdeki kokuları, aromaları fark ederim.					
4.	Dikkatimi kuş civıltılarına, geçip giden araba seslerine ya da saatin tik-taklarına veririm.					
5.	Olaylar hakkında neler hissettiğimi ifade edebilecek doğru kelimeleri bulmakta güçlük çekerim.					
6.	Herhangi bir anda nasıl hissettiğimi, genellikle, ayrıntılarıyla tanımlayabilirim.					
7.	Doğru sözcükleri bulamadığım için, bedenimde bir şeyler hissettiğimde, onları tanımlamakta güçlük çekerim.					
8.	Yaşadıklarımı ve hissettiklerimi kelimelerle ifade edebilmek, benim doğal bir özelliğimdir.					
9.	Dikkatim kolayca dağılır.					
10.	Dikkatimi, o anda olup bitenler üzerinde tutmakta güçlük çekerim.					
11.	Hayallere daldığım, kaygı duyduğum ya da dikkatim dağıldığı için; dikkatimi o an yaptığım şeye veremem.					
12.	Bir iş yaparken aklım başka yerlere gider ve dikkatim kolayca dağılır.					
13.	Bazı duygularımın kötü ya da uygunsuz olduğunu ve bunları hissetmemem gerektiğini düşünürüm.					
14.	Kendi kendime, o sırada düşündüğüm şekilde düşünmemem gerektiğini söylerim.					
15.	Bazı düşüncelerimin kötü ya da anormal olduğuna ve bu şekilde düşünmemem gerektiğine inanırım.					
16.	Aklımdan kaygı/endişe veren düşünce veya hayaller geçtiğinde, o düşünce veya hayalin neyle ilişkili olduğuna bağlı olarak kendimi "iyisin" ya da "kötüsün" şeklinde yargıları.					
17.	Zor durumlarda; hemen tepki vermeden önce, kendimi biraz durdurabilirim.					
18.	Duyularımı, onlardan etkilenmeden, onların peşine takılmadan gözlemleyebilirim.					
19.	Rahatsız edici düşüncelerim ya da hayallerimin etkisi altına girmeden, geri adım atıp, onların farkına varabilirim.					
20.	Düşüncelerim ya da hayallerim rahatsız edici olsa bile kısa bir süre sonra sakinleşirim.					

Ayalp, H. D. ve Hisli Şahin, N. (2018). Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği - Kısa Formu'nun (BFBFÖ-K) Türkçe Uyarlaması. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 2(3), 117-127.

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

HASTA HEKİM YÖNELİM ÖLÇEĞİ (PPOS TR-14)

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

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

EK 2. ÖLÇEKLERİN YAZARINDAN KULLANIM İZİNİ

HA Handan Deniz Ayalp <hdenizayalp@gmail.com>
Kime: Siz 20.09.2023 Çar 21:04

BFBFÖ-K.pdf 83 KB
BFBFÖ-K Puanlama Formu.pdf 84 KB

3 ekin (2 MB) tümünü göster Tümünü OneDrive'a kaydet Tümünü indir

Sayın Altun,

Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği - Kısa Formu'nu (BFBFÖ-K) araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını, puanlama formunu ve makalesini kullanmanızdır. Söz konusu materyalleri ekte gönderiyorum. Ayrıca, ölçeğin orijinal formunun Tran, Glück ve Nader (2013) tarafından geliştirilmiş olması nedeniyle, çalışmanızda gerekli olan referanslara yer verilmesi gerekmektedir.

Çalışmanızda başarılar dilerim,

sö Serdar Özdemir <drserdarozdemir@gmail.com>
Kime: Siz 1.02.2023

Bilgi: tamer edirne

Zeynep Hanım merhaba.

Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği'nin tarafımızdan uyarlanan Türkçe Formu'nu araştırmanızda kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.

Serdar OZDEMİR MD, MA, PhD

Assistant Professor at the Department of Medical Education
Yeditepe University, Faculty of Medicine

EK 3. ETİK KURUL ONAY FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimliği Asistanlarında Bilinçli Farkındalığın Hasta Merkezli Yaklaşım Üzerine Etkisi
ÇALIŞMAYA ETİK KURUL TARAFINDAN VERİLEN NUMARA/KOD	AEŞH-EK1-2023-647

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Etik Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Varlık Mh. Halil Sezai Erkut Cc. No:5 Etik/ANKARA
	TELEFON	0312 797 00 00/ 750274
	FAKS	-
	E-POSTA	etiksh.etikkurul@saglik.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Dr. Özlem SUVAK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Etik Şehir Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz :Dr. Zeynep Şeyma ALTUN'un Tez Araştırması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hüseyin ERKİN
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimliği Asistanlarında Bilinçli Farkındalığın Hasta Merkezli Yaklaşım Üzerine Etkisi
ÇALIŞMAYA ETİK KURUL TARAFINDAN VERİLEN NUMARA/KOD	AEŞH-EK1-2023-647

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	24/10/2023	0	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	24/10/2023	0	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	24/10/2023	0	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:AEŞH-EK1-2023-647	Tarih: 22/11/2023		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.			

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hüseyin KESKİN
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimliği Asistanlarında Bilinçli Farkındalığın Hasta Merkezli Yaklaşım Üzerine Etkisi
ÇALIŞMAYA ETİK KURUL TARAFINDAN VERİLEN NUMARA/KOD	AEŞH-EK1-2023-647
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Beşeri Tıbbi Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hüseyin Levent KESKİN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Hüseyin Levent KESKİN (KURUL BAŞKANI)	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Güleser SAYLAM (KURUL BAŞKAN YARDIMCISI)	KBB Hastalıkları	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sibel ÖRSEL	Psikiyatri	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ece ÖNLÜ AKYÜZ	Fizik Tedavi-Rehabilitasyon	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ebru GÖK OĞUZ	Nefroloji	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Emin GEMCİOĞLU	Dahiliye	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Rasime Pelin KAVAK (BİLDİRİMDEN SORUMLU ÜYE)	Radyoloji	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşen Sumru KAVURT	Neonatoloji	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ahmet Burak ERDEM	Acil Tıp Kliniği	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.. Emine ARIK	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğ.Ü.Burek KÜÇÜK BİÇER	Halk Sağlığı	Gazi Üni. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr. Hürriyet Ekmel OLCAY	Farmakoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yüksek Mühendis Burcu DEMİR	Biyomedikal	S.B.Ü Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avukat Çiğdem GÜNERİ AYDIN	Hukukçu	S.B. Halk Sağlığı Genel Mdr.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Serdar YILMAZ	Sağlık Mensubu Olmayan	Emekli Bürokrat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

22/11/2023

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hüseyin Levent KESKİN
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 4. BENZERLİK ORANI RAPORU

Zeynep Şeyma Altun Uzmanlık Tezi

ORJİNALLİK RAPORU

%**9**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**8**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**4**

YAYINLAR

%**3**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

%3

★ vdoc.pub

İnternet Kaynağı

Alıntılarını çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat

EK 5. ANCOVA PAYLAŞIM MODELİ VARSAYIMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

1-Analiz Hazırlık Aşaması Varsayımı: Değişkenlerin normalite değerlendirilmesi.

Parametre	Sayı	Ort.	S.S.	Skewness	S.E.Skw	Z.Skw	Kurtosis	S.E.Kurt	Z.Kurt
HHYÖ.Paylaşım	175	23.39	5.14	0.216	.184	1.174	0.083	.365	0.227
BFBFÖ.Dikkt.Dz	175	12.49	3.51	-0.369	.184	-2.005	-0.429	.365	-1.175
BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	175	12.54	3.47	0.090	.184	0.489	-0.072	.365	-0.197
BFBFÖ.Yarg.Göz	175	13.79	3.14	-0.246	.184	-1.336	-0.388	.365	-1.063
BFBFÖ.Yarg.Göz.IDFN	175	13.83	3.08	0.041	.184	0.222	-0.226	.365	-0.619
BFBFÖ.Et.Göz	175	13.08	2.76	-0.309	.184	-1.679	0.570	.365	1.561
BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	175	13.11	2.72	0.041	.184	0.222	-0.226	.365	-0.619
BFBFÖ.Duy.Fark	175	13.74	2.82	-0.393	.184	-2.136	0.729	.365	1.997
BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	175	13.78	2.77	0.037	.184	0.201	-0.200	.365	-0.548
BFBFÖ.Duyg.İsim	175	14.15	2.66	-0.334	.184	-1.815	0.168	.365	0.460
BFBFÖ.Duyg.İsim.IDFN	175	14.19	2.62	0.049	.184	0.266	-0.152	.365	-0.416
FM.Yüzde	170	52.34	21.98	-0.052	.186	-0.279	-0.496	.370	-1.340

Not: Analizde Kullanacağımız Sayısal değişkenlerin Normalite değerlendirmeleri yapıldı. Bunun için Skewness ve Kurtosis değerleri ve bunların Z skorları ele alındı. Z skorlarının -1.96 ile + 1.96 arasında olanlar "Normal" dağılım kabul edildi. Normaliteyi sağlamak veya parametreleri daha iyi hale getirmek için iki aşamalı işlem yapıldı. Öncelikle verilerin "Fractional Rank" değerleri hesaplandı. Daha sonra SPSS "Transform-Compute Variable" menüsünde "Inverse DF-Idf.Normal" fonksiyonu kullanılarak normal veya daha iyi dağılım gösteren verilere dönüştürüldü.

2.Analiz Öncesi Varsayımlar

2.1.Sayısal değişkenlerin kollinearite değerlendirilmesi

Coefficients ^a						
Model		Correlations			Collinearity Statistics	
		Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	FM.Yüzde	-,022	,020	,019	,977	1,024
	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	,236	,175	,170	,841	1,189
	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	,175	,087	,084	,821	1,218
	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	,099	,085	,082	,993	1,007
	BFBFÖ.Duyg.İsim.IDFN	,165	,059	,057	,799	1,251

a. Dependent Variable: HHYÖ.Paylaşım

Not: Bağımsız Sayısal değişkenlerin kendi aralarındaki korelasyonun araştırıldığı "Kollinearite" analizinde 6 sayısal değişkenden 5inin VIF değerlerinin 5'İN altında olduğu görüldü. Bu durumda, 5 sayısal değişken için Kollinearite değerlerinin uygun olduğu değerlendirildi

2.2.Sayısal değişkenlerin hipotez faktör(kategorik değişkenlerin) grupları arasında regresyon eğimlerinin homojenliğinin değerlendirilmesi.

Faktör	p	Değişken	p	Etkileşim	p
Kod.Yaş.2	.049	FM.Yüzde	.321	Kod.Yaş.2*FM.Yüzde	.140
Cns	.616	FM.Yüzde	.748	Cns*FM.Yüzde	.457
M.Durum	.578	FM.Yüzde	.664	M.Durum*FM.Yüzde	.776
Uzm.Prog	.136	FM.Yüzde	.813	Uzm.Prog*FM.Yüzde	.160
Mes.Tec	.005	FM.Yüzde	.905	Mes.Tec*FM.Yüzde	.047
Asist.Yılı	.880	FM.Yüzde	.609	Asist.Yılı*FM.Yüzde	.727
Plk.Sayı	.140	FM.Yüzde	.936	Plk.Sayı*FM.Yüzde	.216
Mua.Süre	.160	FM.Yüzde	.764	Mua.Süre*FM.Yüzde	.104
Hastaya.Adı	.680	FM.Yüzde	.372	Hastaya.Adı*FM.Yüzde	.317
Şab.Reçete	.977	FM.Yüzde	.769	Şab.Reçete*FM.Yüzde	.887
Tip.İstek	.321	FM.Yüzde	.788	Tip.İstek*FM.Yüzde	.509
Uzm.İstek	.868	FM.Yüzde	.871	Uzm.İstek*FM.Yüzde	.988
Kr.Hast	.231	FM.Yüzde	.417	Kr.Hast*FM.Yüzde	.285
Akraba.Kr.Hast	.099	FM.Yüzde	.857	Akraba.Kr.Hast*FM.Yüzde	.099
Hast.Mrk.Eğt	.601	FM.Yüzde	.888	Hast.Mrk.Eğt*FM.Yüzde	.568
Psik.Destek	.116	FM.Yüzde	.334	Psik.Destek*FM.Yüzde	.135
Kod.Yaş.2	.329	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.003	Kod.Yaş.2* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.159
Cns	.724	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.002	Cns* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.792
M.Durum	.413	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.009	M.Durum* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.751
Uzm.Prog	.918	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.003	Uzm.Prog* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.968
Asist.Yılı	.035	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.011	Asist.Yılı* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.056
Plk.Sayı	.954	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.022	Plk.Sayı* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.977
Mua.Süre	.549	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.104	Mua.Süre* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.456
Hastaya.Adı	.067	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.004	Hastaya.Adı* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.120
Şab.Reçete	.002	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.000	Şab.Reçete* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.002
Tip.İstek	.344	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.004	Tip.İstek* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.424
Uzm.İstek	.641	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.011	Uzm.İstek* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.598
Kr.Hast	.093	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.000	Kr.Hast* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.052
Akraba.Kr.Hast	.394	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.004	Akraba.Kr.Hast* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.277
Hast.Mrk.Eğt	.095	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.010	Hast.Mrk.Eğt* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.081
Psik.Destek	.218	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.000	Psik.Destek* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.090
Kod.Yaş.2	.528	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.057	Kod.Yaş.2* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.384
Cns	.988	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.029	Cns* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.974
M.Durum	.301	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.058	M.Durum* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.539
Uzm.Prog	.927	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.030	Uzm.Prog* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.864
Asist.Yılı	.845	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.020	Asist.Yılı* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.849
Plk.Sayı	.812	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.041	Plk.Sayı* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.684
Mua.Süre	.629	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.021	Mua.Süre* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.347
Hastaya.Adı	.713	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.033	Hastaya.Adı* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.756
Tip.İstek	.699	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.050	Tip.İstek* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.845
Uzm.İstek	.512	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.133	Uzm.İstek* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.567
Kr.Hast	.842	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.032	Kr.Hast* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.705
Akraba.Kr.Hast	.243	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.072	Akraba.Kr.Hast* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.204
Hast.Mrk.Eğt	.409	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.030	Hast.Mrk.Eğt* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.429
Psik.Destek	.044	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	Psik.Destek* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.021
Kod.Yaş.2	.018	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.136	Kod.Yaş.2*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.007
Cns	.108	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.215	Cns*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.092
M.Durum	.230	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.167	M.Durum*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.109
Uzm.Prog	.477	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.209	Uzm.Prog*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.558
Asist.Yılı	.721	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.127	Asist.Yılı*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.872
Plk.Sayı	.623	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.146	Plk.Sayı*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.719
Mua.Süre	.503	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.062	Mua.Süre*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.297
Hastaya.Adı	.101	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.019	Hastaya.Adı*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.108
Tip.İstek	.890	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.572	Tip.İstek*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.763

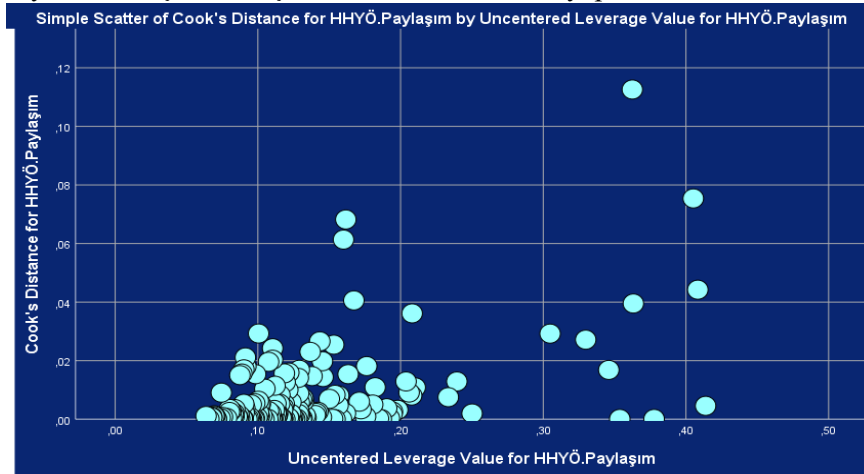
Uzm.İstek	.728	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.415	Uzm.İstek*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.808
Kr.Hast	.749	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.190	Kr.Hast*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.654
Akraba.Kr.Hast	.056	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.551	Akraba.Kr.Hast*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.044
Hast.Mrk.Eğt	.907	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.208	Hast.Mrk.Eğt*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.918
Cns	.758	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.044	Cns*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.721
M.Durum	.331	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.013	M.Durum*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.173
Uzm.Prog	.783	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.033	Uzm.Prog*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.690
Asist.Yılı	.052	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.040	Asist.Yılı*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.101
Plk.Sayı	.865	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.083	Plk.Sayı*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.717
Mua.Süre	.884	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.393	Mua.Süre*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.812
Hastaya.Adı	.695	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.572	Hastaya.Adı*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.699
Tıp.İstek	.494	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.045	Tıp.İstek*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.614
Uzm.İstek	.251	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.388	Uzm.İstek*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.278
Kr.Hast	.440	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.024	Kr.Hast*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.368
Hast.Mrk.Eğt	.131	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.075	Hast.Mrk.Eğt*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.134
<i>Not: Sayısal Değişkenlerin Hipotez Faktör Grupları arasındaki Regresyon Eğimlerinin Homojenitesi istatistiksel olarak incelendi. Her kritere uygun olarak değişkenler belirlendi.</i>					

2.3.Sayısal değişkenler ile bağımlı değişken arasında linearite durumunun değerlendirilmesi.

Değişken	R	Otokorelasyon						
		Durbin Watson	Autocorrelation					
			ACL1	p.L1	ACL2	p.L2	ACL3	p.L3
FM.Yüzde	.021	1.866	.055	.469	.057	.579	.017	.766
BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.235	1.813	.079	.302	.061	.428	.018	.625
BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.177	1.902	.041	.592	.074	.544	.005	.747
BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.098	1.854	.062	.416	.057	.545	.013	.744
BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.161	1.786	.097	.206	.069	.300	.008	.490
<i>Not: Sayısal Değişkenlerle Bağımlı değişken arasındaki Lineerite durumu Lineer Regresyon analizi ile ele alındı. Rezidüelerde Otokorelasyon ve Heteroskedastisite olmaması değişkenler arasında lineerite kriteri olarak değerlendirildi.</i>								

3. Analiz aşamasında uç değerlerin değerlendirilmesi.

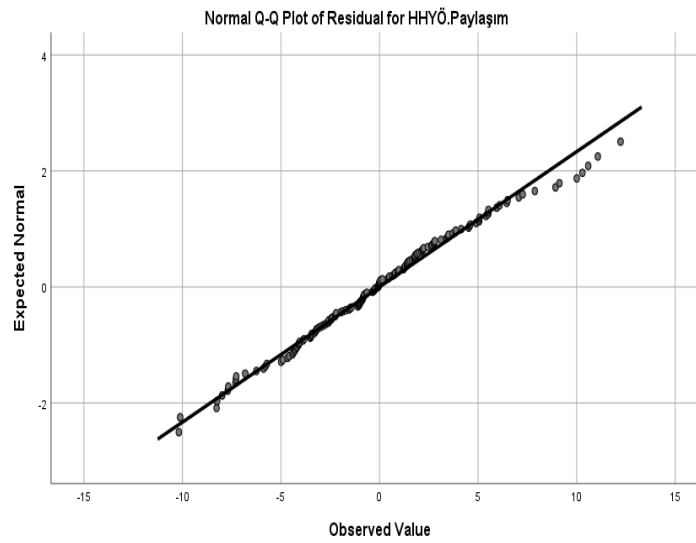
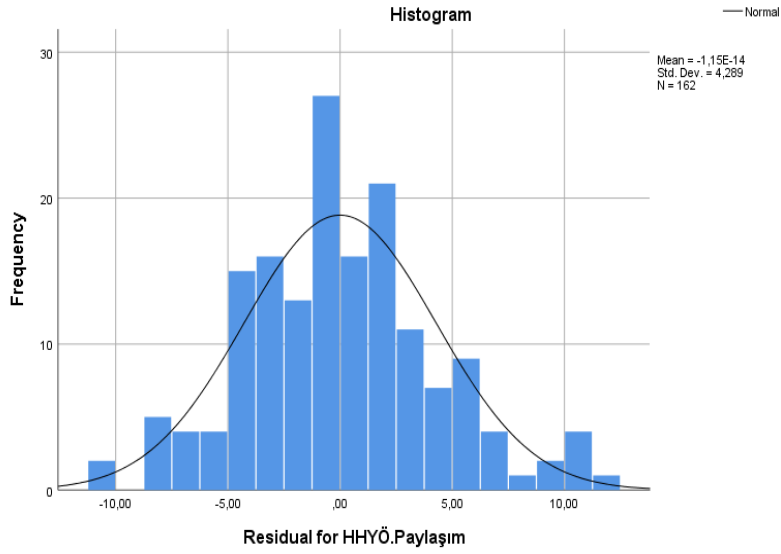
Modelin ilk analizi sonrası Cook Uzaklığı ve Leverage (kaldıraç) değerlerini değerlendirmek vasıtasıyla uç veriler belirlendi ve yalnızca analizi etkileyeceği düşünülen az sayıdaki en uç veriler çıkartılarak tekrar analiz yapıldı.



4. Analiz Sonrası Modelin Uygunluğunun Değerlendirildiği Varsayım Testleri

4.1.Rezidülerin Normallik Testleri

Tests of Normality			
	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
Residual for HHYÖ.Paylaşım	0,054	162	,200*
*. This is a lower bound of the true significance.			
a. Lilliefors Significance Correction			

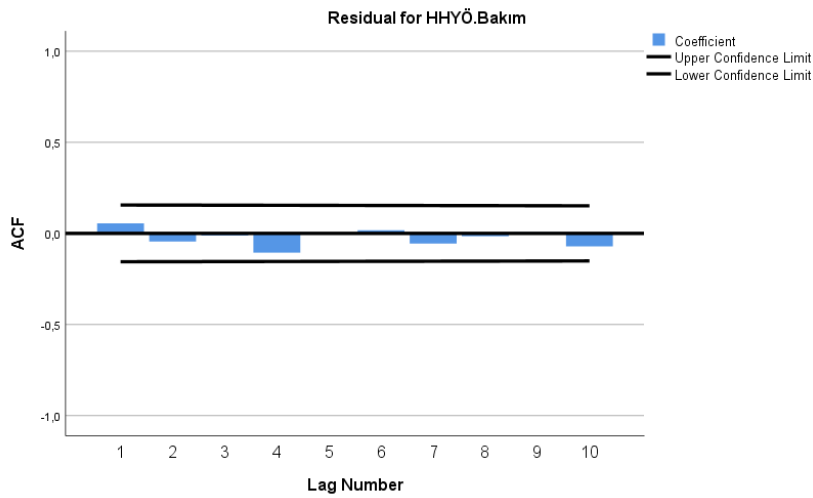


4.2. Rezidülerin Otokorelasyon Değerlendirilmesi

Autocorrelations					
Series: Residual for HHYÖ.Paylaşım					
Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	-,024	,078	,092	1	,762
2	-,084	,078	1,273	2	,529
3	-,053	,077	1,750	3	,626
4	-,135	,077	4,823	4	,306
5	,067	,077	5,585	5	,349
6	-,128	,077	8,377	6	,212
7	-,052	,076	8,847	7	,264
8	,020	,076	8,919	8	,349
9	-,080	,076	10,020	9	,349
10	-,010	,076	10,038	10	,437

a. The underlying process assumed is independence (white noise).

b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

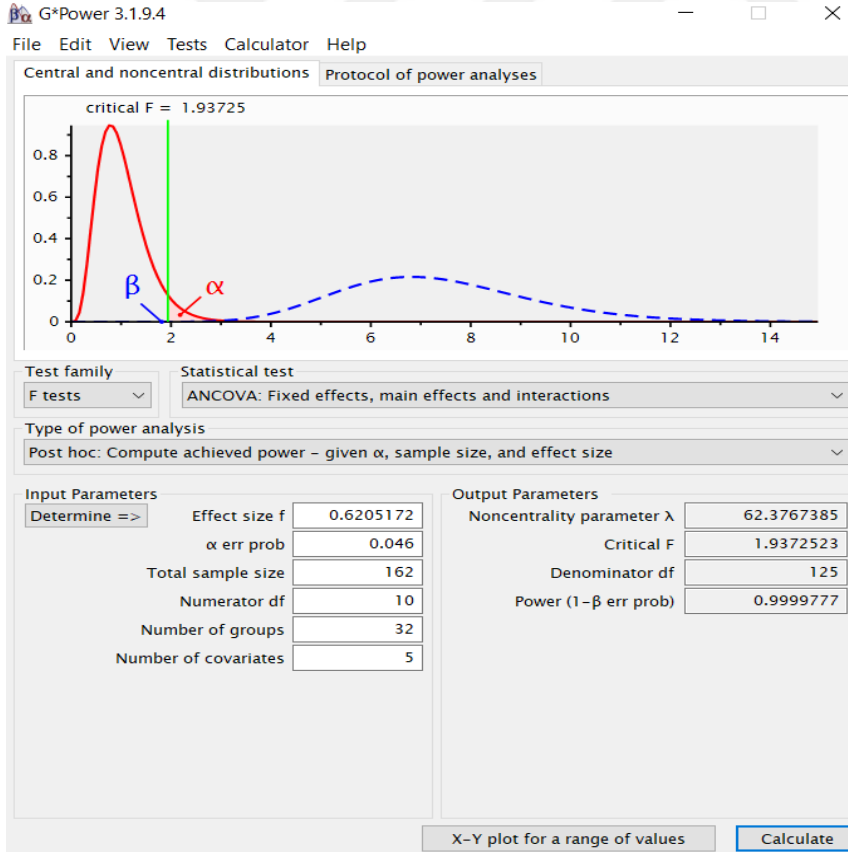


4.3.Rezidülerin Varyans Homojenliği Değerlendirilmesi

Levene's Test of Equality of Error Variances ^a			
Dependent Variable: HHYÖ.Paylaşım			
F	df1	df2	Sig.
,992	121	40	,530

Breusch-Pagan Test for Heteroskedasticity ^{a,b,c}		
Chi-Square	df	Sig.
,029	1	,865

Paylaşım Üzerine Etki Eden Faktörlerin incelendiği ANCOVA Modelinin Gücü ve Etki Büyüklüğü



EK 6. ANCOVA BAKIM MODELİ VARSAYIMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

1-Analiz Hazırlık Aşaması Varsayımı: Değişkenlerin normalite değerlendirilmesi.

Parametre	Sayı	Ort.	S.S.	Skewness	S.E.Skw	Z.Skw	Kurtosis	S.E.Kurt	Z.Kurt
HHYÖ.Bakım	175	17.66	3.03	0.203	.184	1.130	0.067	.365	0.183
BFBFÖ.Dikkt.Dz	175	12.49	3.51	-0.369	.184	-2.005	-0.429	.365	-1.175
BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	175	12.54	3.47	0.090	.184	0.489	-0.072	.365	-0.197
BFBFÖ.Yarg.Göz	175	13.79	3.14	-0.246	.184	-1.336	-0.388	.365	-1.063
BFBFÖ.Yarg.Göz.IDFN	175	13.83	3.08	0.041	.184	0.222	-0.226	.365	-0.619
BFBFÖ.Et.Göz	175	13.08	2.76	-0.309	.184	-1.679	0.570	.365	1.561
BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	175	13.11	2.72	0.041	.184	0.222	-0.226	.365	-0.619
BFBFÖ.Duy.Fark	175	13.74	2.82	-0.393	.184	-2.136	0.729	.365	1.997
BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	175	13.78	2.77	0.037	.184	0.201	-0.200	.365	-0.548
BFBFÖ.Duyg.İsim	175	14.15	2.66	-0.334	.184	-1.815	0.168	.365	0.460
BFBFÖ.Duyg.İsim.IDFN	175	14.19	2.62	0.049	.184	0.266	-0.152	.365	-0.416
FM.Yüzde	170	52.34	21.98	-0.052	.186	-0.279	-0.496	.370	-1.340

Notlar: Analizde Kullanacağımız Sayısal değişkenlerin Normalite değerlendirmeleri yapıldı. Bunun için Skewness ve Kurtosis değerleri ve bunların Z skorları ele alındı. Z skorlarının -1.96 ile + 1.96 arasında olanlar "Normal" dağılım kabul edildi. Normaliteyi sağlamak veya parametreleri daha iyi hale getirmek için iki aşamalı işlem yapıldı. Öncelikle verilerin "Fractional Rank" değerleri hesaplandı. Daha sonra SPSS "Transform-Compute Variable" menüsünde "Inverse DF-Idf.Normal" fonksiyonu kullanılarak normal veya daha iyi dağılım gösteren verilere dönüştürüldü.

2.Analiz Öncesi Varsayımlar

2.1.Sayısal değişkenlerin kollinearite değerlendirilmesi

Coefficients ^a						
Model		Correlations			Collinearity Statistics	
		Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	FM.Yüzde	,150	,127	,044	,977	1,024
	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	-,750	-,858	-,570	,841	1,189
	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	-,492	-,526	-,211	,821	1,218
	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	,405	,804	,461	,993	1,007
	BFBFÖ.Duyg.İsim.IDFN	-,490	-,506	-,200	,799	1,251

a. Dependent Variable: HHYÖ.Bakım

Bağımsız Sayısal değişkenlerin kendi aralarındaki korelasyonun araştırıldığı "Kollinearite" analizinde 6 sayısal değişkenden 5'inin VIF değerlerinin 5'In altında olduğu görüldü. Bu durumda, 5 sayısal değişken için Kollinearite değerlerinin uygun olduğu değerlendirildi

2.2.Sayısal değişkenlerin hipotez faktör (kategorik değişkenlerin) grupları arasında regresyon eğimlerinin homojenliğinin değerlendirilmesi.

Faktör	P	Değişken	P	Etkileşim	P
Kod.Yaş.2	.028	FM.Yüzde	.006	Kod.Yaş.2*FM.Yüzde	.041
Cns	.443	FM.Yüzde	.055	Cns*FM.Yüzde	.462
M.Durum	.692	FM.Yüzde	.079	M.Durum*FM.Yüzde	.975
Uzm.Prog	.514	FM.Yüzde	.109	Uzm.Prog*FM.Yüzde	.774
Mes.Tec	.115	FM.Yüzde	.051	Mes.Tec*FM.Yüzde	.322
Asist.Yılı	.112	FM.Yüzde	.350	Asist.Yılı*FM.Yüzde	.154
Plk.Sayı	.280	FM.Yüzde	.238	Plk.Sayı*FM.Yüzde	.701
Mua.Süre	.399	FM.Yüzde	.129	Mua.Süre*FM.Yüzde	.321
Hastaya.Adı	.367	FM.Yüzde	.052	Hastaya.Adı*FM.Yüzde	.662
Şab.Reçete	.689	FM.Yüzde	.126	Şab.Reçete*FM.Yüzde	.777
Tip.İstek	.477	FM.Yüzde	.318	Tip.İstek*FM.Yüzde	.412
Uzm.İstek	.015	FM.Yüzde	.399	Uzm.İstek*FM.Yüzde	.004
Kr.Hast	.683	FM.Yüzde	.047	Kr.Hast*FM.Yüzde	.469
Akraba.Kr.Hast	.436	FM.Yüzde	.056	Akraba.Kr.Hast*FM.Yüzde	.912
Hast.Mrk.Eğt	.672	FM.Yüzde	.775	Hast.Mrk.Eğt*FM.Yüzde	.566
Psik.Destek	.912	FM.Yüzde	.022	Psik.Destek*FM.Yüzde	.263
Cns	.273	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.001	Cns* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.247
M.Durum	.909	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.001	M.Durum* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.522
Uzm.Prog	.267	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.001	Uzm.Prog* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.343
Mes.Tec	.804	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.001	Mes.Tec* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.691
Asist.Yılı	.063	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.001	Asist.Yılı* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.149
Plk.Sayı	.021	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.001	Plk.Sayı* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.077
Mua.Süre	.046	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.542	Mua.Süre* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.083
Hastaya.Adı	.129	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.001	Hastaya.Adı* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.208
Şab.Reçete	.099	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.001	Şab.Reçete* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.107
Tip.İstek	.620	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.001	Tip.İstek* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.910
Kr.Hast	.181	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.001	Kr.Hast* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.192
Akraba.Kr.Hast	.329	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.001	Akraba.Kr.Hast*BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.237
Hast.Mrk.Eğt	.795	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.126	Hast.Mrk.Eğt* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.702
Psik.Destek	.386	BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.001	Psik.Destek* BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	.477
Cns	.430	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	Cns* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.537
M.Durum	.062	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	M.Durum* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.038
Uzm.Prog	.611	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	Uzm.Prog* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.458
Mes.Tec	.066	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	Mes.Tec* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.027
Asist.Yılı	.481	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	Asist.Yılı* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.262
Plk.Sayı	.718	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	Plk.Sayı* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.888
Mua.Süre	.072	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.615	Mua.Süre* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.067
Hastaya.Adı	.486	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	Hastaya.Adı* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.555
Şab.Reçete	.855	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	Şab.Reçete* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.890
Tip.İstek	.353	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	Tip.İstek* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.411
Kr.Hast	.278	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	Kr.Hast* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.264
Akraba.Kr.Hast	.109	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	Akraba.Kr.Hast* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.204
Hast.Mrk.Eğt	.790	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	Hast.Mrk.Eğt* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.690
Psik.Destek	.027	BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.001	Psik.Destek* BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	.050
Cns	.906	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.001	Cns*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.709
Uzm.Prog	.996	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.001	Uzm.Prog*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.836
Asist.Yılı	.956	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.001	Asist.Yılı*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.975
Plk.Sayı	.818	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.001	Plk.Sayı*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.571
Mua.Süre	.441	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.695	Mua.Süre*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.552
Hastaya.Adı	.544	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.320	Hastaya.Adı*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.401
Şab.Reçete	.546	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.001	Şab.Reçete* BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.586
Tip.İstek	.971	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.001	Tip.İstek*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.674

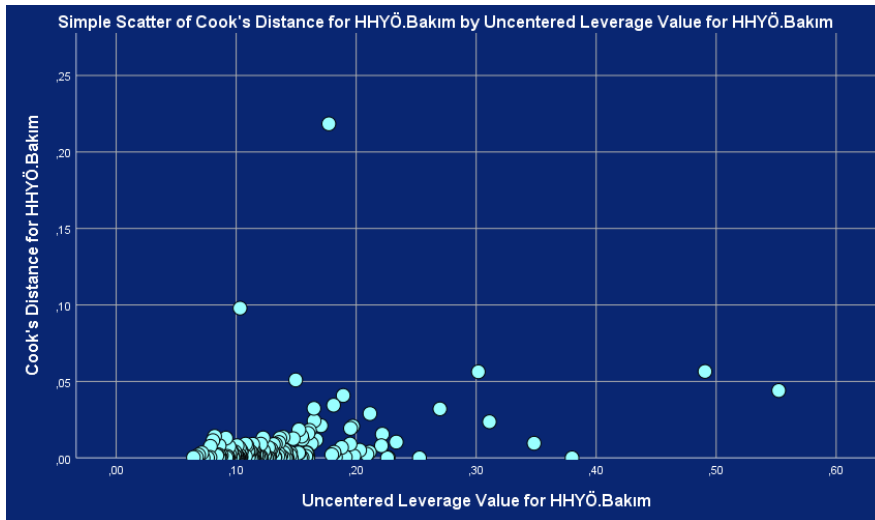
Kr.Hast	.697	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.001	Kr.Hast*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.864
Akraba.Kr.Hast	.075	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.001	Akraba.Kr.Hast*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.148
Hast.Mrk.Eğt	.914	BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.996	Hast.Mrk.Eğt*BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	.930
Cns	.195	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.001	Cns*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.228
Uzm.Prog	.293	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.001	Uzm.Prog*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.470
Asist.Yılı	.627	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.001	Asist.Yılı*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.810
Plk.Sayı	.176	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.001	Plk.Sayı*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.253
Mua.Süre	.706	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.186	Mua.Süre*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.744
Hastaya.Adı	.733	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.026	Hastaya.Adı*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.806
Şab.Reçete	.661	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.001	Hastaya.Adı* BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.572
Tıp.İstek	.552	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.001	Tıp.İstek*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.495
Kr.Hast	.743	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.001	Kr.Hast*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.608
Akraba.Kr.Hast	.736	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.001	Akraba.Kr.Hast*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.947
Hast.Mrk.Eğt	.480	BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.936	Hast.Mrk.Eğt*BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	.515
<i>Not: Sayısal Değişkenlerin Hipotez Faktör Grupları arasındaki Regresyon Eğimlerinin Homojenitesi istatistiksel olarak incelendi. Her kritere uygun olarak değişkenler belirlendi</i>					

2.3.Sayısal değişkenler ile bağımlı değişken arasında linearite durumunun değerlendirilmesi.

Değişken	R	Otokorelasyon						
		Autocorrelation						
		Durbin Watson	ACL1	p.L1	ACL2	p.L2	ACL3	p.L3
FM.Yüzde	0.150	1.867	0.066	0.386	-0.065	0.477	0.014	0.679
BFBFÖ.Dikkt.Dz.IDFN	0.749	2.093	-0.048	0.526	0.078	0.473	-0.099	0.353
BFBFÖ.Et.Göz.IDFN	0.494	1.837	0.079	0.294	-0.024	0.548	-0.022	0.731
BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN	0.399	1.779	0.106	0.159	-0.060	0.269	-0.001	0.452
BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN	0.495	1.809	0.091	0.227	-0.063	0.339	0.036	0.495
<i>Not: Sayısal Değişkenlerle Bağımlı değişken arasındaki Lineerite durumu Lineer Regresyon analizi ile ele alındı. Rezidüelerde Otokorelasyon olmaması değişkenler arasında lineerite kriteri olarak değerlendirildi</i>								

3. Analiz aşamasında uç değerlerin değerlendirilmesi.

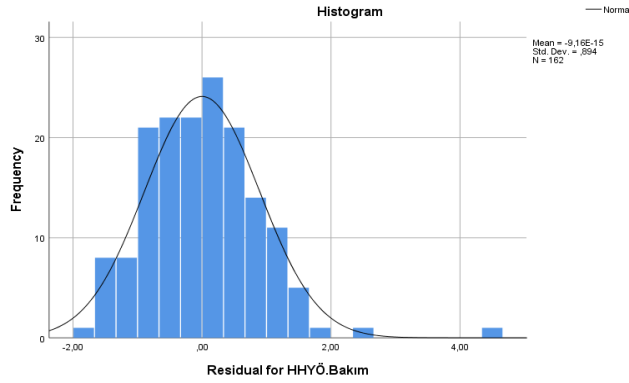
Modelin ilk analizi sonrası Cook Uzaklığı ve Leverage (kaldıraç) değerlerini değerlendirmek vasıtasıyla uç veriler belirlendi ve yalnızca analizi etkileyeceği düşünülen az sayıdaki en uç veriler çıkartılarak tekrar analiz yapıldı.



4. Analiz Sonrası Modelin Uygunluğunun Değerlendirildiği Varsayım Testleri

4.1.Rezidülerin Normallik Testleri

Tests of Normality			
	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
Residual for HHYÖ.Bakım	0,056	162	0,200*

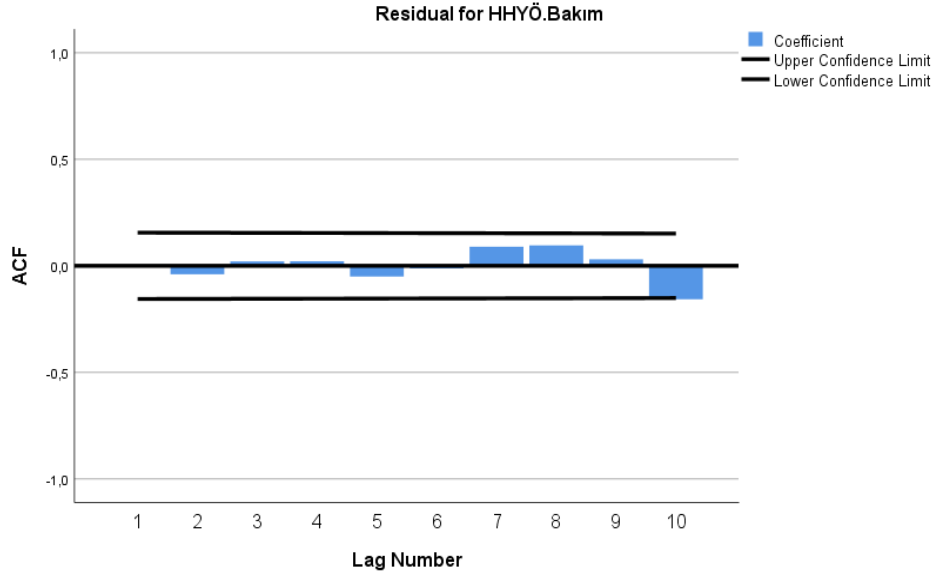


4.2. Rezidülerin Otokorelasyon Değerlendirilmesi

Autocorrelations					
Series: Residual for HHYO.Bakım					
Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	0,003	0,078	0,002	1	0,964
2	-0,040	0,078	0,265	2	0,876
3	0,021	0,077	0,336	3	0,953
4	0,022	0,077	0,414	4	0,981
5	-0,051	0,077	0,846	5	0,974
6	-0,012	0,077	0,870	6	0,990
7	0,090	0,076	2,249	7	0,945
8	0,096	0,076	3,826	8	0,872
9	0,030	0,076	3,985	9	0,912
10	-0,157	0,076	8,308	10	0,599

a. The underlying process assumed is independence (white noise).

b. Based on the asymptotic chi-square approximation.



4.3.Rezidülerin Varyans Homojenliği Değerlendirilmesi

Levene's Test of Equality of Error Variances ^a			
Dependent Variable: HHYÖ.Bakım			
F	df1	df2	Sig.
1,828	144	17	0,076
Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.			
a. Design: Intercept + Cns + Uzm.Prog + Asist.Yıl + Plk.Sayı + Mua.Süresi + Hastaya.Adı.İle + Şablon.Reçete + Tıp.İstek + Kr.Hast + Akraba.Kr.Hast + Hast.Merkezli.Eğtm + FM.Yüzde + BFBÖ.Dikkt.Dz.IDFN + BFBFÖ.Et.Göz.IDFN + BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN + BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN + Cns * BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN + Cns * BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN			

Modified Breusch-Pagan Test for Heteroskedasticity ^{a,b,c}		
Chi-Square	df	Sig.
1,546	1	0,214
a. Dependent variable: HHYÖ.Bakım		
b. Tests the null hypothesis that the variance of the errors does not depend on the values of the independent variables.		
c. Predicted values from design: Intercept + Cns + Uzm.Prog + Asist.Yıl + Plk.Sayı + Mua.Süresi + Hastaya.Adı.İle + Şablon.Reçete + Tıp.İstek + Kr.Hast + Akraba.Kr.Hast + Hast.Merkezli.Eğtm + FM.Yüzde + BFBÖ.Dikkt.Dz.IDFN + BFBFÖ.Et.Göz.IDFN + BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN + BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN + Cns * BFBFÖ.Duy.Fark.IDFN + Cns * BFBFÖ.Duy.İsim.IDFN		

Bakım Üzerine Etki Eden Faktörlerin incelendiği ANCOVA Modelinin Gücü ve Etki Büyü

