



T.C.

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BURSA YÜKSEK İHTİSAS EğİTİM VE ARAŞTIRMA

HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**HEKİMLERDE ÖLÇÜLEN EMPATİ İLE HASTALARIN BU
HEKİMLERDE ALGILADIğI EMPATİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mehmet YILDIZ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

BURSA/2019



T.C.

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BURSA YÜKSEK İHTİSAS EğİTİM VE ARAŞTIRMA

HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**HEKİMLERDE ÖLÇÜLEN EMPATİ İLE HASTALARIN BU
HEKİMLERDE ALGILADIğI EMPATİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mehmet YILDIZ

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

BURSA/2019

İÇİNDEKİLER

I.	TEŞEKKÜR.....	iii
II.	KISALTMALAR.....	IV
III.	TABLO LİSTESİ.....	V
IV.	ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
V.	EK LİSTESİ.....	vii
VI.	ÖZET.....	viii
VII.	ABSTARCT.....	ix
1.	GİRİŞ VE AMAÇ.....	X
2.	GENEL BİLGİLER.....	1
2.1.	EMPATİ.....	1
2.1.1.	Empatinin Tarihçesi.....	1
2.1.2.	Empatinin Tanımı.....	1
2.1.3.	Empatinin Bileşenleri.....	2
2.1.3.1.	Empatinin Algısal Bileşen.....	3
2.1.3.2.	Empatinin Bilişsel Bileşeni.....	3
2.1.3.3.	Empatinin Bildirimsel Bileşeni.....	3
2.1.3.4.	Empatinin Duygusal Bileşeni.....	4
2.1.4.	Empatinin Gelişimi ve Genetik.....	4
2.1.5.	Empatinin Nörobiyolojisi.....	5
2.1.5.1.	Ayna Nöronlar.....	6
2.1.6.	Hekimlik Mesleğinde Empati.....	6
2.1.7.	Empati Ölçüm Yöntemleri.....	8
2.1.7.1.	Empatinin Fiziksel Ölçümü.....	9
2.2.	HASTA HEKİM İLİŞKİSİ VE İLETİŞİM.....	9
2.2.1.	Ataerkil Model.....	10
2.2.2.	Bilgilendirici Model.....	10
2.2.3.	Açıklayıcı Model.....	10
2.2.4.	Görüşmecı Model.....	10
3.	GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	11
3.1.	İstatistiksel Analiz.....	13

4. BULGULAR.....	14
5. TARTIşMA.....	31
6. ALIşAMANIN LİMİTASYONLARI.....	37
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	37
8. KAYNAKLAR.....	39
9. ZGEMİş.....	47
10. EK LİSTE.....	48



I. TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini, deneyimini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olan başta tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ ve ilkokul yıllarımdan üniversite yıllarıma kadar öğrenim hayatım boyunca üzerimde emeği olan tüm değerli hocalarıma

Çalışma verilerini toplamam için yeterli zamanı oluşturan Dr. Seda Nur ÜNLÜ, Dr. Derya ARSLAN, Dr. Ayça TOSUN’a,

Uzmanlık eğitimim boyunca tanışmaktan ve birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Tezimde manevi desteklerini daima hissettiğim tüm Bağlaraltı Eğitim ASM çalışanlarına,

Fedakarlıklarıyla beni bu günlere getiren, hayatımın her aşamasında desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, beni her zaman daha iyisini yapmaya motive eden değerli insanlar; annem Emine YILDIZ, babam Kahraman YILDIZ ve tüm aileme,

Desteklerini esirgemeyen annem Fatma UĞUR ve kıymetli ailesine,

Yardımlarını esirgemeyen Elif Feyza UĞUR’a,

Beni her zaman bilime teşvik eden A. Mücahit Uğur’a,

Yoğun asistanlık sürecinde bana her konuda destek olan ve hep yanımda hissettiğim kıymetli eşim Dr. Meryem Uğur YILDIZ ve biricik oğlumuz Yusuf YILDIZ’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mehmet YILDIZ

II. KISALTMALAR

AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi
Ark: Arkadaşları
CFI: Comperative Fit Index
CARE: Consultation And Relational Empathyskalası
DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi
EDA: Elektrodermal aktivite
EEG: Elektroensefalogram
EKG: Elektrokardiyogram
EMG: Elektromiyogram
IRI: Interpersonal Reactivity Index
JSE: Hekim empati ölçeği
JSPPE: Hekimin empatisi hakkında hasta empati ölçeği
KHD: Kalp Hızı Değişkenliği
KMO: Kaiser-Meyer-Olkin
RMSEA: Root Mean Square Error Approximation
TLI: Tucker Lewis Index

III. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Hastaların genel özellikleri

Tablo 2: Hastaların kronik hastalık dağılımı

Tablo 3: Empati puanının hastaların genel özellikleriyle ilişkisi

Tablo 4: Hastalarda empatiyi etkileyen faktörler

Tablo 5: Hekimlerin genel özellikleri

Tablo 6: Hekimlerin genel özellikleri ve empati

Tablo 7: Hekimlerde empatiyi etkileyen faktörler

Tablo 8: Açıklayıcı faktör analizi sonuçları

Tablo 9: Hasta empati ölçeğinin 2 faktörlü modeli için model uyum ölçütleri

Tablo 10: Hasta empati ölçeği ve Jefferson Scale Ölçeği puanları arasındaki ilişkiler

Tablo 11: Hasta Empati ölçeğinin maddeleri ile toplam ölçek puanı arasındaki ilişkiler

Tablo 12: Hasta empati alt ölçeklerinin güvenirlik düzeyleri ve ölçekler arasındaki ilişkiler ve ölçeklerin ortalama puan değerleri

Tablo 13: Hasta ölçeğine ait test-tekrar test puanları arasındaki ilişkiler

IV: ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Hasta Empati Ölçeğinin CFA sonuçları



V. EK LİSTESİ

EK-1: HEKİMLER İÇİN SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU

EK-2: HEKİMLER İÇİN JEFFERSON EMPATİ SKALASI

EK-3: HASTALAR İÇİN SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU

EK-4: HASTALAR İÇİN JEFFERSON EMPATİ SKALASI

EK-5: ETİK KURUL ONAM FORMU

EK-6: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TEZ ONAM FORMU



VI. ÖZET

Amaç: Bu çalışmada hekimlerde ölçülen empati ile hastaların bu hekimlerde algıladığı empati arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve Jefferson Empati Ölçeğinin(JSE) Türkçe geçerliliğinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Aralık 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında Bursa ilinde Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı olarak 1.Basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimi olarak görev yapan hekimler ile bu hekimlere kayıtlı hastalar üzerine yapıldı. Çalışmaya 50 aile hekimi ve bu hekimlere kayıtlı 150 hasta olmak üzere toplam 200 gönüllü katıldı. Hekimlere sosyodemografik özelliklerinin bulunduğu sözel, fiziksel şiddete maruziyet durumunun da sorgulandığı bir anketle, hekimlerde empatiyi ölçmek amacıyla Jefferson Empati Ölçeği (JSE), hastalara ise sosyodemografik özelliklerinin bulunduğu bir anketle, hastaların hekim hakkında empatisini ölçmek amacıyla Jefferson Empati Ölçeği (JSPPPE) kullanıldı.

Bulgular: Araştırmamız sonucunda hekimlerde ölçülen empati ile hastaların bu hekimlerde algıladığı empati arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$). 60 yaş üstü bireylerin empati puanlarının 30 yaş altı grubun empati puanından anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir ($p=0,007$). Evli ve dul olan kişilerin empati puanlarının bekar olanlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p=0,028$ ve $p=0,011$). Sigara kullanan bireylerde empati puanlarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,08$). Hastanın kronik hastalık sayısı, son 1 yılda aile hekimine başvuru sayısı ile empati düzeyi arasında anlamlı derecede ilişki saptanmıştır ($p=0,033$ $p<0,001$). Aile hekimine kayıt süresinin bir birim artmasıyla empati puanlarında 1,30 birimlik artış saptanmıştır ($p<0,001$). Acil servise başvuru sayısında gözlenen bir birimlik artış empati puanlarında 0,64 birimlik azalmaya yol açmıştır ($p=0,012$). Hasta şikayeti üzerine kendisinden savunma istenen hekimlerde savunma istenmeyen hekimlere göre empati 6,67 puan daha düşük saptanmıştır ($p=0,047$).

Sonuç: Aile hekimlerinde ölçülen empati ile hastaların bu hekimlerde algıladığı empati arasında korelasyon saptanmamıştır. JSE hekimler için olan formunun validasyonu yapılmış ve Türkçe geçerliliği kabul edilmiştir. Hekimini empatik bulan hastalar aile hekimine daha sık gelmekte ve aile hekimini değiştirmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Empati, Jefferson Scala , Aile Hekimi, Birinci Basamak

VII. ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate the relationship between empathy measured in physicians and empathy as perceived by patients in these physicians and validity of the Jefferson Scale in Turkey in this study.

Methods: This study has made between December 2018 and April 2019 dates in Bursa with family doctors working at Primary Healthcare Service under Bursa People Health Directory and their patients. 200 volunteers including 50 doctors and 150 enrolled patients of these doctors took a place in this study. Jefferson Scale to measure the empathy levels of the doctor(JSE) and a survey including social and demographic properties, exposing oral defamation and physical violence situation were used for doctors. Moreover, Jefferson Scale (JSPPPE) to measure the empathy levels of doctors from the perspective of patients and a survey including social and demographic properties were used for patients.

Results: As a result of this study we found that there was no correlation between empathy measured in physicians and empathy as perceived by patients in these physicians. The empathy scores of the upper 60 years people are higher than the scores of the people under 30 years were seen meaningly ($p=0,007$). The empathy scores of married and widow people are higher than single ones are detected ($p=0,028$ and $p=0,011$). The empathy scores of smoking people are higher than the scores of the other ones ($p=0,08$). Empathy level of a patient is related to the number of chronic illnesses of a patient and the number of doctor's appointment in a year ($p=0,033$ and $p<0,001$). When the period of doctor registration of the patient increased 1 unit, empathy scores increased 1,30 units ($p<0,001$). When the number of application of an emergency service increased 1 unit, empathy scores decreased 0,64 units ($p=0,012$) The empathy score of the doctors who are exposed to oral defamation along the professional life, is lower 6,67 scores from the other ones who are not exposed to oral defamation ($p=0,047$).

Conclusion: There is not any correlation between empathy measured in family physicians and empathy as perceived by patients in these physicians. This is observed at the end of the study: When the enrolling period of a doctor increased, the empathy level of patients increased meaningly.

Keywords: Empathy, Jefferson Scale , Family Physician, Primary Care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerinin amacı; bireyin sağlıklı olmasını sağlayacak tüm tedbirleri alarak, hasta olanların sağlığına kavuşturulmasını, fiziksel, ruhsal, sosyal ve davranışsal açılardan tam bir iyilik haline ulaşmasını ve bunun sonucunda hastaların yaşam kalitesinin artırılmasını sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin hasta ve hekim unsurlarını içeren kendine özgü ve karmaşık bir yapısının olması, sağlık hizmetleri kavramını çok boyutlu kılar. Bu nedenle hekimin görevi; hastaya verilen sağlık hizmetini mümkün olan en kısa sürede sağlayıp, tıbbi etik ve kurallara uyarak, sağlıklı iletişim kurarak, hastayı bilgilendirip gerekli onamları alarak, hastanın ihtiyacı olan hizmeti en iyi şekilde sunmayı amaçlamaktır (1,2).

Sağlık hizmetlerinde hekimin profesyonel olarak görev yapabilmesi ve bireylere faydalı olabilmesinin temelinde; mesleki bilgi ve becerilerinin yeterli olmasının yanı sıra, hasta hekim ilişkisinin niteliği de yer almaktadır. Nitelikli bir hasta-hekim ilişkisi sağlanırsa hem hasta, hem hekim, hem de sağlık hizmet sunumu açısından çeşitli pozitif çıktılar elde edilebilir. Hasta-hekim ilişkisinin niteliğini belirten bileşenlerden biri ise; hekimin hastasına karşı sahip olduğu empatidir (3).

Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden birisinin; hekimin iletişim becerileri ile hastayı yeterince bilgilendirmesi olduğu görülmektedir. Doğru kurulan iletişim ile hasta memnuniyeti artmakta ve bu hasta uyumuyla birlikte tıbbi uygulamalardan alınan olumlu sonuçlarda da artış sağlanmaktadır. Hekimler açısından iletişimsel beceri; hekimlerin hastaya yaklaşımları, duruş postürleri, hastaya ayırdıkları zaman ve kullandıkları dil dahil pek çok faktörden etkilenmekte olup bu iletişim hastaya verilen tedavi kadar önemlidir (4).

Empati; o durumun kendisini yaşamadan diğer kişinin duygusal halini doğru bir şekilde bilme halidir, diğer kişinin durumunda olsaydı ne hissedeceğini tasavvur edebilmesidir. Diğer kişinin içsel deneyimlerini ve hislerini anlayabilme yetisi ve diğer kişinin bakış açısından dış dünyayı görebilme kapasitesidir (5, 6).

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre empatinin kelime anlamı “duygudaşlık”tır (7). Oxford tıp sözlüğüne göre; diğer kişinin düşüncelerini ve duygularını anlayabilme yetisidir (8).

Hekimlik mesleğinde empati, hekimin hastanın bakış açısını, deneyimlerini bilişsel olarak tanıyabilme ve bu anlayışı hastaya geri iletebilme yetisidir (9).

Kendisine empati ile yaklaşılan hasta, hekime saygı ve güven duymaktadır (10-12). Tedavi sürecine etkin hasta katılımı gözlenmektedir. Hastanın tedaviye uyumu artmakta ve istenen tedavi sonuçları daha kolay alınmaktadır.

Hekimin duyduğu empatinin hasta üzerinde olumlu psikolojik etkileri de gözlenir. Örneğin; hastanın anksiyetesi azalır (13-15). Ayrıca, empati ile yaklaşılan hastada plasebo etkisi de gözlenmiştir (16). Hastanın sağlık hizmetine ilişkin memnuniyeti artar. Hastasının tedaviye uyumunun artması ile istenen tedavi sonuçlarına daha kolay ulaşılır (17). Hasta-hekim ilişkisinde empatiyi uygulayan hekimlerde; hekimlik mesleğinin anlamında artış, hekimin yaşadığı strese azalma, iş doyumunda artma, tükenme ve malpraktis suçlamalarında azalma gözlenir (18-20). Sağlık hizmet sunumu açısından ise; aynı şikâyetle tekrar hasta başvurularında azalma, sağlık kurumlarının gereksiz meşguliyetinde azalma ve sağlık hizmeti sunum kalitesinde artış gözlenir.

Empatinin belirleyicileri ile ilgili olarak, ülkemizde Teke ve ark. Tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin empatisi ve sosyodemografik verilerle ilişkisi incelenmiştir (21). Bu çalışma ve buna benzer diğer çalışmalarda sadece hekimin empatisine bakılmış, aynı hekimler hakkındaki hastanın empati düşünceleri yeterince incelenmemiştir. Konuyla ilgili olarak 2018 yılında yayımlanan ‘‘Physicians’ self-assessed empathy levels do not correlate with patients’ assessments’’ isimli makalede Radyoloji ve Cerrahi hekimlerinde empati ve aynı hekimlerin hastalarının empati durumu arasında korelasyon varlığı incelenmiş ve korelasyon bulunamamıştır. Bu konuda hastayla daha uzun süreli olarak görüşen diğer hekimlerle ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Bizim çalışmamızın amacı aynı hastayı çok uzun yıllar takip eden Aile hekimlerinde ölçülen empati ile hastaların bu hekimlerde algıladığı empati arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Hasta ve hekimin düzenli olarak görüşmesi hem hasta hem de hekimlerde empatiyi arttırdığı tezinden hareketle çalışma planlanmıştır. Pozitif ilişki varlığında empatiyi arttıran sebeplerin başka çalışmalarda daha derinlemesine incelenip hasta hekim ilişkilerinin daha sorunsuz olması, sağlıkta şiddet olaylarının azalması, sağlık çalışanları, hastaların memnuniyetinin artırılması, tekrar başvuruları ile sağlık merkezlerinin gereksiz meşgul edilmesinin azaltılması ve dolayısıyla sağlık giderlerinin azalmasına katkı sunacağı amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 EMPATİ

2.1.1 Empatinin Tarihçesi

Empati kavramının tarihte ilk olarak Aristo'nun Rhetoric adlı eserinde yer aldığı kabul edilmektedir (22). Empati kavramı Yunanca “empathia” kökünden türemiş olup eski Yunanca'da “em” içine “pathia” ise hissetme anlamına gelmektedir ve “bir duygu veya his içine girmek” olarak tanımlanmıştır (23). Batı kültüründe ise empati ile ilgili tanımlamaların Almanların yaptıkları çalışmalar ile başladığı bilinmektedir. Modern anlamda empati Alman psikolog Theodor Lipps tarafından tanımlanmıştır. Almanca'da Einfühlung olarak tanımlanan kavram empatinin ikinci atası olarak literatüre girmiştir. Lipps'e göre kişi Einfühlung ile karşısındakine dair bilgi edinir ve onu anlayabilir. Bu kavram 1909 yılında Edward B. Titchener tarafından İngilizce “empathy” olarak ifade edilmiştir. Empati kavramının içeriğini hayal gücünü dahil ederek genişletmiş, empatiyi kişinin kendisini hayali olarak nesnelerin içinde hissetme olarak kavramsallaştırmıştır (24).

2.1.2 Empatinin Tanımı

Literatürde empatinin birçok tanımı mevcut olsa da, genellikle bir kişinin kendisini bir başkasının yerine koyabilmesi ve bu yolla onun duygu, düşünce, tutumları ve yaşantısını anlayabilmesi olarak tanımlanmaktadır (25). Kohler empatinin tanımını yaparken diğer kişinin yaşadıklarını içten hissetmek üzerine yoğunlaşmıştır. Mead ise empatiyi tanımlarken diğer kişinin dünyayı nasıl gördüğünün, onun rolüne girerek anlaşılmasına çalışılması üzerinde durmaktadır (26). Daha yakın tarihte ise empati, Hoffman (1987) ile Eisenberg ve Strayer (1987) tarafından diğerinin duygusal durumundan kaynaklanan ve diğerinin duygusal durumu ile uyuşan duygusal tepki verme olarak tanımlanmıştır. Hollin (1994) tarafından ise bir kişinin diğer kişinin bakış açısından dünyayı görebilme becerisi olarak tanımlanmıştır (27). Cotton'a göre empati tanımı tipik olarak diğer bir kişinin hislerini paylaşmayı sağlayacak afektif kapasite ve o kişinin hislerini ve bakış açısını anlamayı sağlayacak bilişsel yeteneği içermektedir (28). Empati sözcüğünün, Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre ise kelime anlamı “duygudaşlık”tır. Ayrıca “empati” sözcüğünün karşılığı olarak “eşduyum” kelimesi de kullanılmaktadır.

Türk Dil Kurumu sözlüğünde empati, “kişinin kendisini başka bir bilincin yerine koyarak söz konusu bilincin duygularını, isteklerini ve düşüncelerini, denemeksizin anlayabilmesi becerisi şeklinde tanımlanmaktadır (7). Güncel empati kavramı, tartışmalı yönleri bulunmakla birlikte üzerinde daha fazla görüş birliğinin bulunduğu bir noktadadır (29). İlgili bilimsel yayınlara bakıldığında, farklı yıllarda, farklı araştırmacıların empatiyi değişik şekillerde tanımladıkları görülmektedir. Bu duruma dikkat çeken bazı araştırmacılar, empatinin yeterince iyi tanımlanmadığını, yapılan tanımlar arasında tutarlılık bulunmadığını belirtmektedirler (30, 31). Buna rağmen Batson ve arkadaşlarının da belirttikleri gibi, ilgili yayınlar incelendiğinde, empatiye ilişkin tanımların, yıllar boyunca üç temel aşamadan geçtiği görülür (32). Bu aşamaları şöyle sıralayabiliriz:

Başlangıçtan 1950’lerin sonlarına kadar, empati, bilişsel nitelikli bir kavram olarak ele alınmış, “empati ölçümü” adı altında daha çok kişilerin birbirlerinin kişilik özelliklerini nasıl algıladıkları ölçülmüştür.

1960’lı yıllarda ise empatinin bilişsel boyutunun yanı sıra duygusal boyutu da vurgulanmıştır; bu yıllarda, bir kişinin karşısındaki kişi gibi hissetmesi, empati kabul edilmiştir.

1970’lerde ise üçüncü aşamaya geçilmiştir. Bu dönemde empati, 1960’lara oranla daha dar anlamda kullanılmaya başlanmış, bir kişinin belirli bir duygusunu anlamaya ve durumu ona iletmeye “empati” adı verilmiştir (33).

Günümüzde empati denildiğinde akla, Carl Rogers ve onun konuyla ilgili çalışmaları gelir. Psikoterapi alanında empatik iletişim kurma becerisiyle ünlenmiş Rogers’ın adı ile empati kavramı adeta özdeş hale gelmiştir (33). Meslek yaşamı boyunca empatiyi çeşitli şekillerde tanımlamış olan Rogers’ın 70’li yıllarda ulaştığı empati anlayışı, bugün çoğunluğun üzerinde anlaştığı bir tanıma dönüşmüştür. Katı bir nitelik taşımayan söz konusu tanıma göre empati, “bir kişinin kendisini, karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecidir (34).

2.1.3. Empatinin Bileşenleri

Empatinin bileşenlerinin neler olduğu konusunda araştırmacılar arasında bazı görüş farklılıkları vardır. Örneğin, Hoffman’a göre empatinin bilişsel, duygusal ve

güdüsel (motivasyonel) olmak üzere üç bileşeni vardır (35). Bazı araştırmacılar empatinin bilişsel yönünü, bazıları ise duygusal yönünü vurgulamaktadırlar. Fakat, çoğunluğun üzerinde uzlaştığı görüş, empatinin bilişsel ve duygusal bileşenlerden oluştuğudur (30, 32, 36). Duygusal empati, diğer kişinin yaşadığı duyguları hissedebilme ve onun hisleri ile derin bir şekilde ilişki kurmaktır. Bilişsel empati ise, bir kişinin diğer kişinin hislerini deneyimlemeksizin, onun hislerini tanıyabilme yeteneğidir (37).

Barrett-Lennardise empatinin dört farklı aşamasını tanımlamıştır. Birincisi kişinin duygularını fark edip anlaması (bilişsel bileşen), ikincisi iletişim kurması (affektif bileşen), üçüncüsü kişinin dinlendiğini ve anlaşıldığını hissetmesi (bildirimsel bileşen), dördüncüsü kişinin kendini ifade etmesidir (algısal bileşen) (38).

2.1.3.1 Empatinin Algısal Bileşeni

Empatide ilk gerçekleşen algısal basamaktır. Algısal empatinin bilişsel ve duygusal empati becerilerinin artması için gerekli olduğu bilinmektedir. Bu bileşende kişi karşısındaki kişinin hareketlerine, konuşmasının içeriğine, ses tonuna ve zamanlamasına dair tüm bilgileri gözlem yoluyla algılar. Burada herkesin algısal yaşantısının öznel olması önem taşımaktadır (39).

2.1.3.2 Empatinin Bilişsel Bileşeni

Kişinin karşısındaki bireyle eş duyguları yaşamaksızın onun duygu ve düşüncelerini sözel ve sözel olmayan ayrıntılar ve ipuçları sayesinde anlayabilme kabiliyetidir (39).

Empatinin bilişsel bileşeninde düşünme ve dikkatin ön planda olduğu gözlemler önem kazanır. Hoffman'a göre (1997) empatinin bilişsel yönünü kullanarak diğer kişilerin düşünce ve duyguları hakkında fikir ediniriz (40). Kişinin bilinçli olarak kendini bir diğerinin yerine koyabilmesini gerektiren bilişsel empati yoğun bir düşünme süreci ile ancak mümkün olabilmektedir.

2.1.3.3 Empatinin Bildirimsel Bileşeni

Karşıdaki kişinin düşünce ve duygularının doğru bir biçimde kavranılması sonrasında ona doğru bir şekilde iletebilme becerisi empatinin bildirimsel bileşenini oluşturur. Bir başka açıdan empatinin bilişsel ve duygusal bileşenleriyle elde edilen deneyimlerin karşıdaki kişiye iletilmesi empatinin bildirimsel bileşenini oluşturur

(39). Araştırmalar, empatiyi yapan kişinin karşısındakine anlaşıldığının iletilmemesinin empati kurma sürecinin eksik kalmasına neden olacağını belirtmişlerdir. Buna ek olarak kişilerin karşıdaki kişiye ilettikleri empati ile kendi zihinlerinde kurdukları arasında farklılıklar saptanmıştır. Sözlü ve beden dili ile yapılan empatik bildirimlerin daha başarılı olduğu bilinmektedir (41).

2.1.3.4 Empatinin Duygusal Bileşeni

Empatinin önemli bir yönü olarak ele alınan duygusal empati, kişinin kendisini başka bir kişinin yerine koyarak onun duygularına benzer şekilde tepki vermesi ve onun duygularını paylaşma becerisi olarak tanımlanabilir.

Dökmen'e göre; karşımızdaki kişinin ne düşündüğünü onun rolüne girerek bilişsel nitelikli olarak anlarken (bilişsel rol alma/perspektif alma), onun hissettiklerinin aynısını hissetmemiz ise duygusal nitelik taşımaktadır (duygusal rol alma/duygusal perspektif alma). Bu sebeple bilişsel rol alma, duygusal rol almanın ön şartıdır ve bilişsel bileşenler ile duygusal bileşenler iç içe geçmiş durumdadır denebilir (42). Empatinin duygusal yönü göz ardı edildiğinde empati, sadece diğer kişinin deneyimlediği yaşantısını tanımlayabilmekten oluşur. Sadece bilişsel empatinin yeterli olmadığı görüşü ile duygusal empati önem kazanmıştır. Karşıdaki ile istenilen ilişkinin kurulabilmesi ve kişinin farkındalığının artması için empatinin hem bilişsel hem de duygusal yönünün yüksek seviyede olması gerekmektedir.

2.1.4. Empatinin Gelişimi ve Genetik

Psikoanalitik kurama göre empatinin gelişmesinin çocuk-ebeveyn ilişkisi ile başladığı öne sürölmektedir. Diğer yandan sosyal öğrenme kuramı ise empatinin erken çocukluk dönemi sonrasında da kazanılacağını savunmaktadır (43). Bazı araştırmacılar için empati doğuştan sahip olunan hissetme iken bazılarına göre ise sistematik ve istemli çaba ile kazanılmaktadır. Dökmen'e göre, kişinin kendisini karşısındakinin yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması olarak kavramsallaştırılan empati öğrenilebilen bir beceridir (42). Literatürde empati kavramını konu alan araştırmalarda, bu becerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiğine dair bulgular görölmektedir. Her ne kadar tersini gösteren çalışmalar mevcut olsa da bu konuda yapılan çalışmaların çoğunda, kadınların empatik olma eğilimlerinin erkeklerden daha fazla olduğu gösterilmiştir. Empati kurma becerisinin anne ve babanın eğitim seviyesi, ailenin sosyoekonomik durum,

ebeveyn tutumu, bağlanma stilleri gibi faktörlerle de ilişkili olduğu farklı çalışmalarda bildirilmektedir. Cezalandırıcı ve kısıtlayıcı olmayan, eşitlikçi, çocuklarıyla aralarındaki duygusal ilişkiyi korumaya eğilimli olan, çocuklarını, problemlerini kendileriyle paylaşmaları için teşvik eden ve çocuklarının başkaları üzerinde iyi izlenim oluşturmaya önem veren ebeveynlerin çocuklarının da empati düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (44).

Benzer bir şekilde farklı bir araştırmada, ebeveynlerin demokratik tutumunun, çocuklarda empati gelişimi açısından izin verici ve otoriter ebeveynlere göre daha avantajlı olduğunu ortaya koymuştur. İzin verici ebeveynlerin ise empatiyi negatif yönde etkilediği ileri bildirilmiştir (45). Empatinin genetik yönünün incelendiği çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmalardan birinde 94 monozigotik, 90 dizigotik ikiz dahil edilmiş, empatik özellikler farklı bileşenleri ile birlikte incelenmiştir. Sonuçta empatinin özellikle duygusal bileşeni açısından genetik bir yönünün olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada hastalar cinsiyet açısından değerlendirilmiş olup, kadınların erkeklerden daha yüksek empati puanlarına sahip olduğu bildirilmiştir (46).

2.1.5. Empatinin Nörobiyolojisi ve Ayna Nöronlar

Empati kavramı ilk olarak psikolojik kuramlar içerisinde tanımlanmakla birlikte; son yıllarda psikolojik kuramların biyolojik yansımalarına ilişkin araştırmalar yoğunluk kazanmaktadır. Empatinin kökeni hakkında tam ve kesin bir bilgi bulunmamakla birlikte gelişen görüntüleme yöntemleri sayesinde bu konuda pek çok çalışma yürütülmektedir. Empati ile ilişkili beyin alanları parasingulat korteks, ön- arka singulat korteks ve amigdaladır. Prefrontal korteks lezyonlarında empatide bozulmalar görülmektedir (47, 48). Amigdala-Hipotalomahipofizyer aksı (HPA) ve beyin kökü aracılığıyla Kalp Hızı (HR) ve Deri iletkenliğini (SCL) içeren otonom sinir sistemi aktivitelerini düzenler. Amigdala ve Merkezi Sinir Sistemi (MSS) arasındaki iletişim; duygusal ifadeler gözlemlenirken kişinin kendi deneyimi ile başkalarının duygularının birleştirilmesine olanak tanır. Başkalarının duygularını tanıma ve paylaşma yeteneği, o duyguları deneyimleme ile ilişkilidir. Bilateral amigdala hasarı olan olgularda korku duygusunun tanınması ve empati bozulmuştur (49).

2.1.5.1 Ayna Nöronlar

Empatinin biyolojik kökenleriyle ilgili çalışmalar ayna nöronların keşfi ile birlikte başlamıştır (50). Ayna nöron sistemi doğumdan sonraki 12 ay içerisinde gelişmeye başlar. Bu gelişimden sonra bebek etrafı ile empati kurmaya başlar. İletişim kurarken ayna nöronlarla karşıdaki kişinin eğilim ve amaçlarını anlama arasında ilişki olduğuna dair pek çok çalışma yapılmıştır. Kognitif nörobilimciler, ayna nöron sisteminin empati kurma ile yakından ilişkili olduğunu savunmuşlardır (51). Empati ile ilgili yapılan nörobilim çalışmalarının birçoğu diğer insanlarda ağrının gözlemlenmesi ile açığa çıkan empatik yanıtın değerlendirilmesi esası ile yapılmıştır (52). Bu çalışmalardan elde edilen ortak bir bulgu, başka birinin deneyimlediği ağrı, kendimiz ağrılı iken aktive olan nöral ağların bir kısmını aktive etmiştir. Bu alanlar özellikle iki taraflı anterior insula, dorsal anterior singulat korteks, beyin kökü ve serebellumdur (53,54,55). Bu alanlar ağrının duygusal bileşenini (ağrıdan dolayı öznel hoş olmayan his) işlemlemede görevlidir. Başka bir kişinin ağrısına tanık olduğumuzda somatosensoryal işlemlemenin de aynı zamanda aktive olduğu gösterilmiştir (56, 57). Ayna nöron sistemi hem davranışı gözlemleme hem de yürütme için aktivite gösteren nöral devreleri içerdiğinden empatinin nöral bağlantısı olduğu düşünülür (50). Ayna nöronlar, bir başkasının davranışını gözlerken ateşlenen nöronal yapılardır. Ayna nöronlar sayesinde taklit etmeyi ve sonraki harekete hazırlanmayı gerçekleştiririz (58). Alt paryetal lobun rostral parçası, kaudal bölüm, premotor korteks, primer sensorimotor korteks, üst paryetal korteks, arka singulat korteks ve üst temporal giristan oluşan ayna nöron sisteminin sağladığı taklit aracılığıyla diğer insanların duygularını, niyetlerini anlama becerisi geliştiririz. Ayna nöronlar, soyutlama yetisi, zihinsel temsilcilerin oluşumu ve sosyal biliş gelişimini sağlayan en önemli bilişsel sistemlerden biridir (59).

2.1.6 Hekimlik Mesleğinde Empati

Hekimlik mesleğinde empati, hekimin hastanın bakış açısını, deneyimlerini bilişsel olarak tanıyabilmesi ve bu anlayışı hastaya geri iletebilmesi yetisidir (6, 9). Hekimlik mesleğinde empati süreci, bir döngü şeklinde ifade edilmektedir. Bu döngü, hekimin hissettiklerini hastaya aktarabilmesini takiben, hastanın da buna karşılık vermesi ile tamamlanmaktadır. Bu döngüye “Empati Döngüsü (empathic cycle)” denilmektedir (29). Bu döngü birbirini izleyen evrelerden oluşur: Hastadan

duygu ya da ifadenin alınması, empati yapıldığında bunun hastaya iletilmesi ve hastanın kendisi ile empati yapıldığı ya da anlaşıldığının farkına varması. Bu süreç "empati döngüsü" olarak tanımlanır ve şu evrelerden oluşur;

1. Hasta bir duygusunu ifade eder,
2. Klinisyen bu duyguyu tanır,
3. Klinisyen bu duyguyu tanıyıp aldığını hastaya ifade eder,
4. Hasta duygusunu iletmiş olduğunu fark eder,
5. Hasta duygusunu iletmiş olduğunu fark ettiğini klinisyene geri bildirir (38).

Birinci evrede; hasta içsel yaşantılarını gerek sözel gerekse sözel olmayan biçimde ifade eder. Bazı nedenlerle bu evrede empati engellenebilmektedir. Örneğin, hastanın savunmaları (yadsıma, akla uygunlaştırma) sıkıntısını ifade etmesine engel olabilir (29, 60). Dil ve iletişim becerisinde kısıtlılıklar nedeni ile bazı hastalar içsel yaşantılarını ancak yaklaşık bir biçimde ifade edebilirler (60).

İkinci evrede; klinisyenin işi, hastadan gelen ipuçlarını doğru bir şekilde almaktır (61).

Üçüncü evrede; klinisyenin eşduyumlu ifadeleri yer alır. Yalnızca sözler değil, yüz ifadesi, beden dili, ses tonu ve yanıtlarda neyin seçildiği kadar, seçilmediği de önemlidir (29, 60).

Dördüncü evrede; klinisyen "doğruya yakın" bir mesajı sözel ya da sözel olmayan bir biçimde hastaya iletir (29, 60).

Beşinci evrede; hasta, klinisyenin eşduyumlu ifadesini anladığına ilişkin geri bildirimde bulunur, eşduyumlu iletişimin tamamlanabilmesi için bu gereklidir (29).

Hekim-hasta ilişkisi, empatinin çok önemli olduğu bir süreçtir. Zihinsel olarak, kendi hastasının dünyasını, onun gözleriyle görebildiği duygusunu hissettirebilen hekim, bu süreçte önemli bir adım atmış sayılabilir. Bu süreç sırasında, görüşmeler esnasında elde edinilen izlenimler, problemin tanımı ve çözümü açısından çok önemli olmaktadır. Hekim görevini icra ederken asla hastanın bir insan olduğunu unutmamalı ve hastası ile empati ilişkisi kurulmalıdır. Hasta görüşmelerinin klinik çalışmaların temellerinden biri olduğu söylenebilir. Etkili bir hasta görüşmesi yapılabilmesi için, empati yeteneği de doktorun bilgi düzeyi ve tecrübesi kadar önemlidir. İyi bir iletişim becerisine sahip olan hekimler, hastalarının klinik problemlerini daha doğru bir şekilde anlayabilmekte, hastalarının tedaviye

uyumunu arttırmakta ve hastalığın iyileşme sürecinde olumlu etkiler gösterebilmektedir. Bununla birlikte hekim memnuniyetini daha fazla sağlanabilmektedir (10). Ayrıca empati yeteneği olan hekimler, mesleki memnuniyetlerini arttırırken iş streslerini azaltma becerisine sahip olmaktadır. Empati sayesinde hastanın tedavi sürecindeki anksiyetesi azalmakta ve kötü haberle daha iyi mücadele etme becerisi gibi psikolojik olarak olumlu etkiler kazanmaktadır (13,62). Empati kurma becerisi daha iyi olan hekimlerin, yanlış tedavi neticesinde hastalar tarafından dava edilme ihtimalleri daha düşük olmaktadır (11). Sağlık hizmetleri açısından değerlendirildiğinde, empati ile daha iyi tedavi planlanması yapılmış hastaların tekrar başvurularında azalma ve bunun sonucu olarak ise sağlık kurumlarındaki gereksiz yoğunluğun azalması gözlenebilir; bunun sonucu olarak sağlık hizmetlerinin kalitesi artabilir.

2.1.7 Empati Ölçüm Yöntemleri

Zhou, Valiente ve Eisenberg (2003) empati ölçümünde literatürde genellikle kullanılan metodların bir derlemesini yapmışlardır. Empatinin değerlendirilmesinde resim/öykü yöntemi (çocukların hipotetik hikayelere verdikleri tepkileri içeren bir çeşit kendini anlatma tekniği), öz bildirim ölçekleri, film ya da hikayelerdeki insan yüzlerini doğru anlamlandırma ve oluşturulan senaryolara göre verilen empatik tepkileri fizyolojik boyutta değerlendirme, gözlemci derecelendirmeleri ya da bireyi yakından tanıyan kişilerin değerlendirmeleri olmak üzere farklı tekniklerden yararlanılmaktadır (63). Bu teknikler arasından öz bildirim ölçekleri, empatik eğilimi değerlendirmede sıklıkla kullanılan tekniklerden biridir (64).

Yurtdışında empatiyi değerlendirmek amacıyla en sık kullanılan ölçekler; Bryant'ın Çocuk ve Ergenler için Empati İndeksi ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi'dir. Empati ölçümünde kullanılan bir diğer yöntem Temel Empati Ölçeği, Jolliffe ve Farrington (2006) tarafından dört temel duygu (korku, üzüntü, öfke, mutluluk) çerçevesinde empati seviyesini ölçmek için geliştirilmiştir (65).

Ülkemizde empatik eğilim ve becerileri değerlendirmek amacıyla sıklıkla kullanılan ölçekler ise Dökmen tarafından geliştirilmiş olan Empatik Eğilim ve Empatik Beceri ölçekleridir (32). Empati ölçümünde kullanılan Uluslararası kabul gören ve ülkemizde de güvenilirlik araştırması yapılmış diğer bir yöntem Jefferson Empati Skalasıdır (JSE) (66). The Consultation And Relational Empathy (CARE) ve

Interpersonal Reactivity Index (IRI) empati ölçekleri de dünyada kabul görmüş ölçekler arasında yer almaktadır.

Biz de kendi çalışmamızda Jefferson Empati Skalasının Jefferson Scale of Physician Empathy (JSE) ve Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) olmak üzere doktor ve hasta için ayrı geliştirilmiş olan empati ölçeklerini kullandık.

2.1.7.1 Empatinin Fiziksel Ölçümü

Empatinin değerlendirilmesinde öz bildirim ölçeklerinin yanı sıra otonom ve merkezi sinir sistemindeki empati ile ilgili değişiklikleri objektif olarak kaydetmek için psikofizyoloji alanına ilgi giderek artmaktadır. Elektroensefalogram (EEG), Elektromiyogram (EMG), startle blink refleksi, elektrodermal aktivite (EDA), Kalp Hızı değişkenliği (KHD) empatinin fizyolojik ölçümünde kullanılan yöntemlerdir. Psikofizyolojik yöntemler öz bildirim ölçeklerine göre daha objektiftir ve uygun olmayan/güvenilir olmayan yanıtlar veren bireyler için daha uygundur. Empati ölçümünde duygularla iletişimin en güçlü yollarından biri olan yüz ifadelerine yanıt kullanılabilir. Yüz ifadeleri sosyal iletişim ve empatinin öncülü olduğu için motor ve bilişsel empatiyi ölçerken sıklıkla uyaran olarak kullanılmaktadır (67). Duygusal empati, yüz ifadelerine ya da hoş resimler ve hoş olmayan resimlere verilen yanıtın ölçümüdür. Bu resimler gösterildiğinde duygusal yanıt oluşur ve otonomik uyarılma artabilir. Mutluluk, üzüntü, kızgınlık, şaşkın, korkmuş, tiksiniş gibi 6 temel duygu empati araştırmalarında sıklıkla kullanılmaktadır. Bu duygulara verilen otonom fizyolojik yanıt Elektrokardiyogram (EKG) ve EDA ile ölçülebilir (68). Gelecekteki araştırmalarda öz bildirim ve psikofizyolojik ölçümlerin kombine edilerek kullanılması empati ile ilgili bilgilerimizi önemli ölçüde ilerletecektir (69).

2.2 HASTA HEKİM İLİŞKİSİ VE İLETİŞİM

Hasta hekim ilişkisinde bir takım hedefler mevcuttur; öncelikle tedaviyle ilgili ortak kanıya varmak için hekim ile hastanın etkili bir iletişim kurması gereklidir. Hastanın yetiştiği kültürel ortam ve hastanın değerleri tedavi sürecini olumlu veya olumsuz etkilediği için hekimin hastanın değerlerinin farkında olması gereklidir. Hastasını bir meta olarak değil sosyal bir varlık olduğunu kabul etmek ve tedavi sürecine hastasını dahil etmek hekim sorumluluğundadır. Son olarak hastanın özerklik anlayışı gereği, hasta tedavi öncesi ve sonrasında veya tedaviyi reddetme durumunda, oluşabilecek alternatif bir durumda hekiminin uzman görüşlerini kabul

etmeme özgürlüğüne sahiptir (70). Günümüzde kişinin düşünce ve değerlerinin rolü tıp alanında giderek artan bir etkiye sahiptir, insan faktörü ile tıbbi uygulamalar arasında tahmin edilemeyen karmaşık etkileşimlerin olması, tıbbi sonuçlarla ilgili belirsizlik olması, kanıtların yetersiz oluşu, kişilerin bilgiye kolay bir şekilde erişebilmesi gibi birçok faktör hastayı hekim ile birlikte karar verme sürecine dahil etmiştir.

Hekim hasta ilişkilerinde çeşitli modeller mevcuttur. Bununla birlikte daha sık olarak ifade edilen etkileşim tipleri; ataerkil model, bilgilendirici model, açıklayıcı model, görüşmeci model olarak sınıflanmaktadır (71).

2.2.1 Ataerkil Model

Paternalistik model olarak da bilinir. Hekim bu modelde koruyucu görev üstlenip, hastası için en iyi olana karar veren kişidir (72).

2.2.2 Bilgilendirici Model

Hekim hastasına hastalığı ile ilgili tüm belirsizlikleri, olası teşhis ve tedavi yöntemlerini, tüm bu sürecin risklerini ve yararlarını, tedaviye başlamakla sürecin nasıl gelişeceği ile ilgili tıbbi bilgileri verir. Sonuçta hasta, hastalığı ile ilgili tüm bilgileri alır ve kendine en uygun tedaviyi seçer (73).

2.2.3 Açıklayıcı Model

Hekim hastasının değerlerini ve anlayışını bilir, tedavi süreci hakkında olası tüm bilgiyi, tedavinin yarar ve risklerini açıklar. Hekim hastaya en iyi tıbbi seçenekleri belirlemede ve hastanın değerlerinin yorumlanmasında yardımcı olur. Hastanın değerlerini, gerçekte hastanın ne istediğini açıklar ve mevcut tedavi seçeneklerinden en uygun olanı seçmesine yardımcı olur (72, 73).

2.2.4 Görüşmeci Model

Hekim hastasının klinik durumuyla ilgili bilgilerini tanımlar ve seçenekleri belirleyip düşüncelerini açıklar, en iyi seçeneği hastası ile tartışır, daha fazla değer verilmesi gereken konuyu işaret eder, olması gerekenleri gösterir. Hastayı destekleyip güçlendirerek hasta otonomisini sağlayarak hastanın klinik durumu ile ilgili en etkili sağlık değerlerini saptayıp seçmesinde yardımcı olmayı amaçlar (72).

İnsanlık varoluşundan günümüze kadar olan zaman dilimi tıp bilimi açısından ele alındığında, hekimin istek ve uygulamalarının hasta tarafından sorgusuz, sualsiz uygulandığı profili tipinden, şikayetleriyle ilgili teknolojik imkanlardan da

faydalananarak araştırma yapan, sorgulayan ve hastalığıyla ilgili bilgiler edinerek kendisine yol gösterilmesini bekleyen hasta profil tipine doğru bir kayma olduğu görülmektedir. Bununla birlikte hastaların eğitim seviyeleri, davranış ve tutumları, kişisel değerleri, inançları, kültürel yapıları sağlıkları ile ilgili beklentileri doğrudan ya da dolaylı olarak hasta hekim ilişkisini etkilemektedir (74).

Hasta merkezli yaklaşımda amaç; hastaların sağlık ihtiyaçlarının ve taleplerinin sorgulanması, hastaların değer ve tercihlerinin farkında olunması, hastalarının sağlık durumlarını etkileyen olumlu veya olumsuz kararlarının farkında olunması, sağlık durumlarıyla ilişkili geniş bir bakış açısı oluşturulması ve hasta ile yakınlarına hastalıkla ilgili karar verme sürecinde yardımcı olmayı sağlamaktır. Hekim sağlık bakımın elde edilmesi için kolaylaştırıcı bir rol üstlenirken, hastasının sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hastalarına yardımcı olmaktadır. Bu durum, hastalarının hekime duydukları güveni artırır ve bununla birlikte sağlık sonuçlarını da iyileştirir. Hasta merkezli yaklaşım, hasta güveni paralelinde hekimlere çağrıda bulunan ahlaki bir felsefeye dayanmaktadır (75,76).

Hasta merkezli yaklaşım, hekimlerin kanıta dayalı olarak verdiği sağlık hizmetinden vazgeçmesi veya hastanın sağlık durumuyla ilgili tüm kararları sadece hastaya bırakması anlamına gelmez. Hekimin hastanın gündemini belirlediği ve hastayı klinik karar alma sürecine dahil etmesi şeklinde ifade edilir. Sorumlu olarak hekimin, pasif olarak hastanın yer aldığı hiyerarşik düşünce yapısının aksine hasta merkezli yaklaşımda, hasta ile hekim arasındaki ilişkide karşılıklı güç paylaşımı ve güç dengesi gereklidir (75).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma Aralık 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında Bursa ilinde Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimi olarak görev yapan hekimler ile bu hekimlere kayıtlı hastalar üzerine yapıldı.

SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi 03.08.2018 tarihli 2011-KAEK-25 2018/10-18 sayılı karar numarası ile “Hekimlerde ölçülen empati ile hastaların bu hekimlerde algıladığı empati arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi” isimli uzmanlık tezi araştırmasını onaylamıştır.

Çalışma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimi olarak çalışan 50 aile hekimi ve bu hekimlere kayıtlı 1 aile hekimine 3 hasta olmak üzere toplam 150 hasta üzerinde yapılmıştır.

Hekimler için araştırmaya dahil olma kriterleri:

1-Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı olarak 1. Basamak sağlık hizmetlerinde çalışmak

2-Aktif olarak hasta bakmak

3-Aynı birimde en az 1 yıldır çalışıyor olmak

4-Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Hastalar için dahil olma kriterleri:

1-18 yaş üzerinde olmak

2-Aynı aile hekimine en az 1 yıl kayıtlı olmak.

3-Düşünce içeriğini etkileyecek herhangi bir psikiyatrik ya da nörolojik hastalığı bulunmamak

4-Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Çalışmamız tanımlayıcı çalışma niteliğindedir. Çalışmada yüz yüze anket tekniği kullanılmıştır. Anket öncesinde hastalara bilgi verilmiş ve onam alınmıştır. Hasta gizliliğine özen gösterilmiştir.

Araştırmada hekimler ve hastalar için ayrı hazırlanmış sosyodemografik anketler ile hekimlerde empatiyi değerlendirmek için JSE, hastalarda empatiyi değerlendirmek için JSPPPE anketleri kullanılmıştır.

Hekimler için olan anket formu EK-1 de Hekimin yaşı, cinsiyeti, medeni hali, çocuğu olup olmadığı, eşinin çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, varsa kronik hastalıkları, son 1 yılda yaşamını ciddi olarak etkileyen herhangi bir olayın varlığı, kronik hastalıkları nedeniyle bakımı ile ilgilendiği kişinin olup olmadığı, birinci derece yakınlarında kanser olan kişinin varlığı, meslekte kaçınıcı yılı, şu anki kurumda çalışma süresi, kaç birimli aile sağlığı merkezinde çalıştığı, mesleği kendi isteğiyle mi yoksa başka sebeplerden dolayı mı seçtiği, mesleki hayatı boyunca sözel şiddete maruziyeti, mesleki hayatı boyunca fiziksel şiddete maruziyeti, son 1 yılda fiziksel ve sözel şiddete kaç kez maruz kaldığı, aylık ortalama çalışma saati, hasta üzerine kendisinden sözel ya da yazılı olarak savunma istenip istenmediği, adına açılmış herhangi bir malpraktis davası bulunup bulunmadığı soruldu.

Hekimler için olan anket formu EK-2 de JSE anketi kullanıldı. Bu empati skalası puanlaması 1 den 7 ye kadar olan toplam 20 sorudan oluşmaktadır.1 puan hekimin bu düşünceye kesinlikle katılmadığını, 4 puan kararsız olduğunu,7 puan ise kesinlikle katıldığını ifade etmektedir. Diğer ara puanlar olan 2,3 puanda (2 puanda daha fazla katılmamak üzere) hekimin bu düşünceye kesin olmayan bir biçimde katılmadığını 5,6 puanda ise (6 puanda daha fazla katılma olmak üzere) hekimin bu düşünceye kesin olmayan bir biçimde katıldığını göstermektedir.

Hastalar için olan anket formu EK-3 de hastanın yaş aralığı, cinsiyeti, medeni durumu, ekonomik durumu, eğitim durumu, son 1 yılda acil servise başvuru sayısı, son 1 yılda aile hekimine başvuru sayısı, aile hekimine ne kadar süredir kayıtlı olduğu, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, aile hekimine yürüyerek ne kadar sürede ulaştığı soruldu.

Hastalar için olan anket formu EK-4 de JSPPPE kullanıldı. . Bu empati skalası puanlaması 1 den 7 ye kadar olan toplam 10 sorudan oluşmaktadır.1 puan hekimin bu düşünceye kesinlikle katılmadığını, 4 puan kararsız olduğunu,7 puan ise kesinlikle katıldığını ifade etmektedir. Diğer ara puanlar olan 2,3 puanda(2 puanda daha fazla katılmamak üzere) hekimin bu düşünceye kesin olmayan bir biçimde katılmadığını 5,6 puanda ise(6 puanda daha fazla katılma olmak üzere) hekimin bu düşünceye kesin olmayan bir biçimde katıldığını göstermektedir.

3.1 İstatistiksel Analiz

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Hasta empati ölçek puanları medyan, minimum ve maksimum değerleriyle birlikte verilmiştir. Ölçeğin güvenirliği, madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach's alfa katsayısı kullanılarak değerlendirilmiş olup test-tekrar test güvenirlik analizi sonuçlarına da yer verilmiştir. Ölçeğin yapısal geçerliliğinin incelenmesinde öncelikle Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulanmış ve buradan elde edilen yapının doğrulanması ise Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılarak yapılmıştır. Model uyum iyiliği ölçütleri olarak χ^2 , χ^2 / v , “Root Mean Square Error Approximation (RMSEA)”, Tucker-Lewis Index (TLI) ve “Comparative Fit Index” (CFI) değerleri raporlanmıştır. Ölçeğin kriter geçerliliğine göre incelenmesi ise Jefferson empati ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Hasta ve hekim toplam empati puanının gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarında Mann Whitney U ve Kruskal

Wallis testleri kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonrasında genel anlamlılık bulunması durumunda alt grup analizler Dunn-Boenferroni testi kullanılarak yürütülmüştür. Hasta ve hekim ölçek puanları ile kesikli ve sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler ise korelasyon analizi ile incelenmiş olup Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Hasta ve hekim empati puanını öngörmeye yönelik değişkenlerin belirlenmesi amacıyla doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analizler Amos (Arbuckle, J. L. (2014). Amos (Version 23.0) [Computer Program]. Chicago: IBM SPSS.) ve SPSS (IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programları kullanılarak gerçekleştirilmiş olup, analizlerde anlam düzeyi $\alpha=0.05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamızda birinci basamak sağlık hizmetlerinde aktif olarak hasta bakan 54 aile hekimi ve bu aile hekimlerine en az 1 yıl süreyle kayıtlı olmak üzere 159 hasta ile görüşülmüştür. Her bölgeden 3 hasta zaman problemleri nedeniyle, Nilüfer bölgesinde 3, Osmangazi bölgesinden 1 hekim hasta yoğunluğu, yorgunluk nedeniyle çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışmamız Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan 50 aile hekimi, bu aile hekimlerine en az 1 yıl süreyle kayıtlı 150 hasta olmak üzere 200 gönüllü katılımı ile yapılmıştır.

Çalışmaya toplamda 150 hasta gönüllü olarak katılmıştır. Katılımcıların yaş aralığı dağılımına baktığımızda çalışmaya katılanların büyük oranda 60 yaş üzeri (%26,7) ,30-39 yaş (%26) arasındaki kişilerin oluşturduğu gözlemlendi. Diğer katılımcıların yaş aralığı oranlar sırasıyla 50-59 yaş aralığında olanlar %12, 40-49 yaş aralığında olanlar %16,7, 30 yaş ve altında olanlar %18,7 olarak saptanmıştır (Tablo1).

Katılımcıların büyük çoğunluğunun kadın (%61,3) olduğu gözlemlenmiştir. Erkeklerin oranıysa %38,7 olarak saptanmıştır. Medeni durum olarak katılımcıların büyük çoğunluğu evli (%72) olarak saptanmıştır. Bekarların oranı %15,3 ve dulların oranı ise %12,7 olarak saptanmıştır.

Ekonomik durum olarak katılımcıların büyük çoğunluğu orta gelir(%74,7) grubunda saptanmıştır. Diğer katılımcılardan ekonomik durumu iyi olanların oranı

%17,3, ekonomik durumu kötü olanların oranı ise %8 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %44,7 sinin sigara kullandığı saptanmıştır.

Katılımcıların büyük çoğunluğunu Osmangazi bölgesinde kayıtlı hastaların oluşturduğu (%44) saptanmıştır. Yıldırım bölgesinden araştırmaya katılanların oranı %32, Nilüfer bölgesinden katılanların oranı ise %24 olarak saptanmıştır.

Katılımcıların son 1 yıldaki acil servise başvuru sayısı ortalama olarak $2(1.77 \pm 1.67)$ olarak saptanmıştır.

Katılımcıların son 1 yıldaki aile hekimine başvuru sayısı ortalama 8 olarak saptanmıştır.

Aile hekimine kayıt süresi ortalama 7 yıl olarak saptanmıştır.

Aile hekimine yürüyerek ulaşma süresi ortalama olarak 10 dakika saptanmıştır.

Tablo 1: Hastaların genel özellikleri

n=150	
Yaş (yıl)	
<30	28(%18.70)
30-39	39(%26)
40-49	25(%16.70)
50-59	18(%12)
≥60	40(%26.70)
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	92(%61.30)/58(%38.70)
Medeni Durum	
Evli	108(%72)
Bekar	23(%15.30)
Dul	19(%12.70)
Ekonomik Durum	
Kötü	12(%8)
Orta	112(%74.70)
İyi	26(%17.30)
Eğitim Durumu	
Lise altı	81(%54)
Lise	56(%37.30)
Lise üzeri	13(%8.70)
Sigara Kullanımı	67(%44.70)
Hekim Bölge	
Nilüfer	66(%44)
Osmangazi	36(%24)
Yıldırım	48(%32)
Son 1 yıl acil başvuru sayısı	2(0:10)
Son 1 yıl aile hekimine başvuru sayısı	8(1:20)
Aile hekimine kayıt süresi	7(1:13)
Aile hekimine yürüyerek ulaşma süresi(dk)	10(2:30)

Veriler medyan(minimum: maksimum)ve n(%) olarak verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun Hipertansiyon (%24,7) ve Diyabet (%18) hastalarının oluşturduğu saptanmıştır. Bunu sırasıyla %16,7 ile diğer hastalıklar (egzama, allerji, vitiligo vs gibi tabloda direk belirtilmeyen daha nadir görülen kronik hastalıklar) izlemektedir. Kalp damar hastalığı olanlar %16,7, Psikiyatrik hastalığı olanlar %8, KOAH hastalığı olanlar %6,7, Astım hastalığı olanlar %5,3, Romatolojik hastalığı olanlar %4, Kanser hastalığı olanlar %4, Hiperlipidemi hastalığı olanlar %4, İnme/Felç hastalığı olanlar %2,7, Böbrek hastalığı olanlar %2,7 , Karaciğer hastalığı olanlar %0,7 olarak saptanmıştır (Tablo2).

Tablo 2: Hastaların kronik hastalıkları

	n=150
Kronik Hastalıklar	
<i>Hipertansiyon</i>	37(%24.70)
<i>Diyabet</i>	27(%18)
<i>Diğer hastalıklar</i>	25(%16.70)
<i>Kalp damar hastalığı</i>	22(%14.70)
<i>Psikiyatrik hastalık</i>	12(%8)
<i>KOAH</i>	10(%6.70)
<i>Astım</i>	8(%5.30)
<i>Romatolojik hastalık</i>	6(%4)
<i>kanser</i>	6(%4)
<i>Hiperlipidemi</i>	6(%4)
<i>İnme/felç</i>	4(%2.70)
<i>Böbrek hastalığı</i>	4(%2.70)
<i>Karaciğer hastalığı</i>	1(%0.70)

Veriler ve n(%) olarak verilmiştir

Empati puanının hastaların genel özellikleri ile ilişkisi Tablo3’de gösterilmiştir.

Empati puanı yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Alt grup analizlerinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

60 yaş ve üstü gruba ait medyan empati puanının 30 yaş altı grubun empati puanından daha yüksek bulunmuştur (p=0.007).

Yaş grupları arasında yapılan diğer karşılaştırmalarda empati puanına göre farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Cinsiyete göre empati puanı farklılık göstermemektedir.

Medeni duruma göre empati puanı farklılık göstermektedir. Alt grup

analizlerinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

Evli ve dulların medyan empati puanları bekarlara göre daha yüksektir (sırasıyla $p=0.028$ ve $p=0.011$).

Evli ve dulların empati puanları farklılık göstermemektedir ($p=0.645$).

Ekonomik duruma göre empati puanı farklılık göstermemektedir.

Eğitim durumuna göre empati puanı farklılık göstermemektedir.

Sigara kullanım durumuna göre empati puanı farklılık göstermektedir.

Medyan empati puanı sigara kullananlarda daha yüksektir.

Tablo 3: Empati puanının hastaların genel özellikleriyle ilişkisi

Empati	
Yaş (yıl)	
<30($n=28$)	66(43:69)
30-39($n=39$)	68(19:70)
40-49($n=25$)	68(52:70)
50-59($n=18$)	68(46:70)
≥ 60 ($n=40$)	69(41:70)
p-değeri	0.007^a
Cinsiyet	
Kadın($n=92$)	68(19:70)
Erkek($n=58$)	68(43:70)
p-değeri	0.232^b
Medeni Durum	
Evli($n=108$)	68(41:70)
Bekar($n=23$)	66(43:70)
Dul($n=19$)	69(19:70)
p-değeri	0.008^a
Ekonomik Durum	
Kötü($n=12$)	67(49:70)
Orta($n=112$)	68(19:70)
İyi($n=26$)	68(41:70)
p-değeri	0.598^a
Eğitim Durumu	
Lise altı($n=81$)	68(41:70)
Lise($n=56$)	68(19:70)
Lise üzeri($n=13$)	68(56:69)
p-değeri	0.692^a
Sigara Kullanımı	
Var($n=67$)	68(43:70)
Yok($n=83$)	67(19:70)
p-değeri	0.008^b

Veriler medyan (minimum:maksimum) ve $n(\%)$ olarak verilmiştir.

a:Kruskal Wallis Testi, b: Mann-Whitney Testi

Hekimin bulunduğu bölgeye göre hastaların empati puanları farklılık göstermektedir (Tablo3). Alt grup analizlerinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

Nilüfer bölgesindeki hastaların empati puanlarının Osmangazi ve Yıldırım bölgesindekilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0.001$ ve $p=0.008$).

Yıldırım ve Osmangazi bölgeleri arasında empati puanına göre farklılık bulunmamaktadır ($p=0.094$).

Hastanın sahip olduğu kronik hastalık sayısı ile hasta empati puanı arasında ilişki bulunmaktadır. Sahip olunana kronik hastalık sayısındaki artışla empati puanı artış göstermektedir.

Son 1 yıldaki acile başvuru sayısı ile empati puanı arasında ilişki bulunmamaktadır.

Son 1 yılda aile hekimine yapılan başvuru sayısı ile empati puanı arasında ilişki bulunmaktadır. Aile hekimine yapılan başvuru sayısının artmasıyla empati puanı artmaktadır.

Aile hekimine kayıt süresi ile empati arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Aile hekimine kayıt süresinin artmasıyla empati puanında artış gözlenmektedir.

Aile hekimine yürüyerek ulaşım süresi ile empati puanı arasında ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 3 (devam): Empati puanının hastaların genel özellikleriyle ilişkisi

		Empati
Hekim Bölge		
Osmangazi(n=66)		68.50(58:70)
Nilüfer(n=36)		68(57:70)
Yıldırım(n=48)		60.50(19:70)
p-değeri		<0.001 ^a
		Empati
n=150	r _s	p-değeri
Kronik Hastalık Sayısı	0.18	0.033
Son 1 yıl acil başvuru sayısı	0.05	0.528
Son 1 yıl aile hekimine başvuru sayısı	0.38	<0.001
Aile hekimine kayıt süresi	0.84	<0.001
Aile hekimine yürüyerek ulaşma süresi(dk)	0.12	0.131

a:Kruskal Wallis Testi, r_s: Spearman korelasyon katsayısı

Analiz sonucunda oluşturulan çoklu doğrusal regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo4). Analiz sonucunda oluşturulan çoklu doğrusal regresyon modeli ise aşağıdaki gibi elde edilmiştir.

$$\text{Empati puanı} = 59.13 - 3.86x_1 + 1.30x_2 - 0.64x_3$$

Aile hekimi bölgesi yıldırım olan katılımcıların, aile hekimi bölgesi olan nilüfer katılımcılara göre empati puanı 3.86 puan daha düşüktür.

Aile hekimine kayıt süresinin bir birim artmasıyla empati puanında 1.30 birimlik bir artış meydana gelmektedir.

Son 1 yılda acile başvuru sayısında gözlenen 1 birimlik artış empati puanında 0.64 birimlik bir azalma meydana gelmektedir.

Tablo 4: Hastaların empatisini etkileyen faktörler

	Katsayı	St. Hata	T	p-değeri
Sabit	59.13	1.02	58.20	<0.001
Hekim Bölge				
<i>Nilüfer (referans)</i>				
<i>Yıldırım(x_1)</i>	-3.86	0.99	-3.87	<0.001
Aile hekimine kayıt süresi(x_2)	1.30	0.13	10.13	<0.001
Son 1 yıl acil başvuru sayısı (x_3)	-0.64	0.25	-2.54	0.012
<i>n=150, R²=%59</i>				
<i>(F=71.07, p<0.001)</i>				

Araştırmaya katılan hekimlerin ortalama yaşı 49 olarak saptanmıştır (tablo5)

Araştırmaya katılan hekimlerin çoğunluğu erkek (%58) olarak saptanmıştır.

Hekimlerin büyük çoğunluğu evli (%86) olarak saptanmış olup ortalama çocuk sayısı 2 olarak bulunmuştur.

Hekimlerinin eşinin büyük bir kısmının çalıştığı (%70) bunun da büyük kısmının sağlık sektöründe çalıştığı (%48) saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerde kronik hastalık varlığı %34 saptanmıştır.

Hekimlerin %46'sında son 1 yılda yaşamını ciddi etkileyen bir olayın varlığı saptanmıştır.

Hekimlerin %30'unda kronik hastalıkları sebebiyle bakımıyla ilgilendiği bir kişi bulunmaktadır.

Hekimlerin %30'unda birince derece akrabasında kanser varlığı bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin meslekteki yıl sayısı ortalama 24 yıldır.

Hekimlerin iş yeri değiştirme sıklığı ortalama 5 olarak saptanmıştır.

Hekimlerin bulunduğu kurumda çalışma süresi ortalama 8 yıl olarak bulunmuştur.

Hekimlerin çalıştığı aile sağlığı merkezlerinin ortalama birim sayısı 4 olarak saptanmıştır.

Hekimlerin %82'si kendi isteği ile tıp fakültesini seçmiş olarak saptanmıştır.

Sözel şiddete maruz kalan hekimlerin oranı %92 olarak saptanmıştır.

Fiziksel şiddete maruz kalan hekimlerin oranı %22 saptanmıştır.

Son 1 yılda maruz kalınan şiddet ortalaması hekim başına 1,5 olarak saptanmıştır.

Hekimlerin %64'ünden hasta şikayeti üzerine savunma istenmiştir.

Hekimlerin %6'sının adına açılmış malpraktis davası bulunmaktadır.

Tablo 5: Hekimlerin genel özellikleri

n=50	
Yaş (yıl)	49(25:67)
Cinsiyet(Kadın/Erkek)	21(%42)/29(%58)
Medeni Durum	
<i>Evli</i>	43(%86)
<i>Bekar</i>	7(%14)
Çocuk Sayısı	2(0:5)
Eşinin Çalışma Durumu	
<i>Eşi yok</i>	7(%14)
<i>Çalışıyor</i>	35(%70)
<i>Çalışmıyor</i>	3(%6)
<i>Emekli</i>	5(%10)
Eşinin Çalışma Sektörü	
<i>Çalışmıyor</i>	10(%20)
<i>Sağlık</i>	48(%48)
<i>Diğer</i>	16(%32)
Kronik Hastalık Varlığı	17(%34)
Son 1 yılda yaşamı etkileyen ciddi olay varlığı	23(%46)
Kronik hastalık nedeniyle ilgilendiği kişi varlığı	15(%30)
Birinci derece akrabada kanser varlığı	15(%30)
Meslekteki Yıl	24(2:41)
Değiştirilen İş Yeri Sayısı	5(2:26)
Mevcut Kurumdaki Çalışma Yılı	8(1:20)
Çalıştığı ASM Birim Sayısı	4(2:8)
Aile hekimine yürüyerek ulaşma süresi (dk)	10(2:30)
Mesleği Seçme Sebebi	
<i>Kendi isteği</i>	41(%82)
<i>Diğer</i>	9(%18)
Sözel Şiddete Maruziyet	46(%92)
Fiziksel Şiddete Maruziyet	11(%22)
Son 1 yılda şiddete maruziyet sayısı	1.50(0:30)
Hasta Şikayeti Üzerine Savunma Durumu	32(%64)
Malpraktis dava varlığı	3(%6)

Veriler medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak verilmiştir.

Hasta şikayeti üzerine savunması alınana hekimlerde empati puanı diğer hekimlere göre daha düşüktür (Tablo6).

Tabloda yer alan diğer değişkenler ise empati puanı ile ilişkili değildir.

Tablo 6: Hekimlerin genel özellikleri ve empati

		Empati Puanı	
Yaş (yıl)	r_s	0.07	
	p-değeri	0.613	
Cinsiyet			
<i>Kadın (n=21)</i>			
<i>Erkek(n=29)</i>			
p-değeri		0.360 ^b	
Medeni Durum			
<i>Evli(n=43)</i>		108(83:133)	
<i>Bekar(n=7)</i>		108(95:136)	
p-değeri		0.913 ^b	
Çocuk Sayısı	r_s	-0.07	
	p-değeri	0.616	
Kronik Hastalık			
<i>Var(n=17)</i>			
<i>Yok(n=33)</i>			
p-değeri		0.119 ^b	
Son 1 yılda yaşamı etkileyen ciddi olay varlığı			
<i>Var(n=23)</i>		108(83:136)	
<i>Yok(n=17)</i>		108(87:126)	
p-değeri		0.782 ^b	
Kronik hastalık nedeniyle ilgilendiği kişi varlığı			
<i>Var(n=15)</i>		108(87:126)	
<i>Yok(n=35)</i>		108(83:136)	
p-değeri		0.874 ^b	
Meslekteki Yıl	r_s	0.01	
	p-değeri	0.923	
Değiştirilen İş Yeri Sayısı	r_s	-0.08	
	p-değeri	0.600	
Mevcut Kurumdaki Çalışma Yılı	r_s	-0.04	
	p-değeri	0.769	
Çalıştığı ASM Birim Sayısı	r_s	-0.12	
	p-değeri	0.438	

Veriler medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak verilmiştir.

b:Mann Whitney Testi, r_s :Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 6(devam): Hekimlerin genel özellikleri ve empati

	Empati Puanı
Mesleği Seçme Sebebi	
<i>Kendi isteği(n=41)</i>	108(83:136)
<i>Diğer(n=9)</i>	108(93:119)
p-değeri	0.843 ^b
Sözel Şiddete Maruziyet	
<i>Var(n=46)</i>	108(83:136)
<i>Yok(n=4)</i>	106.50(103:114)
p-değeri	>0.99
Fiziksel Şiddete Maruziyet	
<i>Var(n=11)</i>	108(93:136)
<i>Yok(n=39)</i>	108(83:133)
p-değeri	0.725 ^b
Son 1 yılda şiddete maruziyetsayısı	r_s 0.09
	p-değeri 0.523
Hasta Şikayeti Üzerine Savunma Durumu	
<i>Var(n=32)</i>	104.50(87:136)
<i>Yok(n=18)</i>	112(83:133)
p-değeri	0.020^b
Son 1 yılda yaşamı etkileyen ciddi olay	
<i>Var(n=23)</i>	104(87:136)
<i>Yok(n=27)</i>	108(83:133)
p-değeri	0.661 ^b

Veriler medyan(minimum:maksimum) ve n(%) olarak verilmiştir.

b:Mann Whitney Testi

Analiz sonucunda oluşturulan doğrusal regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir. Analiz sonucunda oluşturulan doğrusal regresyon modeli ise aşağıdaki gibi elde edilmiştir (Tablo7).

$$\text{Empati puanı} = 112.11 - 6.67x_1$$

Hasta şikayeti üzerine savunması alınana hekimlerde empati puanı 6.67 puan daha düşük bulunmuştur.

Tablo 7: Hekim Empatisini etkileyen faktörler

	Katsay ı	St. Hata	T	p-değeri
Sabit	112.11	2.62	42.84	<0.001
Hasta Şikayeti Üzerine Savunma İstenmesi				
<i>Hayır (referans)</i>				
<i>Evet(x_1)</i>	-6.67	3.27	-2.04	0.047
<i>n=50, R²=%6</i>				
<i>(F=4.16, p=0.047)</i>				

Hasta Empati Ölçeğinin Geçerlilik Analizi Sonuçları

Hasta Empati Ölçeğinin Dil Geçerliliği

Ölçeğin uyarlamasının yapılabilmesi için öncelikle yazarlardan izin alınmıştır. Ölçeğin dil ve kapsam geçerliliği için öncelikle Türkçe ve İngilizceyi ana dil düzeyinde bilen bağımsız iki kişi tarafından ölçeğin İngilizceden Türkçeye çevirisi sağlandı. Türkçeye çevrilen metin, İngilizce bilen farklı akademisyen tarafından değerlendirilerek tek bir metin haline getirildi. Türkçe ölçek, iki dile de hakim olan bir çevirmen tarafından tekrar İngilizceye çevrildi. Ölçeğin İngilizce özgün versiyonu ile İngilizceye çevrilmiş versiyonu karşılaştırıldı. Araştırmacılarla birlikte Türkçe formlar üzerinde tartışılarak anlam ve dil bilgisi açısından gerekli düzeltmeler yapıldı.

Yapı Geçerliliği

Yapı, birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belli öğelerin ya da öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür. Bir ölçeğin yapı geçerliğini belirleme süreci, bir ölçüde bilimsel kuram geliştirme süreciyle aynıdır (94). Hasta empati ölçeğinin yapı

geçerliliğinin incelenmesi amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulanmıştır. Faktör analizi öncesinde, örneklemin yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla verilere Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterlilik testi ve Bartlett'in Küresellik testi uygulanmıştır. KMO Değerinin 0.820 olduğu; Bartlett's testi sonucunun ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2=920.12$; $p<0.001$) görülmüştür (Tablo-8). KMO değerinin 0.80-0.90 aralığında olması faktör analizinin uygulanabilmesi için örneklemin "iyi" düzeyde olduğunu göstermekte olup; Bartlett's testinin anlamlı olması ise, ölçekte bulunan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi için kullanılmasının uygun olduğunu göstergesidir. Açıklayıcı Faktör Analizinde faktör çıkarma yöntemi olarak temel bileşenler analizi tercih edilmiştir. Faktör döndürme yöntemlerinden ise dik döndürme yöntemlerinin en sık kullanılanlardan biri olan Varimax döndürme tekniği kullanıldı. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda, 10 maddenin özdeğeri (eigenvalues) 1'in üzerinde ve toplam varyansın %66.73'ünü açıklayan iki faktöre ayrıldığı saptandı. Faktörler için toplam varyansı açıklama yüzdelерinin birinci faktör için %54.16 ve ikinci faktör için %12.57 olduğu belirlendi (Tablo-8). Elde edilen sonuçlara göre, iki faktör toplam varyansın çoğunluğunu açıklamaktadır ve dolayısı ile faktör yapısının güçlü olduğu söylenebilir. Maddelerin faktör ile olan ilişkisini açıklayan faktör yük değerleri için kesin bir sınır olmamakla birlikte, 0.45 ve üzerindeki faktör yük değerlerinin seçim için iyi bir ölçü olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda, tüm maddelerin faktör yükleri belirtilen kriterin üzerinde olup tablo -8 de verilmiştir. Tablo incelendiğinde 1-5 ve 8-10 numaralı sorular faktör I altında; 6. ve 7. sorularında ikinci faktör altında yer aldığı görülmektedir. Faktör I ve Faktör II içerdiği maddelerin taşıdıkları anlamlar dikkate alınarak sırasıyla Faktör I ve Faktör II olarak isimlendirilmiştir.

Tablo-8: Açıklayıcı faktör analizi sonuçları

Soru	Faktör I	Faktör II
1	0.63	-
2	0.77	-
3	0.82	-
4	0.86	-
5	0.83	-
6	-	0.82
7	-	0.88
8	0.77	-
9	0.69	-
10	0.82	-
KMO=0.82		
$\chi^2=920.12$;		
p<0.001		
Açıklanan Varyans(%66.73)		
Faktör I: %54.16		
Faktör II: %12.57		

Ölçeğin yapısal geçerliğinin incelenmesinin ikinci aşamasında AFA sonrasında Doğrulayıcı Faktör Analizi(DFA) uygulanmış ve AFA sonrasında elde edilen iki faktörlü yapının geçerliliği araştırılmış ve uyum iyiliği ölçütleri hesaplanmıştır (95). Doğrulayıcı faktör analizinin daha önceden keşfedilmiş ve daha az faktör yapısı altında toplanmış ölçeklerin, araştırmanın yapıldığı örnekleme de benzer olup olmadığını sınamak üzere yapılmakta olduğunu belirtmiştir. AFA ile elde edilen 10 maddeden oluşan iki faktörlü yapı DFA ile test edilmiş ve uygunluğu doğrulanmaya çalışılmıştır. Bu çalışmada uyum iyiliği ölçütü olarak; χ^2 test istatistiği 72.71, ν değeri 28, χ^2 / ν değeri 2.60, “Root Mean Square Error Approximation (RMSEA)” değeri 0.10, Tucker-Lewis Index (TLI) 0.92 ve “Comparative Fit Index” (CFI) 0.95 olarak saptanmıştır. Model uygunluğunu değerlendirme ölçütlerinden biri χ^2 / ν ölçütüdür ve bu oranın 2 ve 3 olması sırasıyla “iyi” ve “kabul edilebilir” model uyumunu göstermektedir (96). RMSEA değerlerinin 0.05’e eşit veya bundan küçük olması iyi uyum olarak kabul edilirken, 0.05 ve 0.08 arasındaki değerler yeterli uyumu, 0.08 ve 0.10 arasındaki değerler orta derecede uyumu, 0.10’dan büyük değerler ise kabul edilemez uyumu göstermektedir (96).

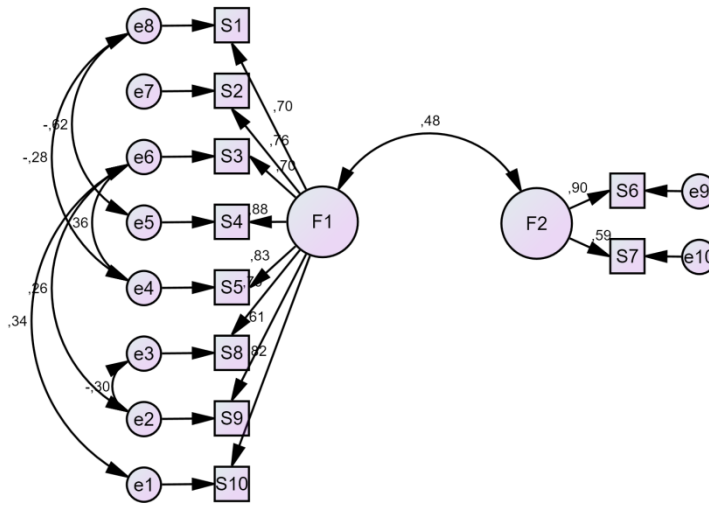
Çalışmamızda RMSEA değeri 0.10 olarak bulunmuş olup orta derecede bir uyum olduğu ifade edilebilir. RMSEA’nın popülasyon parametresi ε olmak üzere, $H_0: \varepsilon \leq 0.05$ tek yönlü hipotezi test edilmekte, H_0 hipotezinin kabul edilmesi modelin

uygun olduğunu göstermektedir. Bütün olarak bu uyum indeksleri birlikte değerlendirildiğinde açıklayıcı faktör analizi ile belirlenen Türkçe formun iki faktörlü yapısının DFA ile doğrulandığı söylenebilir (Tablo 9). Çalışmamızda doğrulayıcı faktör analizi ile uygunluğu araştırılan 2 faktörlü yapı şekil 1 de verilmiştir.

Tablo-9: Hasta empati ölçeğinin 2 faktörlü modeli için model uyum ölçütleri

Ölçüt	Model
χ^2	72.72 ₍₂₈₎ ; p<0.001
χ^2 / v	2.60
RMSEA	0.10, 90%GA:0.08-0.13, p=0.002
TLI	0.92
CFI	0.95

Şekil 1: Hasta empati Ölçeğinin CFA sonuçları



Kriter Geçerliliği

Kriter geçerliliği ölçeğin etkinliğini belirlemek amacıyla, ölçekten elde edilen puanlarla belirlenen kriter arasında, gelecekteki veya o andaki ilişkiyi inceler (97). Hasta empati ölçeğinin kriter geçerliliği yönünden incelenmesi aşamasında Türkçe uyarlaması Öztürk ve Demirci (98) tarafından yapılan Jefferson empati ölçeği kriter kabul edilerek bu ölçek ve alt ölçeklerinden elde edilen puanlar ile hasta empati ölçeğinin toplam ve çalışmamızda önerdiğimiz iki faktörlü yapıya uygun olarak hesaplanan alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler tablo-10 da verilmiştir.

Tablo-10: Hasta empati ölçeği ve Jefferson Scale Ölçeği puanları arasındaki ilişkiler

Jefferson Scale Empati Ölçeği	Hasta Empati Ölçeği					
	Toplam(10)		F1(8)		F2(2)	
	r_s	p -değeri	r_s	p -değeri	r_s	p -değeri
Toplam(20)	-0.17	0.034	-0.16	0.046	-0.15	0.068
Perspective Taking(10)	-0.06	0.450	-0.06	0.502	-0.06	0.474
Compassionate Care(8)	-0.12	0.145	-0.11	0.176	-0.17	0.038
Standing in the patient's shoes(2)	-0.04	0.591	-0.05	0.555	0.03	0.689

r_s :Spearman korelasyon katsayısı

Parantez içerisindeki sayısal ifadeler her ölçeğin sahip olduğu madde dayısını göstermektedir

Tablo incelendiğinde Türkçe uyarlaması Öztürk ve Demirci (2018) tarafından yapılan Jefferson Scale Ölçeği ile hasta empati ölçeği toplam puanları arasında ters yönlü fakat anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre Jefferson ölçeğine ait toplam puandaki artış Hasta empati ölçeğinin toplam puanında azalmaya neden olmaktadır. Aynı şekilde bu bulgu Jefferson Scale toplam puanındaki azalmanın Hasta empati ölçeği toplam puanında artışa neden olabileceği şeklinde de yorumlanabilmektedir. Bununla birlikte, F1 olarak belirtilen Hasta empati alt ölçeği toplam puanı ile Jefferson ölçeğinin toplam puanı arasında yine ters yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Ek olarak Hasta empati ölçeğinin alt ölçeği olarak belirlenen F2 ölçeğine ait toplam puan ile yine Jefferson ölçeğinin alt ölçeği olan compassionate care ölçeğinin toplam puanı arasında ise yine ters yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Hasta Empati Ölçeğine Ait Güvenirlik Analizi Sonuçları

Hasta empati ölçeğinin iç tutarlılığı madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı kullanılarak incelenmiş ve bulgular tablo 11 de verilmiştir. Hasta empati ölçeğinin geneline ait Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0.89$ olarak bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısına bakıldığında hasta ölçeğinin iç tutarlılık açısından “yüksek düzeyde güvenilir” bir ölçüm aracı olduğu görülmektedir. Ölçek maddelerinin ölçeği temsil gücünü belirlemek için korelasyona dayalı madde analizi yapılmıştır. Hasta empati ölçeğinin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde tüm soruların toplam ölçek puanı ile ilişkili olduğu görülmektedir. On soruya verilen puanlar ile toplam ölçek puanı arasındaki ilişkilere ait korelasyon katsayılarının $r_s=0.29- 0.87$ arasında değiştiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Tablo-11 incelendiğinde madde silme güvenirlik katsayısına ait sütunda verilen değerler dikkate alındığında ölçeğin mevcut yapısında bulunan 10

maddenin korunması gerektiği ve herhangi bir tanesinin çıkartılması durumunda ölçeğin geneline ait Cranbach alfa değerinde ($\alpha=0.89$) kayda değer bir artış olmadığı görülmektedir. Bu nedenle ölçeğin mevcut halinden bir madde çıkartılması önerilmemektedir.

Tablo-11: Hasta Empati ölçeğinin maddeleri ile toplam ölçek puanı arasındaki ilişkiler

Soru	Toplam Puan	
	<i>Madde toplam korelasyonu</i>	<i>Madde silme güvenirlik katsayısı</i>
<i>Soru1</i>	0.61	0.89
<i>Soru2</i>	0.87	0.88
<i>Soru3</i>	0.62	0.87
<i>Soru4</i>	0.67	0.87
<i>Soru5</i>	0.64	0.87
<i>Soru6</i>	0.29	0.90
<i>Soru7</i>	0.31	0.90
<i>Soru8</i>	0.58	0.88
<i>Soru9</i>	0.59	0.89
<i>Soru10</i>	0.68	0.87

r_s:Spearman korelasyon katsayısı

AFA sonucunda F1ve F2 olarak ifade edilen Her bir alt ölçek puanı ile, toplam ölçek panına arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise korelasyon katsayılarının $r_s=0.34-0.99$ arasında değiştiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.001$) görülmüştür ve sonuçlar tablo-13 de sunulmuştur. AFA sonucunda ortaya konulan ve DFA sonucuna göre doğrulanan Hasta empati ölçeğinin iki faktörlü yapısına ait alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları incelendiğinde 8 maddeden oluşan birinci faktör için alfa değeri $\alpha=0.91$ ve 2 maddeden oluşan diğer bir alt ölçek için $\alpha=0.59$ olarak belirlenmiştir. Faktör 2'nin içerdiği madde sayısı dikkate alındığında ilgili alfa değerinin kabul edilebilir seviyede olduğu söylenebilir. Hasta empati ölçeğinin skorum algoritmasında 7 numaralı soru ters olarak skorlanmış olup çalışmamızda ilgili soruya verilen yanıtlar yeniden kodlanarak toplam ve alt ölçek puanları ilgili sorunun çevrilmiş puanları kullanılarak hesaplanmıştır.

Tablo-12: Hasta empati alt ölçeklerinin güvenirlik düzeyleri ve ölçekler arasındaki ilişkiler ve ölçeklerin ortalama puan değerleri

Ölçek ve Alt ölçekler	Cronbach α	Toplam ölçek ve alt ölçek korelasyonları (r_s)	Ölçek Puanı
Toplam	0.89	-	68(19:70) (64.74 $\pm$ 7.35)
F1 (Soru 1, 2, 3, 4,5,8,9,10)	0.91	0.99*	54(10:56) (50.99 $\pm$ 6.94)
F2 (Soru 6,7)	0.59	0.34*	14(7:14) (13.75 $\pm$ 0.99)

r_s :Spearman korelasyon katsayısı; *:p<0,001 düzeyinde anlamlı

Ölçek puanı medyan(minimum:maksimum) ve ortalama $\pm$ standart sapma olarak verilmiştir.

Test-tekrar test yöntemiyle güvenilirlik incelenmesinde, hasta empati ölçeği ilk uygulamadan yaklaşık iki hafta sonra katılımcıların n=30 kişilik alt grubuna yeniden uygulanmış ve test-tekrar test korelasyonu $r_s=0.98(p<0,001)$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin bütünü ve her bir alt ölçek için test-tekrar test sonuçları incelendiğinde, test-tekrar test sonucunda korelasyon katsayıları anlamlı bulunmuştur (tablo 13).

Tablo-13: Hasta ölçeğine ait test-tekrar test puanları arasındaki ilişkiler

n=150	Test-tekrar test ilişkisi	
	r_s	p-değeri
Toplam	0.99	<0.001
F1	0.98	<0.001
F2	0.99	<0.001

r_s :Spearman korelasyon katsayısı

Yapılan güvenilirlik ve geçerlilik analizleri sonucunda hasta empati ölçeğinin Türk toplumunda uygulanabilir bir ölçek olduğu ortaya konulmuştur.

5.TARTIŞMA

Araştırmamız sonucunda hekim empatisi ile aynı hekimin hastalarının empati düzeyi arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır. Yapılan güvenilirlik ve geçerlilik analizleri sonucunda ölçeğin Türk toplumunda uygulanabilir bir ölçek olduğu sonucu ortaya konulmuştur. 60 yaş üstü bireylerin empati puanlarının 30 yaş altı grubun empati puanından anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir. Nilüfer, Osmangazi bölgelerindeki hastaların empati puanı Yıldırım bölgesindeki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Evli ve dul olan kişilerin empati puanlarının bekar olanlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Sigara kullanan bireylerde empati puanlarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastanın kronik hastalık sayısı, son 1 yılda aile hekimine başvuru sayısı ile empati düzeyi arasında anlamlı derecede ilişki saptanmıştır. Aile hekimine kayıt süresinin bir birim artmasıyla empati puanlarında 1,30 birimlik artış saptanmıştır. Acil servise başvuru ile empati puanları arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Hasta savunması üzerine kendisinden yazılı veya sözlü savunma istenen hekimlerde savunma istenmeyen hekimlere göre empati 6,67 puan daha düşük saptanmıştır.

Ölçeğin daha önce 56 dilde geçerliliği gösterilmiştir. Bizim çalışmamız sonucunda da Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin de yeterli olduğunu tespit ettik. Dünya üzerinde yaygın olarak kullanılan bu ölçek sayesinde artık ülkemizde yapılacak araştırmalar için de kullanıma uygun olduğu gösterilmiştir (99).

Monica Oliveria Bernardo ve ark. tarafından 2018 yılında Brezilyada yapılan bir çalışmada Radyoloji ve Cerrahi hekimlerinde ve bu hekimlerin hastalarında JSE, CARE, IRI ölçekleri ile empati ölçümü yapılmıştır. Hekimlerde ölçülen empati ile hastaların bu hekimlerde algıladığı empati arasındaki ilişkiye bakılmış ve korelasyon bulunamamıştır (77). Yine 2008 yılında yayımlanan Lin CS ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada Acil hekimleri ile bu hekimlerin hastalarında benzer yöntemlerle empati ölçümü yapılmış ve hekimlerin empatiye bakış açısı ile hastaların empatiye bakış açısının farklı olduğu bulunmuştur (78). Bizim araştırmamızda da benzer şekilde sonuçlar elde edilmiş aile hekimlerinin değerlendirdiği öz empati ile hastaların bu hekimlerde algıladığı empati ölçümleri arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır. Korelasyonun olmaması bir çok nedenden kaynaklanmış

olabilir. Bu nedenlerden biri hekimlerin empatiye bakış açısı ile hastaların empatiye bakış açısı arasındaki farktan kaynaklanmış olabilir. Örneğin Aile hekimine NSAİ yazdırmak amacıyla polikliniğe gelen Hipertansiyon hastasına aile hekiminin tansiyonu daha da yükseltebileceği nedeniyle NSAİ reçete etmemesi hasta tarafından hekimin empati eksikliği olarak yorumlanabilir. Hekim açısından bakıldığında ise hastası hakkında empati yapabildiği için onu korumak amacıyla NSAİ reçete etmemesi kendi değerlendirdiği empatide olumlu olarak görülüyor olabilir. Aile hekimine okula gitmemek için rapor almak isteyen kişiye derslerinden geri kalmaması adına rapor yazılmaması hasta açısından olumsuz algılanabilirken, hekim hastası için iyi bir şey yaptığını düşünerek rapor yazmamasını olumlu olarak algılıyor olabilir. Benzer şekilde işe gitmemek için rapor almak isteyen birine tıbbi gereklilik olmadan rapor yazma hasta adına olumsuz olarak algılanıp hekimi düşük empatili olarak görmesine sebep olabilirken aile hekiminin endikasyon dışı rapor vermemesi hem etik kurallara bağlı kaldığı için hem de kişinin çalıştığı iş yerinde işlerin aksamadığını düşünüp kendisini yüksek empatili olarak görmesini sağlıyor olabilir. Bu örneklerin çoğaltılabileceği gibi hastaların ve hekimlerin empatiye bakış açısı, empati kavramından ne anladığı değişkenlik gösteriyor olabilir.

Lorie ve ark. tarafından 2016 yılında yapılan bir araştırmada çalışmada farklı kültürlerdeki hastaların, doktorlarından empati konusundaki beklentileri çok farklı olabileceği saptanmıştır. Örneğin CARE ölçeğindeki ‘doktor ilgi veya merhametini nasıl gösteriyor’ maddesi Avrupa, Güney Amerika ve Asya’daki hastalar tarafından farklı şekillerde anlaşılabilmektedir (79). Bizim araştırmamızda da Bursa’daki merkez ilçeler arasında empati farklılığı gözlemlenmiştir. Nilüfer, Osmangazi bölgelerindeki hastaların empati puanları, Yıldırım bölgesindeki hastalara göre yüksek bulunmuştur. Bunun da sebebi kültürel farklılıklar olabilir. Örneğin hastaya hastalığı hakkında yeterli bilgi verilirken durgun bir yüz ifadesi olması daha batılı tarzda düşünen Osmangazi, Nilüfer bölgesindeki hastalar için yeterli görülüp yüksek empati puanları vermesini sağlarken, Yıldırım gibi Bursa ilinin daha doğusunda ve genellikle doğudan göç alan, daha gelenekçi bu kesimde bilginin içeriği yeterli olsa dahi yüz ifadelerinden dolayı doktor hakkında düşük empati puanları vermesine yol açmış olabilir. Yıldırım ilçesindeki empati düşüklüğünün diğer sebebi ise hekimler kaynaklı olabilir. Bilindiği üzere ülkemizde aile hekimliği birimine yerleşme

kurallarında toplam hizmet puanı esas alınmaktadır. Hizmet puanı yüksek, mesleğinde tecrübeli, uzun süredir hekimlik yapan kişiler genelde Nilüfer, Osmangazi bölgesini tercih etmektedir. Hizmet puanı daha düşük olan, mesleğinde daha az tecrübeli, daha çok yeni mezun olmuş hekimlerse ancak Yıldırım bölgesindeki aile hekimlikleri birimine yerleşebilmektedir. Aradaki empati puanı farkı bundan kaynaklanmış olabilir. Ayrıca Nilüfer, Osmangazi bölgesindeki hekimler genelde birimini değiştirmek istemediği için aynı birimde uzun yıllar görev aldıklarından kendisine kayıtlı nüfusu daha iyi tanımaktadır. Yıldırım bölgesinde ise birim değişiklikleri daha sık olup buradaki hekimler diğer bölgelere göre aynı birimde daha kısa süreli görev yapan hekimlerdir. Dolayısıyla kendisine kayıtlı nüfusu diğer bölgelere göre daha az tanımaktadır. Aradaki empati farkının diğer nedeni bundan kaynaklanmış olabilir. Ülkemizde aile hekimliği birimlerinin ek ödemesi kayıtlı nüfus üzerinden yapılmakta olup Yıldırım ilçesindeki özellikle yeni birimlerde kayıtlı hasta sayısının az olması dolayısıyla döner sermayeden yeterince yararlanamaması da bu bölgedeki hekimlerde düşük empatiye yol açmış olabilir.

Denizli’de 2013 yılında Celile Hatipoğlu ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, hekimlerin yaşları, medeni durumları, çocuk sahibi olma durumları, kronik hastalık varlığı, olumsuz yaşam olayı yaşama durumu, bakımı ile ilgilendiği kişi varlığı, eğitim düzeyleri, çalıştıkları kurum, çalıştıkları bölüm, işin yönelimi, akademik unvan varlığı ile empati eğilim düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Yine aynı çalışmada kadın hekimlerin empati düzeylerini erkek hekimlere göre daha yüksek saptanmıştır (80). Literatürde, kadın hekimlerin, erkek hekimlere kıyasla daha yüksek empati düzeylerine sahip olduğunu bulan çalışmalar vardır (81). Bununla birlikte İtalyan hekimlerde yapılan bir çalışmada empati üzerinde cinsiyetlere göre bir farklılık bulunmamıştır (82). Teke ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise kadın hekimlerin empati düzeyleri erkek hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur (83).

Bizim yaptığımız çalışmada ise hekimlerin yaşı, cinsiyeti, çocuk sahibi olma durumu, eşinin çalışma durumu, eşinin çalışma sektörü, kronik hastalık varlığı, son 1 yılda yaşamını ciddi olarak etkileyen olayın varlığı, birinci derece yakınlarında kanser öyküsü, kronik hastalıkları sebebiyle primer olarak ilgilendiği kişi varlığı, meslekteki yıl sayısı, meslekteki iş yeri sayısı, şu anki aile sağlığı merkezinde ne

kadar süredir çalıştığı, kaç birimli aile sağlığı merkezinde çalıştığı, sözel ve/veya fiziksel şiddete maruz kalma durumu, son 1 yılda şiddete maruz kalma durumu, adına açılmış malpraktis davası olup olmadığı gibi durumlarla empati arasında ilişki saptanmamıştır. Bunun nedeni; ülkemizde tıp eğitimi süresince ve mezuniyet sonrası çalıştıkları kurumlarda birinci basamakta çalışan aile hekimlerine sistematik bir empati eğitiminin verilmemesi olabilir. Bu konuda da literatürde farklı görüşler yer almaktadır. Empati düzeylerinin, hekimlere eğitim müdahaleleri yapılarak değiştirilip değiştirilemeyeceği konusunda çalışmalar tutarlı değildir. Bazı araştırmacılara göre, empati kişilik özelliğidir ve tıp eğitimi boyunca azalabilir (84). Ancak empati düzeyinin, iletişim becerileri konularında alınan eğitim aktiviteleri ile arttırılabileceğini öne süren çalışmalar da vardır (85). Hekimlerde empatinin birçok şeyle ilişkisinin bulunamamasının başka bir nedeniyse empatinin bunlar dışında birçok faktöre bağlı olabileceği, hekim-hasta ilişkisinin görünenden daha karmaşık olması, empatinin sadece hekime bağlı olmayıp hastalar ve sağlık sistemiyle ilgili olarak değişebilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Örneğin; Bizim araştırmamızda hastalara yöneltilen JSPPPE empati ölçeğinde hastalara sorulan empati sorularında hekiminiz günlük hayatınızda neler yaşadığınızı sordu mu? Ailenizle ilgili sorular sordu mu? şeklinde sorular mevcuttur. Mevcut olan sağlık sistemimizde 1 hastaya yaklaşık olarak 5 dakika ayrılmaktadır. 2006 yılında Türkiye İstatistik Kurumu'nun yaptığı memnuniyet araştırmalarında çoğu kişi için bu oran 1-5 dakika arasındadır. Pratikteyse 1 hastaya çok daha az zaman ayrılabilir. Bu kadar kısıtlı sürede hekim hastanın esas sorununu çözmeye ayırdığından empati ölçeğinde değerlendirilen ailenizi sordu mu, özel hayatınızla ilgilendi mi gibi diğer şeylere zaman kalmadığı için aslında empatik olsa bile zaman kısıtlılığı nedeniyle bunu pratiğe yansıtamıyor olabilir. Hekimlerde empatiyi daha doğru ölçmek veya arttırmak adına yapılabilecek şeylerden biri ise hasta başına ayrılan sürenin uzatılmasını sağlamak olacaktır. Türkiye'de Aile hekimi başına düşen ortalama nüfus 4000 kişi olup Avrupa ülkelerinde bu sayı 500'e kadar düşmektedir. Hekim başına düşen hasta sayısı azaldığında empati puanlarında yükselme sağlanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca Türkiye'de Aile hekimliği sistemine geçildiği andan itibaren Sağlık Ocakları; Aile Sağlığı merkezlerine dönüştürülmüştür. Daha önce kira, elektrik, telefon su, yakıt giderleri, çalıştırılan hizmetli maaşı sigortasının

yatırılması ve benzeri aile sağlığı merkezi giderleri gibi her türlü ihtiyaçı devlet tarafından karşılanırken aile hekimliği sistemiyle beraber bütün bunlar aile hekiminin bir görevi haline gelmiştir. Hekimin asli görevinin yanında buna benzer sorumluluklarının olması da hekimlerin kafasını yoruyor, işine odaklanmasını engelliyor ve empati seviyesini etkiliyor olabilir.

Kim ve ark. tarafından 2004 yılında yapılan bir çalışmada hekimin empati seviyesinin hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır (86). Menendez ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada empati ile hasta memnuniyeti korele saptanmıştır (87). Bizim çalışmamızda da empati puanları düşük hekimlerden sözlü veya yazılı olarak daha çok savunma istendiği gözlenmektedir. Bunun nedenlerinden bir tanesi düşük empati puanlı hekimlerin hasta memnuniyetinin de korele olarak düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Hasta memnuniyeti düşük olan hastaların hekimlerine karşı toleransı, hoşgörüsü azalıyor ve hekimden kaynaklı şikayetleri artıyor olabilir. Diğer bir neden ise daha fazla şikayet edilen hekimlerin yazılı veya sözlü olarak sürekli savunma vermesi hekimi yıpratmış, onu daha resmi ve kuralcı davranmaya ve hastalarına karşı olan empati duygusunun giderek azalmasına yol açmış olabilir.

Empati ile malpraktis çeşitli çalışmalarda araştırılmıştır. Bunlardan birisi olan Levinson ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada (88) rutin hekim-hasta iletişimi, önceden yanlış tedavi iddiaları olan ve olmayan birinci basamak hekimlerinde farklılık göstermiştir. Bizim yaptığımız çalışmada da malpraktis davaları ile empati arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedenlerinden biri hastalar ve hasta yakınları hekimi empatik bulsa dahi kendisine yapılan tıbbi hataların başkasına adına yapılmaması adına hekimleri dava ediyor olabileceği gibi kalıcı sakat kalma, ölüm gibi çok daha ciddi durumlarda o anlık şok, öfke patlamasıyla da hekimleri dava ediyor olabilirler. Başka bir nedeni ise malpraktis davalarının hekimlerin empatisinden çok tıbbi yeterliliği, mesleki tecrübesi, olayları ön görme beceri ile daha yakından ilgili olabilir. Hekimler empati puanları yüksek olsa da tıbbi bilgi olarak düşük olması durumunda malpraktis davalarına daha açık olabilirler. Bunun için malpraktis davası olan hekimlerin tıbbi yeterliliğini ve empatisini aynı anda ölçen başka çalışmalar yapılabilir.

Turgu ve ark. (89) ile Durmuş ve ark. (90) tarafından yapılan çalışmada da

çalışmamız ile benzer şekilde memnuniyet durumunun yaş ile birlikte arttığını saptamışlardır. Mete ve ark. (91) ile Bostan ve Havvatoğlu (92) tarafından yapılan çalışmalarda ise farklı olarak yaş ile memnuniyet arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yine 2019 yılında Arjantin’de yapılan bir çalışmada yaşlı hastaların hekimleri daha empatik bulunduğu ve hasta memnuniyetinin bu yaş grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (93). Cinsiyet ve eğitim durumu ile empati arasında ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde cinsiyet, eğitim durumu ile herhangi bir ilişki saptanmayıp, 60 yaş üzerinde olan, kronik hastalığı olan hastaların hekimleri daha empatik bulunduğu saptanmıştır. Bunun nedenlerinden biri hekimler yaşlı ve kronik hastalığı olan hastalara gerçekten daha empatik yaklaşıyor olabilir. Kronik hastalık yönetiminde hastaya verilen bilgiler, hastayla daha çok zaman geçirilmesi hekimi hastaya karşı daha empatik gösteriyor olabilir. Yaşlı hastaların hekimleri daha empatik görmesi şöyle de açıklanabilir; Ülkemizde daha önceki sağlık sisteminde Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK), Emekli Sandığı, Yeşil kart gibi sosyal güvenceler mevcuttu. Örneğin: Yeşil kartlı bir kişi sadece belli hastanelerde muayene olabiliyor ve sadece belli eczanelerden ilacını temin edebiliyordu. Bu nedenle hastaların hem muayene sırası bekleme süresi hem de ilaçlarını alma süresi fazlaydı. Aynı şekilde sosyal güvencesi SSK olan kişiler sadece SSK hastanelerinde hizmet alabiliyordu. Bu kurumlar Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adı altında birleştirildikten sonra herkes istediği hastanede muayene olup, istediği eczaneden ilaçlarını almaya başladı, randevulu sisteme geçildi. Böylece hastaların muayene bekleme, ilaçlarını alma süreleri eskiye göre biraz kısaltıldı. Ülkemizde eski sağlık sisteminde yaşanan bu zorlukları deneyimlemiş kişilerin şu anki koşullardan memnun olması hekimlere ulaşılabilirliğin artmış olması ve yaşlı hastaların beklentisini yeterince karşılamasından kaynaklanıyor olabilir. Nilüfer bölgesi gibi aile hekimlerinin genelde randevulu hasta baktığı yerlerde hasta empati ve hasta memnuniyet puanlarının yüksek olması da bekleme sürelerinin kısalığına bağlı olabilir. Başka bir nedense yaşlı hastaların beklentisinin genç hastalara göre daha düşük olması olabilir.

Aile hekimine daha sık gelenlerde ve aile hekimine daha uzun süre kayıtlı olanlarda empati anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bundan şunu çıkarmak mümkün olabilir; Aile hekimini empatik bulanlar aile hekimine daha sık gelmektedir

ve aile hekimini uzun yıllardır değiştirmemektedir. Aile hekimine uzun yıllardır kayıtlı olan kişilerin empati ve memnuniyet derecelerinin yüksek olması bir hastanın aynı hekim tarafından takip edilmesinin, dolayısıyla aile hekimliği kavramının ne kadar önemli olduğunu gösteriyor olabilir. Bu konularda literatürde yeterince çalışma bulunmamaktadır.

6.ÇALIşAMANIN LİMİTASYONLARI

Tüm anket çalışmaları gibi bizim çalışmamızda da anketlere verilen sübjektif cevaplar güvenilir olarak kabul edildi. Daha objektif empati ölçümlerinin yapılmamış olması araştırmanın başta gelen kısıtlılıklarından bir tanesi olarak görülebilir.

Araştırmamızın kesitsel bir araştırma olması nedeniyle nedensellik yeterince yakalanamamıştır. Bu nedenle elde edilen sonuçların herkese genellenememesi araştırmanın kısıtlılığı olarak görülebilir.

Yine araştırmamızın Bursa şehri merkez ilçelerinde yapılması, sadece Bursa Halk Sağlığı Kurumunda yani birinci basamakta yapılması nedeniyle sonuçların herkese genellenememesi bir kısıtlılık olarak görülebilir

Benzer çalışmalarda 1 hekimi değerlendirmek için yaklaşık 20 hasta çalışmaya alınmıştır. Bizim çalışmamızdaysa 1 hekim için 3 hasta çalışmaya alınmış olup araştırmanın kısıtlılığı olarak görülebilir.

Hekimlere yapılan ankette empati düzeyini etkileyebilecek, kayıtlı olduğu birimdeki nüfus sayısı, günlük poliklinik sayısı, mobil hizmeti olup olmadığı, evde bakım hastası olup olmadığı, esnek mesaisi olup olmadığı, muayene başına hastaya ayırabildiği süre gibi soruların sorulmamış olması araştırmanın bir kısıtlılığı olarak görülebilir.

Hastalara yapılan ankette bir çok araştırmada empati ile yakın ilişkisi bulunan muayene bekleme süresinin sorulmamış olması da araştırmanın bir kısıtlılığı olarak görülebilir.

7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmamız sonucunda hekim empatisi ile hastalarının bu hekimlerde algıladığı empati düzeyi arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır. Bu da

empatinin ve hasta-hekim ilişkisinin düşündüğümüzden daha karmaşık olduğunu göstermektedir.

Nilüfer, Osmangazi bölgelerindeki hastaların empati puanı Yıldırım bölgesindeki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bölgelerde empati puanlarının neden daha yüksek olduğunun daha detaylı araştırılmasının hasta-hekim ilişkilerine pozitif katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sigara kullanan bireylerde empati puanlarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sigara içen insanların daha sosyal olması böyle bir sonucun çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Aile hekimine kayıt süresinin bir birim artmasıyla empati puanlarında artış saptanmıştır. Hekimini daha empatik görenler aile hekimine daha sık başvurmakta ve uzun yıllar aynı hekimde kayıtlı kalmaktadırlar.

Acil servise başvuru sayısında gözlenen bir birimlik artış empati puanlarında azalmaya yol açmıştır. Aile hekimini daha az empatik görenler alternatif olarak acil servislere başvurumaktadırlar.

Hasta savunması üzerine kendisinden yazılı veya sözlü savunma istenen hekimlerde savunma istenmeyen hekimlere göre empati 6,67 puan daha düşük saptanmıştır. Memnuniyeti az olan hastalar aile hekimlerini daha çok şikayet etmektedir. Savunma veren hekimde empati kaybına yol açıyor ve hasta hekim ilişkisini kısır döngüye sokuyor olabilir. Bu konuda sadece gerekli şikayetlerin hekime yansıtılması empatik ilişkilerin bozulmaması adına daha yerinde olabilir.

Aile hekimliği sisteminde tamamen randevulu sisteme geçilerek bekleme sürelerinin kısaltılmasının empatiye pozitif katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ayrıca hekim başına düşen hasta sayısı azaltılarak hasta hekim ilişkisi hasta başına düşen muayene zamanının arttırılması empatiyi karşılıklı olarak arttıracağı düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin kira, elektrik su faturası ödeme, Aile Sağlığı Merkezine gerekli malzeme alımı, tıbbi atıkların uzaklaştırılması, yanlarında çalıştırdıkları hizmetlilerin maaş ödemesini yapma gibi hekimlik dışındaki işlerin devlet tarafından tek elden yapılması ve hekimlerin birincil vazifesi olan hekimlik mesleğine odaklanmasının da empatiyi karşılıklı olarak arttırabileceği ön görülmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Korkmaz S, Çuhadar U. Sağlık hizmet kalitesi ve sağlık kurumunu tekrar tercih etme niyeti arasındaki ilişki: eğitim ve araştırma hastanesi örneği. USAYSAD 2017;3(1):7287.
2. Koch E, Turgut T. Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri: bir bakış. Turk Psikiyatri Derg 2004;15(1):64-9.
3. Epner DE, Baile WF. Wooden's pyramid: building a hierarchy of skills for successful communication. Med Teach 2011;33:39-43.
4. Karadağ M, Oğuz I, Cankul İH, Abuhanoğlu H. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. İİBF Dergisi 2015;17(1):160-79.
5. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement and relationship to gender and speciality. Am J Psychiatry 2002;159(9):1563-9.
6. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen JM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson scale of empathy: development and preliminary psychometric data. Educ Psychol Measurement 2001;61(2):349-65. 5
7. Türk dil kurumu Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü internet erişim adresi: (http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&view=bilimsanat&kategoriget=terim&kelimeget=empati&hngget=md) (en son erişim tarihi 15.06.2013)
8. Moscrop A. Empathy: a lost meaning? West J Med 2001;175:59-60.
9. Coulehan JL, Platt FW, Egner B, Frankel R, Lin CT, Lown B, Salazar WH. "Let me see if I have this right...": words that help build empathy. Ann Intern Med 2001;135(3):221-7. 8
10. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med 1994;154:1365-70.

11. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-9.
12. Roter D, Hall J, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta- analysis. *Med Care* 1997;36:1138-61.
13. Rietveld S, Prins P. The relationship between negative emotions and acute subjective and objective symptoms of childhood asthma. *Psychol Med* 1998;28:407-15.
14. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajie M. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychol* 1995;14:388-98.
15. Butow P, Maclean M, Dunn S, Tattersall M, Boyer M. The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol* 1997;8:857-63.
16. Di Blasi Z, Kleijnen J. Context effects: powerful therapies or methodological bias? *Eval Health Prof* 2003;26:166-179.
17. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* 2004;27:237-51.
18. Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach* 2002;24:370-3.
19. Roter D, Steward S, Putnam N, Lipkin M. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997;277:350-6.
20. Rousseau P. Empathy. *Am J Hosp Palliat Care* 2008;25(4):261-2.
20. Rousseau P. Empathy. *Am J Hosp Palliat Care* 2008;25(4):261-2.
21. Teke K, Cengiz E, Demir C. Hekimlerin empatik özelliklerinin ölçümü ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2010;19:505-16.
22. Sharma RM. Empathy--a retrospective on its development in psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry*. 1992;26(3):377-90.
23. Wispé L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a

concept, a word is needed. Journal of personality and social psychology. 1986;50(2):314.

24. Dökmen Ü. Sanatta ve günlük yaşamda iletişim çatışmaları ve empati. . Sistem Yayıncılık, İstanbul. 2004:s.157-8.

25. Basch MF. Empathic understanding: a review of the concept and some theoretical considerations. J Am Psychoanal Assoc. 1983;31(1):101-26.

26. Davis MH. Empathy: A social psychological approach: Westview Press; 1994.

27. Smith A. Cognitive empathy and emotional empathy in human behavior and evolution. Psychological Record. 2006;56(1):3.

28. Cotton K, Laboratory NRE. Developing Empathy in Children and Youth: Northwest Regional Educational Laboratory; 1992.

29. Gülseren Ş. Eşduyum (Empati): Tanımı ve kullanımı üzerine bir gözden geçirme. Turk Psikiyatri Derg 2001;12(2):133-45.

30. Iannotti RJ. The nature and measurement of empathy in children. Couns Psychol 1975;5:21-5.

31. Hickson J. Psychological research on empathy: In search of an elusive phenomenon. Psychological Report 1985;57:91-4.

32. Dökmen Ü. Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1988b;21(1-2):155-90.

33. Dökmen Ü. Sanatta ve günlük yaşamda iletişim çatışmaları ve empati İstanbul, 2008.

34. Bora E, Baysan L. Empati ölçeği-Türkçe formunun üniversite öğrencilerinde psikometrik özellikleri. Klin Psikofarmakol Bul 2009,19(1):39-47.

35. Rogers CR. Empatik olmak değeri anlaşılamamış bir varoluş şeklidir. Çev.F.Akkoyun, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1983;16:103-24.

36. Brems C. Dimensionality of empathy and its correlates. J Psychol 1988;123(4):329-37.

37. Guttman HA, Laporte L. Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. Fam Process. 2000;39(3):345-58.

38. Barrett-Lennard GT. The phases and focus of empathy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1993;66(1):3-14.
39. Çelik E, Çagdas A. Okul Öncesi Eğitim Öğretmenlerinin Empatik Egilimlerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi/A Research Regarding The Emphatic Tendencies of Preschool Education Teachers In Terms of Some Variables. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2010(23):23.
40. Davis MH. *Empathy: A social psychological approach*: Routledge; 2018. 9 p.
41. Duru E. Öğretmen adaylarında kişi-durum yaklaşımı bağlamında yardım etme davranışı eğilimi, empati ve düşünme stilleri ilişkisi ve bu değişkenlerin bazı psikososyal değişkenler açısından incelenmesi. Unpublished doctorate dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir. 2002.
42. Dökmen Ü. iletişim çatışmaları ve empati. *Küçük şeyler*. Sistem Yayıncılık. 2005(2):21.
43. Hasdemir A. Ergenlerin ve anne babalarının empatik becerileri ile aile yapılarını değerlendirmeleri üzerine bir araştırma. Unpublished doctorate dissertation, Gazi Üniversitesi, Eğitimi Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2007.
44. Eisenberg N, Mussen P. "Empathy and Moral Development in Adolescence", *Developmental Psychology*, 14(2), 185-186, 1978.
45. Schaffer M, Clark S, Jeglic EL. "The Role of Empathy and Parenting Style in the Development of Antisocial Behaviors", *Crime&Delinquency*. 2009; 55(4), 586-599.
46. Zahn-Waxler C, Robinson JL, Emde RE. The development of empathy in twins. *Developmental Psychology*. 1992; 28, 1038–1047.
47. Stuss DT, Gallup Jr GG, Alexander MP. The frontal lobes are necessary for theory of mind. *Brain* 2001;124(Pt 2):279-286.
48. Shamay-Tsoory SG, Tomer R, Berger BD, Goldsher D, Aharon-Peretz J. Impaired affective theory of mind is associated with right ventromedial prefrontal damage. *Cognit Behav Neurol* 2005;18 (1):55-67.
49. Bird, G., Silani, G., Brindley, R., White, S., Frith, U., & Singer, T. (2010). Empathic brain responses in insula are modulated by levels of alexithymia but not autism. *Brain*, 133, 1515–1525.
50. Altınbaş, K., Gülöksüz, S., Özçetinkaya, S. ve Oral, E.T. (2010). Empatinin biyolojik yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 15-25.

51. Tarhan, N., Gumusel O., Sayım, A. (2013). Pozitif Psikoloji. (2.Basım).Timaş Yayınevi: İstanbul, 93-95.
52. Singer, T. (2006). The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 30, 855–863.
53. Decety, J., Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *Scientific World Journal*, 6, 1146–1163
54. Jabbi, M., Swart, M., Keysers, C. (2007). Empathy for positive and negative emotions in the gustatory cortex. *Neuroimage*, 34, 1744–1753.
55. Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J.P., Gallese, V., Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, 40, 655–664.
56. Bufalari, I., Aprile, T., Avenanti, A., Di Russo, F., et al. (2007). Empathy for pain and touch in the human somatosensory cortex. *Cerebral Cortex*, 17, 2553–2561.
57. Cheng, Y., Lin, C.-P., Yang, C.-Y., et al. (2008). The perception of pain in others modulates somatosensory oscillations. *NeuroImage*, 40, 1833–1840.
58. Meltzoff AN, Prinz W, *The Imitative Mind: Development, Evolution, and Brain Bases* New York: Cambridge University Press (2002).
59. Aitken KJ, Trevarthen C (1997) Self other organization in human psychological development. *Dev Psychopathol*, 9:653-678.
60. Miller IJ. The therapeutic empathic communication (TEC) process. *American Journal of Psychotherapy*. 1989;43(4):531-45.
61. Oliver JE, Mansell A, Jose PE. A longitudinal study of the role of negative affectivity on the work stressor-strain process. *Int J Stress Manag* 2010;17(1):56-77.
62. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995;13(9):2449-56.
63. Williamson A, Andersen M, Redman S, Dadds M, D'Este C, Daniels J, Eades S, Raphael B. Measuring mental health in Indigenous young people: a review of the literature from 1998-2008. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2014 Apr;19(2):260-72. doi: 10.1177/1359104513488373. Epub 2013 Jun 4. Review.
64. De Wied M, Goudena PP, Matthys W. Empathy in boys with disruptive behavior disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005 Aug;46(8):867-80.

65. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2010, 4 (34), 174-182
66. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;25:87-92
67. Frith, C. (2009). Role of facial expressions in social interactions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364, 3453–3458.
68. Bradley, M. M., & Lang, P. J. (2007). Emotion and motivation. In J. Cacioppo, L. Tassinary, & G. Berntson (Eds.), *Handbook of psychophysiology* (3rd ed., pp. 581–607). New York: Cambridge University Press.
69. David L. Neumann and H. Rae Westbury, School of Psychology, Griffith University The Psychophysiological Measurement of, Empathy 2011.
70. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *Jama* 1992;267(16):2221-6.
71. Özçakır A. Hekim-hasta ilişkisi: karar verme sürecinde hastanın yeri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2004;24(4):411-5.
72. Özer C. Hasta hekim iletişimi. Ünlüoğlu İ, Kaptanoğlu AY, Özer C (Editörler). *Aile hekimliğinde iletişim*. İstanbul: Akademi Yayınevi; 2013:72-6.
73. Öngören B. Hekim Hasta İlişkisi ve Sağlık Hizmetlerinde İletişim. [Internet]. 2017:5769 (erişim tarihi: 20.08.2018).
https://www.researchgate.net/profile/Buelent_Oengoeren2/publication/322316807_Hekim_Hasta_Iliskisi_ve_Saglik_Hizmetlerinde_Iletisim/links/5a828f12aca272d65019c641/Hekim-Hasta-Iliskisi-ve-Saglik-Hizmetlerinde-Iletisim.pdf
74. Gülcemal E, Keklik B. Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: ısparta ili örneği. *MAKUSOBED* 2016; 8(14):64-87.
75. Kıyınat Z, Dağdeviren HN. Hasta merkezli yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics* 2017;8(2):89-92.
76. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med* 2005;3(5):415-21.
77. Bernardo MO, Cecilio-Fernandes D, Costa P, Quince TA, Costa MJ, Carvalho-Filho MA (2018) Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS ONE* 13 (5): e0198488
78. *Educ Health (Abingdon)*. 2008 Jul;21(2):144. Epub 2008 Aug 23.

79. Lorie ' A ', Reinero DA, Phillips M, Zhang L, Riess H. Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2017; 100(3):411–424. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.018> PMID: 27693082
80. Dr Celile Hatipoğlu Tıpta Uzmanlık Tezi Pamukkale Üniversitesi Denizli-2013
81. Suh DH, Hong JS, Lee DH, Gonnella JS, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: a preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians. *Med Teach* 2012;34(6):e464-8.
82. Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson scale of physician empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med* 2009;84:1198-1202.
83. Teke A, Cengiz E, Demir C. Hekimlerin empatik özelliklerinin ölçümü ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimi. *Ç. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2010;19(3):505-16.
84. Forest-Streit U. Differences in empathy: a preliminary analysis. *J Med Educ* 1982;57:65-7.
85. Goldstein AP, Goedhart A. The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapists. *J Community Psychol* 1973;1:168-73.
86. The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance Sung Soo Kim, Stan Kaplowitz, Mark V. Johnston First Published September 1, 2004 Research Article <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>
87. Menendez, Mariano E., et al. "Physician empathy as a driver of hand surgery patient satisfaction." *The Journal of hand surgery* 40.9 (2015): 1860-1865.
88. Levinson, Wendy, et al. "Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons." *Jama* 277.7 (1997): 553-559.
89. Turgu S, Öztora S, Çaylan A, Dağdeviren HN. Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumu ile ilişkisi. *Türk Aile Hek Derg* 2018;22(2):78-91.
90. Durmuş H, Timur A, Yıldız S, Çetinkaya F. Erciyes üniversitesi hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. *Türk Aile Hek Derg* 2018; 22(1):2-11.
91. Mete B, Pehlivan E, Tekin C, Nacar E, Unver E, Baran A. Malatya il merkezinde

aile hekimliği hizmetinden yararlanan yetişkinlerin memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörler. Med Science IMJ 2015; 4(4):2721-31.

92. Bostan S, Havvatoğlu K. Europep aile hekimliği memnuniyeti ölçeğine göre Gümüşhane aile hekimliği memnuniyet araştırması. Gümüşhane Ün Sag Bil Der 2014;3(4):1067-78.

93. Raúl A. Borracci¹, Hernán C. Doval², Leonardo Celano³, Alejandro Ciancio⁴, Diego Manente⁵, José G. E. Calderón⁵ [Downloaded free from <http://www.educationforhealth.net> on Wednesday, February 6, 2019, IP: 74.82.4.92]

94. Tekin H. [Measurement and Assessment in Education]. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme.21. Baskı. Ankara: Yargı Yayınevi; 2012. p.1-312).

95. Byrne, B. M. (1998). Structural equation modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: Basic, concept, applications and programming. New Jersey: Lawrence).

96. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models:tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. Methods Psychol Res 2003;8(2):23-74).

97. Thorndike RL, Cunningham GK, Thorndike RL, Hagen EP. Measurement and Evaluation in Psychology and Education. 5thed. London: Macmillian Publishing Co; 1991. p.544.; Gürsakal N. [Research Methods in Social Sciences]. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. 1. Baskı. Bursa: Uludağ Üniversitesi. Güçlendirme Vakfı; 2001. p.1-189).

98. Turkish validation of the Jefferson scale of empathy for nurses seeking kidney donations in intensive care units Article in The Aging Male · October 2018

99.<https://www.jefferson.edu/university/skmc/research/research-medical-education/jefferson-scale-of-empathy.html>

9.ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı soyadı: Mehmet YILDIZ

Doğum tarihi: 30.01.1984-GAZİANTEP

Medeni durumu: Evli

Yabancı dil bilgisi: İngilizce A2

Görev yeri: SBÜ BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

E-posta adresi: yildizmehmet27@yahoo.com

Telefon: 0507 745 35 26

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

2009 yılında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

2003 yılında Gaziantep Yavuz Sultan Selim Lisesi

2000 yılında Barbaros Hayrettin Paşa Ortaokulu

C. MESLEKİ TECRÜBE

1) ŞEHİTLER SAĞLIK OCAĞI(GAZİANTEP-2009)

2) ANKARA KEÇİÖREN EĞİTİM ARAŞTIRMA PEDIATRİ (2011)

3) PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ PEDIATRİ(2012)

4) SERİNHİSAR İLÇE DEVLET HASTANESİ ACİL SERVİS (DENİZLİ 2012-2015)

5) SBÜ BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ PEDIATRİ (2016)

6) SBÜ BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE

10. EK LİSTELER

EK-1: HEKİM SOSYODEMOGRAFİK FORMU

1- Yaşınız :

2-Cinsiyetiniz ? : a) Kadın b) Erkek

3-Medeni Haliniz ? : a) Evli b) Bekar c) Boşanmış

4-Çocuğunuz var mı ? a) Yok b) Var

5-Kaç çocuğunuz var ? : tane

6-Eşiniz çalışıyor mu ? a) Çalışıyor b) Çalışmıyor c) Emekli

7-Eşiniz hangi sektörde çalışıyor ? a) Sağlık sektörü b) Diğer sektörler

8-Kronik hastalığınız var mı ? a) Yok b) Var

9-Varsa hangi kronik hastalıklar mevcut ?

10-Son 1 yılda yaşamınızı ciddi olarak etkileyen (sağlık problemi, yakınınızın sağlık problemi, yakınınızı kaybetme, aile içi geçimsizlik, ekonomik problemler, işyeri ile ilgili sıkıntılar vs gibi) bir olay oldu mu ?
a) Hayır b) Evet

11-Kronik hastalıkları sebebiyle bakımı ile ilgilindiğiniz bir kişi var mı ? a) Yok b) Var

12-Birinci derece akrabanızda kanser olan bir kişi var mı ? a) Yok b) Var

13-Meslekte kaçınıcı yılınız ?

14-Meslekte kaçınıcı iş yeriniz ?

15-Şu anki kurumdaki çalışma süreniz ?

16-Kaç birimli aile sağlığı merkezinde çalışıyorsunuz ?

17-Mesleğinizi seçme sebebiniz ?
a) Kendi isteğim b) Diğer (aile-okul yönlendirmesi, kolay iş bulma vs)

18-Meslek hayatınız boyunca sözel şiddete maruz kaldınız mı ?
a) Hayır b) Evet

19-Meslek hayatınız boyunca fiziksel şiddete maruz kaldınız mı ?
a) Hayır b) Evet

20-Son 1 yılda şiddete kaç kez maruz kaldınız ?

21-Aylık ortalama çalışma saatiniz ?

22-Hasta şikayeti üzerine tarafınızdan savunma istendi mi ? a) Hayır b) Evet

23-Tarafınıza açılmış herhangi bir malpraktis davası var mı ? a) Hayır b) Evet
Asm nin bağlı olduğu ilçe

EK-2: JEFFERSON EMPATİ ÖLÇEĞİ

**Jefferson Scale of Physician Empathy
(HP-Version R)**

HEKİM EMPATİSİ

1. Uzmanlık alanı: _____
2. Cinsiyet : _____
3. Yaş : _____ ☐ kadın ☐ erkek

Açıklama: Lütfen aşağıdaki sorulara ne derecede katıldığınızı her bir sorudan önce verilmiş altı çizili boşluklara size uygun skala numarasını yazarak belirtiniz. Sorulara cevap verirken aşağıda görülen 7 numaralı skalayı kullanınız. Skaladaki daha yüksek numara soruya daha fazla katılma durumunu göstermektedir.

1 2 3 4 5 6 7
Kesinlikle katılmıyorum Kesinlikle katılıyorum

1. _____ Hastalarımın ve ailelerinin duygularını anlamam tıbbi ya da cerrahi tedavi şeklini etkilemez.
2. _____ Hastalarım, duygularını anladığımda kendilerini daha iyi hissederler.
3. _____ Hastalarımın bakış açısından olayları görmek benim için zordur.
4. _____ Hasta-hekim ilişkisinde sözel iletişim kadar hastalarımın beden dilini anlamamın da önemli olduğunu düşünürüm.
5. _____ İyi bir cerrahi anlayışına sahip olmamın daha iyi klinik sonuçlar almama katkıda bulunduğunu düşünüyorum.
6. _____ İnsanlar birbirinden farklı olduğundan, hastalarımın bakış açısından olayları görmek benim için zordur.
7. _____ Hastalarımın fiziksel sağlık durumlarını sorgularken veya öykü alırken onların duygularına dikkat etmemeye özen gösteririm.
8. _____ Hastalarımın kişisel deneyimlerine ilgi göstermem tedavinin sonuçlarını etkilemez.
9. _____ Hastalarımın bakım sağlarken kendimi onların yerine koymaya çalışırım.
10. _____ Hastalarımın onların hislerini anlamamı takdir ederler ve bu durum tedavilerine katkıda bulunur.
11. _____ Hastalar sadece cerrahi ve tıbbi yöntemlerle tedavi edilebilirler, bu nedenle hastalarımı aramdaki duygusal bağların cerrahi ve tıbbi sonuçlarla belirgin bir ilgisi yoktur.
12. _____ Hastaların kişisel hayatlarında neler olduğunu sorgulamak, onların fiziksel şikayetlerini anlamama yardımcı olmaz.
13. _____ Hastalarımın beden diline ve sözel olmayan ifadelerine dikkat ederek, onların zihninden geçenleri anlamaya çalışırım.
14. _____ Tıbbi hastalıkların tedavisinde duyguların yeri olmadığına inanıyorum.
15. _____ Empati; tedavi edici bir davranış modeli olup, empatisiz tedavinin başarısı sınırlıdır.
16. _____ Hastalarım ve ayrıca ailelerinin de duygusal durumlarını anlamam, hastalarımın ilişkimin önemli bir parçasıdır.
17. _____ Hastalarımın daha iyi tedavi verebilmek için onlar gibi düşünmeye çalışırım.
18. _____ Hastalarım ve onların aile bireyleri ile aramdaki güçlü ilişkilerin beni etkilemesine izin vermem.
19. _____ Tıbbi olmayan literatürü okumaktan ya da sanattan zevk almam.
20. _____ Tıbbi veya cerrahi tedavide, empatinin önemli bir tedavi edici faktör olduğuna inanırım.

Türkisch translation by Ayesgul Yıldırım

© Thomas Jefferson University, 2001.
All rights reserved.

EK-3: HASTA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Sosyodemografik veri formu	
Kişisel Bilgiler:	
Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek	
Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz.	
() 20'nin altında	() 20-29 () 30-39
() 40-49	() 50-59 () 60 üstü
Medeni Durumunuz:	
Evli () Bekar () Boşanmış () Eşinden ayrı yaşıyor () Dul ()	
Sizce aşağıdaki seçeneklerden hangisi ekonomik düzeyinizi en iyi ifade etmektedir?	
Çok Düşük () Düşük () Orta () Yüksek () Çok Yüksek ()	
Eğitim durumunuzu belirtiniz.	
() Okuryazar değil	() Okuryazar () İlkokul
() Ortaokul	() Lise () Üniversite
() Yüksek Lisans	() Doktora
Son bir yılda acil servise kaç kez başvurdunuz? (kendiniz veya aileniz için)	
Son bir yılda aile hekiminize kaç kez başvurdunuz? (kendiniz veya aileniz için) <i>16 zamanak - koyu t11</i>	
Sigara kullanıyor musunuz?	
Evet () Hayır ()	
Kronik hastalıklar	
Kalp-damar hastalığı () Hiperlipidemi () Diyabet () Hipertansiyon ()	
KOAH () Astım () Böbrek Hastalığı () Karaciğer Hastalığı ()	
İnme/Felç () Romatolojik Hastalık () Kanser () Demans ()	
Psikiyatrik Hastalık ()	
Yok ()	
Diğer	
Aile sağlığı merkezine yürüyerek kaç dakikada ulaşıyorsunuz?	

EK-4: JEFFERSON HASTA EMPATİ ÖLÇEĞİ

**Patient's Perceptions
of Physician Empathy (Revised)**

HEKİM EMPATİSİ KONUSUNDA HASTANIN ALGISI

1. Hekimin adı Soyadı:

Açıklama: Lütfen aşağıdaki sorulara ne derecede katıldığınızı her bir sorudan önce verilmiş altı çizili boşluklara size uygun numarayı yazarak belirtiniz. Sorulara cevap verirken aşağıda görülen 7 numaralı cetveli kullanınız. Cetveldeki daha yüksek numara aşağıdaki cümlelere daha fazla katılma/kabul durumunu göstermektedir.

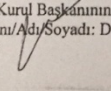
1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum						Kesinlikle katılıyorum

1. Benim bakış açımdan olayları görebilir. (Olayları benim gördüğüm gibi görebilir).
2. Gündelik yaşamımda neler olduğunu sorar.
3. Ailem ve benimle ilgilenir gibi görünür.
4. Duygu, his ve endişelerimi anlar.
5. Sadece bedensel rahatsızlığım için değil, hislerim ve ihtiyaçlarımla için de kaygılanır
6. Beni muayene ederken veya benimle konuşurken gerekli mahremiyet kurallarına uyar.
7. Daima acele eder, telaş içindedir.
8. Sorunlarım karşısında kendimi nasıl hissettiğimi bana sorar.
9. Karar verirken, benim isteklerimi hesaba katar.
10. Olayları benim gözümlle değerlendirebilen bir doktordur.

Turkish translation by Ayesgul Yildirim

© Thomas Jefferson University, 2001.
All rights reserved.

EK-5: ETİK KURUL ONAMI

		BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ						
		KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU						
Doküman Kodu: EY. FR. 19		Yayın Tarihi: 23.11.2011	Revizyon Tarihi: 05.11.2015	Revizyon No: 02	Sayfa No: 1 / 3			
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Hekimlerin kendi değerlendirdiği empati düzeyi ile hastaların gözünden aynı hekimlerin empati düzeyleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi"						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2011-KAEK-25 2018/10-18						
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	YÜKSEK İHTİSAS EAH KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
	AÇIK ADRESİ:	MIMARSINAN MH. EMNİYET CD. YILDIRIM/BURSA						
	TELEFON	0224 295 50 00						
	FAKS	0224 295 52 83						
	E-POSTA							
BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ						
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimi						
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi						
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Ass. Dr. Mehmet YILDIZ						
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Aile Hekimi						
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi						
	DANIŞMAN 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	☐					
		FAZ 2	☐					
		FAZ 3	☐					
		FAZ 4	☐					
		Gözetimsel ilaç çalışması	☐					
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐						
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐						
İlaç dışı klinik araştırma	☒							
Diğer ise belirtiniz: Uzmanlık Tezi								
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	☒	ÇOK MERKEZLİ	☐	ULUSAL	☒	ULUSLARARASI	☐
Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Emin ÜSTÜNYURT İmza: 								

EK-6: TEZ ONAMI


T.C. Sağlık Bakanlığı
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 31234050-514.10
Konu : Etik Kurul Başvurunuz Hk

Sayın Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ

Hastanemiz Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz dosyanız 03.10.2018 tarihinde S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas E.A.H. Klinik Araştırmalar Etik Kurulunda incelenmiş olup, **2011-KAEK-25 2018/10-18** protokol numarasıyla Karar Formu yazımız ekinde Bilgilerinize sunulur

e-imzalıdır.
Emin ÜSTÜNYURT
Eğitim Görevlisi

Ek: 18-Doç.Dr.Hakan DEMİRCİ-Ass.Dr.Mehmet YILDIZ 03.10.2018

Tıpta Uzmanlık Kurulu
Faks No:
e-Posta: elif.tasli@saglik.gov.tr İnt. Adresi: bursacah1.egitimsek@saglik.gov.tr

Bilgi için:Elif TAŞLI
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

