

## Hekim Merhameti Önündeki Engeller Üzerinde Öz Anlayış, Genel İyi Oluş ve Psikolojik Güvenliğin Etkisi

### The Effect of Self-Compassion, General Well-Being and Psychological Safety on Barriers to Physician Compassion

Hesna Zeynep SANDAL<sup>1</sup> 

Ebru TAYSİ<sup>2</sup> 

#### Araştırma Makalesi Research Article

Geliş tarihi/Received:  
12.08.2024

Son revizyon teslimi/Last revision  
received:  
26.09.2024

Kabul tarihi/Accepted:  
30.09.2024

Yayın tarihi/Published:  
30.11.2024

#### Atıf/Citation:

Sandal, H. Z., & TAYSİ, E. (2024). Hekim merhameti önündeki engeller üzerinde öz anlayış, genel iyi oluş ve psikolojik güvenliğin etkisi. *TAM Akademi Dergisi*, 3(4), 261-278. <https://doi.org/10.58239/tamde.2024.02.007.x>

#### DOI:

10.58239/tamde.2024.02.007.x

#### ÖZ

Bu çalışmada, Türkiye’de çeşitli bölgelerde ve sağlık kurumlarında görev yapan hekimlerin merhametleri önündeki engeller üzerinde, öz anlayış, genel iyi oluş ve psikolojik güvenliğin yordayıcı etkisinin Transaksiyonel Hekim Merhameti Modeli (THMM) ve Duygulanım düzenleme modeli temel alınarak incelenmesi amaçlanmıştır. Bununla birlikte, merhamet önündeki engellere yönelik daha fazla bilgi sahibi olmak amacıyla hizmet süresinin bağımlı değişken olan merhamet önündeki engeller üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Araştırmaya farklı bölgelerden farklı uzmanlık alanlarına ve çalışma süresine sahip 96 kadın (%58.9), 67 erkek (%41.1) olmak üzere 23-60 (Ort. = 32.94; SS = 9.50) yaş aralığında toplam 163 hekim katılmıştır. Hekim merhameti önündeki engellerinin alt boyutlarının; öz anlayış, genel iyi oluş, psikolojik güvenlik ve hizmet süresi tarafından ne kadar belirlendiğini test etmek üzere dört ayrı çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre genel iyi oluş, psikolojik güvenlik ve hizmet süresinin hekim merhameti önündeki engeller üzerinde yordayıcı etkisi bulunmuştur.

Sağlık hizmetlerinde merhamete dair alanyazının büyük bir kısmı, hastalara, hastalar tarafından deneyimlenen merhamete ve hasta deneyimlerini iyileştirmeye yönelik müdahalelere odaklandığı için, bu çalışmanın Türkiye’deki hekimler üzerinde daha önce çalışılmamış bir bağlamda incelenmesi ve alanyazına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hekim Merhameti, Öz Anlayış, İyi Oluş, Psikolojik Güvenlik

\* Bu çalışma, ilk yazarın ikinci yazar danışmanlığında hazırladığı yüksek lisans tezine dayanmaktadır.

1. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Öğrencisi, [hesna.turan@gsb.gov.tr](mailto:hesna.turan@gsb.gov.tr), ORCID ID: 0009-0009-0132-0384

2. Süleyman Demirel Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Prof. Dr., [ebrutaysi@sdu.edu.tr](mailto:ebrutaysi@sdu.edu.tr), ORCID ID: 0000-0002-7073-2309



## ABSTRACT

The purpose of this study was to examine the predictive effects of self-compassion, general well-being, and psychological safety on barriers to compassion among physicians working in different regions and health care institutions in Turkey based on the Transactional Model of Physician Compassion (TMFC) and the Affect Regulation Model. However, in order to obtain more information about the barriers to compassion, the effect of length of service on the dependent variable, barriers to compassion, was examined. A total of 163 physicians, 96 female (58.9%) and 67 male (41.1%), aged 23-60 years (mean = 32.94; SD = 9.50), with different specialties and length of service from different regions participated in the study. Four separate multiple linear regression analyses were conducted to test the extent to which the sub-dimensions of barriers to physician compassion were determined by self-compassion, general well-being, psychological safety, care of refugee/asylum seeker patients, specialty, and length of service. According to the results of the analyses, general well-being, psychological safety and length of service were found to have a predictive effect on barriers to physician compassion.

As the majority of literature on compassion in healthcare focuses on patients, compassion experienced by patients, and interventions to improve patient experience, this study aims to contribute to the literature by examining physicians in Turkey in a context that has not been studied before.

**Keywords:** Physician Compassion, Self-Compassion, Well-Being, Psychological Safety

## Extended Abstract

The purpose of this research is to examine the barriers to physician compassion within the framework of the Transactional Model of Physician Compassion (TMFC) and Gilbert's Affect Regulation Model. In this study, it is expected that self-compassion, general well-being and psychological safety will predict the sub-dimensions of the TMFC in physicians. However, in order to gain more information on the barriers to compassion, the effect of the length of service on the dependent variable was examined. A physician with a high level of self-compassion may be more able to show the same empathy and compassion to others because they are able to be kind and understanding to themselves. General wellbeing encompasses a physician's physical and mental health; the better this state is, the more sensitive and compassionate the physician will be towards his or her patients. Psychological safety allows the physician to feel comfortable and secure in his/her work environment; this sense of safety allows him/her to be more emotionally open and compassionate. In addition, the amount of time physicians spend in the profession can affect their compassionate approach in different ways. Experienced physicians can better understand the needs of patients thanks to the knowledge and skills they have acquired over the years. With professional maturity, they can develop a more sensitive and understanding attitude in the patient-physician relationship. However, working in a stressful environment for many years can increase the risk of burnout in physicians. This can negatively affect their compassionate approach and lead to a more mechanised and callous attitude. Therefore, in this study, it was hypothesised that physician self-compassion, general well-being, psychological safety and length of service would have predictive effects on barriers to compassion.

The study included physicians from different regions with varying specialties and lengths of service. Data were collected from 163 participants, consisting of 96 female (58.9%) and 67 male (41.1%), aged between 23-60 years (mean = 32.94; SD = 9.50). Data collection included a demographic information form, The Barriers to Physician Compassion Questionnaire (BPCQ), Self-Compassion Scale

Short Form (SCS-SF), General Well-Being Scale Short Form (SGWB) and the Psychological Safety Scale (PSQ). According to the results of the regression analysis, while general wellbeing negatively and significantly predicted burnout/overload and complex clinical situation components, self-compassion had no predictive effect. Additionally, variables such as the level of psychological safety and length of service were found to be predictive of barriers to compassion. The results of the study indicate that psychological safety and well-being play an important role in enhancing physicians' compassionate approaches, and that certain demographic and professional variables should be considered in this process. These findings underscore the need to develop strategies to strengthen physicians' emotional and psychological support mechanisms in order to improve the quality of health care.

## Giriş

Merhamet, kişinin kendi acılarına ve diğer canlıların acılarına dair farkındalık geliştirmesi ve bu acıları hafifletme arzusu olarak tanımlanmıştır (Gilbert, 2009). Merhamet üzerine yapılan çalışmalar son yıllarda artmış olsa da sağlık hizmetleri içerisinde merhametin ele alınışı oldukça sınırlıdır ve çoğunlukla merhamet yorgunluğuna (compassion fatigue) odaklanmaktadır (Roskvist, 2023). Merhamet yorgunluğu, yoğun duygusal acı ve fiziksel stres altında hastalarla ilgilenmenin neden olduğu, sağlık çalışanında önemli duygusal, davranışsal ve bilişsel değişikliklere yol açan tükenmişliğin bir türüdür (Hooper ve ark., 2010). Merhamet yorgunluğuna giderek daha fazla odaklanması paradoksal bir şekilde merhamet kavramının ihmal edilmesine neden olabilmektedir (Fernando, 2021). Terminoloji ve tanım sorunlarından bağımsız olarak, merhamet yorgunluğunun zaman içinde hasta bakımı sürecinde potansiyel olarak ulaşılacak bir "son noktayı" işaret eder. Ancak, merhametin "tükenmişliğine" dair bir kanıt yoktur (Hofmeyer ve ark., 2020). Bu basit kavramsallaştırma, merhametin dinamik ve karmaşık doğasının yanı sıra klinik bakım vermede merhameti etkileyebilecek bağlamsal faktörleri de göz ardı etmektedir (Fernando, 2021). Bu noktada, yapılan araştırmada hekim merhametinin dinamik ve çok yönlü yapısını ele almada Gilbert'in duygulanım düzenleme modeli ve Transaksiyonel Hekim Merhameti Modeli (THMM) temel alınacaktır.

## 1. Gilbert'in Duygulanım Düzenleme Modeli

Gilbert (2009), merhamet kavramını açıklarken üç duygulanım düzenleme sistemini teorik bir temel olarak sunmuştur. Bunlar: tehdit ve korunma sistemi; dürtü ve heyecan sistemi ve yatıştırıcı sistemdir. Bu sistemler hayatta kalmaya ve iyi oluşa katkı sağlar. Ancak erken yaşlarda yaşanan olumsuz deneyimler bu sistemler arasında dengesizliğe yol açar. Bu dengesizlik, bireyleri korku ve endişe kaynaklı sıkıntıya, başarısızlıkların yol açtığı yoğun öz eleştiriye ve kişinin kontrolü dışında gerçekleşen olaylarla ilgili derin utanç duygularına karşı hassas hale getirir.

İlk sistem olan Tehdit ve Korunma Sisteminin görevi, tehditleri hızlı bir şekilde fark etmek ve ardından endişe, öfke veya tiksinti gibi duyguları yaşatmaktır. Bu duygular, vücudumuzda dalgalanarak bizi uyarır ve tehditle başa çıkmak için savaşıma, kaçma veya donma gibi tepkiler vermeyi teşvik eder (Gilbert, 2009; Marks, 1987). Savaş, kaç, don gibi stres tepkilerinin temel amacı kişiyi tehlide karşı korumaktır. Ancak çoğu zaman, bu tepkiler aşırı derecede aktive olup tehdidi abartarak aşırı kaygı, öfke, nefret, üzüntü ve güvensizlik duygularına yol açabilir (Gilbert, 2008). İkinci sistem olan Dürtü ve Heyecan Sistemi bireye yaşamını sürdürebilmesi için kaynak arama motivasyonu ve enerji sağlar. Bu sistem ödül merkezini aktive ederek ve kişiyi fırsatları yakalama, zorlukları aşma, başarı elde etme ve hedeflere ulaşma konusunda motive eder (Gilbert, 2009). Ancak, aşırı uyarıldığında daha fazlasını

istemeye ve hayal kırıklığına neden olabilir. Arzular ve hedefler herhangi bir engelle karşılaştığında, bu durum bir 'tehdit' olarak algılanabilir ve tehdit sistemi kaygı, hayal kırıklığı veya öfke ile devreye girer. (Gilbert, 2010). Son sistem olan Yatıştırıcı Sistem genellikle bir 'yavaşlama' hissiyle bağlantılı olup parasempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ilişkilidir. Bu sistem içerisinde merhameti anlayabilmek adına önem taşıyan şey, merhametin aynı zamanda sevgi ve yakınlık ile de bağlantılı olmasıdır. Örneğin, bir bebek veya çocuk sıkıntılı olduğunda, bakım verenin sevgisi onu yatıştırır ve sakinleştirir (Gilbert, 2010). Benzer şekilde yakınlık ve merhamet içeren ilişkilerin sadece bebeklik döneminde fizyolojik düzenlemeye katkı sağlamakla kalmaz, aynı zamanda yetişkinlerde de genetik, nörofizyolojik ve psikolojik süreçlerin düzenlenmesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Feldman, 2012). Bu nedenle, yaşamın her döneminde yatıştırıcı sistemin aktivasyonu tehdit sisteminin düzenlenmesine yardımcı olabilir (Gilbert, 2010).

Gilbert'in (2009) duygulanım düzenleme modeli, sağlık hizmetleri içerisinde merhametin hem hasta bakımı hem de hekim iyi oluşu üzerindeki etkisini anlamak için kullanılabilir. Tehdit ve korunma sistemi, hekimlerin stres altında olduğu durumlarda aktive olarak hastalara gerekli bakım ve merhametin sunulmasını engelleyebilir. Dürtü ve heyecan sisteminde merhamet, hekimlerin hastalarına nitelikli tedavi sunma motivasyonu ile bilgi ve becerilerini geliştirmelerini sağlayabilir. Ancak, yalnızca başarı odaklı bir yaklaşım benimsendiğinde, hekimin hastaların insani ihtiyaçlarını göz ardı etmesine neden olabilir ve bu sistemin aşırı uyarılması, bazı durumlarda merhameti engelleyebilir. Gilbert'in (2009) modelinde yer alan üç temel duygulanım sistemi içerisinde yatıştırıcı sisteminin hekim merhametiyle yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sistem, hekimlerin yoğun ve stresli çalışma koşullarında hem kendilerine hem de hastalarına karşı merhamet içeren yaklaşım geliştirmelerini teşvik eder ve böylelikle yüksek stres içeren sağlık hizmeti ortamlarında hekimlerin iyi oluşunu destekler. Bu nedenle, mevcut çalışmada, hekimin öz anlayış, genel iyi oluş ve psikolojik güvenlik düzeylerinin, çalışma ortamından kaynaklanan stres faktörlerine karşı yatıştırıcı sistemi harekete geçirerek, merhameti önündeki engelleri anlamlı ve negatif şekilde yordaması beklenmektedir.

## 2. Transaksiyonel Hekim Merhameti Modeli (THMM)

Transaksiyonel Hekim Merhameti Modeli (2014) bir hekimin hangi durumlarda merhametli davranıp davranmayacağı sorusunu cevaplarırken hekim, hasta, klinik ve kurumsal faktörlerin dinamik etkileşimini vurgulamaktadır. Bu modele göre, merhamet sadece hekimin kişisel özelliklerine bağlı bir faktör değildir, aynı zamanda hekimin hastasıyla, klinik tabloyla ve kurumsal ortamla olan bütünsel ilişkisini yansıtır (Fernando ve Consedine, 2014).

Modelde yer alan *hekim faktörleri* içerisinde hekimin kişisel özellikleri (örn. duygusal zekâ), sosyodemografik özellikleri, iş yükü, stres seviyesi, uzmanlık alanı ve çalışma süresi gibi özellikler yer alır (Fernando, 2021). Hekimin kişisel geçmişi, yargılama veya suçlama eğilimi, acı çekmeye karşı duyarlılığı, motivasyonu ve kaynakları gibi faktörler, hekimin merhametli bir tepki gösterip göstermeyeceğini etkileyebilir (Pavlova ve ark., 2022). *Hasta ve aile faktörleri* içerisinde yer alan hastanın iletişim tarzı, kültürel geçmişi, sıkıntı düzeyi, demografik ve sosyoekonomik düzeyi hekimin hastaya yönelik merhamet içeren yaklaşımını etkileyebilmektedir (Derksen ve ark.,2016). *Klinik faktörler* ise hasta faktörleriyle sıkı ilişkili olan durumları içerir. Örneğin hastanın alkol veya madde bağımlılığının olması, birden fazla semptomunun/şikayetinin olması veya hastalığın klinik karmaşıklığı hekimin merhamet içeren yaklaşımda belirleyici olabilmektedir (Bayne ve ark.,2013). Son olarak *çevresel/kurumsal faktörler* fiziksel koşulların ve kurumsal ortamın etkisini vurgular. Zaman

kısıtlamaları, bürokrasi ve stresli klinik ortamların (örneğin, yoğunluk ve sürekli kesintiler hekimin merhamet içeren yaklaşımını olumsuz etkileyebilmektedir (Fernando ve Consedine, 2014).

## 2.1. Hekim merhameti önündeki engeller ile ilişkili faktörler

Gilbert'in (2009) modeli kapsamında tehdit ve korunma sisteminin THMM içerisinde yer alan merhamet önündeki engel faktörleri tarafından aktive olduğu varsayılan hekimlerin, öz anlayış, genel iyi oluş, psikolojik güvenlik yoluyla tehdit sistemini devre dışı bırakarak kabul, bağlantı ve güven duygularını içeren yatıştırıcı sistemleri harekete geçireceği öngörülmektedir.

Neff (2003) öz anlayışı, kişinin kendisine yönelttiği merhamet olarak tanımlamıştır. Öz-anlayış, kişinin başarısızlık veya talihsizlikle karşılaştığında kendisine karşı merhametli bir yaklaşım sergilemesidir (Neff, 2003). Cole-King ve Gilbert (2011) sağlık çalışanlarının başkalarının ihtiyaçlarıyla bağlantı kurabilmek ve merhamet içeren bakım sunabilmek için kendi duygusal gereksinimlerini tanımları gerektiğini belirtir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının sadece başkalarına merhamet içeren bakım vermekle kalmayıp aynı zamanda kendi öz-anlayış ihtiyaçlarıyla da ilgilenmeleri gerektiği alanyazında genel bir kabul görmektedir. Veale ve arkadaşları (2015), yatıştırıcı duygulanım sisteminin hem kendine hem de başkalarına yönelik merhametin temelini oluşturduğunu ifade eder. Öz-anlayışın, beyindeki merhamet tepkisini veren ilişkili bölgeleri aktive ettiği ve dolayısıyla başkalarına yönelik merhameti teşvik ettiği öne sürülmüştür (Neff ve Germer, 2017). Bu bağlamda, öz-anlayışın bireylerin merhamet içeren bakım sağlama becerilerini desteklediği söylenebilir. Gilbert'in (2009) modeli düşünüldüğünde, sağlık hizmetlerinde hekim öz-anlayışının tehdit sistemini devre dışı bıraktığı ve yatıştırıcı sistemi harekete geçirdiği varsayılmaktadır.

Genel iyi oluş destekleyici ve doyurucu ilişkilere sahip olmayı, sosyal etkileşimleri, başkaları tarafından saygı görmeyi, başkalarının mutluluğuna yönelik çaba göstermeyi ve anlamlı bir hayata sahip olmayı kapsar (Diener ve ark., 2010). Hekim iyi oluşu ise hekimlerin hem mesleki hem de kişisel yaşamlarında tatmin, esneklik ve denge duygusu yaşamasını ifade eder; bu durum, merhamet içeren bakım sağlama yetilerini artıran bir etken olarak değerlendirilir (American Medical Association, 2016). West ve arkadaşları (2018), hekim iyi oluşu için kapsamlı bir yaklaşımın önemini vurgular. Bu yaklaşım, tükenmişliği önlemeyi, iş doyumunu artırmayı ve hem zihinsel hem fiziksel sağlığı desteklemeyi kapsar.

Son olarak psikolojik güvenlik, pek çok hekim için nispeten tanıdık olmayan bir kavramdır. Fakat, psikolojik güvenliğin tıp alanında başarılı ekiplerin temel taşlarından biri olduğu belirtilir (Torralba ve ark., 2020). Psikolojik güvenlik "ekibin kişiler arası risk alma konusunda güvenli olduğuna dair paylaşılan bir inanç" veya "kişilerin kendileri olarak rahat oldukları, kişiler arası güven ve karşılıklı saygı ile karakterize edilen bir ekip iklimi" olarak tanımlanmaktadır (Devaraj ve ark., 2021). Bu araştırmada yer alan psikolojik güvenlik kavramının, Gilbert'in sakinleşme, memnuniyet ve sosyal bağlantı duygularına odaklanan yatıştırıcı sistemi içinde ele alınabileceği düşünülmektedir. Hekimlerin kendilerini değerli ve desteklenmiş hissettikleri çalışma ortamı yatıştırıcı sistemi etkinleştirilebilir. Cezalandırılma korkusu olmadan açık iletişim kurabilmek, yatıştırıcı sistemin güvenlik ve bağlılığa verdiği önemle uyumludur.

## 3. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu çalışmanın amacı Transaksiyonel Hekim Merhameti Modeli (THMM) ve Gilbert'in Duygulanım Düzenleme Modeli çerçevesinde hekim merhameti önündeki engel faktörlerinin

incelenmesidir. Gilbert'in (2009) modeli, öz-anlayışın kişinin stresle başa çıkma yeteneğini ve genel iyi oluşunu artırdığını öne sürer. Öz-anlayışı yüksek bir hekim, kendine daha nazik ve destekleyici olacağından, tükenmişlik ve stresle daha iyi başa çıkabilir (Neff, 2003; Raab, 2014). Ayrıca, psikolojik güvenliğin bireylerin kendilerini rahat ve güvende hissetmelerine yardımcı olarak yatıştırıcı sistemlerini aktive etmesi ve bunun sonucunda duygusal dengenin sağlanması ve stres yönetme becerilerinin artması beklenir. Bu nedenle mevcut çalışmada hekimlerde öz-anlayış, genel iyi oluş ve psikolojik güvenliğin içsel ve dışsal faktörlerden kaynaklanan tehditlere karşı yatıştırıcı sistemi aktive ederek THMM alt boyutlarını yordayacağı öngörülmektedir. Bununla birlikte uzun yıllar çalışan hekimlerin mesleki aidiyet ve güven duygusunun, merhametli yaklaşımlarını artırması beklenebilir. Aşağıda çalışmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler yer almaktadır:

**H1:** Hekimlerin öz anlayış, genel iyi oluş, psikolojik güvenlik ve hizmet süresi düzeyleri hekim merhameti önündeki engel boyutlarından tükenmişlik/aşırı yük faktörü puanlarını anlamlı şekilde yordar.

**H2:** Hekimlerin öz anlayış, genel iyi oluş, psikolojik güvenlik ve hizmet süresi düzeyleri hekim merhameti önündeki engel boyutlarından dış distraksiyon puanlarını anlamlı şekilde yordar.

**H3:** Hekimlerin öz anlayış, genel iyi oluş, psikolojik güvenlik ve hizmet süresi düzeyleri hekim merhameti önündeki engel boyutlarından zor hasta/aile puanlarını anlamlı şekilde yordar.

**H4:** Hekimlerin öz anlayış, genel iyi oluş, psikolojik güvenlik ve hizmet süresi düzeyleri hekim merhameti önündeki engel boyutlarından klinik durum puanlarını anlamlı şekilde yordar.

### 3.1. Araştırmanın Modeli

Yapılan çalışmada çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Çoklu regresyon analizi, bağımlı bir değişken ile birden fazla bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi modellemek ve analiz etmek için kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. Bu analiz tekniği, bağımlı değişkendeki değişimleri, birden fazla bağımsız değişkenin bir araya gelerek nasıl etkilediğini anlamayı amaçlar (Yoo ve ark., 2014).

### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini aktif olarak görev yapan hekimler oluşturmaktadır. Çalışmada 165 hekim katılımcı olarak yer almış olup çalışmadığını belirten hekimler (1 kişi) ve yurt dışında çalışan hekimler (2 kişi) kişi sayısı yetersizliğinden dolayı analizlere dahil edilmemiştir. Araştırmanın örneklemi ise farklı uzmanlık alanına ve çalışma deneyimine sahip Türkiye'nin farklı bölgelerinde görev yapan, yaşları 23 ile 60 arasında değişen (Ort. = 32.94; SS = 9.50; Min = 23; Maks. = 60), 163 hekimden oluşmaktadır. Katılımcıların % 58.9'u kadın, %41.1'i erkektir. Katılımcılar uygun örnekleme yöntemi ile aktif görev yapıyor olmak kriterine uymak şartı ile gönüllülük esas alınarak toplanmıştır.

### 3.3. Verilerin Toplanma Süreci

Veriler, 2023 yılında 8 ay boyunca çevrimiçi olarak toplanmıştır. Katılımcıların anket sorularını cevaplaması ortalama 10 dakika sürmüştür. Araştırmada kullanılan ölçekler, dijital ortama Google forms aracılığıyla aktarılmıştır. Araştırmanın ilk aşamasındaki Bilgilendirilmiş Onam Formu'nda, araştırmanın amacı belirtilmiş olup katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı, verilecek cevapların doğru ve içten olmasının araştırma bulgularının doğruluğu açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından etik onay izni verilmiştir. (22.02.2023 tarih ve 1140-01/a sayılı yönetim kurulu kararı)



### 3.4. Veri Toplama Araçları

Gerçekleştirilen araştırmada Demografik Bilgi Formu, Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeği, Öz Anlayış Ölçeği, Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu ve Psikolojik Güvenlik Ölçeği uygulanmıştır.

#### 3.4.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcılara yaş, cinsiyet, uzmanlık alanı, meslekte geçirdiği yıl, görev yaptığı şehir ve çalıştığı birim hakkında bilgi alınan bir form sunulmuştur. Bu bilgiler araştırmanın amacına yönelik belirlenmiştir.

#### 3.4.2. Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeği (HMÖEÖ)

Fernando ve Consedine (2014) tarafından geliştirilen ölçek sağlık hizmetlerinde merhametli olmanın önündeki engelleri inceleyen bir öz bildirim ölçeğidir, 34 madde ve dört boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 7'li Likert yöntemi ile hazırlanmış olup, ölçekten alınan puanlar 7'e yaklaştıkça engeller artmakta, 1'e doğru indikçe engellerin yoğunluğu azalmaktadır. Ölçek faktörleri; Tükenmişlik/Aşırı Yük Faktörü (TA), Dış Distraksiyon (DD), Zor Hasta/Aile (ZH), Karmaşık Klinik Durum Bileşenleri (KKB)'dir. Türkiye standardizasyonu Öztürk ve Kırarç (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirliği 0,938 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ise ölçek alt boyutlarının Cronbach alfa değeri sırasıyla TA: .83, ZH: .73, DD: .83, KBB: .84 bulunmuştur.

#### 3.4.3. Öz Anlayış Ölçeği Kısa Formu (ÖAÖ-KF)

Öz anlayışın ölçülmesi amacıyla Kristin Neff (2003) tarafından geliştirilen ve 26 maddeden oluşan "Self-Compassion Scale" (Öz Anlayış Ölçeği), Raes, Pommier, Neff ve Van Gucht (2011) tarafından zaman açısından daha pratik olacağı düşünülerek 12 maddeden oluşan Self-Compassion Scale Short Form" (Öz Anlayış Ölçeği Kısa Formu) olarak geliştirilmiştir. Türkiye standardizasyonu Yıldırım ve Sarı (2018) tarafından yapılan Öz Anlayış Ölçeği Kısa Formu (ÖŞAÖ-KF) 11 maddelik 5'li likert tipindedir. Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı .75 olarak hesaplanmıştır. (Yıldırım ve Sarı, 2018). Bu araştırma kapsamında ölçeğin Cronbach alfa değeri .85 olarak bulunmuştur.

#### 3.4.4. Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu (GİÖÖK)

Longo ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilen Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formunun Türkiye standardizasyonu Kalafatoğlu ve Çelik (2019) tarafından yapılmıştır. Tek faktörden ve 13 maddeden oluşan ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach alfa değeri .90 olarak bulunmuştur. Bu araştırma kapsamında ölçeğin Cronbach alfa değeri .94 olarak bulunmuştur.

#### 3.4.5. Psikolojik Güvenlik Ölçeği (PGÖ)

Edmondson (1999) çalışanların çalışma alanlarında algıladıkları kişilerarası endişeyi ölçmek Psikolojik Güvenlik Ölçeğini (PGÖ) geliştirmiştir. Türkiye standardizasyonu Yener (2015) tarafından gerçekleştirilen ve 7 maddeden oluşan ölçeğin Türkçe versiyonunun açımlayıcı faktör analizi sonucunda Hoşgörü ve İnisiyatif olarak adlandırılan iki alt boyutu ortaya çıkmıştır. Alt boyutlarının Cronbach alfa değeri sırasıyla .86 ve .76 olarak bulunmuştur. Bu araştırma kapsamında ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değeri sırasıyla .69 ve .65 olarak bulunmuştur.

### 3.5. Verilerin Analizi

Analiz edilecek veriler Google Forms üzerinden toplanmış olup veriler SPSS ortamına aktarılmıştır. Verilerin analizi için IBM SPSS 25 istatistik programı kullanılmıştır. İlk olarak, sosyo-demografik özelliklerin betimsel analizleri yapılmıştır. Kullanılan ölçeklerin ve alt boyutları ve sosyo-demografik değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişkiye bakmak adına Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmanın hipotezlerini test etmek amacıyla, HMÖEÖ'nün alt boyutları olan tükenmişlik/aşırı yük faktörü, dış distraksiyon, zor hasta/aile ve karmaşık klinik durum bileşenlerinin; öz anlayış, genel iyi oluş, PGÖ'nün alt boyutlarından hoşgörü ve inisiyatif düzeyleri ve hizmet süresi tarafından ne kadar belirlendiğini test etmek üzere dört ayrı çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

## 4. Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde çalışma grubunun demografik dağılımının betimsel analizi, korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

### 4.1. Sosyo-demografik özelliklerin betimsel değerlendirilmesi

Çalışmada, 18 yaştan büyük (*Ort.* = 32.94; *SS* = 9.50; *Min* = 23; *Maks.* = 60), toplam 163 hekim katılımcı olarak yer almıştır. Tablo 1'de katılımcılara ilişkin demografik bilgilerin frekans ve yüzde değerlerine yer verilmiştir.

**Tablo 1:** Katılımcılara İlişkin Bilgiler

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	96	58.9
Erkek	67	41.1
Yaş		
20-24	13	8.0
25-29	77	47.2
30-34	19	11.7
35-39	18	11.0
40 ve üzeri	36	22.1
Uzmanlık		
Cerrahi Tıp Bilimleri	22	13.5
Dahili Tıp Bilimleri	58	35.6
Temel Tıp Bilimleri	49	30.1
Diş Hastalıkları	15	9.2
Psikiyatri	9	5.5
Uzmanlığı Olmayan	10	6.1
Hizmet Süresi		
1 yıldan az	18	11.0
1-5 yıl	80	49.1
6-10 yıl	13	8.0



11-15 yıl	19	11.7
16 yıl ve üzeri	33	20.2
<b>Görev Yapılan Bölge</b>		
Marmara Bölgesi	49	30.1
Ege Bölgesi	35	21.5
Akdeniz Bölgesi	22	13.5
İç Anadolu Bölgesi	30	18.4
Karadeniz Bölgesi	12	7.4
Doğu Anadolu Bölgesi	7	4.3
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	8	4.9
<b>Görev Yapılan Yer</b>		
Üniversite Hastanesi	29	17.8
Devlet Hastanesi	87	53.4
Özel Hastane	11	6.7
Özel Muayenehane	10	6.1
Diğer	26	16.0
<b>Mülteci/Sığınmacı Bakım Tecrübesi</b>		
Var	136	83.4
Yok	27	16.6
<b>TOPLAM</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

#### 4.2. Kullanılan ölçekler ve alt boyutları ile sosyo-demografik özellikler arası korelasyon analizi

Tablo 2’de sosyo-demografik özellikler ile kullanılan ölçekler ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi bulgularına yer verilmiştir.

**Tablo 2:** Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutları Arası Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Yaş	1	.942**	-0.057	-.161*	-0.066	-.216**	0.120	0.146	0.049	-0.009
2.Tecrübe		1	-0.074	-.198*	-0.101	-.229**	0.111	0.133	0.072	-0.015
3.HMÖÖ- Tükenmişlik yük faktörü			1	.631**	.502**	.619**	-.203**	-.325**	-.281**	-.277**
4.HMÖÖ-Dış distraksiyon				1	.628**	.720**	-.213**	-.294**	-.222**	-.244**
5.HMÖÖ-Zor hasta/aile faktörü					1	.563**	-0.149	-0.093	-.162*	-0.099

6.HMÖEÖ-Karmaşık klinik durum bileşenleri	1	-.210**	-.302**	-.219**	-.191*
7.ÖAÖ		1	.462**	.213**	.199*
8.GiÖÖ			1	.216**	.342**
9.PGÖ-Hoşgörü				1	.321**
10.PGÖ-İnisiyatif					1

Not: \*\*\*,  $p < 0.001$ ; \*\*,  $p < 0.01$ ; \*,  $p < 0.05$ . HMÖEÖ: Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeği ÖAÖ: Öz Anlayış Ölçeği GiÖÖ: Genel İyi Oluş Ölçeği PGÖ: Psikolojik Güvenlik Ölçeği

### 4.3. Çoklu (Stepwise) Regresyon Analizi Sonuçları

HMÖEÖ'nün alt boyutları olan tükenmişlik/aşırı yük faktörü, dış distraksiyon, zor hasta/aile ve karmaşık klinik durum bileşenlerinin; öz anlayış, genel iyi oluş, Psikolojik Güvenlik Ölçeği'nin alt boyutlarından hoşgörü ve inisiyatif düzeyleri ve hizmet süresi değişkenleri tarafından ne kadar belirlendiğine ilişkin hipotezleri test etmek üzere dört ayrı çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

#### 4.3.1. HMÖE'nin Alt Boyutlarından Tükenmişlik/Aşırı Yük Faktörü Üzerindeki Yordayıcı Değişkenlerin Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Tükenmişlik/aşırı yük faktörünün; öz anlayış, genel iyi oluş, Psikolojik Güvenlik Ölçeği'nin alt boyutlarından hoşgörü ve inisiyatif düzeyleri ve hizmet süresi değişkenleri tarafından ne kadar belirlendiğini test etmek üzere çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Sonuçlara bakıldığında; genel iyi oluş ve hoşgörü değişkenlerinin regresyon modeline anlamlı katkıda bulunduğu görülmektedir (sırasıyla,  $p = .012$ ;  $p = .023$ ). Tüm değişkenler, tükenmişlik/aşırı yük faktöründeki %16.9'lük varyansı açıklamaktadır ve  $R^2$  değişimi anlamlıdır ( $F(5,162) = 6.41$ ;  $p = .000$ ).

Çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 3'de verilmiştir.

**Tablo 3:** Öz Anlayış, Genel İyi Oluş Düzeyi, İnisiyatif, Hoşgörü ve Hizmet Süresi Değişkenlerinin Tükenmişlik/Aşırı Yük Faktörü Üzerindeki Yordayıcılığı

	R	R <sup>2</sup>	Uyarlanmış R <sup>2</sup>	B	SH	$\beta$	F
Hizmet Süresi				-.032	.078	-.030	
ÖAÖ				-.006	.016	-.033	
GiÖÖ				-.031	.012	-.220*	
PGÖ-Hoşgörü				-.324	.140	-.180*	
PGÖ-İnisiyatif				-.256	.149	-.138	
Model	.41	.17	.14				6.41***

Not: \*,  $p < 0.5$ ; \*\*,  $p < .01$ ; \*\*\*,  $p < .001$

#### 4.3.2. HMÖE'nin Alt Boyutlarından Dış Distraksiyon Üzerindeki Yordayıcı Değişkenlerin Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Dış distraksiyon faktörünün; öz anlayış, genel iyi oluş, Psikolojik Güvenlik Ölçeği'nin alt boyutlarından hoşgörü ve inisiyatif düzeyleri, hizmet süresi değişkenleri tarafından ne kadar belirlendiğini test etmek üzere çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Sonuçlara bakıldığında; yalnızca hizmet süresi değişkeninin regresyon modeline anlamlı katkıda bulunduğu görülmektedir ( $p < .05$ ). Tüm değişkenler, dış distraksiyon faktöründeki %16'lık varyansı açıklamaktadır ve  $R^2$  değişimi anlamlıdır ( $F(5,162) = 5.78, p = .000$ ).

Çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4:** Öz Anlayış, Genel İyi Oluş Düzeyi, İnisiyatif, Hoşgörü ve Hizmet Süresi Değişkenlerinin Dış Distraksiyon Faktörü Üzerindeki Yordayıcılığı

	R	R <sup>2</sup>	Uyarlanmış R <sup>2</sup>	B	SH	$\beta$	F
Hizmet Süresi				-.153	.070	-.162*	
ÖAÖ				-.011	.015	-.064	
GİOÖ				-.021	.011	-.171	
PGÖ-Hoşgörü				-.187	.127	-.116	
PGÖ-İnisiyatif				-.229	.135	-.138	
Model	.39	.16	.13				5.78***

Not: \*,  $p < 0.5$ ; \*\*,  $p < .01$ ; \*\*\*,  $p < .001$

#### 4.3.3. HMÖE'nin Alt Boyutlarından Zor Hasta/Aile Faktörü Üzerindeki Yordayıcı Değişkenlerin Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Zor hasta/aile faktörünün; öz anlayış, genel iyi oluş, Psikolojik Güvenlik Ölçeği'nin alt boyutlarından hoşgörü ve inisiyatif düzeyleri, hizmet süresi değişkenleri tarafından ne kadar belirlendiğini test etmek üzere çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Sonuçlara bakıldığında; analize dahil edilen hiçbir değişkenin regresyon modeline anlamlı katkıda bulunmadığı görülmüştür ( $p \geq .149$ ) ve varyansın %4.8'ini açıkladığı bulunsa da bu modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p = .17$ ).

Çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5:** Öz Anlayış, Genel İyi Oluş Düzeyi, İnisiyatif, Hoşgörü ve Hizmet Süresi Değişkenlerinin Zor Hasta/Aile Faktörü Üzerindeki Yordayıcılığı

	R	R <sup>2</sup>	Uyarlanmış R <sup>2</sup>	B	SH	$\beta$	F
Hizmet Süresi				-.083	.080	-.082	
ÖAÖ				-.021	.017	-.110	
GİOÖ				.001	.012	.010	
PGÖ-Hoşgörü				-.211	.145	-.121	
PGÖ-İnisiyatif				-.077	.154	-.043	
Model	.22	.05	.02				1.57

Not: \*,  $p < 0.5$ ; \*\*,  $p < .01$ ; \*\*\*,  $p < .001$

#### 4.3.4. HMÖE'nin Alt Boyutlarından Karmaşık Klinik Durum Bileşenleri Üzerindeki Yordayıcı Değişkenlerin Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Karmaşık klinik durum bileşenleri faktörünün; öz anlayış, genel iyi oluş, Psikolojik Güvenlik Ölçeği'nin alt boyutlarından hoşgörü ve inisiyatif düzeyleri ve hizmet süresi değişkenleri tarafından ne kadar belirlendiğini test etmek üzere çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Sonuçlara bakıldığında; yalnızca hizmet süresi ve genel iyi oluş değişkeninin regresyon modeline anlamlı katkıda bulunduğu görülmektedir (sırasıyla,  $p = .012$ ;  $p = .024$ ). Tüm değişkenler hesaba katıldığında, karmaşık klinik durum bileşenleri faktöründeki %15.7'lik varyansın açıklandığı görülmektedir ve  $R^2$  değişimi anlamlıdır ( $F(5,162) = 5.85$ ,  $p = .000$ ).

Çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6:** Öz Anlayış, Genel İyi Oluş Düzeyi, İnisiyatif, Hoşgörü ve Hizmet Süresi Değişkenlerinin Karmaşık Klinik Durum Bileşenleri Faktörü Üzerindeki Yordayıcılığı

	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	Uyarlanmış <i>R</i> <sup>2</sup>	<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$	<i>F</i>
Hizmet Süresi				-.199	.078	-.189*	
ÖAÖ				-.011	.017	-.056	
GIÖÖ				-.028	.012	-.199*	
PGÖ-Hoşgörü				-.228	.142	-.127	
PGÖ-İnisiyatif				-.138	.151	-.075	
Model	.35	.12	.10				5.51***

Not: \*,  $p < 0.5$ ; \*\*,  $p < .01$ ; \*\*\*,  $p < .001$

Yapılan istatistiksel analizlere göre, araştırmamızın  $H_1$ ,  $H_2$  ve  $H_4$  hipotezlerinin kısmen doğrulandığı görülmüştür. Buna göre, genel iyi oluş ve hoşgörü düzeylerinin Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeği'nin alt boyutlarından yalnızca tükenmişlik/aşırı yük faktörünü yordadığı bulunmuştur. Buna ek olarak, hizmet süresinin dış distraksiyonu, genel iyi oluş ve hizmet süresinin ise karmaşık klinik durum bileşenleri puanlarını yordadığı görülmüştür. Ancak,  $H_3$  hipotezi reddedilmekte olup öz anlayış, genel iyi oluş, psikolojik güvenlik ve hizmet süresi düzeylerinin Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeği'nin alt boyutlarından zor hasta/aile puanlarını yordamadığı görülmektedir.

#### Tartışma

Bu çalışmanın amacı ülkemizin farklı bölgelerinde ve kurumlarında görev yapan hekimlerin merhametleri önündeki engeller üzerinde çeşitli değişkenlerin yordayıcı etkisinin incelenmesidir.

Mevcut çalışmada hekimlerin öz anlayış düzeylerinin, hekim merhameti önündeki engel (tükenmişlik/aşırı yük faktörü, dış distraksiyon, zor hasta/aile ve karmaşık klinik durum) puanlarını anlamlı şekilde yordayacağı varsayılmış, ancak doğrulanmamıştır. Alanyazına bakıldığında öz anlayışın sağlık çalışanları ve hekimler için önemini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Sinclair ve ark., 2017). Steen ve arkadaşları (2022) sağlık çalışanlarında öz anlayışın varlığının kaygı ve stres düzeylerini azaltabileceğini, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik riskini düşürebileceğini ve genel iyi oluş düzeyini artırabileceğini belirtmiştir. Bu bulgulardan farklı olarak bu çalışmada hipotez edilen öz-anlayış ile hekim merhameti önündeki engeller arasındaki ilişki, başlangıçta varsayılandan daha karmaşık olabilir. Öz-anlayış, kişisel stresi azaltma ve genel iyi oluşu artırma konusunda faydalı olabilir; ancak, yüksek hasta sayısı, sınırlı kaynaklar ve merhamet içeren bakımı engelleyen kurumsal politikalar gibi temel

sistemik sorunları çözmekte yetersiz kalabilir. Ayrıca, öz-anlayışın etkisi, kişilik, başa çıkma stratejileri ve geçmiş yaşam deneyimleri gibi faktörlerden dolayı hekimler arasında değişkenlik gösterebilir. Bu farklılıklar, öz-anlayışın merhamet önündeki engeller üzerindeki yordayıcı etkisini azaltmış olabilir.

### **Tükenmişlik/Aşırı Yük Faktörü ile İlgili Bulgular**

Mevcut çalışmanın sonuçlarına göre genel iyi oluş ve hoşgörü değişkenleri HMÖE'nin alt boyutlarından tükenmişlik/aşırı yük faktörünü ( $H_1$ ) anlamlı şekilde yordamaktadır.

Bu çalışmada, hekim merhameti önündeki engellerden tükenmişlik/aşırı yük faktörünün genel iyi oluş düzeyi tarafından anlamlı ve negatif yönde yordandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu, alanyazında ortaya koyulan çalışmaları destekler niteliktedir (Rothenberger, 2017). Shanafelt ve arkadaşları (2012) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, tükenmişlik düzeyi yüksek olan hekimlerin iş-yaşam dengesi doyumunun önemli ölçüde düşük olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Tawfik ve arkadaşları (2018), hekimler arasında tükenmişlik ve iyi oluş düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve tükenmişlik düzeyi yüksek olan hekimlerin, düşük iyi oluş seviyelerine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Mevcut araştırma bulguları psikolojik güvenliğin alt boyutu olan hoşgörü düzeyinin tükenmişlik/aşırı yük faktörünü anlamlı ve negatif yönde yordadığını göstermektedir. Benzer şekilde, alanyazındaki çalışmalar hekimler ve sağlık çalışanları arasında tükenmişlik ile psikolojik güvenlik düzeyi arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Domínguez-Salas ve ark., 2021). Swendiman ve arkadaşları (2019) hekimlerin psikolojik güvenlik düzeylerinin azalmasının psikolojik sıkıntıyı artırdığını ve bunun da tükenmişliğin habercisi olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular doğrultusunda hekimin psikolojik güvenlik düzeyinin artmasının, tükenmişlik düzeyini azaltacağını ve merhamet önündeki engellere karşı bariyer sağlayacağı söylenebilir.

### **Dış Distraksiyon Faktörü ile İlgili Bulgular**

Mevcut çalışmanın sonuçlarına göre yalnızca hizmet süresi HMÖE'nin alt boyutlarından dış distraksiyon faktörünü ( $H_2$ ) negatif ve anlamlı yönde yordamaktadır.

Konsültasyonların gerçekleştiği fiziksel ortam ve kurumsal bağlamlar, hekimlerin merhametli yaklaşımlarını doğrudan etkileyebilir. HMÖE'nin alt boyutlarından biri olan dış distraksiyon, THMM içerisinde kurumsal ve çevresel faktörlere karşılık gelmektedir (Fernando ve Consedine, 2014). Mevcut çalışmada hizmet süresi değişkeninin HMÖE'nin alt boyutlarından dış distraksiyonu negatif ve anlamlı yönde yordadığı bulunmuştur. Yani hekimin hizmet süresinin artması merhamet önündeki engellerden dış distraksiyon düzeyinin azalmasını yordamaktadır. Alanyazına bakıldığında merhamet yorgunluğu kapsamında ele alınan çalışmalarda merhametin zamanla "tükenmesi" düşüncesi yaygın olmasına rağmen, bu konuda yeterli kanıt bulunmamaktadır (Fernando ve Consedine, 2016). Bununla birlikte hekimin empatik ve merhamet içeren yaklaşımının deneyimle birlikte arttığını gösteren çalışmaların (Bayne ve ark.,2013) yanı sıra klinik deneyimin merhametli ve empatik yaklaşım üzerinde etkisini olmadığını (Bratek ve ark.,2015) gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmanın bulgularıyla paralel olarak, Fernando ve Consedine (2016), daha deneyimli hekimlerin merhamet engellerini daha düşük düzeyde bildirdiklerini ifade etmiştir. Bu bağlamda, hekim merhameti üzerine yapılan araştırmalar sınırlı olmakla birlikte, deneyimli hekimlerin sağlık sistemini ve kurumsal dinamikleri daha iyi kavradıkları, bürokratik zorlukları daha etkili bir şekilde aştıkları ve merhametli bakımın önündeki kurumsal engelleri azaltmak için stratejiler geliştirebildikleri söylenebilir.

### Zor Hasta/Aile Faktörü ile İlgili Bulgular

Mevcut çalışmada, hekimin öz anlayış, genel iyi oluş, psikolojik güvenlik ve hizmet süresinin merhamet önündeki engellerden zor hasta/aile faktörü (H<sub>3</sub>) üzerinde yordayıcı etkiye sahip olması beklenmiştir. Ancak, yapılan regresyon analizi sonucunda bu değişkenler modele anlamlı bir katkı sağlamamıştır. Alanyazında, iyi oluş (Shanafelt ve ark., 2017), öz anlayış (Neff, 2003) ve psikolojik güvenlik (Torralba ve ark., 2020) düzeylerinin sağlık çalışanları için önemli beceriler olduğu vurgulanmaktadır. Bu çalışmada, bu değişkenlerin hekimlerin zor hasta ve aileleriyle etkili iletişim kurma ve merhametlerini koruma becerilerini güçlendireceği ve merhamet önündeki engelleri azaltacağı varsayılmıştır. Ancak, bu varsayım elde edilen sonuçlarla desteklenmemiştir.

### Karmaşık Klinik Durum Bileşenleri Faktörü ile İlgili Bulgular

Mevcut çalışmada HMÖE'nin alt boyutlarından karmaşık klinik durum bileşenlerinin (H<sub>4</sub>) genel iyi oluş ve hizmet süresi tarafından negatif ve anlamlı şekilde yordandığı bulunmuştur.

Alanyazın incelendiğinde, karmaşık klinik durum bileşeninin iyi oluş veya hizmet süresi ile ilişkisine dair çalışmalara rastlanmamış olmasına rağmen, mevcut çalışmada hekimin iyi oluşunun ve deneyiminin klinik belirsizlikleri ve karmaşıklıkları yönetmede önemli olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, karmaşık klinik durum bileşenlerinden biri olarak ele alınabilecek klinik belirsizliğe dair bazı çalışmalara rastlanmıştır (Begin ve ark., 2021). Klinik belirsizlik, hekimin tanı koyma, uygun tedavi seçimi veya hastanın genel durumu konusunda kesin bir bilgiye sahip olamaması durumu olarak tanımlanmaktadır (Scott ve ark., 2023). Lawton ve arkadaşları (2019), daha deneyimli veya risk almaktan çekinmeyen hekimlerin, belirsizlikle daha iyi başa çıkabildiklerini belirtmiştir. Ayrıca, George ve Lowe (2019), sağlık çalışanlarının iyi oluşunun, belirsizlikle başa çıkma kapasiteleriyle yakından ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Belirsizliği kabul etmek, duygusal tepkileri yönetmek ve belirsizlikle başa çıkma becerilerini geliştirmek, sağlık çalışanlarının genel iyi oluşunu artırabilir (George ve Lowe, 2019). Sonuç olarak, alanyazında karmaşık klinik durum bileşenlerinin hekim merhameti, genel iyi oluş düzeyi ve çalışma deneyimi ile ilişkisine dair çalışmalara rastlanmasa da elde edilen bulgular doğrultusunda, hekimin iyi oluşu ve çalışma deneyimi arttıkça, merhamet önündeki engellerden biri olan karmaşık klinik durum bileşeninin negatif ve anlamlı şekilde yordandığı söylenebilir.

### Sonuç

Bu çalışmada, Türkiye'de çeşitli bölgelerde ve sağlık kurumlarında görev yapan hekimlerin merhametleri önündeki engeller üzerinde, öz anlayış, genel iyi oluş, psikolojik güvenlik ve hizmet süresi değişkenlerinin yordayıcı etkisi araştırılmıştır. Beklenilenin aksine öz anlayış düzeyinin hekim merhameti önündeki engellerin alt boyutlarından hiçbir faktörü anlamlı şekilde yordamadığı saptanmıştır. Bağımlı değişken olan hekim merhameti önündeki engellerin alt boyutları tek tek ele alındığında ise tükenmişlik/aşırı yük faktörünün genel iyi oluş ve hoşgörü tarafından; dış distraksiyon faktörünün hizmet süresi değişkeni tarafından; karmaşık klinik durum bileşenlerinin ise genel iyi oluş ve hizmet süresi değişkenleri tarafından anlamlı şekilde yordandığı bulunmuştur. Zor hasta/aile faktörü ise analize dahil edilen hiçbir bağımsız değişken tarafından yordanmamıştır.

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak araştırmanın genellenebilirliğine dair sınırlılık mevcuttur. Toplanan verilerin yalnızca araştırma bağlantısının ulaştığı hekimlerle sınırlı kalması ve araştırma örnekleminin 163 hekimden oluşması mevcut popülasyonu temsil etmede yetersiz kalabilir. Gelecek araştırmalarda örneklem büyüklüğüne dikkat edilmesi önerilmektedir. Bu

çalışmadaki diğer bir sınırlılık, kullanılan öz bildirim ölçeklerindeki madde sayısının fazlalığıdır. Uzun ölçek formları, ölçeklerin doldurulmasında katılımcıların yorgunluk yaşamasına veya dikkatsizce yanıt vermelerine neden olmuş olabilir. Bu sebeple, gelecekteki araştırmalarda veri toplama araçlarının soru sayısına dikkat edilmesi önemlidir. Bununla birlikte, gelecek araştırmalarda, nicel yöntemlerin yanı sıra nitel araştırmanın da kullanılması önerilmektedir. Nitel yöntemler, katılımcıların deneyimlerini derinlemesine analiz etmek için uygun bir yaklaşım sunarak, hekimlerin merhametleri önündeki engelleri daha detaylı olarak inceleme imkânı sağlayabilir.

Hekim merhameti üzerine yapılan çalışmalar henüz başlangıç aşamasında olmasına rağmen, bu araştırmanın Türkiye’de görev yapan hekimlerin merhametleri önündeki engel faktörlerinin farklı değişkenlerle ilişkisini ele alarak alanyazına katkı sağlaması beklenmektedir. Hekim merhametini doğru bir şekilde anlayabilmek için, merhamet kavramını inanç temelli ya da ruhani yaklaşımlardan uzaklaştırarak, insan acısını hafifletmeye yönelik ve araştırmaya dayalı bir bilgi olarak değerlendirmek gerekmektedir.



## Kaynakça

- American Medical Association. (2016). *AMA's Code of Medical Ethics*. <https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/code-of-medical-ethicschapter-1.pdf>
- Bayne, H., Neukrug, E., Hays, D., & Britton, B. (2013). A comprehensive model for optimizing empathy in person-centered care. *Patient Education and Counseling, 93*(2), 209–215.
- Begin, A. S., Hidrue, M., Lehrhoff, S., Del Carmen, M. G., Armstrong, K., & Wasfy, J. H. (2022). Factors associated with physician tolerance of uncertainty: An observational study. *Journal of General Internal Medicine, 37*(6), 1415–1421.
- Bratek, A., Bulska, W., Bonk, M., Seweryn, M., & Krysta, K. (2015). Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatria Danubina, 27*, 48–52.
- Cole-King, A., & Gilbert, P. (2014). Compassionate care: The theory and the reality. In *Providing compassionate healthcare* (pp. 68–84). Routledge.
- Derksen, F. A., Hartman, T. C., Bensing, J. M., & Lagro-Janssen, A. L. (2016). Managing barriers to empathy in the clinical encounter: A qualitative interview study with GPs. *British Journal of General Practice, 66*(653), e887–e895. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687565>
- Devaraj, S., & Patel, P. C. (2021). Change in psychological distress in response to changes in reduced mobility during the early 2020 COVID-19 pandemic: Evidence of modest effects from the US. *Social Science & Medicine, 270*, 113615.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New wellbeing measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research, 97*, 143–156.
- Domínguez-Salas, S., Gómez-Salgado, J., Guillén-Gestoso, C., Romero-Martín, M., Ortega-Moreno, M., & Ruiz-Frutos, C. (2021). Health care workers' protection and psychological safety during the COVID-19 pandemic in Spain. *Journal of Nursing Management, 29*(7), 1924–1933.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly, 44*(2), 350–383.
- Feldman, R. (2012). Oxytocin and social affiliation in humans. *Hormones and Behavior, 61*, 380–391.
- Fernando III, A. T., & Consedine, N. S. (2014). Development and initial psychometric properties of the Barriers to Physician Compassion questionnaire. *Postgraduate Medical Journal, 90*(1065), 388–395.
- Fernando, A. (2021). Beyond compassion fatigue: The systemic origins of compassion in medicine [Doctoral dissertation, The University of Auckland].
- George, R. E., & Lowe, W. A. (2019). Well-being and uncertainty in health care practice. *The Clinical Teacher, 16*(4), 298–305.
- Gilbert, P. (2008). Developing a compassion-focused approach in cognitive behavioural therapy. In *Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 201–220). Routledge.

- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life Challenges*. Constable and Robinson Ltd.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97–112.
- Hofmeyer, A., Kennedy, K., & Taylor, R. (2020). Contesting the term ‘compassion fatigue’: Integrating findings from social neuroscience and self-care research. *Collegian*, 27(2), 232–237.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420–427.
- Kalafatoğlu, M. R., & Çelik, S. B. (2020). Genel iyi oluş ölçeği kısa formu’nun Türkçe’ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *OPUS International Journal of Society Researches*, 15(25), 3633–3653.
- Kleiner, S., & Pavalko, E. K. (2010). Clocking in: The organization of work time and health in the United States. *Social Forces*, 88(3), 1463–1486.
- Lawton, R., Robinson, O., Harrison, R., Mason, S., Conner, M., & Wilson, B. (2019). Are more experienced clinicians better able to tolerate uncertainty and manage risks? A vignette study of doctors in three NHS emergency departments in England. *BMJ Quality & Safety*, 28(5), 382–388.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
- Neff, K., & Germer, C. (2017). Self-compassion and psychological. In *The Oxford Handbook of Compassion Science* (pp. 371–390).
- Pavlova, A., Wang, C. X., Boggiss, A. L., O’Callaghan, A., & Consedine, N. S. (2022). Predictors of physician compassion, empathy, and related constructs: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 1–12.
- Rees, D. W. (1995). Work-related stress in health service employees. *Journal of Managerial Psychology*, 10(3), 4–11.
- Roskvist, R. P. (2023). Is compassion fatigue a self-fulfilling prophecy? An experimental study of manipulated expectations [Master’s thesis, The University of Auckland].
- Rothenberger, D. A. (2017). Physician burnout and well-being: A systematic review and framework for action. *Diseases of the Colon & Rectum*, 60(6), 567–576.
- Scott, I. A., Doust, J. A., Keijzers, G. B., & Wallis, K. A. (2023). Coping with uncertainty in clinical practice: A narrative review. *Medical Journal of Australia*, 218(6), 418–425.
- Shanafelt, T., Goh, J., & Sinsky, C. (2017). The business case for investing in physician well-being. *JAMA Internal Medicine*, 177(12), 1826–1832.

- Simpson, A. V., Farr-Wharton, B., & Reddy, P. (2020). Cultivating organizational compassion in healthcare. *Journal of Management & Organization, 26*(3), 340–354.
- Swendiman, R. A., Edmondson, A. C., & Mahmoud, N. N. (2019). Burnout in surgery viewed through the lens of psychological safety. *Annals of Surgery, 269*(2), 234–235.
- Tawfik, D. S., Profit, J., Morgenthaler, T. I., Satele, D. V., Sinsky, C. A., Dyrbye, L. N., ... & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors. *Mayo Clinic Proceedings, 93*(11), 1571–1580.
- Tessitore, F., Caffieri, A., Parola, A., Cozzolino, M., & Margherita, G. (2023). The role of emotion regulation as a potential mediator between secondary traumatic stress, burnout, and compassion satisfaction in professionals working in the forced migration field. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(3), 2266.
- Torralba, K. D., Jose, D., & Byrne, J. (2020). Psychological safety, the hidden curriculum, and ambiguity in medicine. *Clinical Rheumatology, 39*, 667–671.
- Veale, D., Gilbert, P., Wheatley, J., & Naismith, I. (2015). A new therapeutic community: Development of a compassion-focused and contextual behavioural environment. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 22*(4), 285–303.
- Wasson, R. S., Barratt, C., & O'Brien, W. H. (2020). Effects of mindfulness-based interventions on self-compassion in health care professionals: A meta-analysis. *Mindfulness, 11*(8), 1914–1934.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences, and solutions. *Journal of Internal Medicine, 283*(6), 516–529.
- Yoo, W., Mayberry, R., Bae, S., Singh, K., He, Q. P., & Lillard Jr, J. W. (2014). A study of effects of multicollinearity in the multivariable analysis. *International Journal of Applied Science and Technology, 4*(5), 9.