

T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİNDE MALPRAKTİS KORKUSU VE DEFANSİF TIP
UYGULAMALARI**

Dr. İsa ELDEMİR

AİLE HEKİMLİĞİ TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

ÇORUM/2025

T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

İsa ELDEMİR tarafından hazırlanan “Aile Hekimliğinde malpraktis korkusu ve defansif tıp uygulamaları” adlı tez çalışması jürimiz tarafından oy birliği ile Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

Üye : Prof. Dr. Onur ÖZTÜRK

Üye :Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

Bu tez çalışması, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Özgür YAĞAN
Dekan V.

I. TEŞEKKÜR

Tez ve asistanlık sürecimde bana mesleki, akademik ve insani olarak büyük katkıları olan, tezimin her aşamasında yanımda olup benimle tecrübelerini ve fikirlerini paylaşan çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK'a,

Asistanlığım boyunca yine hem mesleki hem insani olarak bana katkıda bulunan ve gelişmemi sağlayan çok değerli hocalarım Doç. Dr. Coşkun ÖZTEKİN ve Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK'a,

Rotasyonlarımda eğitim aldığım ve tecrübelerinden faydalandığım tüm saygıdeğer hocalarıma,

Asistanlık sürecimde beraber çalıştığım kıymetli asistan arkadaşlarıma,

Beni büyütüp, okutup bu yaşıma getiren annem Şefika ELDEMİR ve babam Bilal ELDEMİR'e

6 yıl süren Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık (SAHU) eğitimi boyunca benden desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan oğlum Ahmet Faruk ELDEMİR, kızım Elif Özlem ELDEMİR ve en büyük destekçim sevgili eşim Dilek ELDEMİR'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

II.İÇİNDEKİLER

I.TEŞEKKÜR	1
II.İÇİNDEKİLER	2
III.ÖZET	5
IV.ABSTRACT	7
V.KISALTMALAR	9
VI.TABLO LİSTESİ	10
VII. ŞEKİL LİSTESİ	11
1. GİRİŞ VE AMAÇ	12
2. GENEL BİLGİLER.....	13
2.1. Aile Hekiminin Tanımı	13
2.2. Malpraktis Tanımı.....	15
2.3. Malpraktis Türleri	15
2.3.1. Tanı Hataları	16
2.3.2. Tedavi Hataları	16
2.3.3. Profilaktik Hatalar.....	16
2.3.4. Diğer Hatalar.....	16
2.4. Malpraktis Korkusu.....	16
2.5. Malpraktis Sıklığı.....	18
2.6. Defansif Tıp Ve Tanımı	20
2.6.1. Pozitif Defansif Tıp	21
2.6.2. Negatif Defansif Tıp	21
2.7. Defansif Tıp Uygulamalarının Sebepleri	21
2.7.1. Hekim ile Hastanın İletişimi	21
2.7.2. Malpraktis Davaları	22
2.7.3. Hekimlik Tecrübesinin Az Olması	22
2.7.4. Yazılı, Görsel ve Sosyal Medyanın Etkisi	23

2.7.5.	Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet.....	23
2.7.6.	Artan İş Yükü.....	23
2.7.7.	Şikayet Edilebilme Korkusu	24
2.8.	Defansif Tıp Uygulamalarının Sıklığı.....	24
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1.	Araştırmanın Tipi, Yeri Ve Süresi	26
3.2.	Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	26
3.3.	İzinler	26
3.4.	İşlem.....	26
3.5.	Araştırmanın Veri Toplama Araçları	27
3.5.1.	Sosyo-Demografik Veri Formu	27
3.5.2.	Malpraktis Korkusu Ölçeği.....	27
3.5.3.	Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği.....	27
3.6.	Verilerin Analizi.....	28
4.	BULGULAR	29
	Katılımcı Özellikleri.....	29
	Malpraktis Korkusu, Defansif Tıp ve Bilgi Düzeyi	32
	Malpraktis Korkusu.....	34
	Pozitif Defansif Tıp.....	39
	Negatif Defansif Tıp	46
	Bilgi Düzeyi	50
5.	TARTIŞMA.....	56
5.1.	Malpraktis Korkusu ile İlgili Karşılaştırmalar	56
5.2.	Pozitif Defansif Tıp ile İlgili Karşılaştırmalar	58
5.3.	Negatif Defansif Tıp ile İlgili Karşılaştırmalar	60
5.4.	Bilgi Düzeyi ile İlgili Karşılaştırmalar.....	60
5.5.	Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları.....	61

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	62
7. KAYNAKLAR.....	64
8. EKLER	68
Ek-1:Etik kurul Onayı	68
Ek-2:Çorum İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni.....	68
Ek-3: Sosyo-Demografik Veri Formu.....	69
Ek-5: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği	71



III.ÖZET

Amaç: Dünyada genelinde malpraktis davaları artmaktadır. Hekimler de tıbbi hata yapmaktan ve bu davalardan korunmak için savunmacı davranışlar geliştirmektedirler. Bu çalışmada aile hekimlerinin malpraktis korkusu ve defansif tıp tutumlarını mevcut demografik veriler ışığında karşılaştırılması, hekimlerin bu korkularının azaltılması ve oluşmasını istemediğimiz defansif tıp uygulamalarının önüne geçilmesi, sağlık politikalarına katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 01.07.2024-30.09.2024 tarihleri arasında Çorum'da görev yapan 186 sözleşmeli aile hekimine Demografik Veri Formu, Malpraktis Korkusu Ölçeği ve Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği dijital yollar ile gönderildi. Çalışmaya katılmayı onaylayan hekimlerden google forms üzerinden veri setlerini doldurmaları istendi.

Bulgular: Çalışma evrenini oluşturan 186 hekimin 168'i (%90,3) örnekleme oluşturmuştur. Katılımcıların %72'si 40 yaş ve üzerinde, %71'i erkek ve %80,4'ü pratisyen aile hekimidir. Katılımcıların %80,36'sında malpraktis korkusu yüksek düzeyde tespit edilmiştir. Malpraktis korkusu arttıkça pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp puanları artmaktadır. Hekimin yaşı, meslekte geçirdiği süre ve çalışmakta olduğu aile sağlığı merkezinde bulunma süresi arttıkça malpraktis korkusu, pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp puanları azalmaktadır. Hekimin yakın çevresinde malpraktis davası tecrübesi olması ya da şikayet edilme durumunda malpraktis korkusu ve defansif tıp puanları artmaktadır. Erkek hekimlerin kadın hekimlere göre defansif tıp tutum bilgi düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hastalık yönetimi platformunda hasta takip eden, kendisine veya yakın çevresine karşı malpraktis ya da defansif tıp tutum nedeniyle dava tecrübesi olan hekimlerin defansif tıp bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Sonuçlar: Bu çalışma sonucunda tüm aile hekimlerinde yaygın ve yüksek bir şekilde malpraktis korkusu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında yıllar içerisinde bu korkunun giderek arttığı görülmüştür. Yüksek korku seviyesinin defansif tıp tutumlarını tetiklediği, bu tutumların içerisinde sağlık sistemine maliyeti en düşük olan detaylı

kayıt tutma ve hastalarına açıklamaları daha detaylı yapmanın en yüksek oranda olduğu gözlenmiştir. Diğer taraftan hekimlerin medyada yer alan malpraktis haberlerinden çok fazla etkilendiği, sadece kendi klinik tecrübelerine dayalı karar vermekten çekindikleri tespit edilmiştir.



IV.ABSTRACT

Aim: Malpractice lawsuits are increasing worldwide. Physicians are also developing defensive behaviors to avoid making medical errors and to protect themselves from these lawsuits. This study aims to compare the malpractice fears and defensive medical attitudes of family physicians in light of current demographic data, to reduce these fears of physicians, to prevent defensive medical practices that we do not want to occur, and to contribute to health policies.

Materials and Methods: In this study, demographic data form, fear of malpractice scale and defensive medicine practices attitude scale were sent digitally to 186 contracted family physicians working in Çorum province between 01.07.2024 and 30.09.2024. Physicians who approved to participate in the study were asked to fill out the data sets via Google Forms.

Results: The sample was formed by 168 (90.3%) of the 186 physicians constituting the study universe. 72% of the participants were aged 40 and over, 71% were male, and 80,4% were general practitioner family physicians. A high level of fear of malpractice was detected in 80,36% of the participants. As the fear of malpractice increases, positive defensive medicine and negative defensive medicine scores increase. As the physician's age, length of time in the profession, and length of time working at the family health center increase, the fear of malpractice, positive defensive medicine, and negative defensive medicine scores decrease. If the physician has malpractice lawsuit experience in his/her close circle or if a complaint is made, the fear of malpractice and defensive medicine scores increase. The defensive medicine attitude knowledge level of male physicians was found to be significantly higher than that of female physicians. The defensive medicine knowledge levels of physicians who follow up patients on the disease management platform and who have lawsuit experience due to malpractice or defensive medicine attitude against themselves or their close circle were found to be higher.

Conclusions: As a result of this study, a widespread and high level of fear of malpractice was found among all family physicians. When the literature is examined, it

is seen that this fear has increased over the years. It was observed that a high level of fear triggers defensive medical attitudes, and among these attitudes, detailed record keeping and more detailed explanations to patients, which have the lowest cost to the health system, are the highest. On the other hand, it was determined that physicians are greatly affected by malpractice news in the media and hesitate to make decisions based solely on their own clinical experiences.



V.KISALTMALAR

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
AH	: Aile Hekimi
AHU	:Aile Hekimliği Uzmanı
ASM	:Aile Sağlığı Merkezi
BD	: Bilgi Düzeyi
DT	:Defansif Tıp
HYP	:Hastalık Yönetim Platformu
MK	:Malpraktis Korkusu
NDT	:Negatif Defansif Tıp
PDT	:Pozitif Defansif Tıp
SABİM	:Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SAHU	:Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi
TTB	:Türk Tabipleri Birliği
TUK	:Tıpta Uzmanlık Kurulu
TUS	:Tıpta Uzmanlık Sınavı
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü
WMA	:The World Medical Association
WONCA	:World Organization Of Family Doctors

VI.TABLO LİSTESİ

- Tablo 1 : Hekimlerin sosyo-demografik ve çalışma durumu özellikleri
- Tablo 2 : Hekimlerin Malpraktis ve Defansif Tıp ile ilgili deneyimleri
- Tablo 3 : Malpraktis Korkusu, Defansif Tıp ve BD puanları
- Tablo 4 : Ölçek puanlarının korelasyon ilişkisi
- Tablo 5 : Malpraktis Korkusu puanının tanımlayıcı istatistikleri
- Tablo 6 : Malpraktis Korkusunun hekim özellikleri ve deneyimleri ile ilişkisi
- Tablo 7 : Malpraktis korkusunu etkileyen faktörler
- Tablo 8 : PDT puanının tanımlayıcı istatistikleri
- Tablo 9 : PDT puanının hekim özellikleri ve deneyimleri ile ilişkisi
- Tablo 10 : PDT puanı ikili karşılaştırmaları
- Tablo 10a : PDT puanını etkileyen faktörler
- Tablo 11 : NDT puanının tanımlayıcı istatistikleri
- Tablo 12 : NDT puanının hekim özellikleri ve deneyimleri ile ilişkisi
- Tablo 13 : NDT puanını etkileyen faktörler
- Tablo 14 : BD puanının tanımlayıcı istatistikleri
- Tablo 15 : BD puanının hekim özellikleri ve deneyimleri ile ilişkisi
- Tablo 16 : Bilgi Düzeyi puanını etkileyen faktörler

VII. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Malpraktis Korkusuna ilişkin çoklu doğrusal regresyonun standartlaştırılmış artıklar Q-Q grafiği

Şekil 2: PDT puanına ilişkin çoklu doğrusal regresyonun standartlaştırılmış artıklar Q-Q grafiği

Şekil 3: NDT puanına ilişkin çoklu doğrusal regresyonun standartlaştırılmış artıklar Q-Q grafiği

Şekil 4: BD puanına ilişkin çoklu doğrusal regresyonun standartlaştırılmış artıklar Q-Q grafiği



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimi, sağlık sistemi içinde hastalarına hastalık, yaş veya cinsiyet ayrımı yapmadan her zaman ulaşabileceği sınırsız bir erişim sunar. Sağlık sisteminin ilk etkileşim noktasıdır ve diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği içinde çalışıp, ihtiyaç olması halinde diğer uzmanlık branşlarıyla iletişim sağlar. Hasta ve ortama dayalı bir şekilde, hastayla birlikte karar verme ve devamlılık arz eden doktor-hasta ilişkisi kökenli, kişi merkezli bakım sunar. Toplum yönelimlidir ve toplum sağlığından sorumludur. Ayrışmamış hastalıkların, insidans ve prevalans yoğunluğuna göre karar verir ve özgün sorun çözme becerisine sahiptir. Hastalıkları ister akut olsun ister kronik, kapsamlı bir yaklaşımla benimser ve hastalarını sağlık ile iyiliğe teşvik eder. Hastalarını fiziksel, sosyal, psikolojik, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alarak bütüncül bir model sunar. (1)

Aile hekiminin sunmuş olduğu bu hizmetlerin amacı kişiyi fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak tam bir iyilik haline getirmektir. Sağlanan hizmetler sırasında tıbbi uygulamaların doğası gereği her şeyin doğru yapılmasına rağmen hastada istenmeyen durumlar (komplikasyon) gelişebileceği gibi, hekimin bilgisizliği, tecrübesizliği veya ihmali gibi durumlarda tıbbi hata (malpraktis) da gelişebilmektedir.

Hekimlerin yaygın tıbbi uygulama hatası (malpraktis) korkuları neticesinde standart uygulamalardan sapmalar görülebilmektedir. Bu sapmaya “Defansif tıp” adı verilmektedir. Defansif tıp uygulamaları doktorların malpraktis davalarından korunmak, hastayı memnun etmek, hasta veya yakınlarından zarar görmemek için başvurduğu tıbbi uygulamalardır. Öncelikli olarak, hastanın iyileşmesi yerine dava açılmasının önlenmesi amaçlanır. Bu uygulamalar iki grupta değerlendirilir. Pozitif defansif tıp (güvence davranışı), ülkenin yasal sistemi tarafından kabul edilen hizmet standartlarına uygun olarak, hastaya herhangi bir medikal yarar sağlamaksızın sadece malpraktis davalarını önlemek için ek hizmetler sunar. Gereksiz tahlillerin, görüntüleme yöntemlerinin istenmesi, biyopsilerin yapılması ve konsültasyon istenmesi örnek olarak gösterilebilir. Negatif defansif tıp (kaçınma davranışı) ise hekimlerin tıbbi uygulama hatalarından kaçınmak için uyguladıkları davranışları içerir. Bu davranışlar arasında, yüksek riskli hastaları ve durumları başka yerlere sevk etme, girişimsel işlemlerden kaçınma ve yüksek riskli hastaları ameliyattan kaçınma gibi yöntemler bulunur.(2)

DT uygulamaları dünya genelinde tartışılan bir konudur ve doktorlar ile yapılan çalışmalarda da bu uygulamaların yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Literatüre

baktığımızda ABD’de %79-93, Japonya’da %98, İsrail’de %60, İtalya’da %80 oranında uygulandığı ve ülkemizde göz doktorlarıyla yapılan bir çalışmada ise %78 oranında defansif tıp uygulaması yapıldığı belirtilmiştir. (3-5)

Defansif tıp potansiyel olarak ciddi bir sosyal sorundur. Eğer sorumluluk korkusu sağlık hizmeti sunucularını kayda değer tıbbi faydaları olmayan tedavileri uygulamaya itiyorsa mevcut sorumluluk sistemi malpraktis tazminatlarından çok daha yüksek maliyetler ve verimsizlikler oluşturabilir.(6)

Dünya genelinde artmakta olan defansif tıp uygulamalarının en büyük nedeni malpraktis korkusudur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada katılımcıların %60’a yakınında yüksek malpraktis korkusu olduğu tespit edilmiştir.(7) Bu çalışmada demografik veri formuna eklenen parametreler, malpraktis korkusu ölçeği ve defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği kullanılarak katılımcıların mevcut malpraktis korku seviyeleri, defansif tıp tutumları ve kişisel değişkenler arasındaki ilişkiler tespit edilmeye çalışılacaktır. Bu sayede hekimlerin daha rahat çalışabilmesi, hastaların daha iyi ve kaliteli hizmet alabilmesi, kamu kaynaklarının daha etkili kullanılabilmesi için önerilerde bulunabilmek amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekiminin Tanımı

1923 senesinde F. Peabody tıbbi bilimlerdeki aşırı uzmanlaşmanın hastaların bir bütün halinde ele alınmasına engel olduğunu, bu yüzden hastaların ortada kaldıklarını ve bu bütüncül yaklaşıma sahip bir uzmanlık alanı olması gerektiğini savunmuştur. 1952 yılında İngiltere’de Royal College of General Practitioners ve 1966 yılında American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) kurulmuştur. 1966 yılında Milis ve Willard Raporları’nı yayımlamış ve nihayetinde Amerika Birleşik Devletleri’nde 1969 yılında birincil koruma konusunda, yeni bir uzmanlık dalı olan “Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) oluşturulmuştur. 1974 yılında Hollanda’da yapılan “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında birinci basamak hekimliğinin diğer branşlardan farklı bir uzmanlık dalı olduğu belirtilmiştir. (8)

Leuwenhorst 1974’de, “Genel pratisyen, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, genel pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu kabul eder” olarak tanımlamıştır(9).

World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) tanımı 1991’de “Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir” şeklinde tanımlanmıştır.(9)

Alma-Ata’da 1978 yılında yapılan Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı’nda tüm insanlığın sağlığını korumak ve geliştirmek için acil eylem planı ihtiyacı olduğuna dair bir bildiri yayınlanmıştır. Bu bildiriye “Birinci basamak sağlık hizmeti, evrensel olarak bireyler tarafından erişilebilir olan pratik, bilimsel olarak sağlam, sosyal olarak kabul edilebilir yöntemlere ve teknolojiye dayanan, toplumdaki ailelerin tam katılımı yoluyla, toplumun ve ülkenin kendi öz güven ve özdeyiş ruhu içinde gelişmelerinin her aşamasında sürdürmeyi göze alabilecekleri bir maliyetle sağlanan bir temel sağlık hizmeti” olarak tanımlanmıştır. Birincil sağlık hizmeti, ülkelerin sağlık sisteminin en temel ve ayrılmaz bir parçasıdır. Bu hizmetler insanların çalışma ve yaşam alanlarına en yakın yerlerde konumlandırılmalıdır(10).

Ülkemizde aile hekimi kendisine kayıtlı olan tüm yaş gruplarındaki kişileri bir bütün halinde ele alarak, ekip ruhu ile koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler sunan, onların sağlıklarını geliştiren doktor olarak tanımlanmaktadır. Aile hekiminin verdiği hizmetler diğer uzmanlık alanlarının aksine ev ziyaretlerinden esnek mesailere, gebe-bebek izlemlerinden tüm aşılamalara, kronik hastalık tarama ve izlemlerinden kanser taramalarına, ayrışmamış hastalıklardan akut ve kronik tüm hastalıkların tanı ve tedavileri gibi çok geniş bir yelpazededir(11).

2.2. Malpraktis Tanımı

1992’de, WMA (The World Medical Association) 44. Genel Kurulda modern anlamda malpraktis tanımı yapılmıştır. Genel kurul malpraktisi *“hekimin tedavide standart uygulamayı yapmaması, hastaya tedavi vermemesi veya beceri eksikliği ile oluşan zarar”* olarak tanımlamıştır.(12)

Malpraktis, TTB (Türk Tabipleri Birliği) Hekimlik Mesleği Etik İlkeleri 13. Madde’de *“deneyimsizlik, bilgisizlik ya da ilgisizlik sebebiyle bir kişinin zarar görmesi, doktorluğun kötü uygulanması”* olarak tanımlanmıştır(13).

Yine TTB Disiplin Yönetmeliği’nde *“Meslekte özen eksikliği, bilgi ve beceri yetersizliği, dikkatsizlik gibi kusurlardan dolayı yanlış ya da eksik tanı veya tedavide bulunarak kişiye kalıcı zarar vermek”* olarak tanımlanmıştır(14).

2.3. Malpraktis Türleri

Tıbbi hatalar hastaların tanı ve tedavi süreçlerinin farklı aşamalarında karşımıza çıkmaktadır. Bunlar yanlış ilaç uygulama, yanlış taraf ameliyatı, cerrahi yaralanmalar, hastane enfeksiyonları, yanıklar, düşmeler, hasta sabitlememeye bağlı yaralanmalar veya ölümler, hastanın kimlik tanımlaması hataları gibi birçok değişik durumu içermektedir.(15)

Malpraktis sınıflandırması birçok yazar tarafından farklı ele alınmıştır. En yaygın kullanılan sınıflandırma aşağıda sunulmuştur. Leape ve arkadaşları (1993) malpraktisi tanı hataları, profilaktik hatalar, tedavi hataları ve diğer hatalar olacak şekilde dört grup altında sınıflandırmıştır.(15)

2.3.1. Tanı Hataları

Hastanın teşhis sürecinde tanının geç konulmasına, bir tanının atlanmasına veya yanlış tanıya neden olabilecek tüm başarısızlıklar tanı hatası olarak tanımlanabilir. Bu tanım doğru zamanda tıbbi bakıma ulaşmak, hastanın belirtilerini, bulgularını, laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarını değerlendirmek, zamanında hasta takip etmek, gerekli konsültasyon isteklerini yapmak gibi tanı sürecinde olan tüm faaliyetlerdeki hataları içermektedir (16). Malpraktisin büyük bir kısmının sebebinin tanı hataları olduğu değerlendirilmektedir (17). Ayrıca ABD’de (Amerika Birleşik Devletleri) tıbbi malpraktis davalarının büyük bir kısmını tanı hataları oluşturmaktadır (18).

2.3.2. Tedavi Hataları

Bir tedavinin, işlemin, testin, ilaç veya operasyonun uygulanmasındaki yanlışlıklar tedavi hataları olarak tanımlanabilir. Bir hastanın risk değerlendirmesi yapılmadığı, önlem alınmadığı için yataktan düşmesi veya hastaya uygulanan ilacın yanlış doz, yöntem ya da sürede verilmesi tedavi hatalarına örnek olarak gösterilebilir.

2.3.3. Profilaktik Hatalar

Gerekli koruyucu tedavi ve işlemleri uygulama ve takiplerini sağlama sürecindeki hataları ifade etmektedir.

2.3.4. Diğer Hatalar

Personel, malzeme, iletişim gibi etkenlerden kaynaklanan ve diğer üç sınıflandırmaya girmeyen hataları ifade etmektedir. Özellikle sözel order ile hastaya yanlış görüntüleme yöntemi uygulanması, yanlış ebatta üriner sonda kullanılması örnek gösterilebilir.

2.4. Malpraktis Korkusu

Hekimlerin görevlerini yerine getirirken onlara karşı tıbbi malpraktis davası açılabilme ihtimalinden kaynaklanan korku “*malpraktis korkusu*” olarak tanımlanmaktadır. Bu korkunun kaynağı, yalnızca hekimlerin kendi hatalı uygulama deneyimleri değil, aynı zamanda meslektaşlarının yaşadığı benzer süreçler ve yazılı-görsel medya aracılığıyla bu tür vakaların kamuoyunda daha görünür hale gelmesidir. Özellikle hasta ve hasta yakınlarının tıbbi komplikasyonlar ile malpraktis arasındaki

farkı yeterince ayırt edememesi, bu korkunun yaygınlaşmasına katkıda bulunmaktadır.(19,20).

Malpraktis korkusunun sağlık sistemi üzerine hem iyi hem kötü birçok etkisi olmaktadır. Özellikle malpraktis korkusunu özümsemiş ve hastalarıyla açık ilişki kuran hekimlerde yararlı olabilmektedir. Hekimlerin hastalarının tedavisiyle alakalı belirsiz kalan alanları daha net bir şekilde açıklamaları, daha iyi bir şekilde bilgilendirilmiş onam almalarını sağlayabilmektedir. Ayrıca hekimler malpraktis davası olasılığını azaltmak için hastalarının devam etmekte olan tedavilerini daha titiz bir şekilde takip etmektedirler. MK tanı ve tedavi kararlarında çok daha fazla konsültasyon istenmesine neden olmaktadır. Diğer branşlarla görüş alışverişiyle alınan tanı ve tedavi kararlarının daha iyi sonuçlanma olasılığı artmaktadır. Uygun durumlarda, malpraktis korkusunun daha iyi bir tıbbi eğitime de neden olma ihtimali vardır (19). Hekimlerin malpraktis korkusu nedeniyle daha özenli kayıt tuttukları, tıbbi işlemleri hastalarına daha detaylı bir şekilde anlattıkları görülmüştür. Görece küçük gruplarca sağlık hizmetinin verildiği bölüm ya da kurumlarda ise malpraktis korkusunun yol açtığı yoğun takibin sağlık hizmeti kalitesini arttırma ihtimalinin olduğu tespit edilmiştir (21).

Malpraktis korkusu, sağlık sisteminde hem bireysel hem de ulusal düzeyde bir dizi olumsuz etkiye neden olabilmektedir. Öncelikle, bu korkunun sağlık hizmetlerinin maliyetlerini arttırmada önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Hekimlerin yasal süreçlere maruz kalmamak adına gereksiz tetkikler ve işlemler gerçekleştirdiği, bu durumun hem maliyetleri yükselttiği hem de sağlık kaynaklarının israfına yol açtığı ifade edilmektedir. Bunun yanı sıra, malpraktis korkusunun dolaylı olarak sağlık hizmetlerine ulaşımı olumsuz yönde etkilediği, özellikle yüksek riskli hastaların tedavisinin gecikmesi veya ihmal edilmesiyle sağlık sonuçlarını kötüleştirdiği gözlemlenmiştir. Bu korkunun, hekimlerin yenilikçi tedavi yöntemlerini benimsemekten kaçınmasına neden olduğu ve sağlık hizmetlerindeki yenilenme süreçlerini yavaşlattığı da vurgulanmaktadır. Örneğin, riskli olduğu düşünülen yeni teknolojilerin veya deneysel tedavilerin uygulanmasında çekinceler, sağlık sisteminde ilerlemenin önüne geçebilmektedir. Ayrıca, malpraktis korkusunun sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerindeki etkisi beklenildiği gibi olumlu olmamış, aksine süreçleri gereksiz yere karmaşıktırdığı ve hizmet kalitesini düşürdüğü ifade edilmiştir.(21–23).

Ayrıca malpraktis korkusunun hekimlerde eğitim verme sürecinde davranışlarını kötü yönde etkilediği ve öğrenci ve asistanların eğitimine ayrılması gereken zamanın azalmasına sebep olduğu tespit edilmiştir. Tıp fakültesi öğrencileri eğitimleri esnasında

malpraktis korkusundan etkilendiklerini ve bu süreçte defansif tıbbı yönlendirildiklerini belirtmişlerdir (24). Hatta klinik rehberlerin hazırlanması sırasında malpraktis korkusundan etkilenerek daha savunmacı bir yaklaşımın etkilerinin görülmesinin de mümkün olduğu ifade edilmektedir (25).

Malpraktis korkusunun hastalar ve sağlık sistemi üzerinde olduğu kadar hekimler üzerinde de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Malpraktis iddia süreci, hekimler üzerinde iş ve itibar kaybının yanı sıra, önemli psikolojik etkiler de yaratabilmektedir. (26). Hekimler herhangi bir tıbbi hata yaptıklarında bağlı buldukları idareten ve meslektaşlarından gerekli desteği bulamamakta ve duygusal olarak yıpranmaktadırlar. Bu konuyla ilgili bir çalışmada hekimler malpraktis yaptıkları durumları yıllar sonra bile en ince detayına kadar hatırladıklarını, psikolojik olarak çöküntü yaşadıklarını dile getirmişlerdir (27).

Hasta güvenliğinin artırılarak mükemmel hale getirilebilmesi için gereken faktörlerden bir tanesi de bireylerin ve kurumların hatalarından ders almasıdır. IOM (Institute of Medicine) tarafından tıbbi hataların ivedilikle ve zorunlu olarak raporlanması önerilmesine rağmen (15), malpraktis davası korkusu nedeni ile hekimlerin küçük bir kısmı tıbbi hatalarını meslektaşları, hasta ve hasta yakınlarıyla paylaşmaktadırlar (27). Günümüz tıbbında hataya yer olmadığına dair yanlış bir algı bulunmaktadır. Ayrıca tıbbi hatanın hekimlerce raporlanmamasının nedeninin idarenin ceza vermesi, hasta ve yakınlarının durumu tam olarak anlayamaması olarak değerlendirilmektedir. Bunun sonucunda tıbbi hataların önlenmesi için sistematik bir şekilde çalışma yapılamamakta, aynı hatalar tekrar edilmektedir. Birçok tıbbi hata itibar kaybı veya malpraktis korkusu sebebiyle tartışılmamaktadır (28). Bu durumlarda destek göremeyen hekimlerin defansif bir yaklaşıma yönelmeleri kaçınılmaz olmaktadır (29).

Ancak bu korkunun muhtemelen en istenmeyen etkisi hekimlerin hastalarına yaptıkları uygulamalarda değişiklik yapmalarına sebep olmasıdır.

2.5. Malpraktis Sıklığı

Ulusal Tıp Enstitüsü'nün yayımladığı raporunda; ABD'de bir yılda 44.000 ila 98.000 arasında kişinin tedavi gördüğü esnada önlenemez tıbbi hatalardan dolayı hayatını kaybettiğini tahmin etmekte ve bu ölen kişi sayısının akciğer kanserleri, trafik

kazaları ya da AIDS nedeniyle gerçekleşen ölümlerden daha çok olduğunu belirtmiştir. ABD'deki hastanelerde yatarak tedavi gören 770 bin ile 2 milyon kadar hastanın ilaç tedavisi uygulaması hatası yapıldığı saptanmıştır. İngiltere'de ilaç uygulama hataları nedeniyle 2001'de 1200 kişinin hayatını kaybettiği tahmin edilmekte olup, son yıllarda ilaç uygulama hatalarının 5 kat arttığı kaydedilmiştir (30).

831 hekimin dahil olduğu bir araştırmada, hekimler herhangi bir tıbbi hataya maruz kalan hastaların %6'sında sakatlık, %18'inde ise ölüm bildirmiştir(31). Çalışmaya dahil olan hekimlerden sadece %5 gibi küçük bir kısmı tıbbi hata uygulamalarını en ciddi problemlerden biri olarak görmüştür. Aynı çalışmada hekimlerin büyük bir kısmı, dünya üzerinde bulunan tüm sağlık kurumlarında 5 bin veya daha az ölüm olayında çeşitli nedenlerden önlenemez tıbbi hatalar olabileceği kanaatleri olduğunu bildirmiştir. Hekimlerin %53'ü, hemşirelerin hasta bakımı ve tedavinin uygulanması konusunda yetersiz kaldığını düşünmekte, %50'si ise sağlık çalışanlarının fazla mesaiye bağlı yorgunluklarının tıbbi hata sebepleri arasında olduğunu düşünmektedir.

Amerika'da pediatri uzman ve asistanı 439 hekimin dahil edildiği araştırmada hekimlerin tıbbi uygulama hatası ile ilgili tecrübeleri incelenmiş ve hekimlerin meslektaşlarıyla hata bilgilerini ne derecede paylaştığı ve hasta yakınlarıyla tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili nasıl iletişim kurdukları değerlendirilmiştir. Araştırmada hekimlerin %76'sı tıbbi hataların çok önemli olduğunu vurgulamıştır. Hekimlerin %56'sı ise tıbbi uygulama hatalarının çoğunlukla sistem kaynaklı olduğunu bildirmiştir. Hekimlerin %97'si sadece ciddi hataların malpraktis davalarına konu olabileceğini düşünmekte, hekimlerin %82'lik kısmıysa küçük tıbbi hataların da yetkili mercilere bildirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Katılımcıların %91'i yaptıkları tıbbi hataları kendi meslektaşlarıyla paylaştığını dile getirmiş, hemen hepsi ise oluşan tıbbi hata uygulamasını hasta ve çevresindekiler ile görüşüp bilgilendirdiklerini ifade etmişlerdir (32).

ABD'nin New York eyaletinde hizmet veren 51 hastanede tedavi olan 30 binden fazla hastanın kayıtlarına erişilerek retrospektif olarak yapılan Harvard Tıbbi Uygulama Çalışması'nda %3,7 oranında istenmeyen olay tespit edilmiştir. Bu olayların yarısından fazlasının önlenemez olduğu bulunmuş, %27'sinde de ihmal olduğu belirtilmiştir. Utah ve Colorado eyaletlerini kapsayan başka bir çalışmada bu oran %2,9 olarak bulunmuş ve istenmeyen olayların yine yarıdan fazlasının önlenemez olduğu, istenmeyen olayların diğer çalışmaya çok yakın bir oranında (%29,2) ihmal bulunduğu hesaplanmıştır. Bu

çalışmalar ışığında hazırlanan “To Err is Human: Building a Safer Health System” raporunda ABD’de 1997 senesinde 30 milyonu aşkın hastane yatışı değerlendirildiğinde, önlenabilir tıbbi hatalar nedeniyle Utah çalışmasına göre 44 bin, New York çalışmasına göre 98 bin kişinin hayatını kaybettiği çıkarımı yapılmıştır (15).

ABD’de yapılan başka bir çalışmada ise malpraktis nedeniyle yılda yaklaşık 250 bin hastanın hayatını kaybettiği ve malpraktis nedenli ölümlerin kalp damar hastalıkları ve kanser nedenli ölümlerden sonra üçüncü sırada olduğu ifade edilmiştir (33).

İngiltere’nin Brighton şehrinde 12 uzmanlık alanında 1990-1992 yılları arasında hastaneye başvuran yaklaşık 15 bin hasta araştırmaya dahil edilmiş ve bu hastalarda yapılan tıbbi hatalar yeniden değerlendirildiğinde %21’lik kısmının önlenabilir hatalar olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca tıbbi uygulama hataları diğer ülkelerle kıyaslandığında büyük bir kısmında yasal işlem veya soruşturma yapılmadığı sonucuna varılmıştır (34).

Ülkemizde 236 hekimle yapılan bir çalışmada hekimler tıbbi hata yapmanın en olası nedenlerini az zamanda çok hastayı muayene ve tedavi etme baskısı, uzun ve yorucu mesailer neticesinde tükenmişlik ve yorgunluk olarak belirtmişlerdir. Bununla birlikte hekimler öz eleştiride bulunarak bazılarının genel tıp ve kendi branşlarıyla alakalı bilgi beceri eksikliği ya da yetersizliğinin olmasının da tıbbi uygulama hatasına neden olabileceği görüşünü savunmuşlardır (35).

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde araştırmaya katılan 248 hekimle yapılan araştırmada katılımcıların %10,9’u malpraktis iddiasıyla suçlanmış ve %7,8’inde iddialar davaya dönüşmüştür. Katılımcıların %48,4’ünün bir arkadaşı malpraktis iddiasıyla suçlanmış, %38,6’sında iddialar davaya dönüşmüş ve %11’in malpraktis nedeniyle ceza almıştır (36).

2.6. Defansif Tıp Ve Tanımı

1970’li yıllarda ABD’de malpraktis davaları artarken bu davaların sadece ekonomik etkilerinin olmadığı, aynı zamanda sağlık profesyonellerinin üzerinde oluşan baskı nedeniyle tutum değişikliği olduğu gözlenmiştir. Hukuki bir sorumluluk oluşması riskiyle kendisini korumak için hekimin doğru olduğuna inandığı ve genellikle doğru olarak kabul edilen standart tıbbi uygulamadan sapması DT (Defansif Tıp) olarak tanımlanmıştır(2).

DT dikkatle incelendiğinde; çoğu zaman tıbbi değeri olmamasına rağmen sadece hekimin kendisini güvenceye almak için istediği ek testlerin, konsültasyon ve benzeri

durumların olduğu PDT (Pozitif Defansif Tıp), yine aynı nedenle riskli hastaya ait işlemlerden kaçınmak, başka hekime yönlendirmek gibi durumları içeren NDT (Negatif Defansif Tıp) olmak üzere iki farklı DT türü olduğu tespit edilmiştir(37).

2.6.1. Pozitif Defansif Tıp

Bir güvence davranışı olan PDT hekimin standart tıbbi işleyişleri genişletmesi ve bunu çoğunlukla hastanın yararından ziyade kendisini korumak için yapması olarak tanımlanmaktadır. Malpraktis endişesi, hasta veya refakatçilerince şikayet ya da sözel-fiziksel saldırı tehlikesi hekimleri güvence davranışına teşvik etmektedir.

Gerekli olmayan tahlillerin yaptırılması, görüntüleme yöntemlerinin kullanılması, konsültasyonların istenmesi, ilaçların reçete edilmesi, invaziv girişimlerin yapılması, hasta yatışının yapılmasının yanı sıra hastaya ilişkin notların çok detaylı tutulması, çok sık hasta başı ziyareti yapılması, onam formlarına aşırı özen gösterme, hasta ve yanındakilerin bilgilendirilmesi ve memnuniyetine aşırı özen göstermek PDT uygulamaları arasında sayılmaktadır.(37)

PDT daha detaylı ve iyi bir bakıma sebep oluyor gibi görünse aslında hekimin birincil motivasyonu tıbbi yarardan çok malpraktis korkusudur(38)

2.6.2. Negatif Defansif Tıp

Bir kaçınma davranışı olan NDT hastaya gereğinden fazla işlem yapılan PDT uygulamalarının aksine malpraktis korkusu kaynaklı tanı ve tedaviden kaçış olarak tanımlanmaktadır.

Hekim tarafından riskli olarak değerlendirilen hastalardan, görüntüleme tekniklerinden, tedavi yöntemlerinden, cerrahi girişimlerinden kaçınarak, hastanın ve yakınlarının gözünü korkutma yoluyla ya da diğerk bir meslektaşını överek onları başka hekim ya da hastaneye sevk etmek NDT uygulamalarına örnek olarak gösterilebilmektedir(37).

2.7. Defansif Tıp Uygulamalarının Sebepleri

2.7.1. Hekim ile Hastanın İletişimi

Hekim ile hastasının tamamen güvene dayalı bir ilişkisi vardır. Bu ilişki geleneksel ve yenilikçi olarak iki farklı şekilde karşımıza çıkmaktadır. Geleneksel yaklaşım “klinik model” üzerine inşa edilmiştir. Bu yaklaşımda hekim karar vericidir, hasta hekimin kararları neticesinde fiziksel ve ruhsal bir iyilik haline kavuşmayı

ummaktadır. Yenilikçi yaklaşım ise “ilişkisel model” üzerine kurulmuştur. Bu yaklaşımda hasta hekimin her söylediğini kabul eden pasif rolünden arınıp, hekimin kendisini detaylıca bilgilendirdiği ve tanı ve tedavi sürecindeki kararları birlikte verdikleri aktif bir rol almaktadır. Yapılan araştırmalarda modern tıbbın gelişmesiyle beraber hastaların hekimlerinden beklentilerinin de arttığı, aldıkları hizmetten daha az memnun oldukları, bu durumun doktor-hasta ilişkisini negatif yönde etkilediği ve şikâyetlerin arttığı gözlenmiştir. Bu da hekimlerde artan DT uygulaması olarak önümüze gelmektedir(39,40).

2.7.2. Malpraktis Davaları

2019 yılında yayımlanan Resmi Gazete'nin Hasta Hakları Yönetmeliği'ndeki 45.maddeyle “Kamu kurum ve kuruluşlarında görevli personelin, hasta haklarını ihlal eden fiil ve halleri, şikayet halinde veya idarece kendiliğinden tespit edildiğinde, hadisenin takibi, soruşturulması ve gerekir ise müeyyideye bağlanması için doğrudan valiliklerce veyahut Bakanlık veya personelin görevli olduğu kurumlar tarafından müfettiş veya muhakkik görevlendirilir” şeklinde hastanın her türlü şikayet hakkının olduğu yasal olarak belirtilmiştir(41). Gerçekten bir ihmal durumuyla karşılaşan hasta için bu kanun maddesi çok önemlidir. Ancak günümüz dünyasında artmakta olan malpraktis davalarının hekimler üzerinde bıraktığı olumsuz etki de çok önemlidir. Birçok araştırmada ihmal davalarına maruz kalan hekimlerin psikolojilerinin bozulduğu, küçük bir grup olsa da bazılarında intihar düşüncelerine sebebiyet verdiği tespit edilmiştir. Bunların neticesinde hekimlerin DT tutumu geliştirmesi şaşırtıcı değildir(42–44).

2.7.3. Hekimlik Tecrübesinin Az Olması

Yapılan çalışmalarda meslekte daha yeni olan hekimlerin malpraktis davasıyla karşılaşmamış olmalarına rağmen DT tutumlarına daha sık başvurdukları, mesleğin ilerleyen senelerinde bu tutumun azalma eğiliminde olduğu, hastaların aldıkları hizmetlerde bu tutumlardan olumsuz yönde etkilendikleri ortaya konulmuştur. (45,46)

2.7.4. Yazılı, Görsel ve Sosyal Medyanın Etkisi

Günümüz dünyasında görsel medyanın yanı sıra internet ve sosyal medya kullanımı giderek artmaktadır. Medyada sağlık ile ilgili olumsuz örnekler insanlar tarafından dikkatle takip edilmektedir. Bu haberler sunulurken sağlık çalışanının adının görünmesinde, kesinleşmemiş isnat edilen suçların kesinmiş gibi gösterilmesinde ya da abartılmasında hiçbir engel bulunmamaktadır. Ayrıca malpraktisle ilgili artan haberler, paylaşımlar neticesinde aslında hastalığın doğal bir sonlanım noktası olan ölüm halkın gözünde önlenabilir bir durum haline gelmiştir. Bu tür haber ve paylaşımların artması hekimler arasında DT uygulamalarını arttırmaktadır.(47,48)

2.7.5. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet

Ülkemizde ve dünyada sağlık alanında hasta veya etrafında bulunan kişiler tarafından hekim ve diğer çalışanlara yönelik sözel, fiziksel ve cinsel saldırılar raporlanmaktadır. Araştırmalarda sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının en az bir kez bir şiddet türüyle karşılaştığı görülmektedir. Ülkemizde oluşan bir şiddet vakasını bildiren yardım alabilmek için “beyaz kod” uygulaması bulunmaktadır. Bu bildirim sistemiyle herhangi bir şiddete maruz kalan personel işyerinde bulunan telefondan 1111 numarasını tuşlayarak ya da aile sağlığı merkezlerinde 113’ü arayarak anında yardım alabilmektedir. Bu uygulamanın verileri incelendiğinde şiddet içeren eylemlerin yıllar içerisinde artma eğiliminde olduğu gözlenmektedir. Bu tür eylemler neticesinde doğal olarak güvence ve kaçınma davranışı olan DT uygulamaları artmaktadır. İlginç bir şekilde hekimlerin şiddet görmemek uyguladığı DT uygulamalarının kendisi de bir şiddet nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir(49–52).

2.7.6. Artan İş Yükü

İş yükü fiziksel ve zihinsel olarak iki farklı türde karşımıza çıkmaktadır. Aile hekimliği pratiğinde daha çok zihinsel iş yükü karşımıza çıkmaktadır. Zihinsel iş yükü, hesaplama, karar alma, iletişim kurma, hatırlama, araştırma ve bilgi arama gibi zihinsel ve algısal faaliyetlerin sebep olduğu bir yük olarak tanımlanabilir. Genel kanaat, zihinsel iş yükünün, yapılması gereken iş için gereken kaynaklar ile eldeki kaynaklar arasındaki farkla doğru orantılı olduğudur. Modern tıbbın gelişmesi ve sağlıkta ulaşılabilirliğin artmasıyla beraber ülkemizde hasta başına düşen muayene süreleri beş

dakikanın altına inmektedir. Sağlık sunucuları tarafından her gün yeni bir performans ve kalite kriteri tanımlanmakta ve hekimlerin bu kriterleri yerine getirmesi beklenmektedir. Azalan süre, beklenen kriterler ve hasta ve çevresindekilerin istekleri beraberinde artan iş yükü tüm sağlık profesyonellerini olumsuz etkilemektedir(52)(56–58).

2.7.7.Şikayet Edilebilme Korkusu

Hasta hakları ile ilgili ilk kuralın tarihi Mısır'daki Hammurabi Kanunları'na dayanmaktadır. Türkiye'de bu konuda 1998 yılında ilk yönetmelik yayımlanmıştır. 2003 yılında ülkemizde hayata geçen "Sağlıkta Dönüşüm Reformu" ile kuruluşlara yapılan başvurular çok artmıştır. Bunun sonucunda hastaların istek ve şikâyetlerini dinlemek üzere 2004 yılında SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) kurulmuş, hastaların sadece 184'ü arayarak bakanlığa ulaşmalarının önü açılmıştır. Sistemin hizmete girdiği 2004 yılından sonraki 15 yılda toplam 25 milyon kişiye hizmet verdiği bilgisi sağlık bakanlığı tarafından paylaşılmıştır. Yine aynı paylaşımında yapılan başvuruların %21'inin şikâyet amaçlı olduğu görülmektedir.(55)

İstanbul'da 209 aile hekimiyle yapılan bir çalışmada daha önce şikayet edilmemiş doktorların şikayet edilenler göre daha düşük DT puanları olduğu gözlenmiş. Daha çok mesleğinin ilk yıllarında olan doktorların şikayetle karşılaştığı ve grubun DT tutum puanlarının eski hekimlere kıyasla daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

2.8. Defansif Tıp Uygulamalarının Sıklığı

DT uygulamalarının dünyadaki yaygınlığıyla ilgili çalışmalara incelendiğinde; İngiltere'de 2000 yılındaki çalışmada %90, İtalya'da 2009'daki bir araştırmada %77,9, İran'da 2014'te %99,8, Çin'de 2018'de %62,9 oranında olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde ülkemizdeki araştırmalar incelendiğinde %78,4, %78,8, %61,8 gibi oranlarda DT uygulamaları ile karşılaşılmıştır(56).

İsrail'de iç hastalıkları, pediatri, genel cerrahi, aile hekimliği, kadın doğum, ortopedi cerrahisi, kardiyoloji ve beyin cerrahisi uzmanlarından oluşan 889 hekimin katıldığı çalışmada; katılımcıların %60'ı DT uyguladığını belirtmiş, %40'ı her hastayı potansiyel bir malpraktis davası riski olarak gördüğünü söylemiş, %86'sı ülkelerinde

artan malpraktis davalarının hastaların vermek istedikleri en iyi tedaviyi engellediğini belirtmişlerdir(56).

2020 yılında İzmir ve çevre illerde görev yapan acil asistanı 153 hekimin DT tutumlarını değerlendirilmek için yapılan araştırmada, katılan doktorların tamamının DT uyguladıkları ve malpraktis davasından çekindikleri görülmüştür(57).

2016 yılında Konya merkezdeki 4 hastanede çalışan toplam 173 hekimle yapılan çalışmada; katılımcıların %93,6'sının DT uyguladıkları tespit edilmiştir.(58)

2019'da, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde, tamamı cerrahi branş doktorlarından 190 katılımcı ile yapılan çalışmada, katılımcıların %94,2'sinin en az bir PDT veya NDT uygulaması yaptığı tespit edilmiştir (59).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri Ve Süresi

Kesitsel ve tanımlayıcı özellikte olan bu çalışma Çorum'daki ASM'lerde (Aile Sağlığı Merkezi) ve 01.07.2024-30.09.2024 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Çorum'da sözleşmeli aile hekimi olarak aktif çalışmakta olan 186 doktor araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğü hesabı yapılmadan sözleşmeli aile hekimlerinin tamamına ulaşılması planlanmıştır.

3.3. İzinler

Araştırmaya başlayabilmek için Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırmalar Etik kurulundan 05.06.2024 tarih ve 2024-28 sayılı, Çorum İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma Ön İzin komisyonundan 28.06.2024 tarih ve E-85322798-799-247300263 sayılı onayları alınmıştır.

3.4. İşlem

Çalışma örneklemine ilgili tarihlerde doğum izninde veya ücretsiz izinde olan aile hekimleri dahil edilmemiştir. Çalışmanın başka bir dışlama ölçütü bulunmamaktadır.

Bu çalışmanın yapılabilmesi için gmail üzerinde yeni e-posta adresi alınmıştır. Bu adres ile google forms üzerinden veri toplama araçlarının içinde olduğu bir anket oluşturulmuş, bir katılımcının birden fazla kez cevaplamasının önüne geçmek için 186 ayrı bağlantı adresi tanımlanmıştır. İl sağlık müdürlüğünden aile hekimlerinin isim ve iletişim bilgileri alınmıştır. Hekimlerin her biri ile rastgele bir şekilde, hangi hekime hangi bağlantının gönderildiğinin kaydı tutulmadan ve dijital yollarla çalışmaya katılım

bağlantı adresleri paylaşılmıştır. Tamamlanması yaklaşık 5 dakika süren çalışmanın paylaşılan bağlantı adreslerinde katılımcıların özellikle defansif tıp tutumları ile ilgili verecekleri cevaplarda samimi davranabilmeleri için kimlik bilgileri istenmemiştir. Katılımcılara 15 gün ara ile 3 kez çalışmaya katılmalarını hatırlatan, katıldılarsa dikkate almamalarını bildiren mesaj paylaşılmıştır. Google forms kullanılarak hekimlere ulaştırılan veri toplama araçlarının ilk adımı bilgilendirilmiş onamdır ve onam vermeyenler çalışmaya devam edememişlerdir.

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

3.5.1.Sosyo-Demografik Veri Formu

Bu çalışmada katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanan yaş, cinsiyet, meslekteki yıl, kendisi veya yakınının malpraktis davası konusu ve çalışılan aile sağlığı merkezinin teknik verilerini de içeren 17 soru yöneltildi.

3.5.2.Malpraktis Korkusu Ölçeği

Katz ve arkadaşları tarafından 2005 yılında acil servis hekimlerinin malpraktis korkularını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan bu ölçek 5'li likert tipi 6 sorudan oluşmaktadır. (1) hiç katılmıyorum, (5) tamamen katılıyorum arasında bir cetvelde değerlendirilmektedir. Toplam 30 puan üzerinden değerlendirilen ölçekte 15 ve altında puan düşük korku düzeyini, 16-19 arası orta düzeyi, 20 puan ve üzeri yüksek korku düzeyini göstermektedir. Uğrak ve arkadaşları tarafından 2020 yılında türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,860 olarak bulunmuştur (60,61).

3.5.3.Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği

Hekimlerin DT tutumlarını değerlendirmek için 2014 yılında Başer ve arkadaşları tarafından hazırlanan bu ölçek 5'li likert tipi 18 sorudan oluşmaktadır. (1) hiç katılmıyorum, (5) tamamen katılıyorum arasında skalada değerlendirilmektedir. Cronbach Alpha değeri 0,853 olan ölçeğin ilk 9 soru PDT tutumu değerlendirmesiyle,

10.-14.sorular NDT tutumu değerlendirmesiyle, son dört soru ise DT tutumu ile alakalı bilgi düzeyini ölçen sorulardır(62).

3.6. Verilerin Analizi

Tanımlayıcı istatistikler niceliksel değişkenler için ortalama (Ort), standart sapma (SS), ortanca, eyreklikler arası dağılım aralığı (Q1 – Q3), minimum ve maksimum (min – maks) ile sunulmuştur. Niteliksel değişkenler sıklık ve yüzde ile sunulmuştur. Normal dağılım varsayımı Shapiro-Wilk testi ile, varyansların homojenliği Levene test ile incelenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalar bağımsız gruplarda T-testi, Mann-Whitney U testi, Tek yönlü Varyans Analizi (Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar) ve Kruskal Wallis H testi (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner düzeltmeli ikili karşılaştırmalar) ile yapılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman Sıra Korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Etki büyüklükleri Cohen d (büyük etki, $d \geq 0,80$) (Cohen 1988), Rank Biserial korelasyon katsayısı (fark yok, $r_{rb} = 0$; ilk grup ikinci gruptan daha büyük, $r_{rb} > 0$; ikinci grup ilk gruptan daha büyük, $r_{rb} < 0$) (Glass 1965), Eta-kare (büyük etki, $\eta^2 \geq 0,14$) (Cohen 1988) ve Spearman korelasyon katsayısı (zayıf, $\rho \leq 0,29$; orta, $0,30 \leq \rho \leq 0,39$; güçlü, $\rho \geq 0,40$) (Dancey and Reidy 2004) ile raporlanmıştır. Ölçek puanları olan Malpraktis Korkusu, Pozitif Defansif Tıp, Negatif Defansif Tıp ve Bilgi Düzeyi oklu doğrusal regresyon ile modellenmiştir. Grup karşılaştırmalarında veya korelasyon katsayısı istatistiksel olarak anlamlı olan değişkenler modele alınmıştır. Malpraktis Korkusu puanı için logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. Dağılımı sağa çarpık hale getirilmek amacıyla maksimum puan olan 30'a bir eklenerek ve bu değerden Malpraktis Korkusu puanı çıkarılarak $\ln(31 - \text{Malpraktis puanı})$ dönüşümü yapılmıştır. Standartlaştırılmış artıkların kuantil-kuantil (Q-Q) grafiği ile çoklu doğrusal regresyonların model uyumunun yeterliliği değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak alınmıştır. İstatistiksel analizler açık kaynak kodlu Jamovi (2024) ve JASP v0.16.3.0 (JASP Team 2022) yazılımları ile yapılmıştır.

4. BULGULAR

Katılımcı Özellikleri

Çalışma kapsamında belirlenen tarihler arasında 186 aile hekimi araştırmaya davet edildi. Çalışmanın planlandığı 3 aylık süre içerisinde ücretsiz izinde ya da doğum izninde olan aile hekimi olmadığından hiçbir katılımcı dışlanmadı. Davet edilen katılımcılardan 18 tanesi kendi istekleri ile çalışmaya katılmadılar. Sonuç olarak çalışma 168 aile hekiminin katılımıyla tamamlanmıştır. Bu durumda çalışma örneklemini evrenin %90,3'ünü kapsamaktadır.

Hekimlerin sosyo-demografik ve çalışma durumuna ilişkin özellikler Tablo 1 ile sunulmuştur. Çalışmaya katılan 168 hekimin %72'si 40 yaş ve üzerindedir. Hekimlerin %71'i erkek ve %80,4'ü pratisyen aile hekimidir.(Tablo 1).

Tablo1. Hekimlerin sosyo-demografik ve çalışma durumu özellikleri

Sosyo-demografik özellikler		n	%
Yaş	25-29	11	6,55
	30-34	17	10,12
	35-39	19	11,31
	40-44	29	17,26
	45-49	32	19,05
	50-54	38	22,62
	55-59	17	10,12
	60-64	2	1,19
	65-69	3	1,79
Cinsiyet	Erkek	119	70,83
	Kadın	49	29,17
Eğitim durumu	Pratisyen aile hekimi	135	80,36
	SAHU asistanı	16	9,52
	Uzman aile hekimi	17	10,12
		n	%
Hekimlik süresi	1-4 yıl	16	9,52
	5-9 yıl	21	12,50
	10-14 yıl	16	9,52
	15-19 yıl	34	20,24
	20-24 yıl	32	19,05

	25-29 yıl	29	17,26
	30-34 yıl	17	10,12
	35-39 yıl	1	0,60
	40-44 yıl	2	1,19
AH olarak geçirilen süre	<8 yıl	41	24,41
	>8 yıl	127	75,59
AH yapılan bölge	Entegre birim	9	5,36
	İl merkezi	90	53,57
	İlçe merkezi	47	27,98
	Köy	22	13,10
Son ASM'de çalışma süresi	0-4 yıl	55	32,74
	5-9 yıl	54	32,14
	10-14 yıl	18	10,71
	≥15 yıl	41	24,40
Kesin kayıtlı hasta sayısı	1 - 1000	3	1,79
	1000 - 1499	20	11,90
	1500 - 1999	15	8,93
	2000 - 2499	19	11,31
	2500 - 2999	32	19,05
	3000 - 3499	44	26,19
	3500 - 4000	35	20,83
Günlük ortalama muayene sayısı	1-20	4	2,38
	21-39	20	11,90
	40-59	43	25,60
	60-79	49	29,17
	80-99	42	25,00
	≥100	10	5,95
HYP yapma durum	Hayır	43	25,60
	Evet	125	74,40
Son 3 ayda yapılmış ortalama HYP katsayısı	1,0 – 1,19	38	30,40
	1,2 – 1,39	54	43,20
	≥1,40	33	26,40
Laboratuvar hizmetine ulaşabilme durumu	Her gün	144	85,71
	Haftanın belirli günleri	24	14,29
ASM yakınında 2. veya 3. basamak sağlık kuruluş	Yok	56	33,33
	Var	112	66,67

Çalışmada yer alan hekimlerin Malpraktis ve Defansif Tıp ile ilgili deneyimleri Tablo 2 ile sunulmuştur.

Tablo 2. Hekimlerin Malpraktis ve Defansif Tıp ile ilgili deneyimleri

Deneyim		n	%
Yakın çevresindeki birinin Malpraktis davası olma durumu	Yok	126	75,00
	Devam eden idarede soruşturması var	10	5,95
	Devam eden mahkeme dosyası var	23	13,69
	Ceza almadı	5	2,98
	Ceza aldı	4	2,38
Kendisine karşı Malpraktis ya da Defansif Tıp uygulaması nedeniyle davası olma durumu	Yok	158	94,05
	Devam eden mahkeme dosyası var	2	1,19
	Devam eden idarede soruşturması var	2	1,19
	Ceza almadı	5	2,98
	Ceza aldı	1	0,60
Kendisine karşı Malpraktis konulu Cimer, Sabim ve idareye yapılmış şikâyet durumu	Yok	113	67,26
	Var	55	32,74
Kendisine karşı fiziksel saldırı olma durumu	Yok	130	77,38
	Var	38	22,62
Kendisine karşı sözlü saldırı olma durumu	Yok	14	8,33
	Var	154	91,67

Malpraktis Korkusu, Defansif Tıp ve Bilgi Düzeyi

Çalışmada yer alan hekimlerin malpraktis korkusu, defansif tıp tutum ve bilgi düzeyleri Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Malpraktis Korkusu, Defansif Tıp ve BD puanları

Puan	n (%)	Ortanca (Q1-Q3)	Ort. (SS)	Min. – Maks.
Malpraktis Korkusu	-	25 (21 – 28)	23,99 (5,16)	6 – 30
Düşük	9 (5,36)	11 (10 – 14)	11,11 (3,26)	6 – 15
Orta	24(14,29)	18 (17 – 18)	17,83 (0,87)	16 – 19
Yüksek	135 (80,36)	26 (23 – 29)	25,95 (3,27)	20 - 30
PDT	-	31 (26 – 35)	30,32 (6,98)	10 – 45
NDT	-	20 (16 – 23)	18,74 (4,87)	5 – 25
BD	-	14 (10 – 15)	12,88 (3,10)	4 – 20

Gözlem sayısı n=168. Kısaltmalar: PDT: Pozitif Defansif Tıp, NDT: Negatif Defansif Tıp, BD: Bilgi Düzeyi

Ölçek puanlarının ve bazı değişkenlerin korelasyon ilişkisi Tablo 4 ile sunulmuştur. Malpraktis korkusu puanı arttıkça PDT puanı ($\rho=0,61$; $p<0,001$), NDT puanı ($\rho=0,59$; $p<0,001$) ve BD puanı ($\rho=0,33$; $p<0,001$) artmaktadır. Hekimlerin yaşı ($\rho=-0,18$; $p=0,022$), aile hekimliği süresi ($\rho=-0,18$; $p=0,020$) ve son çalıştığı ASM'deki çalışma süresi ($\rho=-0,27$; $p<0,001$) arttıkça malpraktis korkusu azalmaktadır (Tablo 4).

PDT puanındaki artışın, NDT ($\rho=0,64$; $p<0,001$) ve BD ($\rho=0,15$; $p=0,049$) puanlarındaki artış ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

Hekimlerin yaşı ($\rho=-0,19$; $p=0,014$), aile hekimliği süresi ($\rho=-0,20$; $p=0,011$), son çalıştığı ASM'deki çalışma süresi ($\rho=-0,29$; $p<0,001$) ve muayene edilen hasta sayısı ($\rho=-0,21$; $p=0,006$) arttıkça PDT puanı azalmaktadır (Tablo 4).

NDT puanındaki artış ile BD puanındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($\rho=0,29$; $p<0,001$). NDT puanı ile hekimin yaşı, aile hekimliği süresi, son çalıştığı ASM'deki çalışma süresi, muayene ettikleri hasta sayısı ve günlük ortalama muayene sayısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$)(Tablo 4).

BD puanı ile hekimin yaşı, hekimlik süresi, son çalıştığı ASM'deki çalışma süresi ve günlük ortalama muayene sayısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$)(Tablo 4).

Hekimin yaşı ile hekimlik süresi ($\rho=0,92$; $p<0,001$), son çalıştığı ASM'deki çalışma süresi ($\rho=0,70$; $p<0,001$), muayene ettiği hasta sayısı ($\rho=0,39$; $p<0,001$) ve klinik günlük ortalama hasta sayısı ($\rho=0,31$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Ölçek puanlarının ilişkisi										
		MK puanı	MK düzeyi	PDT puanı	NDT puanı	BD puanı	Yaş	Hekimlik süresi	Çalışma süresi ^a	Hasta sayısı ^b
MK düzeyi	rho	0,694 **								
	p	<0,001								
PDT puanı	rho	0,609 **	0,491* *							
	p	<0,001	<0,001							
NDT puanı	rho	0,590 **	0,368* *	0,634* *						
	p	<0,001	<0,001	<0,001						
BD puanı	rho	0,330 **	0,152*	0,298* *	0,292* *					
	p	<0,001	0,049	<0,001	<0,001					
Yaş	rho	- 0,176 *	- 0,164*	- 0,189*	-0,115	-0,114				
	p	0,022	0,033	0,014	0,138	0,142				
AH Süresi	rho	- 0,179 *	- 0,208* *	- 0,195*	-0,065	-0,046	0,917* *			
	p	0,020	0,007	0,011	0,401	0,551	<0,001			
Son Asmde Çalışma süresi ^a	rho	- 0,268 **	- 0,199* *	- 0,290* *	-0,146	-0,068	0,700* *	0,693**		
	p	<0,001	0,010	<0,001	0,059	0,382	<0,001	<0,001		
Hasta sayısı ^b	rho	- 0,117	-0,119	0,213* *	-0,038	0,172 *	0,392* *	0,413**	0,449* *	
	p	0,131	0,124	0,006	0,623	0,026	<0,001	<0,001	<0,001	

Muayene sayısı ^c	rho	0,021	-0.025	-0.052	0.029	-0.050	0.310*	0.292*	0.658*
	p	0,792	0.753	0.502	0.706	0.521	*	0.332**	*
							<0.001	<0.001	<0.001

^bKesin kayıtlı hasta sayısı. ^c Klinikte günlük ortalama muayene sayısı. Kısaltmalar: MK, Malpraktis Korkusu; PDT, PDT; NDT, NDT; BD, BD. Spearman korelasyon katsayısı çift-yönlü istatistiksel anlamlılığı *0.05 ve **0.01 düzeyindedir (n=168).

Malpraktis Korkusu

Hekimlerin sosyo-demografik, çalışma durumu, malpraktis ve defansif tıp ile ilgili deneyimlerine göre Malpraktis Korkusu puanı tanımlayıcı istatistikleri Tablo 5 ile sunulmuştur.

Değişken	Malpraktis Korkusu puanı		
		Ort (SS)	Min-Maks
Yaş	25-34	25,64(3,92)	18-30
	35-44	24,60(4,49)	15-30
	45-54	23,51(5,52)	7-30
	≥55	22,09(6,16)	6-28
Cinsiyet	Erkek	24,02(5,47)	6-30
	Kadın	23,94(4,38)	15-30
Eğitim durumu	Pratisyen AH	23,70(5,29)	6-30
	SAHU asistanı	26,56(3,18)	20-30
	Uzman AH	23,94(5,14)	15-30
AH olarak geçirilen süre	<8 yıl	25,88(4,27)	14-30
	>8 yıl	23,35(5,28)	6-30
AH yapılan bölge	İl merkezi	23,88(5,58)	6-30
	Diğer	24,13(4,67)	11-30
Son ASM'de çalışma süresi	0-4 yıl	25,13(4,92)	7-30
	5-9 yıl	25,11(4,42)	14-30
	≥10 yıl	21,92(5,43)	6-30
Kesin kayıtlı hasta sayısı	1 - 1499	24,57(5,49)	7-30
	1500 - 2499	25,09(4,22)	17-30
	2500 - 2999	24,06(4,96)	14-30
	3000 - 3499	23,64(5,10)	6-30

	3500 - 4000	22,94(6,00)	10-30
Günlük ortalama muayene sayısı	1-39	24,46 (3,8)	18-30
	40-59	24,16(4,92)	12-30
	60-79	23,35(5,68)	6-30
	≥80	24,25(5,46)	10-30
HYP yapma	Hayır	23,42(5,54)	10-30
	Evet	24,19(5,03)	6-30
Laboratuvar hizmetine ulaşabilme	Her gün	23,38(5,87)	7-30
	Haftanın belirli günleri	24,10(5,05)	6-30
ASM yakınında 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşu	Yok	24,73(4,88)	10-30
	Var	23,63(5,28)	6-30
Yakın çevresindeki birinin Malpraktis davası	Yok	23,29(5,36)	6-30
	Var	26,12(3,85)	16-30
Kendisine karşı Malpraktis/Defansif Tıp uygulaması nedeniyle davası	Yok	23,85(5,21)	6-30
	Var	26,30(3,83)	19-30
Kendisine karşı Malpraktis konulu şikâyet	Yok	23,18(5,18)	6-30
	Var	25,67(4,75)	7-30
Kendisine karşı fiziksel saldırı	Yok	23,93(5,10)	6-30
	Var	24,21(5,42)	7-30
Kendisine karşı sözlü saldırı	Yok	19,79(5,03)	10-30
	Var	24,38(5,02)	6-30

Hekimlerin özellikleri ile malpraktis korkusu arasındaki ilişki Tablo 6 ile sunulmuştur. Malpraktis korkusu AH olarak çalışma süresi 8 yıldan az olanların, 8 yıldan fazla olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($U=1799$; $p=0,003$; $r_{rb}=0,31$). Şu anda bulunulan ASM'de çalışma süresine göre malpraktis korkusundaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=15,3$; $p<0,001$). Malpraktis korkusunun çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan hekimlerde, 0 – 4 yıl ($W=-4,872$; $p=0,002$) ve 5 – 9 yıl ($W=-4,607$; $p=0,003$) olan hekimlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Şu anda bulunulan ASM'de çalışma süresi 0 – 4 yıl ve 5 – 9 yıl olan hekimler arasında Malpraktis Korkusu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($W=-0,307$; $p=0,974$).

Malpraktis korkusunun, yakın çevresinde malpraktis dava deneyimi olanlarda (U=1801; p=0,002; r_{rb} =0,32), kendisine karşı şikâyet (U=2152; p=0,001; r_{rb} =0,31) veya sözlü saldırı (U=532; p=0,002; r_{rb} =0,51) yapılmış hekimlerde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Malpraktis korkusunun cinsiyet, eğitim durumu, AH yapılan bölge, kesin kayıtlı hasta sayısı, günlük ortalama muayene sayısı, HYP yapma durumu, laboratuvar hizmetine ulaşabilme durumu, ASM yakınında 2. veya 3. basamak kuruluş olma durumu, kendisine karşı malpraktis veya defansif tıp uygulaması nedeniyle davası olma durumu ve kendisine karşı fiziksel saldırı olma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 6).

Tablo 6. Malpraktis Korkusunun hekim özellikleri ve deneyimleri ile ilişkisi				
Değişken		n	Malpraktis puanı	Test istatistiği; p
Cinsiyet	Erkek	119	25(20-29)	U=2734; p=0.526 ^b
	Kadın	49	24(21-28)	
Eğitim durumu	Pratisyen AH	135	24(20-28)	$\chi^2=4.04$; p=0.133 ^a
	SAHU asistanı	16	28(24-29)	
	Uzman AH	17	24(21-29)	
Hekimlik süresi	1-9 yıl	37	25(21-29)	$\chi^2=4.68$; p=0.196 ^a
	10-19 yıl	50	26(22-29)	
	20-29 yıl	61	24(19-28)	
	≥30 yıl	20	23(19-27)	
AH olarak geçirilen süre	<8 yıl	41	27(24-30)	U=1799; p=0.003*
	>8 yıl	127	24(20-28)	
AH yapılan bölge	İl merkezi	90	25(20-28)	U=3466; p=0.888 ^b
	Diğer	78	25(21-28)	
Son ASM'de çalışma süresi	0-4 yıl	55	26(23-30)	$\chi^2=15.3$; p<0.001 ^{a*}
	5-9 yıl	54	26(22-29)	
	≥10 yıl	59	23(18-26)	
Kesin kayıtlı hasta sayısı	1 - 1499	23	25(23-29)	$\chi^2=2.64$; p=0.620 ^a
	1500 - 2499	34	26(22-29)	
	2500 - 2999	32	25(21-28)	
	3000 - 3499	44	24(20-28)	

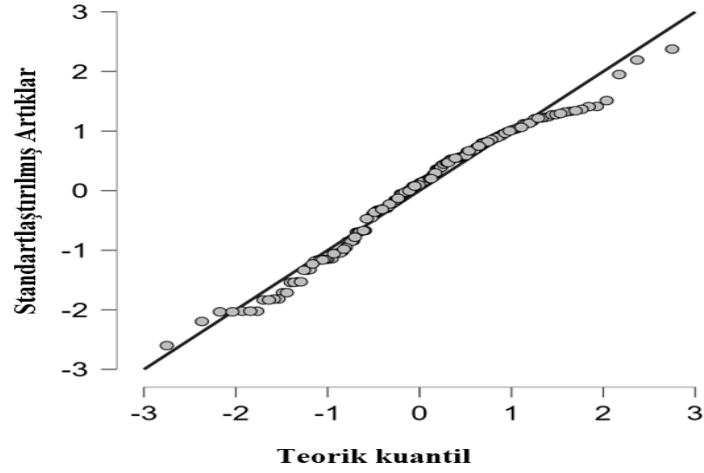
	3500 - 4000	35	24(20-28)	
Günlük ortalama muayene sayısı	1-39	24	25(21-28)	$\chi^2=0.96$; p=0.811 ^a
	40-59	43	26(20-28)	
	60-79	49	24(20-28)	
	≥80	52	25(21-30)	
HYP yapma durum	Hayır	43	24(20-27)	U=2514; p=0.528; $r_{rb}=0.07^b$
	Evet	125	25(21-29)	
Laboratuvar hizmetine ulaşabilme durumu	Her gün	144	26(20-28)	U=1634; p=0.670 ^b
	Haftanın belirli günleri	24	25(21-29)	
ASM yakınında 2. veya 3. basamak sağlık kuruluş olma durumu	Yok	56	26(22-29)	U=2744; p=0.186 ^b
	Var	112	24(20-28)	
Yakın çevresindeki birinin Malpraktis davası olma durumu	Yok	126	24(20-28)	U=1801; p=0.002^{b*}
	Var	42	27(24-30)	
Kendisine karşı Malpraktis/Defansif Tıp uygulaması nedeniyle davası olma durumu	Yok	158	24(20-28)	U=568; p=0.135 ^b
	Var	10	27(25-30)	
Kendisine karşı Malpraktis konulu şikâyet durumu	Yok	113	24(20-28)	U=2152; p=0.001^{b*}
	Var	55	27(23-30)	
Kendisine karşı fiziksel saldırı olma durumu	Yok	130	24(21-28)	U=2430; p=0.621 ^b
	Var	38	26(21-28)	
Kendisine karşı sözlü saldırı olma durumu	Yok	14	20(18-23)	U=532; p=0.002^{b*}
	Var	154	25(21-29)	
Malpraktis puanı Ortanca (Q1-Q3) istatistiği ile raporlanmıştır. ^a Kruskal-Wallis H testi, ^b Mann-Whitney U testi. [*] İstatistiksel anlamlılık çift yönlü p<0.01.				

Malpraktis korkusunu etkileyen faktörler Tablo 7 ile sunulmuştur. Malpraktis Korkusu puanındaki değişim cinsiyet, şu an bulunulan ASM’de çalışma süresi, AH olarak çalışma süresi, yakın çevresinde birinin malpraktis dava deneyimi olma durumu, kendisine karşı şikâyet veya sözlü saldırı olma durumları ile incelenmiştir (Düzeltilmiş $R^2= 0,203$; $F=7,095$; $p<0,001$).On yıl ve üzerinde bulunduğu ASM’de çalışan hekimlerin, 0 – 4 yıl arasında çalışan hekimlere göre malpraktis korkusu azalmaktadır

(B=0,541 [%95 GA=0,228 – 0,853]; p<0,001). Sekiz yılın üzerinde AH olanların, sekiz yıldan daha az süre AH olanlara göre malpraktis korkusu azalmaktadır (B=0,400 [%95 GA=0,100 – 0,700]; p=0,009). Yakın çevresinde birinin malpraktis davası olması (B=-0,314 [%95 GA=-0,618 – -0,011]; p=0,043) veya hekimin kendisine karşı şikâyet olması (B=-0,393 [%95 GA=-0,672 – -0,114]; p=0,006) durumlarında malpraktis korkusu artmaktadır. Hekimin cinsiyeti ve kendisine karşı sözlü saldırı olma durumu malpraktis korkusu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 7. Malpraktis korkusunu etkileyen faktörler							
Değişken		B	SH	t	p	B %95 GA	
						Alt Sınır	Üst Sınır
(sabit terim)		1,561	0,290	5,378	<0,001	0,988	2,135
Cinsiyet (ref. Erkek)	Kadın	0,141	0,143	0,981	0,328	-0,142	0,424
ASM çalışma süresi (ref. 0-4 yıl)	5-9 yıl	0,009	0,162	0,055	0,956	-0,311	0,329
	≥10 yıl	0,541	0,158	3,416	<0,001*	0,228	0,853
AH olarak çalışma süresi (ref. <8 yıl)	>8 yıl	0,400	0,152	2,637	0,009*	0,100	0,700
Yakın çevresindeki birinin Malpraktis davası	Var	-0,314	0,154	-2,044	0,043*	-0,618	-0,011
Kendisine karşı şikâyet	Var	-0,393	0,141	-2,780	0,006*	-0,672	-0,114
Kendisine karşı sözlü saldırı	Var	-0,319	0,242	-1,320	0,189	-0,797	0,158
Çoklu doğrusal regresyonda bağımlı değişken ln(Malpraktis Korkusu puanı) ve modelde n=168 gözlem yer almıştır. Model istatistikleri (Enter yöntemi): R=0.478; R ² =0.237; Düzeltilmiş R ² =0.203; F =7.095; p=0.0002. *İstatistiksel anlamlılık p<0.05. Kısaltmalar: B, standardize edilmemiş beta katsayısı; SH, standart hata; GA, güven aralığı; ref., kategorik değişkenlerin referans kategorisi.							

Tablo 7 ile sunulmuş olan çoklu doğrusal regresyona ilişkin standartlaştırılmış artıkların Q-Q grafiği Şekil 1 ile gösterilmiştir. Malpraktis Korkusuna ilişkin regresyonun model uyumunun yeterli olduğu bulunmuştur.



Şekil 1. Malpraktis Korkusuna ilişkin çoklu doğrusal regresyonun standartlaştırılmış artıklar Q-Q grafiği

Pozitif Defansif Tıp

Hekimlerin sosyo-demografik, çalışma durumu, malpraktis ve defansif tıp ile ilgili deneyimlerine göre PDT puanı tanımlayıcı istatistikleri Tablo 8 ile sunulmuştur.

Tablo 8. PDT puanının tanımlayıcı istatistikleri			
Değişken		PDT puanı	
		Ort (SS)	Min-Maks
Yaş	25-34	33,54(3,89)	28-45
	35-44	29,69(7,00)	11-41
	45-54	30,27(6,75)	17-45
	≥55	27,73(9,32)	10-41
Cinsiyet	Erkek	30,16(7,46)	10-45
	Kadın	30,69(5,70)	13-41
Eğitim durumu	Pratisyen AH	29,85(7,35)	10-45
	SAHU asistanı	33,50(3,90)	26-39
	Uzman AH	31,00(5,44)	22-40
Hekimlik süresi	1-9 yıl	32,16(6,09)	11-45
	10-19 yıl	30,58(6,69)	14-45
	20-29 yıl	29,87(6,90)	13-45
	≥30 yıl	27,60(8,76)	10-41
AH olarak geçirilen süre	<8 yıl	31,78(6,99)	13-45
	>8 yıl	29,77(6,90)	10-45
AH yapılan bölge	İl merkezi	30,24(7,43)	10-45
	Diğer	30,40(6,47)	11-45
Son ASM'de çalışma süresi	0-4 yıl	32,45(5,74)	18-45
	5-9 yıl	31,30(6,86)	11-45
	≥10 yıl	27,42(7,27)	10-41

Kesin kayıtlı hasta sayısı	1 - 1499	33,70(5,87)	24-45
	1500 - 2499	30,88(6,72)	11-39
	2500 - 2999	30,22(6,67)	21-45
	3000 - 3499	29,89(7,20)	10-41
	3500 - 4000	28,17(7,36)	11-41
Günlük ortalama muayene sayısı	1-39	31,75(5,56)	19-45
	40-59	30,09(6,50)	14-41
	60-79	30,24(7,55)	10-45
	≥80	29,90(7,48)	11-41
HYP yapma durum	Hayır	28,81(7,92)	11-41
	Evet	30,83(6,58)	10-45
Laboratuvar hizmetine ulaşılma durumu	Her gün	31,83(6,88)	18-45
	Haftanın belirli günleri	30,06(6,99)	10-45
ASM yakınında 2. veya 3. basamak sağlık kuruluş olma durumu	Yok	30,98(7,19)	11-45
	Var	29,98(6,88)	10-45
Yakın çevresindeki birinin Malpraktis davası olma durumu	Yok	29,33(7,08)	10-41
	Var	33,26(5,82)	20-45
Kendisine karşı Malpraktis/Defansif Tıp uygulaması nedeniyle davası olma durumu	Yok	30,26(6,95)	10-45
	Var	31,20(7,74)	19-45
Kendisine karşı Malpraktis konulu şikâyet durumu	Yok	29,21(7,06)	10-45
	Var	32,58(6,29)	13-45
Kendisine karşı fiziksel saldırı olma durumu	Yok	30,14(7,03)	10-45
	Var	30,92(6,85)	17-45
Kendisine karşı sözlü saldırı olma durumu	Yok	27,36(7,31)	17-41
	Var	30,58(6,91)	10-45

Hekimlerin özellikleri ile PDT puanı arasındaki ilişki Tablo 9 ile sunulmuştur. Hekimlerin yaş grubuna göre PDT puanındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=5,44$; $p=0,002$; $\eta^2=0,06$). Yaşı 55 ve üzeri olan hekimlerin, yaşı 25 – 34 olanlara göre PDT puanı daha düşük olduğu (Ort fark (SH)=5,81 (1,95); $t=2,979$; $p=0,020$; $d=0,85$) ancak diğer yaş grupları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 9a).

Hekimlerin buldukları ASM’de çalışma süresine göre PDT puanındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=8,96$; $p<0,001$; $\eta^2=0,10$) (Tablo

10). Şu anda bulunduğu ASM’de 10 yıl ve üzerinde olan hekimlerin PDT puanı, 0 – 4 yıl (Ort fark (SH)=5,03 (1,25); t=4,025; p<0,001; d=0,75) ve 5 – 9 yıl (Ort fark (SH)=3,87 (1,26); t=3,083; p=0,007; d=0,58) olan hekimlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 9a).

Kesin kayıtlı hasta sayısına göre PDT puanındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=2,63; p=0,040; $\eta^2=0,05$) (Tablo 10). Kesin kayıtlı hasta sayısı 3500 – 4000 olan hekimlerin PDT puanı, kesin kayıtlı hasta sayısı 1 – 1499 olan (Ort fark (SH)=5,52 (1,84); t=2,996; p=0,032; d=0,80) hekimlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 9a).

PDT puanının, yakın çevresinde malpraktis dava deneyimi olanlarda (U=1837; p=0,001; $r_{rb}=0,31$), kendisine karşı şikâyet (U=2182; p=0,002; $r_{rb}=0,30$) veya sözlü saldırı (U=532; p=0,002; $r_{rb}=0,51$) yapılmış hekimlerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 9).

PDT puanının cinsiyet, eğitim durumu, AH olarak geçirilen süre ve yapılan bölge, günlük ortalama muayene sayısı, HYP yapma durumu, laboratuvar hizmetine ulaşabilme durumu, ASM yakınında 2. veya 3.basamak kuruluş olma durumu, kendisine karşı malpraktis veya DT uygulaması nedeniyle davası olma durumu ve kendisine karşı fiziksel saldırı olma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 9).

Değişken		n	PDT puanı	Test istatistiği;p
Yaş ¹	25-34	28	33,54(3.89)	F=5,44; p=0,002^{a*}
	35-44	48	29,69(7.00)	
	45-54	70	30,27(6.75)	
	≥55	22	27,73(9.32)	
Cinsiyet	Erkek	119	31(26-36)	U=2823; p=0,747 ^b
	Kadın	49	31(27-34)	
Eğitim durumu	Pratisyen AH	135	31(26-35)	$\chi^2=4,62$; p=0,099 ^c
	SAHU asistanı	16	34(31-36)	
	Uzman AH	17	30(28-34)	
AH olarak geçirilen süre	<8 yıl	41	33(27-36)	U=2140; p=0,087 ^b
	>8 yıl	127	31(26-34)	
AH yapılan bölge	İl merkezi	90	31(26-36)	U=3503; p=0,983 ^b

	Diğer	78	31(27-34)	
Son ASM'de çalışma süresi ¹	0-4 yıl	55	32,45(5,74)	F=8,96; p<0,001^{a*}
	5-9 yıl	54	31,30(6,86)	
	≥10 yıl	59	27,42(7,27)	
Kesin kayıtlı hasta sayısı ¹	1 - 1499	23	33,70(5,87)	F=2,63; p=0,040^{a*}
	1500 - 2499	34	30,88(6,72)	
	2500 - 2999	32	30,22(6,67)	
	3000 - 3499	44	29,89(7,2)	
	3500 - 4000	35	28,17(7,36)	
Günlük ortalama muayene sayısı	1-39	24	31(28-35)	$\chi^2=0,66; p=0,882^c$
	40-59	43	31(27-35)	
	60-79	49	31(26-36)	
	≥80	52	31(26-36)	
HYP yapma durum	Hayır	43	31(23-34)	U=2329; p=0,192 ^b
	Evet	125	31(27-36)	
Laboratuvar hizmetine ulaşabilme durumu	Her gün	144	32(28-37)	U=1496; p=0,293 ^b
	Haftanın belirli günleri	24	31(26-35)	
ASM yakınında 2. veya 3. basamak sağlık kuruluş olma durumu	Yok	56	32(28-36)	U=2803; p=0,263 ^b
	Var	112	31(26-35)	
Yakın çevresindeki birinin Malpraktis davası olma durumu	Yok	126	31(25-34)	U=1837; p=0,001^{b*}
	Var	42	33(29-37)	
Kendisine karşı Malpraktis/Defansif Tıp uygulaması nedeniyle davası olma durumu	Yok	158	31(26-35)	U=736; p=0,719 ^b
	Var	10	33(25-35)	
Kendisine karşı Malpraktis konulu şikâyet durumu	Yok	113	30(25-33)	U=2182; p=0,002^{b*}
	Var	55	33(29-37)	
Kendisine karşı fiziksel saldırı olma durumu	Yok	130	31(26-35)	U=2341; p=0,624 ^b
	Var	38	32(27-35)	
Kendisine karşı sözlü saldırı olma	Yok	14	29(20-32)	U=532; p=0,002^{b*}

durumu			
	Var	154	31(27-36)

PDT puanı Ortanca (Q1-Q3) veya Ort(SS) istatistiği ile raporlanmıştır.^aTek-yönlü Varyans Analizi, ^bMann-Whitney U testi, ^cKruskal-Wallis H testi. *İstatistiksel anlamlılık çift yönlü p<0.05.

Tablo 9a. PDT puanı ikili karşılaştırmaları				
Yaş grubu				
Karşılaştırma	Ort fark (SH)	t	p ^a	d
(25-34 yaş) – (35-44 yaş)	3,85 (1,63)	2,365	0,115	0,56
(25-34 yaş) – (45-54 yaş)	3,26 (1,53)	2,133	0,206	0,14
(25-34 yaş) – (≥55 yaş)	5,81(1,95)	2,979	0,020*	0,85
(35-44 yaş) – (45-54 yaş)	-0,58 (1,28)	-0,455	1,000	-0,09
(35-44 yaş) – (≥55 yaş)	1,96 (1,76)	1,113	1,000	0,29
(45-54 yaş) – (≥55 yaş)	2,54 (1,67)	1,521	0,781	0,37
Son ASM'de çalışma süresi				
Karşılaştırma	Ort fark (SH)	t	p ^a	d
(0-4 yıl) – (5-9 yıl)	1,16 (1,28)	0,907	1,000	0,17
(0-4 yıl) – (≥10 yıl)	5,03 (1,25)	4,024	<0,001*	0,75
(5-9 yıl) – (≥10 yıl)	3,87 (1,26)	3,083	0,007*	0,58
Kesin kayıtlı hasta sayısı				
Karşılaştırma	Ort fark (SH)	t	p ^a	d
(1 – 1499) – (1500 – 2499)	2,81 (1,86)	1,517	1,000	0,41
(1 – 1499) – (2500 – 2999)	3,48 (1,88)	1,851	0,659	0,51
(1 – 1499) – (3000 – 3499)	3,81 (1,78)	2,155	0,326	0,55
(1 – 1499) – (3500 – 4000)	5,52 (1,84)	2,996	0,032*	0,80
(1500 – 2499) – (2500 – 2999)	0,66 (1,69)	0,392	1,000	0,10
(1500 – 2499) – (3000 – 3499)	1,00 (1,57)	0,635	1,000	0,15
(1500 – 2499) – (3500 – 4000)	2,71 (1,65)	1,639	1,000	0,40
(2500 – 2999) – (3000 – 3499)	0,33 (1,60)	0,208	1,000	0,05
(2500 – 2999) – (3500 – 4000)	2,05 (1,68)	1,218	1,000	0,30
(3000 – 3499) – (3500 – 4000)	1,72 (1,56)	1,102	1,000	0,25
^a Bonferroni düzeltmesi. *İstatistiksel anlamlılık p<0.05.Kısaltmalar: SH, standart hata; d, Cohen d.				

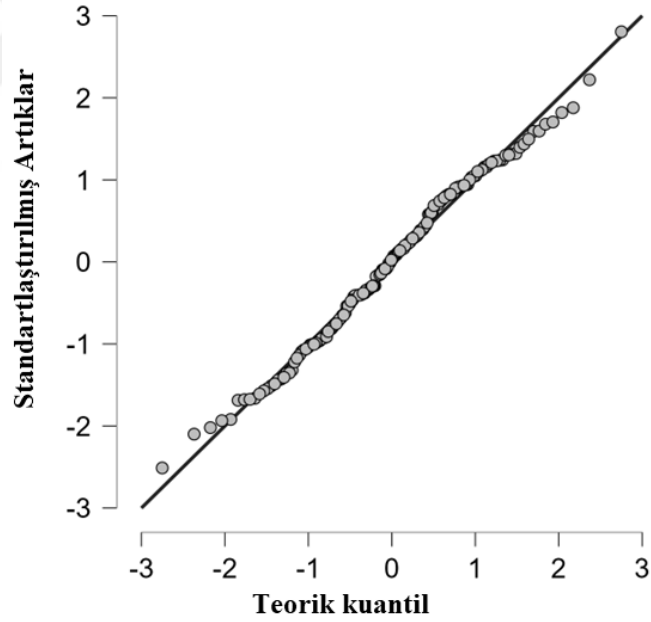
PDT puanını etkileyen faktörler Tablo 10 ile sunulmuştur. PDT puanındaki değişim yaş grubu, cinsiyet, şu an bulunulan ASM’de çalışma süresi, kesin kayıtlı hasta sayısı, malpraktis korkusu puanı, NDT puanı, yakın çevresinde birinin malpraktis dava deneyimi olma durumu, kendisine karşı şikâyet veya sözlü saldırı olma durumları ile incelenmiştir (Düzeltilmiş $R^2= 0,652$; $F=15,305$; $p<0,001$). Kesin kayıtlı hasta sayısının 1 – 1499 aralığında olmasına göre 3500 – 4000 aralığında olduğu durumda PDT puanının azalmaktadır ($B=-2,823$ [%95 GA=-5,509 – -0,136]; $p=0,040$). Malpraktis korkusu puanı ($B=0,369$ [%95 GA=0,190 – 0,549]; $p<0,001$) veya NDT puanı ($B=0,692$ [%95 GA=0,510 – 0,874]; $p<0,001$) artışı PDT puanının artması ile ilişkili olmaktadır (Tablo 10).

Yakın çevresinde birinin malpraktis davası olması ($B=1,852$ [%95 GA=0,094 – 3,610]; $p=0,039$) durumunda PDT puanı artmaktadır. Hekimin yaşı, cinsiyeti, şu an bulunduğu ASM’de çalışma süresi, kendisine karşı şikâyet veya sözlü saldırı olma durumları PDT puanındaki değişim ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 10).

Değişken		Tablo 10. PDT puanını etkileyen faktörler					B %95GA	
		B	SH	Std. B	t	p	Alt Sınır	Üst Sınır
(sabit terim)		11,686	2,444	-	4,782	0,0041	6,858	16,515
Yaş grubu (ref. 25-34)	35-44	-2,009	1,227	-	-1,637	0,104	-4,434	0,416
	45-54	0,315	1,323	-	0,238	0,812	-2,299	2,929
	≥55	0,328	1,746	-	0,188	0,851	-3,121	3,777
Cinsiyet (ref. Erkek)	Kadın	0,189	0,830	-	0,228	0,820	-1,451	1,828
	ASM çalışma süresi (ref. 0-4 yıl)	5-9 yıl	-0,574	1,032	-	-0,556	0,579	-2,613
	≥10 yıl	-2,368	1,237	-	-1,914	0,058	-4,812	0,076
Kesin kayıtlı hasta sayısı (ref. 1-1499)	1500-2499	-1,399	1,277	-	-1,095	0,275	-3,922	1,125
	2500-2999	-1,082	1,317	-	-0,822	0,413	-3,684	1,520
	3000-3499	-1,604	1,281	-	-1,252	0,212	-4,136	0,927
	3500-3999	-1,604	1,281	-	-1,252	0,212	-4,136	0,927
	4000	-2,823	1,360	-	-2,076	0,040*	-5,509	-0,136

MK puanı		0,369	0,091	0,273	4.062	<0,001*	0,190	0,549
NDT puanı		0,692	0,092	0,482	7.502	<0,001*	0,510	0,874
Yakın çevresindeki birinin Malpraktis davası	Var	1,852	0,890	-	2.082	0,039*	0,094	3,610
Kendisine karşı şikâyet	Var	0,333	0,819	-	0.407	0,684	-1,284	1,951
Kendisine karşı sözlü saldırı	Var	-0,991	1,399	-	-0.708	0,480	-3,756	1,773
Çoklu doğrusal regresyonda bağımlı değişken PDT puanı ve modelde n=168 gözlem yer almıştır. Model istatistikleri (Enter yöntemi): R=0.776; $R^2=0.602$; Düzeltilmiş $R^2=0.562$; F =15.305; p<0.001. *İstatistiksel anlamlılık p<0.05. Kısaltmalar: B, standardize edilmemiş beta katsayısı; SH, standart hata; Std, standartlaştırılmış; GA, güven aralığı; ref., kategorik değişkenlerin referans kategorisi; MK, Malpraktis Korkusu; NDT, Negatif DefansifTıp. Std. B sadece niceliksel değişkenler için hesaplanabilmektedir.								

Tablo 10 ile sunulmuş olan çoklu doğrusal regresyona ilişkin standartlaştırılmış artıkların Q-Q grafiği Şekil 2 ile gösterilmiştir. PDT puanına ilişkin regresyonun model uyumunun yeterli olduğu bulunmuştur.



Şekil 2. PDT puanına ilişkin çoklu doğrusal regresyonun standartlaştırılmış artıklar Q-Q grafiği

Negatif Defansif Tıp

Hekimlerin sosyo-demografik, çalışma durumu, malpraktis ve defansif tıp ile ilgili deneyimlerine göre NDT puanı tanımlayıcı istatistikleri Tablo 11 ile verilmiştir.

Tablo 11.NDT puanının tanımlayıcı istatistikleri			
Değişken		PDT puanı	
		Ort (SS)	Min-Maks
Yaş	25-34	33,54(3,89)	28-45
	35-44	29,69(7,00)	11-41
	45-54	30,27(6,75)	17-45
	≥55	27,73(9,32)	10-41
Cinsiyet	Erkek	30,16(7,46)	10-45
	Kadın	30,69(5,70)	13-41
Eğitim durumu	Pratisyen AH	29,85(7,35)	10-45
	SAHU asistanı	33,50(3,90)	26-39
	Uzman AH	31,00(5,44)	22-40
AH olarak geçirilen süre	<8 yıl	31,78(6,99)	13-45
	>8 yıl	29,77(6,90)	10-45
AH yapılan bölge	İl merkezi	30,24(7,43)	10-45
	Diğer	30,40(6,47)	11-45
Son ASM'de çalışma süresi	0-4 yıl	32,45(5,74)	18-45
	5-9 yıl	31,30(6,86)	11-45
	≥10 yıl	27,42(7,27)	10-41
Kesin kayıtlı hasta sayısı	1 - 1499	33,70(5,87)	24-45
	1500 - 2499	30,88(6,72)	11-39
	2500 - 2999	30,22(6,67)	21-45
	3000 - 3499	29,89(7,20)	10-41
	3500 - 4000	28,17(7,36)	11-41
Günlük ortalama muayene sayısı	1-39	31,75(5,56)	19-45
	40-59	30,09(6,50)	14-41
	60-79	30,24(7,55)	10-45
	≥80	29,90(7,48)	11-41
HYP yapma durum	Hayır	28,81(7,92)	11-41
	Evet	30,83(6,58)	10-45
Laboratuvar hizmetine ulaşabilme durumu	Her gün	31,83(6,88)	18-45
	Haftanın belirli günleri	30,06(6,99)	10-45
ASM yakınında 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşu olma durumu	Yok	30,98(7,19)	11-45
	Var	29,98(6,88)	10-45
Yakın çevresindeki birinin Malpraktis davası	Yok	29,33(7,08)	10-41

olma durumu			
	Var	33,26(5,82)	20-45
Kendisine karşı Malpraktis/Defansif Tıp uygulaması nedeniyle davası olma durumu	Yok	30,26(6,95)	10-45
	Var	31,20(7,74)	19-45
Kendisine karşı Malpraktis konulu şikâyet durumu	Yok	29,21(7,06)	10-45
	Var	32,58(6,29)	13-45
Kendisine karşı fiziksel saldırı olma durumu	Yok	30,14(7,03)	10-45
	Var	30,92(6,85)	17-45
Kendisine karşı sözlü saldırı olma durumu	Yok	27,36(7,31)	17-41
	Var	30,58(6,91)	10-45

Hekimlerin özellikleri ile NDT puanı arasındaki ilişki Tablo 12 ile sunulmuştur. NDT puanının, kendisine karşı şikâyet ($U=2092$; $p<0,001$; $r_{rb}=0,33$) veya sözlü saldırı ($U=532$; $p=0,002$; $r_{rb}=0,51$) yapılmış hekimlerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 12).

NDT puanının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, AH olarak geçirilen süre, AH yapılan bölge, şu anda bulunulan ASM'de çalışma süresi, kesin kayıtlı hasta sayısı, günlük ortalama muayene sayısı, HYP yapma durumu, laboratuvar hizmetine ulaşabilme durumu, ASM yakınında 2. veya 3.basamak kuruluş olma durumu, yakın çevresinde veya kendisine karşı malpraktis veya defansif tıp uygulaması nedeniyle davası olma durumları, kendisine karşı fiziksel saldırı olma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 12).

Değişken		n	NDT puanı	Test istatistiği; p
Yaş	25-34	28	20(17-23)	$\chi^2=2,96$; $p=0,398^a$
	35-44	48	19(16-23)	
	45-54	70	20(15-23)	
	≥ 55	22	18(15-20)	
Cinsiyet	Erkek	119	20(15-23)	$U=2907$; $p=0,978^b$
	Kadın	49	19(16-23)	
Eğitim durumu	Pratisyen AH	135	19(15-23)	$\chi^2=2,46$; $p=0,292^a$
	SAHU asistanı	16	21(17-23)	
	Uzman AH	17	20(19-23)	

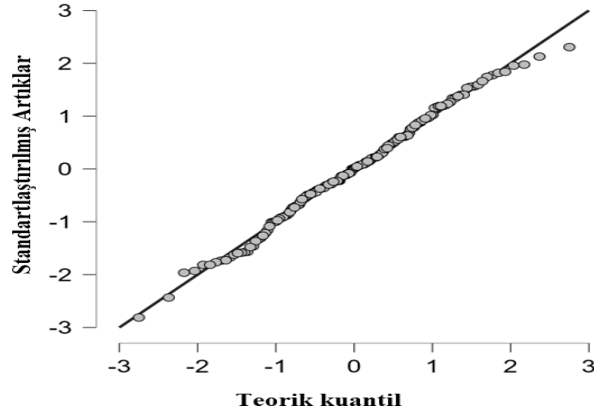
AH olarak geçirilen süre	<8 yıl	41	20(17-23)	U=2096; p=0,060 ^b
	>8 yıl	127	19(15-22)	
AH yapılan bölge	İl merkezi	90	20(15-23)	U=3333; p=0,573 ^b
	Diğer	78	19(16-22)	
Son ASM'de çalışma süresi	0-4 yıl	55	20(16-24)	$\chi^2=4,97$; p=0,083 ^a
	5-9 yıl	54	21(17-23)	
	≥10 yıl	59	19(15-21)	
Kesin kayıtlı hasta sayısı	1 - 1499	23	20(17-25)	$\chi^2=3,37$; p=0,498 ^a
	1500 - 2499	34	20(16-23)	
	2500 - 2999	32	17(15-22)	
	3000 - 3499	44	20(16-23)	
	3500 - 4000	35	20(16-22)	
Günlük ortalama muayene sayısı	1-39	24	20(17-21)	$\chi^2=2,73$; p=0,436 ^a
	40-59	43	19(15-23)	
	60-79	49	19(14-22)	
	≥80	52	20(17-23)	
HYP yapma durum	Hayır	43	20(16-22)	U=2674; p=0,962 ^b
	Evet	125	19(16-23)	
Laboratuvar hizmetine ulaşabilme durumu	Her gün	144	20(13-23)	U=1660; p=0,757 ^b
	Haftanın belirli	24	20(16-22)	
ASM yakınında 2. veya 3. basamak sağlık kuruluş olma durumu	Yok	56	19(16-23)	U=3068; p=0,818 ^b
	Var	112	20(16-23)	
Yakın çevresindeki birinin Malpraktis davası olma durumu	Yok	126	19(16-22)	U=2157; p=0,072 ^b
	Var	42	20(16-25)	
Kendisine karşı Malpraktis veya Defansif Tıp uygulaması nedeniyle	Yok	158	20(16-23)	U=745; p=0,765 ^b
	Var	10	19(15-25)	
Kendisine karşı Malpraktis konulu şikâyet durumu	Yok	113	19(15-22)	U=2092; p<0,001^{b*}
	Var	55	22(17-24)	
Kendisine karşı fiziksel saldırı olma durumu	Yok	130	20(16-22)	U=2352; p=0,653 ^b
	Var	38	20(15-23)	
Kendisine karşı sözlü saldırı olma durumu	Yok	14	17(15-20)	U=532; p=0,002^{b*}
	Var	154	20(16-23)	
NDT puanı Ortanca (Q1-Q3) istatistiği ile raporlanmıştır. ^a Kruskal-Wallis H testi, ^b Mann-Whitney U testi. [*] İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,01.				

NDT puanını etkileyen faktörler Tablo 13 ile sunulmuştur. NDT puanındaki değişim cinsiyet, şu an bulunulan ASM’de çalışma süresi, malpraktis korkusu puanı, PDT puanı, kendisine karşı şikâyet veya sözlü saldırı olma durumları ile incelenmiştir (Düzeltilmiş $R^2=0,495$; $F=24,394$; $p<0,001$). Malpraktis korkusu puanı ($B=0,224$ [%95 GA=0,090 – 0,359]; $p=0,001$) veya PDT puanı ($B=0,378$ [%95 GA=0,280 – 0,476]; $p<0,001$) artışı NDT puanının artması ile ilişkili olmaktadır (Tablo 13).

NDT puanındaki değişim cinsiyeti, şu an bulunduğu ASM’de çalışma süresi, kendisine karşı şikâyet veya sözlü saldırı olma durumları ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. NDT puanını etkileyen faktörler								
Değişken		B %95 GA						
		B	SH	Standart B	t	p	Alt Sınır	Üst Sınır
(sabit terim)		1,441	1,745	-	0,826	0,410	-2,004	4,887
Cinsiyet (ref. Erkek)	Kadın	0,041	0,598	-	0,069	0,945	-1,140	1,223
ASM çalışma süresi (ref. 0-4 yıl)	5-9 yıl	0,533	0,676	-	0,789	0,431	-0,802	1,868
	≥10 yıl	0,985	0,689	-	1,431	0,154	-0,375	2,345
Kendisine karşı şikâyet	Var	1,026	0,596	-	1,721	0,087	-0,151	2,203
Kendisine karşı sözlü saldırı	Var	-0,457	1,006	-	-0,454	0,651	-2,444	1,530
MK puanı		0,224	0,068	0,238	3,299	0,001*	0,090	0,359
PDT puanı		0,378	0,050	0,543	7,628	<0,001*	0,280	0,476
Çoklu doğrusal regresyonda bağımlı değişken NDT puanı ve modelde n=168 gözlem yer almıştır. Model istatistikleri (Enter yöntemi): $R=0.719$; $R^2=0.516$; Düzeltilmiş $R^2=0.495$; $F=24.394$; $p<0.001$. *İstatistiksel anlamlılık $p<0.01$. Kısaltmalar: B, standardize edilmemiş beta katsayısı; SH, standart hata; Std, standartlaştırılmış; GA, güven aralığı; ref., kategorik değişkenlerin referans kategorisi; MK, Malpraktis Korkusu; NDT, Negatif DefansifTip. Std. B sadece niceliksel değişkenler için hesaplanabilmektedir.								

Tablo 13 ile sunulmuş olan çoklu doğrusal regresyona ilişkin standartlaştırılmış artıkların Q-Q grafiği Şekil 3 ile gösterilmiştir. NDT puanına ilişkin regresyonun model uyumunun yeterli olduğu bulunmuştur.



Şekil 3. NDT puanına ilişkin çoklu doğrusal regresyonun standartlaştırılmış artıklar Q-Q grafiği

Bilgi Düzeyi

Hekimlerin sosyo-demografik, çalışma durumu, malpraktis ve defansif tıp ile ilgili deneyimlerine göre BD puanı tanımlayıcı istatistikleri Tablo 14 ile sunulmuştur.

Değişken		BD puanı	
		Ort (SS)	Min-Maks
Yaş	25-34	13,32(3,17)	7-19
	35-44	12,88(3,32)	4-18
	45-54	12,84(3,01)	6-20
	≥55	12,45(2,92)	8-17
Cinsiyet	Erkek	13,18(3,19)	4-20
	Kadın	12,14(2,77)	7-17
Eğitim durumu	Pratisyen AH	12,78(3,24)	4-20
	SAHU asistanı	13,50(2,48)	8-16
	Uzman AH	13,12(2,50)	7-16
AH olarak geçirilen süre	<8 yıl	12,95(3,21)	6-20
	>8 yıl	12,90(3,06)	4-19
AH yapılan bölge	İl merkezi	12,93(2,79)	6-20
	Diğer	12,82(3,44)	4-19
Son ASM'de çalışma süresi	0-4 yıl	12,76(3,24)	7-19
	5-9 yıl	13,41(3,21)	4-20
	≥10 yıl	12,51(2,84)	6-17
Kesin kayıtlı hasta sayısı	1 - 1499	12,26(3,92)	7-19
	1500 - 2499	14,00(2,96)	4-19
	2500 - 2999	13,34(2,78)	8-20
	3000 - 3499	13,07(2,41)	8-16
	3500 - 4000	11,54(3,28)	6-18

Günlük ortalama muayene sayısı	1-39	13,33(3,63)	7-19
	40-59	12,79(3,20)	4-19
	60-79	12,84(2,80)	8-20
	≥80	12,79(3,10)	6-18
HYP yapma durum	Hayır	11,81(3,48)	4-18
	Evet	13,25(2,88)	6-20
Laboratuvar hizmetine ulaşabilme durumu	Her gün	13,25(2,75)	8-19
	Haftanın belirli günleri	12,82(3,16)	4-20
ASM yakınında 2. veya 3. basamak sağlık kuruluş olma durumu	Yok	12,77(3,38)	4-19
	Var	12,94(2,96)	6-20
Yakın çevresindeki birinin Malpraktis davası olma durumu	Yok	12,55(3,02)	4-19
	Var	13,88(3,17)	7-20
Kendisine karşı Malpraktis/Defansif Tıp uygulaması nedeniyle davası olma durumu	Yok	12,67(2,99)	4-20
	Var	16,20(3,01)	10-19
Kendisine karşı Malpraktis konulu şikâyet durumu	Yok	12,55(3,20)	4-20
	Var	13,56(2,79)	7-19
Kendisine karşı fiziksel saldırı olma durumu	Yok	12,78(3,23)	4-20
	Var	13,21(2,64)	8-18
Kendisine karşı sözlü saldırı olma durumu	Yok	10,86(2,93)	6-16
	Var	13,06(3,06)	4-20

Hekimlerin özellikleri ile BD puanı arasındaki ilişki Tablo 15 ile sunulmuştur. BD puanının, erkek hekimlerde kadın hekimlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($U=2279$; $p=0,025$; $r_{rb}=0,22$). Kesin kayıtlı sayısına göre hekimlerin BD puanının değiştiği bulunmuştur ($F=2,95$; $p=0,026$; $\eta^2=0,08$). BD puanı, kesin kayıtlı hasta sayısı 1500 – 2499 olan hekimlerde 3500 – 4000 arasında hasta sayısı olanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur (Ort fark (SH)=2.46 (0.73); $t=3,383$; $p=0,009$; $d=0,82$) (Tablo16a).

Hekimler arasında HYP yapanlar ($U=2082$; $p=0,027$; $r_{rb}=0,23$), yakın çevresinde ($U=2021$; $p=0,021$; $r_{rb}=0,24$) veya kendisine karşı ($U=280$; $p<0,001$; $r_{rb}=0,65$) malpraktis veya defansif tıp uygulaması nedeniyle davası olanların daha yüksek BD puanına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 15).

BD puanının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, AH olarak geçirilen süre, AH yapılan bölge, şu anda bulunulan ASM'de çalışma süresi, günlük ortalama muayene sayısı, laboratuvar hizmetine ulaşabilme durumu, ASM yakınında 2. veya 3.basamak kuruluş olma durumu, kendisine karşı yapılmış malpraktis konulu şikâyet olma durumu,

kendine karşı fiziksel veya sözlü saldırı olma durumları ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. BD puanının hekim özellikleri ve deneyimleri ile ilişkisi				
Değişken		n	BD puanı	Test istatistiği; p
Yaş	25-34	28	14(11-16)	$\chi^2=1,17$; $p=0,761^a$
	35-44	48	14(11-16)	
	45-54	70	13(10-15)	
	≥ 55	22	12(10-15)	
Cinsiyet	Erkek	119	14(11-16)	U=2279; p=0,025^{b*}
	Kadın	49	12(10-14)	
Eğitim durumu	Pratisyen AH	135	13(10-16)	$\chi^2=0,37$; $p=0,730^a$
	SAHU asistanı	16	15(13-15)	
	Uzman AH	17	13(12-15)	
AH olarak geçirilen süre	<8 yıl	41	13(10-15)	U=2497; $p=0,693^b$
	>8 yıl	127	14(10-16)	
AH yapılan bölge	İl merkezi	90	13(11-15)	U=3464; $p=0,884^b$
	Diğer	78	14(10-16)	
Son ASM'de çalışma süresi	0-4 yıl	55	14(10-15)	$\chi^2=3,02$; $p=0,221^a$
	5-9 yıl	54	14(12-16)	
	≥ 10 yıl	59	13(10-15)	
Kesin kayıtlı hasta sayısı ¹	1 - 1499	23	12.26(3.92)	F=2,95; p=0,026^{e*}
	1500 - 2499	34	14.00(2.96)	
	2500 - 2999	32	13.34(2.78)	
	3000 - 3499	44	13.07(2.41)	
	3500 - 4000	35	11.54(3.28)	
Günlük ortalama muayene sayısı	1-39	24	14(11-16)	$\chi^2=0,96$; $p=0,810^a$
	40-59	43	13(10-15)	
	60-79	49	13(10-15)	
	≥ 80	52	13(11-16)	
HYP yapma durum	Hayır	43	12(9-15)	U=2082; p=0,027^{b*}
	Evet	125	14(11-15)	
Laboratuvar hizmetine ulaşabilme durumu	Her gün	144	14(12-15)	U=1657; $p=0,746^b$
	Haftanın belirli günleri	24	14(10-16)	
ASM yakınında 2. veya 3. basamak sağlık kuruluş olma durumu	Yok	56	14(10-16)	U=3108; $p=0,924^b$
	Var	112	14(11-15)	

Yakın çevresindeki birinin Malpraktis davası olma durumu	Yok	126	13(10-15)	U=2021; p=0,021^{b*}
	Var	42	15(12-16)	
Kendisine karşı Malpraktis/Defansif Tıp uygulaması nedeniyle davası olma durumu	Yok	158	13(10-15)	U=280; p<0,001^{b*}
	Var	10	17(16-18)	
Kendisine karşı Malpraktis konulu şikâyet durumu	Yok	113	13(10-15)	U=2602; p=0,085 ^b
	Var	55	14(12-16)	
Kendisine karşı fiziksel saldırı olma durumu	Yok	130	14(10-15)	U=2430; p=0,621 ^b
	Var	38	14(12-15)	
Kendisine karşı sözlü saldırı olma durumu	Yok	14	10(9-14)	U=2326; p=0,584 ^b
	Var	154	14(11-16)	
BD puanı Ortanca (Q1-Q3) veya Ort(SS) istatistiği ile raporlanmıştır. ^a Kruskal-Wallis H testi, ^b Mann-Whitney U testi, ^c Tek-yönlü Varyans Analizi. *İstatistiksel anlamlılık çift yönlü p<0.05.				

Tablo 15a. BD puanı ikili karşılaştırmaları				
Kesin kayıtlı hasta sayısı				
Karşılaştırma	Ort fark (SH)	t	p ^a	d
(1 – 1499) – (1500 – 2499)	-1,74 (0,81)	-2,136	0,342	-0,58
(1 – 1499) – (2500 – 2999)	-1,08 (0,83)	-1,313	1,000	-0,36
(1 – 1499) – (3000 – 3499)	-0,81 (0,78)	-1,040	1,000	-0,27
(1 – 1499) – (3500 – 4000)	0,72 (0,81)	0,887	1,000	0,24
(1500 – 2499) – (2500 – 2999)	0,66 (0,74)	0,883	1,000	0,22
(1500 – 2499) – (3000 – 3499)	0,93 (0,69)	1,353	1,000	0,31
(1500 – 2499) – (3500 – 4000)	2,46 (0,73)	3,383	0,009*	0,82
(2500 – 2999) – (3000 – 3499)	0,28 (0,70)	0,393	1,000	0,09
(2500 – 2999) – (3500 – 4000)	1,80 (0,74)	2,441	0,157	0,60
(3000 – 3499) – (3500 – 4000)	1,53 (0,68)	2,233	0,269	0,51
^a Bonferroni düzeltmesi. *İstatistiksel anlamlılık p<0.01. Kısaltmalar: SH, standart hata; d, Cohen d.				

BD puanını etkileyen faktörler Tablo 16 ile sunulmuştur. BD puanındaki değişim cinsiyet, şu an bulunulan ASM'de çalışma süresi, kesin kayıtlı hasta sayısı, HYP yapma durumu, yakın çevresinde birinin veya kendisine karşı malpraktis veya defansif tıp uygulaması nedeniyle davası olma durumları, Malpraktis korkusu puanı ve PDT puanı ile incelenmiştir (Düzeltilmiş $R^2= 0,232$; $F=5,210$; $p<0,001$). Kesin kayıtlı

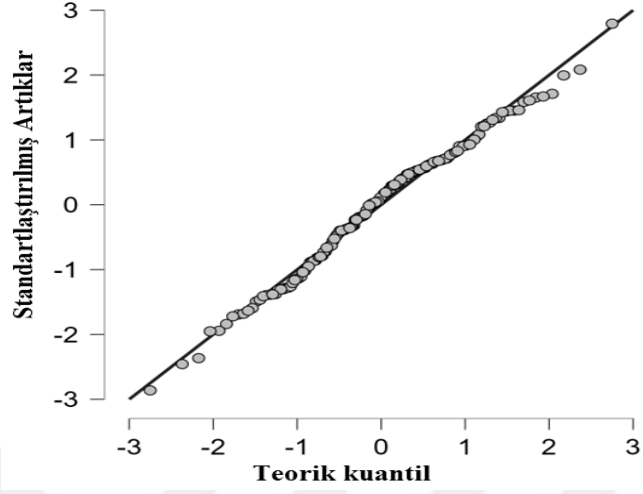
hasta sayısı 1 – 1499 olmasına göre 1500 – 2499 olan hekimlerde BD puanı artmaktadır (B=1,723 [%95 GA=0,238 – 3,208]; p=0,023). Kendisine karşı malpraktis davası olan hekimlerde BD puanı artmaktadır (B=2,976 [%95 GA=1,130 – 4,821]; p=0,002). PDT puanındaki artış (B=0,111 [%95 GA=0,032 – 0,189]; p=0,006) BD puanının artması ile ilişkili olmaktadır (Tablo 16).

BD puanındaki değişim cinsiyeti, şu an bulunduğu ASM’de çalışma süresi, HYP yapma durumu, yakın çevresinde birinin malpraktis davası olma durumu ve malpraktis korkusu puanı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 16).

Değişken		B	SH	Std. B	t	p	B %95 GA	
							Alt Sınır	Üst Sınır
(sabit terim)		5,864	1,468		3,995	<0,001	2,964	8,764
Cinsiyet (ref. Erkek)	Kadın	-0,929	0,487		-1,910	0,058	-1,890	0,032
ASM çalışma süresi (ref. 0-4 yıl)	5-9 yıl	0,746	0,546		1,366	0,174	-0,333	1,824
	≥10 yıl	1,035	0,601		1,723	0,087	-0,152	2,221
Kesin kayıtlı hasta sayısı (ref. 1-1499)	1500-2499	1,723	0,752		2,292	0,023*	0,238	3,208
	2500-2999	1,495	0,777		1,924	0,056	-0,040	3,030
	3000-3499	1,185	0,753		1,573	0,118	-0,303	2,673
	3500-4000	-0,125	0,842		-0,148	0,882	-1,789	1,539
HYP yapma	Var	0,607	0,588		1,032	0,304	-0,555	1,769
Yakın çevresindeki birinin Malpraktis davası	Var	0,408	0,514		0,794	0,428	-0,607	1,424
Kendisine karşı Malpraktis davası	Var	2,976	0,934		3,185	0,002*	1,130	4,821
MK puanı		0,070	0,053	0,117	1,320	0,189	-0,035	0,175
PDT puanı		0,111	0,040	0,249	2,785	0,006*	0,032	0,189

Çoklu doğrusal regresyonda bağımlı değişken BD puanı ve modelde n=168 gözlem yer almıştır. Model istatistikleri (Enter yöntemi): R=0.536; R²=0.287; Düzeltilmiş R²=0.232; F =5.210; p<0.001. *İstatistiksel anlamlılık p<0.05. Kısaltmalar: B, standardize edilmemiş beta katsayısı; SH, standart hata; Std. B, standartlaştırılmış; GA, güven aralığı; ref., kategorik değişkenlerin referans kategorisi; MK, Malpraktis Korkusu; PDT, PDT. Std. B sadece niceliksel değişkenler için hesaplanabilmektedir.

Tablo 16 ile sunulmuş olan çoklu doğrusal regresyona ilişkin standartlaştırılmış artıkların Q-Q grafiği Şekil 4 ile gösterilmiştir. BD puanına ilişkin regresyonun model uyumunun yeterli olduğu bulunmuştur.



Şekil 4. BD puanına ilişkin çoklu doğrusal regresyonun standartlaştırılmış artıklar Q-Q grafiği

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, aile hekimlerinin malpraktis korkusu ve defansif tıp tutumları demografik değişkenler doğrultusunda incelenerek, hekimlerin bu korkularının azaltılması ve istenmeyen defansif tıp uygulamalarının önüne geçilmesi için sağlık politikalarına katkı sağlanması temel amaçtır.

5.1.Malpraktis Korkusu ile İlgili Karşılaştırmalar

Çalışmaya katılan 168 aile hekiminin ortalama malpraktis korku puanı 23,99 ve katılımcıların %80,3'ünün yüksek korku düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Literatür araştırmasında en yüksek malpraktis korkusunun cerrahi branşlarda olduğu, aile hekimlerinde görece daha düşük oranlarda korku olduğu belirtilse de bu çalışmada aile hekimlerinin de yüksek düzeyde ve yaygın malpraktis korkusuna sahip olduğu tespit edilmiştir. Resmi gazetede 2010 yılında yayımlanan mesleki sorumluluk sigorta tebliğinde hekimler dört risk grubuna ayrılmıştır. En düşük risk grubunda aktif hasta görmeyen prelinik branş mensubu hekimlerden sonra ikinci riskli kategoriye aile hekimleri dahil edilmiştir(63). 2019 yılında Uğrak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin %59,3'ünün korku seviyesinin yüksek olduğu tespit edilmiştir(36). 2023 yılında 143 acil hekimi ile yapılan çalışmada acil hekimlerinin ortalama malpraktis korku puanlarının ortalamasının 21,7 olduğu ve yüksek korku seviyesinde olan hekimlerinin oranının %65,7 olduğu görülmüştür(64). Neng ve arkadaşlarının 395 aile hekimiyle yaptığı çalışmada ortalama korku puanı 21,98 ve malpraktis korkusu yüksek teps edilen hekimlerin oranı %74,4 olarak tespit edilmiştir(7). Dünyada ve ülkemizde artmakta olan malpraktis şikayetleri ve davaları nedeniyle aile hekimlerinin de olumsuz etkilendiği düşünülmektedir(67).

Çalışmada malpraktis korkusu puanı arttıkça PDT puanı, NDT puanı ve BD puanının artmakta olduğu tespit edilmiştir. İstanbul'da 2023 yılında 395 aile hekimiyle yapılan çalışmada da benzer bulgular tespit edilmiştir(7).

Çalışmada hekimlerin yaşının arttıkça MK azaldığı tespit edilmiştir. Neng ve arkadaşlarıncı yapılan çalışmada da hekimlerin yaşlarının artması neticesinde MK azaldığı görülmüştür. Katz ve arkadaşları ve Uğrak ve arkadaşlarıncı yapılan çalışmalarda hekimlerin yaşlarıyla MK arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Anlamli ilişki tespit edilmeyen çalışmaların 2. Ve 3. basamak hastanelerde yapılmış olması bu çalışma ile olan farklılığı açıklayabilir(36,60).

Bir diğerk bulgu hekimlik süresi ve son çalıştığı ASM'deki çalışma süresi arttıkça malpraktis korkusunun azalmasıdır. Bu korelasyon detaylı olarak incelendiğinde şu anda bulunduğu ASM'de 10 yıldan uzun süredir çalışmakta olan aile hekimlerinin 0-4 ve 5-9 yıldır çalışmakta olan hekimlere göre daha az malpraktis korkularını olduğu, aile hekimliğinde geçen toplam süre ele alındığında 8 yıldan daha uzun süredir aile hekimliği yapanların 8 yıldan az süredir aile hekimliği yapanlardan daha az malpraktis korkusu olduğu tespit edilmiştir. Benzer bir çalışmada hekimlikte geçen süresine göre yüksek malpraktis korkusu olanları oranı 6-10 yıl olanlarda %82,6, 5 yıldan az olanlarda %73,7 ve 10 yıldan fazla olanlarda %68,8 olarak bulunmuştur(7). Gruplar arasında MK düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Carrier ve arkadaşlarınca yapılan çalışmada daha az çalışmış olan hekimlerin MK daha düşük bulunmuştur. Katz ve arkadaşları ile Uğrak ve arkadaşlarınca yapılan çalışmalarda hekimlerin meslekte geçirdikleri çalışma süresi ile MK arasında anlamlı fark tespit görülmemiştir(36,60). Bu iki çalışmada anlamlı fark tespit edilmemesinin nedeninin aile hekimliği dışı branşlarda ve birinci basamak haricinde yapılmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Aile hekiminin yakın çevresindeki birinin malpraktis davası olması, hekimin kendisine karşı şikâyet veya sözlü saldırı olması durumlarında malpraktis korkusu artmaktadır. Çalışmada kendisine karşı sözlü saldırı yapılan hekimlerin oranı %91,6 gibi yüksek tespit edilmiştir. Neredeyse aile hekimlerinin tamamı sözlü saldırıya maruz kalmışlardır.

Malpraktis korkusu ölçeğinde en yüksek puan alan cevap “Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır” olarak tespit edilmiştir. Bu cevaptan hareketle hekimlerin malpraktisten kaçınarak teşhis koymak için tahlil ve tetkikleri daha fazla kullanmaları gerektiğini düşündükleri çıkarımı yapılabilir.

Çalışmada cinsiyet değişkeninin MK ile anlamlı bir ilişkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Çalışma ile benzer şekilde Neng ve arkadaşlarının (2023), Uğrak ve arkadaşlarının (2019), Katz ve arkadaşlarının (2005) ve Can ve arkadaşlarının (2023) yaptığı çalışmalarda cinsiyetle MK arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir(7,36,60,64).

Çalışmada hekimlerin unvanlarıyla MK arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bulgular literatüre uygun şekildedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından kişilerin kronik hastalıklarının taranması ve tespit edilenlerin takibi için HYP projesi uygulanmaya başlanmıştır. Bu proje kapsamında aile

hekimini kendisine kesin kayıtlı hastaların gerekli tarama ve takiplerini yapmaktadır. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %74,4'ü HYP projesi çerçevesinde işlem yaptığını beyan etmiştir. Çalışma sonucunda HYP yapmanın malpraktis korkusu üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Literatür taraması yapıldığında MK ile aile hekiminin HYP yapması arasında ilişkinin hiç değerlendirilmediği gözlenmiştir.

Aile hekimlerine bazı temel tetkikleri yapma yetkisi verilmiş olsa da x-ray, bt, mr ve usg gibi tetkikleri yaptırma yetkileri olmadığından hekimlerin koydukları tanı ya da uygulayacakları tedavi için kendilerini yeterince sağlama alamadıkları, bu yüzden yıllar içerisinde malpraktis korkularının artmasında bu durumun etkili olabileceği düşünülmektedir. En azından şüpheye düşülen, detaylandırılması gereken tanı ve tedavi ile ilgili branş uzmanlarıyla iyi bir iletişim kanalı oluşturulması gerektiği değerlendirilmektedir.

Hekimlerin MK ile ilgili ölçek cevaplarına bakıldığında en sık işaretlenen iki cevabın “Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır” ve “Gelecek 10 yıl içinde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olacağım diye endişeleniyorum” olduğu görülmüştür. Uğrak ve arkadaşları ile Reed ve arkadaşlarınca yapılan çalışmalarda da “Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır” en çok işaretlenen seçenektir. Çalışma sonucu literatürle uyumludur(36,66).

5.2.Pozitif Defansif Tıp ile İlgili Karşılaştırmalar

Çalışmada malpraktis korkusunda olduğu gibi yakın çevresinde birisinin malpraktis davası olması durumunda, kendisine karşı şikâyet veya sözlü saldırı yapılmış hekimlerde daha yüksek PDT puanı olduğu görülmüştür.

Hekimlerin PDT ile ilgili ölçek cevaplarına bakıldığında en sık işaretlenen iki cevabın “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum” ve “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum” olduğu görülmektedir. Bu iki cevap incelendiğinde hekimlerin PDT içerisinde sağlık sistemine olumsuz etkisi en az olanların en sık kullanıldığı görülmektedir. Summerton ve arkadaşları (1995) ile Kara ve arkadaşlarınca (2020)

yapılan çalışmalarda da en sık bu iki seçenek işaretlenmiştir(67,68). Çalışmadaki bulgular literatürle uyumludur.

Kesin kayıtlı hasta sayısı 3500 – 4000 olan hekimlerin PDT puanı, kesin kayıtlı hasta sayısı 1 – 1499 olan hekimlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Hekimlere kayıtlı hasta sayısı azaldıkça, hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladıkları, hastalarına daha fazla zaman ayırdıkları ve kayıtları daha detaylı tutma oranlarının arttığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Başer ve arkadaşlarının 2013 yılında İzmir’de 81 hekimle yaptığı çalışmada da benzer bulgular tespit edilmiştir(69). Sağlık Bakanlığı’nın 2023 yılında yayımladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na bakıldığında 2002 yılında sağlık ocağı döneminde toplam hasta müracaat sayısı 69.103.517 iken 2023 yılında bu sayının aile hekimliğinde 416.806.846 kişiye yükseldiği, birinci basamakta kişi başı hekime müracaat oranının 1,1’den 4,9’a yükseldiği görülmüştür(70). Aile hekimlerinin kendisine kesin kayıtlı hastalarına poliklinik hizmeti vermenin yanı sıra aşı, gebe, bebek ve çocuk izlemi, kanser taramaları, kronik hastalık tarama ve takipleri, gezici sağlık hizmetleri, ASM yönetim işleri gibi buraya yazılmayan birçok görevi bulunmaktadır. Bu bilgilerden hareketle daha az hastaya hizmet veren hekimin, daha fazla vakit alan PDT davranışlarına ayırabilecek zamanı olduğundan PDT puanlarının görece daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Aile hekiminin yakın çevresindeki birinin malpraktis davası olması, hekimin kendisine karşı şikâyet veya sözlü saldırı olması durumlarında PDT puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. 2015 yılında İzmir’de 151 hekimle yapılan çalışmada saldırı olması durumunda uygulamalarının arttığı tespit edilmiştir(71). Bu bulguların literatürle benzer olduğu değerlendirilmiştir.

Çalışmada kadın erkek farklılığının PDT davranışına bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. 2019 yılında yapılan çalışmada erkek aile hekimlerinin daha çok şikâyet edildiği ve daha çok DT tutumu sergiledikleri tespit edilmiştir(72). Ancak yapılan başka bir çalışmada cinsiyet ile DT tutumu arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir(7). Literatürde bu değişkenle ilgili farklı sonuçların olduğu görülmektedir.

Çalışmada aile hekiminin pratisyen, SAHU ya da Uzman AH olmasının DT uygulaması üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Öztürk ve arkadaşlarınca (2021) 222 aile hekimi ve aile hekimliği asistanından oluşan grupta yapılan çalışmada asistan hekimlerin uzmanlardan daha çok DT uygulaması yaptıkları tespit edilmiştir(73). Banaz ve arkadaşlarınca yapılan çalışmada da benzer sonuçlar

gözlemlenmiştir(45). Bu çalışmaya dahil olan SAHU asistanlarının ve pratisyen aile hekimlerinin yaşlarının diğer çalışmalardaki asistanların yaşlarından fazla olması, yaş arttıkça PDT puanının düşüyor olması çalışmalar arasındaki farklılığı açıklayabilir.

5.3.Negatif Defansif Tıp ile İlgili Karşılaştırmalar

NDT puanının, kendisine karşı şikâyet ya da sözel saldırı yapılmış hekimlerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulguların literatürle uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Hekimlerin NDT ile ilgili ölçek cevaplarına bakıldığında en sık işaretlenen iki cevabın “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum” ve “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum” olduğu görülmektedir. Hatta tüm DT tutum cevapları bir arada incelendiğinde medya ile ilgili cevabın en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu gözlenmiştir. Bu da aile hekimlerinin medyada kendisine sürekli geniş yer bulan malpraktis haberlerinden çok fazla etkilendiğini göstermektedir. Kartal ve arkadaşlarınca (2023) yapılan araştırmada katılımcıların en yüksek derecede katıldıkları seçenek malpraktisle ilgi konuların medyada yer almasıdır(74). 2019 yılında farklı branşlardan 21 hekimle yapılan nitel bir çalışmada da sosyal İletişim kanallarının ve medyanın baskısının hekimlerin NDT sergilemelerine yol açtığı görülmüştür(75). Bu bulguların da literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

5.4.Bilgi Düzeyi ile İlgili Karşılaştırmalar

Kendisine karşı veya yakın çevresindeki birisine karşı malpraktis veya defansif tıp uygulaması nedeniyle davası olan hekimlerde BD puanı artmaktadır. Daha önce malpraktis dava süreci ile karşılaşan hekimlerin konuyu daha fazla araştırması neticesinde malpraktis korkusunun sonucu olarak çoğu zaman farkına bile varmadan yapılan DT uygulamaları hakkında daha fazla bilgi sahibi olması doğaldır. Literatürde de bu yönde bulgular mevcuttur.

Hekimler arasında HYP yapanların daha yüksek BD puanına sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmanın önceki bölümlerinde aile hekiminin HYP yapma durumunun MK, PDT ve NDT puanları üzerine bir etkisi olmadığı tespit edilmişti. Literatüre

bakıldığında aile hekimliği hayatına daha yeni dahil olmaya başlayan HYP'nin konu ile ilgisinin araştırıldığı bir makaleye rastlanmamıştır. Bu açıdan çalışma bu kısmıyla literatürde ilktir. HYP platformunda hastalarına hizmet vermeye çalışan hekimlerin DT hakkında daha fazla araştırma ve okuma yaptığı düşünülebilir.

Kesin kayıtlı sayısına göre hekimlerin BD puanının değiştiği bulunmuştur. BD puanı, kesin kayıtlı hasta sayısı 1500 – 2499 olan hekimlerde 3500 – 4000 arasında hasta sayısı olanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmada BD puanının, erkek hekimlerde kadın hekimlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Neng ve arkadaşlarının 2023 yılında yaptığı çalışmada erkek hekimlerinin kadın hekimlere göre DT konusunda daha fazla bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir.

5.5. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Bu çalışma Çorum ilinde sözleşmeli olarak çalışan aile hekimlerinin %90,3'ünün katılımıyla yapılmış olması nedeniyle yüksek katılımlı bir çalışmadır. Yüksek katılım nedeniyle çalışmanın tüm il geneline eşit dağılımı ve daha çok verinin incelenmesi sağlanmıştır.

Çalışma esnasında katılımcı aile hekimlerinin psikiyatrik durumları kontrol edilmediğinden hekimin mevcut duygudurum bozukluğu olması ölçeklere verdikleri cevapları etkilemiş olabilir. Defansif tıbbın doğası gereği hekimler aslında yapmıyor olması gereken davranışlarla ilgili sorulara samimi cevap vermemiş olabilirler. Aile hekimlerinin mesleki hayatlarında daha önce çalışmış oldukları kurumlar sorgulanmadığından bu kurumlardaki çalışmalarının MK ve DTU tutumu üzerine etkisi bilinmemektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada aile hekimlerinin MK ve DTU mevcut sosyo-demografik veriler ışığında detaylı olarak ele alınmıştır. Çalışma sonucunda aile hekimlerinin mevcut hiçbir durumu fark etmeksizin hepsinin yaygın bir şekilde yüksek MK düzeyine sahip olduğu gözlenmiştir. Önceki yıllarda daha düşük seviyelerde tespit edilen MK günümüzde aile hekimleri arasında da çok yüksektir. Bu yüksek korku seviyesi genele yayılan DT tutumlarını tetiklemiştir. Çalışmada en sık yapılan defansif tıp uygulamasının hastaları ile ilgili kayıtları daha detaylı tutmak ve onlara açıklamaları çok daha detaylı yapmak olduğu değerlendirilmiştir. DT uygulamalarının sağlık sistemine maliyeti artırma etkileri değerlendirildiğinde sisteme yükü en az olan iki seçeneğin aile hekimleri arasında yaygın olması sistem açısından sevindiricidir.

Diğer taraftan aile hekimlerinin en çok medyada yer alan çoğu zaman tıbbi temeli olmayan ve abartılmış malpraktis haberlerinden olumsuz etkilendiği gözlenmiştir. Bu haberler detaylı bir şekilde incelenerek, haberlerin verilme şekli ile ilgili bir düzenleme yapılabilir.

Aile hekimlerinin meslekteki tecrübeleri arttıkça, buldukları ASM'de çalıştıkları süre arttıkça MK düzeylerinin azaldığı, DT uygulamalarının azaldığı gözlenmiştir. Bu durum hem hastalar için hem de sağlık sistemi maliyetleri için olumlu bir durumdur. Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimlerinin yer değiştirme isteklerinin gerekçeleri araştırılmalı ve hekimlerinin hizmet verdikleri hastalarıyla çok daha sıkı bağlar kurarak kaliteli hizmet vermelerine destek olunmalıdır.

Çalışmada hekimlerin MK cevapları içerisinde en çok tetkik istemeden klinik tecrübelerine dayalı teşhis koyma ve tedavi vermenin yasal açıdan onları korkuttuğu görülmektedir. Sağlık bakanlığı tarafından malpraktis davalarıyla ilgili olarak yapılan düzenleme öncesi ve sonrasına bakıldığında hekimlerin MK düzeylerinde bir düşüş olmadığı görülmektedir. Bu durumda hekimlerin hastalarına vermiş oldukları hizmetlerde ihtiyaç duyduğu ek laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinin ve ilgili uzmanlarla yapılacak karşılıklı görüş alışverişlerinin çok iyi bir sistem üzerinde sağlanmasının mevcut MK düzeylerinin azalmasına etki edebileceği düşünülmektedir.

Hekime karşı bir saldırı olduğunda MK, PDT ve NDT uygulamalarının arttığı görülmüştür. Aile hekimlerine özellikle zor hasta, kötü haber verme, hasta-hekim iletişimi konusunda kaliteli ve detaylı eğitimler verilmeli, hasta ve özellikle refakatçisi

ile yaşanabilecek srtmeli durumlarda olay fiziksel ve sözel saldırı boyutuna gelmeden engellenmelidir.

Aile hekimleri arasında DT hakkında bilgi düzeyinde farklılıklar tespit edilmiştir. Hekimlere MK ve DT konusunda eēitimler verilmelidir.



7. KAYNAKLAR

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, vd. (2023) "The European definition of General Practice/ Family Medicine - WONCA Europe 2023 Edition". 2023;1-36.
2. Baungaard N, Skovvang P, Assing Hvidt E, Gerbild H, Kirstine Andersen M, Lykkegaard J. (2020) "How defensive medicine is defined and understood in European medical literature: Protocol for a systematic review" *BMJ Open*. 2020;10(2):1-4.
3. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T, vd. (2006) "Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan" *World J Gastroenterol*. 2006;12(47):7671-5.
4. Özcan D, Alkan AA. (2021) "Defensive Medicine Practices Among Ophthalmologists in Turkey" *Turkiye Klin J Ophthalmol*. 2021;30(1):30-5.
5. Asher E, Greenberg-Dotan S, Halevy J, Glick S, Reuveni H. (2012) "Defensive medicine in Israel - a nationwide survey" *PLoS One*. 2012;7(8).
6. Kessler D. and McClellan M. (2014) "Do Doctors Practice Defensive Medicine" *Q J Econ*. 2014;111(2):353-90.
7. Neng B. (2023) "Birinci basamakta çalışan hekimlerin tıbbi hata kaygısı ile defansif tıbbi yönelik tutumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi" *Marmara Üniversitesi Uzmanlık Tezi*. 2023;
8. Leeuwenhorst. *The General Practitioner in Europe: A Statement by the working party appointed. by Europe Conference Teaching General Practitioners Holland*. 1974;
9. Dikici ve ark. (2007) "Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi" *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2007, 27:412-418 2007;
10. Declaration of Alma-Ata. (1978) Son Erişim 19.04.2025 <http://hrlibrary.umn.edu/instreet/alma-ata.html>.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı. aile hekimliği sözleşme ve ödeme yönetmeliği. 2021;
12. World Medical Association. *Handbook of WMA Policies*. Wma. 2023.
13. TTB. *Hekimlik Mesleği Etik Kuralları Kitapçığı*. 2012;6.
14. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği (2022) Son Erişim 19.04.2025 https://www.ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=59fbfe54-a285-11e7-9205-300896da83fe. 2022;16(1):1-23.
15. Kohn vd. (2000) "To Err is Human: Building a Safer Health System in 1999" *C. 18, Frontiers of health services management*. 2000. 1-2 s.
16. Thomas vd. (2009) "Diagnostic Error in Medicine" *Adv Heal Sci Educ*. 2009;14(1 SUPPL):1-5.
17. Philips vd. (2000) "Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado" *Medical Care Journal*. 38(3):p 261-271, March 2000.
18. Philips vd. (2004) "Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States" *Qual Saf Heal Care*. 2004;13(2):121-6..
19. Hauser vd. (1991) "Fear of Malpractice Liability and its Role in Clinical Decision Making" 1991;(2):1-16.
20. Uğrak U, Işık O. (2022) "Assessment of Relationship Between Physicians' Malpractice Experience and Fear of Malpractice: Cross-Sectional Research" *Turkiye Klin J Heal Sci*. 2022;7(1):203-11.
21. Vandersteegen vd. (2015) "Defensive medicine: Implications for clinical practice, patients and healthcare policy" *Acta Clin Belgica Int J Clin Lab Med*. 2015;70(6):396-7.

22. James D. Reschovsky and Cynthia B. Saiontz-Martinez (2018) "Malpractice Claim Fears and the Costs of Treating Medicare Patients: A New Approach to Estimating the Costs of Defensive Medicine" *Health Serv Res.* 2018;53(3):1498–516.
23. Montanera D. (2015) "The importance of negative defensive medicine in the effects of malpractice reform" *Eur J Heal Econ.* 2015;17(3):355–69.
24. Johnston vd. (2014) "Study of medical students' malpractice fear and defensive medicine: A hidden curriculum" *West J Emerg Med.* 2014;15(3):293–8.
25. DeWeese J. (2006) "Offensive defensive medicine" *Orthopedics.* 2006;29(4):296–7.
26. Sonnenberg A, (2013) "Boardman CR. Costs of fear" *Am J Gastroenterol.* 2013;108(2):173–5.
27. Christensen vd. (1992) "The heart of darkness - The impact of perceived mistakes on physicians" *J Gen Intern Med.* 1992;7(4):424–31.
28. Wu A. (2000) "Medical error: the second victim The doctor who makes the mistake needs help too" *Bmj* 2000;320(March):726–7.
29. Wu A. (1991) "Do House Officers Learn From Their Mistakes" *JAMA J Am Med Assoc.* 1991;266(4):512.
30. Preston RM. (2004) "Drug errors and patient safety: the need for a change in practice" *Br J Nurs.* 2004;13(2):72–8.
31. Blendon vd. (2002) "Views Of Practicing Physicians And The Public On Medical Errors" *Nejm* 2002;347(24):1933–40.
32. Garbutt vd. (2007) "Reporting and disclosing medical errors: Pediatricians' attitudes and behaviors" *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(2):179–85.
33. Makary MA, Daniel M. (2016) "Medical error-the third leading cause of death in the US" *BMJ.* 2016;353(May):1–5.
34. Quick O. (2006) "Outing medical errors: Questions of trust and responsibility" *Med Law Rev.* 2006;14(1):22–43.
35. Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S. (2008) "Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması" *Hacettepe Sağlık İdaresi Derg.* 2008;11(2):161–200.
36. Uğrak U. (2019) "Hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi" *Doktora Tezi* 2019.
37. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, vd. (2005) "Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment" *Jama.* 2005;293(21):2609–17.
38. Katz E. (2019) "Defensive Medicine: A Case and Review of Its Status and Possible Solutions" *Clin Pract Cases Emerg Med.* 2019;3(4):329–32.
39. Ha JF, Longnecker N. (2010) "Doctor-patient communication: A review" *Ochsner J.* 2010;10(1):38–43.
40. Chang CS, Chen SY, Lan YT. (2013) "Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters" *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1).
41. Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği. 2019. Son Erişim 19.04.2025 <https://mevzuat.gov.tr/anasayfa/MevzuatFihristDeta>.
42. Arimany-Manso J, Vizcaino M, Gómez-Durán EL. (2018) "Clinical judicial syndrome: The impact of judicial proceedings on physician" *Med Clin (Barc).* 2018;151(4):156–60.
43. Nash L, Tennant C, Walton M, Tennant C. (2004) "The psychological impact of complaints and negligence suits on doctors" *Australasian Psychiatry Journal*

- 2004;278–81.
44. Fileni A, Magnavita N, Mammi F, Mandoliti G, Lucà F, Magnavita G, vd.(2007) "Malpractice stress syndrome in radiologists and radiotherapists: perceived causes and consequences" *Radiol Medica*. 2007;112(7):1069–84.
 45. Banaz M. (2020) "Hekimlerin defansif tıp ve tıbbi hata tutumlarının incelenmesi" Hacettepe Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi 2020;
 46. Hossein D, Mina M. (2018) "Defensive Medicine : Ethical or Unethical ? A Case Study of Tehran University of Medical Sciences Hospitals" *J Public Health (Bangkok)*. 2018;2(2).
 47. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. (2015) "Medical malpractice, defensive medicine and role of the media in Italy" *Multidiscip Respir Med*. 2015;10(1):6–12.
 48. Hayran M. (2010) "Sağlık Haberlerinin İçerik Analizi ve Medya Etiği" *İyi Klinik Uygulamalar Dergisi*. (December 2010):30–6.
 49. Tanriverdi O, Cay-Senler F, Yavuzsen T, Turhal S, Akman T, Komurcu S, vd.(2015) "Perspectives and practical applications of medical oncologists on defensive medicine (SYSIPHUS study): a study of the Palliative Care Working Committee of the Turkish Oncology Group (TOG)" *Med Oncol*. 2015;32(4).
 50. Albay A, Nizam F. (2022) "Sağlıkta şiddetin beyaz kod verileri ile değerlendirilmesi Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi örneği" *J Med Top Updat (Journal MTU)*. 2022;1(2):54–61.
 51. T.C. Sağlık Bakanlığı. Beyaz Kod Kullanıcı Kılavuzu Versiyon 2.0. (2020) Sağlık Bakanlığı.
 52. Yeşiltaş, A. ve Erdem R. (2018) "Şiddet ve defansif tıp uygulamaları üzerine nitel bir çalışma" *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018;486–500.
 53. Ries NM, Jansen J. (2021) "Physicians views and experiences of defensive medicine: An international review of empirical research" *Health Policy (New York)*. 2021;125(5):634–42.
 54. Jung HS, Jung HS. (2001) "Establishment of overall workload assessment technique for various tasks and workplaces" *Int J Ind Ergon*. 2001;28(6):341–53.
 55. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sabim faaliyet raporu. 2019. Son Erişim 19.04.2025. <https://www.saglik.gov.tr/TR-61711/sabim-15-yilda->
 56. Özer K, Aslan Ş. (2020) "Defansif Tıp Uygulamalarının Belirlenmesi: Karma Yöntem Araştırması" *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2020;23(4):639–64.
 57. Kumtepe V, Meral O, (2019) "Gönüllü H. İzmir ve Çevre İllerdeki Acil Tıp Asistanlarının Defansif (Çekinik) Tıp Uygulama Düzeylerinin İncelenmesi" *Smyrna Tıp Derg*. 2019;(3):1–10.
 58. Özata M, Özer K, Akkoca Y. (2018) "Konya İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması" *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;7(1):132–9.
 59. Calikoglu EO, Aras A. (2019) "The article title is efensive medicine among different physicians' disciplines: A descriptive cross-sectional study" *J Forensic Leg Med*. 2020;73(December 2019):101970.
 60. David A. Katz. (2019) "Emergency physicians fear of malpractice in evaluating patients with possible acute cardiac ischemia" *Physiol Behav*. 2019;176(5):139–48.
 61. Uğrak U, Işık O. (2020) "Malpraktis Korku Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2020;23(2):261–72.
 62. Başer ve ark. (2014) "Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği" *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*

- 2014;2014;24(2):99–102.
63. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ Son Erişim 19.04.2025 <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=14124&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>
 64. Can D. (2023) "Investigation of the Relationship Between Malpractice Fear and Job Satisfaction Among Emergency Physicians" *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2023;20(2):340–5.
 65. Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener MT. (2015) "Tıbbi hatalı uygulamalar" *Dicle Tıp Dergisi*. 2015;42(3):394–7.
 66. Reed vd. (2008) "Do fears of malpractice litigation influence teaching behaviors" *Teach Learn Med*. 2008;20(3):205–11.
 67. Summerton N. (1995) "Positive and negative factors in defensive medicine: A Questionnaire study of general practitioners" *Bmj*. 1995;310(6971):27.
 68. Kara KS. (2020) "Edirne'deki Birinci Basamak Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi Ve Tutumları Ve Bunun Klinik Pratiklerine Etkisi" *Trakya Üniversitesi Uzmanlık Tezi* 2020;
 69. Başer A, Kolcu G, Çıgırgil Y, Kadıncık B, Öngel K. (2014) "İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi" *Smyrna Tıp Derg*. 2014;77:16–24.
 70. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2023.
 71. Selçuk M, Çınarlı S, Hızal Arslan S. (2015) "Çekinik (Defansif) Tıp" *İzmir Üniversitesi Sağlık Hukuku Derg*. 2015;(6):16–48.
 72. Hicran H, (2019) "Hasta Şikâyetlerinin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi: İkincil Mağdur Aile Hekimleri mi" *Anadolu Klin Tıp Bilim Derg*. 2019;24(3):237–43.
 73. Öztürk E. (2021) "Samsun İl Merkezinde Görev Yapan Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları" *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Uzmanlık Tezi* 2021;
 74. Kartal S. (2023) "İstanbul ili Aile Hekimlerinin defansif tıp uygulamaları tutumu ve bunun sürücü raporu düzenleme uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi" *Sağlık Bilim Üniversitesi Uzmanlık Tezi* 2023.
 75. Ünal Ö. (2020) "Defansif Tıp Uygulamaları Öncülleri Ve Sonuçları" *Sakarya Üniversitesi Uzmanlık Tezi*. 2020;

8. EKLER

Ek-1:Etik kurul Onayı

Ek-2:Çorum İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni





T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : E-85322798-799-247507674
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin Onayı (Dr. İsa
ELDEMİR)

01.07.2024

DAĞITIM YERLERİNE

Müdürlüğümüze bağlı Mecitözü Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimi Uzmanı Dr. İsa ELDEMİR'in Araştırmacılığında, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalından Prof. Dr. Derya İren AKBIYIK'm Sorumlu Araştırmacılığında "Aile Hekimliğinde Malpraktis Korkusu ve Defansif Tıp Uygulamaları" isimli çalışmaya ön izin verilmesi hakkında alınan Müdürlük Makamının 28.06.2024 tarih ve E-85322798-799-247300263 sayılı Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Başvuru Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Mülga Halk Sağlığı Genel Müdürlüğününün 27.03.2018 tarih ve 49654233-604.02-E.483 sayılı yazısında, Birinci Basamak Sağlık Hizmeti alanında yapılacak çalışmaların usul ve esaları çerçevesinde çalışmaya ön izin verilmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini arz/rica ederim

Dr. İhsan DEMİRBAŞ
Başkan

Ek: Dr. İsa ELDEMİR'e ait evraklar.pdf

Dağıtım:

Gereği:

Çorum Mecitözü 003 Nolu Aile Hekimliği Birimi

Bilgi:

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: FCD7681C-DC7D-474A-90DB-CF175AC5CB0D

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-oby>

Bahçelievler Mah. Çamlık Cad. No:3 Merkez ÇORUM 19000

Telefon No: 03642195500

e-Posta: [Internet Adresi: https://corumism.saglik.gov.tr/](mailto:Internet.Adresi:https://corumism.saglik.gov.tr/)

Kep Adresi:

Bilgi için: Yeliz YELEN AKPDAR

Ebe

Telefon No: 03642195500



Ek-3: Sosyo-Demografik Veri Formu
1-Yaş

()25-29 ()30-34 ()35-39 ()40-44 ()45-49 ()50-54 ()55-59 ()60-64 ()65-69 ()70-74

2-Cinsiyet

()ERKEK ()KADIN

3-Eğitim durumunuz

()PRATİSYEN AİLE HEKİMİ ()UZMAN AİLE HEKİMİ()SAHU ASİSTANİYİM

4-Kaç yıldır hekimlik yapmaktasınız?

() 1-4 ()5-9 ()10-14 ()15-19 ()20-24 ()25-29 ()30-34 ()35-39 ()40-44 ()45-49 ()50 +

5-Aile hekimliği yaptığınız bölgeyi nasıl tanımlarsınız?

()KÖY ()İLÇE MERKEZİ ()İL MERKEZİ ()ENTEGRE BİRİM

6-Şu anda bulunduğunuz aile sağlığı merkezinde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

()0-4 ()5-9 ()10-14 ()15 YILDAN FAZLA

7-Kesin kayıtlı hasta sayınız?

()1-999 ()1000-1499 ()1500-1999 ()2000-2499 ()2500-2999 ()3000-3499 ()3500 VE ÜSTÜ

8-Kliniğinizde yaptığınız günlük ortalama muayene sayınız?

()1-20 ()21-39 ()40-59 ()60-79 ()80-99 ()100'DEN FAZLA

9-Son üç ay içerisinde yapmış olduğunuz hyp katsayınızın ortalaması nedir?

()HYP YAPMIYORUM ()1-1,19 ()1,2-1,39 ()1,40 VE ÜZERİ

10-Şu anda çalıştığınız aile sağlığı merkezinde çalışma süreniz

()8 YILDAN AZ ()8 YIL VE DAHA FAZLA

11-Laboratuvar hizmetlerine ulaşılma sıklığınız?

()HERGÜN ()HAFTANIN BELİRLİ GÜNLERİ ()HİÇ

12-Aile sağlığı merkezinizin yakınında 2. ya da 3. basamak sağlık kuruluşu var mı?

()EVET HAYIR ()

13-Yakın çevrenizde kimseye malpraktis ya da defansif tip uygulaması nedeniyle soruşturma, dava açıldı mı, sürmekte olan dosyası var mı, ceza aldı mı?

()Yok ()Tanıdığımın devam eden mahkeme dosyası var ()Tanıdığımın idarede soruşturması devam eden dosyası var ()Tanıdığım ceza aldı ()Tanıdığımın davası oldu, ama ceza almadı.

14-Size malpraktis ya da defansif tıp uygulaması nedeniyle dava açıldı mı, ceza aldınız mı ya da sürmekte olan dosyanız var mı?

()Yok. ()Devam eden mahkeme dosyam var. ()Devam eden idari soruşturmam var. ()Ceza aldım. ()Daha önce davam oldu ama ceza almadım.

15-Size karşı davaya dönüşmemiş malpraktis konulu Cimer, Sabim veya idareye yapılmış bir şikayet oldu mu?

()Evet ()Hayır

16-Hekimlik hayatınızda hiç fiziksel saldırıya uğradınız mı?

()Evet ()Hayır

17-Hekimlik hayatınızda hiç sözlü saldırıya uğradınız mı?

()Evet ()Hayır

Ek-4: Malpraktis Korkusu Ölçeği

1-Sağlık hizmet sunumuna yönelik hukuki gelişmeler nedeni ile mesleki uygulamalarımda önemli değişiklikler yapmak zorunda kaldım.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

2-Gelecek 10 yıl içinde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olacağım diye endişeleniyorum.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

3-Malpraktis davası tehdidi nedeniyle günlük mesleki uygulamalarımda kendimi baskı altında hissediyorum.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

4-Sadece malpraktisten kaçınmak için bazı testler ve konsültasyon istediğim olur.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

5-Özellikle dava edilme riskini azaltmak için bazen ileri uzman görüşü istediğim olur.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

6-Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

Ek-5: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği

1-Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın dışında tetkikler istiyorum,

1 2 3 4 5
Kesinlikle katılmıyorum () () () () () Tamamen katılıyorum

2-Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum,

1 2 3 4 5
Kesinlikle katılmıyorum () () () () () Tamamen katılıyorum

3-Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum,

1 2 3 4 5
Kesinlikle katılmıyorum () () () () () Tamamen katılıyorum

4-Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum,

1 2 3 4 5
Kesinlikle katılmıyorum () () () () () Tamamen katılıyorum

5-Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum,

1 2 3 4 5
Kesinlikle katılmıyorum () () () () () Tamamen katılıyorum

6-Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum,

1 2 3 4 5
Kesinlikle katılmıyorum () () () () () Tamamen katılıyorum

7-Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum,

1 2 3 4 5
Kesinlikle katılmıyorum () () () () () Tamamen katılıyorum

8-Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum,

1 2 3 4 5
Kesinlikle katılmıyorum () () () () () Tamamen katılıyorum

9-Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum,

1 2 3 4 5
Kesinlikle katılmıyorum () () () () () Tamamen katılıyorum

10-Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum,

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

11-Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum,

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

12-Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum,

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

13-Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum,

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

14-Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum,

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

15-Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

16-Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

17-Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum

18-Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5
() () () () () Tamamen katılıyorum