

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİMDALI

BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN
DEFANSİF TIP UYGULAMA ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN
ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Seval AYTURAN

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Burkay YAKAR

ELAZIĞ
2024

DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. Metin Kaya GÜRGÖZE

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Burkay YAKAR

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Burkay YAKAR _____ **Danışman**

Uzmanlık Tezi Değerlendirme Jüri Üyeleri

.....

.....

.....

.....

.....

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyuncaengin bilgi ve tecrübeleriyle eğitimime destek olup beni yönlendiren , manevi desteğini hep hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Burkay Yakar’a , her zaman desteğini hissettiğim katkılarını esirgemeyen hocam Sayın Dr Öğretim Üyesi Mehtap Karakulak Gömleksiz’ e;

Bugünlere ulaşmamda en büyük role sahip olan canım annem ve babama ;

Hayatımın her evresinde olduğu gibi bu evresinde de yanımda olan hayat arkadaşım, en büyük destekçim Feyzi Alper Ayturan’a ve hayatıma anlam ve neşe katan biricik kızım İdil Ece Ayturan’a ;

Sonsuz sevgi , saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Seval Ayturan

2023

ÖZET

Defansif tıp, tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili iddialardan kaçınmak amacıyla tıbbi uygulama standartlarından sapma olarak ifade edilir. Çalışmamız ile Türkiye genelinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamalarıyla ilişkili faktörleri ve tükenmişlik düzeylerinin defansif tıp uygulamalarına etkisini araştırmak amaçlandı.

Çalışmamız prospektif cross-sectional bir anket çalışması olup; Ağustos 2023 ile Kasım 2023 tarihleri arasında Türkiye geneli illerde asistan , pratisyen ve uzman 569 aile hekimi katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri online olarak Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği'nin ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin yer aldığı 58 soruluk anket ile elde edildi.

Çalışmamıza 569 hekim dahil edildi. . Katılımcıların %85.8'i daha önce defansif tıp uygulamaları kavramını duyduğunu, fakat %60.3'ü defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını bildirmişlerdir. Medeni durum, unvan ve hekimlerin görev yaptıkları bölge ile defansif tıp total ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptamadık. . Önümüzde ki 10 yıl içinde dava edilme olasılığını yüksek gören hekimlerin MTÖ total , duygusal ve duyarsızlaşma alt boyut puan ortancaları daha yüksekti. Defansif tıp bilgi düzeyi ile MTÖ total ve MTÖ duygusal ve duyarsızlaşma alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Sonuç olarak defansif tıp uygulamaları ve hekimlerde tükenmişlik sonuçları nedeniyle üzerinde durulması ve çözüm üretilmesi gereken bir konudur. Çalışmamızda defansif tıp tutum ölçeği total puanı, pozitif ve negatif defansif tıp alt ölçek puanı ile MTÖ total , MTÖ duygusal alt boyut ve MTÖ duyarsızlaşma alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon saptanması ; hekimlerde tükenmişlik düzeyinin azaltılmasına yönelik alınacak tedbirlerin defansif tıp uygulamalarında azalma meydana getireceğini düşündürdü.

Anahtar Kelimeler: Defansif Tıp , Tükenmişlik Sendromu

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF FACTORS RELATED TO DEFENSIVE MEDICINE PRACTICE CHARACTERISTICS AND BURNOUT LEVELS OF FAMILY PHYSICIANS WORKING IN PRIMARY CARE

Defensive medicine is defined as deviation from medical practice standards in order to avoid claims related to medical malpractice. Our study aimed to investigate the factors related to defensive medicine practices of family physicians working throughout Turkey and the effect of burnout levels on defensive medicine practices.

Our study is a prospective cross-sectional survey study; It was held between August 2023 and November 2023 with the participation of 569 family physicians, assistants, practitioners and specialists, in provinces across Turkey. Research data was obtained online with a 58-question survey including the Defensive Medicine Practices Attitude Scale and the Maslach Burnout Scale.

569 physicians were included in our study. 85.8% of the participants reported that they had heard of the concept of defensive medicine practices before, but 60.3% did not have sufficient knowledge about the content of the concept of defensive medicine practices. We did not detect a statistically significant difference between marital status, title and the region where physicians work and defensive medicine total and subscale scores. . Physicians who considered themselves likely to be sued in the next 10 years had higher MTS total, emotional and depersonalization subscale median scores. A statistically significant negative correlation was found between defensive medicine knowledge level and MTS total and MTS emotional and depersonalization subscale scores.

As a result, it is an issue that needs to be focused on and solved due to the results of defensive medicine practices and burnout in physicians. In our study, a statistically significant positive correlation was detected between the defensive medicine attitude scale total score, positive and negative defensive medicine subscale score, and MTS total, MTS emotional subscale and MTS depersonalization subscale scores; It suggested that measures to be taken to reduce the level of burnout in physicians would lead to a decrease in defensive medicine practices.

Key Words: Defensive Medicine, Burnout Syndrome

İÇİNDEKİLER

DEKANLIK ONAYI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1.Genel Bilgiler	2
1.1.1. Defansif Tıp Gelişim Süreci	2
1.1.2. Defansif Tıp Tanımı	4
1.1.3. Pozitif Defansif Tıp	4
1.1.4. Negatif Defansif Tıp	5
1.1.5. Defansif Tıp Yaygınlığı	5
1.2. Tükenmişlik Tanımı	6
1.2.1. Tükenmişliğin Boyutları	7
1.2.1.1. Duygusal Tükenme	7
1.2.1.2. Duyarsızlaşma	8
1.2.1.3. Kişisel Başarıda Azalma	8
1.2.2. Tükenmişlik Nedenleri	9
1.2.2.1. Bireysel Nedenler	9
1.2.2.2. Çevresel Nedenler	9
1.3. Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu	10
2.GEREÇ ve YÖNTEM	12
3.BULGULAR	14
4.TARTIŞMA	27
5. KAYNAKLAR	32
6. EKLER	37
7. ÖZGEÇMİŞ	41

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	14
Tablo 2. Katılımcıların görevleri sırasında karşılaştıkları idari, hukuki ve şiddet olayları özellikleri	15
Tablo 3. Katılımcıların defansif tıp ile ilgili görüşleri	16
Tablo 4. Katılımcıların malpraktis ve defansif tıp uygulamaları ile ilgili özellikleri	17
Tablo 5. Katılımcıların ölçek puanları	17
Tablo 6. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile DTTÖ total ve alt grup puanlarının karşılaştırılması	18
Tablo 7. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	19
Tablo 8. Katılımcıların hekimlik pratiği ile DTTÖ puanlarının karşılaştırılması	21
Tablo 9. Katılımcıların hekimlik pratiği ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	23
Tablo 10. Ölçek puanları arasında ki korelasyon analizi	25
Tablo 11. Hekimlerin defansif tıp uygulama düzeylerinin bazı özellikler ile karşılaştırılması	26

KISALTMALAR LİSTESİ

DT	: Defansif Tıp
DTTÖ	:Defansif Tıp Tutum Ölçeği
MTÖ	:Maslach Tükenmişlik Ölçeği



1. GİRİŞ

Mevcut şartlarda malpraktis (tıbbi uygulama hatası) davaları ile karşılaşan doktor sayısında giderek artan bir eğilim gözlenmektedir. Bu artış, teknolojik gelişmelere, hukuki düzenlemelerdeki değişikliklere ve insanların yaşam beklentilerinin artmasına bağlanmaktadır (1).

Hekimlerin sağlık sisteminde dominant bir rol oynaması nedeniyle, genellikle davaların sorumluluğu onların omuzlarına yüklenmektedir. Bu durum, hekimlerin üzerinde ağır bir yük oluşturarak, bir çıkış yolu aramalarına ve bu yükü hafifletebilmek için defansif tıbbi tercih etmelerine neden olmaktadır (2).

Defansif tıp, tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili iddialardan kaçınmak amacıyla tıbbi uygulama standartlarından sapma olarak ifade edilir (3). Defansif tıp uygulamaların temel amacı, sağlık çalışanlarının hastalarının iyileşmesine odaklanmak yerine, kendilerine dava açılmasını önlemektir (4).

Defansif tıp uygulamaları, dünya genelinde tartışılan bir konu olmasına rağmen, hekimler arasındaki çalışmalarda bu uygulamaların yüksek oranlarda kullanıldığı gözlemlenmiştir. Bu çalışmalara göre, Japonya'da %98, ABD'de %79-93 arasında, İtalya'da %80, İsrail'de %60 ve Türkiye'de %78 oranında defansif tıp uygulandığı sonucuna ulaşılmıştır (5,6)

Tükenmişlik kavramı ise, ilk olarak 1974 yılında sağlık çalışanlarıyla ilişkilendirilerek ortaya çıkmış olup, uzun süreli iş stresinin sonucunda zihinsel ve fiziksel enerji tükenmesi olarak nitelendirilmektedir (7) Tükenmişlik ilk olarak Freudenberger tarafından ve daha sonra Maslach ve meslektaşları tarafından tanımlanmıştır. Maslach ve arkadaşları tükenmişliği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarının azalmasının bir kombinasyonu olarak tanımlamıştır (8)

Bu çalışmanın amacı birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin defansif tıp uygulama özellikleri ile ilişkili faktörlerin ve tükenmişlik düzeylerinin defansif tıp uygulamalarına etkisinin araştırılmasıdır.

1.1.Genel Bilgiler

1.1.1. Defansif Tıp Gelişim Süreci

1765 yılında İngiliz hukuk bilgini Sir William Blackstone İngiltere Yasaları Üzerine Yorumlar 'da "Mala Praksisi " doktorun veya cerrahın ihmali veya beceriksizliği olarak ifade edilmiştir . Günümüzde malpraktis kelimesi bu terimden türetilmiştir. ABD'de 1794 yılında ilk tıbbi uygulama hatası davası Connecticut'ta bir hastanın cerrahi komplikasyon sonucu ölmesi sebebiyle gerçekleşmiştir. [berlin3].

Malpraktis davaları 19. Yüzyılda bazı avukatlar için cazip yeni bir alan olarak ortaya çıkmaya başlamıştır (9)

Yirminci yüzyılın ilk altmış yılında, hemen hemen tüm malpraktis davaları tıbbi hatalar nedeniyle açılmıştır. Bunlar arasında radyasyon tedavisi sonrası yanıklar, laboratuvar test sonuçlarının doğru şekilde yorumlanmaması ve yanlış medikal tedavi uygulanması gibi durumlar bulunmaktadır. Ancak 1960'ların sonlarına doğru ve 1970'lerin başlarında, yanlış tedavi davalarının sayısında bir artış gözlenir ve bu davaların niteliği de değişir. Genel olarak, doktorlara yönelik ihmallerle ilgili suçlamaların niteliği önemli bir değişim geçirir. Artık hekimlere yöneltilen suçlamalar, yanlış tedavi, tetkik ve uygulamalardan ziyade, yapılması gereken bir şeyi yapmadığı veya eksik yaptığı şeklinde ortaya çıkar (10)

Dünya Tabipler Birliği, 1992'de düzenlenen 44. Genel Kurul sonrasında "Tıpta Yanlış Uygulama Konulu Bildirge"yi yayınlamıştır. Bu bildirgeye göre, malpraktis (tıbbi uygulama hataları) "hekimin tedavi esnasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği yada hastayı tedavi etmemesi nedeniyle oluşan zarar" şeklinde tanımlanmış; tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen, hekimin kusuru olmayan durumlar (komplikasyonlar) ile ayırım yapılmıştır. Bu bildiride, malpraktis davalarının artışının birçok nedenle ilişkilendirildiği ifade edilmiştir. Bu nedenler şu şekilde sıralanmıştır:

- a) Tıbbi hizmetlerin yükselen maliyeti konusundaki baskı, doktorlar üzerinde etkili olmaktadır.
- b) Medya, doktorların yetenekleri, bilgi düzeyi, davranışları ve hasta ile etkileşimlerini olumsuz bir şekilde sorgulayan tutumuyla, hastaları doktorlara karşı dava açmaya teşvik etmektedir.

- c) Tıbbi bilgidaki artış ve tıbbi teknolojinin ilerlemesi, hekimleri geçmişte gerçekleştiremedikleri bazı işlemleri yapmaya yönlendirmektedir; bu gelişmeler genellikle önemli riskleri de içermektedir.
- d) Elde edilebilir olan sağlık hizmetine ulaşma hakkı, garanti edilemeyen sağlıklı olma ve kalma hakkı ile karıştırılmaktadır.
- e) Hızla artış gösteren davalara karşı defansif (çekingen) tıp uygulamasının dolaylı olmayan etkileri, hukuki dava konusu haline gelmektedir.

Çözüm önerisi olarak, Ulusal Tabip Birliklerinin hastalar ve hekimler için adil ve eşitlik temelinde bir ortam sağlamak amacıyla aşağıdaki faaliyetleri yerine getirmesi gerektiği belirtilmiştir:

- a) Teknolojinin beraberinde getirdiği riskler hakkında halkı bilgilendirmek ve bu tür tedavi ve cerrahilerde hastanın bilgilendirilmiş onayını almak için hekimlere eğitim sağlamak.
- b) Okullarda ve sosyal çevrelerde genel sağlık eğitim programlarını desteklemek
- c) Tüm doktorlar için klinik eğitim deneyimi de dahil tıp eğitiminin seviyesini ve kalitesini artırmak
- d) Doktorlar için tıbbi hizmetlerin kalitesini artıracak programlar geliştirmek
- e) Tıptaki sorunları tanımlamak ve sağlık hizmetlerindeki kaynak yetersizliği konusunda bilinçlendirme yaparak kamuoyu oluşturmak
- f) Halkı, tıbbi uygulamalar esnasında önceden tespit edilemeyen durumların olabileceği ve bunların kötü uygulama olmadığı konusunda bilgilendirmek
- g) Kötü uygulama dışında meydana gelmiş tıbbi hatalar konusunda hekimlere destek olmak
- h) Hukuki olmayan taleplere ve davalarına karşı avukatların uygun olmayan propaganda yapmalarına karşı aktif bir tutum sergilemek
- i) Kötü uygulama iddialarının mahkemeye gitmeden çözülmesi için yenilikçi yöntemler geliştirmek
- j) Hekimlerin sigortaya teşviki ve hekim bir kurumda çalışıyor ise işverenin bu masrafları karşılamasını sağlamak

- k) Kötü uygulama olmadan zarar görmüş hastaların zararlarının tespiti ve ödenmesi için yapılan süreçlerde karar vermeyi kolaylaştırıcı danışmanlık hizmeti sunmak (11)

1.1.2. Defansif Tıp Tanımı

Defansif tıp görüşünden ilk olarak Amerika Birleşik Devletlerinde 1970’li yıllarda bahsedilmiş ve hekimin potansiyel davalardan kaçınmak amacıyla, ihtiyaç olmadığı halde tanı-tedavi protokollerini kullanması ve malpraktis iddialarına neden olabilecek riskli işlemlerden kaçınma davranışları şeklinde tanımlanmıştır (12).

Yine başka bir tanımda hekimin hastanın faydasına odaklanmak yerine kişisel çıkar algısıyla yönlendirilen klinik uygulamalarda bulunması, fazladan tetkikler istemesi, tedavi protokolleri uygulaması, ek vizitler yapması veya bazı yüksek riskli hastalardan, tedavi tatbiklerinden kaçınması gibi işlemleri öncelikle (ancak yalnızca değil) malpraktis davası endişesiyle gerçekleştirmesi" gibi ifadelerde, defansif tıp kavramının çeşitli etkenlerden etkilenebileceği vurgulanmıştır (13).

1.1.3. Pozitif Defansif Tıp

Pozitif defansif tıp, hukuki sorumluluk veya eleştirilere karşı korunma amacıyla malpraktis davaları, şikayetler veya eleştirilere karşı önlem almak için fazladan testler veya tedaviler istemeyi içeren defansif tıp türüdür (14)

Yine yapılması gerekenlere ek olarak , gerekli olmayan uygulamaların kendini korumak için fazladan yapılması olarakta tanımlanabilir (15).

Pozitif defansif tıp uygulamaları:

- Gereksiz görüntüleme yöntemlerinin istenmesi
- Gereksiz laboratuvar tetkiklerinin istenmesi
- Gereksiz konsültasyon istenmesi
- Gereksiz ameliyatların yapılması
- Fazladan ilaç reçete edilmesi
- Zorunluluk olmamasına rağmen hastanın yatış yapılarak takibi
- Olması gerekenden sık yatan hasta vizitleri
- Hasta kayıtlarının fazla ayrıntılı tutulması
- Hasta ve yakınlarını gereğinden fazla bilgilendirme

- Hasta ve yakınlarını gereğinden fazla memnun etme çabası
- Aydınlatılmış onam formlarını gereğinden fazla özen gösterilmesi (15)

1.1.4. Negatif Defansif Tıp

Negatif defansif tıp uygulamalarında, hekimler hastaların dava açma ve tıbbi hata iddialarıyla karşılaşma korkusuyla başa çıkmak için teşhis ve tedaviden kaçınma eğilimindedirler. Negatif defansif tıp uygulamaları, sağlık profesyonellerinin sorumluluk endişeleri nedeniyle yüksek riskli olarak değerlendirdikleri hastaları diğer doktorlara sevk ettikleri veya belirli hastaların izlemlerini sonlandırdıkları, riskli operasyonları gerçekleştirmedikleri durumları içerir. Hekimler, çalıştıkları sağlık kurumunun basamağına (birinci veya son basamak olması), mevcut teknolojik imkanlara ve hekimin kişisel tıbbi algısına bağlı olarak çeşitli negatif defansif tıp uygulamalarını gerçekleştirebilmektedirler (16).

Yine başka bir deyişle hekimin tıbbi veya cerrahi işlem yapılması gereken bir vakada, gerekli donanıma sahip olduğu halde hastayı başka bir hekim veya sağlık kuruluşuna yönlendirerek, hastanın tanı ve tedavi prosesinde olmaktan kaçınmaya yönelik davranışlarda bulunması olarak tanımlanmaktadır (17).

Negatif Defansif Tıp Uygulamaları

- Risk barındıran hastaların kabulü ve takibinden uzak durma
- Risk barındıran tedavilerden uzak durma
- Risk barındıran cerrahi operasyonlardan uzak durma
- Risk barındıran girişimsel yöntemlerden uzak durma
- Risk barındıran hastalardan olması gerekenden sık konsültasyon isteme
- Risk barındıran hastaları sevk etmeye eğilimli olma
- Riskli hastaları başka sağlık hizmeti veren kurumlara överek yönlendirme
- Girişimsel tedaviler öncesi, hastaların ve yakınlarının olası olumsuzluklarda göstereceği tepkilerden korunmak amacıyla, girişimlerin riskini abartarak anlatma (15)

1.1.5. Defansif Tıp Yaygınlığı

Birçok araştırmada defansif tıp, modern tıp için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Aynı şekilde birçok rapora göre, çoğu hekim defansif tıp uygulamalarına

yönelmiş veya halihazırda kullanılmaktadır. Defansif tıp, belirli bir ülkenin, kültürün, ideolojinin veya ekonominin problemi olmayıp, dünya genelinde evrensel bir sorun olarak karşılaşılan bir durumdur (18). Güneydoğu İran'da yapılan bir çalışmada pratisyen hekimlerin pozitif ve negatif defansif tıp uygulama sıklığı %99,8 ve %79,2 idi (19). 2019 yılında Hollanda da yapılan çalışmada katılımcıların çoğunluğu pozitif ve negatif defansif tıp davranışları uyguladıklarını kabul etmişlerdir (sırasıyla %89 ve %42) (20). Amerika birleşik devletlerinde yapılan bir çalışmada %91 oranında hekimlerin malpraktis davalarından korunmak maksadıyla defansif tıba başvurdukları görüldü (21). İtalya da yapılan çalışmada pratisyen hekimler arasında %77,9 oranında defansif tıp uygulama sıklığı görülmüştür (22).

2013 yılında Türkiye'de, 88 hekimin 81'ine ulaşılarak gerçekleştirilen değerlendirmede, hekimlerin büyük çoğunluğunun defansif tıp uyguladığı belirlendi. Bu değerlendirmeye göre, hekimlerin %21'i çok iyi, %49,3'ü iyi, %23,5'i orta derecede, %6,2'si ise zayıf derecede defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşıldı. Çalışmaya dahil edilen aile hekimliği grubunda, malpraktis davaları açısından düşük riskli bir branş olmasına rağmen, defansif tıp uygulamalarının yaygın olduğu tespit edildi (4).

Çin'deki Ulusal Kadın Hastalıkları ve Doğum Kongresi'nde 2017 yılında gerçekleştirilen bir anket çalışması, 1486 kadın hastalıkları ve doğum uzmanının katılımıyla değerlendirilmiştir. Katılımcıların %60,8'inin hastalara yaklaşım konusunda bir anlaşmazlık yaşadığı, %19'u hakkında dava açıldığı ve bu hekimlerin %60,1'inin davayı kazanamadığı belirlenmiştir. Hekimlerin %62,9'u defansif tıp uygulamalarından birine başvurduğunu kabul etmiştir (18).

1.2. Tükenmişlik Tanımı

Tükenmişlik, sürekli stresin etkisi altında kalmaktan kaynaklanan düşük öz saygı ve yeterli olamama hissi ile birlikte zihinsel ve fiziksel tükenmişlik durumudur (23). Tükenmişlik terimi, ilk defa 1974 yılında Freudenberger tarafından ortaya atılmıştır. Bu kavram, çalışanlar arasında iş stresi sonucu gelişen ve işlerini yerine getiremez hale gelmelerine neden olan yorgunluk, hayal kırıklığı, zihinsel ve fiziksel enerji kaybı ile belirginleşen bir durumu tanımlamaktadır (24).

Kısaca, tükenmişlik bir iş ortamına özgü bir sendrom olup, bireylerin iş stresine cevaben tepkilerinde, işle ilgili tutum ve davranışlarında meydana gelen olumsuz değişiklikler olarak tanımlanmaktadır (25).

Günümüzde genel olarak kabul gören tanımı, Christina Maslach tarafından yapılmıştır. Maslach'a göre, tükenmişlik sendromu : Mesleki gereksinimler nedeniyle sürekli olarak yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve devamlı olarak diğer insanlarla yüz yüze çalışmak zorunda olan bireylerde gözlemlenen , fiziksel yorgunluk, uzun süren yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk hislerinin, işte, yaşamda ve diğer insanlarla ilişkilerde olumsuz bir tutumla yansıdığı bir sendromdur (26).

Maslach ve Jackson, 1986 senesinde yayınlanan "Maslach Tükenmişlik Ölçeği El Kitabı"nda, tükenmişlik sendromunun üç temel etkene bağlı olduğunu belirtmiştir. Bu etkenler şunlardır: Duygusal tükenme ("emotional exhaustion"), duyarsızlaşma ("depersonalization") ve kişisel başarıda azalma ("reduce personal accomplishment") (27).

1.2.1. Tükenmişliğin Boyutları

1.2.1.1. Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme, tükenmişliğin diğer iki bileşenine oranla daha fazla raporlanan ve en detaylı bir şekilde incelenen unsuru olarak öne çıkar. Bireyler kendilerini veya bir başka kişiyi tükenmiş olarak belirttiklerinde genellikle duygusal tükenme deneyiminden bahsederler (28).

Duygusal tükenme, Maslach'a göre tükenmişlik sendromunun merkezidir. Bireyin olaylar ve diğer insanların taleplerine verdiği yanıt olarak ortaya çıkan duygusal tükenme, kişinin bu taleplere karşı duyduğu bunalımı ifade eder. Yeni bir günde çalışmak için gerekli enerjiyi kendilerinde bulamayan kişiler , kaynaklarını tüketmiş hissederler. Tüm bu etkiler, duygusal tükenmişlik yaşayan kişinin bu durumu yönetmek için insanlarla olan etkileşimi azaltma, insanlarla tanışmaktan kaçınma ve yüzyüze kaldıkları olaylara duygusal olarak katılmaktan kaçınma eğiliminde olmasına neden olur. Bahsedilen durum, doktorlarda ortaya çıktığında, kişisel ilgi gözetmeksizin bakım ve tedavi alan hastaların bulunduğu bir tablo ortaya çıkar. Artan duygusal kopukluk ve duyguları reddetme durumu, doktoru diğer insanların

taleplerine karşı kayıtsızlık ve umursamazlık tutumunu benimsemeye yönlendirir ve sendromun ikinci bileşeni olan duyarsızlaşma ortaya çıkar (29).

1.2.1.2. Duyarsızlaşma

Maslach'un ifadesine göre, duyarsızlaşma, kişinin hizmet verdiği kişilere ve iş arkadaşlarına, onları birey olarak görmektense yerine empati yeteneğini ve duygularını kullanmaktan kaçınıp , ara sıra aşağılayıcı ve kayıtsız tutumlar sergileyerek davranması anlamına gelir. Sonuçta kişinin karşılaştıkları insanları birey olarak görmek yerine, onlara nesneler gibi davranmasına neden olur. Karşılaştıkları insanlarla ilgili olarak olumsuz duygular barındırma ve o kişileri yok sayma davranışları, zamanla bireyin kendisine yönelir ve kişisel başarıda azalma duygusu, sendromun üçüncü bileşeni olarak kendini gösterir (29).

Gerçekte, tükenmişlik yaşayan çalışanların hizmet verdikleri kişilere nesne gibi davranmaları, kullanılan dil, duyarsızlık ve alaycı bir tavır sergilemelerinin temelinde, bir yabancılaşma hissi ve duygusal tükenmeye karşı geliştirilmiş bir duygusal savunma mekanizması bulunmaktadır (30).

1.2.1.3. Kişisel Başarıda Azalma

Kişisel başarıda azalma hissi olarak ifade edilen durum, Maslach'a göre, bireyin hizmet verdiği kişilerle olan ilişki becerilerinde yetersizlik hissi yaşaması ve bu duyguyu kendi başarısızlığı olarak algılaması şeklinde ortaya çıkar. Bu durumu yaşayan bireyler, günlük görevleri yerine getirme konusunda zorlanır, iş performansları önemli ölçüde olumsuz etkilenir, konsantrasyon sorunlarıyla karşılaşır ve yaratıcılık eksikliğiyle mücadele ederler. Ancak, özgüvenini kaybetmiş bir birey depresyonla mücadele etmektedir ve bu durum onun için zorlu bir süreçtir. Sonuç olarak, tükenmiş olan birey, işinden kaçma, bahaneler üretme, görevlerini yerine getirmeme ve iş değiştirme veya bırakma eğiliminde olan davranışlar sergiler (29).

1.2.2. Tükenmişlik Nedenleri

1.2.2.1. Bireysel Nedenler

Kişisel nedenler arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, meslekte ki çalışma yılı, motivasyon, benlik saygısı, güç, sorunlara karşı direnç düzeyi, işe aşırı düşkünlük, kişisel beklenti seviyesi ve tolerans seviyesi yer alabilir (25).

Yürütülen araştırmalarda, analiz edilen demografik faktörler arasında en belirgin şekilde tükenmişlikle ilişkilendirilen değişkenin yaş olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda, genç çalışanlar arasında tükenmişlik düzeyinin, 30 veya 40 yaş üstündeki bireylerden daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (28).

Bu durumun sebepleri arasında, ileri yaşta olan personellerin sorunları ele alma konusunda geliştirdikleri yöntemlerin etkili olması ve daha genç personellerin mükemmeliyet arayışlarına karşılık bulamamalarının, daha fazla tükenmişlik yaşamalarına neden olduğu iddia edilmektedir (31).

Bazı araştırmalar, daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin, daha az eğitim almış çalışanlara kıyasla daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıklarını göstermiştir. Eğitim düzeyinin, meslek ve statü gibi diğer değişkenlerle ilişkilendirildiğinde, yüksek eğitilmiş bireylerin işlerinde daha fazla sorumluluk taşıdıkları ve daha yüksek düzeyde stresle karşılaştıkları düşünülebilir. Ayrıca, daha eğitilmiş bireylerin işlerinde daha yüksek beklentilere sahip olmaları ve bu beklentilerin karşılanmaması durumunda daha fazla duygusal zorlanma yaşamaları muhtemeldir. Maslach'a göre, bireylerin iş ortamında sergiledikleri tepkiler, işleriyle ilgili beklentilere bağlı olarak değişir. Zaman zaman bu beklentiler, işin doğası (heyecanlı, zorlayıcı, eğlenceli) ile başarı elde etme olasılığı açısından çok yüksek olabilir. Bu tür yüksek beklentilerin karşılanamadığı bir iş ortamı, tükenmişlik için önemli bir risk faktörü oluşturur. Yüksek beklentiler, bireylerin aşırı çaba harcamalarına ve bu çabanın sonucunda beklentilerin karşılanamadığı durumda tükenme yaşamalarına yol açabilir (28).

1.2.2.2. Çevresel Nedenler

İş ortamı, iş yükü, iş ilişkileri ve rol karmaşası, mesleki kıdem, sınırlı sosyal destek, belirsiz meslek tanımı, yönetim sorunları, ekonomik zorluklar, işyerinin

fiziksel koşulları, ailesel ve toplumsal nedenler, tükenmişliğin çevresel etkenleri olarak belirlenmiştir.

Tıpkı diğerk meslek grupları gibi, hekimler de mezun olduklarında, ideallerine uygun bir iş ortamıyla karşılaşmayı beklerler. Bu, düzenli bir hastane, sağlıklı fiziksel çevre, yeterli araç-gereç, uyumlu ekip çalışması ve sağlıklı iletişim gibi faktörleri içermektedir. Hekimler için bu şartlar, işlerini sevmek, verimliliği artırma ve beklenen hizmeti sağlama yeteneği anlamına gelir. Ancak, genellikle bu koşulların istenen düzeyde olmadığı uygulamada sıkça görölmektedir. Bu tür çevresel faktörler ve çalışma koşulları, hekimlerde farkında olunan veya olunmayan olumsuzluklara yol açabilir (25).

1.3. Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu

İnsanlarla doğrudan etkileşimde bulunan meslek gruplarında, diğerk meslek gruplarına göre daha sık tükenmişlik göröldüğü belirlenmiştir. Kişi, başa çıkma mekanizmalarını aşan taleplerle karşılaştığında, stres reaksiyonları davranış ve performansta azalmaya neden olabilir. Tükenmişlik sendromu, özellikle hekimler gibi insanların doğrudan temas halinde olan tüm sağlık personelinde sıkça gözlemlenen bir durumdur (32).

Hekimler, günlük rutinlerinde yüksek seviyede stres ve iş yükü ile karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle, zihinsel hastalıklara yakalanma, madde kullanımı ve ne yazık ki intihar riski, bu meslek grubu için oldukça yüksektir. Hekimler, meslekleri gereği durmaksızın doktor hasta ilişkisi içindedirler. Bu ilişki, tüm hastaları iyileştirme arzusu, hastalıkların ilerlemesiyle birlikte başarısızlık duygusu, hastalık nedenli kayıplara karşı güçsüzlük hissi, kayıplar karşısında üzüntü ve hüzn , hastalanma korkusu gibi duygusal olarak zorlayıcı durumları içermektedir. Bahsi geçen duygulara sürekli maruz kalma ve işle ilgili diğerk faktörlerin birleşimi, hekimleri tükenmişlik riski yüksek bir meslek grubu haline getirmektedir (33).

Hekimlerde sıkça gözlenen tükenmişlik durumunun nedenleri arasında, yoğun hasta akışı, kaotik çalışma ortamı, hasta ve hasta refakatçilerinin bilinçsizliği ve yüksek beklentileri, çalışma ortamlarında ki işleyiş problemleri, personel eksikliği gibi faktörler önemli bir etkiye sahiptir. Bu nedenlerle ortaya çıkan tükenmişlik, tıbbi uygulamalardaki hatalarla sıkı bir ilişki içerisindedir (34).

Hekimlerdeki tükenmişlik sendromu, öteki mesleklerde görülen tükenmişlik hissinden farklı değildir, fakat ortaya çıkan sonuçlar nedeniyle hekimlerdeki tükenmişlik, hastaların sağlığı üzerinde olumsuz etkiler doğurabileceğinden diğer meslek gruplarından farklı bir perspektifle ele alınmalıdır. Bazı araştırmalarda en şiddetli tükenmişlik sendromu cerrahi, yoğun bakım , onkoloji bölümlerinde gözlemlenmiştir. Ayrıca bazı çalışmalar, psikiyatristlerin diğer bölüm hekimlerine göre tükenmişlik sendromuna daha duyarlı olabileceğini öne sürmektedir (32).

Hekimlerin tükenmişliği, bireysel ve çevresel etkilerinin yanı sıra önemli miktarda mali sonuçları da beraberinde getirir, yapılan çalışmalar bunu açıkça ortaya koymaktadır. Owen Dyer'ın British Medical Journal'da yayımlanan makalesine göre, Birleşik Krallık'ta hekim tükenmişliğinin 4.6 milyar dolarlık maliyete neden olduğu görülmüştür. Aynı makalede, hekim tükenmişliğini önlemeye yönelik düzenlemeleri reddeden yönetimlerin aslında uzun vadede finansal açıdan hatalı kararlar aldıkları, hekim tükenmişliğinin maliyetinin daha büyük olduğu belirtilmiştir (35).

Yapılan çalışmalara bakacak olursak 2020 yılında Çin'de yapılan araştırmanın sonucunda, Çin'deki hekimlerde tükenmişlik yaygınlığının %75,48, yüksek tükenmişlik yaygınlığının %9,37 oranında olduğunu gözlenmiştir (36). Benzer şekilde, Avrupa Genel Uygulama Araştırma Ağı Tükenmişlik Çalışma Grubu'nun 2008 yılında yapılan 12 Avrupa ülkesinden 1.400 aile hekimini kapsayan araştırması da şu sonuçları ortaya çıkardı: Katılımcıların %43'ü duygusal tükenme, %35'i duyarsızlaşma ve %32'si düşük kişisel tükenme konusunda yüksek puan aldı. Katılımcıların %12'si her üç boyutta da tükenmişlik yaşadı (37). Fransa'da yapılan toplam 37 çalışma ve 15.183 Fransız doktorun dahil edildiği meta analizde tükenmişlik % 49 idi (38).

2.GEREÇ ve YÖNTEM

2.GEREÇ ve YÖNTEM

Prospektif kesitsel çalışmamızın evrenini aile hekimleri oluşturmuştur. T.C. Sağlık Bakanlığı, en son yayınlanan Sağlık istatistikleri yıllığı verilerine göre toplam aile hekimi sayısı 26594 kişidir. Mevcut literatür verilerinde elde edilen defansif tıp uygulama sıklığı %40, 0,05 anlamlılık düzeyinde, etki büyüklüğü ($d=0.04$) ve evren büyüklüğü 26594 alınarak örneklem büyüklüğü hesaplandı ve minimum 564 aile hekimine ulaşmak hedeflendi.

İl Sağlık Müdürlüklerinden iletişim numaraları temin edilen tüm aile hekimleri online platformda çalışmaya davet edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve anket formunu yanıtlayan 569 aile hekimi çalışmaya dahil edildi. Hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşıldığında online form daveti sonlandırıldı.

Araştırma verileri çevrimiçi bir anket ile Ağustos 2023 ile Kasım 2023 tarihleri arasında elde edildi. Anket, Google formu (docs.google.com) kullanılarak hazırlandı. Hazırlanan online anket , whats-app uygulaması ile katılımcılara iletildi. Anket formu çalışma hakkında bilgilendirme metni ve katılımcıların onamlarının sorgulandığı giriş bölümü ile başlamaktaydı. Bu bölümde çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ister misiniz? Sorusuna evet cevabı veren katılımcılar anketin geri kalan sorularını görebilmekte, hayır cevabı veren katılımcılar için ise anket burada sonlanmakta idi.

Çalışmaya katılan hekimlere herhangi bir kimlik bilgisi sorulmadı. Bu çalışma sosyal güvenlik kurumuna veya çalışmayı yapana herhangi bir maliyet getirmedi.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri literatür taraması ile hazırlanan anket formu ile sorgulandı (EK-2)

Katılımcıların defansif tıp uygulama özellikleri “Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği” ile değerlendirildi. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Başer ve ark. (4) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach alfa= 0,853). Ölçek 18 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar: pozitif defansif tıp (9 madde), negatif defansif tıp (5 madde) ve bilgi düzeyi (4 madde) alt boyutlarıdır. Ölçekte 1-14 arası maddeler “hiç katılmıyorum (1 puan), katılmıyorum (2 puan), kararsızım (3 puan), katılıyorum (4 puan), tamamen katılıyorum (5 puan) şeklinde 5’li likert ölçeğine dayandırılmıştır. (EK-3)

Defansif tıp tutum ölçeğine verilen yanıtla göre katılımcıların toplam puanı hesaplandı ve katılımcıların defansif tıp tutumları 4 gruba ayrıldı. Toplam puan üzerinden (27-14) puan arası kötü defansif tıp (düşük düzeyde defansif tıp uygulayanlar), (41-28) puan orta defansif tıp (orta düzeyde defansif tıp uygulayanlar), (55-42) puan iyi defansif tıp (yüksek düzeyde defansif tıp uygulayanlar) ve (70-56) puan arası ise çok iyi defansif tıp (çok yüksek düzeyde defansif tıp uygulayanlar) olarak gruplandırıldı.

Katılımcıların tükenmişlik düzeyi 22 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı) ile değerlendirilecektir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Maslach tarafından geliştirilen ve tükenmişlik sendromunun değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçektir. Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1992 yılında Ergin ve ark tarafından yapılmıştır . Ölçeği üç alt ölçekten ve 22 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler:

- 1) Duygusal tükenme (DT) = 9 madde
- 2) Duyarsızlaşma (DYS)= 5 madde
- 3) Kişisel başarı (KB)= 8 maddeden oluşmaktadır.

Maddeler 5 dereceli Likert tipi yanıtlanan önermelerden oluşmaktadır. İçeriğin güvenilirliğini belirlemek için hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı $\alpha=0,93$ olarak bulunmuştur (EK-4)

Tüm olgu gruplarına uygulanan anketlerin sonuçları toplanarak uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi.

a) Çalışmaya dahil olma kriteri

- 1) Türkiye 'de çalışıyor olmak
- 2) Pratisyen aile hekimi , Asistan aile hekimi, Aile hekimi uzmanı olmak.

b) Çalışmadan dışlanma kriteri

- 1) Araştırmaya katılmayı kabul etmeme
- 2) Yabancı uyruklu olmak
- 3) Aile hekimliği sistemi dışında hekimlik yapmak
- 4) Geçici görevlendirme ile aile hekimliği yapıyor olmak

3.BULGULAR

Çalışmaya aile hekimi olarak çalışan veya aile hekimliği asistanı olan toplam 569 hekim dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 39.6 ± 9.7 yılıdır. Katılımcıların %45.0'ı (n=256) kadın, %55.0'ı (n=313) erkekti. Katılımcıların %78.0'ı (n=444) evli, %53.3'ü (n=303) pratisyen aile hekimi idi. Çalışma popülasyonunun %55.4'ü (n=315) şehir merkezlerinde görev yapmakta idi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Özellikler	$\bar{x} \pm ss$	Ortanca (min-max)
Yaş (yıl)	39.6 ± 9.7	38.0 (24.0-66.0)
Cinsiyet	Sayı	yüzde
Kadın	256	45.0
Erkek	313	55.0
Medeni durum		
Bekar	101	17.8
Evli	444	78.0
Dul veya boşanmış	24	4.2
Ünvan		
Pratisyen hekim	303	53.3
Aile Hekimliği Uzmanı	114	20.0
Aile Hekimliği asistanı	147	25.8
Diğer alan uzmanı	5	0.9
Aktif olarak çalışılan bölge		
İl merkezi	315	55.4
İlçe	208	36.6
Kasaba / köy	46	8.1

Katılımcıların %77.3'ü (n=440) daha önce hasta tarafından ilgili makamlara şikayet edildiğini bildirdi. Katılımcıların %39.7'si (n=226) görevlerini icra ederken hasta şikayeti nedeni ile idari soruşturma, %16.5'i (n=94) ise adli soruşturma geçirmişti. Katılımcıların %36.2'si (n=206) oldukça fazla, %16.7'si (n=95) ise çok fazla kendisine dava açılmasından endişeli olduğunu bildirmişlerdir. Katılımcıların %25.0'ı (n=142) daha önce mesleğini icra ederken fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların görevleri sırasında karşılaştıkları idari, hukuki ve şiddet olayları özellikleri

Özellikler	Sayı	yüzde
Hiç hasta tarafından şikayet edildiniz mi?		
Evet	440	77.3
Hayır	129	22.7
Hasta şikayeti nedeni ile idari soruşturma geçirdiniz mi?		
Evet	226	39.7
Hayır	343	60.3
Hiç mesleğiniz nedeni ile dava edildiniz mi?		
Evet	94	16.5
Hayır	475	83.5
Malpraktis davası geçiren tanıdığınız var mı?		
Evet	214	37.6
Hayır	355	62.4
Tarafınıza dava açılmasından ne kadar endişelisiniz?		
Hiç	27	4.7
Biraz	241	42.4
Oldukça fazla	206	36.2
Çok fazla	95	16.7
Hiç fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?		
Evet	142	25.0
Hayır	427	75.0

Hekimlerin %32.0'ı (n=182) defansif tıbbın dava edilme riskini oldukça fazla olasılıkla, %9.5'i (n=54) ise çok fazla olasılıkla azaltabileceğini bildirmişlerdir. İleri ki 10 yıl içinde dava edilme olasılığını hekimlerin %64.5'i (n=367) olası, %18.8'i (n=107) ise yüksek olası bildirmişlerdir. Hekimlerin %11.6'sı (n=66) defansif tıbbın malpraktis davaları ve hasta şikayetlerinden hiç korumayacağını, %49.4'ü (n=281) ise az da olsa etkili olabileceğini bildirmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların defansif tıp ile ilgili görüşleri

Özellikler	Sayı	yüzde
Defansif tıbbi yaklaşımların hekimlerin dava edilme riskini ne kadar azalttığını düşünüyorsunuz?		
Hiç	74	13.0
Biraz	259	45.5
Oldukça fazla	182	32.0
Çok fazla	54	9.5
Önümüzde ki 10 yıl içinde dava edilme olasılığınız sizce nedir		
Yok	8	1.4
Çok düşük olasılık	87	15.3
Olası	367	64.5
Yüksek olasılıkla	107	18.8
Günlük hekimlik pratiğinizde ne düzeyde risk alırsınız?		
Hiç	68	12.0
Biraz	407	71.5
Sıklıkla	82	14.4
Risk almaktan kaçınmam	12	2.1
Sizce defansif tıp hekimleri malpraktis ve hasta şikayetlerinden korumada ne kadar etkilidir?		
Hiç	66	11.6
Az da olsa etkilidir	281	49.4
Yarı yarıya etkilidir	134	23.6
Çok etkilidir	88	15.5

Katılımcıların %6.9'u (n=39) tarafına malpraktis davası açıldığını bildirmişlerdir. Katılımcıların büyük kısmı [%94.9 (n=540)] malpraktis davalarının hekimlerin mesleki performanslarını etkilediğini bildirmişlerdir. Katılımcıların %85.8'i (n=488) daha önce defansif tıp uygulamaları kavramını duyduğunu, fakat %60.3'ü (n=343) defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını bildirmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların malpraktis ve defansif tıp uygulamaları ile ilgili özellikleri

Özellikler	Sayı	yüzde
Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile tarafınıza dava açıldı mı?		
Evet	39	6.9
Hayır	530	93.1
Malpraktis davalarının hekimlerin performansına sizce etkisi olur mu?		
Evet	540	94.9
Hayır	29	5.1
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?		
Evet	488	85.8
Hayır	81	14.2
Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?		
Evet	226	39.7
Hayır	343	60.3

Katılımcıların hekimlikte geçirdiği ortalama süre 12.0 (1.0-40.0) yıldır. Katılımcıların günlük muayene ortancaları 55.0 (0.0-135) hasta idi. Katılımcıların ölçek puan ortancaları sırasıyla defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği toplam puanı 51.0 (14.0-70.0) ve Maslach tükenmişlik ölçeği toplam puanı 72.0 (54.0-89.0) saptanmıştır. Katılımcıların ölçek puanları ve ölçek alt boyut puanları Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların ölçek puanları

Özellikler	Medyan (min-max)
Hekimlikte geçirilen süre	12.0 (1.0-40.0)
Günlük bakılan hasta sayısı	55.0 (0.0-135.0)
Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği toplam puanı	51.0 (14.0-70.0)
Pozitif defansif tıp alt boyut puanı	31.0 (9.0-45.0)
Negatif defansif tıp alt boyutu	20.0 (5.0-25.0)
Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı	72.0 (54.0-89.0)
Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme Alt Boyut Puanı	30.0 (19.0-38.0)
Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma Alt Boyut Puanı	14.0 (5.0-25.0)
Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı Alt Boyut Puanı	28.0 (13.0-39.0)

Erkeklerin pozitif defansif tıp alt ölçek ortanca puanı kadın hekimlerin pozitif defansif tıp ortanca puanından istatistiksel anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Medeni durum, unvan ve hekimlerin görev yaptıkları bölge ile defansif tıp total ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 6)

Tablo 6. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile DTTÖ total ve alt grup puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	DTTÖ total puanı	p	Pozitif DT puanı	p	Negatif DT puanı	p
Cinsiyet						
Kadın	51.0 (14.0-66.0)	0.246	32.0 (9.0-45.0)	0.011	20.0 (5.0-25.0)	0.151
Erkek	51.0 (16.0-70.0)		30.0 (9.0-45.0)		20.0 (5.0-25.0)	
Medeni durum						
Bekar	51.0 (24.0-66.0)	0.399	31.0 (18.0-45.0)	0.059	20.0 (6.0- 25.0)	0.713
Evli	51.0 (16.0-70.0)		31.0 (10.0-45.0)		20.0 (5.0-25.0)	
Dul veya boşanmış	49.5 (14.0-63.0)		27.5 (9.0-45.0)		20.0 (5.0-25.0)	
Ünvan						
Pratisyen hekim	51.0 (16.0-69.0)	0.466	31.0 (11.0-44.0)	0.075	20.0 (5.0-25.0)	0.610
Aile Hekimliği	50.0 (22.0-67.0)		30.0 (10.0-45.0)		20.0 (9.0-25.0)	
Uzmanı	51.0 (14.0-70.0)		32.0 (9.0-45.0)		20.0 (5.0-25.0)	
Aile Hekimliği asistanı	51.0 (14.0-70.0)		32.0 (9.0-45.0)		20.0 (5.0-25.0)	
Diğer alan uzmanı	49.0 (43.0-58.0)		30.0 (26.0-35.0)		21.0 (16.0-23.0)	
Aktif olarak çalışılan bölge						
İl merkezi	51.0 (23.0-69.0)	0.848	31.0 (13.0-44.0)	0.971	20.0 (6.0-25.0)	0.761
İlçe	51.0 (14.0-70.0)		30.0 (9.0-45.0)		20.0 (5.0-25.0)	
Kasaba / köy	51.5 (22.0-63.0)		31.0 (10.0-39.0)		20.0 (10.0-25.0)	

DTTÖ: Defansif tıp tutum ölçeği

Dul veya boşanmış hekimlerin MTÖ total puan ortancası, bekar hekimlerin MTÖ total ortanca puanından daha yüksek saptanmıştır. Pratisyen aile hekimlerinin MTÖ total puan ortancası Aile hekimliği asistanlarının MTÖ total puan ortancasından anlamlı daha yüksek saptanmıştır. Pratisyen aile hekimlerinin MTÖ duygusal alt boyut ortanca puanı hem aile hekimliği asistanlarından hem de Aile Hekimliği uzmanlarının duygusal alt boyut ölçeği ortanca puanından daha yüksekti. Evli hekimlerin MTÖ kişisel başarı alt boyut ortanca puanı bekar hekimlerin MTÖ kişisel başarı alt boyut ortanca puanından daha yüksek saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	MTÖ total puanı	p	Duygusal alt boyut	p	Duyarsızlaşma alt boyut	p	Kişisel başarı alt boyut	p
Cinsiyet								
Kadın	71.0 (54.0-89.0)	0.337	30.0 (19.0-36.0)	0.964	14.0 (5.0-25.0)	0.193	28.0 (13.0-37.0)	0.540
Erkek	72.0 (54.0-87.0)		30.0 (21.0-38.0)		14.0 (5.0-25.0)		27.0 (13.0-39.0)	
Medeni durum								
Bekar	70.0 (54.0-86.0) ¹	0.020	29.0 (21.0-36.0)	0.276	14.0 (5.0-23.0)	0.628	27.0 (13.0-35.0) ¹	0.049
Evli	72.0 (54.0-89.0) ²		30.0 (19.0-38.0)		14.0 (5.0-25.0)		28.0 (13.0-39.0) ²	
Dul veya boşanmış	73.5 (62.0-86.0) ³		31.5 (21.0-35.0)		15.5 (5.0-23.0)		29.0 (24.0-37.0) ³	
	p*: 1-3: 0.008		p*: 1-2: 0.027					
Ünvan								
Pratisyen hekim	72.0 (56.0-87.0) ¹	0.007	31.0 (19.0-38.0) ¹	0.008	14.0 (5.0-25.0)	0.563	28.0 (13.0-39.0)	0.075
Aile Hekimliği Uzmanı	71.0 (58.0-87.0) ²		29.0 (22.0-36.0) ²		14.0 (5.0-24.0)		28.0 (16.0-36.0)	
Aile Hekimliği asistanı	70.0 (54.0-89.0) ³		30.0 (21.0-36.0) ³		14.0 (6.0-25.0)		27.0 (13.0-37.0)	
Diğer alan uzmanı	74.0 (54.0-80.0) ⁴		30.0 (23.0-33.0) ⁴		17.0 (9.0-21.0)		29.0 (22.0-32.0)	
	p*: 1-3: 0.001		p*: 1-2: 0.011 ; 1-3: 0.003					
Aktif olarak çalışılan bölge								
İl merkezi	72.0 (54.0-87.0)	0.912	30.0 (19.0-37.0)	0.840	14.0 (5.0-24.0)	0.968	28.0 (13.0-36.0)	0.472
İlçe	71.0 (54.0-89.0)		30.0 (21.0-38.0)		14.0 (5.0-25.0)		28.0 (13.0-39.0)	
Kasaba / köy	71 (57.0-83.0)		30.0 (22.0-36.0)		14.0 (5.0-25.0)		28.0 (16.0-36.0)	

Hekimlerin günlük pratik uygulamaları ile defansif tıp uygulamaları özellikleri karşılaştırıldığında, daha önce hasta hasta tarafından şikayet edildiğini beyan eden ve hasta şikayeti nedeni ile idari soruşturma geçiren hekimlerin negatif defansif tıp ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. Malpraktis davası geçiren bir tanıdığı olduğunu beyan eden hekimlerin DTTÖ total puan, pozitif defansif tıp alt ölçeği ve negatif defansif tıp alt ölçek ortanca puanları daha yüksek saptanmıştır. Kendisine dava açılma endişesi yüksek olan hekimlerin DTTÖ total puan, pozitif defansif tıp alt ölçeği ve negatif defansif tıp alt ölçek ortanca puanları endişe seviyesi daha az olan hekimlerden daha yüksek saptanmıştır. Defansif tıbbi uygulamaların dava edilme riskini azalttığını düşünen hekimlerin DTTÖ total puan, pozitif defansif tıp alt ölçeği ve negatif defansif tıp alt ölçek ortanca puanları dava edilme riskini daha az gören hekimlere nazaran daha

yüksek saptanmıştır. Önümüzde ki 10 yıl içinde dava edilme risk olasılığını yüksek beyan edenlerde, günlük hekimlik pratiğinde daha az risk alanlarda ve defansif tıbbi uygulamaların kendilerini malpraktis ve hasta şikayetinden koruyacağına daha çok inanan hekimlerde DTTÖ total puan, pozitif defansif tıp alt ölçeği ve negatif defansif tıp alt ölçek ortanca puanları daha yüksek saptanmıştır (Tablo 8).



Tablo 8. Katılımcıların hekimlik pratiği ile DTTÖ puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	DTTÖ total puanı	p	Pozitif DT puanı	p	Negatif DT puanı	p
Hiç şikayet edildiniz mi?						
Evvet	51.0 (16.0-70.0)	0.314	31.0 (10.0-45.0)	0.913	20.0 (5.0-25.0)	0.006
Hayır	50.0 (14.0-63.0)		31.0 (9.0-39.0)		19.0 (5.0-25.0)	
Şikayet nedeni ile soruşturma geçirdiniz mi?						
Evvet	51.0 (16.0-70.0)	0.099	31.0 (11.0-45.0)	0.744	20.0 (5.0-25.0) (20.1±3.8)	0.001
Hayır	50.0 (14.0-69.0)		31.0 (9.0-44.0)		20.0 (5.0-25.0) (19.1±3.9)	
Hiç dava edildiniz mi?						
Evvet	51.0 (16.0-69.0)	0.766	31.0 (11.0-44.0)	0.649	20.0 (5.0-25.0)	0.286
Hayır	51.0 (14.0-70.0)		31.0 (9.0-45.0)		20.0 (5.0-25.0)	
Malpraktis davası geçiren tanıdığınız var mı?						
Evvet	52.0 (22.0-70.0)	<0.001	32.0 (10.0-45.0)	0.001	20.0 (10.0-25.0)	<0.001
Hayır	50.0 (14.0-66.0)		30.0 (9.0-45.0)		20.0 (5.0-25.0)	
Dava açılmasından ne kadar endişelisiniz?						
Hiç	43.0 (14.0-62.0) ¹	<0.001	26.0 (9.0-37.0) ¹	<0.001	15.0 (5.0-25.0) ¹	<0.001
Biraz	48.0 (25.0-66.0) ²		29.0 (13.0-41.0) ²		19.0 (8.0-25.0) ²	
Oldukça fazla	52.0 (28.0-69.0) ³		32.0 (16.0-45.0) ³		20.0 (10.0-25.0) ³	
Çok fazla	55.0 (35.0-70.0) ⁴		33.0 (14.0-45.0) ⁴		22.0 (13.0-25.0) ⁴	
	p [*] : 1-3:<0.001; 1-4:<0.001; 2-3:<0.001; 2-4:<0.001		p [*] : 1-3:<0.001; 1-4:<0.001; 2-3:<0.001; 2-4:<0.001		p [*] : 1-3:<0.001; 1-4:<0.001; 2-4:<0.001; 3-4:0.006	
Hiç fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?						
Evvet	51.0 (14.0-68.0)	0.528	31.0 (9.0-43.0)	0.831	20.0 (5.0-25.0)	0.049
Hayır	51.0 (23.0-70.0)		31.0 (13.0-45.0)		20.0 (6.0-25.0)	
Defansif tıbbi uygulamaların dava edilme riskini ne kadar azalttığını düşünüyorsunuz?						
Hiç	48.0 (14.0-64.0) ¹	<0.001	30.0 (9.0-45.0) ¹	0.001	19.0 (5.0-25.0) ¹	<0.001
Biraz	49.0 (22.0-70.0) ²		30.0 (10.0-45.0) ²		19.0 (8.0-25.0) ²	
Oldukça fazla	52.0 (16.0-68.0) ³		32.0 (11.0-44.0) ³		20.0 (5.0-25.0) ³	
Çok fazla	57.0 (35.0-69.0) ⁴		33.0 (18.0-44.0) ⁴		24.0 (11.0-25.0) ⁴	
	p [*] : 1-3:0.028; 1-4:<0.001; 2-3:0.002; 2-4:<0.001; 3-4:0.014		p [*] : 1-4:0.011; 2-4:0.005		p [*] : 1-3:0.009; 1-4:<0.001; 2-4:<0.001; 3-4:<0.001	

Hekimlerin günlük pratik uygulamaları ile defansif tıp uygulamaları özellikleri karşılaştırıldığında, daha önce hasta hasta tarafından şikayet edildiğini beyan eden ve hasta şikayeti nedeni ile idari soruşturma geçiren hekimlerin negatif defansif tıp ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. Malpraktis davası geçiren bir tanıdığı olduğunu beyan eden hekimlerin DTTÖ total puan, pozitif defansif tıp alt ölçeği ve negatif defansif tıp alt ölçek ortanca puanları daha yüksek saptanmıştır. Kendisine dava açılma endişesi yüksek olan hekimlerin DTTÖ total puan, pozitif defansif tıp alt ölçeği ve negatif defansif tıp alt ölçek ortanca puanları endişe seviyesi daha az olan hekimlerden daha yüksek saptanmıştır. Defansif tıbbi uygulamaların dava edilme riskini azalttığını düşünen hekimlerin DTTÖ total puan, pozitif defansif tıp alt ölçeği ve negatif defansif tıp alt ölçek ortanca puanları dava edilme riskini daha az gören hekimlere nazaran daha yüksek saptanmıştır. Önümüzde ki 10 yıl içinde dava edilme risk olasılığını yüksek beyan edenlerde, günlük hekimlik pratiğinde daha az risk alanlarda ve defansif tıbbi uygulamaların kendilerini malpraktis ve hasta şikayetinden koruyacağına daha çok inanan hekimlerde DTTÖ total puan, pozitif defansif tıp alt ölçeği ve negatif defansif tıp alt ölçek ortanca puanları daha yüksek saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların hekimlik pratiği ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	MTÖ total puanı	p	Duygusal alt boyut	p	Duyarsızlaşma alt boyut	p	Kişisel başarı alt boyut	p
Hiç şikayet edildiniz mi?								
Evet	72.0 (54.0-89.0)	0.001	31.0 (19.0-37.0)	<0.001	14.0 (5.0-25.0)	0.010	28.0 (13.0-39.0)	0.270
Hayır	70.0 (58.0-86.0)		29.0 (21.0-38.0)		13.0 (5.0-22.0)		28.0 (20.0-37.0)	
Şikayet nedeni ile soruşturma geçirdiniz mi?								
Evet	73.0 (57.0-89.0)	<0.001	31.0 (23.0-37.0)	<0.001	15.0 (5.0-25.0)	<0.001	27.5 (13.0-39.0)	0.126
Hayır	70.0 (54.0-87.0)		29.0 (19.0-38.0)		13.0 (5.0-25.0)		28.0 (13.0-37.0)	
Hiç dava edildiniz mi?								
Evet	73.0 (62.0-89.0)	0.027	31.0 (24.0-36.0)	0.005	15.0 (5.0-25.0)	0.023	27.0 (16.0-35.0)	0.212
Hayır	71.0 (54.0-87.0)		30.0 (19.0-38.0)		14.0 (5.0-25.0)		28.0 (13.0-39.0)	
Malpraktis davası geçiren tanıdığınız var mı?								
Evet	73.0 (54.0-89.0)	0.001	31.0 (19.0-36.0)	0.010	15.0 (5.0-25.0)	<0.001	27.0 (13.0-37.0)	0.033
Hayır	71.0 (54.0-87.0)		30.0 (21.0-38.0)		13.0 (5.0-25.0)		28.0 (13.0-39.0)	
Dava açılmasından ne kadar endişelisiniz?								
Hiç	70.0 (59.0-89.0) ¹	<0.001	28.0 (22.0-36.0) ¹	<0.001	11.0 (5.0-24.0) ¹	<0.001	30.0 (21.0-39.0) ¹	<0.001
Biraz	71.0 (54.0-87.0) ²		29.0 (19.0-37.0) ²		12.0 (5.0-25.0) ²		29.0 (13.0-36.0) ²	
Oldukça fazla	73.0 (54.0-86.0) ³		31.0 (22.0-38.0) ³		15.0 (5.0-25.0) ³		28.0 (17.0-37.0) ³	
Çok fazla	74.0 (56.0-86.0) ⁴		32.0 (26.0-36.0) ⁴		17.0 (5.0-25.0) ⁴		26.0 (13.0-35.0) ⁴	
	p*: 2-3:<0.001; 2-4:<0.001		p*: 2-3:<0.001; 2-4:<0.001; 1-4:<0.001; 3-4:<0.001		p*: 2-3:<0.001; 2-4:<0.001; 1-4:<0.001; 3-4:0.008		p*: 4-3:0.001; 4-2:<0.001; 4-1:<0.001; 3-2:0.034	
Hiç fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?								
Evet	73.5 (57.0-89.0)	<0.001	32.0 (22.0-36.0)	<0.001	15.0 (5.0-25.0)	<0.001	27.0 (16.0-39.0)	0.091
Hayır	71.0 (54.0-87.0)		30.0 (19.0-28.0)		13.0 (5.0-25.0)		28.0 (13.0-36.0)	
Defansif tıbbi uygulamaların dava edilme riskini ne kadar azalttığınızı düşünüyorsunuz?								
Hiç	69.0 (54.0-89.0) ¹	<0.001	29.5 (21.0-36.0) ¹	<0.001	12.0 (5.0-24.0) ¹	<0.001	27.5 (13.0-39.0) ¹	0.279
Biraz	71.0 (54.0-87.0) ²		30.0 (19.0-37.0) ²		14.0 (5.0-25.0) ²		28.0 (16.0-36.0) ²	
Oldukça fazla	72.0 (56.0-87.0) ³		30.0 (22.0-36.0) ³		14.0 (5.0-25.0) ³		27.0 (13.0-37.0) ³	
Çok fazla	75.5 (68.0-87.0) ⁴		32.0 (27.0-38.0) ⁴		17.0 (5.0-25.0) ⁴		27.0 (18.0-35.0) ⁴	
	p*: 1-3:0.031; 1-4:<0.001; 2-4:<0.001; 3-4:<0.001		p*: 1-4:<0.001; 2-4:<0.001; 3-4:<0.001		p*: 1-2:0.039; 1-3:0.002; 2-4:<0.001; 3-4:0.002			

Tablo 9. (devam) Katılımcıların hekimlik pratiği ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

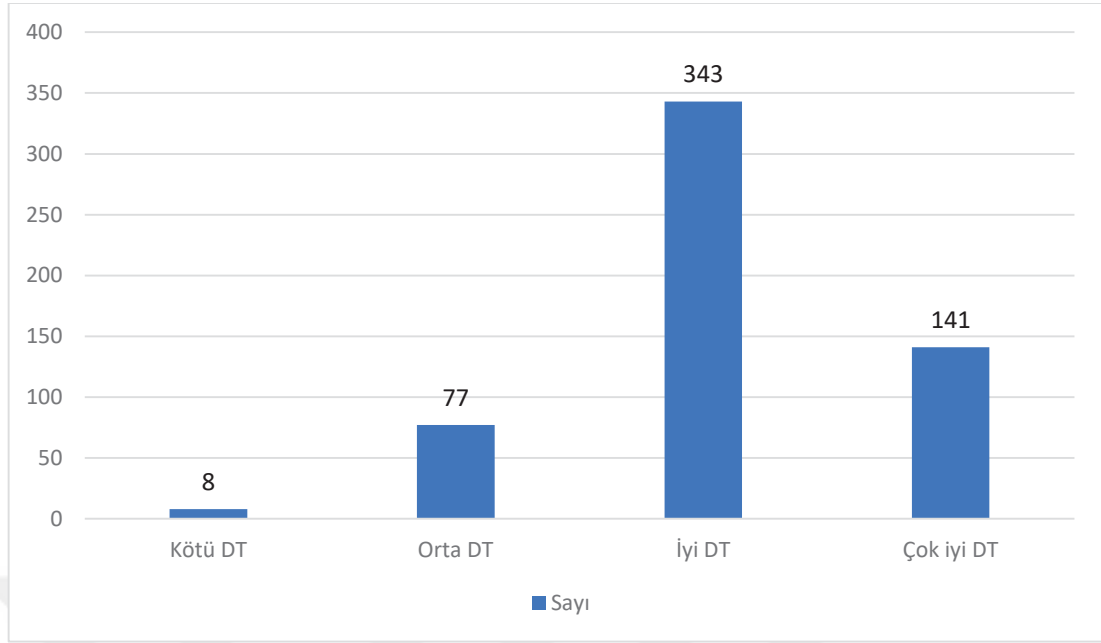
Özellikler	MTÖ total puanı	p	Duygusal alt boyut	p	Duyarsızlaşma alt boyut	p	Kişisel başarı alt boyut	p
Önümüzde ki 10 yıl içinde dava edilme olasılığınız sizce nedir?								
Yok	71.5 (62.0-75.0) ¹	<0.001	32.0 (22.0-34.0) ¹	<0.001	10.5 (5.0-20.0) ¹	<0.001	28.0 (20.0-35.0) ¹	0.012
Çok düşük olasılık	70.0 (54.0-86.0) ²		21.0 (21.0-38.0) ²		13.0 (5.0-23.0) ²		29.0 (18.0-39.0) ²	
Olası	71.0 (54.0-89.0) ³		30.0 (19.0-37.0) ³		13.0 (5.0-25.0) ³		28.0 (13.0-37.0) ³	
Yüksek olasılık	74.0 (58.0-87.0) ⁴		32.0 (24.0-36.0) ⁴		16.0 (6.0-25.0) ⁴		27.0 (13.0-35.0) ⁴	
p* : 1-4:0.039; 2-4:<0.001; 3-4:<0.001			p* : 2-3:0.007; 2-4:<0.001; 3-4:<0.001		p* : 1-4:0.013; 2-4:<0.001; 3-4:<0.001		p* : 3-4:0.049; 2-4:<0.001; 2-3:0.029	
Günlük Hekimlik uygulamalarınızda ne düzeyde risk alırsınız?								
Hiç	72.0 (58.0-87.0) ¹	0.116	31.5 (19.0-36.0) ¹	0.007	17.0 (5.0-25.0) ¹	<0.001	26.0 (13.0-37.0) ¹	<0.001
Bazen	71.0 (54.0-87.0) ²		30.0 (21.0-37.0) ²		14.0 (5.0-25.0) ²		28.0 (16.0-39.0) ²	
Sıklıkla	73.0 (57.0-89.0) ³		30.5 (23.0-38.0) ³		13.5 (5.0-24.0) ³		28.0 (17.0-36.0) ³	
Risk almaktan kaçınmam	67.0 (63.0-82.0) ⁴		27.0 (22.0-35.0) ⁴		9.5 (7.0-18.0) ⁴		31.0 (28.0-35.0) ⁴	
			p* : 3-4:0.032; 1-4:0.008; 1-2:0.007		p* : 2-4:0.020; 3-4:0.016; 1-4:<0.001; 1-2:0.001; 1-3:0.017		p* : 1-2:0.006; 1-3:0.003; 1-4:<0.001; 2-4:0.001; 3-4:0.006	
Sizce defansif tıp hekimleri malpraktis ve hasta şikayetlerinden korumada ne kadar etkilidir?								
Hiç	69.5 (54.0-87.0) ¹	0.004	30.0 (21.0-35.0) ¹	0.015	13.0 (5.0-25.0) ¹	0.001	27.0 (19.0-36.0) ¹	0.049
Az da olsa etkilidir	71.0 (55.0-86.0) ²		29.0 (19.0-38.0) ²		13.0 (5.0-25.0) ²		28.0 (16.0-39.0) ²	
Yarı yarıya etkilidir	73.0 (54.0-89.0) ³		30.0 (22.0-37.0) ³		14.0 (5.0-24.0) ³		29.0 (20.0-36.0) ³	
Çok etkilidir	72.0 (58.0-86.0) ⁴		31.0 (23.0-36.0) ⁴		16.0 (5.0-25.0) ⁴		27.0 (13.0-37.0) ⁴	
p* : 1-4:0.044; 1-3:0.021; 2-4:0.015; 2-3:0.002			p* : 2-3:0.037; 2-4:0.003		p* : 2-3:0.031; 2-4:<0.001; 1-4:0.005		p* : 2-4:0.026; 3-4:0.009	

Defansif tıp tutum ölçeği total puanı, pozitif defansif tıp alt ölçek puanı ve negatif defansif tıp alt ölçek puanı ile MTÖ total puanı, MTÖ duygusal alt boyut puanı ve MTÖ duyarsızlaşma alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Defansif tıp tutum ölçeği total puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. Defansif tıp bilgi düzeyi ile MTÖ total puanı, MTÖ duygusal alt boyut puanı ve MTÖ duyarsızlaşma alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır (Tablo 10)

Tablo 10. Ölçek puanları arasında ki korelasyon analizi

	DT bilgi	Def. Total Puan	Pozitif defansif tıp	Negatif defansif tıp	MTTotal	MT Duygusal	MT Duyarsızlaşma	MT Kişisel Başarı
DT bilgi		-0.017	0.002	-0.068	-0.165**	-0.093*	-0.157**	-0.044
		0.685	0.964	0.107	<0.001	0.026	<0.001	0.300
DF total	-0.017	1.000	0.907**	0.805**	0.256**	0.275**	0.351**	-0.231**
	0.685	.	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
DT	0.002	0.907**	1.000	0.507**	0.199**	0.198**	0.253**	-0.161**
pozitif	0.964	<0.001	.	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
DT	-0.068	0.805**	0.507**	1.000	0.267**	0.316**	0.381**	-0.261**
negatif	0.107	<0.001	<0.001	.	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
MT total	-0.165**	0.256**	0.199**	0.267**	1.000	0.678**	0.720**	0.192**
	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	.	<0.001	<0.001	<0.001
MT	-0.093*	0.275**	0.198**	0.316**	0.678**	1.000	0.487**	-0.253**
duygusal	0.026	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	.	<0.001	<0.001
MT	-0.157**	0.351**	0.253**	0.381**	0.720**	0.487**	1.000	-0.369**
duyarsız	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	.	<0.001
MT	-0.044	-0.231**	-0.161**	-0.261**	0.192**	-0.253**	-0.369**	1.000
kişisel	0.300	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	.

Hekimlerin defansif tıp ölçek puanına göre gruplandırıldığında % 1.4'ü (n=8) kötü defansif tıp (düşük düzeyde defansif tıp uygulayanlar), %13.5'i (n=77) orta defansif tıp (orta düzeyde defansif tıp uygulayanlar), %60.3'ü (n=343) iyi defansif tıp (yüksek düzeyde defansif tıp uygulayanlar) ve %24.8'i (n=141) çok iyi defansif tıp (çok yüksek düzeyde defansif tıp uygulayanlar) özelliğine sahipti.



Şekil 1. Katılımcıların defansif tıp uygulama özellikleri

Tablo 11. Hekimlerin defansif tıp uygulama düzeylerinin bazı özellikler ile karşılaştırılması

	Defansif Tıp				Toplam	p
	Kötü n=8	Orta n=77	İyi n=343	Çok iyi n=141		
Cinsiyet						
Kadın	3 (37.5)	28 (36.4)	157 (45.8)	68 (48.2)	256 (45.0)	0.374 ^a
Erkek	5 (62.5)	49 (63.6)	186 (54.2)	73 (51.8)	313 (55.0)	
Medeni durum						
Bekar	1 (12.5)	8 (10.4)	71 (20.7)	21 (14.9)	101 (17.8)	0.014 ^b
Evli	5 (62.5)	63 (81.8)	261 (76.1)	115 (81.6)	444 (78.0)	
Boşanmış/dul	2 (25.0)	6 (7.8)	11 (3.2)	5 (3.5)	24 (4.2)	
Hiç şikayet edildiniz mi?						
Evet	6 (25.0)	57 (74.0)	264 (77.0)	113 (80.1)	440 (77.3)	0.763 ^a
Hayır	2 (25.0)	20 (26.0)	79 (23.0)	28 (19.9)	129 (22.7)	
Hiç dava edildiniz mi?						
Evet	2 (25.0)	13 (16.9)	52 (15.2)	27 (19.1)	94 (16.5)	0.693 ^a
Hayır	6 (75.0)	64 (83.1)	291 (84.8)	114 (80.9)	475 (83.5)	
Dava geçiren tanıdığınız var mı?						
Evet	1 (12.5)	18 (23.4)	123 (35.9)	72 (51.1)	214 (37.6)	<0.001 ^a
Hayır	7 (87.5)	59 (76.6)	220 (64.1)	69 (48.9)	355 (62.4)	
Dava açılma endişesi						
Hiç	6 (75.0)	7 (9.1)	12 (3.5)	2 (1.4)	27 (4.7)	<0.001 ^b
Biraz	2 (25.0)	55 (71.4)	151 (44.0)	33 (23.4)	241 (42.4)	
Oldukça fazla	0 (0.0)	12 (15.6)	129 (37.6)	65 (46.1)	206 (36.2)	
Çok fazla	0 (0.0)	3 (3.9)	51 (14.9)	41 (29.1)	95 (16.7)	

4.TARTIŞMA

Defansif tıp, malpraktis davalarını önlemeye yönelik bir dizi tıbbi uygulamayı içerir. Bu yaklaşım, genellikle hastanın iyiliğinden ziyade sorumluluktan kaçınmayı amaçlar. Gerçekten de, pek çok hukuki müdahale, birçok doktoru kariyerlerini tehlikeye atmaktan kaçınmak için savunmacı bir strateji elıştırmeye teşvik etti. Sağlık hizmeti sunumunun öncüsü konumundaki aile hekimleri, diğer tüm doktorlar gibi, bilerek veya bilmeyerek bu korumacı yaklaşımı benimsemektedirler. Çalışmamızda Türkiye genelinde aile hekimlerinde defansif tıp uygulama özellikleri ile ilişkili faktörlerin ve tükenmişlik düzeylerinin defansif tıp uygulamalarına etkisinin araştırılmasını ve literatüre katkıda bulunmayı hedefledik.

Çalışmaya katılan 569 katılımcının yaş ortalaması 39.6 ± 9.7 yıldır. Katılımcıların %45.0'ı kadın, %55.0'ı erkekti. Katılımcıların %78.0'ı evli, %53.3'ü pratisyen aile hekimi idi. Çalışma popülasyonunun %55.4'ü şehir merkezlerinde görev yapmakta idi.

Çalışmamızda katılımcıların %39.7'si (n=226) görevlerini icra ederken hasta şikayeti nedeni ile idari soruşturma, %16.5'i (n=94) ise adli soruşturma geçirmişti. 2019 yılında İstanbul'da yapılan bir çalışmada hekimler %13,6 sının daha önce idari soruşturma geçirdiği %86,4 ünün geçirmediği görülmüştür.(39) Bir başka çalışmada ise katılımcıların %79,6'sı herhangi soruşturma geçirmediğini belirtirken, %20,4'ü geçirdiğini belirtmiştir.(40)

Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz veriler gösterdi ki katılımcıların %6.9'una malpraktis davası açılmış ve katılımcıların büyük kısmı %94.9'u malpraktis davalarının hekimlerin mesleki performanslarını etkilediğini bildirmiştir. Çalışmamız ile benzer şekilde Samsun'da 222 hekimin katıldığı çalışmada, katılımcıların %3,2'sine malpraktis davası açıldığı ve hekimlerin %92,3'ü hekimlik performansını olumsuz etkileyeceği görüşünde olduğu görülmüştür.(41)Yine Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan çeşitli branşlardan 40,916 hekimin katıldığı retrospektif araştırmada, hekimlerin %7,4'ünün, aile hekimlerinin %5,2'sinin ve cerrahi branşlardan olanların ise yaklaşık %20'sinin her yıl en az bir malpraktis davasına karıştığı belirlenmiştir.(42)

Defansif tıp hekimin defansif tıp uygulamalarını öncelikle (ancak yalnızca değil) malpraktis davası endişesiyle gerçekleştirmesi şeklinde tanımlanmaktadır.(13)

Bizim çalışmamızda da katılımcıların %32'si defansif tıbbın dava edilme riskini oldukça fazla,%9,5'i çok fazla olasılıkla azaltacağını düşündüklerini belirttiler.

Çalışmamızda katılımcıların %85,8'i daha önce defansif tıp uygulamaları kavramını duyduğunu, %39,7'si defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını düşündüklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızla uyumlu şekilde Başer ve ekibinin 2014 yılında gerçekleştirdiği araştırmanın bulgularına göre, defansif tıp uygulamaları terimini daha önce duyan aile hekimlerinin oranı %64,2 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekimlerin oranı ise %29,4 olarak tespit edilmiştir (4) yine 2018'de Özata ve ekibinin gerçekleştirdiği çalışmaya göre, katılımcıların %65,9'u daha önce defansif tıp kavramını duyduklarını ifade etmiştir. Aynı çalışmada, katılımcıların %41,5'i ise defansif tıp uygulamaları kavramının içeriğini yeterince bildiklerini belirtmişlerdir.(43)

Çalışmamız verilerine göre ileri ki 10 yıl içinde dava edilme olasılığını hekimlerin %64,5'i olası, %18,8'i ise yüksek olası bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada hekimlerin %40,02'si, malpraktis davasıyla karşılaşma olasılığını son derece yüksek olarak değerlendirmekte olup, yaklaşık dört hekimden sadece biri %27,29 bu riskin kendi pratiği için yüksek olmadığını ifade etmektedir (17).

Çalışmamızda orta ve üzeri düzeyde defansif tıp uygulama oranı %98,6 bulundu. Benzer şekilde 222 aile hekiminin katıldığı çalışmada %86,5 oranında orta ve üzeri DTU sonucuna ulaşılmıştır (41).

İzmir'de Başer ve ark. tarafından yapılan çalışmada %95,8 oranında orta ve üzeri defansif tıp uygulandığı sonucu elde edilmiştir. (4) . İstanbul ilinde yapılan pratisyen ve uzman hekimlerin katıldığı bir çalışmada ise %83,3 oranında defansif tıba başvurduğu sonucuna erişilmiştir (16).

Yine İran'da Moosazadeh ve ark. tarafından aile hekimleri arasında yapılan çalışmada %99,8 ve %79,2 oranında sırasıyla pozitif ve negatif defansif tıp uygulandığı görülmüştür (19)

Aile hekimliği, zorunlu mesleki sigorta primleri için düzenlenen dört risk grubundan ikinci grupta bulunmaktadır. (44) Buna karşın, çalışmamızla aile hekimlerinin genellikle defansif bir tutum içinde olduklarını literatürle uyumlu bir şekilde göstermiş olduk. Bu bağlamda tespit ettiğimiz yüksek oranda defansif tıp

uygulamasının aile hekimlerinin ilk başvuru hekim olması , hastaların yüksek beklentilerine rağmen kısıtlı imkanlar ile çalışılması , gün içerisinde çok sayıda hasta görüşmesi yapılmasının neden olduğunu düşünmekteyiz. Bu durum yüksek oranda defansif tıp uygulaması öngörülen branş hekimleri ile benzer oranda defansif tıp uygulama istatistiğini de açıklamaktadır.

Çalışmamızda erkeklerin pozitif defansif tıp alt ölçek ortanca puanı kadın hekimlerin pozitif defansif tıp ortanca puanından istatistiksel anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Çalışmamız ile paralel bir şekilde Göçen ve ekibinin araştırmasında; erkeklerin, pozitif, negatif ve toplam defansif puan ortalamaları, kadınların puan ortalamalarına kıyasla anlamlı bir şekilde fazla olduğu görülmüştür.(45)

Literatürde çalışmamızın aksine cinsiyetin defansif tıp tutumları konusunda istatistiksel fark oluşturmadığını tespit eden çalışmalar da mevcuttur. Samsunda 222 hekim ile yürütülen çalışmada katılımcıların cinsiyet kategorisi ve ölçek sorularına verdikleri cevaplar sonucunda hesaplanan toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.(41)

Çalışmamızda medeni durum, unvan ve hekimlerin görev yaptıkları bölge ile defansif tıp total ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptamadık.

Literatür verilerinde bu bağlamda çalışmamızla benzer olan ve olmayan araştırmalar olduğunu tespit ettik. Örnek verirsek 2020 yılında Edirne’de yapılan bir çalışmada defansif tıp toplam ölçek puanı ile medeni durum ve unvan arasında anlamlı ilişki bulunmazken ; Pırol tarafından 2018’de yapılan çalışma, farklı branşlardaki hekimler arasında evli olan hekimlerin evli olmayanlara kıyasla daha defansif bir tutum sergiledikleri sonucuna ulaşmıştır (46).

Aynacı’nın çalışmasında hakkında tıbbi uygulama hatası davası açılan hekimlerin dava açılmayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksek negatif defansif tıp uygulamalarına yöneldiği görülmüştür (17) Çalışmamızda ise benzer şekilde hekimlerin günlük pratik uygulamaları ile defansif tıp uygulamaları özellikleri karşılaştırıldığında, daha önce hasta tarafından şikayet edildiğini beyan eden ve hasta şikayeti nedeni ile idari soruşturma geçiren hekimlerin negatif defansif tıp ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır.

Malpraktis davası geçiren bir tanıdığı olduğunu beyan eden hekimlerin DTTÖ total puan, pozitif defansif tıp alt ölçeği ve negatif defansif tıp alt ölçek ortanca

puanlarını daha yüksek saptadık .Özata ve diğerleri tarafından yapılan araştırmada, kendi çalışmamızla uyumlu olarak, hekimlerin %85,5'inin meslektaşlarına karşı açılan davaların hekimlik pratiğini etkilediği belirtilmiştir .(43) Tükenmişlik, genellikle insanlarla yoğun etkileşim gerektiren mesleklerde çalışanları etkileyen bir sendromdur ve başa çıkılamayan stresin bir sonucu olarak ortaya çıkar.(25) Sürekli olarak hastaların gereksinimlerini karşılayan, yaşamlarının en hassas yönleriyle yüzleşen ve her zaman hasta ve hasta yakınlarının beklentilerine yanıt vermesi talep edilen sağlık çalışanları, yoğun stresle ve bu stresin ortaya çıkardığı sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Tükenmişlik, hekimlerde sağlık sorunlarına yol açmasının yanı sıra hekim-hasta ilişkisinin zarar görmesine ve bazen hastaların tedavi sonuçlarının etkilenmesine neden olabilir ve bu da tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddiasıyla dava açılma riskini artırabilir.(47)

Çalışmamızda pratisyen aile hekimlerinin MTÖ total puan ortancası aile hekimliği asistanlarının MTÖ total puan ortancasından anlamlı daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamız ile aksi yönde Lasalvia ve ekibinin İtalya'da gerçekleştirdiği çalışmada, asistanlarda diğer doktorlara göre MTÖ'nün üç alt ölçeğinde yaklaşık 2.5 kat artmış bir tükenmişlik riski belirlenmiştir (48)

Çalışmamızda evli hekimlerin MTÖ kişisel başarı alt boyut ortanca puanı bekar hekimlerin MTÖ kişisel başarı alt boyut ortanca puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine çalışmamızla benzer bir şekilde 2019 yılında İstanbul ilinde yapılan çalışmada evlilerde bekarlara oranla kişisel başarı hissi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.(49) Aynı çalışmada tükenmişlik alt gruplarına dikkat edildiğinde, tıbbi uygulama hatalarından sürekli endişe duyan hekimlerin, diğer meslektaşlarına kıyasla belirgin bir şekilde daha fazla tükenmişlik yaşadığı gözlemlendiği tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise benzer şekilde dava açılma endişesi yüksek olan hekimlerin endişesi daha az olanlara göre MTÖ total ve alt boyut ölçek puan ortancaları daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda Defansif tıp tutum ölçeği total puanı, pozitif defansif tıp alt ölçek puanı ve negatif defansif tıp alt ölçek puanı ile MTÖ total puanı, MTÖ duygusal alt boyut puanı ve MTÖ duyarsızlaşma alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Çalışmamızı destekler şekilde 2019 yılında İstanbul ilinde yapılan çalışmada Tükenmişlik alt grupları ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp

puanları arasındaki ilişkiyi değerlendiren korelasyon analizinde, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma puanları ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon gözlemlenirken, Kişisel Başarı puanı ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp puanları arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir.(39)

Sonuç olarak çalışma popülasyonunda ki hekimlerin %98,6 kadarında orta ve ileri düzeyde defansif tıbbi uygulamalar sergilediği saptanmıştır. Erkek hekimler kadınlara nazaran daha fazla DT tutumu sergilediği saptanmıştır. Dava açılma endişesi, daha önce idari soruşturma geçirme, fiziksel şiddete maruz kalma hekimlerin defansif tıp tutumlarını arttırdığı saptanmıştır. Ek olarak hekimlerin tükenmişlik anket puanı ile DTTÖ puanları arasında pozitif anlamlı korelasyon saptanmıştır.

5. KAYNAKLAR

1. Kessler D, McClellan M. Do doctors practice defensive medicine? The Quarterly Journal of Economics. 1996;111(2):353-390.
2. Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, Knesse S, Donnarumma C, Kul S, et al. Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians. Journal Of Health Services Research & Policy. 2017;22(4):211-7.
3. Assing Hvidt E, Lykkegaard J, Pedersen L B. How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. BMJ Open 2017;7:e019851.
4. Başer A, Kolcu G, Çığırıl Y, Kadıncık B, Öngel K. İzmir Karşıyaka ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. Smyrna Tıp Dergisi. 2014;16-24.
5. Mutlu H H, Mutlu H H, Ankaralı H. Hasta Şikâyetlerinin defansif tıp uygulamalarına etkisi: ikincil mağdur aile hekimleri mi?. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi. 2019;24(3):237- 43.
6. Selçuk M, Çınarlı S, Hızal S A. Çekinik (defansif) Tıp. İzmir Üniversitesi Sağlık Hukuku Dergisi. 2015;(6):16-48.
7. Freudenberg, H.J., The Staff Burn-Out Syndrome In Alternative Institutions. Psychotherapy: Theory. Research & Practice, 1975; 12(1): 73.
8. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions JAMA, 2018.283; 516-529
9. Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. J Am Med Assoc 2000;283:1731–1737.
10. Berlin L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. Diagnosis (Berl). 2017;4(3):133-139.

11. Yılmaz K, Polat O, Kocamaz B. Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi, 2014; 5: 16.
12. Dijck VG. Assessing the defensive practices concern in tort law: Bridging the gap between empirical analysis and doctrinal reasoning. Tilburg Law School Research Paper. 2013;(12).
13. Katz ED. Defensive medicine: a case and review of its status and possible solutions. Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine. 2019;3(4):329-332.
14. Hermer LD, Brody H. Defensive medicine, cost containment, and reform. Journal of General Internal Medicine. 2010;25(5):470-473.
15. Selçuk M. Çekinik (Defansif) Tıp. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku, Yüksek Lisans Tezi, İzmir. 2015.
16. Yılmaz K. Defansif Tıp: Hekimin Tıbbi Uygulamalarda Sorumluluktan Kaçması Durumunda Ortaya Çıkan Problemler. Seçkin/Hukuk, Ankara, 2014:149-153.
17. Aynacı Y. Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması, Uzmanlık Tezi, In Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı. 2008: Konya.
18. Zhu L, Li L, Lang J. The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: a questionnaire survey in a national congress. BMJ Open. 2018;8(2).
19. Moosazadeh M, Movahednia M, Movahednia N, Amiresmaili M, Aghaei I. Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. Int J Health Policy Manag. 2014;2(3):119–23
20. Renkema E, Ahaus K, Broekhuis M, Tims M. Triggers of defensive medical behaviours: a cross-sectional study among physicians in the Netherlands. BMJ Open. 2019;9(6):e025108.

21. Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Physicians' views on defensive medicine: a national survey. *Archives of Internal Medicine*. 2010;170(12):1081-1083.
22. Catino M, Celotti S. The problem of defensive medicine: two Italian surveys. *Stud Health Technol Inform*. 2009;148:206-221.
23. Akbolat, M., Oğuz, I. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2008; 11(2): 229-254.
24. Çan E, Topbaş M, Yavuzylmaz A, Çan G. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Araştırma Görevlisi Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu İle İş Doyumu Düzeleri Ve İlişkili Faktörler. *Journal Of Experimental And Clinical Medicine*, 2006. 23(1): 17-24.
25. Işıkhani, V. (2004). Çalışma Hayatında Stres ve Başa Çıkma Yolları. Ankara: Sandal Yayınları.
26. Maslach, C., Jackson S.E.. The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior* 1981; 2(2): 99-113.
27. Maslach C, Jackson, SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press, 1986: 21.
28. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review Of Psychology*, 2001; 52(1): 397-422.
29. Maslach C. Burnout: The cost of caring. 1st ed. Los Altos: Malor Books; 2003:3-8.
30. Uzun, Ş. Karacaoğlu B, Akıncı SB. Anesteziyoloji Ve Dahiliye Asistanlarındaki İş Stresi Ve Tükenmişlik Durumu. *Jarss*, 2013;21: 224-229.
31. Brewer EW, Shapard L. Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Human resource development review* 2004; 3(2): 102-123.

32. Pejušković B, Lečić-Toševski D, Tošković, SPO. Burnout Syndrome Among Physicians – The Role Of Personality Dimensions And Coping Strategies. *Psychiatria Danubina*, 2011; 23(4): 389-395
33. Kumar, S. Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *Healthcare*. 2016; 4(3).
34. Perez HR, Beyrouty M, Bennett K, Baier ML, Brown RL, Linzer M, Schwartz, MD. Chaos in the Clinic: Characteristics and Consequences of Practices Perceived as Chaotic. *Journal for Healthcare Quality* 2017; 39(1): 43-53
35. Dyer O. Physician burnout costs US \$4.6bn a year, study finds. *BMJ*. 2019; 29;365:l2361.
36. Zheng Q, Yang K, Zhao RJ, Wang X, Ping P, Ou ZH, et al. Burnout among doctors in China through 2020: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*. 2022;8(7):e09821
37. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Avrupalı aile hekimlerinde tükenmişlik: EGPRN çalışması. *Fam Pratiği*. 2008; 25 :245–65.
38. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;246:132-147.
39. Kalaman KG. Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar Ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul. 2019
40. Çetin E, Hekimlerin Tıp Hukuku ve Mevzuatlar Hakkında Bilgi Düzeyi ve Davranışları, Uzmanlık Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2018: Ankara
41. Öztürk E. Samsun Ğl Merkezinde Görev Yapan Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında

Bilgi, Tutum ve Davranışları. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Samsun. 2021.

42. Jena A B, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med. 2011;365(7):629-636.
43. Özata M, Kubilay Ö, Akkoca Y. Konya il merkezinde çalışan hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(1):132-9.
44. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ. 2010.
45. Göcen Ö, Yılmaz A, Aslanhan H, TÇelepkolu T, Tuncay S, Dirican E. Hekimlerin, Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Düzeyleri. TJFMPC, 2018; 12 (2): 77-87.
46. Pirol M. Hekimlerin karar verme algılarının defansif tıp tutumları üzerine etkisinin araştırılması. 2018.
47. Özkula, G. and E. Durukan, Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu: Sosyodemografik Özelliklerin Rolü. Dusunen Adam The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences, 2017. 30: P. 136-144.
48. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, Ruggeri M, Bonetto C. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. BMJ Open. 2021; 11(1):e045127.
49. Özkula G, Durukan E. Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu: Sosyodemografik Özelliklerin Rolü. Dusunen Adam The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences, 2017. 30: P. 136-144.

6. EKLER

Ek 1: Etik Kurul Kararı



22.12.2022-268593

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-50716828-050.01.04-268593
Konu : Doç. Dr. Burak YAKAR (Arş. Gör.
Dr. Seval AYTURAN)

22.12.2022

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 14.11.2022 tarihli, 252874 sayılı ve "Eğitim - Öğretim İşleri (Genel)" konulu yazı

Anabilim Dalınız Öğretim Üyesi Doç. Dr. Burak YAKAR yönetiminde, Arş. Gör. Dr. Seval AYTURAN'a ait "**Birinci Basamakta Çalışan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulama Özellikleri ile İlişkili Faktörlerin ve Tükenmişlik Düzeylerinin Etkisinin Araştırılması**" konulu tez çalışması ile ilgili Etik Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa KAPLAN
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Başkanı

Ek: Etik Kurul Kararı 1 sayfa

Dağıtım:
Gereği:
Aile Hekimliği Anabilim Dalına

Bilgi:
Tıp Fakültesine

Ek 2: DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz
3. Medeni Durum.....
4. Unvan:.....
5. Hekimlikte geçirilen süre:.....
6. Şuan çalıştığınız il neresidir:.....
7. Aktif çalıştığınız bölge neresidir:.....
8. Günlük ortalama hasta sayınız:.....
9. Hiç şikayet edildiniz mi:.....
10. Hasta şikayetinedeniyle idarisoruşturma geçirdiniz mi?
11. Hiç dava edildiniz mi?
12. Malpraktis davası geçiren tanıdığınız var mı?
13. Dava açılmasından ne kadar endişelisiniz?
14. Hiç fiziksel şiddete maruz kaldınız mı
15. Defansif(savunma) tıbbın dava edilme riskinize kadar
azalttığındüşünüyorsunuz?
16. Önümüzdeki10 yıl içinde dava edilme olasılığınız sizce nedir?
17. Günlük Hekimlik uygulamalarınızda ne düzeyde risk alırsınız?
18. Sizce defansif tıp hekimlerimalpraktis ve hasta şikayetlerinden korumada
nekadar etkilidir?

Ek 3: Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği

Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen
Sorular					
Pozitif defansif tıp uygulamaları (tutum düzeyi)					
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördük- lerimin dışında tetkikler istiyorum.					
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu vazıyorum.					
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.					
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.					
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum,					
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastaları- ma daha detaylı açıklıyorum,					
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum,					
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum,					
9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formları- na daha fazla önem veriyorum.					
Negatif defansif tıp uygulamaları (tutum düzeyi)					
10. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum,					
11. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum,					
12. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.					
13. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etme ve yöneliyorum.					
14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.					
Bilgi düzeyi	Evet	Hayır			
15. Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?					
16. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?					
17. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?					
18. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?					

EK-4: MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

*size uygun kutudaki rakamı işaretleyiniz

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Hergün
1. "Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."	1	2	3	4	5
2. "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."	1	2	3	4	5
3. "Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."	1	2	3	4	5
4. "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."	1	2	3	4	5
5. "Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum."	1	2	3	4	5
6. "Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."	1	2	3	4	5
7. "Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."	1	2	3	4	5
8. "İşimin beni tükettiğini hissediyorum."	1	2	3	4	5
9. "İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."	1	2	3	4	5
10. "Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
11. "Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."	1	2	3	4	5
12. "Kendimi çok enerjik hissediyorum."	1	2	3	4	5
13. "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."					
14. "İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
15. "Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."	1	2	3	4	5
16. "Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."	1	2	3	4	5
17. "Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."	1	2	3	4	5
18. "Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum."	1	2	3	4	5
19. "Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."	1	2	3	4	5
20. "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."	1	2	3	4	5
21. "İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."	1	2	3	4	5
22. "Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."	1	2	3	4	5