



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ HEKİMLERİN, DEFANSİF
TIP UYGULAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE
TUTUMLARI, İŞE BAĞLI GERGİNLİK VE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ**

Dr. ÖMER GÖCEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2017





T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ HEKİMLERİN, DEFANSİF
TIP UYGULAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE
TUTUMLARI, İŞE BAĞLI GERGİNLİK VE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ**

Dr. ÖMER GÖCEN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. HAMZA ASLANHAN
Doç. Dr. TAHSİN ÇELEPKOLU

DİYARBAKIR-2017

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimine başlamamdan bu yana bilgi, destek ve tecrübelerini esirgemediği paylaştığı, başta tez danışmanlarım Yrd. Doç. Dr. Hamza Aslanhan ve Doç. Dr. Tahsin Çelepkolu olmak üzere hocalarım, Yrd. Doç. Dr. Ahmet Yılmaz, Uzm. Dr. Erkan Kıbrıslı, Doç. Dr. M. Cemal Kaya' ya, bölümümüzden mezun olarak ayrılan ve halen bilgi, deneyimini samimiyetle paylaştığı, çalışmamıza da katkıda bulunan Uzm. Dr. Vasfiye Demir' e, çalışmanın istatistiksel analizinde katkı ve desteğinden dolayı Emre Dirican' a, birçok konuda emeklerini gördüğüm bölüm sekreterimiz Veli Adıyaman ve hemşiremiz Gülfer Sayın'a, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum sevgili araştırma görevlisi doktor arkadaşlarıma, kıymetli zamanını ayıran, çalışmamızın katılımcı grubunu oluşturan tüm meslektaşlarıma, sevgileri ve varlıklarıyla bana her zaman güç veren aileme, desteğini her zaman yanımda hissettiğim sevgili eşim Sakine ve biricik kızım Rengin' e minnet ve şükranlarımı sunarım.

Saygı ve teşekkürlerimle.

Dr. Ömer GÖCEN

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bu çalışma, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin, defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumları, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörleri ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı- kesitsel tipteki bu çalışmanın örneklemini, orantılı tabakalı yöntemle oluşturulmuştur. Sosyodemografik veri formu, Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ni içeren anket, 200 hekime uygulanmıştır. Verilerin analizi SPSS 18 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların, % 70,5'i erkek, %29,5'i kadın, %56'sı evli idi. Yaş ortalaması 29,41 idi. Pozitif ve negatif defansif tıp uygulama sıklığı sırasıyla %98, %92 olarak bulundu. Defansif tıp puanları, cerrahi bilimlerde çalışanlarda, asistanlığının ilk 2 yılında olanlarda, hakkında malpraktis davası açılanlarda ve sigara kullananlarda anlamlı derecede yüksekti. İşe bağlı gerginlik düzeyi, cerrahi bilimlerde çalışanlarda, ayda 8 ve üzeri sayıda nöbet tutanlarda, hakkında malpraktis davası açılanlarda, sigara kullananlarda, alkol kullananlarda anlamlı derecede yüksekti. Hekimlerin; Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları duygusal tükenme için $31,57 \pm 11,67$, duyarsızlaşma için $11,75 \pm 6,49$, kişisel başarı için $29,46 \pm 7,72$ olarak tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışmada, hekimler yüksek oranda defansif tıp uygulamaktadır. Hekimler, duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutlarında yüksek, duyarsızlaşma alt boyutunda orta düzeyde tükenmişlik yaşamaktaydı. Defansif tıbbi daha fazla uygulayanların, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Geniş tabanlı, farklı merkezlerden araştırmalara ihtiyaç vardır. Yasalarda yapılacak yeni düzenlemeler, medyanın daha duyarlı davranması, hekimlere, hukuki uygulamalar ve stres yönetimi konularında eğitimler verilmesi, çalışma şartlarında yapılacak iyileştirmelerin defansif tıbbi, işe bağlı gerginliği ve tükenmişliği azaltacağı kanaatindeyiz.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Defansif tıp, malpraktis, tıp hukuku, işe bağlı gerginlik, tükenmişlik.

ABSTRACT

Introduction and Aim: The present study was conducted in order to reveal the factors which influence the work-related strain and burnout levels of the residents who work at the surgical and internal medical departments of Dicle University Medical Faculty and their knowledge and attitudes about defensive medicine applications.

Material and Methods: The sample of this descriptive cross sectional study was designed with proportionate stratified sampling method. The questionnaire including sociodemographic data form, Defensive Medicine Applications Attitude Scale, Work-related Strain Inventory and Maslach Burnout Inventory was applied to 200 physicians. The analysis of the data was carried out by using SPSS 18 (Statistical Package for the Social Sciences) .

Results: Of all the participants, 70,5 % were male, 29,5 % were female and 56 % were married. The mean age was 29,41. The frequency of positive and negative defensive medicine was 98 % and 92 % respectively. Defensive medicine points were significantly high among the ones working at surgical departments, the ones in the first two years of their assistantship, the ones sued for malpractice and smokers. The level of work-based strain was significantly high in the ones working at surgical departments, the ones on call for eight times or more in a month, the ones sued for malpractice, smokers and alcohol users. Average points which the physicians got from Maslach Burnout Inventory were determined as $31,57 \pm 11,67$ for emotional exhaustion, $11,75 \pm 6,49$ for desensitization and $29,46 \pm 7,72$ for personal accomplishment.

Conclusion: Physicians apply defensive medicine in the high rate in this study. The physicians were experiencing high burnout in the sub-dimensions of emotional exhaustion and personal accomplishment whereas they were experiencing medium level burnout in the sub-dimension of desensitization. It was seen that the levels of work-related strain and burnout were higher for the ones who apply defensive

medicine more than the others. There is a limited number of studies about this topic. More comprehensive researches from different centers are needed. We are of the opinion that new legislative regulations, media's being more sensitive, giving educations about legal applications and stress management to physicians, improvement in the working conditions will decrease defensive medicine, the work-based strain and burnout.

KEYWORDS: Defensive medicine, malpractice, medical law, work-related strain, burnout.



TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Orantılı tabakalı örneklem yöntemi ile Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ndeki asistan hekimlerin, bilim dalı ve branşlara göre dağılımı

Tablo 2: Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Tablo 3: Katılımcıların, hekimlik mesleğini seçmeleri hakkındaki düşüncelerinin dağılımı

Tablo 4: Katılımcıların “Uzmanlık eğitimi aldığınız branşı seçiminiz hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

Tablo 5: Katılımcıların “Eğer bir seçim yapma şansınız olsa idi ve en başa dönebilseydiniz yine hekimlik mesleğini seçer miydiniz?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

Tablo 6: Katılımcıların “Hekimlik mesleğiniz sürecinde, hakkınızda malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

Tablo 7: Katılımcıların “Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

Tablo 8: Katılımcıların “Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

Tablo 9: Katılımcıların “Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

Tablo 10: Araştırmaya katılan hekimlerin, defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum anketine verdikleri yanıtların dağılımı

Tablo 11: Katılımcıların defansif tıp tutum düzeylerinin dağılımı

Tablo 12: Katılımcıların bulundukları tıp bilim dallarına göre defansif tıp tutum düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 13: Katılımcıların İşe Bağlı Gerginlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden aldıkları puanlar

Tablo 14: Katılımcıların, bulundukları tıp bilim dallarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Tablo 15: Katılımcıların cinsiyete göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Tablo 16: Katılımcıların medeni durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Tablo 17: Katılımcıların yaş gruplarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Tablo 18: Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Tablo 19: Katılımcıların meslekte çalışma sürelerine göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Tablo 20: Katılımcıların ilgili branştaki asistanlık yıllarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Tablo 21: Katılımcıların bulundukları tıp bilim dallarına göre bir ayda tuttıkları nöbet sayıları

Tablo 22: Katılımcıların, nöbet sayılarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Tablo 23: Katılımcıların, haklarında açılan malpraktis davası varlığına göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Tablo 24: Katılımcıların, sigara kullanım durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Tablo 25: Katılımcıların, alkol kullanım durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Tablo 26: Katılımcıların, ölçeklerden aldıkları puanların birbirleriyle ilişkisi

KISALTMA DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

CMK: Ceza Muhakemesi Kanunu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HMEK: Hekimlik Meslek Etiği Kuralları

TCK: Türk Ceza Kanunu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TTB: Türk Tabipler Birliği

TTBDY: Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği

WHO: World Health Organization

İÇİNDEKİLER

Sayfalar

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
TABLO DİZİNİ.....	v
KISALTMA DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık tanımı	3
2.2. Komplikasyon Tanımı.....	3
2.3. Tıbbi Malpraktis Tanımı.....	3
2.4. Defansif Tıp Uygulamaları.....	4
2.4.1. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları.....	4
2.4.2. Negatif Defansif Tıp Uygulamaları.....	5
2.5. Malpraktis Komplikasyon Ayrımı.....	6
2.6. Malpraktise Dair Yasal Mevzuat.....	8
2.6.1. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Yer Alan Sağlık Personelinin Mesleki Uygulama Şartlar.....	10
2.6.2. Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları.....	11
2.6.3. Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği.....	12
2.7. Hekimlerin Hakları.....	13
2.8. Türkiye ve Dünya' da Defansif Tıp Uygulamaları.....	16
2.9. Defansif Tıbbın Etkileri.....	18
2.10. İşe Bağlı Gerginlik.....	19

2.10.1. İş Stresi.....	19
2.10.2. İşe Bağlı Gerginlik Kavramı.....	20
2.10.3. İşe Bağlı Gerginliğin Etkileri.....	20
2.11. Tükenmişlik.....	21
2.11.1. Maslach Tükenmişlik Modeli.....	22
2.11.1.1. Duygusal Tükenme.....	23
2.11.1.2. Duyarsızlaşma.....	23
2.11.1.3. Kişisel Başarısızlık.....	23
2.11.2. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler.....	24
2.11.3. Tükenmişliğin Belirtileri.....	24
2.11.4. Tükenmişliğin Sonuçları.....	25
2.11.5. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik.....	25
3. MATERYAL METOD.....	27
3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	30
3.2. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği.....	30
3.3. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği.....	31
3.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	32
4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	34
5. BULGULAR.....	35
6. TARTIŞMA.....	53
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
8. KAYNAKLAR.....	70
9. EKLER.....	86

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Defansif (Çekinik) tıp, hekimlerin kendilerini tıbbi malpraktis davalarına karşı korumak amacı ile tanı ve tedaviye yönelik işlemleri gereksiz yere kullanması, malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek tıbbi uygulamaların sorumluluğunu almamak için yaptıkları uygulamalardır. Bir anlamda, hekimlerin, sağlık hizmeti sunarken, malpraktis davalarına maruz kalmamak, ceza almamak için aşırı titiz veya çekingen davranmasıdır. Defansif tıp, sağlık hizmetinin, koruyucu hizmetler, teşhis koyma, tedavi etme, bilgilendirme, kayıt ve belgelendirme gibi her aşamasında görülebilir.

Tıbbi malpraktis, son 30 yılda özellikle bazı gelişmiş ülkelerde ve son yıllarda da tüm dünyada tartışılan, etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel açılardan çok yönlü, çok boyutlu bir konudur. Özetle, bir işi profesyonel olarak yapan kişilerin hatalı uygulamaları, bilgi, beceri ve özen eksiklikleri veya ihmalleri sonucu hizmet alanın zarar görebilmesi durumudur. Ülkemizde de son yıllarda konu farklı açılardan konuşlmaya başlanmıştır ve çözüm arayışlarının sürdüğü dinamik bir süreç yaşanmaktadır (1).

Ülkemizde tıbbi malpraktis davalarında artış yaşanmaktadır (2). Buna karşı yasal mevzuatımızda tıbbi uygulama hataları ile ilgili hekimleri koruyan eksiklikler görölmektedir.

Gelişmiş ülkelere kıyasla, ülkemizde, defansif tıp uygulamaları, son yıllarda gündeme gelen bir konudur. Hekimlerin çoğu, defansif tıp terimini hiç duymamalarına rağmen defansif tıbbi uygulamakta ve kendilerini tıbbi davalardan korumak için yaptıkları bu uygulamalarla kimi zaman hasta sağlığına, kimi zaman ülke bütçesine ve kimi zaman da kendilerine zarar vermektedirler.

Sağlık çalışanlarında, iş yükü, kimi zaman ağır ve tedavisi zor hastalara sağlık bakımı verme, yeri geldiğinde hastaya ve yakınlarına psikolojik destek vermek durumunda kalma gibi etkenler işe bağlı stres ve gerginliğe yol açabilmektedir. Bununla beraber, sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler, verilen hizmetin ve çalışanın dengesiz dağılımı da çalışanlarda düş kırıklığına ve gerginliğe neden olabilmektedir(3).

İşe bağılı gerginlik, çalışanlarda, depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal, baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır. Bunun yanı sıra işle ilgili gerginliğin, işte verimi ve üretimi düşürme, iş doyumunda azalma, işe gecikme, özür uydurarak hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma, sonuçta da deneyimli personelin elde tutulamaması gibi kurumsal sonuçları da vardır (4,5).

Tükenmişlik terimi ilk olarak 1974 yılında Fredeunberger tarafından meslekle ilişkili kronik strese bağılı ortaya çıkan bir tür psikolojik sendrom olarak tanımlanmıştır. Günümüzde kabul gören tanımı ise Maslach tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre tükenmişlik kişinin profesyonel iş yaşamında yaşadığı stres sonucu ortaya çıkan ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde sorunlara yol açan öz saygı yitimi, kronik yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının gelişimi ile birlikte seyreden fiziksel, duygusal ve entellektüel tükenmeyle karakterize bir sendrom olarak kabul edilmiştir (6,7).

Tükenmişlik ve işe bağılı gerginlik daha çok hekimlik, hemşirelik, fizyoterapistlik gibi insanlarla yoğun ve süreğen ilişkide olan mesleklerde görülmektedir (8).

Bu çalışmanın amacı; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlisi hekimlere uygulanan anket sonuçlarını değerlendirerek, tıbbi malpraktis davalarının ne sıklıkta yaşandığı, defansif tıp uygulamalarının, hekimlerdeki işe bağılı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerinin ne durumda olduğu, hekimlerin sosyodemografik özelliklerinin bu parametrelerle ilişkisini, defansif tıp uygulamaları, işe bağılı gerginlik ve tükenmişliğin sebep ve sonuçlarını, ortaya çıkabilecek kötü sonuçların engellenmesi adına neler yapılabileceğini tartışmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık tanımı

Bireylere göre sağlık, genelde hasta olmama olarak tanımlanır. Hekimlere göre, en basit şikâyet ya da normalin dışına çıkma durumu hastalık olarak kabul edilirken bireyler kendilerini pek de fazla rahatsız etmeyen şikâyetlerini hastalık olarak kabul etmezler (9). Sağlık kavramı göreceli bir kavram olduğu için, tanımlanması da farklılık göstermektedir. Genel anlamda sağlık, hasta ya da sakat olmama hali olarak tanımlansa da en geçerli tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ-WHO) kuruluş anayasasında kullanılan sağlık tanımıdır. DSÖ'nün 1948'deki tanımı "sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik durumudur" şeklindedir.

2.2. Komplikasyon Tanımı

Komplikasyon; tıp bilimi ve mesleğine uygun hareket edilmesine ve meydana gelmemesi için gerekenlerin yapılmasına karşın, tıbben benzer girişimlerde meydana gelme olasılığı kabul edilen risklerdir. Hekim, tıbbi girişimi, sağlık bilimi ve mesleki kurallara uygun ve özenle yaptığı takdirde, ortaya çıkan komplikasyondan dolayı sorumlu tutulamaz. Komplikasyon dolayısıyla hekimin sorumlu olmadığı kabul edilebilmesi için, öngörülebilir bir komplikasyonun meydana gelmemesi ve gelmesi durumunda da olumsuz neticeyi önlemek amacıyla gereken tedbirlerin alınmasında bir kusurun bulunmaması gerekir (10).

2.3. Tıbbi Malpraktis Tanımı

Malpraktis, latince "male" ve "prakxis" kelimelerinden köken almış olup, "kötü, hatalı uygulama" anlamına gelmektedir. Günümüzde; bir meslek mensubunun, mesleğini uyguladığı esnada ortaya çıkan hatalı, kusurlu hareketleri olarak kullanılır. "Tıbbi malpraktis" ise; tıp mesleği mensuplarının aynı şekildeki hareketleri sonucu ortaya çıkmaktadır (11). Türk Tabipler Birliği (TTB), 2010 tarihli Tıbbi Uygulama Hataları Bildirgesi'nde malpraktisi, "tıbbi uygulamadaki bilgi, beceri eksikliği ya da ihmal nedeniyle hizmet sunulan kişinin sağlığına zarar gelmesi" şeklinde tanımlamıştır (12).

2.4. Defansif Tıp Uygulamaları

1970’li yılların başlarında ABD’de tıp, hukuk, ekonomi ve sosyoloji alanlarında kullanılmaya başlanan ve günümüzde de aynı alanlarda kullanılan “defensive medicine” kavramının ilk tanımlarından birisi, “hekimin kendisini dava tehdidine karşı korumak amacıyla tanı ve tedaviye yönelik işlemleri gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan faaliyetlerin sorumluluğunu reddetme uygulamalarını içerir” şeklinde yapılmıştır (13,14). Defansif tıp uygulamaları; hekimlerin, malpraktis davalarından korunmayı amaçladıkları tıbbi uygulamalardır. Defansif tıp uygulamalarında birincil hedef hastanın iyileşmesi değil dava açılmasının önüne geçmektir (15). Defansif tıp uygulamaları yaygın olarak, “hekimin hastanın tanı ve tedavisinden ziyade öncelikle hasta tarafından dava edilmekten korunmak için istediği tanısal testler, tedaviler ve prosedürlerdir” şeklinde de ifade edilebilir (16).

Defansif tıp 2 yolla yapılmaktadır:

1. Pozitif Defansif Tıp
2. Negatif Defansif Tıp

2.4.1. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları

Pozitif defansif tıp, hastaları malpraktis şikâyetinde bulunmaktan vazgeçirmek veya yasal süreci yapılması gerekenin yapıldığı konusunda ikna etmek ve hoşnutsuzluktan kaynaklanabilecek olumsuz sonuçları azaltmak amacıyla marjinal ya da tıbbi değeri olmayan ilave tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasıdır (17).

Pozitif defansif tıp, hasta için gerekli işlemleri eksiksiz yerine getirme ve bazı işlemleri gerekmece dahi hekimin olması muhtemel bir malpraktis davasına karşı kendini savunmada destekli kılmak adına bir takım uygulamalarda bulunmasıdır. Bu uygulamalar farklı şekillerde yerine getirilebilir. Bunlardan bazıları;

- Lüzumsuz tahlil yapılması,
- Lüzumsuz görüntüleme tetkiki istenmesi,
- Lüzumsuz konsültasyon istenmesi,
- Sık vizit yapma,
- Yatış endikasyonu olmamasına rağmen hastayı yatırma,
- Lüzumsuz ilaç reçete etme,
- Tedavi sonrası takip sıklığını artırma,
- Hasta değerlendirmesini daha detaylı yapma,
- Tıbbi kayıtları ayrıntılı tutma,
- Hasta ve yakınlarına bilgilendirme yaparken veya aydınlatılmış onam alırken aşırı özen gösterme şeklinde sayılabilir.

Pozitif defansif tıp uygulamalar, bazı durumlarda verilen sağlık hizmetinin kalitesinde artmaya veya azalmaya sebep olabilir. İlave tanı testleri gibi tanımlanan, birçoğu hekimin kendisini garantiye alma davranışı, bazı faydalar gösterse de hastaya olan etkisi, tetkikin istendiği duruma ve zamana göre farklılık göstermektedir. Pozitif defansif uygulamalar yalnızca teşhis ve tedavi yöntemlerinin fazla kullanılmasıyla tıbbi bakım maliyetlerini artırabilmesiyle değil ayrıca tıbbi uygulamalar sonucu ortaya çıkan farklı boyutlardaki komplikasyonlar veya beklenmeyen risklerinin gündeme gelmesiyle sonuçlanabilmektedir.

2.4.2 Negatif Defansif Tıp Uygulamaları

Negatif defansif tıp, hasta için yapılması gerekli olduğu halde bazı uygulamaları yerine getirmeme durumudur. Örneğin;

- Riskli hastalardan kaçınma,
- Komplikasyon riski bulunan tedavi yöntemlerinden kaçınma,

- Komplikasyon riski bulunan cerrahi müdahalelerden kaçınma,
- Komplikasyon riski bulunan tetkikleri yapmaktan kaçınma,
- Girişimler öncesi hasta ve yakınlarının tepkilerinden korunmak adına, bilgilendirme yaparken, riskleri abartma,
- Dava etme olasılığı yüksek olan hastalardan kaçınma,
- Riskli hastaları başka yerlere sevk etme gibi davranışlar negatif defansif tıp uygulamaları arasında sayılabilir.

Negatif defansif tıp uygulamaları tıbbi malpraktis iddialarına hız kazandırabilir. Defansif tıp uygulamaları tıbbi yayınlarda sürekli olarak bahsedilmekte ve mahkemelerin dava sonuçlarında da yer alabilmektedir (90). Negatif defansif uygulamalar, pozitif defansif uygulamalara göre tıbbi malpraktis davalarına hız kazandırmasının başlıca nedeni, hekimlerin yapılması gereken bazı uygulamaları yapmamaları nedeniyle daha çok malpraktis davasına konu olması olabilmektedir.

2.5. Malpraktis Komplikasyon Ayrımı

Malpraktis ve komplikasyon ayrımı, sağlık hukukunun en önemli konularından biridir. Hekimlerin malpraktis nedeni ile sorumlu olacakları, komplikasyon nedeni ile sorumlu tutulamayacakları kabul edilmektedir. Tıbbi malpraktis ile tıbbi bakım ve tedavi sırasında ortaya çıkan ve hekimin hatası olmayan istenmeyen sonuçlar birbirinden ayrılmalıdır. Türk tabipler birliği hekimlik mesleği etiği kurallarının 13. maddesinde malpraktis; “bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulaması anlamına gelir” denmektedir.

Malpraktis, hekimin tanı ve tedavi sırasında standart uygulamada eksik kalması veya beceri eksikliği ya da hasta bakımı sırasında ihmalidir ve bunlar oluşan zararlar doğrudan ilişkilidir. Sağlık bakım hizmeti verilirken, öngörülemeyen ve hekimin bilgi ya da beceri eksikliğinden dolayı oluşmayan zararlar ise, istenmeyen bir durumdur, komplikasyondur ve burada hekimin sorumluluğu yoktur.

Hekim hastasının bakımını üstlendiğinde, hastasının bu durumdan fayda göreceği umulmakla beraber tıpta bu durumun garantisi yoktur. Neredeyse bütün tıbbi bakım uygulamaları hasta açısından belirli oranda bir risk oluşturabilmektedir (18).

Malpraktis, çoğunlukla birden fazla faktörle ilişkili olarak meydana gelmektedir. İnsan kaynaklı faktörler (bilgi eksikliği, bilişsel muhakeme hataları, dikkatsiz davranma, özensizlik), çevresel faktörler ve kullanılan tıbbi malzeme ve cihazlar gibi hata oluşması riskini artıran farklı nedenler mevcuttur. Bunların her biri de yalnız başına tıbbi malpraktis oluşabilmesine imkan tanıyabilir. Ancak sağlık bakımı, bir ekip işi olduğundan dolayı hatanın meydana gelmesinde bahsi geçen etmenler, çoğunlukla birbiri içerisine geçmiş şekilde ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca ortaya çıkan bir komplikasyon, zamanında fark edilemez veya fark edilmesine rağmen gerekli tıbbi müdahalede bulunulmaz ise, bu durumda komplikasyon, malpraktise dönüşecektir.

“ Son yıllarda tıbbi malpraktis ile ilgili gerek ceza gerekse tazminat davalarında önemli bir artış söz konusudur. Bu artış; gerek mahkemelerin arşivlerinde yapılan, gerekse bu davalarda mahkemelerce bilirkişi olarak görevlendirilen veya başlı başına araştırma yapan kurum ve kuruluşlarda yapılan istatistiksel çalışmalarda çok açık biçimde göze çarpmaktadır. Yüksek Sağlık Şurası, Adli Tıp Kurumu, Tabip Odaları, Sağlık Müdürlükleri bu kurum ve kuruluşların başında gelmektedir.

Tıbbi malpraktis ile ilgili şikâyetlerin artmasının çok çeşitli sebepleri vardır. Hastaların genel olarak sağlık sisteminden ve bireysel olarak sağlık çalışanlarından beklentilerinin artmış olması, medya organlarının konunun üzerine fazlaca gitmesi nedeni ile toplumun hassasiyetinin artması, doğal sonuç olarak bazı avukatların bu tür davaları özel ilgi ve çalışma alanı olarak seçmeleri, en başta sayılabilecek sebepler arasındadır.

Tıbbi malpraktis davalarındaki hızlı artış, sağlık çalışanları üzerinde ileri derecede tedirginlik yaratmıştır. Yeni Türk Ceza Yasasının bu konuda sağlık çalışanına daha fazla sorumluluk yüklediği inancı da bu tedirginliğin daha da fazla artmasına ve bir panik havası yaşanmasına neden olmuştur.” (11).

Özellikle 1998’ de yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği’nden sonra toplumsal bilincin artması, hukukçuların malpraktis kavramına yoğun bir şekilde ağırlık vermeleri, görsel ve yazılı basında malpraktis iddialarının gündeme getirilmesi başta hekimler olmak üzere sağlık personeline karşı açılan malpraktis davalarında (tazminat/ceza) artışa neden olmuştur (19,20,21).

2.6. Malpraktise Dair Yasal Mevzuat

Sağlık çalışanlarının, hastaya nasıl davranacağı, bu anlamda ondan ne beklendiği, neyi yapmasının yanlış, neyi yapmasının doğru olduğu; hem ulusal hem de uluslararası tıbbi etik ve deontoloji kuralları, bildirgeler, sözleşmeler, kanunlar ve yönetmelikler gibi yazılı metinler dışında, genel ahlak, örf ve adetler gibi yazılı olmayan kurallar ile de belirlenmiştir. Türkiye’ de ki yazılı olan yasal çerçeve Güngör ve ark. (22) yapmış olduğu çalışmada şu şekilde sıralanmıştır.

- ☐ Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Kanun No: 3359, Kabul Tarihi: 7.5.1987,
- ☐ 1993 tarihli İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik,
- ☐ Tababet-i Şuabat-ı Sanatların Tarz-ı İcrası’na Dair Kanun, Kanun No: 1219, Kabul Tarihi: 11.4.1928,
- ☐ Hemşirelik Kanunu, Kanun No: 6283, Kabul Tarihi: 15.2.1954,
- ☐ Adli Tıp Kurumu Kanunu, Kanun No: 2659, Kabul Tarihi: 14.04.1982,
- ☐ 2238 Sayılı Organ Ve Doku Alınması, Saklanması Ve Nakli Hakkında Kanun,
- ☐ Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, Kanun No: 2857, Kabul Tarihi: 23.6.1983,
- ☐ Tababet Uzmanlık Tüzüğü (22.5.1974 tarih ve 14893 sayılı Resmî Gazete),
- ☐ Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (1.1.1995 tarih ve 22168 sayılı Resmî

Gazete),

□ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Karar No: 8/5319, Karar Tarihi: 10.9.1982,

□ Yataklı Tedavi Kurumları Merkezî Tıbbî Arşiv Yönetmeliği,

□ 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu,

□ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (154 Sayılı),

□ Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Karar No: 4 /12578, Kabul Tarihi: 13.01.1960,

□ 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun,

□ 83/7395 no' lu karar Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük,

□ 1983 Tarihli Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği,

□ 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği.

Türkiye' de 2006 yılında yayınlanan bir makalede;

“Yeni TCK' da yer alan ve hekimleri tedirgin eden maddeler nedeniyle hekimlerde defansif (çekinik) tıp eğilimi gelişeceğinden korkulmaktadır. Kısa zaman önce yürürlüğe giren yeni TCK'da hekimlik mesleğinin yerine getirilmesinde kavram kargaşasına yol açacak, hatalı yorumlara açık, hekimlik uygulamalarını olumsuz yönde etkileyecek maddeler bulunmaktadır. Bu maddeler nedeniyle, hekimler kendilerini zor durumda hissetmekte, mesleklerini özgürce yapmalarına engel olunmaktadır. Bu nedenle, hekimlerin tıbbi girişimlerindeki temel yaklaşımları, kuralları ve istenmeyen bir sonuçla karşılaşıldığında, bu durumun kusur mu, yoksa kaçınılamayan sonuç mu olduğunun saptanmasında kullanılacak temel ölçütleri belirleyen bir düzenlemeye gereksinim duyulmaktadır. Bu düzenlemenin bizim en temel yasamız olan, tıp ve hekimlik alanına ilişkin temel kuralları düzenleyen 1219

Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı Yasasına Dair Kanun'da hekimler ile ilgili bölümde yapılması ile hekimler Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddelerinin baskısı olmadan mesleklerinin gereğini yerine getirebileceklerdir”

Tespiti yapılarak konu ile ilgili yasal gereksinimlere dikkat çekilmiştir(102).

2.6.1. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Yer Alan Sağlık Personelinin Mesleki Uygulama Şartları

Tıp meslekleri uygulamalarına dair çıkarılan bu yasa tüm sağlık çalışanlarının mesleğini nasıl icra edeceklerini ayrıntılı bir şekilde açıklamaktadır.

Tabipler ve Mesleki Uygulama Şartları; Madde 1’de açıkça beyan edilmiştir ki, Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde hasta tedavi edebilmek için Türkiye’deki tıp fakültelerinden diploma sahibi olmak ve Türk olma şartı vardır. Diploması olmadığı halde, hasta tedavi eden veya tabip unvanını takınan şahıs iki yıldan beş yıla kadar hapis ve bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılacağı madde 25’de belirtilmiştir. Her ne suretle olursa olsun işini yapmaktan uzaklaştırılan bir tabip sanatını icra ederse, Madde 26’da belirtildiği gibi para cezası verilir. Hekimlik mesleğinin icrası için, Madde 28’de açıklandığı üzere; Türk Ceza Kanunu’nun 53 üncü maddesinde belirtilen süreler geçmiş olsa bile kasten işlenen bir suçtan dolayı beş yıl veya daha fazla süreyle ya da devletin güvenliğine karşı olan suçlar, anayasal düzene ve bu düzenin işleyişine karşı suçlar, milli savunmaya karşı suçlar, devlet sırlarına karşı suçlar ve casusluk, kamunun sağlığına karşı suçlar, zimmet, irtikâp, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, ihaleye fesat karıştırma, edimin ifasına fesat karıştırma, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama veya kaçakçılık suçlarından hapis cezasına mahkûm olmamak gerekir. İcrayı sanat etmesine mani olan tabipler, Sağlık Bakanlığının teklifi ve Sağlık Bakanlığı Yüksek Disiplin Kurulu kararıyla icrayı sanattan men olunur ve diplomaları geri alınır.

Burada yer alan maddelerden de anlaşılacağı üzere hekimlerin öncelikli olarak mesleklerini yerine getirebilmeleri için gerekli eğitimi ve diplomayı almış olması, herhangi bir suç işlememiş olması gerekmektedir.

2.6.2. Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın Madde 1'i ile amacı; hekimlerin mesleklerinin gereklerini yerine getirirken uymaları zorunlu olan kuralları belirlemektir şeklinde tanımlanmıştır. Türkiye'de hekimlik yapma hakkını kazanmış olup mesleğini uygulayan tüm hekimler bu kurallara uymak durumundadır (HMEK, Madde 2).

Hekimin öncelikli görevi; hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler (HMEK, Madde 5). Ayrıca Madde 7 gereğince; her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür.

Hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri: yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir (HMEK, Madde 6). Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresini, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskleri, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçları, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersiz sayılmaktadır. Ayrıca hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir (HMEK, Madde 26). Yukarıda bahsedilen, hekimlerin uyması gerekli olduğu bazı etik kurallara uyulmaması halinde, hekimler, malpraktis davalarıyla karşı karşıya kalabilmektedirler.

2.6.3. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği

Hekimler mesleklerini uygularken gerekli özeni göstermez ve hatalı uygulamaya sebep olurlar ise uyarma cezası, para cezası ve meslekten alı koyma cezası alabilirler. Yönetmelikte uyarma cezası; hekime mesleğini uygularken ve/veya meslektaşları ile olan ilişkilerinde daha özenli tutum ve davranışlar içinde olması gerektiğinin yazı ile bildirilmesidir. Geçici olarak meslekten alıkoyma cezası; hekimin meslek uygulamasından 15 günden 6 aya kadar süreyle alıkonulmasıdır. Bu ceza türlerinin ayırımında gerekli olan bazı haller disiplin yönetmeliği ile detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

Uyarma cezası verilmesini gerektiren haller; yasa ve yönetmeliklerin kendisine yüklediği görevleri yapmamak, mesleki faaliyetinde ortaya çıkan değişiklikleri bildirmemek, meslektaşlarına ve diğer sağlık meslek mensuplarına karşı küçük düşürücü davranışlar da bulunmak veya kötülemek, hasta üzerindeki mesleki etkisini tıbbi amaçlar dışında kullanmak, hasta haklarına saygı göstermemek, hasta kayıtlarını usulüne uygun olarak tutmamak, hekimlik mesleğine ilişkin hukuksal düzenlemelere aykırı olmak (TTBDY, Madde 3) şeklinde sıralanmıştır.

Para cezasını gerektiren haller (Madde 4); reklam amacına yönelik yazılar yazmak, yazdırmak veya açıklamada bulunmak, ticari ürün veya hizmetin tanıtımında yer almak, meslektaşlar arası haksız rekabete yol açacak duyurular yapmak, meslek uygulaması sırasında haksız kazanç sağlamak, uzmanlık belgesi olmadan uzmanmış gibi tanıtım yapmak, endüstri kuruluşları ile çıkar ilişkileri kurmak, Türk Tabipleri Birliği Hekim ve İlaç Tanıtım İlkeleri'ne aykırı davranmak, meslektaşlara maddi çıkar karşılığı muayene ve tedavi için hasta göndermek, hastaları zorunlu durumlar dışında kendisine, yakınına veya ortağına ait özel sağlık kuruluşlarına yönlendirici tavır ve davranışlarda bulunmak, hasta sevkleri, rapor, reçete vb. belgelerde usulsüz uygulamalar yapmak, sevk belgelerine el koymak, acil durumlar dışında özel bilgi ve beceri gerektiren girişimlerde bulunarak hastaya zarar vermek, hastanın aydınlatılmış onamını usulüne uygun almaksızın tıbbi girişimde bulunmak, sonuçta hastanın ölümüne, sakatlığına sebep olmayıp da sağlığının kısa süreli bozulmasına yol açan tıbbi hata yapmak ve ihmalde bulunmak, sorumlusu olduğu sağlık kuruluşunda

hekimleri ve diğer personelini sağlık alanı ile ilgili görev ve yetki alanı dışında çalıştırmaktır.

Geçici olarak meslekten alıkoyma cezasını gerektiren haller; hastalara fiili saldırıda bulunmak, hastalara cinsel tacizde bulunmak, hastalara ait sırları yasal zorunluluk dışında açıklamak, birden fazla yerde muayenehane açmak veya çalıştırmak, kamu kurum ve kuruluşlarının dolandırılmasına yönelik eylemlerde bulunmak; bu amaca yönelik olarak sahte belge veya reçete düzenlemek, gerçeğe uymayan rapor ve/ veya belge vermek, hasta kayıtlarında değişim yapmak, muayene ve tedavi sırasında hastaların cinsiyet, ırk, milliyet, etnik köken, din ve mezhep, ahlaki ve siyasi düşünce, kişilik, ekonomik ve sosyal durumuna göre ayrıcalıklı uygulama yapmak, kendisine başvuran veya çalıştığı kuruma gelen acil hastaların gerekli tıbbi tedavi veya girişimlerini başlatmamak, yapmamak ya da ilgili kuruluşlara sevkini geciktirmek veya yapmamak, ilgili hukuksal düzenlemelere aykırı olarak canlılar üzerinde deneyler yapmak, yapılmasına destek olmak, ilgili hukuksal düzenlemelerdeki sınırlar haricinde gebeliği kürtaj veya herhangi bir yöntem ile sonlandırmak veya usule aykırı organ nakline katılmak, meslekte bilgi ve beceri yetersizliği, özen eksikliği, dikkatsizlik ve benzeri kusurlardan dolayı eksik ya da yanlış tanı ve tedavide bulunarak hastaya kalıcı zarar vermek, mesleksel bilgi ve becerilerini insan onuruna ters düşecek amaçlarla kullanmak şeklinde belirtilmiştir (TTBDY, Madde 5).

2.7. Hekimlerin Hakları

Yukarıda, malpraktise dair mevzuat ile ilgili bölümlerde hekimlerin görev ve sorumluluklarına değindiğimiz için bu bölümde, hekim hakları konusu hakkında bilgiler yer alacaktır.

Hem hekimlerin, hem de toplumun karşılıklı olarak birbirlerinin hak ve sorumluluklarını bilmediği durumlarda, hastanın zarar görmesi, hekimin davalık olması dışında meydana gelecek kötü sonuçlardan biri de şiddettir.

Sağlık çalışanları, işyerinde şiddete maruz kalma açısından yüksek riskle karşı karşıyadırlar. İşyeri şiddetinin, neredeyse %25'i sağlık alanında görülmektedir. Sağlık alanındaki şiddet bütün ülkelerde ve bu alandaki tüm meslek gruplarında görülmektedir. Özellikle sözel şiddete, sağlık çalışanlarının yarısından daha fazlası maruz kalabilmektedir. Avustralya'da yapılmış bir araştırmada, 1 yıl içerisinde, 9449 hekimin %32,3'si fiziksel şiddete, %70,6'sı sözel şiddete uğradığı bildirilmiştir (23). Samsun'da 522 hekim ile yapılan bir araştırmada ise hekimlerin %82,8'inin meslekleri boyunca en az bir kere şiddete uğradıkları tespit edilmiştir (24).

Hem hasta- hekim ilişkisi sırasında ve hem de işle ilgili diğer durumlarda hekimler, hukuken çeşitli haklara sahiptirler.

Yeterli Eğitim Alma ve Sürekli Mesleki Gelişim Hakkı: Öncelikle hekimler, ağır mesleki, etik ve hukuki sorumlulukları üstlenebilmeleri için yeterli ve nitelikli bir eğitim alma hakkına sahiptirler. Tıp fakültelerindeki teorik ve uygulamalı eğitimin müfredatı ve uygulaması, hekimleri sahaya çıktıklarında gereksinim duyacakları her türlü bilgi, beceri ve tutuma sahibi kılmalıdır. Tıbbi bilgi üretimindeki hıza paralel olarak, mesleki gelişimlerini kesintisiz sürdürebilecek şekilde eğitim alma hakkına sahiptirler. Hekimlerin mezuniyet sonrası eğitimlere katılabilmeleri, mesleki bilgi ve becerilerini sürekli yenileyebilmeleri için gereken koşullar (eğitim için yeterli zaman, uygun/ulaşılabilir eğitim programları, eğitim için gereken ekonomik kaynak, vb) sağlanmalıdır.

Yeterli Ücret Alma Hakkı: Hekimler, aldıkları eğitim, harcadıkları emek ve üstlendikleri mesleki risklere uygun yeterli bir ücret alma hakkına sahiptirler.

Mesleğini Serbestçe İcra Etme Hakkı: Hekimler, hiçbir kişi veya merciden baskı görmeden serbestçe mesleğini icra edebilme hakkına sahiptirler. Hekimler mesleğini icra ederken, sadece bilimsel kanıtlar, meslek etiği, vicdanı ve hukuka karşı kendini sorumlu görmelidir. Hekimden kendi değerlerine ters düşen (mesleki bilgisi, tıp etiği, hukuk, vicdan) işlemler talep edilemez.

Modern Teknoloji ve Bilimi Kullanma Hakkı: Hekimler, çağdaş teknolojiye ve bilimsel gelişmelerden yoksun bırakılmadan yeterli bir donanımla mesleğini icra

edebilmelidir. Hekimlerin, bu amaçla uygun ortam ve ekipmanı devletten ya da bağlı bulunduğu kurumdan talep etme hakları vardır.

Yönetimsel Kararlara Katılma Hakkı: Hekimler, çalıştıkları sağlık kurumundaki yönetimsel kararlara (görüş beyan etme, eleştiri ve önerilerde bulunma, vb) ve organizasyona katılma hakkına sahiptirler.

Hastayı Reddetme Hakkı: Hekimler, acil yardım, resmi ya da insani zorunluluklar dışında, makul ve haklı bir gerekçe ile hastayı reddetme hakkına sahip olabilmelidir. Hasta ile hekim arasında ilişkide güven sarsılmış (hasta hekime yanlış beyanda bulunmuş, hekime karşı tehditkâr ve/veya hakaret içerir sözler sarf etmişse, vb) ve ilişki iki taraf için de yararlı sonuçlar doğurmayacak bir sürece girmişse hekim hastayı reddedebilir. Hekim, tıbbi müdahalenin ortasında haklı bir gerekçe (hastanın tavsiyelere uymaması, ödevlerini yapmaması gibi) olmaksızın ve hastanın zarar görme olasılığını engellemeksizin hastasının tedavisini yarıda kesme hakkına sahip değildir.

Konsültasyon İsteme Hakkı: Hekimler tıbbi, etik ve hukuki gerekçelerle hastası için bir başka hekimden konsültasyon isteme hakkına sahiptir.

Sağlığını Koruma ve Mesleki Risklerden Korunma Hakkı: Hekimler, kendi sağlığını koruma, enfeksiyon ve radyasyon gibi mesleki risklere karşı korunma hakkına sahiptirler. Hekim sağlıklı bir çalışma ortamına ve ihtiyacı olan dinlenme zamanına sahip olabilmelidir. Hekimler makul iş yükü altında (acil, nöbet ve mesai dışı çalışma süreleri de dahil olmak üzere) çalışmalı, angaryadan korunmalıdırlar.

İyileşme Garantisi Vermeme Hakkı: Hekim, plastik cerrahi ve diş hekimliği uygulamaları gibi bazı istisnai durumlar haricinde hastalarına iyileşme (şifa) garantisi vermeme hakkına sahiptir.

Hastasına Yeterli Zaman Ayırma Hakkı: Hekimler, hastanın tıbbi bakımını tehlikeye sokacak ve sağlıklı değerlendirilmesini engelleyecek şekilde yoğun iş yükü ve zaman baskısı altına sokulmamalıdır.

Tanıklıktan Kaçınma Hakkı: Hekimler, meslekleri gereği hasta hakkında öğrendikleri bilgiler nedeniyle tanıklıktan kaçınma hakkına sahiptir (CMK.m.46). Ancak

hastalarının muvafakat ettiği durumlarda tanıklıktan çekilemezler. Hastalar, sırf tedavi olmak amacıyla en yakınlarından gizledikleri bazı sırları hekimlerine açıkladıkları için, bu mesleki sırların hekim tarafından açıklanması meslek sırrını ifşa suçunu oluşturur (TCK.m.134,137). Bu bakımdan hekimler, hastalarıyla ilgili bilgileri açıklamaya zorlanamazlar.

Tedaviyi Belirleme Hakkı: Hekim, kanıta dayalı olmak üzere bir hastalığın tedavisinde uygulanabilecek standart yöntemlerden herhangi birini tercih etmekte serbesttir (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü m.6).

Bilgi Alma ve Tavsiye ve Tedavisine Uyumu İsteme Hakkı: Hekimler, hastalarından doğru bilgi alma, tedavi için önerdikleri ilaçların uygun şekilde kullanılmasını ve diğer tavsiyelere uyulmasını isteme hakkına sahiptir.

Cezalandırma Eylemlerinde Bulunmama Hakkı: Hekim hiçbir şekilde herhangi bir kişinin cezalandırılması eyleminde (ölüm cezası, işkence) aktif görev almaya zorlanamaz (25,26).

Tıp etiği ilkeleri bağlamında hasta- hekim ilişkileri yürütülürse hekimlerin hakları da gözetilir ve hasta hakları ile de bağdaştırılırsa, dengeli bir sonuca ve yararlı davranışlara varılır. Çünkü eğer hekim hakları gerektiği ölçüde gözetilirse böyle bir hekimin hastayla daha iyi ilgileneceği ve ona yararlı olacağına şüphe yoktur(27).

2.8. Türkiye ve Dünya’da Defansif Tıp Uygulamaları

Malpraktis ile ilgili davalar, 1960’lı yıllardan itibaren ABD’de artış göstermeye başlamıştır (28). Bu davaların nedenleri, sonuçları ve mali etkileri tartışılırken hekimler üzerinde bir takım davranışsal değişikliklere de yol açtığı gözlemlenmiştir. Özellikle 1970’li yıllardan itibaren; ABD’de yapılan çalışmalarda, hekimlerin tıbbi uygulamaların hukuki sorumluluğundan kaçmak için; gerekli olmadığı halde teşhis ve tedaviye yönelik uygulamaları daha sık gerçekleştirdikleri ya da tam tersi bir şekilde risk barındırdığını düşündükleri, hasta ve tedavi yöntemlerinden kaçındıkları tespit edilmiştir (29).

Tancredi ve ark. (30) 1978 yılında hekimlerin %70' inin defansif tıp uyguladıklarını bildirmiştir. Avusturya'da Osti ve Steyrer' in yaptığı çalışmada hekimlerin %97,7' sinin defansif tıp uyguladığı tespit edilmiştir (31). Japonya' da 2006' da gastroenteroloji hekimlerinde yapılan bir çalışmada, bu hekimlerin %98' inin defansif tıp uyguladığı bildirilmiştir (32). Paxton ve ark. (33) tarafından yapılan bir çalışmaya göre görüntüleme donanımları hekimlerin kendilerine ait olduğu durumlarda, radyolojik inceleme sonuçlarının, yüksek oranda (%86), patolojik olmayan sonuçlar şeklinde olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmada sağlık sisteminin görüntüleme incelemelerine yaptığı ödemenin son 10 yılda önemli ölçüde arttığının belirlenmesi defansif tıbbın yaygınlaştığının göstergesidir.

Defansif tıp terimi, ülkemizde, diğer ülkelere nazaran daha geç kullanılmaya başlanmıştır. Bu konuya, 2000 yılında, Polat, kitabında ilk kez, defansif tıp, çekinik tıp gibi terimlerini kullanmadan;

“Kamuoyunun biraz da basının yönlendirmesiyle ve bilgisizliğin getirdiği şartlanmayla her talihsiz olayda hekimlerin sorumlu tutulması artık toplumumuzda yerleşmiş bir davranış halini almıştır. Özellikle bu tip davaların ele alınmasında herhangi bir kriterin olmaması ve bilirkişiliğini herkesin üstlendiği bu tip olaylarda objektif kararların çıkmaması sonucunu getirmektedir. Hastayı tedavi etmekle yükümlü hekimin bu standartlar sağlanmadığı takdirde risk içeren olaylarda görevini yapmaktan kaçınacağı veya en azından başkasına yollayacağı ihtimalinin varlığı zaten yetersiz koşullarda çalışan tıp camiasının yakın gelecekte kaçınmadığı bir durum olacaktır”

Şeklinde tarifleyerek dikkat çekmiştir (103).

Yurdumuzda defansif tıp uygulamaları ile ilgili sınırlı sayıda çalışma mevcut olup defansif tıp uygulamaların yaygınlığı yeterince ölçülmüş değildir. Sezaryen doğumların bir kısmının defansif kaygılarla yapıldığı düşünüldüğünde, son yıllardaki sezaryen doğum artışı ülkemizde defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı hakkında fikir verebilir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 raporunda; son

beş yılda meydana gelen tüm doğumların % 48'i sezaryen ile yapılmıştır denmektedir. Sezaryen doğumlar, TNSA-2008'e (% 37) göre büyük ölçüde yükselmiştir.

Türkiye'de yapılan bir çalışmada %78,38 oranında, başka bir çalışmada ise %83,30 defansif tıp uygulaması yapıldığı tespit edilmiştir (17,34). Defansif tıp uygulamaları ile ilgili güncel çalışmalar Kolcu ve ark. (35-37) tarafından tasarlanmış ve çeşitli branşlarda uygulanmıştır. Bu çalışmalarda ilk kez "defansif tıp uygulamaları tutum düzeyi" hesaplanmıştır. Aynı zamanda çalışmacı ekip tarafından oluşturulmuş olan anketin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları da yapılarak "Defansif Tıp Uygulamaları Ölçeği" oluşturulmuştur.

2.9. Defansif Tıbbın Etkileri

Günümüzde, teknoloji, tıpta yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Özellikle görüntüleme yöntemlerinin tanı ve tedavideki yeri tartışmasız önemlidir. Ancak gereksiz yere uygulanan her görüntüleme tekniği aynı zamanda gereksiz yere verilen radyasyon anlamına gelmektedir. Yine gereksiz yere uygulanan biyopsi gibi girişimsel ve sezaryen gibi cerrahi müdahaleler, hastanın hem bedenine hem de manevi bütünlüğüne olumsuz izler bırakmaktadır (38,39).

Negatif uygulamaları en çok uygulayan hekimler, daha çok malpraktis iddiası ile karşılaşan uzmanlık alanlarına mensup olanlardır. ABD'de özellikle kadın doğum uzmanlarının, doğum yaptırmaktan kaçındıkları, bir çok travma kliniğine kafa travması geçiren hastaların alınmadıkları hatta bu servislerin kapatılma yoluna gidildiği, bazı yerlerde pediatri hizmetlerinin azaltıldığı belirtilerek, negatif uygulamaların, sağlık hizmetlerinin sunumundaki olumsuz etkilerine vurgu yapılmıştır (40). Kaçınma davranışı olarak isimlendirilen ve hekimin hasta ile ilgilenmemesi ekseninde gelişen davranış tarzları ile ortaya çıkan negatif defansif davranışlar, sağlık hizmetlerini ve dolayısıyla, hastanın sağlığını olumsuz yönde etkileme ihtimali en yüksek olan davranış olarak işaret edilmiştir (38,40).

Defansif tıp uygulamaları, ülkeler için sağlık harcamalarında maliyeti arttırabilmektedir. Araştırmalarda, defansif tıbbın toplam sağlık harcamalarına hatırı sayılır bir yük getirdiği, hastalar üzerinde yarattığı olumsuz etkiler nedeniyle sağlık

hizmetlerinin kalitesini düşürdüğü ifade edilmiştir (38). Office of Technology Assessment' ın tahmini verilerine göre; 1991 yılında, defansif kaygılarla yapılan sezaryen işlemlerinin ABD'ye maliyeti 8,7 milyon dolar iken, 1994 yılında yine defansif kaygılarla görüntüleme tekniklerine başvurulmasının maliyetinin ise 45 milyon dolar olduğu ifade edilmiştir (41). 2006 yılında ise, ABD'deki sadece bir eyalette defansif amaçla gerçekleştirilen uygulamaların doğrudan maliyetinin 1,8 milyar dolar olduğu ifade edilmiştir (42). ABD'de ülke düzeyinde yapılan bir çalışmaya göre defansif tıp uygulamalarının ülke bütçesine yükünün 37 milyar dolar olduğu ve genel giderlerin %14' ünü oluşturduğu açıklanmıştır (43).

Tıbbi tedaviler, çoğu zaman ceza veya hukuk davalarına sebep olabilecek, hekimin önleyemeyeceği riskleri içermektedir. Bu yüzden defansif tıp uygulamalarının gerçekleştirilmesindeki en güçlü etken, dava edilme riski ile hareket etmektir. İyi düzenlenmemiş yasal sistemler, hekimleri yüksek maliyetli olmalarına rağmen defansif tıp uygulamalarına yönelmelerine sebep olmuştur. Çünkü malpraktis davaları hekimleri bireysel olarak tehdit etmektedir. Hekimler de bu riski üstlenmek istememektedirler. Hekimlerin kaygıları artıkça sorumluluktan kurtulmak için defansif tıp uygulamalarına yönelmeleri, hastaneye maliyet olarak geri dönmektedir (92).

Ülkemizde defansif tıbbın maliyeti ile ilgili yapılmış bir çalışma tespit edilememiştir.

2.10. İşe Bağlı Gerginlik

2.10.1. İş Stresi

Stres, latince kökenli “Estrictia” sözcüğünden gelmekte ve maruz kalınan olaylara, tehlikelere ya da yeni durumlara fizyolojik, duygusal ve bilişsel tepkilerin verildiği, bireyin fiziksel, duygusal ve ruhsal sınırlarının zorlanması ile ortaya çıkan bir olgudur. (44,45).

İş stresi, bireyin yeteneklerindeki yetersizliklere, fiziksel ya da psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve bireyde gerilim yaratan durum olarak tanımlanmaktadır (46). İş stresi çalışma ortamında ortaya çıkmakta ve çalışanlar için potansiyel bir zorlanma durumu olmaktadır (47).

İş stresinin ortaya çıkmasının farklı sebepleri olabilir. Örneğin stres kurumun içinden, dışından, gruplardan ve çalışanların kendilerinden kaynaklanabilir (48). Bir işte kişiden yapabileceğinden daha fazlasını yapmasının istenmesi veya çok az şey istenmesi strese neden olabilir. Sıcak, gürültü, ılık bir takım fiziksel koşullar ya da çok az sorumluluk, aşırı veya az denetim insanlarda strese neden olabilir. Ayrıca stres kişiden kişiye değişiklik gösterir. Bir kişi için işle ilgili gerilimler onun başarı duygusunu kamçılarken, bir başkası bu durumla baş edebilme yetersizliğinden dolayı stres duyabilir. Yani stres duymada kişisel farklılıklar oldukça önemlidir. Strese sebep olan kurumsal faktörler arasında rollerde belirsizlik, rol çatışması, kişilerarası çatışma, sorumluluk, kararlara katılım, iş güvenliği, işini kaybetme korkusu, yönetim tarzı, fiziki ortam ve çevre koşulları, iş yükü, zaman baskısı, kariyer engeli, gelir yetersizliği, sınırlı gelişme olanakları, ayrımcılık, rekabet sayılmaktadır (49,50).

2.10.2. İşe Bağlı Gerginlik Kavramı

İşe bağlı gerginlik; kişinin çevredeki stresörlere karşı verdiği psikolojik tepkiler olarak tanımlanmaktadır. Bu konuda literatürde, işe bağlı gerginlik ve iş stresi birbirinin yerine kullanılan kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır (51). İşe bağlı gerginlik ve tükenmişlik daha çok hekimlik, hemşirelik, fizyoterapistlik gibi insanlarla yoğun ve süregelen ilişkide olan mesleklerde görülmektedir. Sağlık alanında çalışanlarda, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır (52).

Tıbbi bakım alanı hem yoğun stres yaşayan kişilere hizmet verilmesi hem de bu alanda çalışan personelin stresli durumlarla sık karşılaşmasından dolayı diğer iş ortamlarına göre daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortamdır (53).

2.10.3. İşe Bağlı Gerginliğin Etkileri

İşe bağlı gerginliğin, yorgunluk, depresyon, düşük iş memnuniyeti ve kardiyovasküler hastalıkların da içinde olduğu stres bağlantılı hastalıklara yol açtığı bilinmektedir (54). İş yerinde, uzun süre ve tekrar eden stresli durumla maruz kalma, çalışanda, migren, koroner arter hastalıkları, kas ağrıları, uyku sorunları, yorgunluk gibi fiziksel sağlık sorunlarına; kaygı, çaresizlik, depresyon gibi ruhsal sorunlara, iş

konusunda kendine güvende azalma, işe devamsızlık, tükenme sendromu, işi bırakma, sigara, alkol, ilaç alışkanlığı, aile içi veya kişilerarası iletişim sorunları gibi mesleki ve sosyal sorunlara sebep olabileceği gözlemlenmiştir (47,55).

İş bağlı gerginlik, çalışma yaşamında kaçınılmaz bir durum olmakla birlikte, bu durumun sıklığı ve süresi bireyin baş edebilme kapasitesini geçtiğinde bir takım sorunlar ortaya çıkmaktadır (56).

İşe bağlı gerginliğin öncülü olarak çalışanların işleriyle ilgili karar verme serbestliğine sahip olmaları devamsızlık oranlarını azaltmaktadır (57,58). Çalışanların iş saatleri üzerinde kontrol sahibi olmalarının hastalığa bağlı devamsızlık oranlarını azalttığını tespit etmişlerdir. Buna göre yüksek düzeyde stres belirten ancak iş saatleri üzerinde kontrol sahibi olan çalışanlar, stres düzeyi yüksek ama kontrol düzeyi düşük çalışanlara nazaran daha az devamsızlık yapmaktadırlar (59).

İşe bağlı gerginlik ile iş tatmini ilişkisine yönelik yapılan araştırmalarda, yüksek düzeyde stres ve işe bağlı gerginliğin düşük düzeyde iş tatmini ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (57,60,61).

Yapılan çalışmalarda da stresörler karşısında sıklıkla başvurulan yöntemlerin; alkol ve sigara kullanımı, kaçma davranışı gösterme, aşırı yeme ve içme, çatışma, işten uzaklaşma ve unutmayı deneme gibi etkisiz baş etme yöntemleri ile problem çözme yöntemini kullanma, boş zaman aktiviteleri ile uğraşma, dinlenme, gevşeme teknikleri ve bilişsel baş etme yöntemlerinin kullanılması gibi etkili baş etme yöntemleri olduğu görülmüştür (62,63).

2.11. Tükenmişlik

Tükenmişlik kavramı ilk ortaya çıktığı zamandan bu yana çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Bunların bazıları şöyledir;

1974 yılında Herbert Freudenberger tükenmişliği, “başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu” şeklinde tanımlamıştır (6).

Sturgess ve Poulsen tükenmişliği, “insanlara hizmet veren mesleklerde çalışan kişilerin işlerinin bir sonucu olarak deneyimledikleri ilerleyici bir idealizm, enerji ve amaç kaybı” olarak tariflemişlerdir (64).

Cherniss ise tükenmişliği “aşırı adanmışlık hastalığı” olarak tanımlamıştır (65).

Edelwich ve Brodsky’e göre tükenmişlik, yardım edici mesleklerde çalışan iş görenlerde, iş koşullarının bir sonucu olarak ortaya çıkan, idealizm enerji ve amaç yitimidir. Onlara göre; tükenmişlik, birbirini izleyen, idealistlik coşku, durgunluk, engellenme ve duyarsızlaşma aşamalarından geçen bir süreç sonunda ortaya çıkmaktadır (66).

Günümüzde tükenmişliğin en yaygın kullanılan ve kabul gören tanımı, aynı zamanda kendi adıyla anılan Maslach Tükenmişlik Ölçeğini’ de geliştirmiş olan Christina Maslach tarafından yapılmıştır. Maslach’a göre tükenmişlik “iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir sendrom”dur (67,68).

2.11.1. Maslach Tükenmişlik Modeli

Maslach ve Jackson, tükenmişliği, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşmeden oluşan, “üç boyutlu bir psikolojik sendrom” olarak tanımlamışlardır. Tükenmişlik, öncelikle kronik hal almış iş talebinin kişinin duygusal kaynaklarını tüketmesi ile ortaya çıkmaktadır. Bu durum duygusal tükenmenin oluşmasına neden olmaktadır. Bu aşamada tükenmişliğin stres boyutunu yaşayan birey kendisini fiziksel ve duygusal açıdan aşırı yorgun ve yıpranmış hissetmekte, işine odaklanamamakta ve muhatablarına karşı kendisini eskisi kadar sorumlu hissedememektedir. Bundan sonra kişi, savunma mekanizmasının bir sonucu olarak çevresindeki insanlarla olan ilişkisini sınırlandırmakta ve psikolojik açıdan insanlardan uzaklaşmaktadır. Bu şekilde gündeme gelen duyarsızlaşma, kişi ile iş talebi arasında duygusal bir tampon görevi görmektedir. Duyarsızlaşan kişi, hayatının başkaları tarafından yönlendirildiğini düşünmekte, diğer insanları hayatından çıkarıp tek başına kalmak istemektedir. Son olarak, kişi eski ve yeni

tutumu arasındaki ayrımı fark ederek, bunun sonucunda mesafeli tutumlarının, çalıştığı kuruma ve topluma katkılarını sınırladığını düşünmektedir. Böylece kişi iş ve insan ilişkileri konusunda bir eksiklik duygusu içerisine girmekte, kısacası işini yapma ve hizmet sunma konusunda, kendisini yetersiz görmeye başlamaktadır (69-71).

2.11.1.1. Duygusal Tükenme

Bireyin, işi nedeniyle aşırı yüklenilmesi ve tüketilmiş olma duyguları olarak tanımlanır. Duygusal tükenme daha çok insanlarla yoğun ve yüz yüze ilişkinin daha fazla olduğu mesleklerde görülmektedir. Duygusal tükenme, tükenmişliğin başlangıcı, merkezi ve en önemli bileşenidir. Duygusal açıdan yoğun bir çalışma temposu içinde bulunan kişi, kendini zorlamakta ve diğer insanların duygusal talepleri altında kendini ezilmiş olarak hissetmektedir. Duygusal tükenme bu duruma bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Tükenmişliğin üç boyutu arasında en çok dikkat çeken ve araştırılanıdır. Ancak duygusal tükenme, tek başına tükenmişlik tanısı koymada yeterli değildir (72).

2.11.1.2. Duyarsızlaşma

Bireyin, hizmet verdiği kişilere karşı, duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlarda bulunması şeklinde tanımlanır. Bu davranış katı, soğuk ve ilgisiz olma şeklindedir. Duygusal tükenme yaşayan kişi, kendisini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hisseder ve duyarsızlaşmayı bir kaçış yolu olarak kullanır. İnsanlarla olan ilişkilerini işin yapılabilmesi için gerekli olan en az düzeye indirir (72). Maslach’a göre tükenmişliğin üç bileşeninden duyarsızlaşma alt boyutu en problemli boyut olarak görülmektedir. Duyarsızlaşma, Maslach tarafından “hizmet verilen kişilere karşı uzaklaşmış, katı hatta insancıl olmayan bir yanıt” olarak tanımlanmıştır (73).

2.11.1.3. Kişisel Başarısızlık

Sorunun, başarıyla üstesinden gelememe ve bireyin kendisini eksik görmesi şeklinde tanımlanır. Bireyin işine olan motivasyonu düşer; birey kendinde kontrol kaybı ve çaresizlik hisseder ve kişisel olarak başarısızlık duyguları ile doludur

(74,75). Kendisini kimsenin sevmediğine dair bir duygu geliştirerek kendisi hakkında başarısızlık hükmü verir. Bireyin kendi hakkındaki değerlendirmelerinin olumsuz bir durum kazanması sonuç olarak, işinde ve iş gereği karşılaştığı kişilerle olan ilişkilerinde başarısızlık şeklinde görülür. Kişi işinde ilerleyemediğini, hatta gerilediğini düşünüp kendini suçlu hisseder (68).

Sonuçta tükenmişlik, duygusal tükenme ile duyarsızlaşmanın artması ve kişisel başarının azalması ile ortaya çıkmaktadır.

2.11.2. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler

Çalışmamızda da irdeleneceği üzere; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal destek gibi kişisel ve sosyal faktörler, çalışma süresi, iş yükü gibi işle ilgili faktörler, tükenmişliğin ortaya çıkmasında etkilidirler.

Yapılan çalışmalara göre; aynı işte çalışan kadınlarda, erkeklere göre daha fazla duygusal tükenmişlik yaşanmaktadır. Genç çalışanların, meslek hayatlarının başlangıcında, beklentilerinin de yüksek olması sebebiyle daha fazla tükenmişlik hissettikleri gösterilmiştir. Çalışmaların birçoğunda, her kadar eğitim düzeyinin artmasıyla, tükenmişlikle baş etmenin daha kolay olacağı varsayılsa da, eğitim düzeyi arttıkça tükenmişlik artmaktadır.

Doyumlu bir aile yaşantısına sahip olmak, iş ve iş dışındaki arkadaşlarla, sorunları paylaşarak çözme yönünde iletişimde bulunmak, tükenmişliği azaltmada etkili olmaktadır. İçeriden dönük yapıdaki bireyler daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır (74).

2.11.3. Tükenmişliğin Belirtileri

Kişilerde tükenme varlığında ortaya çıkabilecek önemli bazı belirtiler şunlardır;

Psikofizyolojik belirtiler: Yorgunluk, enerji kaybı, sık soğuk algınlığı geçirme, sık baş ağrısı şikâyeti ve uyku bozuklukları, sindirim problemleri ve kilo kaybı, nefes darlığı, psikosomatik hastalıklar, koroner kalp rahatsızlığı görülebilir.

Psikolojik belirtiler: Kronik bir sinirlilik hali, öfke patlamaları, konsantrasyon güçlüğü, hayal kırıklığı, çökkün duygu durum, anksiyete, huzursuzluk, sabırsızlık, benlik saygısında düşme, değersizlik, eleştirilere karşı aşırı alınganlık, karar vermede güçlük, boşlukta hissetme, umutsuzluk hissetme sayılabilir.

Davranşsal belirtiler: Hata yapma, bir şeyleri sürekli erteleme, işe geç gelme ya da gelmeme, işi bırakmaya meyilli olma, işin niteliğinde bozulma, işte ve iş dışındaki sosyal ilişkilerde bozulma, yaralanma ve kazalarda artış, meslektaşlara, hizmet alan kişilere, mesleğe karşı alaycı bir tavır takınma, iş yerine işle ilgisi olmayan şeylerle zaman geçirme, çalışılan kuruma olan ilginin kaybı olabilir (74).

2.11.4. Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişliğe maruz kalan bireyler, çeşitli sağlık sorunları, psikolojik sorunlar, kendilerine güvende azalma ve işlerine karşı gittikçe büyüyen bir hoşnutsuzluk yaşarlar (77). Yapılan çalışmalar, hem organizasyon hem de bireyler için, büyük ölçüde maliyetler içeren tükenmişliğin, önemli etkilerini göstermektedir. Organizasyon düzeyinde tükenmişliğin olası etkileri; iş gören devir hızının ve işe devamsızlığın artışı, organizasyona bağlılığın düşmesi, verimliliğin azalmasıdır (78). Tükenmişlik bireyler açısından depresyon, huzursuzluk, kaygı, yorgunluk, uykusuzluk ve baş ağrısı gibi çeşitli sağlık problemleri ile ilişkili bulunmuştur(79).

Yoğun tükenmişlik durumu psikosomatik bozukluklara, evlilik sorunlarına, uykusuzluğa, alkol ve madde kullanımına, aile yaşantısında sorunlara sebep olabilmektedir. Kurumsal açıdan ise tükenmişlik, çalışanların işe geç gelmesi, işten erken ayrılması, sık sık rapor alması, işi bırakması, işte yeniliklerin, yapıcı eleştirilerin, üretkenliğin ve yaratıcı girişimlerin kısıtlılığı gibi sorunlarla kendini göstermektedir (80- 82).

2.11.5. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik

Bir sendrom olarak bilinen tükenmişliğin hemen her meslek grubunda yaşandığı belirtilmekle birlikte daha çok insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde özellikle de sağlık çalışanlarında daha fazla yaşandığı bildirilmektedir (81). Hekimlerin, psişik bir hastalığa tutulma olasılığı yüksektir. Aşırı iş yükü, hızlı ve

doğru karar verme zorunluluğu, yorgunluk, gece nöbetlerinin varlığı, iş ve kişisel yaşam arasındaki çatışmalar, hastaların sorunları, maddi baskıların varlığı, hasta ve yakınlarının beklentilerinde artma, zaman baskısı, ağır çalışma koşulları doktorların günümüzde yaşadıkları streslerdendir (76).

Türkiye’de birinci basamakta hizmet veren 295 sağlık personelinin incelendiği bir çalışmada, kadın personelin, erkek personele göre duygusal tükenme puanı daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Aynı çalışmada hekim ve diş hekimlerinin duyarsızlaşma boyutundaki tükenmişlik düzeyinin, yardımcı sağlık personeline göre daha fazla olduğu görülmüştür (82).

Hekimler arasında tükenmişlik düzeyleri değişmektedir. Uzman ve pratisyen hekimin tükenmişlik düzeyini karşılaştıran çalışmalara göre, uzman hekimlerin tükenmişlik düzeyinin pratisyen hekimlere göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (83). Farklı çalışmalarda uzmanlık eğitimi boyunca tükenmişlik gelişme oranının %27- 75 arasında olduğu bildirilmiştir (84).

Konu ile ilgili literatür tarandığında; Türkiye’ de ve Dünya’ da, defansif tıp, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik hakkında, her biri için ayrı çeşitli yayınlar mevcut olup, bu üç konunun bir arada işlendiği bir çalışma örneğine rastlanmamıştır. Bazı çalışmalarda işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik konularının bir arada işlendiği görülmüştür.

3. MATERİYAL METOD

Araştırma Diyarbakır’da, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde yapılmıştır.

Tanımlayıcı kesitsel tipteki bu çalışmanın evreni olarak Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde çalışan dahili ve cerrahi tıp bilim dallarındaki araştırma görevlisi hekimler seçilmiştir. Bu hastanede çalışan araştırma görevlisi hekimlerin sosyodemografik özellikleri, defansif tıp uygulamaları hakkında tutum ve davranışları, işe bağlı gerginlik düzeyleri, tükenmişlik düzeyleri ve bu parametrelerin birbirleri ile ve de araştırma görevlilerinin dahili ve cerrahi tıp bilim dallarında olması durumu arasında nasıl bir ilişkinin olduğu araştırılmaya çalışılmıştır.

Çalışmamız için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 02.06.2016 tarih ve 217 sayı ile onay alınmıştır(Ek-1).

Çalışma verileri, 2016 yılı, kasım ayında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan dahili ve cerrahi tıp bilim dallarındaki araştırma görevlisi hekimlerden anket aracılığıyla toplanmış olup, sonuçların analizi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Biyoistatistik ve Aile Hekimliği Bilim Dalları işbirliğiyle yapılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; defansif tıp uygulama düzeyleri, işe bağlı gerginlik düzeyleri, tükenmişlik düzeyleri olup bağımsız değişkenleri sosyodemografik veri anketinde yer alan bilgilerdir (Ek-3).

Araştırmadaki güç (power) %80 olacak şekilde örnek hacminin The Survey System tarafından hazırlanmış olan “This Sample Size Calculator Software” (<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>) ile hesaplandığında minimum 172 kişi olması gerektiği görüldü, tarafımızca 200 kişiye ulaşılması planlandı. Bu 200 katılımcının belirlenmesinde, katılımcıların hem dahili ve cerrahi tıp bilimlerinden hangisinde oldukları hem de bu bölümlerin hangi alt branşında yer aldıklarına göre orantılı tabakalı örneklem yöntemi kullanıldı. Çalışma evreni ve örneklem ile ilgili olarak bölüm ve branşlardaki hekim sayıları Tablo.1’de görülmektedir. Temel tıp bilimlerinde görev yapan araştırma görevlilerinin bir kısmının tıp fakültesi mezunu

olmaması, bir kısmının da defansif tıp uygulama ölçeğinin içerisinde sorgulanan hasta muayenesi, reçete yazma, hasta yatırma gibi durumlara sıklıkla müdahil olmamasından dolayı temel tıp bilimleri branşlarındaki hekimler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Tablo 1: Orantılı tabakalı örneklem yöntemi ile Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ndeki araştırma görevlisi hekimlerin, bilim dalı ve branşlara göre dağılımı

	Branş	Hastanedeki araştırma görevlisi sayısı	Örneklem için gereken araştırma görevlisi sayısı	%
Cerrahi Tıp Bilimleri	Kadın Hastalıkları ve Doğum	15	10	%35
	Ortopedi ve Travmatoloji	12	8	
	Kulak Burun Boğaz	8	5	
	Beyin Cerrahisi	5	3	
	Çocuk Cerrahisi	3	2	
	Göz Hastalıkları	5	3	
	Acil Tıp	16	10	
	Göğüs Cerrahisi	3	2	
	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahisi	5	3	
	Anestezi ve Reanimasyon	20	13	
	Patoloji	4	3	
	Genel Cerrahi	5	3	
	Kalp ve Damar Cerrahisi	3	2	
	Üroloji	5	3	

Dahili Tıp Bilimleri	İç Hastalıkları	41	26	%65
	Enfeksiyon Hastalıkları	7	5	
	Psikiyatri	9	6	
	Nöroloji	9	6	
	Göğüs Hastalıkları	10	7	
	Deri ve Zührevi Hastalıkları	5	3	
	Çocuk Hastalıkları	55	35	
	Kardiyoloji	13	8	
	Halk Sağlığı	7	5	
	Aile Hekimliği	33	21	
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	10	6	
	Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi	3	2	
	Cerrahi Tıp Bilimleri	109	70	%35
	Dahili Tıp Bilimleri	202	130	%65
	Toplam	311	200	%100

Araştırma için veri toplama aracı olarak anket uygulaması seçilmiştir. Anket, sosyodemografik veri formu, defansif tıp ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği, maslach tükenmişlik ölçeği ve beraberinde, hekimlik mesleği ve hekimlerin çalıştıkları branş hakkındaki düşünceleri ve defansif tıp ile ilgili bilgileri ve ilgileri hakkındaki sorularla birlikte toplamda 71 sorudan oluşmaktaydı.

3.1.Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, hekim olarak çalışılan süre, asistanlık süresi, uzmanlık eğitimi alınan branş, nöbet tutma durumu, aylık nöbet sayısı, hekimlik mesleği seçimi hakkındaki düşünce, uzmanlık eğitimi aldığı branşı seçme hakkındaki düşünce, bir seçim yapma şansı olması durumunda yine hekimlik mesleğini seçme hakkındaki düşünceyi araştıran sorular, bunların yanı sıra Başer ve ark. (85) tarafından ülkemizde yapılan bir ankette yer alan, hekimlerin defansif tıp ile ilgi ve bilgilerini ortaya koyan hekimlik mesleği süresince dava açılma durumu, malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olabileceği konusundaki düşünce, defansif tıp uygulamaları kavramını daha önceden duymuş olma durumu ve defansif tıp kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu ile ilgili 4 soru da dahil olmak üzere toplamda 18 sorudan oluşmaktadır (Ek-3).

3.2.Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği

Çalışmamızda kullanılan defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği (Ek-4), Kolcu ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, pozitif defansif tıp uygulama düzeyini ölçen 9, negatif defansif tıp uygulama düzeyini ölçen 5 ve defansif tıp hakkında bilgi düzeyini ölçen 4 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Kendileri tarafından yapılmış çalışmanın güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur(Cronbach alfa= 0,853). Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değerleri de pozitif defansif tıp uygulamaları için (1 ila 9.ncu sorular) 0,685 ve negatif defansif tıp uygulamaları için (10 ila 14.ncü sorular) 0,918 olmak üzere yüksek bulunmuştur (85).

Tutum ölçen, pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları soruları olan 14 soru için her biri %20'lik grupları ifade eden “tamamen katılıyorum”, “çok katılıyorum”, “orta derecede katılıyorum”, “az katılıyorum”, “hiç katılmıyorum” ifadeleri kullanılacaktır. Katılımcıların verdikleri yanıtlar puanlandırılacak olup “tamamen katılıyorum” şeklinde yanıt verenler 5, “çok katılıyorum” 4, “orta derece katılıyorum” 3, “az katılıyorum” 2, “hiç katılmıyorum” şeklinde yanıt vermiş olanlar

cevaplarından 1 puan alacaklardır. Toplam puanlar, çok iyi (70-56 puan), iyi (55-42 puan), orta (41- 28 puan), zayıf (27-14 puan) olarak sınıflanarak hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum düzeyi belirlenmeye çalışılacaktır.

Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değerleri 0,90, alt ölçeklerden pozitif defansif tıp uygulamaları için 0,84, negatif defansif tıp uygulamaları için 0,88 olarak bulunmuştur. Katılımcılardan ölçeğin defansif tıba dair bilgi düzeyini sorguladığı 4 soruya ise puanlama yapılmayacak ve “Evet”, “Hayır” şeklinde yanıt vermeleri beklenecektir. Bilgi düzeyinin sorgulandığı bu 4 soru sosyodemografik veri formunda yer alacaktır. Defansif tıp uygulamalarının prevalansı hesaplanırken, bir çok çalışmada; defansif tıp uygulama sorularının yer aldığı anketlerde, pozitif alt boyuttaki sorulardan en az birisine evet yanıtı verilmesi kişinin pozitif defans, negatif alt boyuttaki sorulardan en az birisine evet yanıtı vermesi negatif defans, her iki alt boyuttan da en az birer tane soruya evet yanıtını vermesi, kişinin, defansif tıp uyguladığı gösterir (31,32,86). Çalışmamızda, katılımcının, sorulara verdiği yanıtları daha kesin bir ifade ile belirtmek için, ankette yer alan “tamamen katılıyorum”, “çok katılıyorum”, “orta derece katılıyorum” yanıtları *evet* olarak, “az katılıyorum” ve “hiç katılmıyorum” yanıtları *hayır* olarak kategorize edilecektir.

3.3.İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Revicki ve ark. (4) tarafından 1991 yılında geliştirilmiş, 18 madde içeren 4'lü likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Aslan ve arkadaşları tarafından, 1996 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ve Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bir çalışmada hemşire örneklemine, bir diğer çalışmada ise sağlık alanında çalışan yedi meslek grubuna uygulanmış ve her iki çalışmada da 15. madde güvenilirlik katsayılarını belirgin biçimde düşürdüğü için Aslan ve ark. daha sonraki çalışmalarında bu maddeyi çıkartmışlardır. Ölçekteki 15. madde ölçekten çıkarıldığında Cronbach alfa katsayısı 0.78 olarak bulunmuştur(5). Tarafımızca da kullanılacak olan 17 madde içeren 4'lü likert tipi ölçekte maddeler "tamamıyla bana uygun", "büyük ölçüde bana uygun", kısmen bana uygun" ve "bana hiç uygun değil" biçiminde olacak ve 4-1 puan arasında değerlendirilecektir, 2, 4, 8, 9 ve 11. maddeler tersine puanlanmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan 68' dir (Ek-5). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur.

3.4.Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach tarafından geliştirilen ve tükenmişlik sendromunun değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan ölçektir. Türkiye için geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1992 yılında Ergin ve ark tarafından yapılmıştır (80).

Ölçeğin, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı olmak üzere üç alt boyutu vardır. Duygusal tükenmeyi 9 madde (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), duyarsızlaşmayı 5 madde (5, 10, 11, 15, 22) ve kişisel başarıyı 8 madde (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) üzerinden ölçmektedir. Orjinal ölçek ‘hiçbir zaman, yılda birkaç kere, ayda bir, ayda birkaç kere, haftada bir, haftada birkaç kere, her gün’ biçiminde 7 basamaklı cevap seçeneğinden meydana gelmektedir. Türkçe uyarlaması ise ‘hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman, her zaman’ biçiminde 5 basamaklı cevap seçeneğinden meydana gelmektedir. Hekimler ile yapılan bu çalışmada 7 basamaklı cevap seçeneğinden oluşan orijinal form kullanılmıştır.

Tarafımızca da uygulanan ölçek (Ek-6) 22 sorudan oluşur, her maddeye 0-6 arasında puan verilir. Puanlar her alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır. Tükenmişliğin, bu üç yönü arasındaki ilişkiyle ilgili olarak, her alt ölçeğin puanı ayrı olarak değerlendirilmekte ve tek bir toplam puanla birleştirilmemektedir. Sonuç olarak her birey için üç ayrı puan hesaplanmaktadır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nden elde edilen puanlar yorumlanırken; duygusal tükenme puanları; 0-16 arası düşük, 17-26 arası orta, 27 ve üzeri yüksek, duyarsızlaşma puanları; 0-6 arası düşük, 7-12 arası orta, 13 ve üzeri yüksek, kişisel başarı puanları; 39 ve üzeri düşük, 32-38 arası orta, 0-31 arası yüksek olarak olarak sınıflandırılmıştır. Tükenmişliği olan bireylerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının yüksek, kişisel başarı puanının düşük olması beklenir (81).

Ergin’ in yaptığı çalışmada Cronbach Alfa katsayıları Duygusal Tükenme için 0.83, Duyarsızlaşma için 0.71 ve Kişisel başarı için 0.72’dir (80).

Çalışmamızda her bir alt boyut için ayrı ayrı hesaplanan Cronbach alfa katsayısı duygusal tükenme boyutu için 0,87, duyarsızlaşma boyutu için 0,75, kişisel başarı boyutu için 0,70 olarak bulunmuştur.

Anket çalışmasından önce 10 asistan hekime pilot uygulama yapıldı. Soruları anlama ve yanıtlamaları açısından bir değişiklik yapılması ihtiyacı olmadı. Anketi doldurma süresi 15-16 dakika olarak belirlendi. Pilot çalışmadan elde edilen veriler de çalışmaya dahil edildi.

Hekimler çalıştıkları birimlerde ziyaret edilmiş olup çalışma hakkında, anketi doldururken yönlendirici olmaması açısından kısa bilgi verilip ankete katılmaları için davet edilmiştir. Katılımcılardan aydınlatılmış yazılı onam alınmıştır. Katılımcıların yoğun iş temposu dikkate alınarak, daveti kabul ettikten sonra katılımcının uygun zamanında doldurması için 48 saat süre sonunda toplanması planlanmıştır. Bu süre dışında ek süre isteyen katılımcılara 1-2 gün daha zaman tanınmıştır. Her branştan katılımcı yeter sayısına ulaşıncaya dek, en kolay ulaşılabilen hekimlerden (ameliyatta olma, başka bölümde rotasyonda olma, görevlendirme nedeniyle başka yerde olma, izinli, raporlu olma v.b durumlar göz önünde bulundurularak) başlanmak üzere, giderek daha zor ulaşılabilen hekimlere doğru olan bir sırayla davetler iletilmiştir. Dört hekim, çalışma onamının yazılı olduğunu, anket sorularının bazılarına cevap vermeye çekindiklerini, anketin uzun olduğu ve anketi yanıtlamak için zamanının olmadığını belirterek çalışmaya katılmak istememişlerdir. Bu 4 hekim yerine yine kendi branşlarından 4 hekime ulaşılmış ve orantılı tabakalı örneklemin bozulmaması sağlanmıştır. Böylelikle çalışma için gerekli 200 katılımcı sayısına ulaşılmıştır.

Araştırmanın kırtasiye giderleri araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

4.İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmamızda veriler % 95 güvenle, SPSS 18 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edildi. Kullanılan bütün istatistiksel testlerin önemlilik sınırı 0,05 olarak belirlendi. Normallik kontrolü için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testleri kullanıldı. Normal dağılım gösteren veriler için parametrik testler, göstermeyenler için parametrik olmayan testlerle analiz yapıldı. Kategorik değişkenlerin analizi için ki- kare test kullanıldı. Çalışmada kullanılan demografik özellikler için tanımlayıcı istatistikler kullanıldı.



5. BULGULAR

Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, çoğunluğunun 29 yaş ve altında olduğu (%57,5) görülmektedir. Katılımcıların %70,5'inin erkek, %29,5'inin kadın, %56,0'ının evli, %42,0'ının bekar olduğu, %30,5'inin çocuk sahibi olduğu, %69,5' inin çocuğunun olmadığı tespit edildi.

Katılımcıların %65'i dahili, %35'i cerrahi tıp bilimlerinde görev yapmakta, %90'ı nöbet tutmaktadır.

Katılımcıların mesleki yıllarına göre dağılımına bakıldığında %69,0' nun hekimlik mesleğinin ilk 5 yılında olduğu, %31,0'ının 6 yıl ve daha fazla süre hekimlik yapıyor olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin %60,5' i eğitim aldığı branşta eğitim sürelerinin 1. ve 2. yılında iken, %39,5' i 3. ile 5. yılları arasındadır. Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.

Sosyodemografik özellikler	n	%
Yaş		
29 ve altı	115	57,5
30 ve üstü	85	42,5
Cinsiyet		
Kadın	59	29,5
Erkek	141	70,5
Medeni durum		
Evli	112	56,0
Bekar	84	42,0
Boşanmış	4	2,0
Dul	0	0
Çocuk varlığı		
Evet	61	30,5
Hayır	139	69,5
Kronik hastalık varlığı		
Evet	15	7,5
Hayır	185	92,5
Sigara kullanım durumu		
Evet	47	23,5
Hayır	150	75,0
Bıraktım	3	1,5
Alkol kullanım durumu		
Evet	35	17,5
Hayır	165	82,5
Bıraktım	0	0
Tıp bilim dalı		
Dahili tıp bilimleri	130	65,0
Cerrahi tıp bilimleri	70	35,0
Hekimlik mesleğindeki yıl		
0- 5 yıl	138	69,0
6 ve üzeri yıl	62	31,0
Eğitim aldığı branştaki yıl		
1- 2 yıl	121	60,5
3- 5 yıl	79	39,5
Nöbet tutma durumu		
Evet	180	90,0
Hayır	20	10,0
Bir ayda tutulan ortalama nöbet sayısı		
0- 7 gün	121	60,5
8 ve üzeri gün	79	39,5
Toplam	200	100

Araştırmaya katılan hekimlerin, “Hekimlik mesleğini seçmeniz konusunda ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; hekimlerden 56’sı (%28) “*Doğru Seçim Yaptığımı Düşünüyorum*” yanıtını, 117’si (%58,5) “*Bazen Yanlış Seçim Yaptığımı Düşünüyorum*” yanıtını, 27’si (%13,5) “*Yanlış Seçim Yaptığımı Düşünüyorum*” yanıtını vermiştir. Hekimlerin, bulundukları tıp bilim dallarına göre, bu soruya verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 3’ te gösterilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların, hekimlik mesleğini seçmeleri hakkındaki düşüncelerinin dağılımı

Hekimlik mesleğini seçmeniz konusunda ne düşünüyorsunuz?	Dahili bilimlerdeki katılımcılar	Cerrahi bilimlerdeki katılımcılar	Tüm katılımcılar
<i>Doğru Seçim Yaptığımı Düşünüyorum</i>	%22,3 (n:29)	%38,6 (n:27)	%28 (n:56)
<i>Bazen Yanlış Seçim Yaptığımı Düşünüyorum</i>	%66,9 (n:87)	%42,9 (n:30)	%58,5 (n:117)
<i>Yanlış Seçim Yaptığımı Düşünüyorum</i>	%10,8 (n:14)	%18,6 (n:13)	%13,5 (n:27)
Toplam	%100 (n:130)	%100 (n:70)	%100 (n:200)

Hekimlere, halen eğitim aldıkları branş seçimleri ile ilgili düşünceleri hakkında sorulan soruya yanıt olarak, tüm katılımcılardan 96’sı (%48) “*Doğru Seçim Yaptığımı Düşünüyorum*” yanıtını, 92’si (%46) “*Bazen Yanlış Seçim Yaptığımı Düşünüyorum*” yanıtını, 12’si (%6) “*Yanlış Seçim Yaptığımı Düşünüyorum*” yanıtını vermiştir. Hekimlerin, bulundukları tıp bilim dallarına göre, bu soruya verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 4’ te gösterilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların “uzmanlık eğitimi aldığınız branşı seçiminiz hakkında ne düşünüyorsunuz ? ” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

Uzmanlık eğitimi alıyor olduğunuz branşı seçiminiz hakkında ne düşünüyorsunuz?	Dahili bilimlerdeki katılımcılar	Cerrahi bilimlerdeki katılımcılar	Tüm katılımcılar
<i>Doğru Seçim Yaptığımı Düşünüyorum</i>	%45,4 (n:59)	%52,9 (n:37)	%48 (n:96)
<i>Bazen Yanlış Seçim Yaptığımı Düşünüyorum</i>	%49,2 (n:64)	%40 (n:28)	%46 (n:92)
<i>Yanlış Seçim Yaptığımı Düşünüyorum</i>	%5,4 (n:7)	%7,1 (n:5)	%6 (n:12)
Toplam	%100 (n:130)	%100 (n:70)	%100 (n:200)

Araştırmaya katılan hekimlerin “ eğer bir seçim yapma şansınız olsa idi ve en başa dönebilseydiniz yine hekimlik mesleğini seçer miydiniz? ” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımına bakıldığında; 200 hekimden 80’i (%40) “evet”, 55’i (27,5) “hayır”, 65’i (%32,5) “kararsızım” şeklinde yanıtlamıştır. Hekimlerin, bulundukları tıp bilim dallarına göre, bu soruya verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5’ te gösterilmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların “ eğer bir seçim yapma şansınız olsa idi ve en başa dönebilseydiniz yine hekimlik mesleğini seçer miydiniz? ” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

Eğer bir seçim yapma şansınız olsa idi ve en başa dönebilseydiniz yine hekimlik mesleğini seçer miydiniz?	Dahili bilimlerdeki katılımcılar	Cerrahi bilimlerdeki katılımcılar	Tüm katılımcılar
<i>Evet</i>	%36,2 (n:47)	%47,1 (n:33)	%40 (n:80)
<i>Hayır</i>	%26,2 (n:34)	%30 (n:21)	%27,5 (n:55)
<i>Kararsızım</i>	%37,7 (n:49)	%22,9 (n:16)	%32,5 (n:65)
Toplam	%100 (n:130)	%100 (n:70)	%100 (n:200)

Hekimlerin defansif tıp bilgi ve ilgilerini belirlemek için ankette (Ek-3) yer alan 14,15,16,17. sorulara verilen yanıtların dağılımları incelendiğinde; (14. soru) “Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?” sorusuna katılımcıların 21’i (%10,5) “evet” yanıtını, 179’u (%89,5) “hayır” yanıtını vermişlerdir. Hekimlerin, bulundukları tıp bilim dallarına göre, bu soruya verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 6’ da gösterilmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların “Hekimlik mesleğiniz sürecinde, hakkınızda malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

Hekimlik mesleğiniz sürecinde, hakkınızda malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?	Dahili bilimlerdeki katılımcılar	Cerrahi bilimlerdeki katılımcılar	Tüm katılımcılar
<i>Evet</i>	%4,6 (n:6)	%21,4 (n:15)	%10,5 (n:21)
<i>Hayır</i>	%95,4 (n:124)	%78,6 (n:55)	%89,5 (n:179)
Toplam	%100 (n:130)	%100 (n:70)	%100 (n:200)

(15. soru) “Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna tüm katılımcıların 189’u (%94,5) “evet”, 11’i (%5,5) “hayır” demiştir. Hekimlerin, bulundukları tıp bilim dallarına göre, bu soruya verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 7’ de gösterilmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların “Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	Dahili bilimlerdeki katılımcılar	Cerrahi bilimlerdeki katılımcılar	Tüm katılımcılar
<i>Evet</i>	%92,3 (n:120)	%98,6 (n:69)	%94,5 (n:189)
<i>Hayır</i>	%7,7 (n:10)	%1,4 (n:1)	%5,5 (n:11)
Toplam	%100 (n:130)	%100 (n:70)	%100 (n:200)

(16. soru) “Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyduunuz mu” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin 85’i (%42,5) “evet” , 115’i (%57,5) “hayır” yanıtını vermiştir. Hekimlerin, bulundukları tıp bilim dallarına göre, bu soruya verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 8’ de gösterilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların “Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyduunuz mu” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyduunuz mu?	Dahili bilimlerdeki katılımcılar	Cerrahi bilimlerdeki katılımcılar	Tüm katılımcılar
<i>Evet</i>	%40,8 (n:53)	%45,7 (n:32)	%42,5 (n:85)
<i>Hayır</i>	%59,2 (n:77)	%54,3 (n:38)	%57,5 (n:115)
Toplam	%100 (n:130)	%100 (n:70)	%100 (n:200)

(17. soru) “Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” sorusuna tüm katılımcıların 18’i (%9) “evet”, 182’si (%91) “hayır” yanıtını vermiştir. Hekimlerin, bulundukları tıp bilim dallarına göre, bu soruya verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 9’ da gösterilmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların “Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?	Dahili bilimlerdeki katılımcılar	Cerrahi bilimlerdeki katılımcılar	Tüm katılımcılar
<i>Evet</i>	%8,5 (n:11)	%10 (n:7)	%9 (n:18)
<i>Hayır</i>	%91,5 (n:119)	%90 (n:63)	%91 (n:182)
Toplam	%100 (n:130)	%100 (n:70)	%100 (n:200)

Hekimlerden sadece üçü, defansif tıp uygulaması sorularının tamamına *hayır* demiştir. Tüm katılımcıların %98' i, pozitif defansif tıp uygulaması sorularının en az birisine *evet* yanıtını vermiştir. Tüm katılımcıların %92'si negatif defansif tıp uygulaması sorularının en az birisine *evet* yanıtını vermiştir. Defansif tıp uygulaması sorularının tamamı dikkate alındığında; pozitif ve negatif defansif tıp uygulaması sorularının her iki alt boyutundan da en az birer soruya *evet* yanıtı verenlerin oranı %91,5 tir. Araştırmaya katılan hekimlerin, defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum anketine verdikleri yanıtların, sorulara göre dağılımı Tablo 10' da gösterilmiştir.

Tablo 10: Araştırmaya katılan hekimlerin, defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum anketine verdikleri yanıtların, sorulara göre dağılımı

SORU	Tamamen katılıyorum	Çok katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Az katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Toplam
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.	29 (%14,5)	27 (%13,5)	80 (%40,0)	37 (%18,5)	27 (%13,5)	200
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.	30 (%15,0)	64 (%32,0)	56 (%28,0)	31 (%15,5)	19 (%9,5)	200
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.	50 (%25,0)	72 (%36,0)	47 (%23,5)	20 (%10,0)	11 (%5,5)	200
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.	18 (%9,0)	32 (%16,0)	44 (%22,0)	57 (%28,5)	49 (%24,5)	200
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.	37 (%18,5)	52 (%26,0)	58 (%29,0)	30 (%15,0)	23 (%11,5)	200
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum.	55 (%27,5)	69 (%34,5)	46 (%23,0)	21 (%10,5)	9 (%4,5)	200

7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımı daha fazla zaman ayırıyorum.	24 (%12,0)	31 (%15,5)	63 (%31,5)	51 (%25,5)	31 (%15,5)	200
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.	56 (%28,0)	68 (%34,0)	58 (%29,0)	14 (%7,0)	4 (%2,0)	200
9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.	74 (%37,0)	82 (%41,0)	29 (%14,5)	10 (%5,0)	5 (%2,5)	200
10. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.	47 (%23,5)	43 (%21,5)	45 (%22,5)	44 (%22,0)	21 (%10,5)	200
11. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.	35 (%17,5)	36 (%18,0)	53 (%26,5)	48 (%24,0)	28 (%14,0)	200
12. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.	33 (%16,5)	43 (%21,5)	60 (%30,0)	44 (%22,0)	20 (%10,0)	200
13. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.	32 (%16,0)	36 (%18,0)	57 (%28,5)	50 (%25,0)	25 (%12,5)	200
14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.	69 (%34,5)	62 (%31,0)	43 (%21,5)	19 (%9,5)	7 (%3,5)	200

Araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp tutum düzeylerine bakıldığında, hekimlerin 37'si (%18,5) çok iyi, 102'si (%51,0) iyi, 52'si (%26,0) orta, 9'u (%4,5) zayıf tutum puanı sergilemiştir (Tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların defansif tıp tutum düzeylerinin dağılımı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Zayıf (14- 27 puan)	9	4,5	4,5	4,5
Orta (28- 41 puan)	52	26,0	26,0	30,5
İyi (42- 55 puan)	102	51,0	51,0	81,5
Çok İyi (56- 70 puan)	37	18,5	18,5	100,0
Toplam	200	100,0	100,0	

Çalışmaya katılan hekimlerin çalıştıkları tıp bilim dallarına göre, defansif tıp tutumları ki- kare test analizi ile karşılaştırıldığında, Tablo 12' de görüldüğü üzere, tıp bilim dalı ile defansif tıp tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.47$).

Tablo 12: Katılımcıların bulundukları tıp bilim dallarına göre defansif tıp tutum düzeylerinin karşılaştırılması

Tıp bilim dalı		Defansif tıp tutum düzeyi				Total	χ^2	p
		Zayıf	Orta	İyi	Çok İyi			
Dahili	Count	4	32	68	26	130	2,52	0,47
	% within birim	,0	,2	,5	,2	1,0		
Cerrahi	Count	5	20	34	11	70		
	% within birim	,1	,3	,5	,2	1,0		
Total	Count	9	52	102	37	200		
	% within birim	,0	,3	,5	,2	1,0		

Hekimlerin, işe bağlı gerginlik ölçeği aldıkları puan ortalaması ve maslach tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları aşağıdaki Tablo 13’ de gösterilmiştir.

Tablo 13: Hekimlerin İşe Bağlı Gerginlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamaları

	N	Minimum	Maximum	Ort ± SS
İşe Bağlı Gerginlik	200	26	60	41,36± 7,44
Duygusal Tükenme	200	0	53	31,57± 11,67
Duyarsızlaşma	200	0	29	11,75± 6,49
Kişisel Başarı	200	10	47	29,46± 7,72

Çalışmaya katılan hekimlerin çalıştıkları tıp bilim dallarına göre, ölçeklerden aldıkları pozitif, negatif, toplam (pozitif+negatif) defansif tıp, işe bağlı gerginlik ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamalarının analiz sonuçları Tablo14’deki gibidir. Buna göre cerrahi tıp bilimlerindeki hekimlerin tüm ölçeklerdeki puan ortalamaları, dahili bilimlerdeki hekimlere göre daha yüksektir. Hekimlerin çalıştıkları bilim dalları ile pozitif, negatif, toplam defansif tıp, işe bağlı gerginlik, duyarsızlaşma puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışılan bilim dalı ile duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14: Katılımcıların, bulundukları tıp bilim dallarına göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması

Tıp bilim dalı		Pozitif Defans	Negatif Defans	Toplam Defans	İşe Bağlı Gerginlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Dahili	Ort ± SS	28,82± 6,67	15,51± 4,97	44,33 ± 10,47	40,36± 6,89	30,55 ± 11,16	10,7 ± 5,75	28,93 ± 7,76
Cerrahi	Ort ± SS	32,41± 6,72	17,54± 5,17	49,95± 10,9	43,22± 8,09	33,47± 12,41	13,71± 7,31	30,42± 7,60
p		0,001	0,007	0,001	0,009	0,092	0,003	0,194

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ölçeklerden aldıkları puanlar analiz edildiğinde, erkek hekimlerin pozitif, negatif ve toplam defansif puan ortalamaları, kadınlara göre anlamlı derecede yüksektir. Cinsiyetin, diğer ölçek puanları ile arasında bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 15).

Tablo 15: Katılımcıların cinsiyete göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması

Katılımcıların Cinsiyeti		Pozitif Defans	Negatif Defans	Toplam Defans	İşe Bağlı Gerginlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Kadın	Ort ± SS	28,52± 6,44	14,93± 4,65	43,45± 10,24	40,84± 7,07	31,77± 11,49	10,67± 5,33	29,49± 7,63
Erkek	Ort ± SS	30,73± 6,98	16,76± 5,22	47,49± 11,02	41,58± 7,61	31,48± 11,78	12,20± 6,88	29,44± 7,79
t		-2,081	-2,334	-2,411	-0,635	0,160	-1,523	0,037
p		0,039	0,021	0,017	0,526	0,873	0,129	0,970

Katılımcıların medeni durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar analiz edildiğinde; medeni durum ile ölçeklerden alınan puanlar arasında bir fark saptanmamıştır (Tablo 16). Medeni durumu “boşanmış” olan katılımcı sayısı dört idi ve medeni durumu “dul” olan katılımcı yoktu. Bu durumda, analiz evli ve bekar katılımcılar için uygulanmıştır.

Tablo 16: Katılımcıların medeni durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması

Katılımcıların Medeni Durumu		Pozitif Defans	Negatif Defans	Toplam Defans	İşe Bağlı Gerginlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Evli	Ort ± SS	29,95± 6,84	15,92± 4,96	45,88 ± 10,86	41,77 ± 7,75	31,12 ± 12,44	11,36 ± 6,64	29,02± 7,94
Bekar	Ort ± SS	30,45± 7,00	16,58± 5,35	47,03± 11,11	40,65± 7,08	32,04± 10,60	12,00± 6,22	30,02± 7,46
t		-0,498	-0,883	-0,727	1,040	-0,547	-0,679	-0,892
p		0,619	0,378	0,468	0,300	0,585	0,498	0,374

Katılımcıların yaş gruplarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar analiz edildiğinde, işe bağlı gerginlik puanı ortalaması, 30 ve üstü yaş grubunda, 29 ve altı yaş grubuna göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (p= 0,02). Yaş grupları ile diğer ölçek puanları ortalamaları arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 17).

Tablo 17: Katılımcıların yaş gruplarına göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması

Katılımcıların yaşı		Pozitif Defans	Negatif Defans	Toplam Defans	İşe Bağlı Gerginlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
29 ve altı	Ort ± SS	30,24± 6,67	16,20± 5,28	46,44± 10,74	40,31± 7,07	31,36± 10,92	11,80 ± 6,31	29,28± 7,83
30 ve üstü	Ort ± SS	29,85± 7,20	16,25± 4,92	46,11± 11,23	42,78± 7,73	31,85± 12,67	11,69 ± 6,75	29,69± 7,61
t		0,389	-0,080	0,208	-2,351	-0,295	0,114	-0,368
p		0,697	0,936	0,836	0,020	0,768	0,910	0,714

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar analiz edildiğinde, çocuk sahibi olma durumu ile ölçeklerden alınan puanlar arasında bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 18). Katılımcıların çoğu çocuk sahibi değildi (n:139), bir çocuğu olanların sayısı 38, iki çocuğu olanların sayısı 20, üç çocuğu olanların sayısı 2, dört çocuğu olanların sayısı 1 idi. Bu durum normal dağılıma uymadığı için çocuk sayısı ile ölçeklerden alınan puan ortalamaları arasında ilişki açısından analiz yapılmadı.

Tablo 18: Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması

Çocuk varlığı		Pozitif Defans	Negatif Defans	Toplam Defans	İşe Bağlı Gerginlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Hayır	Ort ± SS	29,97± 6,90	16,17± 5,19	46,15± 10,91	41,03± 7,27	32,34± 11,07	11,89± 6,27	29,46± 7,60
Evet	Ort ± SS	30,32± 6,90	16,32± 5,00	46,65± 11,04	42,11± 7,82	29,81± 12,86	11,44± 6,99	29,44± 8,05
t		-0,336	-0,188	-0,300	-0,943	1,412	0,450	0,021
p		0,737	0,851	0,765	0,347	0,159	0,653	0,983

Araştırmaya katılan hekimler, hekim olarak çalıştıkları toplam süre “0-5 yıl” ve “6 ve üzeri yıl” olacak şekilde iki gruba ayrıldığında, bu iki grubun aldıkları tüm ölçek puanları ortalamalarının hekimlerin çalışma süresiyle anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır (Tablo 19).

Tablo 19: Katılımcıların meslekte çalışma sürelerine göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması

Katılımcıların hekim olarak çalıştıkları süre		Pozitif Defans	Negatif Defans	Toplam Defans	İşe Bağlı Gerginlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
0-5 yıl	Ort ± SS	30,18± 6,69	16,12± 5,23	46,31± 10,79	40,68± 7,03	31,26± 11,44	11,57± 6,15	29,25± 7,84
6 ve üzeri yıl	Ort ± SS	29,83± 7,35	16,45± 4,89	46,29±11,31	42,87± 8,13	32,25± 12,22	12,16± 7,21	29,91± 7,49
t		0,331	-0,418	0,013	-1,931	-0,554	-0,592	-0,563
p		0,741	0,676	0,990	0,055	0,580	0,554	0,574

Hekimler, çalıştıkları branştaki asistanlık yılı açısından “1-2. yılında olanlar” ve “3-5. yılında olanlar” olacak şekilde iki gruba ayrıldığında, asistanlığının ilk iki yılında olan hekimlerin pozitif, negatif, toplam defansif ve duygusal tükenme puanlarının ortalamaları, asistanlığının 3-5 yılında olan hekimlere göre anlamlı derecede yüksek çıktığı gözlemlenmiştir (Tablo 20).

Tablo 20: Katılımcıların ilgili branştaki asistanlık yıllarına göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması

İlgili branştaki asistanlık yılı		Pozitif Defans	Negatif Defans	Toplam Defans	İşe Bağlı Gerginlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
1-2 yıl	Ort ± SS	30,86± 6,63	16,89± 4,86	47,76± 10,33	41,69± 7,19	33,72± 11,15	12,35± 6,27	28,83± 7,47
3- 5 yıl	Ort ± SS	28,87± 7,13	15,20± 5,36	44,07± 11,50	40,86± 7,83	28,27± 11,74	10,83± 6,73	30,41± 8,05
t		2,016	2,305	2,356	0,773	3,307	1,626	-1,420
p		0,045	0,022	0,019	0,440	0,001	0,106	0,157

Hekimlerin çalıştıkları tıp bilim dallarına göre, bir ayda tuttıkları ortalama nöbet sayıları karşılaştırıldığında; cerrahi tıp bilim dallarında çalışan hekimlerin bir ayda tuttıkları ortalama nöbet sayısı dahili tıp bilimlerdekilere göre anlamlı derecede fazladır ($p=0,001$) (Tablo 21).

Tablo 21: Katılımcıların bulundukları tıp bilim dallarına göre bir ayda tuttıkları nöbet sayıları

Tıp bilim dalı	Bir ayda tutulan nöbet sayısı		t	p
Dahili	Ort $\pm$ SS	6,17 $\pm$ 2,99	-4,13	0,001
Cerrahi	Ort $\pm$ SS	7,97 $\pm$ 2,80		

Araştırmaya katılan hekimler, bir ayda tutulan ortalama nöbet sayısı “0-7 gün” ve “8 ve üzeri gün” olacak şekilde iki gruba ayrıldığında, ayda 8 ve üzeri sayıda nöbet tutan hekimlerin kişisel başarı puan ortalaması haricindeki diğer puan ortalamalarının hepsi, ayda 0-7 gün nöbet tutan hekimlere göre anlamlı derece yüksektir (Tablo 22).

Tablo 22: Katılımcıların, nöbet sayılarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Bir ayda tutulan nöbet sayısı		Pozitif Defans	Negatif Defans	Toplam Defans	İşe Bağlı Gerginlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
0-7 gün	Ort	29,00 $\pm$	15,65 $\pm$	44,65 $\pm$	40,17 $\pm$	28,89 $\pm$	10,80 $\pm$ 6,16	29,46 $\pm$
	$\pm$ SS	6,96	5,06	11,11	7,58	11,02		7,43
8 ve üzeri gün	Ort	31,73 $\pm$	17,10 $\pm$	48,83 $\pm$	43,18 $\pm$	35,68 $\pm$	13,20 $\pm$ 6,75	29,45 $\pm$
	$\pm$ SS	6,47	5,12	10,20	6,87	11,51		8,19
t		-2,789	-1,968	-2,686	-2,851	-4,186	-2,585	0,006
p		0,006	0,05	0,008	0,005	0,001	0,01	0,995

Hekimler, “hekimlik yaptıkları süre boyunca size malpraktis davası açıldı mı?” sorusuna verdikleri “evet” ve “hayır” yanıtlarına göre iki gruba ayrıldığında; hakkında malpraktis davası açılan hekimlerin pozitif, negatif, toplam defansif, duyarsızlaşma puan ortalamalarının, açılmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 23).

Tablo 23: Katılımcıların, haklarında açılan malpraktis davası varlığına göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Hakkında malpraktis davası açılmış mı?		Pozitif Defans	Negatif Defans	Toplam Defans	İşe Bağlı Gerginlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Evet	Ort ± SS	34,33± 8,02	19,52± 4,99	53,85± 12,20	44,33± 9,58	34,14± 12,78	14,95± 7,63	31,42± 7,03
Hayır	Ort ± SS	29,58± 6,59	15,83± 5,01	45,41± 10,45	41,01± 7,10	31,27± 11,53	11,37± 6,26	29,22± 7,78
t		-3,051	-3,190	-3,436	-1,945	-1,066	-2,415	-1,236
p		0,003	0,002	0,001	0,053	0,288	0,017	0,218

Katılımcıların, sigara kullanım durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanlar analiz edilirken ilgili soruya “bıraktım” yanıtını veren katılımcı sayısı üç idi ve bu durum normal dağılıma uymadığı için, “bıraktım” yanıtı ve “hayır” yanıtı beraber “hayır” grubunda birleştirildi. Analize göre, sigara kullananların, pozitif defansif, negatif defansif, toplam defansif, işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma puan ortalamaları, sigara kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Sigara kullanım durumu ile kişisel başarı puan ortalaması arasında bir ilişki yoktur (Tablo 24).

Tablo 24: Katılımcıların, sigara kullanım durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Sigara kullanım durumu		Pozitif Defans	Negatif Defans	Toplam Defans	İşe Bağlı Gerginlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Hayır	Ort ± SS	29,23± 6,95	15,70± 4,98	44,94± 11,03	40,55± 7,42	29,69± 11,69	11,03± 6,39	29,94± 7,89
Evet	Ort ± SS	32,82± 5,96	17,91± 5,24	50,74± 9,39	44,00± 6,96	37,70± 9,34	14,08± 6,32	27,87± 7,00
t		-3,199	-2,623	-3,259	-2,822	-4,291	-2,864	1,617
p		0,002	0,009	0,001	0,005	0,001	0,005	0,107

Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanlar analiz edildiğinde; alkol kullananların işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma puan ortalamaları, kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Pozitif defansif, negatif defansif, toplam defansif, kişisel başarı puan ortalamalarının, alkol kullanımı ile ilişkisi yoktur (Tablo 25).

Tablo 25: Katılımcıların, alkol kullanım durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar

Alkol kullanım durumu		Pozitif Defans	Negatif Defans	Toplam Defans	İşe Bağlı Gerginlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Hayır	Ort ± SS	29,92± 6,79	15,98± 5,03	45,90± 10,91	40,88± 7,51	30,83± 12,12	11,12± 6,44	29,66± 7,92
Evet	Ort ± SS	30,82± 7,40	17,34± 5,46	48,17± 10,99	43,62± 6,76	35,05± 8,53	14,71± 5,93	28,51± 6,73
t		-0,707	-1,425	-1,113	-1,995	-2,448	-3,030	0,797
p		0,481	0,156	0,267	0,047	0,017	0,003	0,427

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin, korelasyon analizi Tablo26’da görülmektedir.

Tablo 26: Katılımcıların, ölçeklerden aldıkları puanların birbirleriyle ilişkisi

		Pozitif Defans	Negatif Defans	Toplam Defans	İşe Bağlı Gerginlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Pozitif Defans	r	1						
Negatif Defans	r	0,648**	1					
Toplam Defans	r	0,934**	0,877**	1				
İşe Bağlı Gerginlik	r	0,363**	0,468**	0,448**	1			
Duygusal Tükenme	r	0,274**	0,372**	0,347**	0,711**	1		
Duyarsızlaşma	r	0,227**	0,365**	0,314**	0,498**	0,640**	1	
Kişisel Başarı	r	-0,080	-0,184**	-0,137	-0,271**	-0,189**	-0,119	1

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

6. TARTIŞMA

Çalışmamızda orantılı tabakalı örneklem yöntemi kullanılması, örneklem grubunun tamamına ulaşılması ile Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde dahili ve cerrahi tıp bilimlerindeki araştırma görevlisi hekimlerin, araştırma konusu olan, defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarını, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerini doğru bir şekilde yansıttığı kanaatindeyiz.

Araştırmamıza katılan hekimlerin yaş ortalaması 29,41 ve %70,5' i erkek idi. Literatürde konu ile ilgili yapılmış çalışmalarının çoğu, her ne kadar pratisyen ve uzman hekimler ile yapılmış olsa da, yaş, cinsiyet ve medeni durum değişkenlerimizin oranları, araştırma görevlisi hekimler ile yapılan çalışmalarla uyumludur (81,86,87,89). Hekimlerin, yarısından fazlası evli olmasına rağmen, yalnızca üçte birinin çocuk sahibi olduğu görüldü. Bu da çalışılan hekim grubunun, uzmanlık eğitimi alan, genç hekimler olmasının sonucudur.

Hekimler, hekimlik mesleği seçimi ve uzmanlık eğitimi aldığı branş seçimi hakkındaki sorulara sırasıyla %28, %48 oranlarında doğru seçim yaptığımı düşünüyorum yanıtını vermişlerdir. Çoğu, bu konuda *bazen yanlış/ yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum* demiştir. Benzer şekilde hekimlerin yarısından fazlası “ eğer bir seçim yapma şansınız olsa idi ve en başa dönebilseydiniz yine hekimlik mesleğini seçer miydiniz? ” sorusuna *hayır* ya da *kararsızım* yanıtını vermişlerdir. Başka bir ifade ile hekimlerin yarısından fazlası hekimlik ve uzmanlık dalı seçiminde pişman gibi görünmektedir. Bu oranlar oldukça düşündürücüdür. Mesleğin seçiminde, çalışılan coğrafyadaki sosyal ve yasal hakları, kamudaki saygınlığı, çalışan memnuniyet düzeyi, iş yükü ve ücret gibi birçok önemli etken bulunmaktadır. Hem hekim olmaya hem de hangi tıp dalında ihtisas yapılacağına dair verilen kararlar oldukça önemlidir. Farklı alanlarda uzmanlaşan hekimler, birbirinden oldukça farklı faaliyetler içine girmektedirler. Dal seçerken, yeteri kadar önem vermek ve zaman ayırmak gerekir. Tercih edilmesi düşünülen dalda çalışan diğer hekimlerle görüşmek, imkanlar dahilinde o dalda bir süre çalışmak, o dal hakkında çalışma koşullarını daha iyi anlamaya, kişinin kendi beklentilerine uyup uymaması açısından daha doğru değerlendirmesine yardımcı olabilir. Yaşamdan ne beklendiği konusu da önemlidir.

Birey iyi yapabildiği ve yapmaktan keyif aldığı alanı seçerse elbette daha mutlu olacaktır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %10,5'i hakkında malpraktis davası açılmıştır ve dava edilme oranı cerrahi branşlarda, dahili branşlara göre 4,6 kat fazla çıkmıştır. Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere İngiltere, İspanya, Japonya, Finlandiya gibi ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de tıbbi sorumluluk davaları artmaktadır (90). Aynacı tarafından Konya'da hekimler arasında yapılan bir anket çalışmasında dava edilme oranı % 12,34 bulunmuştur. Bu çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde, dahili tıp bilimlerindeki uzman hekimlere karşı açılan davalar, cerrahi branşlardaki uzman hekimlere karşı açılan davalardan çok daha azdır (17). Dahili branşlardaki hekimlerin daha az işe bağlı gerginlik hissetmeleri ve defansif tıbbi daha az uygulamaları sonucunu doğurması akla oldukça yakın gelmektedir. Kolcu tarafından yapılan İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hekimler arasında yapılan bir anket çalışmasında dava edilme oranı % 8,1 bulunmuştur (35). 2011 yılında Yılmaz ve ark. (99) tarafından İstanbul'da kamu ve özel hastanelerde çalışan 208 hekime uygulanan bir anket çalışmasında hekimlerin %14'üne en az bir kez malpraktis davası açıldığı tespit edilmiştir. Türkiye'de 402 cerrahi branş hekimine uygulanan bir ankette, cerrahların %22,9 meslekleri boyunca en az bir kez dava edilmiştir (91). Amerika'da yapılan bir çalışmada (92), tamamını cerrahların ve radyologların oluşturduğu 824 hekimin %88'inin, başka bir çalışmada (93) Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği üyelerinin %75'inin en az bir defa dava edildiği bildirilmektedir. Amerika'da yapılan bir diğer çalışmada (94) son bir yılda dava edilen hekim oranı %7,4 olarak bulunmuştur. Chen ve ark. (95) Tayvan'da dahili ve cerrahi bilimlerde çalışan 457 hekime uyguladığı bir ankette % 56,5'inin malpraktis dava deneyimi olduğu görülmüştür. İsrail'de 877 hekime uygulanan bir çalışmada (89), hekimlerin %25'inin kariyerinde en az bir kez malpraktis davası olduğu bildirilmektedir. Literatürde sıra verilmeden dava edilme riski en yüksek beş uzmanlık dalı; acil tıp, genel cerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum olarak belirtilmiştir (92). Ülkemizdeki malpraktis dava oranları daha düşük çıkmakla birlikte cerrahi branşların, dava oranlarının yüksek olması literatürle uyumludur (17,89,91,92,94).

Çalışmamızda, dahili ve cerrahi bilimlerdeki hekimler, malpraktis davalarının, hekimlik performansına etkisi olacağını konusunda hemfikirlerdir. Katılımcı 200 hekimin %94,5' i malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceğini belirtmiştir. Aynacı' nın yaptığı çalışmada(17) hekimlerin % 84,2 si haklarında açılan malpraktis davasının hekimlik performansının azaltacağını yönünde görüş bildirmiş ayrıca hakkında dava açılanların daha fazla defansif tıp uyguladığı tespit edilmiştir. Literatürde bir çok hekimin, malpraktis dava riski nedeniyle, defansif tıp uygulamaları gerçekleştirdiği belirtilmektedir (92,105,106). Hatta birçok çalışmada, hekimlerin defansif tıp uygulamasının en önemli nedeninin, malpraktis davası açılması korkusu olduğu gösterilmiştir (92,108-110). Malpraktis davalarının, hekimleri bireysel olarak tehdit etmesi hekimlerin tıbbi performanslarını etkilediği gibi sağlık sisteminin total performansına da olumsuz etki ettiği bildirilmektedir(14). Literatür, hekimlerin dava edilme risklerinin fazlasıyla farkında olduklarını hatta bu riski abartma eğiliminde olduklarını belirtmektedir (107).

Çalışmamızda hekimlerin %57,5' i defansif tıp kavramını daha önce hiç duymadığını, %91' i defansif tıp kavramının içeriği hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını bildirmiştir. Benzer şekilde Başer ve ark. (96) yaptığı çalışmada hekimlerin %64' ü defansif tıp kavramını daha önce duymadığını ve %72' si bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığını bildirmiştir. Defansif tıp kavramını, hekimlerce, yurtdışında çok daha yüksek oranlarda bilinmektedir (88). Bu oranlar ülkemizde, hekimlerin, defansif tıp uygulamaları kavramının henüz yeterince bilinmediğini ve hekimlerin mesleki geleceği için defansif tıp eğitim programları düzenlenmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Tüm katılımcıların %98' i pozitif defansif tıp, %92'si negatif defansif tıp uygulamaktadır. Defansif tıp uygulaması sorularının tamamı dikkate alındığında; pozitif ve negatif defansif tıp uygulaması sorularının her iki alt boyutundan da en az birer soruya *evet* yanıtı verenlerin oranı %91,5'tir. Yayınlarda defansif tıp uygulamaları ile ilgili sorulardan herhangi birine dahi katıldığını belirten hekimler defansif tıp uyguluyor kabul edildiği için çok yüksek oranlar saptanmıştır (31,32,86). Ülkemizde defansif tıp uygulamaları ile ilgili sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Türkiye'de yapılan, kullandığımız ölçek dışında başka envanterlerin kullanılarak yapıldığı iki çalışmanın birinde hekimlerin, %78,38 oranında, diğerinde ise %83,3

oranında defansif tıp uyguladığı tespit edilmiştir (17,34). Selçuk (104) tarafından yapılan, benzer bir envanterin kullanıldığı tez çalışmasında hekimlerin pozitif ve negatif defansif tıp uygulama oranları sırası ile %86,5 ve %81,5 çıkmıştır. Avusturya’da Osti ve Steyrer’ in (31) yaptığı çalışmada hekimlerin %97,7’ sinin defansif tıp uyguladığı tespit edilmiştir. Japonya’ da 2006’ da gastroenteroloji hekimlerinde yapılan bir çalışmada, bu hekimlerin %98’ inin defansif tıp uyguladığı bildirilmiştir(32). İran’ da 423 pratisyen hekime uygulanan bir anketin sonuçlarına göre hekimlerin, %99,8’ i pozitif, %79,2’ si negatif defansif tıp uygulamaktadır (86).

Defansif tıp tutum düzeyleri açısından bakıldığında; hekimlerimizin %69,5’ i iyi ve çok iyi düzeyde defansif tıp uygulamaktaydı. Bulduğumuz oran Başer ve ark. (96) çalışmasıyla uyumludur. Başer ve ark. nın çalışmasında da bu oran %70,3 çıkmıştır. Çalışmamızda, defansif tıp tutum düzeyi ile dahili veya cerrahi tıp bilimlerinde bulunma arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Selçuk (104) tarafından yapılan çalışmada da, defansif tıp tutum düzeyi ile hekimlerin çalıştıkları tıp bilim dalı arasında fark saptanmamıştır. Hekimlerimizin, haklarında açılan malpraktis dava oranları, diğer ülkelere nazaran belirgin şekilde az olmasına rağmen, defansif tıp uygulama düzeyleri diğer ülkelerle benzer olacak şekilde yüksek çıkmıştır.

Çalışmamızda, hekimlerin, defansif tıp uygulamaları içerisinde, hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyon dışı nedenler ile hasta yatırması uygulaması dışındaki diğer tüm uygulamalarda %50’ nin üzerinde defansif tıp uyguladığı tespit edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı hastanenin üçüncü basamak bir hastane olması ve araştırma görevlilerinin, kendileri adına değil de ancak kendilerinden sorumlu olan öğretim görevlisi adına ve onun onayını alarak hasta yatırması nedenleriyle bu oranın diğer uygulamalardaki oranlardan daha az çıktığı düşünülebilir. Defansif tıp uygulama yöntemlerindeki oranlarımız Başer ve ark. (96) çalışmasıyla uyumluydu. Oranlarımız Studdert ve ark. (92) çalışmasındaki oranlardan biraz daha yüksek çıkmıştır. Moosazadeh ve ark. (86) yaptığı çalışmayla kıyaslandığında; hukuki sorunlardan korunmak amacı ile daha fazla ilaç yazma, daha fazla konsültasyon isteme, daha ayrıntılı açıklamalarda bulunma, daha detaylı tıbbi kayıt tutma, yüksek riskli tedavi protokollerinden kaçınma, yüksek riskli hastalardan kaçınma gibi defansif tıp uygulama oranlarımız benzerdir.

Araştırmamızda, hekimlerin işe bağlı gerginlik ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $41,36 \pm 7,44$ tür. Özyer' in (97) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere uyguladığı bir çalışmada ortalama $42,21 \pm 4,99$ olarak bulunmuştur. Edirne' de ambulans servisi çalışanlarına uygulanan bir araştırmada (98) ortalama $33,9 \pm 6,4$ olarak tespit edilmiştir. Literatürde, sağlık çalışanları arasında en yüksek stres düzeyinin pratisyen hekimlerde ve hemşirelerde olduğu görülmüştür (47,116). Aslan ve ark.(5) yaptıkları çalışmada araştırma görevlisi hekimlerin puan ortalaması $39,9 \pm 8,1$ olup, bu oran uzman hekimlere kıyasla fazla, pratisyen hekim ve hemşirelere oranla daha düşük çıkmıştır. Kullanılan ölçeğin kesim noktası bulunmamaktadır ve bulduğumuz ortalama, diğer çalışma sonuçlarına yakın çıkmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 68 olduğu düşünüldüğünde, hekimlerin çok fazla olmasa da işe bağlı gerginlik yaşadığı söylenebilir. Tıpta uzmanlık eğitimi süreci, tıp fakültesini takiben tıbbi eğitim ve beceri kazanılan, yüksek düzeyde mesleki stres yaşanan bir dönemdir (124). Birçok araştırmacıya göre, bu süreç, bir hekimin kariyerindeki en yorucu ve iş taleplerinin en fazla olduğu dönem ve bir hekimin kariyerindeki en stresli zamanlardır (125-127).

Çalışmamızda, hekimlerin, maslach tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarında; duygusal tükenme için puan ortalaması $31,57 \pm 11,67$ duyarsızlaşma için $11,75 \pm 6,49$ kişisel başarı için $29,46 \pm 7,72$ çıkmıştır. Buna göre çalışmamıza katılan hekimler; duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutlarında yüksek, duyarsızlaşma alt boyutunda orta düzeyde tükenmişlik yaşamaktadır denilebilir. Yayınlar, hekimlerin, topluma göre daha yüksek oranda tükenmişlik yaşadığını göstermektedir (118-121). Aktuğ ve ark. (122) araştırma görevlisi hekimlerde özellikle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alanlarında tükenme olduğunu vurgulamışlardır. Oray ve ark. (123) yaptığı çalışmada araştırma görevlisi hekimlerin daha çok duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında tükenmişlik yaşadıklarını saptamışlardır. Türkiye' de sağlık çalışanlarında tükenmişlik adına yapılan çalışmaların çoğunda maslach tükenmişlik ölçeğinin 5'li likert formu kullanılmıştır. Bizim de kullandığımız, ölçeğin orjinal hali olan, 7'li likert formunun kullanıldığı, Marakoğlu ve ark. (81) tarafından Konya' da 160 araştırma görevlisi hekime uygulanan ölçekten hekimlerin aldıkları puan ortalamaları; duygusal tükenme için $17,7 \pm 7,27$ duyarsızlaşma için; $6,71 \pm 3,69$ kişisel başarı için; $20,10 \pm 4,32$ çıkmıştır. Görüldüğü üzere,

çalışmamızdaki hekimler, Marakoğlu ve ark yaptığı çalışmadaki hekimlere göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında daha fazla kişisel başarı alt boyutunda daha az tükenmişlik yaşamaktadır. Marakoğlu ve ark çalışmasında; çalışmanın yapıldığı hastanenin yeni bir hastane olduğunu, araştırma görevlilerinin çalışma şartlarının ağır olmadığını, hasta sayısının Konya ilindeki diğer hastanelerden daha az olduğunu, fiziki şartlarının yeterli olduğunu, öğretim üyesi kadrosunun genç üyelerden oluşması nedeniyle araştırma görevlileriyle iyi iletişim kurduklarını da belirtmiştir. Araştırmamızı yaptığımız hastane bunun aksine, daha eski bir hastane olup, öğretim üyelerinin çoğunun yaşça büyük olduğu, fiziki anlamda daha yetersiz olduğu, özellikle cerrahi branşlarda araştırma görevlisi sayısının bazı bölümlerde yetersiz olduğu ve ayrıca komşu illerin de dahil olmak üzere en zor vakalarının sevk edildiği, hasta sayısının nispeten yüksek olmasından dolayı, çalışmamız da tükenmişlik düzeyleri daha yüksek çıkmış olabilir. Bu iki çalışmanın karşılaştırılması literatürdeki, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile kişisel başarı arasındaki negatif ilişkiyi gösteren çalışmaları desteklemektedir (52, 80, 82). Asistanlık döneminde çalışma saatlerinin uzun olması, sık nöbet tutulması, uykusuzluk, öğrenilmesi gereken bilginin fazla oluşu, deneyim eksikliği gibi pek çok faktörün tükenmişliğe neden olabileceği düşünülmüştür. Genel olarak bekar, genç ve çocuk sahibi olmayanlarda, evli, yaşlı ve çocuklulara göre, meslekte çalışma süresi az ve deneyimsiz olanlarda, daha uzun süredir çalışan ve daha deneyimlilere göre, tükenmenin daha yüksek düzeylerde yaşandığı bildirilmektedir (143,156).

Çalışmamızda, cerrahi tıp bilimlerdeki hekimlerin, pozitif, negatif, toplam defansif tıp, işe bağlı gerginlik, duyarsızlaşma puan ortalamaları, dahili tıp bilimlerindeki hekimlere göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Her iki grup arasında duygusal tükenme ve kişisel başarı için anlamlı fark saptanmamıştır. Aynacı' nın (17) yapmış olduğu çalışmada da pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarının hemen hepsinde, cerrahi tıp bilimlerdeki hekimlerin defansif tıp uygulama oranları, dahili tıp bilimlerindeki hekimlerden daha yüksek çıkmıştır. Asher ve ark. (89)yaptığı çalışmada cerrahi bilimlerdeki hekimler anlamı derecede daha fazla defansif tıp uygularken, O'leary ve ark. (111) yaptığı çalışmada pozitif defansif tıp uygulama oranları açısından, dahili ve cerrahi tıp bilimler arasında fark görülmemiş, negatif defansif tıp uygulama düzeyi cerrahi tıp bilimlerindeki hekimlerde anlamlı olarak

daha yüksek çıkmıştır. Ülkemizde işe bağlı gerginlik düzeyinin, tıp bilim dalları ile ilişkisine yönelik yapılan iki çalışma bulunabilmiştir. Bahse konu iki çalışmada da, iş stresini ölçmeye yönelik bizim kullandığımızdan farklı ölçekler kullanılmış olup, dahili ve cerrahi bilimler arasında iş stresi düzeyi açısından fark saptanmamıştır (128,129). Can ve ark.(130) yaptığı bir çalışmada cerrahi dışı dallardaki araştırma görevlisi hekimlerin, cerrahi dallardakine göre daha yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik yaşadığını saptamış olup iki grup arasında duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyi açısından anlamlı fark saptanmamışlardır. Erol ve ark.(131) yaptığı çalışmada, bulduğumuz sonuçla uyumlu olacak şekilde, cerrahi bilimlerde çalışan araştırma görevlisi hekimler, duyarsızlaşma açısından, dahili bilimlerde çalışanlara göre daha tükenmiş oldukları saptanmıştır. Cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerin, zamanlarının çoğunu ameliyathane de geçirmeleri ve genellikle hastalarıyla yüz yüze konuşmaya nispeten yeterince vakit ayıramamaları nedeniyle duyarsızlaşmaya daha yatkın oldukları düşünülebilir.

Araştırmamızda, hekimlerin cinsiyetlerine göre ölçeklerden aldıkları puanlar analiz edildiğinde; erkek hekimlerin pozitif, negatif ve toplam defansif puan ortalamaları, kadınların aldıkları puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Cinsiyetin, diğer ölçek puanları ile arasında bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde; Aynacı' nın (17) yaptığı çalışmada da birçok defansif uygulama yönteminde erkekler, kadınlara göre daha fazla defans uyguladıklarını belirtmiştir. Bunun dışında incelediğimiz yedi adet çalışmanın ikisinde kadınların, erkeklere göre daha fazla defansif tıp uyguladığını, geri kalan beş çalışmada ise cinsiyet ile defansif tıp uygulama oranı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gözlemledik (86,88,89,99,105,112,113). Çalışmamızda cerrahi bilimlerdeki hekimlerin haklarında açılmış malpraktis dava oranlarının daha yüksek olması ve cerrahi branşları daha çok erkek hekimlerin tercih ediyor olması nedenlerinden dolayı bu sonuca ulaşmış olabiliriz. Cinsiyete göre işe bağlı gerginlik düzeyi arasında fark olmadığı sonucumuz literatürle uyumlu çıkmıştır (52,56,132,133). Cinsiyetin, tükenme açısından önemli bir değişken olduğu ve kadınların erkeklerden daha fazla duygusal tükenme yaşadıklarını gösteren çalışmalar(137-139) yanı sıra, çalışmamızla uyumlu olarak tükenmişlik açısından cinsiyetler arasında farklılık olmadığını gösteren birçok

çalışma da bulunmaktadır (52,134-136). Bu sonuç, cinsiyetin tükenmişlik açısından güçlü bir öngörücü olmaması şeklinde açıklanabilir.

Araştırmamızda evli ve bekar hekimlerin, ölçeklerden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık yoktu. Defansif tıp açısından, yurtiçi ve yurtdışı kaynaklarda medeni durum değişkenin, defansif tıba etkisi hakkında yayın bulunamadı. Yayınlarda anket sorularında bu değişkenin yer almaması, defansif tıba etkisinin olmayacağı ya da çok az olabileceği inancından kaynaklanıyor olabilir. Yurdumuzda sağlık çalışanlarında işe bağlı gerginlik ile ilgili çalışmaların çoğu hemşirelerde uygulanmış olup, hekimlerde yapılan çalışma sayısı azdır. Anesteziyologlar ve cerrahlarda iş stresi ve işe bağlı gerginlik hakkında yapılmış iki çalışma (56,140), hemşirelerde yapılmış üç çalışmada (97,141,142) da sonuçlarımıza paralel olarak medeni durum ile işe bağlı gerginlik arasında bir ilişki saptanamamıştır. Bu durum işe bağlı gerginlik düzeyinin medeni durumdan bağımsız olduğu düşüncesini desteklemektedir. Maslach ve Jackson (7) evli bireylerde bekarlara göre daha az tükenmişlik görüldüğünü ortaya koymuşlardır. Yapılan bazı çalışmalarda (143-145) bekar hekimlerin tükenmişlik düzeyinin evli hekimlerden daha yüksek olduğu gösterilse de, çalışmamızla uyumlu şekilde evli ve bekar gruplar arasında tükenmişlik açısından fark olmadığını gösteren yayın da fazlaca bulunmaktadır (3,82,144,146,147).

Katılımcıların yaş gruplarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar analiz edildiğinde, işe bağlı gerginlik puanı ortalaması, 30 ve üstü yaş grubunda, 29 ve altı yaş grubuna göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Yaş grupları ile diğer ölçek puanları ortalamaları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Taradığımız yayınlardan bazıları, yaş ile defansif tutum arasında anlamlı ilişkisi olmaması bulgumuzu desteklerken, yayınların çoğunda 40 yaş altındaki hekimlerin defansif tıp uygulama düzeyleri 40 yaş üzerinelere göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (17,86,88,99,105,108,112). Catino' ya (108) göre genç hekimler mesleki tecrübe eksikliğinden dolayı daha fazla defansif tıp uygulamaktadır. Çalışmamıza katılan 200 hekimden sadece 3 tanesi 40 yaş üzerinde olduğu için yaş gruplarımız, defansif tıp literatürüyle karşılaştırılmaya uygun değildir. Literatürde, sağlık alanında çalışanlarda, yaş ile işe bağlı gerginlik arasında farklı sonuçlar elde edilen çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızdakine benzer şekilde; Sünter ve ark. (3), Arıkan ve ark.

(116) yaptıkları çalışmalarda ileri yaştakilerde işe bağlı gerginliğin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tezat olarak Aslan ve ark. (133), Erşal ve ark. (149) yaptıkları çalışmalarda, yaş arttıkça işe bağlı gerginlik düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir. Yaş arttıkça ve işteki deneyim arttıkça, kişiye verilen sorumluluğunda artması, işe bağlı gerginlik düzeyini arttırabileceği düşünülebilir. Maslach'a göre, yaş, tükenmişlik ile ilgili en tutarlı değişkendir. Genç çalışanlar arasında tükenmişlik düzeyleri, 30 veya 40 yaş üzerindeki çalışanlardan daha fazla olarak belirtilmektedir(71). Literatürde genel kanaat yaştan, tükenmişlikten koruyucu bir faktör olduğu görülse de (131,150,151) , tükenmişliği artırdığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (80,152,153). Çalışmamızla uyumlu olarak yaştan, tükenmişlik üzerine etkisi olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (3,134,139). Araştırma görevlisi grubumuzdaki yaş dağılımının dar bir bantta toplanması, yaştan etkisini değerlendirmek için kısıtlılık oluşturmuştur.

Katılımcıların, çocuk sahibi olma durumları ile ölçeklerden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Akduman ve ark. (154) nın aile sağlığı merkezlerinde çalışan 1209 çalışanı dahil ettikleri çalışmada, işe bağlı gerginliğe, çocuk varlığı ve sayısının etkisi olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Karacaoğlu' nun (140) 246 hekime uyguladığı ve iş stresi ölçeğini kullandığı çalışmada, çocuk sahibi olma durumu ile iş stresi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu durum işe bağlı gerginlik düzeyinin, demografik verilerden ziyade çalışma ortamındaki değişkenlerden daha çok etkilendiği bilgisini desteklemektedir. Shanafelt ve ark. (155) yaptıkları çalışmada çocuk varlığını, tükenmişlik sendromu için risk faktörü olarak saptamışlardır. Erol ve ark.(131) çalışması ve ayrıca Karacaoğlu' nun tez çalışmasında (140), çocuğu olanları duyarsızlaşma puanları anlamlı derecede düşük bulunurken, Duran ve ark. (157), Yılmaz ve ark. (158) yaptıkları çalışmalar, sonuçlarımızla uyumlu olup, çocuk varlığı ile tükenmişlik ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamıza katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun, çocuk sahibi olmaması, verimizin kanıt düzeyini düşürdüğü kanaatindeyiz.

Çalışmamızda hekimlerin, hekim olarak çalıştıkları süre ile ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yurtiçi ve yurtdışı literatürde hekimlik süresinin, defansif tıp uygulama düzeyini arttırdığı, azalttığı

yada değiştirmediği yönünde farklı sonuçlar olmakla birlikte, taradığımız yayınlarda hekimlik süresinin artmasının, defansif tıp uygulama düzeyini azalttığı sonucu daha ağır basmaktadır (17,32,86,105,112-114). Sünter ve ark. (3) pratisyen hekimlere uyguladığı çalışmada işe bağlı gerginlik düzeyi 10 yıl ve daha fazla süre çalışanlarda, 5 yıldan az çalışanlara göre anlamlı derecede yüksek bulmuş, gruplar arasında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı açısından fark saptamamışlardır. Aslan ve ark.(5) hemşire örnekleminde çalışma yılı arttıķça işe bağlı gerginlik puanının azaldığını tespit etmişlerdir. Balçık ve ark.(159) yaptığı ve yine hemşire örneklemine uygulanan çalışmada 5 yıl ve daha süre çalışanların işe bağlı gerginlik puan ortalaması, 11 yıl ve üzerinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda 6 yıl ve üzeri süredir çalışanların işe bağlı gerginlik puan ortalaması, 5 yıl ve daha az çalışanlara göre yüksekti ($p= 0,055$). Çalışmamız, hekim grubunda uygulandığı için ve de anlamlılık düzeyi dikkate alındığında kısmen de olsa Sünter ve ark. (3) alışmasıyla uyumludur. in’ de yapılan bir çalışmada (160) 10 yıldan daha az tecrübeye sahip olan ve üçüncü basamak hastanelerde çalışan hekimlerde daha fazla tükenmişlik gözlendiği belirtilmiştir. Tayvan’ da çeşitli branşlardan 809 hekime uygulanan bir çalışmada (95) 10 yıl ve üzeri süre çalışanlarda, daha az çalışanlara göre duyarsızlaşma ve kişisel başarı boyutlarındaki tükenmişlik daha fazla çıkmıştır. Yurdumuzda yapılan çalışmalarda meslekteki çalışma süresinin artması, duyarsızlaşma boyutunda daha fazla olmak üzere tükenmişliği azaltmaktadır (131,150,161,162). Çalışmamızın uyumlu olduğu ve meslekteki yıl ile tükenmişlik arasında farklılığın olmadığını gösteren başka yayınlarda mevcuttur (135,139).

Çalışmamızda, asistanlığının ilk iki yılında olan hekimlerin pozitif, negatif, toplam defansif ve duygusal tükenme puanlarının ortalamaları, asistanlığının 3-5 yılında olan hekimlere göre anlamlı derecede yüksekti. Hekim olarak çalışma süresi ile defansif tıbbın ilişkisinin değerlendirildiği bölümde de vurgulandığı üzere meslekteki deneyimin artmasının, defansif tıp uygulama düzeylerini azalttığını gösteren çokça yayın mevcuttur. Bu açıdan bulduğumuz sonuç literatürle uyumludur. Benzer şekilde, Akdur’ un tez çalışmasında (110) asistanlığının ilk iki yılında olan hekimler, üç yıl ve daha uzun süredir asistanlık yapan hekimlere göre, tıbbi kayıtları daha detaylı ve daha dikkatli tuttukları, dava/şikayet edilme riskinin yüksek olduğu hasta

için endikasyon olmasa bile daha fazla tetkik istedikleri görülmüştür. Erdem ve ark.(56) anestezi ve reanimasyon kliniğinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerde, çalışmamızla da uyumlu olacak şekilde, asistanlık deneyimi 30 aydan fazla olanlarla, olmayanlar arasında işe bağlı gerginlik düzeyi açısından fark olmadığını ve ayrıca, çalışmamızla tezat olarak, asistanlık süresi 30 ay altında olanların, 30 ay üzerinde olanlara göre duygusal tükenmişlik puan ortalamasını anlamlı derecede düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca yurdumuzda yapılan 2 ayrı çalışmada (158,163) hekimlerin asistanlık süreleri ile maslach tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Asistanlığın ilk yıllarında, araştırma görevlilerinin, iş yükünün daha fazla olması, yeterli tecrübelerinin bulunmaması, üstlerinden yeterince takdir görememesi ve ayrıca yeni başlayan bireylerin iş konusunda daha heyecanlı ve istekli olmaları nedeniyle daha fazla enerji harcayarak daha kısa zamanda yorulmaları gibi nedenlerden dolayı duygusal tükenmenin daha yüksek düzeyde yaşanmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda ayda 8 ve üzeri sayıda nöbet tutan grubun, kişisel başarı haricindeki diğer tüm ölçeklerdeki puan ortalamaları, 7 ve daha az sayıda nöbet tutan gruba göre, anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Bu konuyu değerlendirirken, çalışmamızda cerrahi bilimlerdeki aylık nöbet sayısının, dahili bilimlere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu ve cerrahi bilimlerdeki defansif tıp, işe bağlı gerginlik ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının daha yüksek çıktığını da göz ardı etmemek gerekmektedir. Aslan ve ark. yaptıkları çalışmaların birinde (5) çalışmaya katılan hekimler, en çok nöbet usülü çalışmayı iş stresörü olarak belirtmiş ve nöbetle çalışan grupta olan hekimlerde işe bağlı gerginlik puanları diğerlerinden çok fazla bulunmuştur. Diğer çalışmada (164) hemşirelerin uyku süresi azaldıkça işe bağlı gerginlik düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Shanafelt ve ark.(155) ve de Arora ve ark.(137) yaptıkları çalışmalarda tutulan nöbet sayısının tükenmişlik sendromu ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Yurdumuzda yapılan çalışmalarda da fazla nöbet tutanlarda, az tutanlara göre duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma boyutlarında daha fazla tükenmişlik görülürken, kişisel başarı boyutunda anlamlı farklılık gözlenmemiştir (131,143,151,158). Bu açıdan bulgularımız literatürle uyumlu çıkmıştır. Nöbette, sağlık çalışanının, meslektaşlarından ayrı ve yalnız kaldığı ve

hastanın tüm sorumluluğunu kendi başına üstlendiği bu durumun bireyde yalnızlık, çaresizlik duygularına ve yoğun strese yol açtığı belirtilmektedir. İkinci basamak hastanelerde çalışan hekim ve hemşirelerde tükenmişlik için yapılan literatür derlemesinde; işle ilgili tükenmişliğe en çok neden olabilecek değişkenlerin çalışma saatlerinin fazla olması, nöbet usulü çalışma ve iş yükünün ağır olması şeklinde tespit edilmiştir (165). Ülkemizde araştırma görevlisi hekimlerin çalışma saatlerinin üst sınırı tam olarak belli değildir ve birçok bölümde çalıştıkları kliniklerdeki işleri bitmeden evlerine gidememektedirler. Nöbet tuttuktan sonraki günde çalışmak zorunda kalan hekimler, kesintisiz 33 saat kadar çalıştırılabilmektedirler. Bu faktörlerin hem işe bağlı gerginliği hem de tükenmişliği artırdığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda, hakkında malpraktis davası açılan hekimlerin, açılmayanlara göre, defansif tıp ve duyarsızlaşma puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek, işe bağlı gerginlik kısmen anlamlı olacak şekilde yüksek çıkmıştır. Çalışmamız, hem yurt içi hem de yurtdışı literatürdeki, hakkında daha önce malpraktis davası açılması ile defansif tıp uygulama düzeyinin, açılmayanlara göre daha yüksek olduğu bilgisini desteklemektedir (17,89,106,110). Bu durum, hekimlerin, defansif tıp uygulamasında, en önemli nedenin malpraktis davası, iddiası ve buna karşı hissettikleri korkudan kaynaklanmaktadır. Aynacı' nın çalışmasında (17), hakkında malpraktis davası açılan hekimler, açılmayanlara göre, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde, daha fazla tedirginlik hissettiklerini bildirmişlerdir. Chen ve ark.(95) çalışmasında, malpraktis dava deneyimi olan hekimlerin, olmayanlara göre duygusal tükenme ve kişisel başarı boyutlarında daha fazla tükenmişlik yaşadığını, duyarsızlaşma boyutunda fark olmadığını tespit etmişlerdir. Bunun dışında yine bazı kaynaklar da, malpraktis davalarının, tükenmişliğin, daha çok duygusal tükenme boyutunun üzerinde etkili olduğunu göstermiştir (166,167). Duyarsızlaşma, Maslach tarafından “hizmet verilen kişilere karşı uzaklaşmış, katı hatta insancıl olmayan bir yanıt” olarak tanımlanmıştır (73). Yani burada duyarsızlaşma bir anlamda, kaçış, negatif defansif bir uygulama olarak değerlendirilebilir ve çalışmamızdaki, malpraktis dava deneyimi olanlardaki defansif tıp uygulamalarının daha fazla yapıldığı ve buna duyarsızlaşmanın eşlik etmesi durumunu açıklayabilir.

Araştırmamızda sigara kullananların, pozitif defansif, negatif defansif, toplam defansif, işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma puan ortalamaları,

sigara kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksek çıkmışken, alkol kullananlarda, sigaradan farklı olarak, işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarındaki fark anlamlı çıkmıştır. Defansif tıp ile sigara/alkol kullanımı arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışma bulunamadığından bu konuda literatür karşılaştırması yapılamadı. Sigara ve/veya alkol kullanma ile işe bağlı gerginlik düzeyinin yüksekliğinin birlikteliğini gösteren yerli ve yabancı birçok çalışma vardır (116,168- 171). Bununla beraber az sayıda çalışmada sigara, alkol kullanma ile işe bağlı gerginlik yaşama arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (47,142). Stresin ve gerginliğin duygu düşünce ve davranış düzeyine yansıyan belirtilerinden birinin sigara ve alkol alma eğiliminde artma olarak belirtilmektedir (116). Hellerstedt ve Jeffery' e göre işe bağlı gerginlik, daha fazla sigara içmeye neden olmaktadır (172). Sigara ve alkol kullanımı ile gerginlik arasındaki ilişkinin değişebilen ve bazen kısır bir döngüye dönüşebilen bir ilişki içerisinde olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızla uyumsuz olarak olarak ülkemizde yapılan çalışmaların çoğunda sigara/alkol kullanımı ile tükenmişlik arasında bir ilişki bulunamamıştır (157,163,173,174). Bunun yanı sıra Beyhan ve ark (138), anesteziistler üzerinde yaptıkları çalışmada sigara tüketiminin tükenmişliği arttırdığını, Goldberg ve ark. (175) ise acil servis çalışanları üzerinde yaptıkları araştırmada yüksek alkol tüketiminin tükenmişliği arttırdığını belirtirken, Toral-Villanueva ve ark. (176) yaptığı çalışmada sigara ve alkol kullanımı ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Avrupa'da 12 ülke hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada psikotrop ilaç ve alkol kullanımının, artmış sigara kullanımının tükenmişlik ile güçlü ilişkisi olduğu saptanmış ve düşük kendine güven duygusunun bir göstergesi olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (177). Bu konudaki bulgularımız, bazı yayınlarla uyumludur. Literatürde sigara ve alkol kullanımı ile tükenmişlik arasındaki neden sonuç ilişkisi net olarak ortaya konulamamıştır.

Çalışmamızda pozitif, negatif ve toplam defansif puan kategorilerinin üçünün de arasında pozitif yönde yüksek korelasyon olduğu görülmüştür. Defansif puanlar ile işe bağlı gerginlik puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon tespit edilmiştir. Pozitif ve toplam defansif puan ile kişisel başarı arasında anlamlı bir ilişki yok iken, negatif defansif puan ile kişisel başarı arasında negatif yönde çok zayıf

korelasyon saptanmıştır. Defansif tıbbın Dünya genelindeki yaygınlığı ve birçok yayında pozitif ve negatif defansif uygulamalarının ikisinin de benzer oranlarda görülmesi, çalışmamızdaki gibi pozitif defansif uygulamaları sık yapan hekimlerin aynı zamanda negatif defansif uygulamaları da benzer oranda yaptığını göstermektedir. Konu ile ilgili literatür kısıtlı olmakla birlikte, çalışmamızda defansif tıp uygulamaları ile işe bağlı gerginliğin birbiriyle korele olması şaşırtıcı değildir. Aynacı (17), 2005' te çıkan TCK' dan sonra tedirginlik hissettiğini belirten hekimlerin, hem pozitif hemde negatif uygulamaları daha fazla gerçekleştirdiğini, Summerton (38), hekimlerin, haklarında dava açılması korkusu ile pozitif defansif uygulamaları arasında zayıf, negatif defansif uygulamaları ile arasında güçlü pozitif korelasyon olduğunu saptamıştır. Çalışmamızda defansif tıp ile tükenmişlik arasında zayıf bir korelasyon görülse de bu konudaki ilişkinin ortaya konabilmesi için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Çalışmamızda işe bağlı gerginliğin artması ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmanın artması, kişisel başarının düşmesi, hem yurtiçi hem de yurtdışında yapılan birçok çalışma ile uyumludur (3,133,148,152,178,179). Buradan işe bağlı gerginliğin, kişilerin tükenmişlik düzeylerini etkileyen önemli bir faktör olduğu sonucu çıkmaktadır.

Araştırmamızda bazı kısıtlılıklar mevcuttur. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma, üçüncü basamak bir kamu hastanesi olan Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlisi hekimlere uygulanmıştır. Bu açıdan ülke geneli için, diğer kamu ve özel hastaneler için, hekimlik mesleğindeki pratisyen, araştırma görevlisi, uzman, yandal uzmanı, akademisyen gibi farklı pozisyonlarda çalışan hekimler için genellenemez. Literatürde işe bağlı gerginlik ve tükenmişliğin, malpraktis ve tükenmişliğin birlikte işlendiği yayınlar bulunmakla birlikte, çalışmamız gibi defansif tıp, işe bağlı gerginlik ve tükenmişliğin üçünün de bir arada işlendiği başka bir yayın bulunamadığından, bazı bulgularımızı karşılaştırmak için kaynak kısıtlılığı yaşanmıştır. Örneklem grubumuzun genç araştırma görevlilerinden oluşması, çoğunun çocuk sahibi olmaması, nispeten meslekte çalışma süresinin daha kısa olması gibi bazı demografik özellikler, konu ile ilgili yapılan araştırmalarla, uyum açısından yapılan karşılaştırmaları etkilemiştir. Ayrıca kronik hastalık varlığı değişkeni, normal dağılıma uymadığı için ölçek puanları üzerine etkisi değerlendirilmemiştir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi' de çalışan araştırma görevlisi hekimlerin, defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi, ilgi ve tutumlarını, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerini belirlemek ve bunlara etki eden faktörleri ortaya koymak amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Hekimlerin yarısından fazlası, hekimlik mesleği seçimi konusunda, yanlış/bazen yanlış seçim yaptıklarını bildirmişlerdir.
2. Hekimlerin yarısından fazlası, çalıştığı branş seçimi konusunda, yanlış/bazen yanlış seçim yaptıklarını bildirmişlerdir.
3. Hekimlerin %10,5'i hakkında malpraktis iddiasıyla dava açılmıştır. Cerrahi bilimlerdeki dava oranı, dahili bilimlere göre 4,6 kat fazladır.
4. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağı konusunda hekimler hemfikirdirler.
5. Hekimlerin yarısından fazlası, defansif tıp kavramını daha önceden duymadığını, büyük çoğunluğu, bu kavramın içeriği hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını bildirmiştir.
6. Hekimlerin defansif tıp uygulama oranları yüksektir ve literatürle uyumludur.
7. Hekimlerin bulundukları tıp bilim dallarına göre (dahili- cerrahi), aralarında, defansif tıp tutum düzeyi açısından fark saptanmamıştır.
8. Defansif tıp uygulama düzeyini, cerrahi bilimlerde çalışıyor olma, asistanlığın 1-2. yılında olma, ayda 8 ve üzeri sayıda nöbet tutma, hakkında açılmış malpraktis dava olması, sigara kullanıyor olma durumları anlamlı düzeyde arttırmaktadır. Cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk varlığı, meslekteki çalışma süresinin defansif tıp uygulama düzeyine etkisi yoktu.
9. Hekimlerin işe bağlı gerginlik düzeyi literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu çıkmıştır. Hekimlerin çok fazla olmasa da işe bağlı gerginlik yaşadığı söylenebilir.

10. İşe bağlı gerginlik düzeyini, cerrahi bilimlerde çalışıyor olma, 30 yaş üzerinde olma, ayda 8 ve üzeri sayıda nöbet tutma, hakkında açılmış malpraktis dava olması, sigara kullanıyor olma, alkol kullanıyor olma durumları anlamlı düzeyde arttırmaktadır. Cinsiyet, medeni durum, asistanlık yılı, çocuk varlığı, meslekteki çalışma süresinin işe bağlı gerginlik düzeyine etkisi yoktu.

11. Hekimler; duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutlarında yüksek, duyarsızlaşma alt boyutunda orta düzeyde tükenmişlik yaşamaktaydı.

12. Duygusal tükenme düzeyini, asistanlığın 1-2. yılında olma, ayda 8 ve üzeri sayıda nöbet tutma, sigara kullanıyor olma, alkol kullanıyor olma durumları anlamlı düzeyde arttırmaktadır. Cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk varlığı, meslekteki çalışma süresi, çalışılan tıp bilim dalı, hakkında açılmış malpraktis dava olmasının duygusal tükenme düzeyine etkisi yoktu.

13. Duyarsızlaşma düzeyini, cerrahi bilimlerde çalışıyor olma, ayda 8 ve üzeri sayıda nöbet tutma, hakkında açılmış malpraktis dava olması, sigara kullanıyor olma, alkol kullanıyor olma durumları anlamlı düzeyde arttırmaktadır. Cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk varlığı, meslekteki çalışma süresi, asistanlık yılının duyarsızlaşma düzeyine etkisi yoktu.

14. Bu çalışmada bakılan bağımsız değişkenlerden, kişisel başarı düzeyini anlamlı düzeyde etkileyen bir değişken tespit edilemedi.

15. Defansif tıbbi daha fazla uygulayanların, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak çözüm önerileri şunlar olabilir:

1. Tıbbın gelişiminin takibi ve yeni bilgilerin hasta yararına uygulanması adına diploma sonrası hekimin kendi alanıyla ilgili bilgi, beceri donanımlarını güncel tutabilmesi sağlanmalıdır.

2. Tıbbi malpraktis için özel hukuki düzenlemelerin yapılması gerekir. Hekimler, trafik kazası, cinayet gibi suçlarla yargılanan kişilerin, yargılandığı kanunlarla

yargılanmamalıdır. Bu nedenle sağlık sistemini düzenleyen tüm yönetmelik, kararname, genelge ve kanunlara dengeli ve hassas hazırlanmış tıbbi malpraktis kanunları da eklenerek tek çatı altında güncel hale getirilmesi uygun olacaktır.

3. Sonuçlanmayan davaların medyada geniş yer bulması engellenmeli, sağlıkta şiddeti önleyici, caydırıcı yasalar çıkarılmalıdır.

4. Hekimler için hukuki uygulamalar konusunda eğitimler verilmelidir.

5. Araştırma görevlisi hekimlerin, çalışma ortamlarının ve fiziksel koşulların daha sağlıklı hale getirilmesi gerekmektedir.

6. Hekimlerin nöbet sayıları makul d zeylelere çekilmeli, nöbet sonrası izin hakları sağlanmalıdır.

7. Hekimlere iş yaşamında stres yönetimi, sorunlarla baş etme gibi konularda eğitim programları düzenlenmeli ve düzenli uygulanmalıdır.

8. Araştırmanın benzerleri, farklı merkezlerde ve daha geniş örneklemeler üzerinde uygulanabilir, elde edilen sonuçlar bu sonuçlarla karşılaştırılarak genelleme yapılabilir.

8. KAYNAKLAR

1. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi. 2009;84(1):1-10.
2. Gökmen H, Güleç S. Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2010;1(1):11-12.
3. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. Genel Tıp Derg. 2006;16(1):9-1.
4. Revicki DA, May HJ, Whitley TW. Reliability and validity of the WorkRelated Strain Inventory among health professionals. Behav. Med. 1991;17:111-120.
5. Aslan SH, Alparslan ZN, Aslan RO. İşe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenirliği. Düşünen Adam. 1998;11(2):4-8.
6. Fredeunberger HJ. Staff burn-out. J Soc Issues. 1974; 30:159–65.
7. Maslach C, Jackson SE. Manuel Maslach Burnout Inventory. Palo Alto. California Consulting Psychologists. 1981;2:1–17.
8. Düzyürek S, Ünlüoğlu G. Hekimde tükenmişlik sendromu. Psikiyatri Bülteni. 1992;1:108-13.
9. Öztekin Z. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, Yeni Türkiye Dergisi. 2001;39(7)
10. Gökcan HT. Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2013, s. 62-63
11. Çetin G. Tıbbi Malpraktis, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, İ.Ü. Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:48 baskı:1, 2006, 31-42. istanbul
12. TTB, TTB Malpraktis Bildirgesi, TTB Etik Bildirgeleri, 1. Baskı, TTB Yayınları, Ankara, 2010,s. 22.
13. Bell & Loop, The Utility and Futility of Radiographic Skull Examination for Trauma, 284 New Eng. J. Med, 236, 237 & 239, 1971.
14. Project, The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine, Duke Law Journal, Vol.1971, No.5.Dec.,1971, pp.939-993.

15. Kesler D, McClellan M. Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Quarterly Journal of Economics 1996;111(2):353-390.
16. Hermer L, Brody H. Defensive Medicine, Cost Containment And Reform. Journal of General Internal Medicine 2010;25(5):470-3.
17. Aynacı Y. Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Adli Tıp Uzmanlık Tezi, Konya 2008, s: 3-38
18. Çolak A, Komplikasyon Mu? Malpraktis Mi? Malpraktis Davalarının Aslı Unsurları, Hekim Forumu Dergisi, 2003, Nisan- Mayıs 32-33
19. Kök AN. Klinik Adli Tıpta Malpraktis. Türkiye Klinikleri J. Foren Med. 2012;9(2):111-4
20. Scott RW. Health Care Malpractice, 2. Baskı, Pennsylvania, 1999, S.5
21. Knight B. Simpson's forensic medicine. British library cataloguing in publication data, tenth edition, Oxford university press, 1991; pp 78-82
22. Güngör P, Doğan Y, Yaşar M. "Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri, Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası", Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2012;43(4): 135.
23. Pınar T, Pınar G. Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet. TAF Prev Med Bull 2012; 12(3):315-326
24. Aydın B, Kartal M, Midik O, Büyükakkuş A. Violence Against General Practitioners in Turkey. J Interpers Violence. 2009; 24:1980- 1995.
25. TTD Etik Kurulu, Hekim Hakları, <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/2152011144929-Hekimhaklari.pdf> . Erişim Tarihi: 29.05.2017
26. Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı, Hasta Hakları Yönetmeliği, Güncelleme Tar: 26.02.2016, Erişim Tarihi: 29.05.2017, <http://www.getatportal.saglik.gov.tr/TR,8468/hasta-haklari-yonetmeliği.html>
27. Resmi gazete, hasta hakları yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik, sayı:28994, 8 mayıs 2014, erişim tarihi:29.05.2017 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.htm>

28. Conroy AD. Lessons Learned from the ‘Laboratories of Democracy’: A Critique of Federal Medical Liability Reform,” *Cornell Law Review*. 2006;91(5):1167.
29. Stoll P. Defensive Medicine. *Beitr Gerichrtl Med*. 1982;40:35-40.
30. Tancredi LR, Barondess JA. “The problem of defensive medicine”, *Science*, 1978;200:879-882.
31. Osti M, Steyrer J. A national survey of defensive medicine among orthopaedic surgeons, trauma surgeons and radiologists in Austria: evaluation of prevalence and context, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2015;21:278–284, doi:10.1111/jep.12305 Erişim Tar: 20.12.2016
32. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T, Chayama K. “Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan”, *World J Gastroenterol*. 2006;2112(47):7671-7675.
33. Paxton BE. Physician Self-Referral of Lumbar Spine MRI With Comparative Analysis of Negative Study Rates as a Marker of Utilization Appropriateness. *American Journal of Roentgenology*. 2012;198:1375-1379.
34. Yılmaz K. Defansif Tıbbi Uygulamaların Hukuki Açıdan Yorumlanması. İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler ABD., Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2012.
35. Kolcu G. TCSB İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Hekimler İle Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği uzmanlık tezi, İzmir 2013
36. Kolcu G, Başer A, Kolcu İ, Yıldırım M, Öngel K. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Hekimler ile Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi, 7. Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya, 25-29 Eylül 2013, PS. 135.
37. Başer Kolcu Mİ, Kolcu G, Başer A, Öngel K, Alsancak Ağz ve Diş Sağlığı Merkezinde Çalışan Diş Hekimlerinin Defansif Diş Hekimliği Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma, 6. İstanbul

Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Uluslararası Bilimsel Kongresi, İstanbul, 21-23 Kasım 2013, PB. 047

38. Summerton N. Positive And Negative Factors In Defensive Medicine: A Questionnaire Study Of General Practitioners. BMJ 310: 27-29, 1995, Jackson Healthcare, “Defensive Medicine: Impacts Beyond Costs”. www.jacksonhealthcare.com. (Erişim Tarihi: 30.05.2017)
39. Localio AR, Lawthers AG, Bengtson JM., Relationship Between Malpractice Claims and Caesarean Delivery. JAMA 269(3):366-373, 1993.
40. De Ville K. Act First and Look Up the Law Afterward?: Medical Malpractice and the Ethics of Defensive Medicine. Yahata S. A Study of Defensive Medicine in Japan. Applied Ethics P 175-186, Hokkaido University Press, Sapporo, 2011.
41. Baldwin LM, Hart GL, Lloyd M, Fordyce M, Rosenblatt R. Defensive Medicine and Obstetrics. JAMA 274: 1606-1610, 1995., U.S. Congress. Office of Technology Assessment. July 1994. Defensive Medicine and Medical Malpractice. Washington, DC: U.S. Governments Printing Office. <http://biotech.law.lsu.edu/policy/9405.pdf> (Erişim Tarihi: 30.05.2017)
42. Sethi MK, Aseltine RH, Ehrenfeld JM, and others. Massachusetts Medical Society. Investigation of Defensive Medicine in Massachusetts, November 2008. <http://www.massmed.org/defensivemedicine/>. (Erişim tarihi: 18.07.2017)
43. Mark S. Thompson, Cynthia P. King, Physician Perception of Medical Malpractice and Defensive Medicine, Evaluation and Program Planning, Cilt: 7, Sayı: 1, 1984, ss. 95-104. (Erişim Tarihi:30.05.2017)
44. Aydın Ş. Örgütsel Stres Yönetimi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal bilimler Dergisi,2004; 6(3): 49-74.
45. Kanbay Y, Üstün B. Kars Ve Artvin İllerinde Hemşirelerin İş Ortamı İle İlgili Stresörleri Ve Kullandıkları Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2009;2(4): 155-161.
46. Clegg A. Occupational stres in nursing: A Review of the literature. Journal of Nursing Management 2001; 9: 101-6.
47. Tel H, Karadağ M., Aydın Ş., Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003;2:13-23.

48. Aktaş AM. Bir kamu kuruluşunun üst düzey yöneticilerinin iş stresi ve kişilik özellikleri. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi,2001;56(4), 25-43.
49. Aytaç S. İş Yerindeki Stres Kaynakları. İşgüç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. 2002;4(1).
50. Srivastava S. Effect of Type A Personality on Stress-strain Relationship: A Study on Private Sector Managers. Management and Labour Studies, 2009;34(4): 582-595.
51. Yürür S, Keser A. İşe Bağlı Gerginlik ve İş Tatmini İlişkisinde Duygusal Tükenmenin Aracı Rolü. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi, 2011; 65(4): 166-194
52. Aslan SH, Aslan RO, Kesepara C, Alparslan ZN., Ünal M. Kocaeli’de bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumu. Toplum ve Hekim Dergisi, 1997,82(12): 24-29
53. Boswell CA. Work stress and job satisfactions for the community health nurse.J Community Health Nurs,1992; 9(4):221-227.
54. Savul G. Güvencesiz istihdam, Örgütsel Dönüşüm ve Çalışma Üzerine etkisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara,2008.
55. Tobe SW, Kiss A, Szalai JP, Perkins N, Tsigullis M, Baker B. Impact of job and marital strain on ambulatory blood pressure results from the double exposure study. Am J Hypertens 2005;18(8):1046-51.
56. Erdem D, Atçı H, Akan B, Albayrak D, Gökçınar D, Göğüş N, Anesteziyoloji ve reanimasyon kliniği asistanlarının yoğun bakım çalışma dönemlerinin, tükenmişlik, iş doyumu, işe bağlı gerginlik ve durumluluk- süreklilik kaygı düzeylerine etkisi. Şişli etfal hastanesi tıp bülteni. 2010;44(3):94.
57. Karasek, Robert A. “Lower Health Risk with Increased Job Control among White Collar Workers,” Journal of Organizational Behaviour, 1990;11: 171-185
58. Ala-Mursula L, Vahtera J, Linna A, Pentti J, Kivimaki M. “Employee Worktime Control Moderates the Effects of Job Strain and Effort-Reward Imbalance on Sickness Absence: The 10-Town Study,” J Epidemiol Community Health, 2005; 59: 851- 857.

59. Virtanen M, Vahtera J, Pentti J, Honkonen T, Elovainio M, Kivimäki M, “Job Strain and Psychologic Distress Influence on Sickness Absence Among Finnish Employees,” *Am J Prev Med*, 2007;33 (3): 182-187.
60. Gemmill GR, and Heisler WJ, “Machiavellianism as a Factor in Managerial Job Strain, Job Satisfaction, and Upward Mobility,” *Academy of Management Journal*,1972; 15 (1): 51-62.
61. Doğan H. “İşgörenlerde İş Tatminiyle İlişkilendirilmiş Stres ve Prosedürel Adalet Algılamaları Analizi: Gazi Hastanesi’nde Bir Uygulama,” *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2005; 10 (1): 301-312.
62. Yılmaz F, Öztürk H. [Causes of conflicts encountered by nurse managers in hospitals and their approaches in conflicts management]. *İ.Ü.F.N. Hem Derg* 2011;19(3):14552.
63. Tully A. Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *J Psychiatric Ment Health Nurs* 2004;11(1):43-7.
64. Sturgess J, Poulsen A. The prevalence of burnout in occupational therapists. *Occup. Ther. Ment. Health* 1983; 3(4):47-60.
65. Rogers JC, Dodson SC. Burnout in occupational therapists. *Am J Occup Therapy* 1988; 42(12):787-792.
66. Edelwich J, Brodsky A. Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. Newyork: *Human Sciences Pres*, 1980.pp:353- 354
67. Ardiç K, Polatçı S. Tükenmişlik Sendromu ve Madalyonun Öbür Yüzü: İşle Bütünleşme. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2009;32:21-46.
68. Maslach C, Jackson SE. “The Measurement of Experienced Burnout”, *Journal of Occupational Behavior*, 2, ss.99-113.1981
69. Maslach C, Zimbardo PG, Burnout – The Cost of Caring, Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs, New Jersey.1982
70. Cordes CL, Dougherty TW, “A Review and an Integration of Research on Job Burnout”, *The Academy of Management Review*, 1993;18(4):621-656.
71. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. (2001), “Job Burnout”, *Annual Review Psychology*, 52, ss.397-422.

72. Maslach C. Burnout: A Social Psychological Analysis, The Burnout Syndrome: Current Reserch, Theory and Interventions. Park Ridge, III, London House Management, 1981:31- 52.
73. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and Future Research. Human Relation, 1982: 283-305.
74. Kaçmaz N. *Tükenmişlik (Burnout) Sendromu*. İst Tıp Fak Derg, 2005;68(1):29-32.
75. Balcıoğlu İ, Memetali S, Rozant R. *Tükenmişlik Sendromu*. Dirim Tıp Gazetesi, 2008; 83: 99-104.
76. Işıkhana V. Çalışma hayatında stres ve başa çıkma yolları. 1. baskı. Ankara: Sandak yayınları; 2004. 157
77. Örmene U. Tükenmişlik duygusu ve yöneticiler üzerinde bir uygulama. (Yüksek Lisans Tezi). Dstanbul, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İngilizce işletme Ana Bilim Dalı, 1993.
78. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an understanding of the burnout phenomenon. J. Of Applied Psychology. 1986; 11: 615-627.
79. Togia A. Measurement of burnout and the influence of background characteristics in Greek academic librarians. Library Management 2005; 26(3): 43-77.
80. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması, Bayraktar R, Dağ İ. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını, 1992: 144.
81. Marakoğlu K, Kargın NÇ, Armutlukuyu M. Tıp fakültesi araştırma görevlilerinde tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg 2013;23;102-8
82. Çam O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik Ve Güvenirliliğinin Araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, R Bayraktar, İ Dağ (Ed), Ankara, 1992. S.155-160.
83. Akpınar AT, Taş Y. Acil servis çalışanlarının tükenmişlik ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma. Turkish J Emerg Med 2011;11(4):161-5.

84. Ishak WW, Lederer S, Mandili C, Et al. Bernstein. Burnout During Residency Training: A Literature Review. J Grad Med Educ 2009;1: 236–242.
85. Başer A, Başer Kolcu Mİ, Kolcu G, Gök Balcı U. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği: Ön Çalışma. Tepecik Eğitim Hast Derg 2014; 24 (2): 99-102
86. 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; 19;2(3):119-23. doi: 10.15171/ijhpm.2014.28.
87. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(3):137-49
88. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F, The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. BMC Medical Ethics 2013, 14: 42
89. Asher E, Greenberg-Dotan S, Halevy J, Glick S, Reuveni H, Defensive Medicine in Israel– A Nationwide Survey. PLOS ONE. 2012;7(8) (Erişim tarihi:07.06.2017)
90. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005, ss. 267-275.
91. Yılmaz A, Demiral G, Şahin G, Yener O, Kocataş A, Bölük S. 2005 Yılında Yürürlüğe Giren Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) Cerrahi Branş Hekimleri Üzerindeki Etkisi. Adli Tıp Dergisi / Journal of Forensic Medicine, Cilt / Vol:27, Sayı / No:3
92. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, Desroches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA. Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians In A Volatile Malpractice Environment. JAMA 2005;293(21):2609-2617.
93. ACOG committee opinion, Coping with the Stress of Malpractice Litigation International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2001;74: 65–66.
94. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice Risk According To Physician Specialty. N Engl J Med. 2011; 365(7): 629–636.

95. Chen KY, Yang CM, Lien CH, Chiou HY, Lin MR, Chang HR, Chiu WT. Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. *Int J Med Sci.* 2013; 10(11): 1471–1478
96. Başer A, Kolcu G, Çıgırgil Y, Kadıncık B, Öngel K. İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi* 2014;4(3):16-24
97. Özyer Y. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü Algısı, İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hata Tutumları. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2016. s:27
98. Tokuç B, Turunç Y, Ekuklu G. Edirne’ de ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri. *Türk tabipler birliği mesleki sağlık ve güvenlik dergisi.* 2011;11(42).
99. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. 2. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2015, ss. 258-259.
100. Vimercati A, Greco P, Loizzi V, Loverro G, Selvaggi L. ["Defensive medicine" in the choice of cesarean section]. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 2000; 71(Suppl): 717-721.
101. Passmore K, Leung WC. Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. *Postgrad Med J* 2002; 78: 671-673.
102. Odabaşı A.B, Tümer AR. Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu’nun Uygulama Aşamasında Toplumu Bekleyen Tehlike. *STED.* 2006;15-4,55-9
103. Polat O. Adli Tıp, Der Yayınları, İstanbul, 2. Baskı, 2001.
104. Selçuk M. Çekinik (Defansif) Tıp. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Tezi, 2015, S:77-79
105. Elli L, Tenca A, Soncini M, Spinzi G, Buscarini E, Conte D, Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists in Lombardy: Between lawsuits and the economic crisis, *Digestive and Liver Disease* 45 (2013) 469–473
106. Hirsh HL. Defensive medicine--friend or foe? *Legal Medicine.* 1989;145-80.
107. Bovbjerg RR, Frank R, Manuel B, Blumstein J, Gilbert P, Peters JD. Defensive Medicine and Medical Malpractice. In: Herdman RC (Eds.). US Congress; Office of Technology Assessment. Washington, DC: US Government Printing

Office; 1994. p.602.

108. Catino M. Why do Physicians practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. *Safety Science Monitor*. 2011;15:1–12.
109. Tuers DM. Defensive medicine in the emergency department: increasing health care costs without increasing quality? *Nurs Adm Q* 2013;37:160-4.
110. Akdur G. Tıp Fakülteleri Ve Eğitim Araştırma Hastaneleri Acil Servislerinde Çalışan Acil Tıp Uzmanları Ve Araştırma Görevlilerinin Çekinik Tıp Uygulamaları Hakkındaki Görüşleri. *Tıpta Uzmanlık Tezi*.2013.S:31
111. O’leary KJ, Choi J, Watson KJD, Williams MV. Medical Students’ And Residents’ Clinical And Educational Experiences With Defensive Medicine. *Acad Med*. 2012;87:142–148.
112. Solaroglu İ, İzci Y, Yeter HG, Metin MM, Keles GE, Health Transformation Project And Defensive Medicine Practice Among Neurosurgeons İn Turkey, *PLOS ONE*, October 2014,9(10):2
113. Tanriverdi Ö, Yavuzsen T, Komurcu Ş, Cay-Senler F, Turhal S, Cehreli R, Akman T, Ozyilkan Ö. 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) 32:106. DOI 10.1007/S12032-015-0555-5
114. Akıncı SB, Sarıcaoğlu F, Erden İA, Köseoğlu A, Aypar Ü. Anesteziyologlarda Defansif Tıp Uygulamalarının Araştırılması. *Anestezi Dergisi* 2013;21(3):151-6
115. Sulmasy LS, Weinberger SE. Better Care İs The Best Defense: High-Value Clinical Practice Vs Defensive Medicine. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*.2014;81(8):465 Doi:10.3949/Ccjm.81a.14037
116. Arıkan D, Karabulut N. Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004;7(1)
117. Vatansever İ, Çaylan A. Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezinde Çalışan Araştırma Görevlilerinde İşe Bağlı Gerginlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi.2016.

<http://Dspace.Trakya.Edu.Tr:8080/Jspui/Handle/1/2229>.Erişim Tar:07.08.2017

118. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc* 2013;88:1358-1367.
119. Wang Z, Xie Z, Dai J, Zhang L, Huang Y, Chen B. Physician Burnout and Its Associated Factors: A Crosssectional Study in Shanghai. *J Occup Health* 2014; 16. [Epub ahead of print]
120. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med* 2014;17;9(2):35-56
121. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient centered care. *JAMA* 2009;302:1338-1340.
122. Aktuğ İY, Susur A, Keskin S, Balcı Y, Seber G. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2006; 28: 91-101.
123. Oray NÇ, Balcı B, Özlem EN, Özaçar E, Abalı L, İbiş MA, Öncel T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2013;27(2):67-73
124. Passalacqua SA, Segrin C. The Effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift. *Health Commun* 2012;27(5):449- 56.
125. Serrano K. Women residents, women physicians and medicine's future. *WMJ* 2007;106(5):260-5.
126. Hillhouse JJ, Adler CM, Walters DN. A simple model of stress, burnout, and symptomology in medical residents: a longitudinal study. *Psychol Health Med* 2000;5:63-73.
127. Sutton B. The need to study and define resident duty hours. *Acad Psychiatry* 2004;28:253-5.
128. Hatipoğlu C. Hekimlerde Empati, İş Doyumu, İş Stresi Düzeyleri Ve Birbirleri İle İlişkileri. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. 2013. S:61
129. Tür FÇ, Toker İ, Şaşmaz CT, Hacı S. Türe B. Occupational Stress Experienced By Residents And Faculty Physicians On Night Shifts.

Scandinavian Journal Of Trauma, Resuscitation And Emergency Medicine
2016; 24:34 Doı 10.1186/S13049-016-0225-4

130. Can H, Güçlü YA, Doğan S, Erkalı MB. Cerrahi ve Cerrahi Dışı
Kliniklerdeki Asistan Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu. Tepecik Eğitim Hast
Derg 2010;20:33-40.
131. Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş. Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş
Doyumu Ve Depresyonla İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007;8:241247.
132. Tel H, Aydın HT, Karabey G, Vergi İ, Akay D. Hemşirelerde İşe Bağlı
Gerginlik Ve Stresle Başetme Durumu. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2012;
2:47-52
133. Aslan SH, Ünal M, Aslan RO. Pratisyen Hekimlerde Tükenme Düzeyleri.
Düşünen Adam 1996; 9:48-52.
134. Haran S, Özgüven Hd, Ölmez S, Sayıl I. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesi'nde Çalışan Doktor ve
Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. Kriz Dergisi, 1998; 6(1):75–79.
135. Kurçer M. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu Ve
Tükenmişlik Düzeyleri. Harran Univ Tıp Fak Derg, 2005; 2(3):10–15.
136. Ekerbiçer H, Çelik M, Aral M, Buğdaycı R. Kahramanmaraş'ta Çalışan
Hekimlerde Mesleksel Tükenmişlik Düzeyi ve Bazı Kişisel Özelliklerle
İlişkisi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2, 23–28 Eylül 2002,
Diyarbakır: 700.
137. Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan Ad. Review Article: Burnout İn
Emergency Medicine Physicians. Emerg Med Australas 2013;25(6):491-5
138. Beyhan S, Güneş Y, Türktan M, Özcengiz D. Doğu Akdeniz Bölgesindeki
Anestezi Hekimlerinde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması. Tardd 2013;
41(1): 7-13.
139. Bircan M, Ak A, Bayrak D, Kaya H, Gül M, Cander B. Acil Tıp Hizmeti
Veren Hekimlerde Tükenme Sendromu. Akademik Acil Tıp Dergisi
2006;5(3):51-54.
140. Karacaoğlu Z B. Anesteziyologlar ve Cerrahların İş Stresi ve Tükenmişlik
Sendromu Açısından Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Ankara. 2010. S:119
141. Kopuz E. Hemsirelerin İşe Bağlı Gerginlik Düzeyinin Belirlenmesi Ve Stresle

- Bas Etme Tutumlarının İncelenmesi Özel Bir Hastane Örneği. Yüksek Lisans Tezi.2013. S:62
142. Erçevik R. Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik, Tükenmişlik Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul .2010.S:85
143. Özçınar M. Asistan doktorlarda burnout sendromu. (Uzmanlık Tezi). İstanbul, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2005.
144. Dericiogulları A, Konak S, Arslan E, Öztürk B. Öğretim Elemanlarının Tükenmişlik Düzeyleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; (2)5: 46-49.
145. Düzgün A. Onkoloji Alanında Çalışan Hekimler ile Dermatoloji Alanında Çalışan Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu Açısından Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
146. Ergin C. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları. 3P Dergisi, 1996; 4: 1.
147. Tselebis A, Moulou A, Ilias I. Burnout versus Depression and Sense of Cohorence: Study of Grek Nursing Staff. Nurs Health Sci, 2001; 3: 69-71.
148. Sobreques J, Cebria J, Segura J. Job satisfaction and burnout.In: general practitioners. Atencion Primaria, 2003;31:227-33.
149. Erşal EE, Yıldırım G, Doğan O, Doğan S. [Job Satisfaction And Perceived Job Stress Of The Health Professionals And The Relationship Between Them]. Anatolian Journal Of Psychiatry 2013;14(2):115-21.
150. Aslan D. ve ark. Türkiye’de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2005.
151. Özyurt A, Hayran O, Dur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. Q J Med, 2006; 99:161–169.
152. Canbaz S, Sünter AT, Dabak S, Öz H, Peksen Y. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu ve İşe Bağlı Gerginlik. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2001; 4(2):31– 34.
153. Olgun N, Çınar S. Hemodiyaliz Hemşirelerinin İş Doyumlarının Değerlendirilmesi. Çınar Dergisi, 1997;3(1):9–11.

154. Akduman C, Akduman G, Şimşek Yüksekbiğili N, Yüksekbiğili Z.
(2016). Aile Sağlığı Merkezlerinde İşe Bağlı Gerginlik Üzerine Bir Araştırma.
3.Uluslararası Katılımlı İstanbul Aile Hekimliği Derneği Kongresi (11-15
Mayıs), İSTAHED, Kemer/Antalya
155. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D,
Collicott P, Novotny PJ, Sloan J, Freischlag JA. Burnout And Career
Satisfaction Among American Surgeons. Ann Surg 2009;250(3):463-71.
156. Aslan H, Gürkan BS, Alparslan N. Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde
tükenme düzeyleri. Türk Psikiyatri Dergisi 1996; 7(1):39-45
157. Duran Ö, Duran FY, Aydoğdu G, Acil Serviste Tükenmişlik Sendromu, İzmir
Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 2015; 19(1): 27-32
158. Yılmaz TD. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde Tıpta
Uzmanlık Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyi Ve İlişkili Etmenler, Halk
Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara, 2009, S:36-58
159. Balçık E. Hemşirelerin Yapısal Güçlendirme Algısı ve İşe Bağlı Gerginlik
Düzeyleri, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2013, S;195
160. Cui G, Wang F, Xu Y. Job burnout among physicians in ten areas of China.
Zhonghua Yi Xue Za Zhi 2013; 17;93:3773-3775.
161. Kaya M, Üner S, Karanfil E, ve ark. Birinci basamak sağlık çalışanlarının
tükenmişlik durumları. Kor Hek 2007; 6:357-63.
162. Üner S, Bossi TB, Erçeltik Ö, Ertuğrul İ, Göde S, Kılıç L. ve ark. Keçiören
İlçesi Sağlık Grup Başkanlığı'na Bağlı Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının
Maslach Tükenmişlik Ölçeğine Göre İncelenmesi. Ankara: 9. Ulusal Halk
Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı; 2004. s. 303
- 163.Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi
Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler.
Tıpta Uzmanlık Tezi. Mersin. 2012.S;48
164. Aslan SH, Gürkan SB, Girginer HU. ve ark. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin
Bir Hemşire Örnekleminde Geçerlik ve Güvenirliği. Psikiyatri Psikoloji
Psikofarmakoloji Dergisi, 1996; 4(4):276-283.
165. Günüşen NP, Üstün B, Türkiye'de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde
Çalışan Hemşire Ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. Dokuz

Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.2010;3(1)40-51

166. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Et al. Association Of Perceived Medical Errors With Resident Distress And Empathy: A Prospective Longitudinal Study. JAMA. 2006;296(9):1071-8.
167. Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Et Al. Personal Consequences Of Malpractice Lawsuits On American Surgeons. Journal Of The American College Of Surgeons 2011;213(5):657-67.
168. Mallett K, Price JH, Jurs SG, Slenker S. Relationship among burnout, death anxiety and social support in hospice and critical care nurses. Psychol rep. 1991;68(3 Pt 2):1347-59.
169. Bilgili N. Ankara Dışkapı SSK Hastanesinde çalışan hemşirelerin genel ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. Uluslararası katılımlı V.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. İzmir. DEÜ Rektörlüğü Matbaası.1998.s; 47-61.
170. Pikó B. Work-Related Stress Among Nurses: A Challenge For Health Care Institutions. J R Soc Promot Health 1999;119(3):156-62.
171. Braun AR, Heinz JA, Veilleux JC, Conrad M, Weber S, Wardle M, Et Al. The Separate And Combined Effects Of Alcohol And Nicotine On Anticipatory Anxiety: A Multidimensional Analysis. Addict Behav 2012;37(4):485-91.
172. Hellerstedt WL, Jeffery RW. The association of job strain and health behaviours in men and women. Int J Epidemiol. 1997 Jun;26(3):575-83.
173. Toker İ. Acil Tıp Uzmanlık Öğrencilerinde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerini Etkileyen Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Mersin 2013.S;60
174. Girgin NK, Bayrak VM, Akkaya C, Erşaylı DT, Yılmazlar A. Bursa İl Merkezinde Görevli Anestezistlerde Mesleki Tükenmeyi Etkileyen Faktörler. Türk Anest Rean Der Dergisi 2006; 34(1): 48-55
175. Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D, Goodman EA, McConkie ML. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. Acad Emerg Med 1996;3(12):1156-64.
176. Toral-Villanueva R, Aguilar-Madrid G, Juárez-Pérez CA. Burnout and

patient care in junior doctors in Mexico City. *Occupational medicine*, 2009; 59(1): 8–13. doi:10.1093/occmed/kqn122

177. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008;25(4):245-65.
178. Dollard, Maureen F., Helen R. Winefield, Anthony H. Winefield ve Jan de Jonge ,“Psychological Job Strain and Productivity in Human Service Workers: A Test of the Demand- Control- Support Model,” *Journal of Occupational and Organizational Psychology*,2000; 73: 501-510.
179. Neveu JP. “Jailed Resources: Conservation of Resources Theory as Applied to Burnout Among Prison Guards,” *Journal of Organizational Behavior*, 2007;28: 21-42.

EK-1

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR
NONINTERVENTIONAL STUDIES**

217

KARAR

Yrd Doç. Dr. Hamza ASLANHAN, Asist. Dr. Ömer GÖCEN, Doç. Dr. M. Cemal KAYA isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Asistan hekimlerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumlarının, tükenmişlik düzeyleri ve işe bağlı gerginlik düzeyleri ile ilişkisi" başlıklı araştırmaya *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u* tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir.

Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.

DECISION

The project titled as "Relation of residents' knowledge and attitudes about defensive medicine with levels of burn out and work related strain" planned by Hamza ASLANHAN, Ömer GÖCEN, M. Cemal KAYA has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.

Oturum No (Meeting number) :

Tarih (Date): 02.06.2016

Saat (Hour): 13:00-15:00

KURUL BAŞKANI (CHIEF)

Prof. Dr. Aydın ECE

KURUL ÜYELERİ / MEMBERS

	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Aydın ECE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Çocuk Sağlığı ve Hast.	
2	Yrd. Doç. Dr.	İbrahim KAPLAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyokimya	
3	Prof. Dr.	Süleyman GÖREN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Adli Tıp	
4	Yrd. Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
5	Doç.Dr.	A. Çetin TANRIKULU	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Göğüs Hast.	
6	Doç. Dr.	Abdullah BÖYÜK	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
7	Yrd. Doç. Dr.	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyoistatistik	
8	Doç. Dr.	Uğur FIRAT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
9	Doç. Dr.	Orhan ATEŞ	Dicle Üniversitesi İlahiyat Fakültesi	Temel İslam Bilimleri	
10	Doç. Dr.	Mehmet Uğur ÇEVİK	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Nöroloji	
11	Avukat	Şahhanım KAPLAN	Dicle Üniversitesi Hastaneleri Başhekimlik	Avukat	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüs/DİYARBAKIR
Telefon:+90.412 . 248 80 01-16/4631 Faks:+90.412. 248 84 40 kuruletikdiyar@gmail.com

EK-2

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Birinci Bölüm:

Danışmanlığını DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Hamza ASLANHAN'ın yaptığı, DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi almakta olan Asist. Dr. Ömer GÖCEN'in 'ASİSTAN HEKİMLERİN DEFANSİF TIP UYGULAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ ve TUTUMLARININ, TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ ve İŞE BAĞLI GERGINLIK DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ' isimli uzmanlık tez çalışmasına davet edilmiş bulunmaktasınız.

Sağlık çalışanlarına yönelik artmış malpraktis davaları hekimler arasında 'hekimin hastanın tahı ve tedavisinden ziyade öncelikle hasta tarafından dava edilmekten korunmak için istediği tanısal testler, tedaviler ve prosedürler' şeklinde de ifade edilmekte olan defansif tıp uygulamalarının artmasına neden olmaktadır. Hekimler meslek hayatları boyunca ağır iş yükü altında kalmakta ve bu durumda işe bağlı gerginliğin ve tükenmişlik düzeylerinin hekimler arasında yüksek oranda görülmesine neden olan bir etken olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Bu çalışmanın amacı; hekimlerin defansif tıp hakkındaki bilgi ve tutum incelemek, tıbbi hataların önemli nedenlerinden olan insan kaynaklı sorunlarla ilgili olarak hekimlerdeki tükenmişlik ve işe bağlı gerginlik düzeylerinin, defansif tıp uygulamaları ile ilişkisini ortaya koymaktır.

Çalışma kapsamında sizden sosyodemografik veri formunu takiben defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği, maslach tükenmişlik ölçeği ve işe bağlı gerginlik ölçeğini doldurmanız beklenecektir.

Eğer bu araştırmaya katılırsanız hekiminiz ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı ile yaklaşılacaktır. Sonuçlar gizli kalacak, sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecek, ihtimamla korunacak, eğitim ve bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerinizin ihtimamla korunacağı ve istemediğiniz takdirde bu bilgilerin hiçbirinin bilimsel amaçlı olarak kullanılmayacağını açıkça bildirmek isteriz. Çalışmaya katılıp katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Hatta kendinize ait bilgilerin kullanılması iznini istediğiniz anda geri çekebilirsiniz. Her durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu değildir.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden istediğiniz anda araştırmadan çıkabilirsiniz. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenizi rica ederiz. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz ve katılmayabilirsiniz. Araştırmaya katılmak konusunda tercih tamamen size aittir, hiçbir zorlama yoktur, tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durumun araştırmacılar ile olan ilişkinize herhangi bir zarar kesinlikle getirmeyeceğini size temin ederiz. Araştırmayla ilgili bir sorunuz olursa hiç çekinmeden araştırmacılarla sorabilirsiniz.

Eğer bu anketi doldurmayı kabul ederseniz sizin için uygun olan cümleleri doğru; sizin görüşlerinizi yansıtmayan cümleleri yanlış olarak işaretleyebilirsiniz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir, çalışmaya katılmanız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Yrd. Doç. Dr Hamza ASLANHAN

Adres: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı / DİYARBAKIR

Tlf: 05547007913 E-mail: haslan21@gmail.com

İmza:

Asist. Dr. Ömer GÖCEN

Adres: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı / DİYARBAKIR

Tlf: 05375137034 E-mail: omergocen65@gmail.com

İmza:

İkinci Bölüm:

Danışmanlığını DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi **Yrd. Doç. Dr. Hamza ASLANHAN**'ın yaptığı, DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi almakta olan **Asist. Dr Ömer GÖCEN**'in **'ASİSTAN HEKİMLERİN DEFANSİF TIP UYGULAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ ve TUTUMLARININ, TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ ve İŞE BAĞLI GERGİNLİK DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ'** isimli uzmanlık tez çalışması hakkında ve neden görüşümün istendiği konusunda bilgilendirildim. Çalışmaya katılıp katılmama ve herhangi bir anda çalışmadan çıkma, hatta katıldıktan sonra bilgilerimin kullanılması iznini istediğim zaman geri çekebilme hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu yüzden herhangi bir ceza veya hak kaybı ile de karşılaşmayacağım bana iletildi.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Ankette kimlik bilgilerimin yer almayacağı ve bilgilerin tamamen gizli kalacağı, bilimsel amaç dışında kullanılmayacağı ve ihtimamla korunacağı bana ayrıntılı şekilde anlatıldı.

Anketi nasıl dolduracağım konusunda da bilgilendirildim. Kendi rızamla, hiç kimsenin etkisi altında kalmadan benim için uygun olan cümleleri doğru; görüşlerimi yansıtmayan cümleleri yanlış olarak işaretleyeceğim. Konu ve anketle ilgili sorum olursa araştırmacılara soracağım.

Katılımcı :

Ad-Soyad:

Telefon:

e-mail:

İmza:

EK-3

Anket No:

DEFANSİF TIP, İŞE BAĞLI GERGINLIK, TÜKENMİŞLİK ÇALIŞMA

S.1. Yaş:

S.2. Cinsiyet 0) Kadın 1) Erkek

S.3. Medeni Durumunuz : 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış 4) Dul

S.4. Çocuğunuz var mı? 0) Hayır 1) Evet (sayısı)

S.5. Kronik bir hastalığınız var mı? 0) Hayır 1) Evet (Tanınız:.....)

S.6. Sigara Kullanıyor musunuz? 0) Hayır 1) Evet 2) Bıraktım

S.7. Alkol Kullanıyor musunuz? 0) Hayır 1) Evet 2) Bıraktım

S.8. Hekim Olarak Çalıştığınız Süreyi Yazınız

S.8i. Kaçınıcı yıl asistanısınız.....

S.9. Hangi bölümde uzmanlık eğitimi alıyorsunuz? :

S. 10. Nöbet tutuyormusunuz? 0) Hayır 1) Evet, ayda ortalama gün

S. 11. Hekimlik mesleğini seçmeniz konusunda ne düşünüyorsunuz?

- 1) Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum
- 2) Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum
- 3) Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum

S.12. Uzmanlık eğitimi alıyor olduğunuz bölüm seçiminiz konusunda ne düşünüyorsunuz?

- 1) Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum
- 2) Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum
- 3) Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum

S.13. Eğer bir seçim yapma şansınız olsa idi ve en başa dönebilseydiniz yine hekimlik mesleğini seçer miydiniz?

- 0) Hayır
- 1) Evet
- 2) Kararsızım

S.14. Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?

- 0) Hayır
- 1) Evet

S.15. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?

- 0) Hayır
- 1) Evet

S.16. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?

- 0) Hayır
- 1) Evet

S.17. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?

- 0) Hayır
- 1) Evet

EK-4

DEFANSİF TIP ANKET FORMU

Aşağıda belirtilen maddelerde yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğunu dikkate alarak işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum	Az katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Çok katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.					
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.					
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 hastalarımın 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 formlarına daha fazla önem veriyorum.					
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 etmeye yöneliyorum.					
14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımın tedirginlik hissediyorum.					

İŞE BAĞLI GERGİNLİK ANKET FORMU

EK-5

Aşağıda belirtilen maddelerde yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğunu dikkate alarak maddenin yanındaki kutucuklardan birini işaretleyiniz.

	Bana hiç uygun değil	Kısmen bana uygun	Büyük ölçüde bana uygun	Tamamıyla bana uygun
1.İşim aile yaşamımı olumsuz yönde etkiler.				
2.İşe ilk girdiğimdeki beklentilerim gerçekleşiyor.				
3.İşimde eskisine göre daha gerginim.				
4.İşime hala eskisi gibi katkıda bulunmaktayım.				
5.İş yerimde fırsat buldukça başkalarından uzaklaşmak için odama kapanırım.				
6.İşimde hak ettiğim takdiri görmediğimi düşünüyorum.				
7. İşim gereği karşılaştığım kişilere tam olarak yardımcı olmadığım zamanlar kendimi suçlu hissediyorum.				
8. İş arkadaşlarım kendilerine düşen görevleri yerine getirir.				
9. İşimde üretkenliğim artmakta.				
10. İşimdeki sorumluluklarım başlangıçta beklediğimden çok daha farklı.				
11. Mesleki alanda bilgi ve becerilerim gelişmekte.				
12. İşimle ilgili olaylar eve gittiğimde bile aklımdan çıkmıyor.				
13. İş yerimde sıklıkla kullanıldığımı hissedirim.				
14. Son zamanlarda evdekilerle tartışmalarım arttı.				
15. Daha çok çalışmama karşın daha az iş yapabiliyorum.				
16. İşe katkıda bulunabilmem için iş arkadaşlarım ve /veya amirlerimin gerekli desteği giderek azalmakta.				
17. İşe sıklıkla geç giderim.				

MASLACH TÜKENMİŞLİK ANKET FORMU

EK-6

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