

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

**ACİL SERVİS ASİSTANLARINDA
MEDİKAL MALPRAKTİS KORKUSU VE
DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ
MESLEKİ İYİLİK HALİ ÜZERİNE ETKİSİ:
BİR ANKET ÇALIŞMASI**

Dr. Ömer Faruk İŞLEYEN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Fatma TORTUM

ERZURUM-2024



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Ömer Faruk İŞLEYEN	Sınav tarihi: 30 / 09 / 2024
Anabilim Dalı : Acil Tıp Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi: Dr. Öğr. Üyesi Fatma TORTUM. – 10.02.2022	
Tezin Konusu ve Başlığı : “Acil Servis Asistanlarında Medikal Malpraktis Korkusu ve Defansif Tıp Uygulamalarının Mesleki İyilik Hali Üzerine Etkisi: Bir Anket Çalışması”	
Belirlenme Tarihi : 21.03.2024	
Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi ☒ Klinik Çalışmalar (X) Prospektif () Retrospektif () Kesitsel ☐ Laboratuvar Çalışmaları () Invitro (Cansız) Çalışmaları () Hayvan Çalışmaları	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR
Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçen tezin, jüri üyelerince “Tıpta Uzmanlık Tezi” olarak; ☒ Kabulüne 1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY’nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine) 2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY’nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişkisinin kesilmesine) ☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR
Başarılı.

IV. JÜRİ ÜYELERİ				
	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR	Acil Tıp	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR	Acil Tıp	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Fatma TORTUM	Acil Tıp	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı	

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLOLAR DİZİNİ	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Sağlık Sistemi Bağlamında Hatalı Tıbbi Uygulama (Tıbbi Malpraktis).....	5
2.2. Tıbbi Malpraktis Kavramının Tarihsel Gelişimi	8
2.3. Hatalı Tıbbi Uygulama Türleri.....	9
2.4. Defansif Tıp ve Tarihsel Gelişimi	12
2.5. Defansif Tıbbın Hekimler Üzerindeki Etkisi	13
2.6. Tükenmişlik Düzeyi ve Analiz Yöntemleri	14
2.7. Defansif Tıp Uygulamasının Sonuçları.....	15
2.8. Çalışmanın Amacı	17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	19
3.1. Araştırma Tasarımı.....	19
3.2. Katılımcılar.....	19
3.3. Veri Toplama Süreci	19
3.4. Çalışmada Kullanılan Ölçekler	20
3.5. İstatistiksel Analizler.....	21
4. BULGULAR	24
4.1. Katılımcılara İlişkin Demografik ve Tanıtıcı Özellikler	24
4.2. Tanımlayıcı İstatistiksel Bulgular	26
4.3. Ölçeklerden Elde Edilen Toplam Puanların Gruplar Arası Fark Analizleri	28
4.4. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri.....	50
4.5. Medikal Malpraktis Korkusu ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkide Defansif Tıp Uygulamaları Tutumunun Aracı Rolüne Yönelik Analizler	55

5. TARTIŞMA	61
KAYNAKLAR	69



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hata Kanıtına Dayalı Sistem ve Hata Kanıtına Dayalı Olmayan Sistemin Karşılaştırılması [22].....	10
Tablo 2. Doktorların Duygusal ve Rasyonel Bakış Açılarında Olumsuz Etkiler Yaratan Unsurlar [22].....	12
Tablo 3. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin dağılım.....	24
Tablo 4. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılım	25
Tablo 5. Katılımcılardan Elde Edilen Verilere İlişkin İstatistiksel Dağılımlar	26
Tablo 6. Katılımcıların Tükenmişlik ve Malpraktis Korku Seviyelerine Göre Dağılım.....	28
Tablo 7. Cinsiyete Göre t-testi Sonuçları	29
Tablo 8. Medeni Duruma Göre t-testi Sonuçları	31
Tablo 9. Yaş Gruplarına Göre T Testi Sonuçları	33
Tablo 10. Çocuğu olma durumuna Göre t-testi Sonuçları.....	35
Tablo 11. Aktif Sigara Kullanma Durumuna Göre t-testi Sonuçları.....	37
Tablo 12. Alkol Kullanma Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	39
Tablo 13. Aktif Antidepresan veya Antipsikotik Kullanımına Göre t-testi Sonuçları.....	41
Tablo 14. Acil Tıp Asistan Doktorlarının Çalıştıkları Sağlık Kurumlarına Göre ANOVA Sonuçları	44
Tablo 15. Katılımcıların Acil Servis Asistanı Olarak Görev Yapma Süresine Göre ANOVA Sonuçları	47
Tablo 16. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi..	51
Tablo 17. Medikal Malpraktis Korku Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi	53
Tablo 18. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi	54
Tablo 19. Ayrışma Bireyleşme ve Psikosomatik Belirtiler Arasındaki İlişkide Duygu Düzenlemenin Aracı Rolü Model Sonuçları	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Medikal Malpraktis Korkusu ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkide Defansif Tıp Uygulamaları Tutumunun Aracı Rolü.....	57
--	----



KISALTMALAR DİZİNİ

AGFI	: Adjusted Goodness of Fit Index (Uyarlanmış Uygunluk İyiliği İndeksi)
ANOVA	: Analysis of Variance (Varyans Analizi)
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uygunluk İndeksi)
CI	: Confidence Interval (Güven Aralığı)
DF	: Degrees of Freedom (Serbestlik Derecesi)
DTUÖ	: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği
F	: F Değeri (ANOVA için)
GFI	: Goodness of Fit Index (Uygunluk İyiliği İndeksi)
IFI	: Incremental Fit Index (Artımsal Uygunluk İndeksi)
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin (Kaiser-Meyer-Olkin Ölçütü)
MMKÖ	: Medikal Malpraktis Korku Ölçeği
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
NFI	: Normed Fit Index (Normlanmış Uygunluk İndeksi)
P	: Probability Value (Olasılık Değeri)
RMR	: Root Mean Square Residual (Karekök Ortalama Kare Artığı)
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşımın Karekök Ortalama Hata Kareleri)
SD	: Standard Deviation (Standart Sapma)
SEM	: Structural Equation Modeling (Yapısal Eşitlik Modeli)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)
TLI	: Tucker-Lewis Index (Tucker-Lewis İndeksi)
α	: Cronbach Alfa (İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı)
χ^2	: Chi-square (Ki-kare)

TEŞEKKÜR

Bu tez boyunca yanımda olan ve bana her konuda destek veren sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatma Tortum’a en içten teşekkürlerimi sunuyorum. İyi ki varsınız hocam, her zaman sabrınızla, içtenliğinizle ve engin bilginizle bana yol gösterdiniz. Zorlandığım anlarda hep yanımdaydınız ve bunu sadece bir akademik rehberlik olarak değil, dostça bir yaklaşım olarak hissettirdiniz. Hayata dair de çok şey öğrettiniz. Sizinle bu süreci paylaşmak benim için büyük bir şanstı.

Sizin desteğinizle eşiğine adım attığım bu uzmanlık adımını daima büyük bir minnetle hatırlayacağım.

Dr. Ömer Faruk İŞLEYEN

ÖZET

Acil Servis Asistanlarında Medikal Malpraktis Korkusu ve Defansif Tıp Uygulamalarının Mesleki İyilik Hali Üzerine Etkisi: Bir Anket Çalışması

Amaç: Çalışmamızın amacı ülkemizde çalışan acil tıp asistanlarının malpraktis korkusu, defansif tıp uygulama eğilimleri ve mesleki tükenmişlikleri arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamız prospektif, kesitsel bir çalışma olarak yapılmıştır. Çalışmamızda Türkiye’de görev yapan acil tıp asistanlarından son 1 yılda aktif adli- idari soruşturma geçirmeyen, çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar değerlendirildi. Katılımcılara sosyodemografik verilerini ve malpraktis korku ölçeği, Maslack tükenmişlik ölçeği ve defansif tıp uygulaması ölçeğini içeren anketler elektronik yolla ulaştırıldı. Elde edilen veriler elektronik ortama aktarıldı ve SPSS 20 paket programı ile istatistiksel analizi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 309 acil tıp asistanı dahil edildi. Bunlardan %40.1’i kadınlardan oluşmakta idi. Katılımcıların %60.8’i 20-29 yaş aralığında idi. Katılımcıların ortalama medikal malpraktis skoru 25.35 (yüksek korku düzeyi) idi. Katılımcıların duygusal tükenmişlik skoru 21.30 (orta düzeyde), duyarsızlaşma skoru 10.52 (orta düzeyde), kişisel başarısızlık skoru 12.95 (düşük) olarak gözlemlendi. Katılımcıların malpraktis korku durumları ile mesleki tükenmişlik durumları ve defansif tıp uygulama eğilimleri arasında pozitif bir ilişki gözlemlendi. Ancak defansif tıp uygulama eğilimleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında negatif bir ilişki gözlemlendi.

Sonuç: Günümüz koşullarında acil tıp asistanları malpraktis korkusu nedeni ile mesleki tükenmişliğe doğru itilirken geliştirdikleri defansif tıp uygulama eğilimleri ile tükenmişliklerini azaltmaya çalışmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Medikal malpraktis, Malpraktis korku ölçeği, defansif tıp uygulamaları ölçeği, Maslach mesleki tükenmişlik ölçeği, acil tıp

ABSTRACT

Fear of Medical Malpractice and the Effect of Defensive Medicine Practices on Professional Well-Being in Emergency Department Residents: A Survey Study

Aim: The present study aimed to investigate the relationship between malpractice fear, defensive medicine practice tendencies, and professional burnout among emergency medicine residents in our country.

Material and methods: This research employed a prospective cross-sectional design. The study evaluated emergency medicine residents working in Turkey who met the following criteria: no active legal-administrative investigations in the previous year, and voluntary participation. Participants comprising sociodemographic data, the malpractice fear scale, the Maslach burnout scale, and the defensive medicine practice scale were electronically distributed to participants. The collected data were transferred to an electronic format, and statistical analysis was conducted using the SPSS 20 package program.

Results: This study encompassed 309 emergency medicine residents, of whom 40.1% were female. Among the participants, 60.8% were between the ages of 20-29. The mean medical malpractice score of the participants was 25.35 (high fear). The emotional exhaustion score of the participants was 21.30 (moderate level), the depersonalization score was 10.52 (moderate level), and the personal accomplishment score was 12.95 (low). A positive correlation was observed between the participants' fear of malpractice and their professional burnout and defensive medicine practice tendencies. However, a negative correlation was observed between defensive medicine practice tendencies and burnout.

Conclusion: In contemporary circumstances, emergency medicine residents are experiencing professional burnout due to their fear of malpractice, and they are attempting to mitigate their burnout through the defensive medicine practice tendencies they have developed.

Keywords: Medical malpractice, Malpractice fear scale, defensive medical practices scale, Maslach occupational burnout scale, emergency medicine

1. GİRİŞ

Tıbbi hatalar ve malpraktis, modern tıbbın başlangıcından bu yana sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihi, Osmanlı İmparatorluğu'ndan günümüze kadar uzun ve dönüşümlü bir geçmişe sahiptir. Özellikle son yirmi yılda, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gelen yenilikler, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve kalitesini önemli ölçüde artırmıştır. Ancak bu hızlı gelişim, aynı zamanda hekimlerin karşılaştığı mesleki riskleri ve toplumun beklentilerini de yükseltmiştir. Yükselen beklentiler ve risk algısı, tıbbi karar verme süreçlerinde belirgin bir değişime yol açmış, bu da Türkiye'de defansif tıp uygulamalarının ve malpraktis korkusunun artmasına neden olmuştur. Bu çalışma, sağlık hizmetlerinin bu tarihsel gelişimini ve malpraktis ile defansif tıbbın günümüzdeki uygulamalarına etkilerini inceleyerek, bu fenomenlerin Türkiye'deki özgül koşullar altında nasıl şekillendiğini anlamayı amaçlamaktadır.

Malpraktis; latince "male" ve "praxis" sözcüklerinden köken almış olup, "kötü, hatalı uygulama" anlamına gelmektedir. Bir meslek mensubunun mesleğini yerine getirdiği esnada ortaya çıkan hatalı, kusurlu hareketleri olarak da kullanılmaktadır. Genel tanımlama ile tıbbi malpraktis; hekimin, hastanın tedavisini yerine getirirken hata, ihmal, bilgi ve beceri eksikliği sebebiyle tıbbi standardın altında kalan uygulaması neticesinde başarılı olamaması ve hastaya zarar vermesi olarak tanımlanabilmektedir. Malpraktis sonucunda, kalıcı sakatlıktan ölüme kadar gidebilen ve telafisi mümkün olmayan zararların yanında hasta ve yakınları üzerinde kısa ve uzun vadeli olumsuzluklar oluşabilmektedir [1]. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan iki büyük araştırmaya göre, önlenabilir tıbbi hatalar nedeniyle hastanelerde yılda ortalama 44.000 ila 98.000 kişinin hayatını kaybettiği belirtilmektedir. ABD'nin önlenabilir tıbbi hatalardan kaynaklanan ulusal kaybının yaklaşık 17 ile 29 milyar dolar arasında olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca tıbbi hatalar nedeniyle ölen kişi sayısının, trafik kazaları nedeniyle ölen kişi sayısından daha fazla olduğu belirtilmiştir [2]. Tıbbi hataları azaltmak için hem organizasyonel hem de bireysel olarak birçok girişimde bulunmaktadır. Bu girişimlerin önemli bir kısmını hekimlerin tıbbi hata yapmalarını önlemek için uygulamaya konulan yasal düzenlemeler oluşturmaktadır. Hasta ve hasta yakınları, kendilerine yapılan tıbbi

başvurularda tıbbi hata olduğunu düşündükleri durumlarda hukuki yollara başvurarak malpraktis davası açabilirler. Özellikle son yıllarda malpraktis davalarının sayısında önemli bir artış yaşanmaktadır [3]. Kabul edilen ya da ceza ile sonuçlanan dava sayısı az olmasına ve çoğu davanın hekim lehine sonuçlanmasına rağmen, artan malpraktis şikayetleri ve davaları hekimler üzerinde korku yaratmakta ve hekimlerin karar verme süreçlerini ve tutumlarını etkilemektedir. Hekimlerin bu tür olası malpraktis davası riski nedeniyle algıladıkları korkuya malpraktis korkusu denilebilir. İnsanoğlunun en temel duygularından biri olan korku, bireylerin çevresini algılamasıyla ortaya çıkan bir savunma mekanizmasıdır [3].

Defansif tıp; genel olarak tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için tıbbi uygulama standartlarından sapma olarak tanımlanır [4]. Başka bir tanımdaysa defansif tıp kavramı “Hekimin, hastasının tanı ve tedavisi amacıyla değil de, daha çok hastaları tarafından şikayet ve dava edilmekten korunmak amacıyla başvurduğu tanı testleri, prosedürler ve tedavilerdir” şeklinde geçmektedir [5]. Defansif tıp uygulamaları, ABD’de yıllardır üzerinde çalışılan ve tartışılan bir meseledir. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise henüz üzerinde durulmamış bir konudur. Türkiye’de 2010’lu yıllardan itibaren gündeme gelmeye başlamıştır. Fakat bu konuyu ayrıntılı ve tüm yönleri ile inceleyen çalışmalar maalesef azınlıkta kalmaktadır.

Defansif tıp, literatür incelemelerine göre özellikle gelişmiş ülkelerin ya da sağlık sistemi gelişmiş ülkelerin bir sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde de sağlık sisteminin sağlıkta dönüşüm projesi ile yaşanan hasta merkezli yaklaşım değişikliği, yapılan yeni hastaneler ve yatırımlar, tıbbi alanda meydana gelen hızlı teknolojik ilerlemeler; hasta beklentilerini artırmış ve talep patlaması ile karşılaşmıştır. Fakat sağlık hizmetlerine kolay ulaşmanın, sağlıklı olmayla karıştırılması nedeniyle beklentileri karşılanmayan ve haklarını arayamaya meyilli hastalar; malpraktis dava sayılarında artışlara neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü ülkelere hasta hakları bakımından zorunlu kıldığı uygulamalarla; hastaların sadece, Sağlık Bakanlığı’nın çeşitli şikayet başvuru yollarını kullanarak sağlık çalışanları hakkında dava açabilmesinin önünü açmıştır. Bu durum hekimlerde haklarında dava açılması kaygısı geliştirmiş ve önce zarar verme ilkesinden, önce kendine zarar verme anlayışına geçmelerine neden olmuştur. Gün geçtikçe tıp standartlarından saparak,

hastaların isteklerini teşhis ve tedavi sürecine daha fazla katarak, hekimlik uygulamalarında kendi güvenliklerini öncelikli tutmaya başlamışlardır. Bu nedenle defansif tıbbın gelişmesi yaşanan bu sürecin doğal bir sonucudur diyebiliriz [6, 7].

Son yıllarda hakkında yapılan araştırmaların artması ile daha dikkat çekici bir konu haline gelmiş olan tükenmişlik sendromu ve doktor tükenmişliği tüm dünyada olumsuz etkileri olan ve engellenmesi gereken bir problem haline gelmiştir. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik kavramını ilk ortaya atan 1974 yılında psikolog Herbert Freudenberger olmuştur. Freudenberger bu kavramı, kliniklerde hastalara hizmet vermekte olan personellerin yaptıkları iş nedeniyle yaşadıkları fiziksel, duygusal ve psikolojik stres neticesinde ortaya çıkmış olan yorgunluk, bıkkınlık ve iş bırakma düşüncesini tanımlamak için ortaya atmıştır [8]. Günümüzde yaygın kabul gören tanımı ise Christina Maslach yapmıştır. Maslach'a göre tükenmişlik sendromu : "İşi 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 yansıması ile oluşan bir sendromdur" [9]. Son yirmi yıldır tükenmişlik araştırmaları yapan çalışmacıların, Freudenberger ve Maslach'ın öncü yayınlarına bağlı olarak ortaya çıkan Maslach Tükenmişlik Ölçeği gibi analizleri kullandığı görülmektedir. Sırasıyla duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarının değerlendirildiği bu ölçeklerde bir dizi ögenin faktör analizi yapılarak tümevarımsal çıkarımlarda bulunmaktadır [10].

Tükenmişlik sendromu zamanla ortaya çıkan bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç kısaca ifade edilirse, iş kaynaklı taleplerle başa çıkma çabaları duygusal tükenmeye yol açar. Duygusal tükenme ise duyarsızlaşma için bir kolaylaştırıcı olarak çalışır. Sonuç olarak bu iki faktör bireyde başarı hissinin azalmasına neden olur. Başarı hissinde azalma ise tıpkı bir kısır döngü gibi duygusal tükenmeyi artırır. Bu sebeptendir ki yapılan çalışmalarda duygusal tükenme alt ölçeğinden yüksek puanlar almış katılımcılarda henüz duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma hissi ortaya çıkmamış olup bu ölçeklerde tükenmişlik düşük görülebilir [11].

Türkiye'de sağlık hizmetleri, son on yıllarda hızla değişen tıbbi teknoloji ve artan hasta beklentileriyle birlikte dönüşüm geçirmiştir. Bu dönüşüm, hem tıbbi uygulamaları hem de hekimlerin mesleki karar verme süreçlerini şekillendiren yeni zorlukları beraberinde getirmiştir. Bu çalışma, bu zorlukların acil tıp asistanları üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle çalışmamızda acil tıp asistanlarının mesleki tükenmişlik durumları, malpraktis korkusu ve defansif tıp uygulamalarına eğilimleri anlaşılmaya ve açıklanmaya çalışılacaktır. Bu çalışma; tıp eğitimi, politika oluşturma ve hastalarla etkileşimde bulunan diğer alanlarda kullanılabilecek bilgiler sağlamayı amaçlamaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

Sağlık sistemleri, mevcut tüm ilişkilerin genel yönetim çerçevesini karakterize eden bir dizi unsurdan oluşmaktadır. Bir sağlık sisteminde, ilişkilerini düzenleyen hak ve yükümlülüklerden etkilenen iki ana aktör vardır: Doktor ve hasta. Doktorlar, tıp eğitimini tamamlayarak edindikleri beceri ve yeteneklere dayanarak, doktor/uzman unvanını, edindikleri becerilerin sınırları dahilinde bilgi sağlama ve iletme hakkını ve yeteneğini elde etmektedir [12]. Bu tür bilgilerin niceliği, niteliği ve doğruluğu, bir doktorun sürekli gelişim ve öğrenme ihtiyacının farkında olma düzeyiyle doğru orantılıdır ve bu süreç her doktorun mesleki yolunu yönlendirmelidir [13]. Tamamlanması gereken karmaşık eğitime rağmen, tıbbi faaliyetler de, diğer herhangi bir faaliyet türü gibi, tıbbi personelin farklı deneyimleri ışığında mesleki geleceklerini etkileyen mesleki hatalara açıktır [14].

2.1. Sağlık Sistemi Bağlamında Hatalı Tıbbi Uygulama (Tıbbi Malpraktis)

Mesleki tıbbi faaliyet, üretebileceği muhteşem sonuçlar nedeniyle özeldir. Doktorların bazen eski tanrılarla ilişkilendirilmesi, rasyonel karar verme ve duygular arasında bir simbiyoz yaratmaktadır. Bu durum, tıbbi bilginin uygulanmasının katılığını ve doğruluğunu, ayrıca hastalarla etkili bir şekilde ilişki kurma yeteneğini etkilemektedir. Doktor-hasta ilişkisinin uyumu, doğru seyri bozabilecek ve ilgili katılımcılar için bir dizi hasara yol açabilecek çok sayıda etkiye ve faktöre karşı oldukça hassastır.

Hekimlik, derinlemesine eğitim ve yüksek seviyede uzmanlık gerektiren, hizmete dayalı ve katı kurallarla belirlenmiş, karmaşık bir meslektir. Bu mesleğin içerdiği risklerin en önemli sebebi, özellikle medikal müdahaleler sırasında insanların en temel hakkı olan yaşama hakkına etki edebilme potansiyeline sahip olunmasıdır [11].

Malpraktis, bir meslek uzmanının, mesleki faaliyetlerini toplumda kabul görmüş, bilgi ve beceri bakımından ortalama bir meslek mensubunun tüm koşullarda

göstermesi beklenen özeni göstermeksizin görevini yerine getirmesi ve bu yüzden hizmet alan kişiye zarar vermesi durumu olarak açıklanabilir [11].

Malpraktis terimi, Latince "Male" (yanlış) ve "Praxis" (uygulama) kelimelerinin birleşiminden türetilmiş olup "yanlış veya hatalı uygulama" anlamını taşımaktadır. Bu kavram, sıklıkla tıp sektöründe karşımıza çıksa da ve adeta tıp mesleğinin bir parçası gibi algılansa da, malpraktis yalnızca tıp alanıyla sınırlı değildir. Mühendislik, mimarlık, hukuk gibi çeşitli meslek dallarında da malpraktis vakaları görülebilir [11].

“İnsan hayatı ve sağlığı” için olan yüce toplumsal değerlerden başlayarak, Roma yasaları gibi uluslararası düzenlemeler hastalar için garanti edilen yasal faydalarla tutarlı olarak doktorların mesleki davranışlarını yönetmek için belirli araçlar oluşturmuştur [11]. Yasanın katı kuralları uyarınca, doktorlar tıbbi faaliyetler sırasında yapılan mesleki hatalardan sorumludur. Bir kişiye zarar veren mesleki hatalar, doktorları yasal sorumluluğa tabi tutmaktadır. Tıp mesleğinin doğası gereği, Roma hukuku, bir doktorun eyleminin amacı ve niyetinin, hastanın belirli bir tıbbi sorununu çözmesine destek olmak ve yardımcı olmak olduğu varsayımından hareketle, doktorları ve yaralı hastaları korumak açısından oluşturulmuştur [15].

Doktor-hasta ilişkisi içinde tıbbi faaliyetlerin uygulanması sırasında işlenen mesleki hatalar, mekaniğin üçüncü ilkesi olan “Etki ve Tepki İlkesi” uygulanarak ele alınabilir; yani bir cisim diğer bir cisim üzerine bir kuvvetle (etki kuvveti) etki ettiğinde, ikinci cisim de birinci cisim üzerinde aynı büyüklükte ancak zıt yönde bir kuvvetle (tepki kuvveti) etki eder. Bu iki “cisim” doktor ve hasta olarak ele alındığında, doktorun mesleki bir hata yaptığı eylem (etki kuvveti) hastanın tepki kuvvetini doğurmaktadır. Sonuç olarak hasta hasarı belirler, tepki kuvveti hastanın geri savaşıma ve mahkemede yasal sorumluluk arama veya hasar için tazminat alma kararına eşittir.

Yasanın gerektirdiği koşullar karşılanırsa (yasadışı eylem, zarar, nedensel bağ veya suçluluk), mahkeme malpraktis eyleminin varlığını tespit eder ve yaralanan hastaya tazminat öder [11]. Ancak yasa, mesleki malpraktis hukuki sorumluluk

sigortası aracılığıyla hem hatalı davranan hekime hem de yaralanan hastaya talep edilen tazminatı ödemede yardımcı olmak için yeni bir aktör olarak sigortacıyı devreye sokmaktadır. Tıbbi malpraktis durumlarında, sigortacı tıbbi hata nedeniyle hastaya verilen zararı karşılamaktadır ve mahkeme kararıyla belirlenen zararları ödemektedir. Bu durumun bir istisnası, tıbbi etikle ilgili geçerli mevzuata uyulmaması ile karakterize edilen etik hatanın meydana gelmesidir (örneğin; bilgilendirilmiş onam eksikliği, gizlilik ihlali, yetkinlik sınırlarının aşılması, tıbbi hizmetlere erişimin sınırlandırılması). Bu gibi durumlarda sigorta sözleşmesinin koruma mekanizması çalışmaz ve tazminat ödemesi doktor tarafından yapılmaktadır [11].

Doktorların, hastalara zarar veren eylemleri sebebiyle yargı önünde sorumlu tutulma düşüncesi, eski Roma ve İngiltere yasalarına kadar uzanmaktadır. Milattan Önce 1754 yılında yazılmış Hammurabi Yasaları'nda, doktorların tedavi esnasında oluşan zararlar nedeniyle karşılaştıkları katı cezai yaptırımlar tanımlanmıştır. Buna göre “Doktor, bir beyefendiyi bronz bir neşterle tedavi etmiş ve beyefendinin ölmesine neden olmuşsa veya gözde bir apse açmışsa” ifadesinin yer aldığı yasalarda, bu tıbbi hata nedeniyle hekimin ellerinin kesilmesi emredilmektedir [16].

Roma hukukuna göre tıbbi uygulama hatası kabul edilebilir bir yanlıştır. MS 1200 civarında roma hukuku genişletilip kıta Avrupa'sına tanıtılmıştır. 1066'daki Norman fethinden sonra İngiliz ortak hukuku geliştirilmiştir ve 12. Yüzyılın sonunda Richard Coeur de Lion'un hükümdarlığı sırasında kayıtlar Common Law Mahkemesi'nde ve Plea Rolls'da tutulmuştur. Bu kayıtlar, modern zamanlara kadar kesintisiz bir tıbbi uygulama hatası kararları dizisi sunmaktadır. Örneğin, 1374 yılında İngiltere'de gerçekleşen Stratton v. Swanlond davası, tıbbi hataların yargı önünde tartışıldığı ilk vakalardan biridir. Bu dava, cerrah Stratton ve eli yaralanan hastası Swanlond arasındaki anlaşmayı incelemektedir. Stratton, hastasının elini iyileştireceği sözü üzerine bir ücret kabul etmiştir. Ancak tedavi sonrası, hastanın elinde iyileşmeyen ve şiddetli deformasyonlar meydana gelmiştir. Hastanın ve onun eşinin, cerrahın anlaşmaya sadık kalmadığına dair şikayeti üzerine, Yargıç John Cavendish kendi görüşünü açıklamıştır; bir doktor, yalnızca kendi kusurundan kaynaklanan zararlar için sorumlu tutulabilir ve eğer tedavi sırasında gereken özen gösterilmiş ancak başarılı bir sonuç alınamamışsa, doktorun sorumluluğu bulunmamaktadır. Bu dava, tıbbi

malpraktis ve doktorun yükümlülükleri ile ilgili temel ilkeleri belirleyen bir dönüm noktası olmuştur. Buna ek olarak yine İngiltere’de 1532 yılında “sağlıksız ilaç” kullanımı ile suçlanan doktora karşı tazminat davası açılmıştır [11].

2.2. Tıbbi Malpraktis Kavramının Tarihsel Gelişimi

Tıbbi malpraktis, yazılı tarihin başlangıcı kadar köklü bir geçmişe sahiptir ve ilk olarak Hipokrat Andı ve Hammurabi Kanunları’nda ortaya çıkar. Antik Yunan’da, Hipokrat’ın hekimlik üzerine koyduğu sorumluluk ilkeleri ile tıbbi davranış kurallarının ihlali kusur sayılmıştır. Hammurabi Kanunları, hekim hatalarına ilişkin cezaları ilk defa tanımlamış, burada cezalar, doktorun hatasının niteliğinden bağımsız olarak, hastada görülen sonuçlara göre belirlenmiştir [17]. Eski Mısır’da, Antik Yunan’da olduğu gibi, o döneme ait tıbbi standartlara uygun davranış beklenmiştir; standartlara uygun hareket eden doktorlar herhangi bir tedavi hatasında sorumlu tutulmazken, bu kurallara aykırı hareket edenler sorumluluk alıp cezalandırılmıştır [18]. Eski Hindistan’da, Zoraste Kanunu ile ilk defa bir doktorun mesleki faaliyetlerini yeterince iyi yerine getirip getirmediği ve sorumluluğu olup olmadığı bir jüri tarafından değerlendirilmeye alınmıştır. Antik Roma’da, On İki Levha Kanunları ile doktorların ihmal ve deneyimsizliklerinden ötürü sorumlu olacakları ifade edilmiş ve Lex Aquila kanunuyla deneyimsizlik, ihmal ve bilgisizlik gibi durumlar ağır kusur olarak tanımlanmıştır. Daha sonra, Jüstinyen kanunlarında hukuki ve cezai sorumluluklar arasında ayırım yapılmıştır. Roma hukukundan gelen bu ilkeler, Avrupa’da uzun yıllar boyunca tıbbi sorumluluğun temelini oluşturmuştur [17]. 1532 yılında Kutsal Roma Germen İmparatoru V. Karl’ın talimatıyla hazırlanan Karolin Kanunları’nda (Constitutio Criminalis Carolina), ihmal, nedensellik ve bilirkişi incelemesi gibi konuları içeren tıbbi malpraktis ile ilgili özel bir bölüm yer alıyordu. Bu düzenlemeler, adli tıp alanının ceza hukuku ve yargı sistemi içerisine entegrasyonu açısından büyük bir önem arz ediyordu [19].

Ünlü İtalyan hekim ve adli bilim insanı Paolo Zacchia’nın 1621–1635 yılları arasında kaleme aldığı “Quaestiones Medico-Legales (Adli Tıbbi Sorular)” adlı eserinde, modern tıbbın ve tanı metodlarının evrimiyle birlikte ortaya çıkan ihmal hatalarına dikkat çekilmiştir. Zacchia, "Hastaya zarar vermek, sadece yanlış bir

eylemde bulunmakla değil, yapılması gereken doğru işlemin yapılmamasıyla da gerçekleşebilir" şeklinde bir görüş belirterek, yüzyıllar öncesinden bu konuya vurgu yapmıştır [19]. Uzun süre boyunca, doktorun hatalarının değerlendirilmesi, davacının maruz kaldığı sonuçlar üzerinden yapılmaya devam etmiştir; fakat zamanla bu yaklaşım değişikliğe uğramıştır. 1602 yılında Fransa'nın Bordeaux Mahkemesi tarafından alınan bir kararda, doktorun hatasıyla ilişkili olmayan sonuçlardan ötürü sorumlu tutulamayacağı ifade edilmiş, 1926'da ise Paris Mahkemesi'nde verilen bir kararla, doktorun ancak bilgisizlik ve deneyimsizlik gibi nedenlerle sorumlu tutulabileceği, bu tür bir sorumluluğun ancak deneyimsizlik, bilgisizlik, beceriksizlik ve ihmalin belirlenmesiyle mümkün olabileceği bir prensip olarak kabul edilmiştir [19]. İngiltere, ABD ve diğer bazı eski İngiliz kolonilerinde geçerli olan ortak hukuk (common law) sisteminde, tıbbi hata ve kusur konuları ilk olarak 1374 yılında Stratton v. Swanlond davasıyla ele alınmıştır. Bu davada, bir hastanın yakınları, doktorun anlaşmayı ihlal ettiğini öne sürerek dava açmıştır. Mahkemenin kararına göre, eğer doktor kendi kusuru nedeniyle hastaya zarar vermişse sorumluluk altına girer, ancak mesleki görevlerini dikkatli bir şekilde yerine getirmiş olmasına karşın tedavide başarısız olmuşsa sorumlu tutulamaz. Bu karar, doktorların sorumluluğunu ve tıbbi malpraktis hakkındaki kriterleri belirleyen bir dönüm noktası olarak ortak hukukta önemli bir yere sahiptir [20]. Sir William Blackstone'un modern malpraktis üzerine yaptığı yorumlar, ortak hukuk sistemi üzerinde derin izler bırakmış ve günümüze kadar süregelen malpraktis kavramının temellerini atmıştır [21].

2.3. Hatalı Tıbbi Uygulama Türleri

Tıbbi uygulama hatalarını ele alırken özellik ve işlevsellik açısından hata kanıtına dayalı sistem ve hata kanıtına dayalı olmayan sistem olmak üzere iki tür sağlık sistemi ile tanımlamak mümkündür [22] (Tablo 1).

Tablo 1. Hata Kanıtına Dayalı Sistem ve Hata Kanıtına Dayalı Olmayan Sistemin Karşılaştırılması [22]

Hata Kanıtına Dayalı Sistem	Hata Kanıtına Dayalı Olmayan Sistem
Sistem dünyanın birçok ülkesinde uygulanmıştır (ABD, AB üye ülkeleri, Romanya)	Karma sistem (İsveç'te 1975'ten bu yana, Fransa'da 2002'den bu yana uygulanan sistem)
Sistem hata ve kanıt arayışına odaklanmaktadır.	Hastanın tazminat alabilmesi için hatayı kanıtlamak gerekli değildir.
Eylem-zarar-suçluluk arasındaki nedenselliğe odaklanmıştır.	Sistem hastanın doğrudan memnuniyetine odaklanmıştır.
Yargısal bir prosedür vardır, çatışma karakteri hakimdir.	Yargısal olmayan, idari prosedürler ile uzlaşma vardır.
Yüksek prosedürel maliyet	Düşük prosedürel maliyet
Uzun uzlaşma süreleri	Hızlı çözüm

Bir sistem çeşidinin diğerine tercih edilmesi, tıbbi uygulama hatası çatışmalarının tutumu ve yönetimi açısından uygulanan finansal stratejiyi ve ilişkisel yönetimi yansıtmaktadır [22]. Bu değerlendirmeler, uygulama hatası vakalarının sayısı, zaman içindeki evrimleri ve ilişkili maliyetler üzerine yapılan çalışmalar perspektifinden analiz edilmektedir. Tıbbi uygulama hatası olgusu, tıbbi bir eylemden muhtemelen zarar görmüş hasta sayısında sürekli bir artış olduğunda, bir toplumun sağlık alanındaki hata algısını büyük ölçüde yeniden yapılandırmaktadır.

İngiltere'de tıbbi uygulama hatası iddialarının sayısında 2006 yılından 2022 yılına %177'lik artış yaşandığı bildirilmiştir [11]. Yine Japonya'da mahkemeye iletilen tıbbi uygulama hatası davaları 1980'lerde 400'lerde iken 2004'te 1110'a yükselmiştir [18]. Amerikan Tabipler Birliği'ne göre son 20 yılda tıbbi uygulama dava sayısının biraz azaldığı, bunun da malpraktis iddiaları sonucunda hastalara yapılan büyük ödemeler nedeniyle olduğu rapor edilmiştir [11]. ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı tarafından yönetilen ulusal Uygulayıcı Veritabanı 1991 ile 2017 yılları arasında mahkeme emriyle yapılan ödemeler ve mahkeme dışı uzlaşmalar ile ilgili 2019 yılında bir rapor yayınlamıştır. Buna göre kaydedilen dava sayısında azalma gözlenirken ortalama ödemede sürekli bir artış gözlenmiştir [11]. Harvard

tarafından 2008’de yapılan bir çalışmada da, ABD’de tıbbi malpraktis ile ilişkili yıllık maliyetlerin 55,6 milyar dolar olduğu ve bunun toplam ulusal sağlık harcamalarının %2,4’üne denk geldiği bildirilmiştir [23]. Yine İtalya’da malpraktis nedeniyle hukuki sorumlulukla ilgili yargıya sunulan dosyaların, tüm ulusal anlaşmazlıkların %20’sini oluşturduğunu ve yıllık ödemenin oldukça fazla olduğu saptanmıştır [20]. Buna karşılık hastaları tatmin etmek için yargı dışı prosedürlerin kullanıldığı arabuluculuk sisteminde mahkemelere çok az sayıda dosyanın intikal ettiği bildirilmiştir. Hatasız sorumluluk sistemini benimseyen İsveç’te hastaların tazminat taleplerinin %90’ından fazlası Hasta sigorta Derneği aracılığıyla yargı dışı yöntemlerle işlenmektedir. Bu vakaların yalnızca %45’i tazminat açısından olumlu sonuç elde ederken mahkemeye dosyanın gitme oranı da %0,1’de kalmıştır [24].

2002 yılından beri Fransa’da uygulanan karma sistemde, hastaların, Ulusal Terapötik Kaza Tazminatı Ofisi (ONIAM) aracılığıyla, oluşan hasarın kapsamını belirleyen Bölgesel Uzlaştırma ve Tazminat Komisyonu'na başvurma hakkına sahip olduğu dayanışma ilkesine dayanmaktadır [25]. Bir hasta ONIAM'ın kararından memnun değilse, hastanın mahkemeye gitme hakkı vardır. ONIAM'ın 2021 faaliyet raporu, kararların %96'sının hastalar tarafından kabul edildiğini, yani hastaların yalnızca %4'ünün mahkemelerden uyuşmazlıkları çözmesini istediğini göstermiştir. Ayrıca vaka başına ödenen tazminat giderlerinin, ABD'dekinin neredeyse yarısı olduğu dikkat çekilmesi gereken bir veridir [11].

Tedavinin uygulanmasında olası bir hata nedeniyle hekimlerin hukuki sorumluluğuna ilişkin açılan davaların sayısının katlanarak artması ve iddia edilen zararların karşılanması için katlanılan yüksek maliyetler, tıp camiasında giderek yaygınlaşan bir olgunun, yani defansif tıp uygulamasının temelini oluşturmaktadır. Muhtemel bir malpraktis eylemi nedeniyle zarar gördüğünü iddia eden hastanın doktoruna karşı külfetli şikayetlerde bulunma eğiliminin artması, hata kanıtına dayalı sistemi benimsemiş devletlerde çalışan hekimler üzerinde baskı oluşturmaktadır. Doktorların mesleki yaşamları üzerinde oluşan bu baskı, bir malpraktis suçlaması olasılığı nedeniyle doktorların hastalarla ilişkilerinde korku ve gerginlik yaratmaktadır. Tıbbi malpraktis suçlamalarındaki bu artış, hekimlerin duygusal ve

rasyonel bakış açılarının olumsuz etkilenmesine ve defansif tıp uygulama olgusunun tetiklenmesine sebep olmaktadır [22] (Tablo 2).

Tablo 2. Doktorların Duygusal ve Rasyonel Bakış Açılarında Olumsuz Etkiler Yaratın Unsurlar [22]

Rasyonel Etki	Duygusal Etki
Tıbbi hata yapmamak	Medya haberlerinin spekülasyonlarının konusu olmamak
Dava edilmemek	Mesleki ve kişisel imaj-itibarı zedelememek
Malpraktis vakasına karışmamak	Mesleki açıdan ayrımcılığa uğramamak
Mevcut işini kaybetmemek	Yaşam kalitesini etkilememek (fiziksel ve mental)
Kaynakları (zaman, hasta, para vb.) etkilememek	Hasta portföyünü kaybetmemek

2.4. Defansif Tıp ve Tarihsel Gelişimi

Defansif tıbbi uygulama, hekimleri olumsuz sonuçlara karşı korumak için klinik eylemlerle ilgili belirli davranışlar kümesini içermektedir [26]. Ayrıca defansif tıp, geçerli öneriler ve uzman kılavuzları tarafından sağlanan zorunlu beklentileri göz ardı ederek hekimler tarafından alınan bir dizi tıbbi eylem olarak da tanımlanabilir. Bu eylemler, doktorları mesleki ihmalkarlık şikayetlerine, hasta ve yakınları tarafından olası malpraktis suçlamalarına karşı korumak için bir kalkan görevi görmeyi amaçlamaktadır [26, 27].

Tarihsel olarak ilk “defansif tıp” terimi 1970’lerin başında Amerikan Tabipler Birliği genel danışmanının kamuya açık konuşmasında kullanılmıştır. Genel Konsey 1974 yılında defansif tıba olumlu bir yaklaşım geliştirerek tıp uygulayıcılarını olası malpraktis suçlamaları nedeniyle maruz kalabilecekleri riskleri azaltmaya çağırmıştır. Öneriler doktorlar tarafından benimsenebilecek iki tür pozisyonu kapsamaktaydı:

“Ameliyat yapmayın, ilaç yazmayın veya vermeyin, hastaya dokunmayın, hiçbir manipölasyon yapmayın” veya “Defansif tıbbi bir şekilde uygulayın” [28].

Başlarda defansif tıp uygulaması olgusu daha çok mesleğin içsel bir ihtiyacı olarak sunulmuştur. Hastaları yararına ek testler önermek ile doktor-hasta ilişkisi sırasında herhangi bir aşamada gereksiz veya yararsız testler yapmak yer almamakta idi. Zamanla tıbbi topluluklar üzerinde defansif tıbbi tetikleyen işlevler ve unsurlar üzerine yapılan çalışmalar literatürde değişikliğe neden olmuştur. Yani, bir doktorun olası bir malpraktis suçlaması riskini azaltmak için aşırı tıbbi faaliyetler yürütmesi veya doktorun yapması gerekeni yapmaması, böylece doktorun mesleki ve kişisel hayatı, fiziksel sağlığı veya ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratması defansif tıp konuları arasında alınmasına neden olmuştur. Literatür defansif tıp uygulamalarını pozitif ve negatif defansif tıp olarak ikiye ayırmaktadır:

Pozitif defansif uygulama; bir hekimin gereksiz ve tekrarlayan ek testler/prosedürler reçete etme ve önerme eylemiyle hastalık riskinin çok düşük olduğu ve testin doğru tanıya katkıda bulunmadığı durumlarda test önermesiyle, bir hastayı bir konsültasyon için başka bir uzman doktora göndermesiyle veya bir malpraktis suçlamasından kaçınmak için tedaviyi gerekçesiz ve gereksiz yere karmaşılaştırmasıyla karakterize edilmektedir [29]. Negatif defansif tıp uygulamaları ise, hekimin veya cerrahın yüksek riskli hastalarla ilgilenmeme veya riskli prosedürler uygulamama tutumudur ve bir kaçınma pozisyonu olarak tanımlanmaktadır [4].

2.5. Defansif Tıbbın Hekimler Üzerindeki Etkisi

Doktorların defansif davranışını tetikleyen ana faktör, malpraktis şikayetlerinin sayısındaki sürekli artış ve hastalara maddi ve manevi zararlar için giderek daha büyük miktarlarda ödeme yapılmasıdır. Bu, hekimler için klinik-yargısal sendroma neden olan derin bir korku duygusu oluşturabilir [26].

Klinik yargısal sendrom ilk kez 1993 yılında Dr. Elias Hurtado-Hoyo tarafından tanımlanmıştır ve bir hekimin davaya dahil olması durumunda faaliyetlerini önemli ölçüde etkilediğini bildirmiştir [30]. Her hekimin kişisel özellikleri göz önünde

bulundurulduğunda, bu sendrom yargısal/yargı dışı bir prosedürün başlatılması sırasında, davanın çözüme kavuşturulması aşamasında (arabuluculuk, mahkeme işlemlerinin başlatılması, tarafların ve tanıkların dinlenmesi, kararın tebliği, karara itiraz vb.) ve/veya prosedürün tamamlanmasından sonra (örneğin mahkeme kararının infazı) ortaya çıkabilir. Klinik-yargısal sendrom, bir hekimde astım, baş ağrısı, ishal, immüno depresyon, anksiyete, paranoya, cinsel işlev bozukluğu, izolasyon, uyuşturucu ve alkol kullanımı ve uykusuzluk gibi bir dizi davranışsal, fiziksel ve zihinsel değişikliği içermektedir [31]. Literatürde bu davalar nedeniyle ortaya çıkan ve hekimleri etkileyen tıbbi malpraktisin neden olduğu stres sendromu adında bir hastalık da tanımlanmıştır [32]. Bu sendromların direkt dava edilen hekimleri değil, bu süreçte şahit olan hekim arkadaşlarını veya aile üyelerini de etkilediği düşünülmektedir [11]. Aynı zamanda bir hastaya zarar vermenin bir sonucu olarak olası bir hukuki süreç korkusu, bir doktorda sürekli bir ihtiyat hali oluşturarak hastayı tedavi etme sürecini ve doktor-hasta ilişkisini çok daha zor hale getirmektedir. Bu nedenle, bir doktor "etkili" bir koruma yöntemine, yani defansif tıba başvurabilir. 2008 yılında Amerika Hekim Sigortacıları Birliği tarafından yapılan bir derlemede mesleki malpraktis sorumluluk sigortası ile ilgili olarak aşağıdaki istatistiksel veriler sunulmuştur: analiz edilen toplam vaka sayısının %65'i asılsız olduğu gerekçesiyle reddedilmiş veya hastalar tarafından geri çekilmiş. Başvuruların %25,7'si doğrudan hekim ile hasta arasında çözümlenmiş; davaların %4,5'i yargı dışı yöntemlerle çözülmüş; davaların %5'i ise mahkemelere özgü bir prosedürü izlemiştir [11]. Mahkemeye ulaşan toplam dava sayısının (2008'de %5 ve 2015'te %7) büyük çoğunluğunun doktor lehine kararlar sonuçlandığı da rapor edilmiştir (%90'ı 2008'de ve %87,5'i 2015'te) [11].

2.6. Tükenmişlik Düzeyi ve Analiz Yöntemleri

Tükenmişlik sendromu, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nda QD85 koduyla yer alan bir psikolojik sendromdur. 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından tanımlanan bu sendrom, iş yerinde ve organizasyonunda olabilecek stres faktörlerine karşı geliştirilen yanıtla karakterizedir [33]. Literatürde tükenmişlik sendromunun tanımı ve tanı kriterleri hakkında fikir birliği bulunmamaktadır [34]. Bir grup yazar yoğunluk ve duygusal tükenmişlik olarak tanımlarken; bir diğer araştırmacı grubu duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma olarak tanımlanmıştır [35]. Gil-Monte

adlı araştırmacı tükenmişlik sendromunu işe karşı coşku fakat bunlara eşlik eden psikolojik tükenmişlik, tembellik ve suçluluk olarak özetlenmiştir [36]. Bir diğer araştırmacı duygusal ve fiziksel tükenmişlik olarak bu sendromunu tanımlasa da Maslach ve arkadaşları tarafından önerilen protokol birçok öneriyi dahil eden kapsamlı bir ölçek olarak ortaya çıkmıştır [33].

Tükenmişlik sendromu bulunan kişilerde mental yorgunluk, iş ilişkilerindeki olaylara ve kişilere duyarsızlaşma, düşük verimlilik gözlenmektedir [37]. İşin niceliğinin azalmasına ek olarak kalite ve verimin azalmasına neden olan bu durumda, iş kazalarında artış ve bunun kurumsal sonuçları da gözlenmektedir [38]. Tükenmişliğin en çok görüldüğü mesleklerin başında sağlık çalışanları (hekim ve hemşireler) gelmektedir [34]. Christina Maslach ve Susan Jackson tarafından ortaya konan anket ile tükenmişlik sendromunun birçok yönü belirlenmektedir. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdan oluşan üç bölümde yaklaşık 22 madde bulunmaktadır. 7 puanlık bir Likert ölçeği (0 “asla” ve 6 “her gün”e karşılık gelmektedir) ile yapılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nde ortaya çıkan yüksek puanlar tükenmişlik seviyesinin ve duyarsızlaşmanın arttığını; bununla birlikte kişisel başarının da düştüğünü göstermektedir [39]. Birçok dile çevrilerek kullanım yeri bulan Maslach Tükenmişlik Ölçeği, geçerliliği ve güvenilirliğinin yeterli olduğu düşünülen bir ölçek olarak literatürde yerini almıştır [40]. İç tutarlılık düzeyi ve alfa değerleri optimum düzeyde olmasına rağmen her çalışmada güvenilirlik değerlerinin ve etki büyüklüklerinin hesaplanması gerekmektedir [41].

2.7. Defansif Tıp Uygulamasının Sonuçları

Olası malpraktis suçlamalarına karşı savunma ihtiyacı nedeniyle defansif bir şekilde pratik yapmaya çalışan doktorun perspektifinden aşağıdaki sonuçların olması olasıdır:

- Malpraktis suçlamalarına ilişkin korkunun sürekli artması, doktorun istikrarsızlığına ve güvensizliğine neden olur. Bu da doktorun itibar ve güvenliğini etkileyerek azaltmaktadır. Doktorlar mesleki sorumluluk sigortası poliçesi satın alarak tıbbi bir hatadan kaynaklanan hasarların ödemelerini

karşılayabilirler. Ancak böyle bir dayanak, doktoru davaya dahil olmanın neden olduğu psikolojik maliyetlere, strese ve itibar etkilerine (azalan gelir, zarar görmüş statü) karşı güvence altına alma kapasitesine sahip değildir [21].

- Pozitif defans pratiği yoluyla doktor tarafından gerçekleştirilen tıbbi eylemlerin etkinliğinin, tıbbi müdahalelerin karmaşıklığını arttırması açısından azaltılması.
- Hastanın ihtiyaçlarını belirlemek ve çözmek için gereken sürenin artmasıyla doktorun hastayla ilişkisinin bozulması, ek uzman incelemeleri ve konsültasyon gerektirmesi.

Doktor-hasta ilişkisinin herhangi bir sağlık sisteminin temelini oluşturduğu fikrinden yola çıkarak, bu ilişkinin defansif tıp uygulaması yoluyla bozulmasının sistem üzerindeki sonuçları şunlardır:

- Doktor ve hasta arasındaki ilişkinin doğru şekilde yönetilmesini sağlayamaması nedeniyle sistem üzerinde artan baskı.
- Doktorun ek uzman incelemeleri ve konsültasyonları talep ederek koruma ihtiyacının bir sonucu olarak tıbbi vakaları çözmenin maliyetlerindeki sürekli artış.
- Artan maliyetler sonucunda hastaların tıbbi hizmetlere erişiminin azalması. Ulusal bütçelerden tahsis edilen fonlarla sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi perspektifinden, defansif tıp uygulamaları aynı finansal kaynakla daha az sayıda hastayı tedavi etmektedir. Sağlık hizmetlerinin haksız yere kullanılması sonucunda tıbbi vakaları çözme maliyetlerindeki artış, daha fazla sayıda tıbbi personelin dahil olması ve tahsis edilen finansal kaynağın hızla tüketilmesiyle insan kaynaklarının engellenmesine yol açmaktadır. Genellikle savunmacı tıbbi uygulama nedeniyle ortaya çıkan bu unsur, tıbbi yardıma büyük ihtiyaç duyan hastaların tıbbi hizmetlere erişimini sınırlamaktadır [42].

Birçok ülkede yapılan çalışma defansif tıp uygulamasında endişe verici bir artış olduğunu göstermektedir. Örneğin 2003 yılında Amerika'nın Pensilvanya eyaletinde yapılan bir çalışmaya göre, katılan doktorların %93'ü işlerini defansif şekilde yaptığını kabul etmiştir. Bu hekimler defansif tıp uygulamasına özgü şekilde gereksiz

durumlarda görüntüleme teknolojisi kullanımı ve komplikasyonlara yatkın prosedürleri ortadan kaldırma açısından tıbbi aktivitenin kısıtlanmasını uyguladıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca doktorlar defansif tıp davranışlarını mesleki sorumluluk sigortasının etkinliğine olan güven eksikliğine bağlamışlardır [43]. Yine 2013 yılında İngiltere’de yapılan bir çalışmada doktorların %78’inin defansif tıbbi uygulamalarda bulunduğunu ve gereksiz testleri önererek bunu gerçekleştirdiğini rapor etmiştir [27]. Japonya’da yapılan bir araştırma endişe verici sonuçlar bildirmiştir: Katılımcı doktorların %98’i, ağırlıklı olarak kaçınma tutumuna ve belirli bir tanı ile ilgili olarak yeniden teyit ve güvenceye vurgu yaparak, defansif tıp uygulamasını aktif olarak uyguladıklarını beyan etmiştir [44].

Doktor, bir hastalığı teşhis etme, hastaya bu hastalık hakkında bilgi aktarma, cerrahi işlem yapma, tedavi için ilaç yazma, tıbbi normlara uygun hareket etme ve yeni tedavi yöntemleri ya da işlemler uygulama gibi çeşitli aşamalarda, gerekli dikkat ve özeni göstermezse, malpraktis ile ilgili yükümlülükler ortaya çıkar. Bu, sadece hastalığın belirlenmesi ve tedavi edilmesi süreçlerinde değil, aynı zamanda hastanın gözetim ve takip edilmesi, tedavinin sonlandırılması gibi evrelerde de doktorun sorumluluklarına dair önemli bir kavramdır. Tıbbi hata türleri, uygulama sürecindeki çeşitlilik göz önüne alınarak bir dizi kategoriye ayrılmıştır. Bu kategoriler arasında, hataların meydana geldiği zaman ve hataların odaklandığı özel konular gibi faktörler dikkate alınmaktadır. Tıbbi müdahale hataları; tanı koyma, tedavi uygulama, tedavi sonrası yükümlülüklerin yerine getirilmemesi, organizasyonel yetersizlikler, doktorun yetersiz eylemleri, danışmanlık hizmetlerinin yeterince sağlanmaması ve bilgilendirme yükümlülüğünün yerine getirilmemesi şeklinde incelenmektedir.

2.8. Çalışmanın Amacı

Bu tez çalışmasının amacı, acil tıp asistan doktorlarının medikal malpraktis korkusu ve defansif tıp uygulamalarının mesleki iyilik hali üzerindeki etkilerini araştırmak ve değerlendirmektir. Çalışmada, medikal malpraktis korkusunun boyutları ve bu korkunun doktorların mesleki davranışlarına, karar verme süreçlerine ve genel mesleki iyilik hallerine nasıl yansıdığı incelenecektir. Bu bağlamda, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Malpraktis Korku Ölçeği gibi ölçekler kullanarak, asistan

doktorların yaşıdığı stresin, tükenmişliğin ve mesleki tatminin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Araştırma, aynı zamanda defansif tıp uygulamalarının, yani risk altında hissedildiğinde doktorların daha korumacı ve tedbirli tıbbi kararlar almasının, mesleki pratikler ve hasta bakımı üzerindeki etkilerini de ele alacaktır. Bu çalışmanın sonuçları, medikal malpraktis korkusu ile mücadele edilmesi ve asistan doktorların mesleki iyilik hallerinin desteklenmesi adına önemli katkılar sunmayı amaçlamaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırma Tasarımı

Bu çalışma Türkiye’deki üçüncü basamak hastanelerinde görev yapan acil tıp asistan doktorlarının medikal malpraktis korkusu ve defansif tıp uygulamalarının mesleki iyilik hali üzerine etkilerini değerlendirmek amacıyla planlanmış kesitsel, prospektif bir anket çalışmasıdır.

3.2. Katılımcılar

Çalışma, Türkiye genelindeki çeşitli kamu hastanelerinde, eğitim ve araştırma hastanelerinde ve şehir hastanelerinde görev yapan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden acil tıp asistan doktorlarını kapsamaktadır. Elektronik ortamda katılımcılara ulaştırılan anketler gönüllülük usulüne göre doldurulmuştur.

Katılımcıları seçimi için belirlenen ekleme kriterleri şunlardır;

- I. Aktif olarak çalışan acil tıp asistan doktor olmak
- II. Sonuçlanmış veya devam eden hukuki bir malpraktis davası olmaması

Dışlama kriteri ise ;

- I. Çalıştığı kurumda disiplin soruşturması veya cezai soruşturma almış olmak.

1259 kişiye ulaştırılan ankete 350 kişi geri dönüş yapmış olsa da 19 kişinin devam eden malpraktis davası ve 22 katılımcının kurumda soruşturma geçirmesi sebebiyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmamızı 309 katılımcı tamamlamıştır.

3.3. Veri Toplama Süreci

Veri toplama süreci, katılımcılara çevrimiçi olarak dağıtılmış olan ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, Medikal Malpraktis Korku Ölçeğini içeren bir anket formu aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Anket

katılımcıların demografik bilgileri, mesleki deneyim süreleri, medikal malpraktis korku düzeyleri, defansif tıp uygulama eğilimleri ve mesleki iyilik hali ile ilgili algılarını ölçmeyi amaçlayan sorular içermektedir.

3.4. Çalışmada Kullanılan Ölçekler

Sosyodemografik Bilgi Formu: Bu form, katılımcıların yaş, cinsiyet, çalıştıkları kurumdaki acil asistanlığı süresi, medeni durum, çocuk sahibi olup olmadıkları, sigara ve alkol kullanımı, psikolojik destek alıp almadıkları, disiplin veya cezai soruşturmalara karşılaşıp karşılaşmadıkları ve devam eden veya sonuçlanmış malpraktis davalarının olup olmadığını içeren bilgileri toplamak amacıyla oluşturulmuştur.

Malpraktis Korku Ölçeği: Katz tarafından 2005 yılında acil serviste akut koroner sendrom semptomları gösteren hastaları değerlendiren doktorların malpraktis korkularını ölçmek için geliştirilmiştir [45]. Ölçeğin Türkçe uyarlaması aynı yıl Uğrak ve arkadaşları tarafından yapılmış ve Cronbach's Alpha değeri 0,860 olarak hesaplanmıştır [46]. Bu ölçekte 5'li likert tipi 6 soru yer almakta olup, toplam puanlamaya göre MF korkusu düşük (<15 puan), orta (15-20 puan arası) ve yüksek (≥ 20 puan) olarak sınıflandırılmaktadır [45, 46].

Defansif Tıp Uygulaması Ölçeği: Başer ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, hekimlerin defansif tıp uygulama eğilimlerini ölçmektedir [47]. 18 sorudan oluşan bu ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,853'tür. İlk 9 soru pozitif defansif tıp uygulamalarını, sonraki 5 soru ise negatif uygulamaları ölçer. Son 4 soru, hekimlerin bu konudaki bilgi düzeyini ölçmek amacıyla kapalı uçlu sorular şeklinde tasarlanmıştır. İlk 14 soru 5'li likert tipi ölçekle değerlendirilmiştir [48].

Maslach Tükenmişlik Ölçeği: Christina Maslach ve Susan Jackson tarafından geliştirilen bu ölçek, tükenmişliği üç boyutta değerlendirir: duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı [33]. Türkçe uyarlaması Ergin ve arkadaşları tarafından yapılmış ve Cronbach's Alpha değeri 0,83 olarak belirlenmiştir [49]. Duygusal tükenme 9 madde (0-36 puan), duyarsızlaşma 5 madde (0-20 puan), kişisel başarı 8

madde (0-32 puan) ile ölçülmektedir. Tükenmişlik, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının yüksek, kişisel başarı puanlarının düşük olmasıyla tanımlanır [50].

3.5. İstatistiksel Analizler

Liang ve arkadaşlarının 2022 yılında yayınladıkları çalışma baz alınarak Malpraktis Korku Ölçeğinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasındaki 0,46'lık korelasyonunun anlamlı olabilmesi için %80 güçte, %95 güven düzeyinde toplam 305 katılımcının çalışmaya alınması gerektiği G* power 3.1 programı ile ölçülmüştür [51].

Bu çalışmada toplanan verilerin analizi IBM SPSS Statistics 25 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analiz sürecinde, ölçeklerden elde edilen puanların dağılım özelliklerini değerlendirmek amacıyla çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerine bakılmıştır. George ve Mallery (2019) kriterlerine göre, çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 aralığında olması durumunda verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir. Bu kriterlere uygun olarak, verilerin normal dağılım gösterdiği varsayılarak parametrik testler kullanılmıştır.

Katılımcıların demografik özelliklerine ve anket sonuçlarına ilişkin betimleyici istatistikler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak sunulmuştur. Cinsiyet, medeni durum, sigara ve antidepresan/antipsikotik kullanımına göre gruplar arasında anlamlı farklılıkların olup olmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın varlığı durumunda, ilgili değişkenlerin ortalamaları karşılaştırılarak hangi grubun daha yüksek düzeyde olduğu rapor edilmiştir. İki'den fazla grup arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Alkol kullanım durumu, çalışılan sağlık kurumu ve görev süresi gibi birden fazla kategori içeren değişkenler için bu yöntem tercih edilmiştir. Anlamlı fark gözlenen durumlarda post-hoc testleri (Scheffe testi) ile gruplar arasındaki farkların kaynağı incelenmiştir.

Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bu analiz, örneklemdaki katılımcıların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı gibi faktörler arasındaki ilişkileri ortaya koymayı amaçlamıştır.

Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri, ölçüm araçlarının tutarlı ve doğru sonuçlar verdiğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla, Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Cronbach Alfa, bir ölçeğin iç tutarlılığını ölçen güvenilirlik katsayısıdır ve 0.60'ın üzerindeki değerler, ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeklerin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Barlett's Test of Sphericity uygulanmıştır. KMO testi, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olup olmadığını gösterirken, Barlett's Test of Sphericity, verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmektedir. Faktör analizleri, her bir ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Bu analizlerde, ölçek maddelerinin ilgili faktörlerle ne kadar güçlü bir ilişki içerisinde olduğunu belirlemek için faktör yükleri incelenmiştir. Genel olarak, faktör yük değerlerinin 0.32'nin üzerinde olması, ilgili maddenin faktörle güçlü bir ilişki içerisinde olduğunu göstermektedir. Çalışmada kullanılan ölçekler için faktör yük değerleri yeterli düzeyde bulunmuş ve bu durum ölçeklerin yapı geçerliliğinin uygun olduğunu ortaya koymuştur.

Bu çalışmada, Medikal Malpraktis Korkusu ile Tükenmişlik arasındaki ilişkide Defansif Tıp Uygulamaları Tutumu'nun aracı rolü, Yapısal Eşitlik Modeli (SEM) kullanılarak test edilmiştir. SEM analizleri, IBM AMOS yazılımı ile gerçekleştirilmiş olup, aracılık etkisinin doğrulanması için Bootstrap yöntemi uygulanmıştır. Bootstrap yönteminin, Baron ve Kenny'nin geleneksel yönteminden ve Sobel testinden daha güvenilir olduğu öne sürülmektedir. Bootstrap, örneklemin yeniden örneklenmesiyle güvenilirlik ve doğruluk sağlamaya yardımcı olan bir tekniktir ve özellikle küçük örneklemle yapılan çalışmalarda etkili sonuçlar sunmaktadır. Bu çalışmada, Bootstrap yöntemi kullanılarak 5000 yeniden örneklem alınmış ve aracılık etkisinin güvenilirliği test edilmiştir.

Verilerin analizi sırasında elde edilen sonuçlar, araştırmanın hipotezlerine uygun olarak değerlendirilmiş ve ilgili bulgular tablolar halinde sunulmuştur.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcılara İlişkin Demografik ve Tanıtıcı Özellikler

Bu bölümde katılımcıların demografik bilgileri yer verilmektedir. Katılımcılara ait demografik bilgiler aşağıdaki Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin dağılım

Değişkenler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	124	40,1
	Erkek	185	59,9
Medeni durum	Bekar	164	53,1
	Evli	145	46,9
Yaş	20-29 Yaş	188	60,8
	30-39 Yaş	121	39,2
Çocuğu olma durumu	Var	59	19,1
	Yok	250	80,9
Toplam		309	%100

Tabloya göre, araştırmaya katılan acil tıp asistan doktorlarının demografik özellikleri;

Katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, %40,1'inin (n=124) kadın, %59,9'unun (n=185) erkek olduğu görülmektedir. Medeni durum açısından bakıldığında, katılımcıların %53,1'inin (n=164) bekar, %46,9'unun (n=145) ise evli olduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde, katılımcıların %60,8'inin (n=188) 20-29 yaş aralığında, %39,2'sinin (n=121) 30-39 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Çocuk sahibi olma durumu değerlendirildiğinde, katılımcıların %19,1'inin (n=59) çocuk sahibi olduğu, %80,9'unun (n=250) ise çocuk sahibi olmadığı görülmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılım

Değişkenler	Gruplar	n	%
Aktif Sigara Kullanma Durumu	Kullanıyorum	174	56,3
	Kullanmıyorum	135	43,7
Alkol Kullanma Durumu	Hiç kullanmadım	132	42,7
	Ayda 1-3 ten fazla değil	142	46
	Haftada 1-5 kez	35	11,3
Aktif Antidepresan Veya Antipsikotik Kullanımını	Kullanıyorum	35	11,3
	Kullanmıyorum	274	88,7
Çalışılan Sağlık Kurumu	Eğitim ve araştırma Hastanesi	128	41,4
	Kamu Üniversite Hastanesi	139	45
	Şehir Hastanesi	42	13,6
Acil servis asistanı olarak görev yapma süresi	1 yıldan az	53	17,2
	1 - 2 yıl arası	84	27,2
	2 - 3 yıl arası	91	29,4
	3 - 4 yıl arası	47	15,2
	4 yıldan fazla	34	11
Toplam		309	%100

Tabloya göre, araştırmaya katılan acil tıp asistan doktorlarının tanıtıcı özellikleri;

Katılımcıların %56,3'ü (n=174) aktif olarak sigara kullandığını, %43,7'si (n=135) ise sigara kullanmadığını belirtmiştir. Alkol kullanma durumu incelendiğinde, katılımcıların %42,7'si (n=132) hiç alkol kullanmadığını belirtirken, %46'sı (n=142) ayda 1-3 kez alkol kullandığını ifade etmiştir. Haftada 1-5 kez alkol kullananların oranı ise %11,3 (n=35) olarak kaydedilmiştir.

Aktif antidepresan veya antipsikotik ilaç kullanımı konusunda, katılımcıların %11,3'ü (n=35) bu tür ilaçları kullandığını belirtirken, %88,7'si (n=274) antidepresan veya antipsikotik ilaç kullanmadığını ifade etmiştir.

Çalışılan sağlık kurumları incelendiğinde, katılımcıların %41,4'ü (n=128) eğitim ve araştırma hastanesinde, %45'i (n=139) kamu üniversite hastanesinde ve %13,6'sı (n=42) şehir hastanesinde çalışmaktadır.

Acil servis asistanı olarak görev yapma süresi açısından, katılımcıların %17,2'si (n=53) 1 yıldan az, %27,2'si (n=84) 1-2 yıl arası, %29,4'ü (n=91) 2-3 yıl arası, %15,2'si (n=47) 3-4 yıl arası ve %11'i (n=34) ise 4 yıldan fazla süreyle çalıştığını belirtmiştir.

4.2. Tanımlayıcı İstatistiksel Bulgular

Aşağıdaki tablo araştırma kapsamında toplanan verilerden elde edilen her bir değişken için örneklem büyüklüğünü (n), ortalamayı (M), standart sapmayı (SD), medyan değeri, çarpıklığı (Skewness), basıklığı (Kurtosis), minimum ve maksimum değerleri içermektedir.

Tablo 5. Katılımcılardan Elde Edilen Verilere İlişkin İstatistiksel Dağılımlar

Değişken	n	Mean	SD	Medyan	Skewnes	Kurtosis	Min	Max
Duygusal Tükenme	309	21,30	6,82	22	-0,458	0,264	4	36
Duyarsızlaşma	309	10,52	3,95	11	0,049	-0,123	2	20
Kişisel Başarısızlık	309	12,95	4,17	13	0,84	1,319	3	27
MTÖ	309	44,78	11,03	45	-0,231	-0,019	14	68
Pozitif	309	34,63	5,99	35	-0,321	0,028	18	45
Negatif	309	16,14	4,94	16	0,151	-0,675	5	25
DTUÖ	309	50,76	9,64	50	-0,024	-0,182	28	69
MMKÖ	309	25,35	4,11	26	-1,126	1,247	12	30

Not: MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, DTUÖ: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, MMKÖ; medikal malpraktis korku Ölçeği SD; Standart deviasyon

Katılımcıların duygusal tükenme düzeylerine ilişkin ortalama 21,30, standart sapma 6,82, ve medyan 22 olarak belirlenmiştir. Katılımcılar arasındaki duygusal tükenme skorları minimum 4, maksimum 36 olarak tespit edilmiştir.

Duyarsızlaşma düzeyleri incelendiğinde, ortalama 10,52, standart sapma 3,95, ve medyan değeri 11 olarak saptanmıştır. Duyarsızlaşma skorları minimum 2, maksimum 20 aralığında değişmektedir.

Kişisel başarısızlık hissi için ortalama 12,95, standart sapma 4,17, ve medyan değeri 13 olarak belirlenmiştir. Kişisel başarısızlık skorları minimum 3, maksimum 27 değerleri arasında değişmiştir.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği genel skoru için ortalama 44,78, standart sapma 11,03, ve medyan değeri 45 olarak hesaplanmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği genel skorları minimum 14, maksimum 68 arasında dağılım göstermiştir.

Katılımcıların pozitif defansif tıp uygulamaları tutum düzeyine ilişkin ortalama 34,63, standart sapma 5,99, ve medyan değeri 35 olarak belirlenmiştir. Skorlar minimum 18, maksimum 45 arasında değişmektedir.

Negatif defansif tıp uygulamaları tutum düzeyine ilişkin ortalama 16,14, standart sapma 4,94, ve medyan değeri 16 olarak tespit edilmiştir. Bu skorlar minimum 5, maksimum 25 değerleri arasında değişmiştir.

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği genel skoru için ortalama 50,76, standart sapma 9,64, ve medyan değeri 50 olarak hesaplanmıştır. Skorlar minimum 28, maksimum 69 arasında değişmiştir.

Son olarak, katılımcıların medikal malpraktis korku düzeylerine ilişkin ortalama 25,35, standart sapma 4,11, ve medyan değeri 26 olarak belirlenmiştir. Medikal malpraktis korku skorları minimum 12, maksimum 30 aralığında değişmektedir.

George ve Mallery çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 aralığında olması normal dağılım için yeterli olduğunu belirtmiştir [52] . Bu duruma göre araştırmada kullandığımız ölçeklere ait çarpıklık kat sayıları ve basıklık kat sayıları incelendiğinde ölçeklerin normal dağılım özelliği gösterdiği var sayılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler normal dağılım şartı isteyen parametrik analizler ile gerçekleştirilmiştir [52].

Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ve medikal malpraktis korku seviyelerine göre dağılımlarını gösteren sonuçlar sunulmaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların Tükenmişlik ve Malpraktis Korku Seviyelerine Göre Dağılım

Değişkenler	Gruplar	n	%
Duygusal Tükenme Seviyesi	Normal	253	81,9
	Şiddetli Duygusal Tükenme	56	18,1
Duyarsızlaşma Seviyesi	Normal	219	70,9
	Şiddetli Duyarsızlaşma	90	29,1
Kişisel Başarısızlık Seviyesi	Normal	309	100
Malpraktis Korku Seviyesi	Düşük	10	3,2
	Orta	28	9,1
	Yüksek	271	87,7
Toplam		309	%100

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%81,9, n=253) normal düzeyde duygusal tükenme yaşarken, %18,1'i (n=56) şiddetli duygusal tükenme belirtileri göstermektedir. Duyarsızlaşma seviyeleri incelendiğinde, katılımcıların %70,9'u (n=219) normal seviyede duyarsızlaşma yaşarken, %29,1'i (n=90) şiddetli duyarsızlaşma belirtileri göstermektedir. Tüm katılımcılar (%100, n=309) kişisel başarı hissi açısından normal olarak değerlendirilmiştir. Malpraktis korkusu seviyelerine göre dağılıma bakıldığında, katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%87,7, n=271) yüksek seviyede malpraktis korkusu yaşarken, %9,1'i (n=28) orta ve %3,2'si (n=10) düşük seviyede malpraktis korkusu yaşamaktadır.

4.3. Ölçeklerden Elde Edilen Toplam Puanların Gruplar Arası Fark Analizleri

Katılımcıların cinsiyete göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, medikal malpraktis korku ölçeği, pozitif ve negatif durumlar ile Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları arasındaki farklar bağımsız örneklem t-testi kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir:

Tablo 7. Cinsiyete Göre t-testi Sonuçları

Değişkenler	Gruplar	n	X	ss	t	sd	p
Duygusal Tükenme	Kadın	124	22,43	4,34	2,39	307	0,017
	Erkek	185	20,55	4,43			
Duyarsızlaşma	Kadın	124	11,61	3,13	4,06	307	0,000
	Erkek	185	9,79	3,31			
Kişisel Başarısızlık	Kadın	124	14,06	2,72	3,939	307	0,000
	Erkek	185	12,20	2,94			
MTÖ	Kadın	124	48,10	6,58	4,474	307	0,000
	Erkek	185	42,55	7,43			
MMKÖ	Kadın	124	25,75	2,63	1,395	307	0,164
	Erkek	185	25,09	3,04			
Pozitif	Kadın	124	34,81	2,72	0,428	307	0,669
	Erkek	185	34,51	2,94			
Negatif	Kadın	124	16,09	6,58	-0,137	307	0,891
	Erkek	185	16,17	7,43			
DTUÖ	Kadın	124	50,90	2,63	0,196	307	0,845
	Erkek	185	50,68	3,04			

Not: MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, DTUÖ: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, MMKÖ; medikal malpraktis korku Ölçeği SD; Standart deviasyon

Tablo 7 incelendiğinde, kadın katılımcıların duygusal tükenme puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 22,43$, $ss = 4,34$) ile erkek katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 20,55$, $ss = 4,43$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = 2,39$, $p = 0,017$.

Kadın katılımcıların duyarsızlaşma puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 11,61$, $ss = 3,13$) ile erkek katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 9,79$, $ss = 3,31$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = 4,06$, $p < 0,001$.

Kadın katılımcıların kişisel başarı hissi puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 14,06$, $ss = 2,72$) ile erkek katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 12,20$, $ss = 2,94$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = 3,939$, $p < 0,001$.

Kadın katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği genel puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 48,10$, ss = 6,58) ile erkek katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 42,55$, ss = 7,43) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = 4,474$, $p < 0,001$.

Kadın katılımcıların Medikal Malpraktis Korku Ölçeği puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 25,75$, ss = 2,63) ile erkek katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 25,09$, ss = 3,04) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır; $t(307) = 1,395$, $p = 0,164$.

Kadın katılımcıların pozitif defansif tıp puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 34,81$, ss = 2,72) ile erkek katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 34,51$, ss = 2,94) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır; $t(307) = 0,428$, $p = 0,669$.

Kadın katılımcıların negatif defansif tıp puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 16,09$, ss = 6,58) ile erkek katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 16,17$, ss = 7,43) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır; $t(307) = -0,137$, $p = 0,891$.

Son olarak, kadın katılımcıların Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 50,90$, ss = 2,63) ile erkek katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 50,68$, ss = 3,04) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır; $t(307) = 0,196$, $p = 0,845$.

Katılımcıların medeni durumuna göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Medikal Malpraktis Korku Ölçeği, pozitif ve negatif durumlar ile Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları arasındaki farklar bağımsız örneklem t-testi kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir:

Tablo 8. Medeni Duruma Göre t-testi Sonuçları

Değişkenler	Gruplar	n	X	ss	t	sd	p
Duygusal Tükenme	Bekar	164	22,30	6,90	2,757	307	0,006
	Evli	145	20,18	6,56			
Duyarsızlaşma	Bekar	164	10,98	3,89	2,146	307	0,033
	Evli	145	10,01	3,98			
Kişisel Başarı	Bekar	164	13,36	4,02	1,851	307	0,065
	Evli	145	12,48	4,31			
MTÖ	Bekar	164	46,63	11,62	3,194	307	0,002
	Evli	145	42,68	9,96			
MMKÖ	Bekar	164	25,16	3,73	-0,856	307	0,393
	Evli	145	25,57	4,50			
Pozitif	Bekar	164	34,30	4,91	-1,007	307	0,315
	Evli	145	34,99	7,02			
Negatif	Bekar	164	15,23	5,10	-3,509	307	0,001
	Evli	145	17,17	4,55			
DTUÖ	Bekar	164	49,53	8,56	-2,411	307	0,017
	Evli	145	52,16	10,58			

Not: MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, DTUÖ: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, MMKÖ; Medikal Malpraktis Korku Ölçeği, SD; Standart deviasyon

Tablo 8 incelendiğinde, bekar katılımcıların duygusal tükenme puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 22,30$, $ss = 6,90$) ile evli katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 20,18$, $ss = 6,56$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = 2,757$, $p = 0,006$.

Bekar katılımcıların duyarsızlaşma puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 10,98$, $ss = 3,89$) ile evli katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 10,01$, $ss = 3,98$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = 2,146$, $p = 0,033$.

Kişisel başarı puanları açısından, bekar katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 13,36$, $ss = 4,02$) ile evli katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 12,48$, $ss = 4,31$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = 1,851$, $p = 0,065$.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği genel skoru için, bekar katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 46,63$, $ss = 11,62$) ile evli katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 42,68$, $ss = 9,96$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = 3,194$, $p = 0,002$.

Medikal malpraktis korkusu açısından, bekar katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 25,16$, $ss = 3,73$) ile evli katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 25,57$, $ss = 4,50$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = -0,856$, $p = 0,393$.

Pozitif defansif tıp uygulamaları tutumları açısından, bekar katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 34,30$, $ss = 4,91$) ile evli katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 34,99$, $ss = 7,02$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = -1,007$, $p = 0,315$.

Negatif defansif tıp uygulamaları tutumları açısından, bekar katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 15,23$, $ss = 5,10$) ile evli katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 17,17$, $ss = 4,55$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = -3,509$, $p = 0,001$.

Son olarak, Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği genel skoru açısından, bekar katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 49,53$, $ss = 8,56$) ile evli katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 52,16$, $ss = 10,58$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = -2,411$, $p = 0,017$.

Katılımcıların yaş gruplarına göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Medikal Malpraktis Korku Ölçeği pozitif ve negatif durumlar ile Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları arasındaki farklar bağımsız örneklem t-testi kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir:

Tablo 9. Yaş Gruplarına Göre T Testi Sonuçları

Değişkenler	Gruplar	n	X	ss	t	sd	p
Duygusal Tükenme	20-29 Yaş	188	20,81	6,63	-1,58	307	0,115
	30-39 Yaş	121	22,07	7,05			
Duyarsızlaşma	20-29 Yaş	188	10,10	3,86	-2,392	307	0,017
	30-39 Yaş	121	11,19	4,02			
Kişisel Başarı	20-29 Yaş	188	12,12	3,33	-4,467	307	0,000
	30-39 Yaş	121	14,23	4,97			
MTÖ	20-29 Yaş	188	43,03	10,99	-3,529	307	0,000
	30-39 Yaş	121	47,49	10,58			
MMKÖ	20-29 Yaş	188	24,84	4,13	-2,764	307	0,006
	30-39 Yaş	121	26,15	3,96			
Pozitif	20-29 Yaş	188	34,19	5,99	-1,599	307	0,111
	30-39 Yaş	121	35,31	5,96			
Negatif	20-29 Yaş	188	15,50	4,26	-2,854	307	0,005
	30-39 Yaş	121	17,12	5,72			
DTUÖ	20-29 Yaş	188	49,69	9,11	-2,458	307	0,015
	30-39 Yaş	121	52,43	10,22			

Not: MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, DTUÖ: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, MMKÖ; Medikal Malpraktis Korku Ölçeği, SD; Standart deviasyon

Tablo 9 incelendiğinde;

Duygusal Tükenme: 20-29 yaş grubundaki katılımcıların duygusal tükenme puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 20,81$, $ss = 6,63$) ile 30-39 yaş grubundaki katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 22,07$, $ss = 7,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır; $t(307) = -1,58$, $p = 0,115$.

Duyarsızlaşma: 20-29 yaş grubundaki katılımcıların duyarsızlaşma puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 10,10$, $ss = 3,86$) ile 30-39 yaş grubundaki katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 11,19$, $ss = 4,02$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = -2,392$, $p = 0,017$.

Kişisel Başarı: Kişisel başarı hissi açısından, 20-29 yaş grubundaki katılımcıların puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 12,12$, $ss = 3,33$) ile 30-39 yaş grubundaki

katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 14,23$, $ss = 4,97$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = -4,467$, $p < 0,001$.

Genel Tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği): 20-29 yaş grubundaki katılımcıların genel tükenmişlik puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 43,03$, $ss = 10,99$) ile 30-39 yaş grubundaki katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 47,49$, $ss = 10,58$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = -3,529$, $p < 0,001$.

Medikal Malpraktis Korku Ölçeği: 20-29 yaş grubundaki katılımcıların medikal malpraktis korkusu puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 24,84$, $ss = 4,13$) ile 30-39 yaş grubundaki katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 26,15$, $ss = 3,96$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = -2,764$, $p = 0,006$.

Pozitif Durumlar: Pozitif durumlar açısından, 20-29 yaş grubundaki katılımcıların puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 34,19$, $ss = 5,99$) ile 30-39 yaş grubundaki katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 35,31$, $ss = 5,96$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır; $t(307) = -1,599$, $p = 0,111$.

Negatif Durumlar: 20-29 yaş grubundaki katılımcıların negatif durumlar puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 15,50$, $ss = 4,26$) ile 30-39 yaş grubundaki katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 17,12$, $ss = 5,72$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = -2,854$, $p = 0,005$.

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği: 20-29 yaş grubundaki katılımcıların Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 49,69$, $ss = 9,11$) ile 30-39 yaş grubundaki katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 52,43$, $ss = 10,22$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = -2,458$, $p = 0,015$.

Katılımcıların çocuğu olma durumuna göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi, genel tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği), Medikal Malpraktis Korku Ölçeği, pozitif ve negatif durumlar ile Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları arasındaki farklar bağımsız örneklem t-testi kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir:

Tablo 10. Çocuğu olma durumuna Göre t-testi Sonuçları

Değişkenler	Gruplar	n	X	ss	t	sd	p
Duygusal Tükenme	Var	59	19,56	7,92	-2,2	307	0,029
	Yok	250	21,72	6,48			
Duyarsızlaşma	Var	59	10,00	3,97	-1,133	307	0,258
	Yok	250	10,65	3,95			
Kişisel Başarı	Var	59	14,90	4,39	4,091	307	0
	Yok	250	12,49	3,99			
MTÖ	Var	59	44,46	10,88	-0,247	307	0,805
	Yok	250	44,85	11,09			
MMKÖ	Var	59	25,49	3,13	0,288	307	0,773
	Yok	250	25,32	4,31			
Pozitif	Var	59	35,73	6,24	1,573	307	0,117
	Yok	250	34,37	5,92			
Negatif	Var	59	17,24	3,86	1,913	307	0,057
	Yok	250	15,88	5,13			
DTUÖ	Var	59	52,97	9,75	1,96	307	0,051
	Yok	250	50,24	9,56			

Not: MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, DTUÖ: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, MMKÖ; medikal malpraktis korku Ölçeği SD; Standart deviasyon

Tablo 10 incelendiğinde, çocuğu olan katılımcıların duygusal tükenme puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 19,56$, $ss = 7,92$) ile çocuğu olmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 21,72$, $ss = 6,48$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = -2,2$, $p = 0,029$.

Duyarsızlaşma puanları açısından, çocuğu olan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 10,00$, $ss = 3,97$) ile çocuğu olmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 10,65$, $ss = 3,95$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = -1,133$, $p = 0,258$.

Kişisel başarı puanlarına bakıldığında, çocuğu olan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 14,90$, $ss = 4,39$) ile çocuğu olmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 12,49$, $ss = 3,99$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = 4,091$, $p < 0,001$.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği genel puanları açısından, çocuğu olan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 44,46$, $ss = 10,88$) ile çocuğu olmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 44,85$, $ss = 11,09$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = -0,247$, $p = 0,805$.

Medikal malpraktis korkusu puanları açısından, çocuğu olan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 25,49$, $ss = 3,13$) ile çocuğu olmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 25,32$, $ss = 4,31$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = 0,288$, $p = 0,773$

Pozitif defansif tıp uygulamaları tutumları açısından, çocuğu olan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 35,73$, $ss = 6,24$) ile çocuğu olmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 34,37$, $ss = 5,92$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır; $t(307) = 1,573$, $p = 0,117$.

Negatif defansif tıp uygulamaları tutumları açısından, çocuğu olan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 17,24$, $ss = 3,86$) ile çocuğu olmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 15,88$, $ss = 5,13$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır; $t(307) = 1,913$, $p = 0,057$.

Son olarak, Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği genel puanları açısından, çocuğu olan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 52,97$, $ss = 9,75$) ile çocuğu olmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 50,24$, $ss = 9,56$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır; $t(307) = 1,96$, $p = 0,051$.

Katılımcıların aktif sigara kullanma durumuna göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi, genel tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği), Medikal Malpraktis Korku Ölçeği, pozitif ve negatif durumlar ile Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları arasındaki farklar bağımsız örneklem t-testi kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 11’de özetlenmiştir:

Tablo 11. Aktif Sigara Kullanma Durumuna Göre t-testi Sonuçları

Değişkenler	Gruplar	n	X	ss	t	sd	p
Duygusal Tükenme	Kullanıyorum	174	20,52	6,21	-2,321	307	0,021
	Kullanmıyorum	135	22,32	7,42			
Duyarsızlaşma	Kullanıyorum	174	10,24	4,04	-1,459	307	0,146
	Kullanmıyorum	135	10,90	3,82			
Kişisel Başarı	Kullanıyorum	174	12,99	4,35	0,192	307	0,848
	Kullanmıyorum	135	12,90	3,95			
MTÖ	Kullanıyorum	174	43,74	10,09	-1,881	307	0,061
	Kullanmıyorum	135	46,11	12,05			
MMKÖ	Kullanıyorum	174	25,18	4,32	-0,82	307	0,413
	Kullanmıyorum	135	25,57	3,81			
Pozitif	Kullanıyorum	174	34,84	6,54	0,722	307	0,471
	Kullanmıyorum	135	34,35	5,21			
Negatif	Kullanıyorum	174	16,98	4,62	3,459	307	0,001
	Kullanmıyorum	135	15,05	5,14			
DTUÖ	Kullanıyorum	174	51,82	9,98	2,205	307	0,028
	Kullanmıyorum	135	49,40	9,03			

Not: MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, DTUÖ: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, MMKÖ; medikal malpraktis korku Ölçeği SD; Standart deviasyon

Sigara kullanan katılımcıların duygusal tükenme puanlarının ortalaması ($\bar{X}$ = 20,52, ss = 6,21) ile sigara kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X}$ = 22,32, ss = 7,42) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = -2,321$, $p = 0,021$.

Sigara kullanan katılımcıların duyarsızlaşma puanlarının ortalaması ($\bar{X}$ = 10,24, ss = 4,04) ile sigara kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X}$ = 10,90, ss = 3,82) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = -1,459$, $p = 0,146$.

Kişisel başarı puanları açısından, sigara kullanan katılımcıların ortalaması ($\bar{X}$ = 12,99, ss = 4,35) ile sigara kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X}$ = 12,90, ss = 3,95) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = 0,192$, $p = 0,848$.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği genel puanları açısından, sigara kullanan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 43,74$, $ss = 10,09$) ile sigara kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 46,11$, $ss = 12,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın sınırında bir sonuç bulunmuştur; $t(307) = -1,881$, $p = 0,061$

Medikal malpraktis korkusu puanları açısından, sigara kullanan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 25,18$, $ss = 4,32$) ile sigara kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 25,57$, $ss = 3,81$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = -0,82$, $p = 0,413$.

Pozitif defansif tıp uygulamaları tutumları açısından, sigara kullanan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 34,84$, $ss = 6,54$) ile sigara kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 34,35$, $ss = 5,21$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = 0,722$, $p = 0,471$.

Negatif defansif tıp uygulamaları tutumları açısından, sigara kullanan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 16,98$, $ss = 4,62$) ile sigara kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 15,05$, $ss = 5,14$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = 3,459$, $p = 0,001$.

Son olarak, Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği genel puanları açısından, sigara kullanan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 51,82$, $ss = 9,98$) ile sigara kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 49,40$, $ss = 9,03$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = 2,205$, $p = 0,028$.

Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi, genel tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği), Medikal Malpraktis Korku Ölçeği pozitif ve negatif durumlar ile Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları arasındaki farklar ANOVA testi kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 12’de özetlenmiştir:

Tablo 12. Alkol Kullanma Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

	Alkol Kullanma Durumu	n	X	Ss	Varyans Kaynağı	KT	sd	KO	F	p	Fark (Post Hoc - Scheffe testi)
Duygusal Tükenme	Hiç kullanmadım	132	20,12	6,45	G. Arası	1885,969	2	942,98	23,234	0,000	A ile B (p=0,000); A ile C (p=0,006); B ile C (p=0,00)
	Ayda 1-3 kez	142	23,66	5,57	G. İçi	12419,44	306	40,586			
	Haftada 1-5 kez	35	16,20	8,74	Toplam	14305,41	308				
Duyarsızlaşma	Hiç kullanmadım	132	9,42	3,13	G. Arası	614,367	2	307,183	22,366	0,000	A ile B (p=0,000); B ile C (p=0,000)
	Ayda 1-3 kez	142	12,03	3,77	G. İçi	4202,701	306	13,734			
	Haftada 1-5 kez	35	8,57	5,18	Toplam	4817,068	308				
Kişisel Başarı	Hiç kullanmadım	132	12,62	4,61	G. Arası	89,647	2	44,823	2,6	0,076	Yok
	Ayda 1-3 kez	142	13,49	3,75	G. İçi	5275,525	306	17,24			
	Haftada 1-5 kez	35	11,97	3,88	Toplam	5365,172	308				
MTÖ	Hiç kullanmadım	132	42,17	9,40	G. Arası	5915,334	2	2957,667	28,668	0,000	A ile B (p=0,000); A ile C (p=0,020); B ile C (p=0,00)
	Ayda 1-3 kez	142	49,18	9,16	G. İçi	31570,26	306	103,171			
	Haftada 1-5 kez	35	36,74	15,51	Toplam	37485,59	308				
MMKÖ	Hiç kullanmadım	132	26,13	2,70	G. Arası	147,793	2	73,897	4,484	0,012	A ile B (p=0,012)
	Ayda 1-3 kez	142	24,66	5,01	G. İçi	5042,757	306	16,48			
	Haftada 1-5 kez	35	25,23	3,99	Toplam	5190,55	308				
Pozitif	Hiç kullanmadım	132	35,55	5,60	G. Arası	194,364	2	97,182	2,736	0,066	Yok
	Ayda 1-3 kez	142	33,96	6,65	G. İçi	10867,84	306	35,516			
	Haftada 1-5 kez	35	33,86	3,91	Toplam	11062,2	308				
Negatif	Hiç kullanmadım	132	16,48	3,93	G. Arası	45,442	2	22,721	0,931	0,395	Yok
	Ayda 1-3 kez	142	16,04	5,35	G. İçi	7464,85	306	24,395			
	Haftada 1-5 kez	35	15,23	6,44	Toplam	7510,291	308				
DTUÖ	Hiç kullanmadım	132	52,02	8,31	G. Arası	389,086	2	194,543	2,11	0,123	Yok
	Ayda 1-3 kez	142	50,01	10,84	G. İçi	28218,67	306	92,218			
	Haftada 1-5 kez	35	49,09	8,76	Toplam	28607,75	308				

Hiç kullanmadım:A, Ayda 1-3 kez:B, Haftada 1-5 kez:C

Not: MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, DTUÖ: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, MMKÖ; medikal malpraktis korku Ölçeği SD; Standart deviasyon

Duygusal Tükenme: Alkol kullanma durumuna göre duygusal tükenme puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $F(2, 306) = 23,234, p < 0,001$. Scheffe testi sonuçlarına göre, "Hiç kullanmadım" grubu ($\bar{X} = 20,12$) ile "Ayda 1-3 kez" grubu ($\bar{X} = 23,66$) arasında ($p < 0,001$) ve "Hiç kullanmadım" grubu ile "Haftada 1-5 kez" grubu ($\bar{X} = 16,20$) arasında ($p = 0,006$) anlamlı farklar bulunmuştur. Ayrıca, "Ayda 1-3 kez" grubu ile "Haftada 1-5 kez" grubu arasında da ($p = 0,000$) anlamlı fark gözlenmiştir.

Duyarsızlaşma: Alkol kullanma durumuna göre duyarsızlaşma puanları arasında da anlamlı bir fark saptanmıştır; $F(2, 306) = 22,366, p < 0,001$. Post-hoc analizine göre, "Hiç kullanmadım" grubu ($\bar{X} = 9,42$) ile "Ayda 1-3 kez" grubu ($\bar{X} = 12,03$) ve "Ayda 1-3 kez" grubu ile "Haftada 1-5 kez" grubu ($\bar{X} = 8,57$) arasında anlamlı farklar (her iki karşılaştırma için $p < 0,001$) bulunmaktadır.

Kişisel Başarı: Alkol kullanma durumuna göre kişisel başarı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır; $F(2, 306) = 2,6, p = 0,076$. Bu durum, alkol kullanımının kişisel başarı hissi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Genel Tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği): Alkol kullanma durumuna göre genel tükenmişlik puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $F(2, 306) = 28,668, p < 0,001$. Scheffe testi sonuçlarına göre, "Hiç kullanmadım" grubu ($\bar{X} = 42,17$) ile "Ayda 1-3 kez" grubu ($\bar{X} = 49,18$) arasında ($p < 0,001$) ve "Hiç kullanmadım" grubu ile "Haftada 1-5 kez" grubu ($\bar{X} = 36,74$) arasında ($p = 0,020$) anlamlı farklar bulunmuştur. Ayrıca, "Ayda 1-3 kez" grubu ile "Haftada 1-5 kez" grubu arasında da ($p < 0,001$) anlamlı fark gözlenmiştir.

Medikal Malpraktis Korku Ölçeği: Alkol kullanma durumuna göre medikal malpraktis korkusu puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $F(2, 306) = 4,484, p = 0,012$. Post-hoc analiz sonuçlarına göre, "Hiç kullanmadım" grubu ($\bar{X} = 26,13$) ile "Ayda 1-3 kez" grubu ($\bar{X} = 24,66$) arasında anlamlı bir fark ($p = 0,012$) bulunmaktadır.

Pozitif Durumlar: Alkol kullanma durumuna göre pozitif durum puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır; $F(2, 306) = 2,736, p = 0,066$.

Negatif Durumlar: Alkol kullanma durumuna göre negatif durum puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır; $F(2, 306) = 0,931, p = 0,395$.

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği: Alkol kullanma durumuna göre Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır; $F(2, 306) = 2,11, p = 0,123$.

Katılımcıların aktif olarak antidepresan veya antipsikotik ilaç kullanımına göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi, genel tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği), Medikal Malpraktis Korku Ölçeği, pozitif ve negatif durumlar ile Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları arasındaki farklar bağımsız örneklem t-testi kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 13’de özetlenmiştir:

Tablo 13. Aktif Antidepresan veya Antipsikotik Kullanımına Göre t-testi Sonuçları

Değişkenler	Gruplar	n	X	ss	t	sd	p
Duygusal Tükenme	Kullanıyorum	35	23,20	6,61	1,754	307	0,081
	Kullanmıyorum	274	21,06	6,81			
Duyarsızlaşma	Kullanıyorum	35	10,63	3,02	0,165	307	0,869
	Kullanmıyorum	274	10,51	4,06			
Kişisel Başarı	Kullanıyorum	35	13,74	3,50	1,197	307	0,232
	Kullanmıyorum	274	12,85	4,25			
MTÖ	Kullanıyorum	35	47,57	9,48	1,596	307	0,112
	Kullanmıyorum	274	44,42	11,18			
MMKÖ	Kullanıyorum	35	25,71	4,11	0,553	307	0,581
	Kullanmıyorum	274	25,31	4,11			
Pozitif	Kullanıyorum	35	37,34	4,48	2,88	307	0,004
	Kullanmıyorum	274	34,28	6,08			
Negatif	Kullanıyorum	35	15,03	4,83	-1,411	307	0,159
	Kullanmıyorum	274	16,28	4,94			
DTUÖ	Kullanıyorum	35	52,37	6,17	1,048	307	0,295
	Kullanmıyorum	274	50,56	9,98			

Not: MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, DTUÖ: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, MMKÖ; medikal malpraktis korku Ölçeği SD; Standart deviasyon

Duygusal Tükenme: Antidepresan veya antipsikotik kullanan katılımcıların duygusal tükenme puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 23,20$, $ss = 6,61$) ile bu ilaçları kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 21,06$, $ss = 6,81$) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = 1,754$, $p = 0,081$.

Duyarsızlaşma: Antidepresan veya antipsikotik kullanan katılımcıların duyarsızlaşma puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 10,63$, $ss = 3,02$) ile bu ilaçları kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 10,51$, $ss = 4,06$) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = 0,165$, $p = 0,869$.

Kişisel Başarı: Antidepresan veya antipsikotik kullanan katılımcıların kişisel başarı puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 13,74$, $ss = 3,50$) ile bu ilaçları kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 12,85$, $ss = 4,25$) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = 1,197$, $p = 0,232$.

Genel Tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği): Antidepresan veya antipsikotik kullanan katılımcıların genel tükenmişlik puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 47,57$, $ss = 9,48$) ile bu ilaçları kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 44,42$, $ss = 11,18$) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = 1,596$, $p = 0,112$.

Medikal Malpraktis Korku Ölçeği: Antidepresan veya antipsikotik kullanan katılımcıların medikal malpraktis korkusu puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 25,71$, $ss = 4,11$) ile bu ilaçları kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 25,31$, $ss = 4,11$) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = 0,553$, $p = 0,581$.

Pozitif Durumlar: Antidepresan veya antipsikotik kullanan katılımcıların pozitif durumlar puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 37,34$, $ss = 4,48$) ile bu ilaçları kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 34,28$, $ss = 6,08$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $t(307) = 2,88$, $p = 0,004$.

Negatif Durumlar: Antidepresan veya antipsikotik kullanan katılımcıların negatif durumlar puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 15,03$, $ss = 4,83$) ile bu ilaçları

kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 16,28$, $ss = 4,94$) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = -1,411$, $p = 0,159$.

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği: Antidepresan veya antipsikotik kullanan katılımcıların Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanlarının ortalaması ($\bar{X} = 52,37$, $ss = 6,17$) ile bu ilaçları kullanmayan katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 50,56$, $ss = 9,98$) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır; $t(307) = 1,048$, $p = 0,295$.

Katılımcıların çalıştıkları sağlık kurumlarına göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel Maslach Tükenmişlik Ölçeği başarı hissi, genel tükenmişlik (MTÖ), Medikal Malpraktis Korku Ölçeği, pozitif ve negatif durumlar ile Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları arasındaki farklar ANOVA testi kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 14’de özetlenmiştir:

Tablo 14. Acil Tıp Asistan Doktorlarının Çalıştıkları Sağlık Kurumlarına Göre ANOVA Sonuçları

	Kategori	n	X	Ss	Varyans Kaynağı	KT	sd	KO	F	p	Fark
Duygusal Tükenme	Eğitim ve araştırma Hastanesi	128	23,80	6,25	G. Arası	1409,206	2	704,603	16,719	0,000	A ile B (p=0,000); A ile C (p=0,000)
	Kamu Üniversite Hastanesi	139	19,83	6,80	G. İçi	12896,2	306	42,144			
	Şehir Hastanesi	42	18,57	6,17	Toplam	14305,41	308				
Duyarsızlaşma	Eğitim ve araştırma Hastanesi	128	12,34	3,64	G. Arası	738,508	2	369,254	27,704	0,000	A ile B (p=0,000); A ile C (p=0,000)
	Kamu Üniversite Hastanesi	139	9,43	3,82	G. İçi	4078,56	306	13,329			
	Şehir Hastanesi	42	8,62	3,05	Toplam	4817,068	308				
Kişisel Başarı	Eğitim ve araştırma Hastanesi	128	13,04	3,83	G. Arası	1,827	2	0,913	0,052	0,949	Yok
	Kamu Üniversite Hastanesi	139	12,88	4,64	G. İçi	5363,345	306	17,527			
	Şehir Hastanesi	42	12,90	3,60	Toplam	5365,172	308				
MTÖ	Eğitim ve araştırma Hastanesi	128	49,17	10,31	G. Arası	4356,632	2	2178,316	20,12	0,000	A ile B (p=0,000); A ile C (p=0,000)
	Kamu Üniversite Hastanesi	139	42,14	10,66	G. İçi	33128,96	306	108,265			
	Şehir Hastanesi	42	40,10	9,82	Toplam	37485,59	308				
MMKÖ	Eğitim ve araştırma Hastanesi	128	25,65	4,55	G. Arası	109,623	2	54,812	3,301	0,038	A ile C (p=0,049)
	Kamu Üniversite Hastanesi	139	25,53	3,69	G. İçi	5080,927	306	16,604			
	Şehir Hastanesi	42	23,86	3,74	Toplam	5190,55	308				
Pozitif	Eğitim ve araştırma Hastanesi	128	33,84	6,72	G. Arası	233,877	2	116,939	3,305	0,038	A ile B (p=0,017)
	Kamu Üniversite Hastanesi	139	35,59	4,91	G. İçi	10828,32	306	35,387			
	Şehir Hastanesi	42	33,86	6,58	Toplam	11062,2	308				
Negatif	Eğitim ve araştırma Hastanesi	128	16,69	5,14	G. Arası	233,18	2	116,59	4,903	0,008	A ile C (p=0,009)
	Kamu Üniversite Hastanesi	139	16,27	4,79	G. İçi	7277,112	306	23,781			
	Şehir Hastanesi	42	14,00	4,29	Toplam	7510,291	308				
DTUÖ	Eğitim ve araştırma Hastanesi	128	50,52	10,13	G. Arası	530,279	2	265,139	2,89	0,057	Yok
	Kamu Üniversite Hastanesi	139	51,86	9,08	G. İçi	28077,48	306	91,756			
	Şehir Hastanesi	42	47,86	9,44	Toplam	28607,75	308				

Eğitim ve araştırma Hastanesi: A Kamu Üniversite Hastanesi: B Şehir Hastanesi: C

Not: MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, DTUÖ: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, MMKÖ; medikal malpraktis korku Ölçeği SD; Standart deviasyon

Duygusal Tükenme: Çalışılan sağlık kurumları arasında duygusal tükenme puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur; $F(2, 306) = 16,719$, $p < 0,001$. Scheffe testi sonuçlarına göre, "Eğitim ve Araştırma Hastanesi" grubu ($\bar{X} = 23,80$) ile "Kamu Üniversite Hastanesi" grubu ($\bar{X} = 19,83$) ve "Şehir Hastanesi" grubu ($\bar{X} = 18,57$) arasında anlamlı farklar bulunmaktadır (her iki karşılaştırma için $p < 0,001$).

Duyarsızlaşma: Çalışılan sağlık kurumları arasında duyarsızlaşma puanları açısından da anlamlı fark saptanmıştır; $F(2, 306) = 27,704$, $p < 0,001$. "Eğitim ve Araştırma Hastanesi" grubu ($\bar{X} = 12,34$) ile "Kamu Üniversite Hastanesi" grubu ($\bar{X} = 9,43$) ve "Şehir Hastanesi" grubu ($\bar{X} = 8,62$) arasında anlamlı farklar bulunmuştur (her iki karşılaştırma için $p < 0,001$).

Kişisel Başarı: Kişisel başarı hissi açısından çalışılan sağlık kurumları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır; $F(2, 306) = 0,052$, $p = 0,949$. Bu sonuç, kişisel başarı hissinin çalışılan sağlık kurumuna göre farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır.

Genel Tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği): Genel tükenmişlik puanları açısından çalışılan sağlık kurumları arasında anlamlı fark bulunmuştur; $F(2, 306) = 20,12$, $p < 0,001$. Scheffe testi sonuçlarına göre, "Eğitim ve Araştırma Hastanesi" grubu ($\bar{X} = 49,17$) ile "Kamu Üniversite Hastanesi" grubu ($\bar{X} = 42,14$) ve "Şehir Hastanesi" grubu ($\bar{X} = 40,10$) arasında anlamlı farklar bulunmaktadır (her iki karşılaştırma için $p < 0,001$).

Medikal Malpraktis Korku Ölçeği: Çalışılan sağlık kurumları arasında medikal malpraktis korkusu puanları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur; $F(2, 306) = 3,301$, $p = 0,038$. Ancak, Scheffe testi sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Pozitif Durumlar: Pozitif durumlar açısından çalışılan sağlık kurumları arasında anlamlı fark bulunmuştur; $F(2, 306) = 3,305$, $p = 0,038$. Ancak, Scheffe testi sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Negatif Durumlar: Negatif durumlar açısından çalışılan sağlık kurumları arasında anlamlı fark bulunmuştur; $F(2, 306) = 4,903$, $p = 0,008$. Scheffe testi sonuçlarına göre, "Eğitim ve Araştırma Hastanesi" grubu ($\bar{X} = 16,69$) ile "Şehir Hastanesi" grubu ($\bar{X} = 14,00$) arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0,009$).

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği: Çalışılan sağlık kurumları arasında Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır; $F(2, 306) = 2,89$, $p = 0,057$. Bu sonuç, Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanlarının çalışılan sağlık kurumuna göre değişmediğini göstermektedir.

Katılımcıların görev yapma süresine göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi, genel tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği), Medikal Malpraktis Korku Ölçeği, pozitif ve negatif durumlar ile Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları arasındaki farklar ANOVA testi kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir:

Tablo 15. Katılımcıların Acil Servis Asistanı Olarak Görev Yapma Süresine Göre ANOVA Sonuçları

	Görev süresi	n	X	Ss	Varyans Kaynağı	KT	sd	KO	F	p	Fark (Post Hoc - Scheffe)
Duygusal Tükenme	1 yıldan az	53	22,34	7,22	G. Arası	912,413	4	228,10	5,178	0,000	A ile D (p=0,007); B ile D (p=0,004); C ile D (p=0,004)
	1 - 2 yıl arası	84	22,08	6,30	G. İçi	13392,99	304	44,056			
	2 - 3 yıl arası	91	21,97	7,00	Toplam	14305,41	308				
	3 - 4 yıl arası	47	17,28	7,01							
	4 yıldan fazla	34	21,56	4,67							
Duyarsızlaşma	1 yıldan az	53	9,68	4,89	G. Arası	142,699	4	35,675	2,32	0,057	Yok
	1 - 2 yıl arası	84	11,38	3,83	G. İçi	4674,369	304	15,376			
	2 - 3 yıl arası	91	10,74	3,23	Toplam	4817,068	308				
	3 - 4 yıl arası	47	9,62	4,29							
	4 yıldan fazla	34	10,41	3,59							
Kişisel Başarısızlık	1 yıldan az	53	15,09	3,97	G. Arası	351,555	4	87,889	5,329	0,000	A ile B (p=0,003); A ile C (p=0,018); A ile E (p=0,009)
	1 - 2 yıl arası	84	12,19	4,08	G. İçi	5013,617	304	16,492			
	2 - 3 yıl arası	91	12,65	3,48	Toplam	5365,172	308				
	3 - 4 yıl arası	47	13,30	5,15							
	4 yıldan fazla	34	11,79	3,89							
MTÖ	1 yıldan az	53	47,11	13,90	G. Arası	1407,142	4	351,78	2,964	0,020	A ile D (p=0,042)
	1 - 2 yıl arası	84	45,65	10,38	G. İçi	36078,45	304	118,67			
	2 - 3 yıl arası	91	45,35	11,36	Toplam	37485,59	308				
	3 - 4 yıl arası	47	40,19	8,31							
	4 yıldan fazla	34	43,76	8,33							

Tablo 15. (Devamı)

MMKÖ	1 yıldan az	53	25,96	2,58	G. Arası	238,7	4	59,675	3,664	0,006	A ile B (p=0,031); A ile D (p=0,027); B ile C (p=0,005); B ile E (p=0,040); C ile D (p=0,006); D ile E (p=0,033)
	1 - 2 yıl arası	84	24,43	5,28	G. İçi	4951,85	304	16,289			
	2 - 3 yıl arası	91	26,18	3,62	Toplam	5190,55	308				
	3 - 4 yıl arası	47	24,17	4,39							
	4 yıldan fazla	34	26,12	2,61							
Pozitif	1 yıldan az	53	35,00	4,73	G. Arası	80,919	4	20,23	0,56	0,692	Yok
	1 - 2 yıl arası	84	34,30	7,30	G. İçi	10981,28	304	36,123			
	2 - 3 yıl arası	91	34,10	5,51	Toplam	11062,2	308				
	3 - 4 yıl arası	47	35,34	6,86							
	4 yıldan fazla	34	35,29	3,87							
Negatif	1 yıldan az	53	18,25	4,69	G. Arası	372,332	4	93,083	3,964	0,004	A ile B (p=0,014)
	1 - 2 yıl arası	84	15,21	4,52	G. İçi	7137,959	304	23,48			
	2 - 3 yıl arası	91	15,70	5,44	Toplam	7510,291	308				
	3 - 4 yıl arası	47	16,85	4,81							
	4 yıldan fazla	34	15,29	4,16							
DTUÖ	1 yıldan az	53	53,25	9,06	G. Arası	639,003	4	159,75	1,736	0,142	Yok
	1 - 2 yıl arası	84	49,51	10,04	G. İçi	27968,75	304	92,002			
	2 - 3 yıl arası	91	49,80	9,22	Toplam	28607,75	308				
	3 - 4 yıl arası	47	52,19	11,41							
	4 yıldan fazla	34	50,59	7,17							

1 yıldan az: A, 1 - 2 yıl arası: B, 2 - 3 yıl arası: C, 3 - 4 yıl arası: D, 4 yıldan fazla: E; Not: MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, DTUÖ: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, MMKÖ: Medikal Malpraktis Korku Ölçeği SD; Standart deviasyon

Maslach Tükenmişlik Ölçeği: Görev yapma süresine göre duygusal tükenme puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $F(4, 304) = 5,178$, $p < 0,001$. Scheffe testi sonuçlarına göre, “1 yıldan az” grubu ($\bar{X} = 22,34$) ile “3-4 yıl arası” grubu ($\bar{X} = 17,28$) arasında ($p = 0,007$), “1-2 yıl arası” grubu ($\bar{X} = 22,08$) ile “3-4 yıl arası” grubu ($p = 0,004$) ve “2-3 yıl arası” grubu ($\bar{X} = 21,97$) ile “3-4 yıl arası” grubu ($p = 0,004$) arasında anlamlı farklar bulunmuştur.

Duyarsızlaşma: Görev yapma süresine göre duyarsızlaşma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır; $F(4, 304) = 2,32$, $p = 0,057$.

Kişisel Başarı Hissi: Görev yapma süresine göre kişisel başarı hissi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $F(4, 304) = 5,329$, $p < 0,001$. Scheffe testi sonuçlarına göre, “1 yıldan az” grubu ($\bar{X} = 15,09$) ile “1-2 yıl arası” grubu ($\bar{X} = 12,19$) arasında ($p = 0,003$), “1 yıldan az” grubu ile “2-3 yıl arası” grubu ($\bar{X} = 12,65$) arasında ($p = 0,018$) ve “1 yıldan az” grubu ile “4 yıldan fazla” grubu ($\bar{X} = 11,79$) arasında ($p = 0,009$) anlamlı farklar bulunmuştur.

Genel Tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği): Görev yapma süresine göre genel tükenmişlik puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $F(4, 304) = 2,964$, $p = 0,020$. Scheffe testi sonuçlarına göre, “1 yıldan az” grubu ($\bar{X} = 47,11$) ile “3-4 yıl arası” grubu ($\bar{X} = 40,19$) arasında ($p = 0,042$) anlamlı fark bulunmuştur.

Medikal Malpraktis Korku Ölçeği: Görev yapma süresine göre medikal malpraktis korkusu puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $F(4, 304) = 3,664$, $p = 0,006$. Scheffe testi sonuçlarına göre, “1 yıldan az” grubu ($\bar{X} = 25,96$) ile “1-2 yıl arası” grubu ($\bar{X} = 24,43$) arasında ($p = 0,031$), “1 yıldan az” grubu ile “3-4 yıl arası” grubu ($\bar{X} = 24,17$) arasında ($p = 0,027$) ve “1-2 yıl arası” grubu ile “2-3 yıl arası” grubu ($\bar{X} = 26,18$) arasında ($p = 0,005$) anlamlı farklar bulunmuştur. Ayrıca, “1-2 yıl arası” grubu ile “4 yıldan fazla” grubu ($\bar{X} = 26,12$) arasında ($p = 0,040$), “2-3 yıl arası” grubu ile “3-4 yıl arası” grubu arasında ($p = 0,006$) ve “3-4 yıl arası” grubu ile “4 yıldan fazla” grubu arasında ($p = 0,033$) da anlamlı farklar bulunmuştur.

Pozitif Durumlar: Görev yapma süresine göre pozitif durumlar puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır; $F(4, 304) = 0,56, p = 0,692$

Negatif Durumlar: Görev yapma süresine göre negatif durumlar puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; $F(4, 304) = 3,964, p = 0,004$. Scheffe testi sonuçlarına göre, “1 yıldan az” grubu ($\bar{X} = 18,25$) ile “1-2 yıl arası” grubu ($\bar{X} = 15,21$) arasında ($p = 0,014$) anlamlı fark bulunmuştur.

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği: Görev yapma süresine göre Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır; $F(4, 304) = 1,736, p = 0,142$.

4.4. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Bu bölümde araştırmada yer alan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ve yapılan diğer istatistiksel analizler neticesinde elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

Ölçeklerin güvenilirliklerine ilişkin bilgi edinebilmek amacıyla Cronbach Alfa katsayıları değerleri hesaplanmıştır. Genel olarak Cronbach Alfa analizi sonucunda elde edilen düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayısı; 0,30 ve üzeri olan maddelerin iyi maddeler olduğu. 0,20-0,30 arası olan maddelerin gerektiğinde ölçme aracından alınabileceği. 0,20'nin altında olan maddelerin de ölçme aracından çıkarılması gerektiği belirtilmektedir [53]. Ölçeğin genel Cronbach Alfa güvenilirlik kat sayısı için; 0.00-0.40 arasında ise “güvenilir değil”, 0.40-0.60 arasında ise “düşük derecede güvenilir, 0,60-0,90 arasında ise “oldukça güvenilir ve 0.90 üzerinde ise “yüksek derecede güvenilir” olduğu yorumu yapılabilir [54].

Belirli bir örneklemden elde edilen değişkenlerin oluşturduğu veri yapısının faktör analizi için yeterli olup olmadığını KMO testi göstermektedir. KMO katsayısının en az 0.60 olması ve Barlett testinin anlamlı çıkması verilerin faktör analizi için uygun olduğunu gösterir. Örneklem büyüklüğü için KMO katsayısının

0.60-0.70 arasında ise “zayıf”, 0.70-0.80 arasında ise “orta”, 0.80-0.90 arasında ise iyi ve 0.90 üzerinde ise “mükemmel” olduğu yorumu yapılabilir [53, 55].

Faktör analizleri sonucunda ölçekler için ortaya çıkan faktör yükleri göz önüne alınarak, faktör ya da faktörler altında toplanabilecek değişkenler belirlenmiştir. Bir maddenin faktör yük değerinin düşük olması, o maddenin söz konusu faktörle yeterince güçlü bir şekilde ilişkili olmadığının göstergesi olduğundan faktör yük değerlerinin 0,32’den düşük olmamasına dikkat edilmiştir [53].

Çalışmada kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği için Cronbach alfa analizi ve AFA analizleri gerçekleştirilmiştir. Analizler sonucunda elde edilen bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 16. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling		0,788
Barlett’s Test of Sphericity		3971,434
Df		231
Sig.		0,000
Açıklanan Toplam Varyans		53,535
Cronbach Alfa (Toplam)		0,867
Boyutlar	İfadeler	Faktör Yüğü
Duygusal tükenme	MTÖ1	0,762
	MTÖ2	0,64
	MTÖ3	0,618
	MTÖ6	0,559
	MTÖ8	0,741
	MTÖ13	0,783
	MTÖ14	0,69
	MTÖ16	0,504
	MTÖ20	0,653
Açıklanan Varyans		21,339
Cronbach Alfa		0,909
Duyarsızlaşma	MTÖ5	0,638
	MTÖ10	0,812
	MTÖ11	0,614
	MTÖ15	0,514
	MTÖ22	0,714

Tablo 15. (Devamı)

Açıklanan Varyans	18,083	
Cronbach Alfa	0,777	
Kişisel başarısızlık	MTÖ4	0,665
	MTÖ7	0,658
	MTÖ9	0,637
	MTÖ12	0,628
	MTÖ17	0,589
	MTÖ18	0,442
	MTÖ19	0,55
	MTÖ21	0,577
Açıklanan Varyans	14,114	
Cronbach Alfa	0,767	

Not: MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Araştırmada kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Büyüköztürk ve Can tarafından belirtilen güvenilirlik seviyelerine göre yapılan değerlendirmede, ölçeğin genel Cronbach Alfa katsayısı 0,867 olarak bulunmuştur, bu da ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir [53, 54]. Ayrıca, her bir alt boyut için ayrı ayrı Cronbach Alfa katsayıları da hesaplanmış olup, bu katsayılar ilgili alt boyutların güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla tabloda sunulmuştur.

Ölçeğin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Barlett's Test of Sphericity uygulanmıştır. KMO testi sonucunda elde edilen 0,788 değeri, örneklemin faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir. Barlett's Test of Sphericity sonucu anlamlı bulunmuştur ($\chi^2(231) = 3971,434$, $p < 0,001$), bu da verilerin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir.

Faktör analizinde, ölçeğin toplam varyansının %53,535'i açıklanmıştır. Her bir faktörün açıklanan varyans oranları ve faktör yük değerleri tabloya eklenmiştir. Faktör analizine ilişkin sonuçlar, her bir alt boyutta yer alan ifadelerin ilgili faktör altında toplandığını ve faktör yük değerlerinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu durum, her bir ifadenin ilgili faktör ile güçlü bir ilişki içerisinde olduğunu ortaya koymaktadır.

Özetle, Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin genel ve alt boyutlar bazında yüksek güvenilirlik ve geçerlilik düzeyine sahip olduğu bulgulanmıştır.

Çalışmada kullanılan Medikal Malpraktis Korku Ölçeği için Cronbach alfa analizi ve AFA analizleri gerçekleştirilmiştir. Analizler sonucunda elde edilen bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 17. Medikal Malpraktis Korku Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling		0,783
Barlett's Test of Sphericity		1107,214
Df		15
Sig.		0,000
Açıklanan Toplam Varyans		63,040
Cronbach Alfa (Toplam)		0,875
Boyutlar	İfadeler	Faktör Yüğü
Duygusal Tepkisellik	MMKÖ1	0,714
	MMKÖ2	0,725
	MMKÖ3	0,885
	MMKÖ4	0,847
	MMKÖ5	0,813
	MMKÖ6	0,765

Not: MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Çalışmada kullanılan Medikal Malpraktis Korku Ölçeği'nin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Büyüköztürk ve Can tarafından belirtilen güvenilirlik seviyelerine göre yapılan değerlendirmede, ölçeğin genel Cronbach Alfa katsayısı 0,875 olarak bulunmuştur [53, 54]. Bu değer, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Barlett's Test of Sphericity uygulanmıştır. KMO testi sonucunda elde edilen 0,783 değeri, örneklemin faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir. Barlett's Test of Sphericity sonucu anlamlı bulunmuştur ($\chi^2(15) = 1107,214$, $p < 0,001$), bu da verilerin faktör analizine uygun olduğunu ortaya koymaktadır.

Faktör analizi sonucunda, ölçeğin toplam varyansının %63,040'ı açıklanmıştır. Bu sonuç, ölçeğin değerlendirdiği faktörlerin toplam varyansın büyük bir kısmını açıkladığını ve ölçeğin yapısal geçerliliğinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir.

Faktör yükleri incelendiğinde, tüm maddelerin faktör yük değerlerinin 0,32'nin üzerinde olduğu ve bu durumun her bir maddenin ilgili faktör ile yeterince güçlü bir ilişki içerisinde olduğunu gösterdiği belirlenmiştir. Bu bulgular, Medikal Malpraktis Korku Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

Tablo 18. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling		0,838
Barlett's Test of Sphericity		2813,826
Df		91
Sig.		0,000
Açıklanan Toplam Varyans		57,403
Cronbach Alfa (Toplam)		0,898
Boyutlar	İfadeler	Faktör Yüğü
Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum düzeyi	DT1	0,758
	DT2	0,659
	DT3	0,769
	DT4	0,695
	DT5	0,727
	DT6	0,614
	DT7	0,554
	DT8	0,477
	DT9	0,515
Açıklanan Varyans	29,192	
Cronbach Alfa	0,846	
Negatif defansif tıp uygulamaları tutum düzeyi	DT10	0,887
	DT11	0,836
	DT12	0,894
	DT13	0,853
	DT14	0,700
Açıklanan Varyans	29,210	
Cronbach Alfa	0,918	

Çalışmada kullanılan Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği için geçerlilik ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. Analizler sonucunda elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir:

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği'nin genel Cronbach Alfa katsayısı 0,898 olarak bulunmuştur. Büyüköztürk ve Can tarafından belirtilen güvenilirlik seviyelerine göre bu değer, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir [53, 54]. Ölçeğin alt boyutları için hesaplanan Cronbach Alfa katsayıları da incelenmiş olup, Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum düzeyi için 0,846 ve Negatif defansif tıp uygulamaları tutum düzeyi için 0,918 bulunmuştur. Her iki alt boyutun da oldukça güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Barlett's Test of Sphericity uygulanmıştır. KMO testi sonucunda elde edilen 0,838 değeri, örneklemin faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir. Barlett's Test of Sphericity sonucu ise anlamlı bulunmuştur ($\chi^2(91) = 2813,826$, $p < 0,001$), bu da verilerin faktör analizine uygun olduğunu ortaya koymaktadır.

Faktör analizi sonucunda, ölçeğin toplam varyansının %57,403'ü açıklanmıştır. Ölçeğin iki alt boyutu olan Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum düzeyi ve Negatif defansif tıp uygulamaları tutum düzeyi için açıklanan varyans oranları sırasıyla %29,192 ve %29,210'dur. Bu sonuçlar, ölçeğin değerlendirdiği faktörlerin toplam varyansın büyük bir kısmını açıkladığını ve ölçeğin yapısal geçerliliğinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği'nin hem genel hem de alt boyutlar bazında geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

4.5. Medikal Malpraktis Korkusu ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkide Defansif Tıp Uygulamaları Tutumunun Aracı Rolüne Yönelik Analizler

Medikal Malpraktis Korkusu ve Tükenmişlik arasındaki ilişkide Defansif Tıp Uygulamaları Tutumu'nun aracı rolünü test edebilmek için yapısal eşitlik modelinden (SEM) yararlanılmıştır. Araştırmamızdaki model, uyum iyiliği istatistikleri ve

hipotezler doğrultusunda geçerli olduğu gösterildi. Bu, değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Medikal Malpraktis Korkusu'nun sağlık çalışanlarının Tükenmişlik düzeylerine etkisinde Defansif Tıp Uygulamaları Tutumu'nun aracı rolünü gösteren Yapısal Eşitlik Modeli, aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.

Model Özeti:

Bağımsız Değişken: Medikal Malpraktis Korku Ölçeği

Aracı Değişken: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği - Pozitif ve Negatif Defansif Tıp Tutumları

Bağımlı Değişken: Maslach Tükenmişlik Ölçeği - Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı Hissi

Modelin Temel İlişkileri:

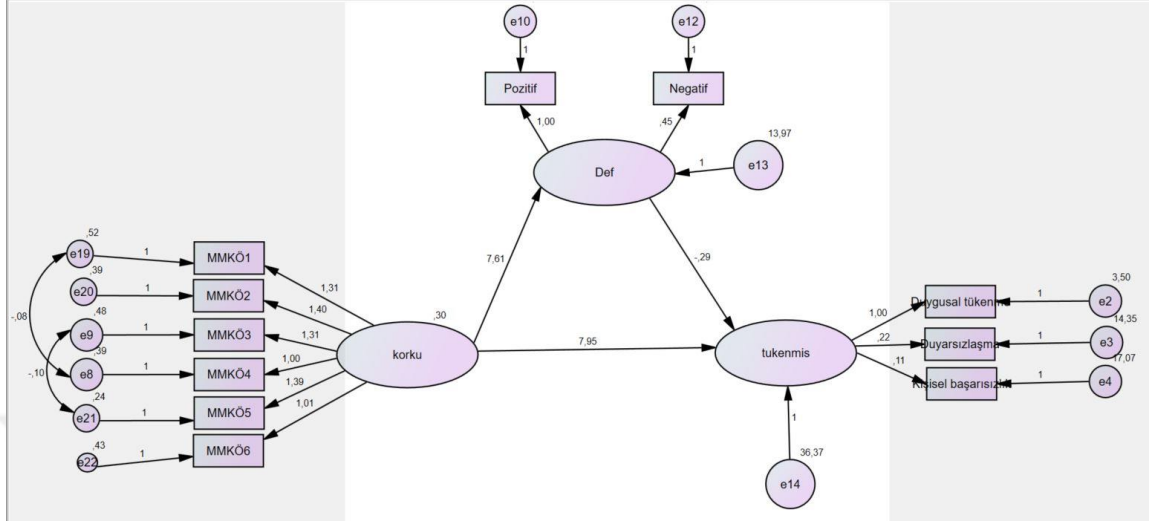
Medikal Malpraktis Korkusu (Medikal Malpraktis Korku Ölçeği) → Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği → Tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği)

Medikal Malpraktis Korkusu (Medikal Malpraktis Korku Ölçeği) → Tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği)

Modelimizde, medikal malpraktis korkusu, sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olmakla birlikte, bu etki büyük ölçüde defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlar aracılığıyla gerçekleşmektedir. Bu bulgular, sağlık çalışanlarının malpraktis korkularının tükenmişlik üzerindeki etkilerini azaltmak için defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumları üzerinde odaklanmanın önemini vurgulamaktadır.

Bu yapısal eşitlik modeli, sağlık hizmeti sunumunda malpraktis korkusu ve tükenmişlik arasındaki karmaşık ilişkileri anlamak için güçlü bir araç sunar.



CMIN=91,385; DF=39; p=0,000; CMIN/DF=2,343, RMR=0,058; GFI=0,950; AGFI=0,915; NFI=0,925; IFI=0,956; TLI=0,937; CFI=0,955; RMSEA=0,066

Şekil 1. Medikal Malpraktis Korkusu ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkide Defansif Tıp Uygulamaları Tutumunun Aracı Rolü

Yapısal Eşitlik Modeline ait uyum indekslerinin uyum iyiliği koşullarını karşıladığı ve uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmektedir [56].

Tablo 19. Ayrışma Bireyleşme ve Psikosomatik Belirtiler Arasındaki İlişkide Duygu Düzenlemenin Aracı Rolü Model Sonuçları

Hipotezler	Doğrudan Etki	S.H.	C.R.	Dolaylı Etki	p	%95 GA		Hipotez Test Sonuçları
						AL	ÜL	
Korku → Defansif	7,611	0,725	10,496		0,000**			Desteklendi
Korku → Tükenmişlik	7,946	1,430	5,558		0,000**			Desteklendi
Defansif → Tükenmişlik	-0,294	0,140	-2,103		0,036*			Desteklendi
Korku → Defansif → Tükenmişlik				-0,178	0,000**	-0,478	-0,011	Desteklendi

**p < 0,01, *p < 0,05; SH:Standart Hata; AL: alt güven aralığı; ÜL: üst güven aralığı. Bootstrap yeniden örnekleme=5000

Bu analizde, Medikal Malpraktis Korku Ölçeği ile Tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği) arasındaki ilişkide Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği aracı rolü test edilmiştir. Yapısal Eşitlik Modeli (SEM) kullanılarak elde edilen bulgular, modelin geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Bulgular, sağlık çalışanlarının medikal malpraktis korkusunun tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkisinin, defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlar aracılığıyla nasıl gerçekleştiğini ortaya koymaktadır.

1. Medikal Malpraktis Korkusu (Medikal Malpraktis Korku Ölçeği) → Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği:

Doğrudan Etki: 7,611

Standart Hata (S.H.): 0,725

C.R. (Critical Ratio): 10,496

p-değeri: 0,000 ($p < 0,01$, anlamlı)

Bu bulgu, medikal malpraktis korkusunun defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlar üzerinde güçlü ve pozitif bir etkisi olduğunu göstermektedir. Yani, sağlık çalışanlarının malpraktis korkusu arttıkça, defansif tıp uygulamalarına yönelme eğilimleri de artmaktadır. C.R. değeri (10,496) oldukça yüksektir, bu da ilişkinin istatistiksel olarak çok güçlü olduğunu gösterir.

2. Medikal Malpraktis Korkusu (Medikal Malpraktis Korku Ölçeği) → Tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği):

Doğrudan Etki: 7,946

Standart Hata (S.H.): 1,430

C.R. (Critical Ratio): 5,558

p-değeri: 0,000 ($p < 0,01$, anlamlı)

Medikal malpraktis korkusunun, sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri üzerinde doğrudan ve pozitif bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu, malpraktis korkusu yüksek olan sağlık çalışanlarının daha yüksek tükenmişlik düzeylerine sahip

olduklarını göstermektedir. C.R. değeri (5,558) yine oldukça yüksek ve ilişkinin anlamlı olduğunu işaret ediyor.

3. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği → Tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği):

Doğrudan Etki: -0,294

Standart Hata (S.H.): 0,140

C.R. (Critical Ratio): -2,103

p-değeri: 0,036 ($p < 0,05$, anlamlı)

Bu bulgu, defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumların, tükenmişlik düzeylerini negatif yönde etkilediğini göstermektedir. Yani, defansif tıp uygulamalarına daha fazla yönelen sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri azalmaktadır. C.R. değeri (-2,103) anlamlılık sınırını geçmekte olup, bu ilişkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir.

4. Medikal Malpraktis Korkusu (Medikal Malpraktis Korku Ölçeği) → Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği → Tükenmişlik (Maslach Tükenmişlik Ölçeği) (Dolaylı Etki):

Dolaylı Etki: -0,178

p-değeri: 0,000 ($p < 0,01$, anlamlı)

Alt Güven Aralığı (AL): -0,478

Üst Güven Aralığı (ÜL): -0,011

Dolaylı etki analizi, medikal malpraktis korkusunun tükenmişlik üzerindeki etkisinin, defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlar aracılığıyla kısmen gerçekleştiğini göstermektedir. Burada, defansif tıp tutumları aracılığıyla tükenmişlik üzerinde negatif bir etki gözlemlenmektedir. Bu bulgu, medikal malpraktis korkusunun doğrudan tükenmişlik üzerinde pozitif bir etkisi olduğunu, ancak defansif tıp uygulamalarına yönelme eğilimi bu etkiyi bir miktar azalttığını göstermektedir.

Dolaylı etkinin bootstrap güven aralığı (-0,478, -0,011) sıfırı içermemektedir, bu da dolaylı etkinin anlamlı olduğunu göstermektedir.

Analiz sonuçları, medikal malpraktis korkusunun sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini artırdığını, ancak bu ilişkinin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlar aracılığıyla kısmen hafifletildiğini göstermektedir. Sağlık çalışanlarının defansif tıp uygulamalarına yönelmeleri, tükenmişlik üzerinde azaltıcı bir etkiye sahip olabilir. Bu bulgular, sağlık politikalarının ve yönetim stratejilerinin, sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini azaltmak için malpraktis korkusunu ve defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumları nasıl ele alması gerektiği konusunda önemli ipuçları sunmaktadır.

Yapısal eşitlik modelinin uyum iyiliği indeksleri de modelin kabul edilebilir düzeyde olduğunu ve elde edilen sonuçların güvenilir olduğunu göstermektedir. Analizde bootstrap yöntemi kullanılmıştır. Bootstrap yönteminin, Baron ve Kenny'nin geleneksel yönteminden ve Sobel testinden daha güvenilir olduğu öne sürülmektedir. Bootstrap yönteminde 5000 yeniden örneklem seçeneği kullanılmıştır. Bu yöntem ile gerçekleştirilen aracılık analizi sonucunda elde edilen %95 güven aralığındaki değerlerin sıfır (0) değerini kapsamaması gerekmektedir. Bu değer kapsandığı için analizin anlamlılık düzeyinin 0,05'ten düşük olduğu yani aracılık testinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamız sonucunda medikal malpraktis korkusunun defansif tıp uygulamaları eğilimi ve tükenmişlik düzeyini arttırıcı yönde etkilediği gözlemlendi. Ayrıca defansif tıp uygulama eğilimi artan acil tıp asistanlarının tükenmişlik düzeyinin azaldığı görüldü. Çalışmamız Türkiye’de acil tıp asistanlarının medikal malpraktis korkusunun, defansif tıp uygulama eğilimleri ve bunların mesleki tükenmişlik durumu üzerine etkilerini değerlendiren ilk çalışma olması yönü ile sonuçları dikkat çekicidir.

Tüm sağlık çalışanları ve özellikle hekimler, o sırada geçerli olan koşullara bağlı olarak mesleklerini icra ederken kendilerini korumak için savunmacı yöntemler kullanmışlardır. Ne yazık ki savunmacı tıp, uygulayıcıları kanıta dayalı tıptan uzaklaştırarak olumlu veya olumsuz uygulamalara yol açabilir [57]. Negatif savunmacı tıp uygulamaları, hasta bakımındaki potansiyel riskleri ve bunun sonucunda ortaya çıkan malpraktis iddialarını önlemek için yüksek riskli tedavileri ve tanı testlerini gizlemeyi veya kullanmamayı içermektedir [58]. Pozitif savunmacı tıp ise, sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından sağlık hizmetlerinde karşılaşılabilecek riskleri en aza indirmek için gereksiz ve aşırı tanı testleri ve müdahaleleri kullanmayı kastetmektedir [58]. Pensilvanya'daki yüksek riskli bölümlerdeki 824 uzman hekim üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %93'ünün savunmacı tıp kullandığı bildirilirken, tıp öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada, Rodriguez ve arkadaşları, öğrencilerin mezuniyete yaklaştıkça malpraktis ve savunmacı düşünce konusunda endişelerin arttığını bildirmiştir [43, 59]. Solaroglu ve arkadaşlarının beyin cerrahları üzerinde yaptıkları bir çalışma, deneklerin %82,4'ünün defansif tıp kullanma eğiliminde olduğunu ve yaş, ikamet edilen coğrafi bölge ve çalışılan bölge gibi sosyodemografik özelliklerden etkilendiklerini belirlemiştir [60]. Ancak acil tıp uzmanlarının defansif tıba olan eğilimleri sosyodemografik özelliklerden etkilenmemiştir [60]. Bununla birlikte ülkemizde ortopedi ve travmatoloji uzmanı olarak görev yapan hekimlerin mesleki tükenmişliklerinin diğer hekimlere kıyasla fazla olduğu rapor edilmiştir [61]. Acil servislerde hızlı ve kritik karar alma zorunluluğu, kalabalık acil servis ortamları gibi nedenlerden ötürü acil tıp doktorlarının mesleki tükenmişliği artmaktadır [62].

Çalışmamızda hekimlerin malpraktis korku düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %87,7'sinin yüksek düzeyde malpraktis korkusu, %9,1'inin orta düzeyde ve %3,2'sinin düşük düzeyde malpraktis korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Katz ve arkadaşlarının ABD'deki acil servis hekimleri ile yaptığı çalışmada katılımcıların %39,7'sinin yüksek seviyede malpraktis korkusu taşıdığı rapor edilmiştir [45]. Yine Türkiye'de bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hekimlerle yapılan bir çalışmada, %59,3'ünün yüksek seviyede malpraktis korkusuna sahip olduğu bildirilmiştir [63]. Katılımcıların yeterli eğitim, gelecek ve mali kaygılar nedeniyle malpraktis korkusu yaşadığı düşünülse de çalışmamızda kişisel başarısızlık seviyesinin normal olduğu ortaya konmuştur. Türkiye'deki adliyelerde alınan kararlar incelendiğinde 2021 yılında en çok dava edilen meslek grubunun hekimler olduğu ve bu malpraktis iddialarının ve davalarının artmasının, hekimlerde malpraktis korkusunu arttırmaya neden olduğu düşünülmektedir [64]. Bununla birlikte medikal malpraktis korkusunun tükenmişliği arttırması sonucunda, acil tıp hekimlerinde meydana gelen iş bırakma oranlarında artış, bakım kalitesinde azalma, defansif tıp uygulama eğiliminin artması gibi sorunlarla ilerleyen yıllarda karşı karşıya kalınacağı öngörülmektedir.

Dünya genelinde, sağlık çalışanlarının artan mesleki tükenmişliklerini azaltmak için çeşitli çözümler aranmaya devam etmektedir. Ameliyathanede çalışan sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada, çalışma esnasında müzik dinletilmesinin mesleki tükenmişliği azaltmada etkili olabileceği belirtilmiştir [65]. Bu yöntemin, çalışanların stres düzeylerini azalttığı ve genel mesleki tatminlerini artırdığı savunulmuştur. Ancak acil servis çalışanları üzerinde yapılan çalışmalar, denenilen yöntemlerin sadece kısmi olumlu sonuçlar verdiğini, tam bir çözüm sağlanamadığını göstermektedir [66]. Ülkemizde acil servis doktorlarına yönelik mesleki tükenmişliği azaltacak spesifik rutin bir uygulama bulunmamaktadır. Bu nedenle, acil tıp doktorları, tükenmişlik sorunlarıyla kendi bireysel yöntemleriyle başa çıkmaya çalışmaktadır. Çalışmamızda, malpraktis korkusunun, defansif tıp uygulama eğilimlerini artırdığı sonucuna varılmıştır. Muhtemelen acil tıp doktorları, malpraktis davalarından kaçınmak için defansif tıp uygulamalarına yönelmektedir. Bu sayede, kendilerini daha güvende hissederek mesleki tükenmişlik seviyelerini bu uygulamalarla azaltmaya çalıştıkları gözlemlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre medikal malpraktis korku düzeyinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Carrier ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların erkeklerden daha düşük korku seviyesine sahip olduğu bulunmuştur [67]. Bizim çalışmamıza katılan kadın hekimlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma düzeylerinin erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak medikal malpraktis korku ölçeği üzerinde cinsiyetler arasında belirgin bir farklılık olmadığı da izlenmiştir. Reed ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada genç hekimlerin orta yaşlı hekimlere göre daha fazla malpraktis korkusu yaşadığı tespit edilmiştir [68]. Bizim çalışmamızda ise yaş grupları arasında duygusal tükenme düzeyleri benzer iken 30-39 yaş arası katılımcıların medikal malpraktis korkusunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca yaşı daha yüksek olan hekimlerin genel tükenmişlik, duygusal tükenmişlik düzeylerinin ve duyarsızlaşma seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna göre çalışmanın sonuçlarının araştırmanın yapıldığı kurumun özelliklerine ve popülasyona göre değiştiği değerlendirilebilir. Çalışılan sağlık kurumları arasında duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın kurumlarda çalışan hekimleri etkileyebileceği çalışmamızın bir sonucu olarak ortaya konmuştur. Her ne kadar çalışılan kurumlar arasında medikal malpraktis korkusu farklılık göstermese de genel tükenmişlik puanının en yüksek eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışanlarda, en düşük ise şehir hastanelerinde bulunduğu saptanmıştır.

Malpraktis iddialarının ve sigortanın artan maliyeti, önemli sağlık politikası tartışmalarını ateşlemiştir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının birincil amacının hastaların tıbbi ihtiyaçlarını karşılamak yerine eleştiri ve davalardan kaçınmak olduğu, tıbbi uygulamalar olarak tanımlanan defansif tıp olarak bilinen olguyu ortaya çıkardı [43]. Defansif tıp uygulamasının kesin olarak ölçülmesi zor olsa da, araştırmacılar tanı testlerinin ve terapotik müdahalelerin yaklaşık %5-10'unun dava endişeleri nedeniyle yapıldığını tespit etmişlerdir [69]. Uzmanlar, ABD'de defansif tıp maliyetinin yıllık 9 ila 18 milyar dolar olduğunu ve sağlık harcamalarının yaklaşık %1-2'sini tükettiğini tahmin etmektedir [70].

Defansif tıp, kabul görmüş en iyi klinik uygulamalardan sapma yönüne bağlı olarak negatif veya pozitif bir form alabilir [43]. Bazen kaçınma davranışları olarak da adlandırılan negatif defansif medikal tıp, yüksek riskli tıbbi testlerden ve

prosedürlerden ve yüksek riskli veya dava açmaya meyilli olduğu düşünölen hastalardan kaçınmaktan oluşur. Bunun tersine, bazen güvence davranışı olarak da adlandırılan pozitif defansif tıp, gereksiz veya aşırı tanı testleri, prosedürleri ve sevkleri istemeyi içermektedir [43, 71]. 2009’da Amerikan Tabipler Birliğı tarafından desteklenen 1231 birincil bakım doktoru, cerrahi uzmanı ve cerrahi olmayan uzmanın katıldığı bir ankette, doktorların %91’i doktorların kendilerini malpraktis davalarından korumak için ihtiyaç duyduklarından daha fazla test istedikleri ve prosedür izledikleri konusunda hemfikir di. Coğrafya, uygulama türü veya mesleki toplum üyelikleri arasında yanıtları etkileyen istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır [72]. Yapılan bir çalışmada stajlarına başlamalarından itibaren 3 ay içinde acil tıp stajyerlerinin ve asistanlıklarını tamamlayan acil tıp asistanları değerlendirilmiştir. Stajyerlerin orta düzeyde defansif tıp maruziyeti ve malpraktis endişesiyle başladıkları ve asistanlığın sonuna doğru bunun hafifçe azaldığı tespit edilmiştir. Yapılan detaylı incelemede tıp faköltesinin üçüncü yılının başında, henüz klinik rotasyonlar başlamadan önemli ölçüde malpraktis endişesi yaşadıkları bulunmuştur [73]. Acil tıp stajyerlerinde asistanlara göre dava edilmekten çok daha az endişe duydukları düşük hasta sorumluluğı seviyeleri göz önüne alındığında beklenen bir bulgu olmuştur. Araştırma sırasında bir asistanın belirttiğı “Yasal nedenlerle bilgisayarlı tomografi (BT) taramasına ihtiyacımız vardır” alıntısı, asistanlık sırasında medikal malpraktis olarak algılanabilecek durumu göstermektedir. Defansif tıbbın sağık hizmetleri maliyetleri üzerindeki etkisini ölçmek imkansız olsa da, bu maliyetler üzerindeki etkisi yadsınamaz bir gerçektir. Bazı yetkililer defansif tıbbın daha iyi veya daha bilinçli bakıma yol açtığını öne sürmüş olsa da daha iyi sonuçlara yol açtına dair kanıtlar yoktur [58]. Dekay ve arkadaşları, birkaç seçilmiş hastanın defansif tıptan kaynaklanan sağık sonuçlarında iyileşmeler yaşarken, tanı testlerinin tesadüfi bulgulara ve yanlış pozitif tanı testlerine yanıt olarak gerçekleştirilen gereksiz, zararlı prosedürler nedeniyle klinik sonuçların genel olarak kötüleşmesine yol açtığını savunmaktadır [74]. BT gibi non-invaziv testlerin bile artık önemli riskler taşıdığı kabul edilmektedir ve tüm kanserlerin %2’si bu görüntüleme modalitesinden kaynaklanan iyonlaştırıcı radyasyona atfedilmektedir [75].

Tıbbi uygulama hatası iddialarında sağlık kuruluşları dikkate alındığında devlet hastaneleri %62 ile önce gelen sağlık kuruluşu olmuştur [76]. Çalışmamıza Kamu Üniversite Hastanesi grubu, Eğitim ve Araştırma Hastanesi grubu ve şehir Hastanesi grubu olmak üzere üç hastanede görev yapan katılımcılar dahil edilmiştir. Buna göre Eğitim ve Araştırma Hastanesinde alışan hekimlerin en yüksek duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanına sahip olduğu saptanmıştır. Mesleki tükenmişlik unsurları ve Medikal Malpraktis Korkusunun ise çalışılan kuruma göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Rodriguez ve arkadaşlarının tıp öğrencileri ve asistan hekimler üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin mezuniyete yaklaştıkça malpraktis ve defansif düşünce konusunda endişelerinin arttığı bildirilmiştir [77]. Çalışmamızda acil tıp asistanlarının görev yapma süresinin ilk yıllarında daha yüksek duygusal tükenme ve kişisel başarı hissine sahip olduğu; ilerleyen yıllarda medikal malpraktis korkusunun arttığı tespit edilmiştir. Ancak görev süresinin artması ile mesleki tükenmişlik ölçeğinde herhangi bir fark bulunmadığı gözlenmiştir.

Tükenmişlik sağlık çalışanları arasında yüksek yaygınlığa sahip bireysel bir psikolojik sendromdur [9] [78]. Kaygı ve depresyon gibi olumsuz psikolojik sonuçlara ek olarak tükenmişliğin kardiyovasküler hastalıklar, tıp 2 diyabet gibi ölüm riskini arttıracılabilecek sonuçları bulunmaktadır [79]. Tıbbi alışanlar arasındaki tükenmişlik, yalnızca hekimlerin sağlığını değil aynı zamanda hastaların sağlığını da tehdit edebilecek bir olgudur [80]. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile değerlendirilebilen bu olumsuz hissiyatın duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarının azalması gibi alt tipleri bulunmaktadır. İş ile ilgili streslerde tükenmişliğin ardışık ve yukarıda belirtilen sırada olması söz konusudur [9]. Önceki alışmalar malpraktis davalarının hekimler için önemli bir stres faktörü olduğunu göstermiştir [81]. Hatta Suudi Arabistan'daki sağlık çalışanları arasında depresyon ve anksiyete gibi bozuklukların dava korkusu ile arasında önemli bir korelasyon bulunmuştur [82]. Dolayısıyla sağlık çalışanları, özellikle acil hekimlerinin malpraktis korkusunun tükenmişliğe yol açabileceği hipotezini öne sürmek oldukça makuldür. Çalışmamızda yapısal eşitlik modelinden faydalanarak medikal malpraktis korkusu ve tükenmişlik arasındaki ilişki test edilmiştir. Buna göre medikal malpraktis korkusu acil hekimleri üzerinde çalıştığı kurumdan bağımsız olarak tükenmişlik düzeylerini etkilemektedir. Bu etkide de

defansif tıp uygulamalarının rolü büyüktür. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının malpraktis korkusunu ve tükenmişlik hissini azaltmak için defansif tıbbi kullanmaya meyilli olduğu gösterilmiştir. Buradan da defansif tıp uygulamalarını destekleyen sağlık çalışanlarının tükenmişlik seviyelerinin azaldığı ve kendilerini daha güvende hissettikleri söylenebilir.

Defansif tıp uygulamalarının artması, başka sorunları da beraberinde getirmektedir. Yapılan bir çalışmada, acil tıp doktorlarının defansif tıp uygulamaları sonucunda, hastaların acil serviste kalış sürelerinin uzadığını bilmelerine rağmen medikolegal sorunlardan kaçmak için bu uygulamalara devam ettikleri gözlemlenmiştir [83]. Hastaların acil serviste kalış sürelerinin uzaması yanında, gereğinden fazla test istenmesi acil servislerde öne çıkan bir başka sorundur. Gereksiz tetkiklerin istenmesi, maliyetlerin artmasına da neden olmaktadır [84]. Ayrıca, defansif tıp uygulamalarının acil tıp asistanlarının tıptan aldıkları keyif duygusunu azalttığı da yapılan bir başka çalışmada gözlemlenmiştir [59]. Tüm bunların yanında, defansif tıp uygulamaları tıbbi hata oranlarını azaltmamaktadır [85]. Bu nedenle, defansif tıp uygulamalarının mesleki tükenmişliği azaltmakta yetersiz kaldığı ve hatta negatif etki ettiği görülmektedir. Acil tıp asistanlarının mesleki iyilik hallerine olumlu etki edecek yeni yöntemler geliştirilmelidir. Hekimleri koruyucu meslek sigortalarının devlet desteğiyle yapılması, devamlılığı sağlanmış stresle başa çıkma eğitimleri, acil servislerde çalışan güvenliğinin iyileştirilmesi ve medikolegal korkuları azaltacak yeni uygulamalar bu sorunların çözümü olabilir.

Sağlık çalışanları arasında en sık rastlanan psikolojik sorunlardan biri tükenmişliktir [86]. Literatürde tükenmişliğin değerlendirilmesi için önerilen birçok ölçek bulunmakla birlikte bu ölçeklerin tutarsız sonuçlar içerdiği de görülmektedir [87]. Maslach tükenmişlik ölçeğinde bulunan duygusal tükenme, temel sendrom olarak kabul edilmektedir ve bazı çalışmalarda tükenmişliğin temel ölçüsü olarak alınmıştır [88]. Ancak bazı çalışmalar da duyarsızlaşmanın tükenmişlik ölçeğinde en önemli parametre olduğunu dile getirmiştir [89]. 2020’de Schaufeli ve arkadaşları dört temel boyut (tükenmişlik, zihinsel mesafe ve bozulmuş duygusal ve bilişsel bozukluk) ve üç sekonder boyut (depresif ruh hali, psikolojik sıkıntı ve psikosomatik şikayetler) ile yeni bir ölçek oluşturmuşlardır. Buna göre Maslach tükenmişlik ölçeğinin bazı

kusurları kapanmış olsa da geçerlilik ve uygulanabilirlik açısından oldukça olumlu sonuçlar vermiştir [90]. Tüm farklı kombinasyonlara rağmen Maslach tükenmişlik ölçeği en yaygın kullanılan ve geçerliliği olan ölçektir. Çalışmamızda ortaya konan yapısal eşitlik modeli ile malpraktis korkusu, defansif tıp ve tükenmişlik arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Buna göre malpraktis korkusunun tükenmişlik üzerindeki etkisinin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlar aracılığıyla gerçekleştiği saptanmıştır. Yani malpraktis korkusu olan bir sağlık çalışanı, defansif tıbbi daha fazla uygulamaya eğilimli ise, bu durum onların tükenmişlik düzeyini arttırıyor olabilir. Bununla birlikte medikal malpraktis korkusunun defansif tıp uygulamalarına yönelttiği, yine hem defansif tıp uygulamalarının hem de medikal malpraktis korkusunun tükenmişlik ile doğrudan etkileşim içinde olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini azaltmak için defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlarını iyileştirmenin önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Sonuçlar

Çalışmamız sonucunda, medikal malpraktis korkusunun sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini arttırdığı, ancak bu etkinin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlar aracılığıyla kısmen hafifletildiği gözlemlenmiştir. Sağlık çalışanlarının defansif tıp uygulamalarına yönelmeleri, tükenmişlik düzeylerinde azaltıcı bir rol oynayabilir. Bu bulgular, sağlık politikalarının ve yönetim stratejilerinin, malpraktis korkusunu ve defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumları ele alarak, sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini nasıl azaltabileceği konusunda önemli veriler sunmaktadır. Bu nedenle, malpraktis korkusunu hafifletecek ve defansif tıp uygulamalarına olan eğilimi dengeleyecek stratejilerin geliştirilmesi, sağlık çalışanlarının genel iyilik hali ve mesleki memnuniyeti açısından kritik olabilir.

Sınırlılıklar

Çalışmamızın birkaç sınırlılığı bulunmaktadır. Öncelikle, ülkemizde çalışan tüm acil tıp asistanlarına ulaşmak mümkün olmamış, bu yüzden çalışmamıza katılan katılımcılar tüm acil tıp asistanlarını tam olarak temsil edememektedir. Ayrıca, bu çalışma bir anket çalışması olduğu için, öz bildirime dayalıdır ve katılımcıların

yanıtları, acil tıp asistanlarının gerçek duygu ve tutumlarını tam olarak yansıtmayabilir. Anketin konusu olan malpraktis ve defansif tıp uygulamaları, bazı katılımcılarda hayal kırıklığı ya da kaygı yaratmış olabilir ve bu durum, yanıtların aşırı uçlarda olmasına neden olmuş olabilir.



KAYNAKLAR

1. Luttwak, E.M., A simple method of operative cholangiography. Surg Gynecol Obstet, 1969. 128(3): p. 603-4.
2. Medicine, I.o., To Err Is Human: Building a Safer Health System, ed. L.T. Kohn, J.M. Corrigan, and M.S. Donaldson. 2000, Washington, DC: The National Academies Press. 312.
3. Williams, P.L., J.P. Williams, and B.R. Williams, The fine line of defensive medicine. J Forensic Leg Med, 2021. 80: p. 102170.
4. Assing Hvidt, E., et al., How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. BMJ Open, 2017. 7(12): p. e019851.
5. Hermer, L.D. and H. Brody, Defensive medicine, cost containment, and reform. J Gen Intern Med, 2010. 25(5): p. 470-3.
6. Garattini, L. and A. Padula, Defensive medicine in Europe: a 'full circle'? Eur J Health Econ, 2020. 21(4): p. 477-482.
7. Zheng, J., et al., Prevalence and determinants of defensive medicine among physicians: a systematic review and meta-analysis. International Journal for Quality in Health Care, 2023. 35(4).
8. Powell, M. and L.R. Mayfield, Introduction, in Burnout in Social Work Field Education: Mitigating the Risk. 2024, Springer International Publishing: Cham. p. 1-8.
9. Maslach, C., W.B. Schaufeli, and M.P. Leiter, Job burnout. Annu Rev Psychol, 2001. 52: p. 397-422.
10. Schaufeli, W.B., Past performance and future perspectives of burnout research South African Journal of Industrial Psychology, 2003 29: p. 1-15.
11. Cernega, A., et al., Collateral Victims of Defensive Medical Practice. Healthcare (Basel), 2023. 11(7).
12. Bester, J.C., Defensive practice is indefensible: how defensive medicine runs counter to the ethical and professional obligations of clinicians. Med Health Care Philos, 2020. 23(3): p. 413-420.

13. Howard, N.M., et al., Learning Curves in Health Professions Education Simulation Research: A Systematic Review. *Simul Healthc*, 2021. 16(2): p. 128-135.
14. Shepherd, L., et al., How Medical Error Shapes Physicians' Perceptions of Learning: An Exploratory Study. *Acad Med*, 2019. 94(8): p. 1157-1163.
15. Joseph, S.K.R.V.R., Medical Malpractice Reform: Historical Approaches, Alternative Models, and Communication and Resolution Programs. *AMA J Ethics*, 2016. 18(3): p. 299-310.
16. Yates, K.M., Book Review: The Origin and History of Hebrew Law. . *Review & Expositor*, 1932. 29(2): p. 245-245.
17. Leflar, R.B., The regulation of medical malpractice in Japan. *Clin Orthop Relat Res*, 2009. 467(2): p. 443-9.
18. Berlin, L., Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis (Berl)*, 2017. 4(3): p. 133-139.
19. Mandilara, P., S.P. Galanakos, and G. Bablekos, A History of Medical Liability: From Ancient Times to Today. *Cureus*, 2023. 15(7): p. e41593.
20. Treglia, M., et al., Medical Liability: Review of a Whole Year of Judgments of the Civil Court of Rome. *Int J Environ Res Public Health*, 2021. 18(11).
21. Mello, M.M., et al., National costs of the medical liability system. *Health Aff (Millwood)*, 2010. 29(9): p. 1569-77.
22. Vandersteegen, T., et al., The impact of no-fault compensation on health care expenditures: an empirical study of OECD countries. *Health Policy*, 2015. 119(3): p. 367-74.
23. Bal, B.S., An introduction to medical malpractice in the United States. *Clin Orthop Relat Res*, 2009. 467(2): p. 339-47.
24. Johansson, H., The Swedish system for compensation of patient injuries. *Ups J Med Sci*, 2010. 115(2): p. 88-90.
25. Watson, K.K., R. , Patients' Rights, Medical Error and Harmonisation of Compensation Mechanisms in Europe. *Eur. J. Health Law*, 2018. 25: p. 1-23.
26. Lyu, H., et al., Overtreatment in the United States. *PLoS One*, 2017. 12(9): p. e0181970.

27. Ortashi, O., et al., The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Med Ethics*, 2013. 14: p. 42.
28. Bergen, R.P., Protection against malpractice litigation. *Arch Otolaryngol*, 1975. 101(3): p. 182-4.
29. Reuveni, I., et al., Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists. *BMJ Open*, 2017. 7(3): p. e014153.
30. Hurtado, H.E.G., Z.H. Iraola, N. Rodríguez, A., Judicial Clinical Syndrome. *Rev. Asoc. Med. Argent*, 2006. 119: p. 8-16.
31. Pellino, I.M. and G. Pellino, Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updates Surg*, 2015. 67(4): p. 331-7.
32. Paterick, Z.R., et al., Medical Malpractice Stress Syndrome: A "Forme Fruste" of Posttraumatic Stress Disorder. *J Med Pract Manage*, 2017. 32(4): p. 283-287.
33. Maslach, C. and S.E. Jackson, The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 1981. 2(2): p. 99-113.
34. Perniciotti, P.S.J., C. V, Guarita, R. V. Morales, R. J. Romano, B. W, síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Pepsic*, 2020. 23(1): p. 35-52.
35. Kristensen, T.S.B., M. Villadsen, E. & Christensen, K. B. , The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 2005. 19(3): p. 192-207.
36. Gil-Monte, P.R., Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicologia Em Estudo*, 2002. 7(1): p. 3-10.
37. Aronsson, G., et al., A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 2017. 17(1): p. 264.
38. Hadzibajramovic, E., G. Ahlborg, Jr., and A. Grimby-Ekman, Concurrent and lagged effects of psychosocial job stressors on symptoms of burnout. *Int Arch Occup Environ Health*, 2019. 92(7): p. 1013-1021.
39. De la Fuente-Solana, E.I., et al., Burnout Syndrome in Paediatric Nurses: A Multi-Centre Study. *Int J Environ Res Public Health*, 2021. 18(3).

40. Worley, J.A., Vassar, M., Wheeler, D. L., Barnes, L. L. B. , Factor Structure of Scores From the Maslach Burnout Inventory: A Review and Meta-Analysis of 45 Exploratory and Confirmatory Factor-Analytic Studies. *Educational and Psychological Measurement*, 2008. 68(5): p. 797-823.
41. Rubin, D., H. Wainer, and L. Wilkinson. *Statistical Methods in Psychology Journals Guidelines and Explanations*. 2005.
42. Adwok, J.K., E. H. , Defensive medicine: effect on costs, quality and access to healthcare. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 2013. 3(6): p. 29-35.
43. Studdert, D.M., et al., Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 2005. 293(21): p. 2609-17.
44. Hiyama, T., et al., Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World J Gastroenterol*, 2006. 12(47): p. 7671-5.
45. Katz, D.A., et al., Emergency physicians' fear of malpractice in evaluating patients with possible acute cardiac ischemia. *Ann Emerg Med*, 2005. 46(6): p. 525-33.
46. Uğrak, U., Işık, O., Malpraktis korku ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2020. 23(2): p. 261-272.
47. Baser, A., Kolcu, B. I., Kolcu, G., Balcı, G. U., Validity and reliability of the Turkish version of the defensive medicine behaviour scale: preliminary study. *Anatolian Journal of General Medical Research*, 2014. 24(2): p. 99-102.
48. Calikoglu, E.O. and A. Aras, 'Defensive medicine among different surgical disciplines: A descriptive cross-sectional study. *J Forensic Leg Med*, 2020. 73: p. 101970.
49. Şıklar, E., Tunalı, D. , Çalışanların tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Eskişehir örneği. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2015. 33(33): p. 75-84.
50. Atik, D., et al., Evaluation of the relationship between testosterone levels and burnout levels and job satisfaction in emergency department female employees: A prospective study. *J Pak Med Assoc*, 2021. 71(1(B)): p. 272-276.
51. Liang, F., S. Hu, and Y. Guo, The association between fear of malpractice and burnout among Chinese medical workers: The mediating role of legal consciousness. *BMC Psychiatry*, 2022. 22(1): p. 358.

52. George, D.M., P., IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference. Routledge. 2019.
53. Büyüköztürk, Ş., Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı, Ankara: Pegem A Yayıncılık. 2006.
54. Can, A., SPSS ile nicel veri analizi. Ankara: Pegem A Yayıncılık. 2013: p. 274-292.
55. Kalaycı, Ş., SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. 2010. 5: p. 359.
56. Çokluk, Ö.Ş., G. Büyüköztürk, Ş., Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları (Vol. 2). Ankara: Pegem Akademi. 2010.
57. Dirnhofer, R. and D. Wyler, [Treatment failure from the viewpoint of forensic medicine]. Ther Umsch, 1997. 54(5): p. 272-9.
58. Summerton, N., Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ, 1995. 310(6971): p. 27-9.
59. Rodriguez, R.M., et al., A longitudinal study of emergency medicine residents' malpractice fear and defensive medicine. Acad Emerg Med, 2007. 14(6): p. 569-73.
60. Solaroglu, I., et al., Health transformation project and defensive medicine practice among neurosurgeons in Turkey. PLoS One, 2014. 9(10): p. e111446.
61. Dirvar, F., et al., Effect of malpractice claims on orthopedic and traumatology physicians in Turkey: A survey study. Acta Orthop Traumatol Turc, 2021. 55(2): p. 171-176.
62. Baugh, J.J., et al., Beyond the Maslach burnout inventory: addressing emergency medicine burnout with Maslach's full theory. J Am Coll Emerg Physicians Open, 2020. 1(5): p. 1044-1049.
63. Ugrak, U.I., O., Turkish validity and reliability study of malpractice fear scale. Hacettepe Journal of Health Administration, 2020. 23(2): p. 261-72.
64. Keser, A.O.B.B., Turkish reliability and validity study of job satisfaction scale. Kırklareli University Journal of Social Sciences, 2019. 3(3): p. 229-39.
65. Kacem, I., et al., Effects of music therapy on occupational stress and burn-out risk of operating room staff. Libyan J Med, 2020. 15(1): p. 1768024.

66. Elder, E.G., et al., Work-based strategies/interventions to ameliorate stressors and foster coping for clinical staff working in emergency departments: a scoping review of the literature. *Australas Emerg Care*, 2020. 23(3): p. 181-192.
67. Carrier, E.R., et al., Physicians' fears of malpractice lawsuits are not assuaged by tort reforms. *Health Aff (Millwood)*, 2010. 29(9): p. 1585-92.
68. Reed, D.A., et al., Do fears of malpractice litigation influence teaching behaviors? *Teach Learn Med*, 2008. 20(3): p. 205-11.
69. Anderson, R.E., Billions for defense: the pervasive nature of defensive medicine. *Arch Intern Med*, 1999. 159(20): p. 2399-402.
70. Brennan, T., Overview of legal issues. *Jt Comm J Qual Improv*, 1993. 19(8): p. 319-21.
71. O'Leary, K.J., et al., Medical students' and residents' clinical and educational experiences with defensive medicine. *Acad Med*, 2012. 87(2): p. 142-8.
72. Bishop, T.F., A.D. Federman, and S. Keyhani, Physicians' views on defensive medicine: a national survey. *Arch Intern Med*, 2010. 170(12): p. 1081-3.
73. Johnston, W.F., et al., Study of medical students' malpractice fear and defensive medicine: a "hidden curriculum?". *West J Emerg Med*, 2014. 15(3): p. 293-8.
74. DeKay, M.L. and D.A. Asch, Is the defensive use of diagnostic tests good for patients, or bad? *Med Decis Making*, 1998. 18(1): p. 19-28.
75. Brenner, D.J. and E.J. Hall, Computed tomography--an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med*, 2007. 357(22): p. 2277-84.
76. Pakış, I.Y., N. Karapirli, M. Polat, O., The Role of Legal Autopsy in the Investigation of Death Cases Due to Medical Malpractice. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2008. 28: p. 30-9.
77. Wanzel, K.R., C.G. Jamieson, and J.M. Bohnen, Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *Can J Surg*, 2000. 43(2): p. 113-7.
78. West, C.P., L.N. Dyrbye, and T.D. Shanafelt, Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*, 2018. 283(6): p. 516-529.
79. Ahola, K., et al., Interventions in relation to occupational burnout: the population-based health 2000 study. *J Occup Environ Med*, 2007. 49(9): p. 943-52.

80. Wang, Y.L., L. Wang, J. Wang, L. , Work-family conflict and burnout among Chinese doctors: the mediating role of psychological capital. . *J Occup Health* 2012. 54(3): p. 232-40.
81. Charles, S.C., Coping with a medical malpractice suit. *West J Med*, 2001. 174(1): p. 55-8.
82. Saquib, J., et al., Job insecurity, fear of litigation, and mental health among expatriate nurses. *Arch Environ Occup Health*, 2020. 75(3): p. 144-151.
83. Perea-Perez, B., et al., [Defensive medicine in hospital emergency services.]. *Rev Esp Salud Publica*, 2021. 95.
84. Tuers, D.M., Defensive medicine in the emergency department: increasing health care costs without increasing quality? *Nurs Adm Q*, 2013. 37(2): p. 160-4.
85. Miziara, I.D. and C. Miziara, Medical errors, medical negligence and defensive medicine: A narrative review. *Clinics (Sao Paulo)*, 2022. 77: p. 100053.
86. Wen, J., et al., Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study. *Biosci Trends*, 2016. 10(1): p. 27-33.
87. Hewitt, D.B., et al., Evaluating the Association of Multiple Burnout Definitions and Thresholds With Prevalence and Outcomes. *JAMA Surg*, 2020. 155(11): p. 1043-1049.
88. Liu, W., et al., Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 2018. 8(6): p. e019525.
89. Michael P. L. Christina, M., Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 2016. 3(4): p. 89-100.
90. Schaufeli, W.B., S. Desart, and H. De Witte, Burnout Assessment Tool (BAT)-Development, Validity, and Reliability. *Int J Environ Res Public Health*, 2020. 17(24).