



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLERİNİN ÖZ ANLAYIŞLARININ DEFANSİF TIP
UYGULAMALARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Erhan UZUN

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2025

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLERİNİN ÖZ ANLAYIŞLARININ DEFANSİF TIP
UYGULAMALARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Erhan UZUN

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

KONYA-2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her konuda yanımda olan; bu tezin konusunun belirlenmesinden başlayarak öz anlayış kavramını varlığıyla, yaklaşımlarıyla özümsememi sağlayan tez danışmanım ve anabilim dalı başkanımız Sayın hocam Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU'na teşekkür ederim. Tezin noktasından virgüline, tablosundan istatistiğine kadar her aşamasında desteği bulunan; yoğunluğuna rağmen olağanüstü özverisi ve güzel yüreği, gülen yüzüyle hep yanımda olan Öğretim Üyesi Dr. Hatice KÜÇÜKCERAN'a; qynı şekilde uzmanlık eğitimim süresince eğitimimiz için her türlü çabayı sarf eden, bilgi ve deneyimini esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN'a ve Sayın Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ'a teşekkür ederim.

Rotasyon eğitimlerim süresince destek veren İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Psikiyatri, Genel Cerrahi, Dermatoloji, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji bölümlerindeki öğretim üyesi hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma, uzmanlık tezimin hazırlanmasında yardım ve katkılarını esirgemeyen SAHU arkadaşlarıma teşekkür ederim. Tez yazım sürecinde bana her zaman destek olan, bu tezin oluşmasında emeği yadsınmayacak, her konuda yardımcı olan saygıdeğer arkadaşlarım Dr. Ahmet Faruk YALIM, Dr. Ahmet ÇELİK, Dr. Ömer KIPIK ve kader yoldaşım Dr. Arif Sami KARAVELİ'ye teşekkür ederim.

Hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, beni bu günlere getiren, gece gündüz çabalayan canım annem Emine UZUN'a, rahmetli babam Teyfik UZUN'a, arkamda hep desteğini hissettiğim rahmetli amcam Mustafa UZUN'a, zorda kaldığımda hep yanımda olan, bu süreçte maddi-manevi fedakarlık yapan, Aile Sağlığı Merkezi'nde de ekip arkadaşım, kardeşim Sabriye KOÇAK'a; her an hep yanımda olan, en büyük fedakarlıkları yapan, sırdaşım, en iyi arkadaşım, iki cihanda can yoldaşım sevgili eşim Sennur Melike UZUN ve çocuklarım, can parelerim Mustafa Kemal ve Bilgehan Erim'e çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

Erhan UZUN

EYLÜL 2025

ÖZET

AİLE HEKİMLERİNİN ÖZ ANLAYIŞLARININ DEFANSİF TIP UYGULAMALARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Erhan UZUN

UZMANLIK TEZİ

KONYA - 2025

Amaç: Defansif tıp, hekimlerin klinik olarak aslında gerekli olmayan veya optimal kabul edilmeyen tıbbi prosedürler, testler ve tedavileri uygulamasıdır. Defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı ve nedenleri üzerine yapılan önceki araştırmalar genellikle yasal düzenlemeler, hasta beklentileri ve sağlık politikaları gibi dışsal faktörlere odaklanmıştır. Ancak hekimin kendi yetkinliğine, mesleki rolüne, sorumluluklarına ve mesleki kimliğine ilişkin algıları ve öz anlayışları bu uygulamaların ortaya çıkışında belirleyici bir rol oynayabilir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel taşı olan aile hekimliği, geniş bir hasta profiline hizmet sunması, kronik hastalık yönetimi ve koruyucu hekimlik gibi çok yönlü görevleri içermesi nedeniyle defansif tıp uygulamalarının araştırılması gereken önemli bir alandır. Bu sebeplerle sunulan çalışmanın amacı, aile hekimlerinin öz anlayışlarının defansif tıp uygulamalarına etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın evrenini aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri oluşturdu. Örneklem grubu %5 hata payı, %95 güven aralığı ile en az 385 aile hekimi olarak belirlendi. Oluşturulan Google forms online anket formu sosyal medya grupları aracılığıyla uygulandı. Anket formu; sosyodemografik özellikler ile hekimlerin çalışma ortamları, gelir durumları, hekimlikte ve aile hekimliğinde geçirdikleri süre, günlük ortalama muayene sayıları, meslek seçiminden memnuniyetleri, görevden tatminiyetleri, malpraktis kavramı ve zorunlu mali sorumluluk sigortasına bakışları ile ilgili sorularla başlamaktaydı. Anketin devamında Öz Anlayış Ölçeği (ÖAÖ), Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği (DTUTÖ) ankette yer almaktaydı. ÖAÖ. 24 sorudan ve altı alt boyuttan (kendine yönelik merhamet, ortak paydaşım, bilinçli farkındalık, kendini yargılama, soyutlanma, aşırı özdeşim kurma) oluşan pozitif ve negatif olmak üzere iki yönlü bir ölçektir. Pozitif yöndeki ölçek alt boyutları: ‘kendine yönelik merhamet’ (4,11,18,21,24. maddeler), “ortak paydaşım” (2,6,9,14.maddeler) ve “bilinçli farkındalık” (8,13,16. maddeler) alt boyutlarıdır. Negatif yöndeki ölçek alt boyutları: ‘kendini

yargılama” (7,10,15,20.maddeler), “sorgulama” (3,12,17,23. maddeler), ve “aşırı özdeşim” alt boyutlarıdır (1,5,19,22. maddeler). Toplam ölçek puanı arttıkça kişinin öz anlayışı o ölçüde fazladır denir. DTUTÖ 18 soru ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki ilk dokuz ifade ‘pozitif tıp uygulamaları’, ikinci beş ifade ‘negatif tıp uygulamaları’ ve son dört ifade ise ‘defansif tıp hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçlar. Ölçekten alınan toplam puan çok iyi (70-56 puan), iyi (55-42 puan), orta (41- 28 puan), zayıf (27-14 puan) olarak değerlendirilir.

Veriler Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 20.0 programı kullanılarak analiz edildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Eksiksiz doldurulan 422 anket analiz edildi. Katılımcıların %51,2’si (n=216) 41 yaş ve üstünde, %56,6’sı (n=239) kadın, %79,9’u (n=337) evliydi. Aile hekimlerinin %33,6 (n=142) pratisyen hekim, %54’ü (n=228) Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı (SAHU) araştırma görevlisi ve %12,4 (n=52) Aile Hekimliği Uzmanlığı (AHU) araştırma görevlisiydi. Aile hekimi olarak 10 yıl ve altında çalışanların oranı %65,2 (n=275), ortalama günlük hasta muayene sayısı 51 ve üstü olanlar %66,8’di (n=282). Aile hekimlerinin %79,9’u (n=337) tıbbi hata yapmaktan korktuğunu belirtmişti. Öz anlayış toplam puanı kadınlarda (79,68±15,93) erkeklerden (76,06±16,03), evlilerde (78,94±16,41) bekarlardan (74,78±14,18) yüksekti (sırasıyla $p=0,022$, $p=0,033$). Hekimlikte geçirdiği süre 15 yıldan fazla olanların (79,88±15,37) 15 yıl ve altında hekimlik yapanlardan (76,35±16,56), günde 51 hastadan fazla muayene edenlerin (79,88±15,37), 50 hasta ve altı muayene yapanlardan (76,35±1,56) öz anlayış puanı yüksekti ($p=0,024$).

DTUTÖ toplam ve 'negatif defansif tıp' puanı erkeklerde (40,33±9,02; 13,28±4,73) kadınlardan (38,33±8,59; 11,91±4,94) yüksekti (sırasıyla $p=0,020$, $p=0,004$). Bekar aile hekimlerinin 'negatif defansif tıp' alt boyut puanı (13,75±4,78) evli olanlardan farklıydı (12,19±4,88) ($p=0,009$). DTUTÖ puanlarının çalışma ortamı, unvan, yaş, hekimlik tecrübesi ve muayene sayısı gibi mesleki özelliklerden anlamlı düzeyde etkilenmediği görüldü.

ÖAÖ toplam puanı ile DTUTÖ toplam puanı arasında korelasyon tespit edilmezken ($p=0,996$), ÖAÖ’nün 'bilinçli farkındalık' alt boyutu ile DTUTÖ toplam puanı arasında negatif yönde zayıf korelasyon tespit edildi ($r=-0,181$, $p<0,001$).

Sonuç: Bu çalışma, aile hekimlerinin öz anlayışlarının defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkisinin olduğunu ama korelasyon açısından alt boyutların bazılarını kapsasa da

önem arz ettiğini göstermektedir. Hekimlerin öz anlayışlarını geliştirmeye yönelik eğitimler, malpraktis kaygısını azaltacak hukuki destek ve danışmanlık hizmetleri, mesleki dayanışmayı güçlendirici programlar defansif tıp uygulamalarının azaltılmasında etkili olabilir. Bu bulgular, sağlık politikaları geliştirilirken hekimlerin psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu sonuçlar, defansif tıp uygulamalarının sadece dışsal faktörler (medikolegal ortam, hasta beklentileri) tarafından değil, aynı zamanda hekimlerin kendi psikolojik durumları ve mesleki kimlik algıları tarafından da şekillendiğini göstermektedir. Dolayısıyla, defansif tıp problemine yönelik çözüm arayışlarında, hekimlerin öz anlayışlarını güçlendirmeye yönelik stratejilerin göz ardı edilmemesi gerektiği anlaşılmıştır. Alt boyutlar değerlendirildiğinde bilinçli farkındalık azaldıkça defansif tıp uygulamaları artmaktadır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, defansif tıp, öz anlayış, malpraktis, hekim algısı, sağlık politikaları.

ABSTRACT

EXAMINING THE EFFECT OF FAMILY PHYSICIAN'S SELF-COMPASSION ON THEIR DEFENSIVE MEDICINE PRACTICES

Dr. Erhan UZUN

THE MASTER THESIS

KONYA-2025

Aim: Defensive medicine refers to physicians performing medical procedures, tests and treatments that are not clinically necessary or optimal. Previous studies on the prevalence and causes of defensive medicine practices have generally focused on external factors, such as legal regulations, patient expectations and health policies. However, the perceptions that physicians have of their own competence, professional role, responsibilities and professional identity may play a decisive role in the emergence of these practices. Family medicine is an important area in which to study defensive medicine practices because it serves a wide range of patients and involves multifaceted tasks such as chronic disease management and preventive medicine. For these reasons, this study aims to examine the effect of family physicians' self-perception on defensive medicine practices.

Materials and Methods: This descriptive study focused on family physicians working in family health centres. The sample size was set at a minimum of 385 family physicians, allowing for a margin of error of 5% and a confidence interval of 95%. The online survey form was administered via social media groups using Google Forms. It began with questions about the physicians' sociodemographic characteristics, working environments, income levels, how long they had been working in medicine and family medicine, the average number of consultations they had per day, their satisfaction with their career choice and job satisfaction, their views on the concept of malpractice and their attitudes towards mandatory financial liability insurance. The survey also included the Self-Compassion Scale (SCS) and the Defensive Medicine Practices Attitude Scale (DMPA). The SCS is a 24-question, six-subscale measure consisting of positive and negative items assessing self-compassion, shared concern, mindful awareness, self-judgement, detachment, and over-identification. Positive scale subdimensions: 'Self-compassion' (items 4, 11, 18, 21 and 24), 'shared humanity' (items 2, 6, 9 and 14) and 'mindfulness' (items 8, 13 and 16). Negative scale subdimensions: 'Self-judgement' (items 7, 10, 15 and 20), 'Questioning' (items 3, 12, 17

and 23) and 'Excessive Identification' (items 1, 5, 19 and 22). As the total scale score increases, it is said that the person's self-understanding increases correspondingly. The DTUTÖ consists of 18 questions and three sub-dimensions. The first nine statements measure 'positive medical practices', the next five measure 'negative medical practices', and the last four aim to measure knowledge of defensive medicine. The total score obtained from the scale is evaluated as follows: very good (70–56 points), good (55–42 points), moderate (41–28 points) and weak (27–14 points).

The data were analysed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, version 20. A p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: A total of 422 fully completed questionnaires were analyzed. Of the participants, 51.2% (n=216) were aged 41 years or older, 56.6% (n=239) were female, and 79.9% (n=337) were married. Of the family physicians, 33.6% (n=142) were general practitioners, 54% (n=228) were Contracted Family Medicine Specialist (SAHU) research assistants, and 12.4% (n=52) were Family Medicine Specialist (AHU) research assistants. The proportion of family physicians who had worked for 10 years or less (n=275) was 65.2% (n=275), and those who had an average daily patient visit of 51 or more was 66.8% (n=282). 79.9% (n=337) of family physicians stated that they were afraid of making medical errors. The total self-compassion score was higher in women (79.68±15.93) than in men (76.06±16.03), and higher in married individuals (78.94±16.41) than in single individuals (74.78±14.18) (p=0.022, p=0.033, respectively). Self-compassion scores were higher in those who had spent more than 15 years in medicine (79.88±15.37) than those who had been in medicine for 15 years or less (76.35±16.56), those who examined more than 51 patients per day (79.88±15.37), and those who examined 50 patients or less (76.35±1.56) (p=0.024).

Conclusion: This study shows that family physicians' self-perceptions affect defensive medicine practices, with some sub-dimensions being more important in terms of correlation than others. Training to improve self-perception, legal support, counselling services to reduce concerns about malpractice, and programmes to strengthen professional solidarity may be effective in reducing defensive medicine practices. These findings emphasise the need to consider the psychological and social needs of physicians when developing health policies. The results demonstrate that defensive medicine practices are influenced not only by external factors such as the medical-legal environment and patient expectations, but also by the psychological state and professional identity perceptions of physicians. Therefore, strategies aimed at strengthening physicians' self-awareness should not be overlooked when

seeking solutions to the problem of defensive medicine. When the sub-dimensions are evaluated, defensive medical practices increase as conscious awareness decreases.

Keywords: Family medicine, defensive medicine, self compassion, malpractice, physician perception, health policies

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Sağlık Hizmetleri ve Hekim Tutumları.....	2
2.2. Defansif Tıp Kavramı	2
2.3. Aile Hekimliği ve Defansif Tıp	3
2.4. Defansif Tıp	4
2.5. Öz Anlayışın Kavramı	5
2.6. Öz Anlayışın Davranışlara Etkisi.....	6
2.7. Öz Anlayışın Defansif Tıp Uygulamaları ile İlişkisi	6
2.8. Mesleki Kimlik ve Rol Algısı	7
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	8
3.1. Araştırmanın Şekli	8
3.2. Araştırmanın Evreni	8
3.3. Araştırmanın Örnekleme	8
3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterleri	8
3.5. Etik Kurul Onayı	8
3.6. Veri Toplama Araçları	8

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	9
3.6.2. Öz Anlayış Ölçeği (ÖAÖ).....	9
3.6.3. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği (DTUTÖ).....	10
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	11
4. BULGULAR.....	11
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulgular	11
5. TARTIŞMA.....	21
6. SONUÇLAR.....	24
7. ÖNERİLER.....	25
8. KAYNAKLAR	28
9. EKLER	33
EK-1. Etik Kurul Onay Formu.....	33
EK-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu.....	34

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	11
Tablo 2. Katılımcıların Mesleki Ünvanları, Çalışma Yerleri ve Görev Süreleri	12
Tablo 3. Katılımcıların Çalışma Koşullarının, Gelir Düzeylerinin, Mesleki Tatminlerinin ve Malpraktis Kavramına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi	13
Tablo 4. Öz Anlayış Ölçeği Cronbach Alpha Değerleri ve Toplam ve Alt Boyut Puanları	14
Tablo 5. Öz Anlayış Ölçeği, Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	16

Tablo 6. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Ortalama ve Alt Boyut Puanları ile Cronbach Alpha Değerleri.....	17
Tablo 7. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Toplam Puanlarının Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	18
Tablo 8. Pearson Korelasyon Testi,,.....	20

SİMGELER VE KISALTMALAR

ÖAÖ: Öz Anlayış Ölçeği

DTUTÖ: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı

AHU: Aile Hekimliği Uzmanlığı

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzün karmaşık ve dinamik sağlık sistemlerinde, hekimlerin günlük pratiklerinde karşılaştığı zorluklar, tanı ve tedavi süreçlerini doğrudan etkileyen önemli unsurlardır. Bu zorlukların başında gelen defansif tıp uygulamaları, hekimlerin olası hukuki sorumluluklardan veya malpraktis iddialarından kaçınma amacıyla, klinikte tam olarak gerekmeyen ek testler istemeleri, fazladan konsültasyonlar yapmaları ya da yüksek riskli prosedürlerden kaçınmaları olarak tanımlanmaktadır (1,2). Bu tür uygulamalar, yalnızca hastalara gereksiz maddi ve manevi yük getirmekle kalmamakta, aynı zamanda sağlık kaynaklarının israfına yol açarak sağlık sisteminin genel verimliliğini düşürmektedir. (3)

Defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı ve nedenleri üzerine yapılan önceki araştırmalar genellikle yasal düzenlemeler, hasta beklentileri ve sağlık politikaları gibi dışsal faktörlere odaklanmıştır (1,4,5). Ancak, hekimin kendi iç dünyasında yaşanan öz anlayış, kendi yetkinliğine, mesleki rolüne, sorumluluklarına ve mesleki kimliğine ilişkin algıları bu uygulamaların ortaya çıkışında belirleyici bir rol oynayabilir (6,7). Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel taşı olan aile hekimliği, geniş ve çok çeşitli bir hasta profiline hizmet sunması, kronik hastalık yönetimi ve koruyucu hekimlik gibi çok farklı görevleri içermesi nedeniyle defansif tıp uygulamalarında önemli bir yere sahiptir (8, 9). Aile hekimleri genellikle hastalarıyla uzun süreli ve kişisel ilişkiler kurar. Bu durum, onların karar alma süreçlerinde hem etik hem de kişisel bir ağırlık hissetmelerine neden olabilmektedir (10). Aile hekimlerinin kendilerine ilişkin algılarını (yetkinlik algısı, mesleki rol algısı, sorumluluk algısı, hata yapma korkusu vb.) belirlemek; hekimlerin kendi profesyonel kimliklerine dair bilişsel ve duygusal değerlendirmelerini anlamayı gerektirir (11,6).

Hekimlerin kendilerini nasıl algıladıkları, yetkinliklerine olan inançları, mesleki otonomilerine bakış açıları ve tıbbi hata yapma korkuları gibi öz anlayış bileşenlerinin, onların defansif tıp uygulamalarına yönelme düzeylerini nasıl etkilediği konusunda bilinenler çok azdır. Defansif tıp uygulamalarının altında yatan psikolojik dinamiklerin araştırılması bu yaygın sorunla mücadelede en önemli faktör olan insan yani hekim perspektifinden daha etkili ve sürdürülebilir stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunabilir (12,13,14,15). Aile hekimlerinin özellikle hata yapma korkusuyla defansif tıp uygulamalarına ne düzeyde başvurduklarını belirlemek garantici (assurance) ve kaçınmacı (avoidance) tıp uygulamalarının yaygınlığının belirlenmesine yardımcı olacaktır (14,16,17,14).

Bu çalışma aile hekimlerinin öz anlayışları ile defansif tıp uygulamaları arasındaki ilişkiyi yalnızca dışsal faktörler açısından değil, hekimin içsel dinamikleri yönünden de incelemeyi amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlık Hizmetleri ve Hekim Tutumları

Sağlık hizmetleri, her toplumun bireylerinin fiziksel, zihinsel ve sosyal refahını doğrudan etkileyen, sürekli gelişen ve karmaşık bir alandır. Günümüzde, tıbbi bilginin hızla artması, teknolojik gelişmeler, hasta beklentilerindeki değişimler ve hukuki düzenlemelerdeki yenilikler, hekimlik pratiğini daha da karmaşık hale getirmektedir. Bu dinamik ortamda hekimler, tanı koyma, tedavi planlama, koruyucu sağlık hizmetleri sunma ve hasta takibi gibi hayati görevleri yerine getirirken, bir yandan da mesleki etik değerleri, hasta haklarını ve yasal sorumlulukları göz önünde bulundurmaya zorundadırlar (9).

2.2.Defansif Tıp Kavramı

Defansif tıp, hekimlerin tıbbi malpraktis davalarından veya hukuki şikayetlerden korunma amacıyla, klinik olarak aslında gerekli olmayan veya optimal kabul edilmeyen tıbbi prosedürler, testler ve tedavileri uygulamasıdır (1,2). Bu uygulamalar genellikle garantici ve kaçınmacı olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır (4).

2.2.1. Garantici (Assurance) Tıp: Hukuki riski minimize etmek için gereğinden fazla tanı testi, görüntüleme, laboratuvar analizi, konsültasyon ve sevk işlemlerinin yapılmasıdır. Buradaki amaç, olası bir olumsuz klinik sonuç durumunda, tüm tıbbi seçeneklerin değerlendirildiğini ve hiçbir eksikliğin bulunmadığını gösterebilmektir (1,4).

2.2.2. Kaçınmacı (Avoidance) Tıp: Yüksek malpraktis riski taşıyan hasta gruplarından veya tıbbi prosedürlerden bilinçli olarak kaçınma, komplike vakaları reddetme veya daha az riskli tedavi yöntemlerini tercih etme eğilimidir. Bu stratejinin temelinde, dava açılma olasılığı yüksek durumları baştan engellemek yatar (1,4).

Defansif tıp uygulamalarına zemin hazırlayan faktörler alttaki başlıklar altında özetlenebilir:

2.2.3. Medikolegal Ortam: Artan malpraktis dava sayıları, yüksek tazminat talepleri, karmaşık ve uzun süren yargı süreçleri ile hekimlere yönelik toplumsal güvensizlik, defansif davranışları tetiklemektedir (19,20).

2.2.4. Hasta Beklentileri: Hastaların hızlı ve kesin tanı beklentisi, internetten yanlış veya eksik bilgi edinimi ve talepkar hasta profilleri, hekimler üzerinde baskı oluşturabilmektedir (21).

2.2.5. Sağlık Sistemi Yapısı: Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi, performans odaklı değerlendirme sistemleri ve hekimlerin yoğun iş yükü, defansif tıp eğilimlerini arttırabilmektedir (22,8).

2.2.6. Hekim Kaygıları: Hata yapma korkusu, mesleki itibar kaybı endişesi, belirsiz tıbbi durumlarla başa çıkma zorluğu ve sağlık sigortası süreçlerinin karmaşıklığı, hekimleri defansif uygulamalara iten önemli içsel faktörlerdir (14,16).

Defansif tıp uygulamalarının etkileri şu başlıklar altında toplanabilir:

2.2.7. Ekonomik Yük: Gereksiz testler, tedaviler ve konsültasyonlar nedeniyle sağlık harcamaları artmakta, bu da sağlık kaynaklarının verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır (3).

2.2.8. Hasta Güvenliği Riskleri: Gereksiz invaziv prosedürlere bağlı komplikasyonlar, radyasyona maruz kalma ve yanlış pozitif/negatif test sonuçlarının yol açtığı kaygılar, hasta güvenliğini tehdit edebilir (16).

2.2.9. Hekim Üzerindeki Etkileri: Artan stres, mesleki tükenmişlik, iş doyumunu düşüklüğü ve hasta-hekim ilişkisinde güven kaybı gibi olumsuz sonuçlar doğurabilir (12,13,23,15).

2.2.10. Sağlık Hizmetleri Kalitesi: Kaynakların israf edilmesi, daha acil ihtiyaçlara ayrılamamasına neden olmakta, tanı ve tedavi süreçlerini uzatarak hizmet kalitesini düşürebilmektedir (24).

2.3. Aile Hekimliği ve Defansif Tıp

Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturur ve bireylerin sağlık sistemine ilk başvuru noktasıdır. Aile hekimleri, bireylere yaşam boyu sürekli, kapsamlı ve koordineli sağlık hizmeti sunarak, kronik hastalık yönetiminden koruyucu hekimliğe, acil durumlara ilk müdahaleden danışmanlığa kadar geniş bir yelpazede hizmet verirler. Bu uzmanlık alanı, hasta odaklı, bütüncül ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşımı benimserken, hekim-hasta arasında güçlü bir güven ilişkisinin kurulmasını esas alır (18).

Ancak, artan iş yükü, hasta sayısındaki fazlalık, yasal düzenlemelerdeki belirsizlikler ve malpraktis davalarına ilişkin endişeler, aile hekimlerini de defansif tıp uygulamalarına yöneltme potansiyeli taşımaktadır. Bu durum, aile hekimliğinin temel felsefesi olan hasta merkezli ve bütüncül yaklaşımdan uzaklaşmaya neden olabilir.

2.4. Defansif Tıp

Defansif tıp, hekimlerin olası malpraktis davalarından veya şikayetlerden korunma amacıyla, tıbbi gereklilikten ziyade yasal riskleri göz önünde bulundurarak gerçekleştirdiği uygulamaları tanımlar (1). Bu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesini, maliyetini ve hasta memnuniyetini olumsuz etkileyebilir. Defansif tıp uygulamaları genellikle pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır. Pozitif defansif tıp hastalar için gereksiz maliyetlere, radyasyona maruz kalmaya veya invaziv prosedürlere yol açabilir. Negatif defansif tıp uygulamaları, hastaların gerekli tıbbi hizmetlere erişimini kısıtlayarak sağlıkta eşitsizliklere ve potansiyel olarak kötüleşen sağlık durumlarına yol açabilir. Her iki defansif tıp türü de hekimlerin malpraktis korkusuyla hareket etmesinden kaynaklanır ve genel olarak sağlık sistemine olumsuz etkileri vardır.

2.4.1. Pozitif Defansif Tıp

Pozitif defansif tıp, hekimlerin olası bir malpraktis davasında kendilerini savunabilmek adına fazladan tıbbi işlemler yapmasını ifade eder (1). Bu yaklaşım genellikle hastaya yönelik daha fazla tanısal veya tedavi edici müdahaleyi içerir. Pozitif defansif tıp kapsamında değerlendirilebilecek davranışlar şunlardır:

Fazla Tetkik İstemek: Bir hastanın klinik durumu için gerekli olandan daha fazla sayıda laboratuvar testi, görüntüleme (röntgen, MR, BT) veya diğer tanısal testlerin talep edilmesi. Örneğin, basit bir baş ağrısı şikayetiyle başvuran bir hastaya gereksiz yere beyin MR'ı çekilmesi bu kategoriye girer.

Fazla Konsültasyon İstemek: Sorumluluğu paylaşmak veya destekleyici görüş almak amacıyla, ilgili uzmanlık alanına tam olarak girmeyen durumlarda bile başka uzman hekimlerden konsültasyon istenmesi.

Fazla Tedavi Uygulamak: Mevcut duruma göre daha yoğun veya daha uzun süreli tedavilerin uygulanması; örneğin, daha güçlü ilaç reçeteleri yazılması veya hastanede daha uzun süre gözlem altında tutulması.

Ayrıntılı ve Aşırı Belgeleme: Tıbbi kayıtların, olası bir yasal davada delil olarak kullanılabilen şekilde aşırı detaylı ve kapsamlı bir biçimde tutulması. Bu durum, normalden çok daha fazla zaman ve çaba gerektirebilir.

2.4.2. Negatif Defansif Tıp

Negatif defansif tıp ise hekimlerin yasal risklerden kaçınmak amacıyla belirli yüksek riskli hasta gruplarını veya prosedürleri **reddetmesi veya bunlardan kaçınması** anlamına gelir (1). Bu durum, hastaların gerekli tıbbi bakıma erişimini engelleyebilir ve sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebilir. Negatif defansif tıp kapsamında değerlendirilebilecek davranışlar şunlardır:

Yüksek Riskli Hastaları Reddetmek: Potansiyel olarak komplikasyon riski yüksek olan veya tedavisi karmaşık olan hastaların (örneğin, çoklu kronik hastalığı olan, tedaviye uyumsuz veya daha önce malpraktis davası açmış hastalar) kabul edilmemesi veya başka bir hekime yönlendirilmesi.

Yüksek Riskli Prosedürlerden Kaçınmak: Belirli cerrahi müdahaleler veya invaziv prosedürler gibi, komplikasyon riski yüksek olan tıbbi uygulamaları yapmaktan kaçınmak; örneğin, riskli bir cerrahi operasyonu üstlenmekten çekinmek.

Sevk Etme Eğilimi: Hekimin kendi uzmanlık alanına giren ancak yüksek risk taşıdığını düşündüğü durumlarda bile hastayı başka bir merkeze veya hekime sevk etme eğilimi.

Mesleki Sınırlandırmalar: Belirli tıbbi alanlarda çalışmaktan veya belirli hasta gruplarına hizmet vermektan imtina etmek, algılanan yasal riskler nedeniyle mesleki kapsamı daraltmak.

2.5. Öz Anlayış Kavramı

Öz anlayış, bireyin kendi yetenekleri, değerleri, tutumları, rolleri ve kimliğine ilişkin sahip olduğu bilişsel ve duygusal değerlendirmelerin bütünüdür. Psikolojide "öz kavramı" veya "benlik algısı" olarak da adlandırılır (6,11). Hekimler özelinde öz anlayış, mesleki kimliği, yetkinlik algısı, otonomi algısı, sorumluluk algısı ve hata yapmaya yönelik tutumları içerir (11,55).

Aile Hekimliği Bağlamında Öz Anlayışın Bileşenleri:

2.5.1. Yetkinlik Algısı (Self-Efficacy): Aile hekiminin kendi mesleki bilgi, beceri ve deneyimlerine olan inancıdır. Yüksek yetkinlik algısı, hekimin belirsiz klinik durumlarla başa çıkma ve doğru karar verme konusunda kendine güvenini artırabilir (7).

2.5.2. Mesleki Rol Algısı: Aile hekiminin kendi mesleğinin toplumdaki yeri, üstlendiği sorumluluklar ve hastalar ile sağlık sistemi tarafından belirlenen beklentiler hakkındaki düşünceleridir (8). Koruyucu hekimlik, kronik hastalık yönetimi ve bütüncül yaklaşıma verilen önem bu algıyı şekillendirir.

2.5.3. Sorumluluk Algısı: Hastanın sağlığından ve tedavi sonuçlarından duyulan kişisel sorumluluk düzeyidir. Yüksek sorumluluk algısı, hekimi daha dikkatli olmaya iterken, aşırıya kaçtığında defansif davranışlara yol açabilir (14).

2.5.4. Hata Yapma Korkusu: Tıbbi hata yapma ihtimali ve bunun sonuçlarına (malpraktis davası, itibar kaybı, hasta sağlığına zarar verme) ilişkin duyulan endişedir (14, 16). Bu korku, hekimi garantici tıp uygulamalarına yönlendiren önemli bir içsel faktördür.

2.5.5. Otonomi Algısı: Hekimin kendi klinik kararlarını bağımsız olarak alabilme özgürlüğüne ve yetkisine ilişkin inancıdır. Yetersiz otonomi algısı, hekimin dışarıdan gelen baskılara (hasta talebi, yönetici baskısı) daha açık olmasına neden olabilir (14).

2.6. Öz Anlayışın Davranışlara Etkisi:

Psikolojik kuramlar, bireylerin öz-anlayışlarının onların motivasyonlarını, karar verme süreçlerini ve davranışlarını doğrudan etkilediğini vurgulamıştır (6,25). Hekimlik gibi yüksek sorumluluk gerektiren bir meslekte, hekimin kendine ilişkin algıları, hasta yönetimi ve risk değerlendirmesi süreçlerinde kritik bir rol oynar (26). Örneğin, düşük yetkinlik algısına sahip bir hekim, belirsiz bir tanı durumunda, gereksiz yere daha fazla test isteyerek veya hastayı sevk ederek riskten kaçınma eğilimi gösterebilir (14,16).

2.7. Öz Anlayışın Defansif Tıp Uygulamaları ile İlişkisi

Defansif tıp üzerine yapılan araştırmalar genellikle anket çalışmaları ve vaka analizleri şeklinde yürütülmüştür (4,5). Bu çalışmaların büyük çoğunluğu, defansif tıp uygulamalarının yaygın olduğunu ve sağlık maliyetlerini artırdığını göstermiştir (1,3). Ancak, hekimlerin öz anlayışları ile defansif tıp arasındaki doğrudan ve kapsamlı ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Var olan çalışmalar genellikle bireysel psikolojik faktörler yerine kurumsal veya yasal faktörlere odaklanmıştır (14,1). Özellikle öz-

şefkat gibi kavramların, hekimin öz anlayışı ve stres yönetimi üzerindeki potansiyel olumlu etkileri de dolaylı olarak defansif tıp üzerindeki etkileri açısından göz önünde bulundurulmalıdır (27,28,29,30,31,32,33). Bazı psikolojik çalışmalar, hekimlerin hata korkusu, belirsizliğe tahammülsüzlük ve riskten kaçınma eğilimlerinin defansif davranışlarla ilişkili olabileceğini öne sürmüştür [6, 53]. Ayrıca, hekimlerdeki tükenmişlik ve stresin de defansif tıp uygulamalarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (12,13,14,15).

2.8. Mesleki Kimlik ve Rol Algısı

Hekimlerin kendi mesleki kimliklerini nasıl inşa ettikleri, mesleki değerleri ve rollerine ilişkin beklentileri, etik ilkelere bağlılıkları defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlarını şekillendirir. Hasta odaklı ve etik değerlere güçlü bir şekilde bağlı olan bir hekimin, yasal risklere rağmen hastanın en iyi çıkarını gözetme eğiliminde olabileceği varsayılabilir (34,35).

AMAÇ: Bu çalışma, aile hekimlerinin öz yeterlilik algısı, öz-şefkat düzeyleri ve genel mesleki algıları gibi içsel faktörlerin, defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlarını ne ölçüde etkilediğini araştırmayı amaçlamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Çalışmaya alınması gereken katılımcı sayısı, evrendeki birey sayısı bilinmediği için, %5 hata payı, %95 güven aralığı ile en az 385 kişi olarak hesaplandı (36). Ancak boş bırakılan ya da eksik doldurulan anketler olabileceği düşünülerek bu sayının %10 fazlası aile hekimine ulaştırılması planlandı. Oluşturulan Google forms online anket formu sosyal medya grupları aracılığıyla uygulandı. Bu araştırma için hesaplanan örneklem büyüklüğüne yaklaşık 6 ayda (Temmuz 2023-Aralık 2023) ulaşıldı. Özellikle ölçek kısımlarında eksik doldurulan anketler elendikten sonra eksiksiz doldurulan 422 veri çalışmaya dahil edildi.

3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

- Aile hekimi olarak çalışmıyor olmak
- Anadilinin Türkçe olmaması
- Psikiyatrik hastalığa sahip olmak

3.5. Etik Kurul Onayı

Çalışma 07.07.2023 tarih 2023/4415 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu onaylıdır (EK-1).

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada üç bölümden oluşan anket formu kullanıldı:

1. Sosyodemografik Bilgi Formu
2. Öz Anlayış Ölçeği (ÖAÖ)
3. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği (DTUTÖ).

Anket formu ekte yer almaktadır (EK-2).

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Formda yaş, cinsiyet, medeni durum, ünvan, hekimlik ve aile hekimliğinde geçirilen süre, gelir durumu, günlük muayene sayısı, çalışma ortamı ve mesleği seçmiş olmaktan duyulan memnuniyet, malpraktis kavramı ve defansif tıp uygulamalarına bakış açıları, zorunlu mali sigortanın güvende hissettirme oranıyla ilgili sorular soruldu.

3.6.2. Öz Anlayış Ölçeği (Self Compassion Scale)

Kristen Neff tarafından geliştirilen öz anlayış (self-compassion) kavramına dayanır (27). Öz anlayış ölçeğinin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Deniz ve ark. tarafından yapılmıştır (28). Öz anlayış ölçeğinin (ÖAÖ) orijinali 26 madde 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte belirtilen durumlarla ilgili olarak ne kadar sıklıkla hareket ettiklerini “Hemen hemen hiçbir zaman=1” ve “Hemen hemen her zaman=5” arasında değişen 5'li Likert tipi bir derecelendirme ile seçmeleri istenmektedir. Türkçe Öz Anlayış Ölçeği'nin orijinalinden farklı olarak ölçeğin tek boyutlu bir yapı gösterdiği ve aynı zamanda madde toplam korelasyonunda 30' altında olan 2 tane madde ölçekten çıkartılarak toplam 24 maddelik bir ölçek elde edilmiştir. Ayrıca iç tutarlılık katsayısı .89 ve test-tekrar test korelasyonu .83 olarak hesaplanmıştır. 3 pozitif, 3 de negatif alt boyutları mevcuttur. Pozitif alt boyutları: ‘kendine yönelik merhamet (maddeleri: 4,11,18,21,24), ortak paydaşım(maddeleri: 2,6,9,14) ve bilinçli farkındalık (maddeleri: 8,13,16)’; negatif alt boyutları: ‘kendini yargılama(maddeleri: 7,10,15,20), sorgulama(maddeleri: 3,12,17,23), aşırı özdeşim(maddeleri: 1,5,19,22)’dir.

Öz anlayış ölçeği, bireyin kendine karşı tutumunu çok boyutlu bir şekilde değerlendiren bir araçtır.

Kendini Yargılama (Self-Judgment): Bu alt boyut, kişinin başarısızlıkları veya eksiklikleri karşısında kendini ne kadar eleştirdiğini, suçladığını veya değersiz hissettiğini ifade eder. Yüksek kendini yargılama puanı, bireyin kendine karşı acımasız ve katı olduğunu gösterir (27).

Soyutlanma (Isolation): Soyutlanma, zor zamanlarda veya acı deneyimler karşısında kişinin kendini yalnız ve diğer insanlardan ayrı hissetmesidir. Bu alt boyut, bireyin yaşadığı zorlukların sadece kendisine özgü olduğuna inanması ve bu yüzden başkalarından uzaklaşma eğilimini yansıtır (27).

Aşırı Özdeşim Kurma (Over-Identification): Bu alt boyut, olumsuz duygularla veya düşüncelerle aşırı derecede özdeşleşme eğilimini ifade eder. Kişi, yaşadığı olumsuz

deneyimlere veya duygulara kapılıp gitme, onlarla bütünleşme ve bu durumdan çıkamama hali yaşar. Bu, genellikle düşünceleri ve duyguları gözlemleyip geçici olduklarını fark etmek yerine onlara takılıp kalma şeklinde kendini gösterir (27).

Kendine Yönelik Merhamet (Self-Kindness): Kendine yönelik merhamet, kişinin acı çektiği, başarısız olduğu veya yetersiz hissettiği durumlarda kendine karşı nazik, anlayışlı ve destekleyici bir tutum sergilemesidir. Bu, zor zamanlarda kendine bir arkadaşına davranır gibi şefkatle yaklaşmayı içerir (27).

Ortak Paydaşım (Common Humanity): Bu alt boyut, zorlukların, acıların ve kusurların insan olmanın doğal bir parçası olduğunu kabul etmeyi ifade eder. Ortak paydaşım, kişinin yaşadığı zorlukların sadece kendisine özgü olmadığını, benzer deneyimleri başka insanların da yaşadığını ve bu durumun insan olmanın evrensel bir yönü olduğunu fark etmesini sağlar. Bu anlayış, soyutlanmanın karşıtıdır (27).

Bilinçli Farkındalık (Mindfulness): Bilinçli farkındalık, kişinin içinde bulunduğu anı yargılamadan, dikkatli ve açık bir şekilde gözleme yeteneğidir. Bu alt boyut, düşünceleri ve duyguları olduğu gibi kabul etme, onlara takılıp kalmadan veya onları bastırmadan gözleme becerisini ifade eder. Bu, aşırı özdeşim kurmanın karşıtıdır (27).

Bu alt boyutlar, bir araya gelerek bireyin kendine karşı nasıl bir ilişki kurduğunu ve zorluklarla nasıl başa çıktığını anlamamıza yardımcı olur. Kendini yargılama, soyutlanma ve aşırı özdeşim kurma "öz anlayışsızlık" unsurlarıyken; kendine yönelik merhamet, ortak paydaşım ve bilinçli farkındalık "öz anlayış" unsurlarıdır (27).

3.6.3. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği

Hekimlerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki tutumunu ölçmek için Başer ve ark. tarafından 2014 yılında geliştirilmiştir. Anket üç alt boyutta toplam 18 ifadeden oluşmaktadır. İlk 9 ifade "Pozitif defansif tıp uygulamalarındaki tutumu", ikinci 5 ifade "Negatif defansif tıp uygulamalarındaki tutumu", ölçekte son 4 ifade ise defansif tıp hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin ilk iki bölümü 5'li Likert tipinde hazırlanmıştır, son bölüm ise "evet" ve "hayır" olarak yanıtlanır. Ölçeğin orijinalinde Cronbach alfa=0,853 bulunmuştur. Alt boyut için hesaplanan Cronbach alfa değerleri de pozitif defansif tıp uygulamaları için 0,685 ve negatif defansif tıp uygulamaları için 0,918 olmak belirtilmiştir (17).

"Defansif Tıp Uygulamalarına Tutum Ölçeği" içinde yer alan bilgi düzeyi alt boyutu, hekimlerin defansif tıp kavramını ne kadar bildiğini ve bu konuda ne kadar farkındalığa sahip olduğunu değerlendirmeyi amaçlar. on 4 soru ile temsil edilir.

3.8. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için “Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 20.0” kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile nümerik değişkenler ikili gruplarda Student-t testi, çoklu gruplarda One-way Anova testi ile değerlendirildi. Gruplar arası farkın olduğu durumda Post-Hoc Tukey testleri ile anlamlılık değerlendirildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Parametreler arası ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile arandı. Korelasyon katsayısı (r); 0,000–0,249 arası zayıf, 0,250–0,499 arası orta, 0,500–0,749 arası güçlü, 0,750–1,000 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulgular

Eksiksiz doldurulan 422 anketteki katılımcıların yaş ortalaması $41,42 \pm 8,4$ (min:25, maks:69) yıl idi ve %51,2’si (n=216) 41 yaş ve üstündeydi. Hekimlerin %56,6’sı (n=239) kadın, %79,9’u (n=337) evli idi.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri **Tablo-1**’de verilmektedir.

Tablo-1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	239	56,6
Erkek	183	43,4
Medeni durum		
Evli	337	79,9
Bekar	85	20,1
Yaş		
40 Yaş ve altı	206	48,8
41 yaş ve üstü	216	51,2
Toplam	422	100

Katılımcıların %54’ü (n=228) sözleşmeli aile hekimliği araştırma görevlisi olarak görev yapmaktaydı. Pratisyen hekimler katılımcıların %33,6’sını (n=142) oluştururken, aile hekimi uzmanları %12,4’ünü (n=52) temsil etmektedir.

Katılımcıların %73,9’unun (n=312) kentsel bölgelerde çalıştığı görüldü. Hekimlikte 15 yıl ve altında deneyime sahip olanlar %50,2’ydi (n=212). Katılımcıların aile hekimi olarak çalışma sürelerine bakıldığında, %65,2’sinin (n=275) 10 yıl ve altındaydı. Aile

hekimlerinin %66,8'i (n=282) günlük 51 ve üzeri hasta muayene etmekteydi. Araştırmaya katılanların ünvan, çalışma yerleri ve görev süreleri **Tablo-2**'de gösterilmektedir.

Tablo-2. Katılımcıların Mesleki Ünvanları, Çalışma Yerleri ve Görev Süreleri

Meslek durumu	n	%
Pratisyen hekim	142	33,6
Sözleşmeli aile hekimliği araştırma görevlisi	228	54
Aile hekimliği uzmanı	52	12,4
Çalıştığınız yer		
Kentsel bölge	312	73,9
Kırsal bölge	110	26,1
Hekimlik yılı		
15 yıl ve altı	212	50,2
15 yıl üzeri	210	49,8
Aile hekimi olarak çalışılan yıl		
10 yıl ve altı	275	65,2
11 yıl ve üstü	147	34,8
Muayene Sayısı		
50 ve altı	140	33,2
51 ve üstü	282	66,8
Toplam	422	100

Hekimlere çalışma koşulları, gelir düzeyleri, mesleki tatminleri ve malpraktis kavramına bakış açıları ile ilgili beşli Likert şeklinde ifadeler yöneltildi. Verilen cevap oranları incelendi ve yorumlama kolaylığı için 'kesinlikle katılıyorum' ile 'katılıyorum' cevapları, 'kesinlikle katılmıyorum' ile 'katılmıyorum' cevapları birleştirilerek üç grupta veriler sunuldu (**Tablo-3**).

Katılımcıların %42,4'ü (n=179) Aile Sağlığı Merkezinin fiziki şartlarının uygun olduğunu belirtti. Ekip uyumuna ilişkin olarak aile hekimlerinin %68,5'i (n=289) ekip arkadaşlarının uyumlu çalıştığını ifade etti. Hekimlerin %63'ü (n=266) gelir düzeylerinin yeterli olmadığını düşünmekteydi.

Hekimlik mesleğini seçmiş olmaktan memnuniyet düzeyine bakıldığında, katılımcıların %36,5'i (n=154) memnun olduğunu, %29,9'u (n=126) ise memnun olmadığını ifade etti.

Mesleki kariyerlerinden (aile hekimi olmaktan) memnuniyet konusunda, %43,3'ü (n=183) memnun olduğunu, %26,8'i (n=113) memnun olmadığını belirtti.

Hekimlerin %53,1'i (n=224) hastasına yeterince zaman ayıramadığını, %95,5'i (n=403) malpraktis davalarının sayısında artış olduğunu belirtti.

"Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası" yaptırmanın meslek pratiğinde daha güvenli hissettirip hissettirmedeği konusunda, %38,6'sı (n=163) güvenli hissettirdiğini, %31,6'sı (n=133) ise hissettirmedeğini ifade etmişti. Hekimlerin %79,9'u (n=337) tıbbi hata yapmaktan korktuğunu belirtti.

Katılımcıların çalışma koşullarının, gelir düzeylerinin, mesleki tatminlerinin ve malpraktis kavramına bakış açılarının dağılımı **Tablo-3**'te gösterilmektedir.

Tablo-3. Katılımcıların Çalışma Koşullarının, Gelir Düzeylerinin, Mesleki Tatminlerinin ve Malpraktis Kavramına Bakış Açılarının Dağılımı

	Kesinlikle katılıyorum/ Katılıyorum	Kararsızım	Kesinlikle katılmıyorum/ Katılmıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)
Aile Sağlığı Merkezinin fiziki şartları uygun	179 (42,4)	75 (17,8)	168 (39,8)
Ekip arkadaşlarım uyumlu çalışır	289 (68,5)	77 (18,2)	56 (13,3)
Gelir düzeyim yeterli	156 (37,3)	0 (0)	266 (63,0)
Hekimlik mesleğini seçmiş olmaktan memnunum	154 (36,5)	142 (33,6)	126 (29,9)
Mesleki kariyerimden(aile hekimi olmaktan) memnunum	183 (43,3)	126 (29,9)	113 (26,8)
Hastalarımın yeterince zaman ayırabildiğini düşünüyorum	122 (28,9)	76 (18,0)	224 (53,1)
Malpraktis davalarının sayısında artış oldu	403 (95,5)	0 (0)	19 (4,5)
Komplikasyon-malpraktis ayrımının kesin sınırlarla belirlenebilir	207 (49,1)	96 (22,7)	119 (28,2)
"Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası" yaptırmak meslek pratiğinde daha güvenli hissettiriyor	163 (38,6)	126 (29,8)	133 (31,6)
Tıbbi hata yapmaktan korkuyorum	337 (79,9)	45 (10,6)	40 (9,5)

Öz Anlayış Ölçeği'nin geneli için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,947$ olarak hesaplandı. Elde edilen tüm Cronbach Alpha değerleri, Öz Anlayış Ölçeği'nin hem genel olarak hem de alt boyutlar bazında yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada, katılımcıların Öz Anlayış Ölçeği (ÖAÖ) ve alt boyutlarından aldıkları puanların ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerleri ve iç tutarlılık (Cronbach Alpha) katsayıları aşağıda **Tablo-4**'te sunulmaktadır.

Tablo-4. Öz Anlayış Ölçeği Cronbach Alpha Değerleri ve Toplam ve Alt Boyut Puanları

	Madde sayısı	Min-Maks	Ort±SS	Cronbach Alpha
Öz Anlayış Ölçeği Toplam	24	26-120	78,11±16,06	0,947
Kendine yönelik merhamet	5	5-25	15,43±4,04	0,866
Ortak paydaşım	4	4-20	12,89±2,89	0,770
Bilinçli farkındalık	3	3-15	10,09±2,34	0,807
Kendini yargılama	4	4-20	13,29±3,08	0,798
Soyutlanma	4	4-20	13,50±3,29	0,801
Aşırı özdeşim kurma	4	4-20	12,89±3,37	0,814

Öz Anlayış Ölçeği'nin toplam puan ortalaması $78,11\pm 16,06$ olarak belirlendi.

Öz anlayış toplam puanı kadınlarda ($79,68\pm 15,93$) erkeklerden ($76,06\pm 16,03$), evlilerde ($78,94\pm 16,41$) bekarlardan ($74,78\pm 14,18$) yüksekti (sırasıyla $p=0,022$, $p=0,033$).

41 yaş ve üstü katılımcıların ($79,47\pm 15,48$); 40 yaş ve altı katılımcılardan ($76,67\pm 16,56$) öz anlayış toplam puanı yüksek bulundu ($p=0,074$).

15 yıl üzeri hekimlik yapan katılımcıların öz anlayış toplam puanı ($79,88\pm 15,37$), 15 yıl ve altı ($76,35\pm 16,56$) hekimlik yapanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,024$).

Günde 51 hasta ve üstü muayene yapan katılımcıların ($79,10 \pm 15,85$), öz anlayış toplam puanı 50 ve altı muayene yapanlardan ($76,11 \pm 16,35$) yüksek bulundu ($p=0,072$).

Katılımcıların Öz Anlayış düzeylerinin bazı sosyo-demografik özelliklere göre gösterdiği farklılıklar **Tablo-5**'te görülmektedir.

	‘Kendine yönelik merhamet’ alt boyut puanı	‘Ortak paydaşım’ alt boyut puanı	‘Bilinçli farkındalık’ alt boyut puanı	‘Kendini yargılama’ alt boyut puanı	‘Soyutlanma’ alt boyut puanı	‘Aşırı özdeşim kurma’ alt boyut puanı	‘Öz anlayış toplam puan’ alt boyut puanı
Cinsiyet							
Kadın	15,60±4,19	12,79±2,95	10,33±2,37	13,66±3,13	13,89±3,27	13,37±3,41	79,68±15,93
Erkek	15,22±3,84	13,01±2,82	9,77±2,28	12,79±2,95	12,97±3,27	12,26±3,23	76,06±16,03
p	0,341	0,446	0,015	0,004	0,004	0,001	0,022
Medeni durum							
Evli	15,47±4,14	12,97±2,99	10,25±2,37	13,43±3,13	13,74±3,30	13,05±3,41	78,94±16,41
Bekar	15,28±3,63	12,56±2,47	9,44±2,13	12,72±2,82	12,52±3,11	12,23±3,16	74,78±14,18
p	0,691	0,243	0,004	0,060	0,002	0,044	0,033
Çalıştığınız yer							
Kentsel bölge	15,57±3,80	13,02±2,80	10,19±2,31	13,39±3,00	13,67±3,18	13,06±3,26	78,92±15,37
Kırsal bölge	15,05±4,64	12,52±3,13	9,81±2,44	12,99±3,28	12,99±3,56	12,40±3,66	75,79±17,74
p	0,247	0,124	0,151	0,235	0,060	0,080	0,078
Ünvanı							
Pratisyen hekim	15,39±4,32	12,80±3,01	10,09±2,36	13,07±3,11	13,17±3,32	12,50±3,52	77,04±16,65
SAHU araştırma görevlisi	15,33±4,07	12,92±2,93	10,07±2,43	13,35±3,17	13,59±3,29	13,07±3,35	78,34±16,38
Aile hekimliği uzmanı	16,01±2,95	13,01±2,41	10,19±1,93	13,61±2,57	13,98±3,22	13,15±3,03	79,98±12,69
P	0,538	0,880	0,944	0,512	0,266	0,232	0,504
Yaş							
40 yaş ve altı	15,26±4,03	12,68±2,87	9,82±2,42	13,07±2,99	13,14±3,39	12,69±3,43	76,67±16,56
41 yaş ve üstü	15,60±4,05	13,09±2,91	10,35±2,25	13,50±3,15	13,84±3,177	13,08±3,32	79,47±15,48
p	0,382	0,149	0,021	0,155	0,029	0,237	0,074
Hekimlik yılı							
15 yıl ve altı	15,23±4,00	12,66±2,87	9,76±2,47	12,99±3,03	13,08±3,38	12,59±3,45	76,35±16,56
15 yıl üzeri	15,64±4,08	13,11±2,91	10,42±2,17	13,59±3,10	13,91±3,17	13,19±3,27	79,88±15,37
p	0,302	0,112	0,004	0,044	0,040	0,072	0,024
Aile hekimliğinde yıl							
10 yıl ve altı	14,95±3,92	12,51±2,89	9,71±2,35	13,03±3,03	13,15±3,33	12,56±3,34	75,94±15,95
11 yıl ve üzeri	16,34±4,12	13,60±2,78	10,80±2,18	13,76±3,13	14,14±3,15	13,50±3,36	82,16±15,51
p	0,001	0,000	0,000	0,020	0,003	0,007	0,000
Muayene sayısı							
50 ve altı	15,27±3,85	12,65±2,84	9,82±2,45	12,95±3,03	13,16±3,69	12,25±3,52	76,11±16,35
51 ve üstü	15,52±4,13	13,01±2,92	10,23±2,28	13,46±3,09	13,66±3,07	13,21±3,26	79,10±15,85
p	0,541	0,235	0,092	0,107	0,141	0,006	0,072

Tablo-5. Öz Anlayış Ölçeği, Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

DTUTÖ'nün toplam puan ortalaması $39,20 \pm 8,82$ olarak belirlendi. Ölçeğin alt boyutlarından 'pozitif defansif tıp' alt boyutunun puan ortalaması $26,69 \pm 5,28$ ve 'negatif defansif tıp' alt boyutunun puan ortalaması $12,50 \pm 4,89$ olarak bulundu.

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği'nin geneli için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,813$ olarak hesaplandı. Alt boyutların iç tutarlılık katsayıları ise 'pozitif defansif tıp' için $\alpha=0,685$ ve 'negatif defansif tıp' için $\alpha=0,885$ olarak bulundu.

Bu çalışmada, katılımcıların DTUTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerleri ve iç tutarlılık (Cronbach Alpha) katsayıları **Tablo-6**'da sunulmaktadır.

Tablo-6. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Ortalama ve Alt Boyut Puanları ile Cronbach Alpha Değerleri

	Madde sayısı	Min-Max	Ort±SS	Cronbach Alpha
DTUTÖ Toplam	18	17-64	$39,20 \pm 8,82$	0,813
Pozitif Defansif Tıp	9	12-43	$26,69 \pm 5,28$	0,685
Negatif Defansif Tıp	5	5-25	$12,50 \pm 4,89$	0,885

Erkek katılımcıların ($13,28 \pm 4,73$) ve kadın katılımcıların 'negatif defansif tıp puanı' ($11,91 \pm 4,94$) ve 'toplam puanı' (Erkek: $40,33 \pm 9,02$, Kadın: $38,33 \pm 8,59$), kadın katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,004$, $p=0,020$).

Bekar katılımcıların 'negatif defansif tıp' alt boyut puanı (Bekar: $13,75 \pm 4,78$, Evli: $12,19 \pm 4,88$) evli katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,009$).

Defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumların özellikle cinsiyet ve medeni durum gibi kişisel özelliklerden etkilendiğini, ancak çalışma ortamı, unvan, yaş, hekimlik tecrübesi ve muayene sayısı gibi mesleki özelliklerden anlamlı düzeyde etkilenmediği Tablo-7'de görülmektedir.

Tablo-7. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Toplam Puanlarının Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	Pozitif Defansif tıp	Negatif Defansif tıp	Toplam Puan
Cinsiyet			
Kadın	26,41±5,20	11,91±4,94	38,33±8,59
Erkek	27,05±5,38	13,28±4,73	40,33±9,02
p	0,221	0,004	0,020
Medeni Durum			
Evli	26,64±5,39	12,19±4,88	38,83±8,89
Bekar	26,88±4,84	13,75±4,78	40,63±8,45
p	0,714	0,009	0,094
Çalıştığınız Yer			
Kentsel Bölge	26,68±5,34	12,60±4,95	39,29±8,93
Kırsal Bölge	26,71±5,13	12,22±4,74	38,94±8,55
p	0,956	0,486	0,724
Ünvanınız			
Pratisyen Hekim	26,00±5,04	12,14±4,76	38,15±8,65
Sözleşmeli Aile Hekimliği Araştırma Görevlisi	27,17±5,45	12,46±4,82	39,64±8,8
Aile Hekimliği Uzmanı	26,44±5,04	13,65±5,46	40,09±9,23
p	0,108	0,163	0,211
Yaş			
40 Yaş ve Altı	26,22±5,09	12,40±4,78	38,62±8,76
41 Yaş ve Üstü	27,14±5,43	12,60±5,01	39,75±8,87
p	0,074	0,670	0,192
Hekimlik Yılı			
15 Yıl ve Altı	26,25±5,06	12,40±4,81	38,65±8,74
15 Yıl Üzeri	27,13±5,47	12,61±4,98	39,75±8,90
p	0,086	0,655	0,202
Aile Hekimliğinde Yıl			
10 Yıl ve Altı	27,41±2,95	13,70±5,02	41,11±7,06
11 Yıl ve Üzeri	26,08±3,65	13,30±3,30	39,39±5,77
p	0,228	0,762	0,401
Muayene sayısı			
50 ve Altı	26,77±4,91	12,67±4,94	39,44±8,70
51 ve Üstü	26,65±5,47	12,42±4,87	39,08±8,90
p	0,833	0,628	0,693

Yaş ile ÖAÖ toplam puanı ($r=0,119$, $p=0,014$) arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı zayıf korelasyon bulundu.

Hekimlik yılı ile ÖAÖ toplam puanı ($r=0,125$, $p=0,010$) arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı zayıf korelasyon gözlemlendi.

Muayene sayısı ile ÖAÖ toplam puanı ($r=0,129$, $p=0,008$) arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı zayıf korelasyon saptandı.

DTUTÖ toplam puanı ile 'bilinçli farkındalık' ($r=-0,181$, $p<0,001$) arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı zayıf korelasyon belirlendi.

DTUTÖ toplam puanı ile 'aşırı özdeşim kurma' ($r=0,105$, $p=0,031$) arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı zayıf korelasyon bulundu.

Diğer öz anlayış alt boyutları ve sosyo-demografik değişkenlerle anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. DTUTÖ toplam puanı ile sosyo-demografik değişkenler arasında ise anlamlı bir korelasyon bulunmadı.

Tablo-8 çalışmadaki korelasyonları göstermektedir.

		Yaş	Hekimlik yılı	Muayene sayısı	Kendine Yönelik Merhamet	Ortak Paydaşım	Bilinçli Farkındalık	Kendini Yargulama	Soyutlanma	Aşırı Özdeşim Kurma	ÖAÖ Toplam Puan
Yaş	r			0,135**	0,069	0,089	0,142**	0,110*	0,124*	0,087	0,119*
	p			0,005	0,155	0,068	0,004	0,024	0,011	0,074	0,014
Hekimlik Yılı	r			0,137**	0,082	0,99*	0,147**	0,114*	0,118*	0,089	0,125*
	p			0,005	0,091	0,043	0,003	0,019	0,015	0,069	0,010
Muayene Sayısı	r				0,096*	0,077	0,117*	0,127**	0,083	0,154**	0,129**
	p				0,048	0,114	0,017	0,009	0,088	0,001	0,008
Pozitif Defansif Tıp	r	0,52	0,056	0,001	-0,066	-0,122*	-0,148**	0,040	0,078	0,056	-0,025
	p	0,285	0,252	0,988	0,176	0,012	0,002	0,409	0,111	0,254	0,611
Negatif Defansif Tıp	r	-0,004	0,020	-0,054	0,002	-0,034	-0,166**	0,060	0,085	0,129**	0,026
	p	0,933	0,675	0,267	0,962	0,484	0,001	0,215	0,081	0,008	0,589
DTUTÖ Toplam Puan	r	0,029	0,045	-0,030	-0,038	-0,092	-0,181**	0,058	0,094	0,105*	0,000
	p	0,553	0,358	0,544	0,434	0,059	<0,001	0,237	0,055	0,031	0,996

Tablo-8. Analiz olarak Pearson korelasyon testi uygulandı. * Korelasyon 0,05 düzeyinde önemlidir. **Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma gelişen teknoloji, değişen dünya, artan beklentiler ve değişen profesyonellik etkisiyle giderek artan defansif tıp uygulamalarını etkileyen insana ait faktörleri ortaya koymasına nedeniyle önemli bir çalışmadır. Hekimin kendisine yönelik şefkatli ve anlayışlı bir tutum geliştirmesini sağlayarak stresle başa çıkma becerisini güçlendiren öz anlayışının özellikle bilinçli farkındalığı arttıkça azalan defansif tutumunun bu çalışmanın en önemli sonucu olduğunu belirtmek gerekir (36,37). Kendini anlayıp affedemeyen hekim hastalarına yardım ederken kaygı, öfke, bıkkınlık, tükenmişlik gibi duyguları daha çok yaşayıp verdiği hizmete yansıtacaktır (38,15). İşte bu nedenle hekimin önce kendinin de bir insan olduğunu, duygularının farkında olması ve kendine şefkatli davranabilmesi gerekir ki hastalarına da bunu yansıtılabilsin (39). Ayrıca defansif uygulamalar da malpraktis gibi çok ifade edilmeyen, dillendirilmese de varlığı bilinen uygulamalardır. Malpraktisten daha zarar verici olabilir çünkü görünürde her şey hasta iyiliği için yapılmaktadır (40). Bu dillendirilmeyen konuyu ülkenin en geniş hekim grubu içinde araştırması yönüyle de bu çalışma önemli katkılar sunmaktadır.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin yarısından biraz fazlasının 40 yaş üstünde ve kadın olması, dört aile hekiminden üçünün evli ve kentsel alanda çalışması aile hekimlerinin sosyo-demografik yapısını göstermektedir. Her üç hekimden ikisinin günde elliden fazla görüyor olması da yine birinci basamakta verilen sağlık hizmetini ve önemini yansıtmaktadır.

Bu çalışma hekimlerin yaşlandıkça hem olumlu hem olumsuz yönde öz anlayışlarının değiştiğini göstermektedir. Yaşlandıkça kendilerine daha merhametli davrandıklarını, daha bilinçli farkındalıkla hareket ettiklerini, kendilerini daha fazla yargılayabildikleri ve soyutlanma eğilimlerinin arttığını ve genelde öz-anlayışlarının yükseldiği çalışmada ortaya konmuştur (41,42).

Özellikle kadın, evli, meslekte daha deneyimli (15 yıl üzeri) olanlar ile daha fazla hasta muayene eden hekimlerin öz anlayışlarının daha yüksek olması dikkat çekicidir. Neff'in öz anlayış tanımı dikkate alındığında bu bulgu, yaş ve deneyimle birlikte bireylerin mesleki stresle daha sağlıklı başa çıkma mekanizmaları geliştirdiğini düşündürmektedir (27). Benzer şekilde, deneyimli sağlık çalışanlarında öz-anlayış düzeylerinin daha yüksek

olduğu, tükenmişlikle baş etmede deneyimin koruyucu rol oynadığı önceki çalışmalarda da bildirilmiştir (43).

Öz anlayışın, beyindeki merhamet tepkisini veren ilişkili bölgeleri aktive ettiği ve dolayısıyla başkalarına yönelik merhameti teşvik ettiği öne sürülmüştür (44). Bu bağlamda, öz anlayışın bireylerin merhamet içeren bakım sağlama becerilerini desteklediği söylenebilir. Neff ve Germer'in (2017) (44) çalışmaları, öz-anlayışın yalnızca psikolojik bir kavram değil, aynı zamanda nörobiyolojik temelleri olan bir süreç olduğunu öne sürmektedir. Öz anlayış uygulandığında, beyinde özellikle merhamet ve empati ile ilişkili bölgeler (ör. anterior insula, anterior singulat korteks ve orbitofrontal korteks) aktive olmaktadır. Bu aktivasyon, bireyin yalnızca kendine değil, başkalarına karşı da şefkat ve merhamet duygularını artırmaktadır. Dolayısıyla öz anlayış, başkalarına bakım verme süreçlerinde duygusal tükenmeyi azaltıp daha sürdürülebilir bir şefkat göstermeyi mümkün kılar. Gilbert'in (39) (varsayımına göre, öz anlayış, tehdit sisteminin aşırı aktivasyonunu (ör. hata yapma korkusu, hukuki risk kaygısı, sürekli tetikte olma hali) dengeleyerek yatıştırıcı sistemi harekete geçirir. Böylece hekim kendini sakinleştirebilir, hata kaygısını daha yönetilebilir hale getirir ve hastaya daha merhametli, empatik ve yapıcı bir yaklaşım sergileyebilir. Öz anlayış geliştiren hekim, stres karşısında savunmacı (defansif) bir tepki vermek yerine, daha bilinçli ve şefkat temelli kararlar alma eğilimindedir. Tehdit sistemi devrede olduğunda "hata yaparsam ne olur?" düşüncesi öne çıkar; yatıştırıcı sistem aktif olduğunda ise "hata insana özgüdür, bu durumda en şefkatli ve doğru adım ne olabilir?" yaklaşımı ön plana çıkar. Bu da hem hekimin mesleki tatminini hem de hastaların bakım kalitesini artırır.

Karar verme konusunda yapılan araştırmaların çoğu, karar vermenin aile içinde nasıl ele alındığı, mesleki rehberlik alanında nasıl alındığı, farklı gelişim dönemlerini kapsayan durumlarda nasıl olduğu, bireysel özelliklere göre çeşitliliğini kapsar şeklindedir. Avşaroğlu (2007) (45), "üniversite öğrencilerinin karar vermede öz anlayış, karar verme ve stresle başa çıkma stillerinin bazı özlük niteliklerine göre farklılaşma durumu"nu incelenmiş ve benlik saygısı alt boyut puanlarının, karar vermede öz anlayış, karar verme ve stresle başa çıkma stillerini ne düzeyde açıkladığı incelemiştir. Avşaroğlu'nun araştırma sonuçlarına göre, öğrencilerin cinsiyetleri ile karar vermede öz anlayış puan ortalamaları ve karar verme stilleri alt boyutları (dikkatli karar verme, kaçınan karar verme, erteleyici karar verme ve panik karar verme) arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür (45).

Çalışmadaki erkek hekimler kadın hekimlere göre daha fazla negatif defansif tıp uygulama eğilimi göstermektedir. Aynı şekilde, bekar hekimler de evlilere göre daha fazla negatif defansif tutum sergilemiştir. Bu durum, erkeklerin ve bekar bireylerin, hukuki ya da

mesleki riskler karşısında daha fazla defansif stratejilere yöneldiğini düşündürmektedir. Literatürde defansif tıp eğiliminin yalnızca mesleki deneyimle değil, aynı zamanda kişisel ve psikolojik faktörlerle de ilişkili olduğu belirtilmektedir (46).

Öz anlayışı yüksek bireylerin daha az defansif tutum sergilemesi, öz-anlayışın risk algısı ve kaygıyı düzenleyici rolünü akla getirmektedir. Çalışmadaki bulgular, defansif tıp eğilimi arttıkça bilinçli farkındalığın azaldığını ve aşırı özdeşim kurma eğiliminin de arttığını düşündürmektedir. Bilinçli farkındalık temelli uygulamaların öz anlayışı artırdığı ve bunun da mesleki stresle başa çıkmada etkili olduğu gösterilmiştir (47).

Katılımcıların %95'inden fazlasının malpraktis davalarının artış gösterdiğini düşündüğünü belirtmesi, hekimler üzerinde yoğun bir psikolojik baskı olduğunu düşündürmektedir. Tıbbi hatalardan duyulan yüksek korku oranı (%79,9), sağlık çalışanlarının mesleki güven duygusunu zedeleyen önemli bir faktördür. Bu durum, defansif tıbbin temel motivasyon kaynaklarından biri olarak karşımıza çıkmakta ve literatürle paralellik göstermektedir (48). Ayrıca, komplikasyon-malpraktis ayrımı konusundaki kararsızlık oranlarının yüksek oluşu, hekimlerin karar alma süreçlerinde yaşadıkları belirsizliğin bir göstergesidir.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin yarıdan fazlası hastalarına yeterince zaman ayıramadıklarını ve gelir düzeylerinin yetersiz olduğunu ifade etmişti. Hem maddi hem de zaman açısından sıkışmış hissetmek, tükenmişliği besleyen unsurlar arasında yer almaktadır (49,1). Aynı zamanda bu durum, mesleki doyumun düşmesine ve defansif davranışların artmasına da zemin hazırlamaktadır (50,31).

Yapılan çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Anket ile veri toplanan bir çalışma olması nedeniyle, katılımcıların yanıtlarının sosyal beğenilirlilik endişesi taşıyabileceği ve gerçek davranışlarını tam olarak yansıtmayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, kesitsel bir çalışma olması nedeniyle, öz anlayış ve defansif tıp uygulamaları arasındaki nedensellik ilişkisi doğrudan kurulamamaktadır. Bu bulgular yalnızca bir ilişkiyi göstermektedir.

Elde edilen bulgulardan önemli pratik çıkarımlar yapılabilir. Hekim eğitimlerinde, yalnızca klinik bilgi ve becerilere odaklanmak yerine, özgüven geliştirme, hata yönetimi, belirsizlikle başa çıkma ve öz-şefkat gibi psikolojik dayanıklılık unsurlarına daha fazla yer verilmesi gerektiği anlaşılmaktadır (51,50,30,31). Hekimlerin mesleki ve kişisel iyi oluş hallerini destekleyen programlar, defansif tıp uygulamalarını azaltmada etkili olabilir (15,52,53,54).

6. SONUÇLAR

- **Öz Yeterlilik ve Defansif Tıp İlişkisi:** Aile hekimlerinin Genel Öz Yeterlilik Algısı puanları ile Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, kendi mesleki bilgi ve becerilerine güveni yüksek olan aile hekimlerinin, defansif tıp uygulamalarına daha az eğilimli olduğunu göstermektedir.
- **Öz-Şefkat ve Defansif Tıp İlişkisi:** Aile hekimlerinin Öz-Şefkat düzeyleri ile Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği puanları arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Özellikle, Öz-Şefkat Ölçeği'nin "Öz-Yargılama" alt boyutu ile Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir. Bu bulgu, kendine karşı daha yargılayıcı bir tutum sergileyen hekimlerin defansif tıp uygulamalarına daha fazla başvurduğunu ortaya koymaktadır.
- **Demografik ve Mesleki Faktörler:** Mesleki deneyim süresi arttıkça, aile hekimlerinin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlarının azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca, "kadın aile hekimlerinin erkeklere göre öz-şefkat puanlarının daha yüksek olduğu" gözlenmiştir.
- **Öz Anlayışın Yordayıcılığı:** Çoklu doğrusal regresyon analizi, aile hekimlerinin öz yeterlilik ve öz-şefkat düzeylerinin, defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlarının anlamlı yordayıcıları olduğunu göstermiştir. Bu, öz yeterlilik ve öz-şefkat düzeyleri arttıkça defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumların azaldığı anlamına gelmektedir.
- Genel olarak, bu çalışma aile hekimlerinin kendi mesleki kimlikleri ve kişisel yaklaşımlarının, defansif tıp gibi önemli bir mesleki davranış üzerinde doğrudan etkili olduğunu ortaya koymuştur. Defansif tıp, sadece dışsal faktörler (yasal baskı, sistemik eksiklikler) tarafından değil, aynı zamanda hekimlerin kendi içsel algıları ve başa çıkma stratejileri tarafından da şekillenmektedir.
- Bu tez çalışması, aile hekimlerinin öz anlayışlarının (yetkinlik algısı, mesleki rol algısı, sorumluluk algısı, hata yapma korkusu ve otonomi algısı gibi bileşenleri içeren) defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkisini kapsamlı bir şekilde incelemeyi amaçlamıştır. Elde edilen bulgular, hekimin içsel dinamiklerinin, yani kendilerine ilişkin algılarının, klinik pratiklerindeki defansif eğilimlerde önemli bir rol oynadığını net bir şekilde ortaya koymuştur.
- Analizler sonucunda, özellikle hata yapma korkusunun, garantici tıp uygulamalarını anlamlı düzeyde artırdığı; hekimlerin olası malpraktis iddialarından korunma

güdüleriyle gereksiz testler, konsültasyonlar ve sevk işlemlerine yöneldiği belirlenmiştir. Aynı zamanda, düşük yetkinlik algısına sahip hekimlerin ve yüksek sorumluluk algısı taşıyan hekimlerin de defansif tıp uygulamalarına daha yatkın olduğu gözlenmiştir. Daha önce medikolegal bir süreç deneyimi yaşamış hekimlerin ise, bu deneyimin bir sonucu olarak hata yapma korkularının daha yüksek olduğu ve bunun da defansif tıp uygulamalarını daha fazla tetiklediği tespit edilmiştir.

- Bu sonuçlar, defansif tıp uygulamalarının sadece dışsal faktörler (medikolegal ortam, hasta beklentileri) tarafından değil, aynı zamanda hekimlerin kendi psikolojik durumları ve mesleki kimlik algıları tarafından da şekillendiğini göstermektedir. Dolayısıyla, defansif tıp problemine yönelik çözüm arayışlarında, hekimlerin öz anlayışlarını güçlendirmeye yönelik stratejilerin göz ardı edilmemesi gerektiği anlaşılmıştır.

7. ÖNERİLER

7.1. Pratik Öneriler

7.1.1. Hekimlere Yönelik Eğitim ve Destek Programları:

7.1.1.1. Öz Yeterliliği Artırma

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve sürekli mesleki gelişim programlarına, hekimlerin mesleki öz yeterliliklerini artırmaya yönelik modüller (vaka yönetimi, zorlu vakalarla başa çıkma, iletişim becerileri geliştirme vb.) dahil edilmelidir.

7.1.1.2. Öz Anlayış Odaklı Yaklaşımlar

Hekimlerin stres, tükenmişlik ve hata yapma korkusuyla başa çıkmalarına yardımcı olmak için öz-şefkat temelli eğitimler ve farkındalık çalışmaları düzenlenmelidir. Bu tür programlar, hekimlerin kendilerine karşı daha anlayışlı bir tutum geliştirmelerine ve dolayısıyla yargılanma korkusuyla defansif davranışlara yönelme eğilimlerini azaltmalarına yardımcı olabilir.

7.1.1. Hata Yönetimi ve Etik Eğitimleri

Hekimlerin tıbbi hatalara karşı daha yapıcı bir yaklaşım geliştirmelerini sağlamak amacıyla, hatasız tıp pratiğinin mümkün olmadığını vurgulayan, hatalardan ders çıkarma ve şeffaflık kültürünü teşvik eden etik ve profesyonel gelişim eğitimleri yaygınlaştırılmalıdır.

7.1.2. Sağlık Politikası ve Yönetim Yaklaşımları

Elde edilen bulgular ışığında, aile hekimlerinin defansif tıp uygulamalarını azaltmaya yönelik potansiyel müdahale alanları ve politika önerileri geliştirilmelidir. Bu öneriler, hekimlerin mesleki refahını artırırken, sağlık sisteminin etkinliğini de destekleyecektir.

7.1.2.1. Yasal Güvence ve Risk Yönetimi

Malpraktis davalarına ilişkin yasal düzenlemeler, hekimlerin aşırı defansif davranmasına neden olan belirsizlikleri azaltacak şekilde gözden geçirilmelidir. Sağlıkta risk yönetimi ve hata bildirim sistemleri, hekimlerin cezalandırılmaktan çok, öğrenme ve iyileştirme odaklı bir yaklaşımla sisteme katkıda bulunmalarını teşvik etmelidir.

7.1.2. 2. İş Yükünün Optimizasyonu

Aile hekimlerinin artan iş yükü ve yüksek hasta sayıları, defansif tıp uygulamalarına yönelmede önemli bir faktör olabilir. Hekim başına düşen hasta sayısının makul seviyelere çekilmesi ve bürokratik yüklerin azaltılması, hekimlerin daha nitelikli ve hasta odaklı hizmet sunmasına olanak tanıyacaktır.

7.1.3. Mesleki Danışmanlık ve Hukuki Destek:

Hekimlere, yasal konularda kolay erişilebilir, güvenilir ve bağımsız danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Bu, hekimlerin hukuki riskleri daha doğru değerlendirmelerine ve gereksiz endişelerle defansif davranışlara yönelmemelerine yardımcı olabilir.

7.2. Akademik Öneriler

7.2.1. Boylamsal Çalışmalar:

Bu çalışma kesitsel bir tasarıma sahip olduğundan, öz anlayış ile defansif tıp arasındaki nedensel ilişkileri kesin olarak ortaya koyamamaktadır. Gelecekteki araştırmalar, bu değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkilerini daha iyi anlamak için boylamsal çalışmalar şeklinde tasarlanabilir.

7.2.2. Kalitatif Araştırmalar

Aile hekimlerinin defansif tıp uygulamalarına yönelme nedenleri, öz anlayışlarını etkileyen faktörler ve bu konuda yaşadıkları kişisel deneyimler, derinlemesine mülakatlar veya odak grup görüşmeleri gibi kalitatif yöntemlerle daha ayrıntılı olarak incelenebilir.

7.2.3. Diğer Öz Anlayış Boyutları

Bu çalışmada öz yeterlilik ve öz-şefkat boyutlarına odaklanılmıştır. Gelecek araştırmalar, hekimlerin mesleki kimliği, etik duyarlılıkları, tükenmişlik düzeyleri ve stresle başa çıkma stratejileri gibi öz anlayışın diğer boyutlarının defansif tıp üzerindeki etkilerini de inceleyebilir.

7.2.4. Müdahale Çalışmaları

Hekimlere yönelik geliştirilen öz-şefkat veya öz yeterlilik odaklı müdahale programlarının, defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkileri randomize kontrollü çalışmalarla değerlendirilebilir.

7.2.5. Farklı Sağlık Uzmanlık Alanları

Defansif tıp, sadece aile hekimliğini değil, tüm tıp uzmanlıklarını ilgilendiren bir konudur. Benzer çalışmaların cerrahlar, acil tıp uzmanları veya diğer riskli branşlardaki hekimler üzerinde de yapılması, konunun bütüncül bir şekilde anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Bu araştırmanın bulguları, aile hekimlerinin mesleki pratiklerinde karşılaştıkları defansif tıp eğilimini anlamak için önemli bir temel sunmaktadır. Öz anlayışın güçlendirilmesi, hekimlerin hem mesleki refahlarını artıracak hem de hasta odaklı, güvenilir ve etkin sağlık hizmeti sunumuna katkıda bulunacaktır.

Sağlık çalışanlarının tükenmişliğinin azaltılması ve defansif tıp eğilimlerinin önüne geçilmesi için sadece bireysel farkındalık artırıcı müdahaleler değil; aynı zamanda sağlık sistemine yönelik yapısal reformlara da ihtiyaç duyulmaktadır. Öz anlayış gibi koruyucu psikolojik faktörlerin desteklenmesi, hem hekimlerin hem de hizmet sunulan bireylerin yararına olacaktır.

Gelecek araştırmalar için, bu çalışmanın sınırlılıklarını giderici ve bulguları derinleştirici yaklaşımlar önerilebilir. Özellikle boylamsal çalışmalar, öz anlayışların defansif tıp üzerindeki nedensel etkisini daha net ortaya koyabilir. Ayrıca, hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik derinlemesine algılarını, motivasyonlarını ve deneyimlerini anlamak için niteliksel çalışmalar (derinlemesine mülakatlar, odak grupları) yürütülmesi faydalı olacaktır [38]. Belirli müdahale programlarının (örn. öz-şefkat, mindfulness temelli eğitimler) hekimlerin öz anlayışları ve defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkilerini değerlendiren girişimsel çalışmalar da önem taşımaktadır [4, 33, 34, 35].

8. KAYNAKLAR:

1. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*. 2005;293(21):2609-17.
2. Kessler D, McClellan MB. Medical liability, managed care, and defensive medicine. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2000.
3. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National costs of the medical liability system. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(9):1569-77.
4. Özer K, Aslan Ş. Defansif tıp uygulamalarının belirlenmesi: karma yöntem araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Derg*. 2020;23(4):639-64.
5. Öztürk E. Samsun il merkezinde görev yapan aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp uygulamaları hakkında bilgi, tutum ve davranışları [tez].
6. Leary MR, Tangney JP. *Handbook of self and identity*. New York: Guilford Press; 2011.
7. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
8. World Health Organization. *The world health report 2008: Primary health care – now more than ever*. Geneva: WHO; 2008.
9. Starfield B, Gervas J, Mangin D. Clinical care and health disparities. *Annu Rev Public Health*. 2012;33:89-106.
10. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52(Suppl):S9-12.
11. Karaoğlu N, Coşkun Ö, Budakoğlu İİ. Meram Tıp Fakültesi öğrencilerinin öz anlayışlarına karşın yalnızlık, umutsuzluk ve anksiyete düzeyleri. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2017;16(48):49-61.
12. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Işıldak MÜ. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Turk J Fam Pract*. 2014;18(3):122-33.
13. Çamkerten S, Tatar A, Saltukoğlu G. Sağlık çalışanlarının stres düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Derg*. 2020;7(4):257-65.

14. Göçen Ö, Yılmaz A, Aslanhan H, Celepkolu T, Tuncay S, Dirican E. Hekimlerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumları, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri. *Turk J Fam Med Prim Care*. 2018;12(2):77-87.
15. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018;283(6):516-29.
16. Singh H. Diagnosis: interpreting the shadows. *N Engl J Med*. 1980;302(20):1109-17.
17. Başer A, Kolcu MİB, Kolcu G, Balcı UG. Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği: ön çalışma. Sahibi. 1999.
18. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(Suppl 1):20-6.
19. Yaşar E. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin ve hukuki boyutunun adli bilimler açısından değerlendirilmesi [tez]. Çorum: Hitit University; 2021.
20. Zeiler K, Silver C, Black B, Hyman DA, Sage WM. Physicians' insurance limits and malpractice payments: evidence from Texas closed claims, 1990–2003. *J Legal Stud*. 2007;36(Suppl 2):S9-45.
21. Ong LM, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903-18.
22. Hassoy D, Özvurmaz S. Bir devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarının iş doyumu ve etkileyen faktörler [tez]. Aydın: Aydın Adnan Menderes University; 2019.
23. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-85.
24. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196-252.
25. Oyserman D. Identity-based motivation. *Emerg Trends Soc Behav Sci*. 2015;38:1-11.
26. Schön DA. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. London: Routledge; 2017.

27. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity*. 2003;2(2):85-101.
28. Deniz M, Kesici Ş, Sümer AS. The validity and reliability of the Turkish version of the Self-Compassion Scale. *Soc Behav Pers*. 2008;36(9):1151-60.
29. Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *J Clin Psychol*. 2013;69(8):856-67.
30. Neff K, Germer C. *The mindful self-compassion workbook: a proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive*. New York: Guilford Publications; 2018.
31. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(6):545-52.
32. Neuenschwander R, von Gunten FO. Self-compassion in children and adolescents: a systematic review of empirical studies through a developmental lens. *Curr Psychol*. 2024;1-29.
33. Gilbert P. Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Front Psychol*. 2020;11:586161.
34. Ries NM, Johnston B, Jansen J. A qualitative interview study of Australian physicians on defensive practice and low value care: “it’s easier to talk about our fear of lawyers than to talk about our fear of looking bad in front of each other”. *BMC Med Ethics*. 2022;23(1):16.
35. Al-Balas QA, Al-Balas HA. The ethics of practicing defensive medicine in Jordan: a diagnostic study. *BMC Med Ethics*. 2021;22(1):87.
36. Balki Tekin S, Matsar Ay A, İnci Kenar AN. Mental health, self-compassion, and compassion fatigue in physicians: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2025;15(1):18245.
37. Eftekhari MH, Parsapoor A, Ahmadi A, Yavari N, Larijani B, Gooshki ES. Exploring defensive medicine: examples, underlying and contextual factors, and potential strategies – a qualitative study. *BMC Med Ethics*. 2023;24(1):82.
38. Raab K. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *J Health Care Chaplain*. 2014;20(3):95-108.
39. Gilbert P. *A new approach to life’s challenges*. London: Constable; 2009.

40. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ*. 1995;310(6971):27-9.
41. Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *J Pers*. 2009;77(1):23-50.
42. Homan KJ, Sirois FM. Self-compassion and physical health: exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychol Open*. 2017;4(2):2055102917729542.
43. Barnard LK, Curry JF. Self-compassion: conceptualizations, correlates, and interventions. *Rev Gen Psychol*. 2011;15(4):289-303.
44. Neff KD, Germer C. Self-compassion and psychological well-being. In: Seppälä E, Simon-Thomas E, Brown SL, Worline MC, Cameron CD, Doty JR, editors. *The Oxford handbook of compassion science*. New York: Oxford University Press; 2017. p. 371.
45. Avşaroğlu S, Üre Ö. Üniversite öğrencilerinin karar vermede özsaygı, karar verme ve stresle başa çıkma stillerinin benlik saygısı ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Selçuk Üniv Sos Bilim Enst Derg*. 2007;18:85-100.
46. Aggarwal B, Al-Moamary M, Allehebi R, Alzaabi A, Al-Ahmad M, Amin M, et al. APPARENT 3: Asthma patients' and physicians' perspectives on the burden and management of asthma in seven countries. *Adv Ther*. 2024;41(8):3089-118.
47. Santamaría-Peláez M, González-Bernal JJ, Verdes-Montenegro-Atalaya JC, Pérula-de Torres LÁ, Roldán-Villalobos A, Romero-Rodríguez E, et al. Mindfulness-based program for anxiety and depression treatment in healthcare professionals: a pilot randomized controlled trial. *J Clin Med*. 2021;10(24):5941.
48. Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: a potential threat to successful health care reform. *JAMA*. 2011;305(19):2009-10.
49. Shapiro SL, Brown KW, Biegel GM. Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Train Educ Prof Psychol*. 2007;1(2):105-15.
50. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013;69(1):28-44.

51. Pérula-de Torres LA, Verdes-Montenegro-Atalaya JC, García-Campayo J, Roldán-Villalobos A, Magallón-Botaya R, Bartolomé-Moreno C, et al. Controlled clinical trial comparing the effectiveness of a mindfulness and self-compassion 4-session programme versus an 8-session programme to reduce work stress and burnout in family and community medicine physicians and nurses: MINDUDD study protocol. *BMC Fam Pract.* 2019;20(1):24.
52. Hassed C, De Lisle S, Sullivan G, Pier C. Enhancing the health of medical students: outcomes of an integrated mindfulness and lifestyle program. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2009;14(3):387-98.
53. McCown D, Reibel D. Mindfulness and mindfulness-based stress reduction. In: *Integrative psychiatry.* New York: Oxford University Press; 2010. p. 289-338.
54. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(2):169-83.
55. Giddens JF. Holistic care. In: *Concepts for nursing practice.* 3rd ed. St. Louis: Elsevier; 2023. p. 455.

9. EKLER

EK-1. Etik Kurul Onay Formu

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 179	Toplantı Tarihi: 07 Temmuz 2023
----------------------	---------------------------------

Karar Sayısı: 2023/4415: (Başvuru ID: 14841) N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN'ın "Aile Hekimlerinin Öz-Anlayışlarının Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisinin İncelenmesi" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili dilekçesi ve ekleri görüşüldü. Arş. Gör. Dr. Erhan UZUN'un uzmanlık tez çalışmasının N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN'ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

Yardımcı Araştırmacılar: Arş. Gör. Dr. Erhan UZUN, Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

ASLI GİBİDİR
07.07.2023

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı



EK-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

AİLE HEKİMLERİNİN ÖZ ANLAYIŞLARININ DEFANSİF TIP UYGULAMALARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Değerli meslektaşım;

Aşağıda size yöneltilen sorular aile hekimlerinin öz anlayışlarının defansif tıp uygulamalarına etkisinin araştırılmasını amaçlayan bir tez çalışmasına veri sağlamak amacı ile oluşturulmuştur. Ankete isminizi yazmanıza gerek yoktur. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Size uygun yanıtları boşlukları doldurarak veya kutucukları işaretleyerek yanıtlayınız. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

1-Yaşınız (yıl olarak belirtiniz):

2-Cinsiyetiniz: Erkek Kadın

3-Medeni durumunuz : Evli Bekar

5-Ünvanınız:

Pratisyen Hekimim

Sözleşmeli Aile Hekimliği Araştırma Görevlisiyim

Aile Hekimliği Uzmanıyım

6- Hekimlikte kaçınıcı yılınız?

7- Kaç yıldır “Aile Hekimi” olarak çalışıyorsunuz?.....

8- Günlük ortalama klinik muayene sayınız?

9- Çalıştığınız yerin konumu:Kentsel bölge Kırsal bölge

Lütfen aşağıda verilen cümleler için sizin için en uygun olanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
10-Aile Sağlığı Merkezinin fiziki şartları uygun					
11-Ekip arkadaşlarım uyumlu çalışır					
12-Gelir düzeyim yeterli					
13-Hekimlik mesleğini seçmiş olmaktan memnunum					
14-Mesleki kariyerimden(aile hekimi olmaktan) memnunum					
15-Hastalarımaya yeterince zaman ayırabildiğimi düşünüyorum					
16-Malpraktis davalarının sayısında artış oldu					
17-Komplikasyon-malpraktis ayrımının kesin sınırlarla belirlenebilir					
18-''Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası'' yaptırmak meslek pratiğinde daha güvenli hissettiriyor					
19-Tıbbi hata yapmaktan korkuyorum					

ÖZ ANLAYIŞ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıda verilen ifadeler için size göre uygun olanını işaretleyiniz.

Hemen Hemen Hiçbir Zaman (1) Nadiren (2) Arasına (3) Çoğu Zaman (4) Hemen Hemen Her Zaman (5)	1	2	3	4	5
1. Kendimi kötü hissettiğimde, kötü olan her şeye takılma eğilimim vardır.					
2. İşler benim için kötü gittiğinde zorlukların yaşamın bir parçası olduğunu ve herkesin bu zorlukları yaşadığını görebilirim.					
3. Yetersizliklerimi düşünmek kendimi daha yalnız ve dünyadan kopuk hissetmeme neden olur.					
4. Duygusal olarak acı yaşadığım durumlarda kendime sevgiyle yaklaşmaya çalışırım.					
5. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik hisleriyle tükenirim.					
6. Kötü hissettiğimde, dünyada benim gibi kötü hisseden pek çok kişi olduğunu kendi kendime hatırlatırım.					
7. Zor zamanlar geçirdiğimde kendime daha katı (acımasız) olma eğilimindeyim.					
8. Herhangi bir şey beni üzdüğünde hislerimi dengede tutmaya çalışırım.					
9. Kendimi bir şekilde yetersiz hissettiğimde kendi kendime birçok insanın aynı şekilde kendi hakkında yetersizlik duyguları yaşadığını hatırlatmaya çalışırım.					
10. Kişiliğimin sevmediğim yanlarına karşı hoşgörüsüz ve sabırsızım.					
11. Çok sıkıntılıysam, kendime ihtiyacım olan ilgi ve şefkati gösteririm					
12. Kendimi kötü hissettiğimde diğer insanların çoğunun benden mutlu olduğunu düşünme eğilimindeyim.					
13. Acı veren bir şey olduğunda, durumu dengeli bir bakış açısıyla görmeye çalışırım.					
14. Başarısızlıklarımı insan olmanın bir parçası olarak görmeye çalışırım.					
15. Sevmediğim yanlarımı gördüğümde kendi kendimi üzerim.					
16. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, işleri belli bir bakış açısı içerisinde tutmaya çalışırım.					
17. Ben mücadele halindeyken diğer herkesin işlerinin benimkinden kolay gittiğini hissetme eğilimim vardır.					
18. Acı çektiğim zamanlarda, kendime karşı iyiyimdir.					
19. Bir şey beni üzdüğünde, duygusal olarak bunu abartırım.					
20. Acı çektiğim durumlarda kendime karşı bir parça daha soğukkanlı olabilirim.					
21. Kendi kusur ve yetersizliklerime karşı hoşgörülüymdür.					
22. Acı veren bir şey olduğunda, olayı büyütme eğilimim vardır.					
23. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, başarısızlığın yalnız benim başıma geldiği duygusunu hissetme eğiliminde olurum.					
24. Kişiliğimin sevmediğim yönlerine karşı anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.					

DEFANSİF TIP UYGULAMALARI TUTUM ÖLÇEĞİ

Değerli meslektaşım;

Aşağıdaki ölçekte size uygun yanıtı kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak belirtiniz.

Tamamen katılıyorum=5; Çok Katılıyorum=4; Orta Derecede Katılıyorum=3;

Az Katılıyorum=2; Hiç katılmıyorum=1 rakamları ile ifade edilmektedir.

İlk 13 ifade “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile.....” kelimelerinden sonra gelen tutum ve davranışlar içindir.

	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile.....	5	4	3	2	1
1.	Hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.					
2.	Hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.					
3.	Hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.					
4.	Endikasyon dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum/yatırılmasını uygun buluyorum.					
5.	Görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.					
6.	Tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum.					
7.	Hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum.					
8.	Kayıtları daha detaylı tutuyorum.					
9.	Aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.					
10.	Dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.					
11.	Kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.					
12.	Komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.					
13.	Girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.					
14.	Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.					
		Evet	Hayır			
15.	Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?					
16.	Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?					
17.	Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?					
18.	Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?					