



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Yönetimi Programı

# **HEKİMLERİN TIBBİ HATA ALGI VE TUTUMLARI İLE MALPRAKTİS KORKULARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uğur UĞRAK

Doktora Tezi

Ankara, 2019

HEKİMLERİN TIBBİ HATA ALGI VE TUTUMLARI İLE MALPRAKTİS KORKULARI  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uğur UĞRAK

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Yönetimi Programı

Doktora Tezi

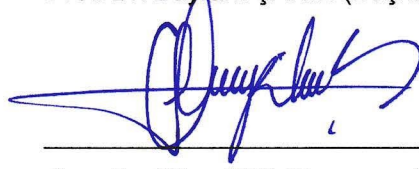
Ankara, 2019

## KABUL VE ONAY

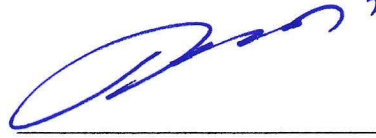
Uğur UĞRAK tarafından hazırlanan "Hekimlerin Tıbbi Hata Algı ve Tutumları ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma, 17.06.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

B. Şahin

Prof. Dr. Bayram ŞAHİN (Başkan)



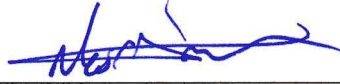
Doç. Dr. Oğuz IŞIK (Danışman)



Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU

Asuman

Doç. Dr. E. Asuman ATILLA



Dr. Öğr. Üyesi Nesrin AKCA

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ..... ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. <sup>(3)</sup>

17/06/2019



Uğur UĞRAK

**“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”**

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.  
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

\* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Doç. Dr. Oğuz IŞIK** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



**Uğur UĞRAK**

## TEŞEKKÜR

Tez sürecinin tüm aşamalarında sabırla bilgi ve tecrübeleri ile beni destekleyen, fedakârca kıymetli zamanını bu çalışmaya için harcayan tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Oğuz IŞIK'a,

Doktora eğitimim süresince kendisinden birçok şey öğrendiğim, tezimin her aşamasında değerli eleştiri ve katkıları ile çalışmama değer katan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Bayram ŞAHİN'e,

Değerli görüş ve katkıları ile jüri üyeleri, sayın hocalarım Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU'na, Doç. Dr. E. Asuman ATİLLA'ya ve Dr. Öğr. Üyesi Nesrin AKCA'ya ve ilk tez danışmanım olan Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Akademik eğitimim süresince fedakârlık ve sabırla beni destekleyen sevgili eşim Hatice'ye ve yeterince zaman ayıramadığım kıymetli kızlarım Burcu ve Büşra'ya teşekkür ederim.

## ÖZET

UĞRAK, Uğur. *Hekimlerin Tıbbi Hata Algı ve Tutumları ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi. Ankara, 2019.

Tıbbi hata yaygın ve önemli bir sağlık sorunudur. Hekimler tıbbi hata iddiası ile şikâyet veya dava edilebilmektedir. Bu durum hekimlerde tutum ve davranış değişikliğine yol açan malpraktis korkusu ile sonuçlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Ayrıca çalışmanın diğer bir amacı ise tıbbi hata algıları, tıbbi hata tutumları ve malpraktis korkularının hekimlerin malpraktis tecrübeleri ve sosyodemografik özelliklerinden etkilenip etkilenmediğini değerlendirmektir. Araştırma bir kamu hastanesinde görev yapan 248 hekim üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler anket formu ile toplanmıştır. Elde edilen verilerin analizi SPSS 23 ve AMOS istatistiksel yazılımları ile yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde ölçüm araçlarının yapı geçerliliği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri uygulanmıştır. Hipotez analizleri için parametrik ve non-parametrik testlerin yanı sıra yapısal regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz bulgularında hekimlerin malpraktis korkuları yüksek seviyede tespit edilmiştir. Hekimlerin malpraktise yönelik olumsuz tecrübelerinin ve tıbbi hata algılarının hekimlerin malpraktis korkularını pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Hekimlerin tıbbi hata tutumlarının olumlu seviyede tespit edilmesine rağmen, davranışa dönüşmediği görülmüştür. Ayrıca hekimlerin tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyelerinin düşük seviyede olduğu ve hekimlerin çoğunluğunun tıbbi hata raporlamayı bilmediği tespit edilmiştir. Gereksiz malpraktis dava ve şikâyetlerini önlemek için, yapılacak tıbbi işlemlerin doğasındaki riskler hakkında hastalar yeterince bilgilendirilmelidir. Hekimler tarafından tıbbi hata oluşumuna etkili olduğu değerlendirilen çalışma şartlarına yönelik iyileştirmeler yapılmalıdır.

### **Anahtar Sözcükler**

Tıbbi Hata, Algı, Tutum, Malpraktis Korkusu, Tecrübe

## ABSTRACT

UĞRAK Uğur. *Assessment of Relationship Between Physicians' Medical Error Perceptions, Attitudes and Fear of Malpractice*. Ph.D. Dissertation, Ankara, 2018.

Medical error is common and important health issues. Physicians might be complained and sued for alleged medical error. This results in malpractice fear, which leads attitude and behavior change of physicians. Purpose of this study is to present relationships between physicians' medical error perceptions, medical error attitudes and, malpractice fear. Additionally, the other purpose of this study is to evaluate whether physicians' medical error perceptions, medical error attitudes, and malpractice fear are affected by malpractice experience and socio-demographic characteristics. This study was conducted on 248 physicians working in a public hospital. Data of this study was collected by a survey form. Analysis of collected data was performed by SPSS 23 and AMOS Statistical Software. In statistical analysis, construct validity of measurement tools used in this study was evaluated by exploratory and confirmatory factor analysis. For hypothesis analysis, parametric and non-parametric tests were used along with structural regression analysis. In findings, physicians' malpractice fear was determined at quite a high level. Physicians' negative experiences about malpractice and their medical error perceptions were found to positively affect their malpractice fear. Although physicians' medical error attitudes were positive, it was seen that these attitudes didn't turn into actual behavior. Additionally, it was seen that knowledge levels of physicians about medical error and malpractice were at a low level and most of the physicians didn't know how to report a medical error. To prevent unnecessary malpractice complains and lawsuits, patients must be sufficiently informed about the risks in the nature of medical procedures. Work conditions, which is perceived as an effective factor in medical error occurrence by physicians must be improved.

### Keywords

Medical Error, Perception, Attitude, Malpractice Fear, Experience



## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY</b> .....	<b>i</b>
<b>YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI</b> .....	<b>ii</b>
<b>ETİK BEYAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>x</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xiv</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>1. ALGI, KORKU VE TUTUM KAVRAMLARI</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1. ALGI</b> .....	<b>5</b>
1.1.1. Algılama Süreci .....	6
1.1.2. Algı Türleri .....	7
1.1.3. Algı Kuramları .....	8
<b>1.2. KORKU KAVRAMI</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3. TUTUM KAVRAMI</b> .....	<b>13</b>
<b>1.4. ALGI, KORKU VE TUTUM ARASINDAKİ İLİŞKİ</b> .....	<b>17</b>
1.4.1. Algı ve Korku Arasındaki İlişki .....	17
1.4.2. Algı ve Tutum Arasındaki İlişki .....	18
1.4.3. Korku ve Tutum Arasındaki İlişki .....	19
<b>2. TIBBİ HATA</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1. TIBBİ HATALARIN BİLİŞSEL MEKANİZMASI</b> .....	<b>22</b>
2.1.1. Planlama Hatası: .....	23
2.1.2. Uygulama Hataları .....	24
<b>2.2. TIBBİ HATA YAKLAŞIMLARI</b> .....	<b>25</b>
2.2.1. Kişi Odaklı Yaklaşım .....	25
2.2.2. Sistem Odaklı Yaklaşım .....	25

2.3.	<b>TIBBİ HATA TÜRLERİ .....</b>	<b>27</b>
2.4.	<b>TIBBİ HATA OLUŞUMUNA ARACILIK EDEN FAKTÖRLER ..</b>	<b>29</b>
2.4.1.	Organizasyonel Kültür .....	29
2.4.2.	Aktif ve Gizli Hata Kaynakları .....	31
2.4.3.	İnsanın Bilişsel Hataya Yatkınlığı .....	32
2.5.	<b>TIBBİ MALPRAKTİS .....</b>	<b>36</b>
2.5.1.	Malpraktis Korkusu.....	40
2.5.2.	Defansif Tıp.....	43
3.	<b>GEREÇ YÖNTEM.....</b>	<b>47</b>
3.1.	<b>ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ .....</b>	<b>47</b>
3.2.	<b>PROBLEM CÜMLESİ VE HİPOTEZLER.....</b>	<b>48</b>
3.3.	<b>EVREN VE ÖRNEKLEM .....</b>	<b>51</b>
3.4.	<b>VERİ TOPLAMA ARACI.....</b>	<b>52</b>
3.5.	<b>VERİ TOPLAMA ARACININ (ANKETİN) UYGULANMASI.....</b>	<b>54</b>
3.6.	<b>VERİLERİN ANALİZİ.....</b>	<b>55</b>
3.7.	<b>GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZİ .....</b>	<b>59</b>
3.7.1.	Geçerlilik Yöntemleri .....	59
3.7.2.	Güvenilirlik Yöntemleri.....	64
3.7.3.	Araştırmada Kullanılan Soru Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği .....	65
3.8.	<b>ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI .....</b>	<b>80</b>
4.	<b>BULGULAR.....</b>	<b>81</b>
4.1.	<b>TANIMLAYICI BULGULAR.....</b>	<b>81</b>
4.1.1.	Bağımsız Değişkenlerle İlgili Tanımlayıcı Bulgular .....	81
4.1.2.	Bağımlı Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	84
4.2.	<b>HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR .....</b>	<b>86</b>
4.2.1.	Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi.....	86
4.2.2.	Hekimlerin Malpraktis Korkularının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi.....	95
4.2.3.	Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi.....	97

4.2.4. Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Malpraktis Tecrübelerine ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeylerine Göre Değerlendirilmesi .....	98
4.2.5. Hekimlerin Malpraktis Korkularının Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeyine Göre Değerlendirilmesi .....	109
4.2.6. Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumlarının Malpraktis Tecrübeleri Ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeylerine Göre Değerlendirilmesi.....	115
4.2.7. Hekimlerin Tıbbi Hata Algısı, Malpraktis Korkusu ve Tıbbi Hata Tutumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi .....	117
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>120</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>140</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>147</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>171</b>
<b>Ek 1. Anket Formu .....</b>	<b>171</b>
<b>Ek 2. Etik Kurul İzni.....</b>	<b>175</b>
<b>Ek 3. Araştırma Uygulama İzni.....</b>	<b>176</b>
<b>Ek 4. Ölçek İzinleri .....</b>	<b>177</b>
<b>Ek 5. Orijinallik Raporu.....</b>	<b>179</b>

## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ADF</b>	: Asymptotic Distribution Free (Asimptotik Olarak Dağılımdan Bağımsız)
<b>AFA</b>	: Açıklayıcı Faktör Analizi
<b>AMOS</b>	: Analysis of Moment Structures
<b>DFA</b>	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>IOM</b>	: Institute of Medicine (Amerikan Tıp Enstitüsü)
<b>KMO</b>	: Kaiser Meyer Olkin
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>TSK</b>	: Türk Silahlı Kuvvetleri
<b>ULS</b>	: Unweighted Least Squares (Ağırlıksız En Küçük Kareler)
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>YEM</b>	: Yapısal Eşitlik Modeli

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Tıbbi Hata Türleri.....	28
<b>Tablo 2.</b> Tıbbi Hata Oluşumuna Neden Olan Bilişsel Önyargılar.....	33
<b>Tablo 3.</b> Araştırma Kapsamında Kullanılan Değişkenler .....	57
<b>Tablo 4.</b> Hekimlerin Sosyo-demografik Özellikleri Arasındaki Korelasyon .....	58
<b>Tablo 5.</b> Hekimlerin Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeyleri İle İlgili İfadeler Arasındaki Korelasyon .....	58
<b>Tablo 6.</b> Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İndeksleri.....	64
<b>Tablo 7.</b> Tıbbi Hata Algısını Oluşturan İfadelere İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	67
<b>Tablo 8.</b> Tıbbi Hata Algısına İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları .....	71
<b>Tablo 9.</b> Malpraktis Korku Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları .....	73
<b>Tablo 10.</b> Malpraktis Korkusu Ölçeği YEM'ne Uygulanan Birinci Modifikasyon Bulguları.....	74
<b>Tablo 11.</b> Malpraktis Korkusu Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analiz Bulguları .....	75
<b>Tablo 12.</b> Tıbbi Hata Tutumunu Ölçmek İçin Kullanılan İfadeler .....	76
<b>Tablo 13.</b> Tıbbi Hata Tutum İfadelerine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları - I.....	77
<b>Tablo 14.</b> Tıbbi Hata Tutum İfadelerine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları - II.....	78
<b>Tablo 15.</b> Tıbbi Hata Tutumuna İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analiz Bulguları .....	80
<b>Tablo 16.</b> Hekimlerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımları .....	82
<b>Tablo 17.</b> Hekimlerin Malpraktis Tecrübelerine ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeylerine İlişkin İfadelerin Dağılımı .....	83
<b>Tablo 18.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Algı İfadelerine İlişkin Değerlendirmeleri .....	84
<b>Tablo 19.</b> Hekimlerin Malpraktis Korku İfadelerine İlişkin Değerlendirmeleri ....	85
<b>Tablo 20.</b> Hekimlerin Malpraktis Korku Seviyelerine Göre Dağılımları .....	85
<b>Tablo 21.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumlarına İlişkin Değerlendirmeleri.....	86

<b>Tablo 22.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı .....	87
<b>Tablo 23.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	88
<b>Tablo 24.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı .....	89
<b>Tablo 25.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Görev Yaptıkları Bilim Dallarına Göre Dağılımı.....	91
<b>Tablo 26.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Statülerine Göre Dağılımı.....	92
<b>Tablo 27.</b> Hekimlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Tıbbi Hata Algıları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	94
<b>Tablo 28.</b> Hipotez 1'in Sonuçları.....	95
<b>Tablo 29.</b> Hekimlerin Malpraktis Korkularının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Analizi .....	96
<b>Tablo 30.</b> Hipotez 2'nin Sonuçları.....	96
<b>Tablo 31.</b> Hekimlerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Tıbbi Hata Tutumlarının Analizi .....	97
<b>Tablo 32.</b> Hipotez 3'ün Sonuçları .....	98
<b>Tablo 33.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Malpraktis Davasına Dahil Olma Durumlarına Göre Analizi.....	99
<b>Tablo 34.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Yakın Çevresinde Malpraktis Davasına Dahil Olan Meslektaş Olma Durumuna Göre Analizi .....	99
<b>Tablo 35.</b> Hekimlerin Malpraktis İddiasıyla Şikâyet Edilme Durumlarına Göre Tıbbi Hata Algılarının Analizi.....	100
<b>Tablo 36.</b> Hekimlerin Yakın Çevresinde Malpraktis İddiasıyla Şikâyet Edilen Meslektaş Olma Durumuna Göre Tıbbi Hata Algılarının Analizi....	101
<b>Tablo 37.</b> Hekimlerin Çevresinde Malpraktis Sebebi ile Ceza Alan Meslektaş Olma Durumuna Göre Tıbbi Hata Algılarının Analizi.....	102
<b>Tablo 38.</b> Hekimlerin Son Bir Yıl İçinde Sakatlık ve Ölüm ile Sonuçlanan Tıbbi Hatayla Karşılaşma Durumlarına Göre Tıbbi Hata Algılarının Analizi .....	102
<b>Tablo 39.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Önleme Sorumluluğuna Yaklaşımları Açısından Verdikleri Tıbbi Hata Algılarının Analizi .....	103

<b>Tablo 40.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata veya Malpraktis Konusuna Yönelik Eğitim Alma Durumuna Göre Tıbbi Hata Algılarının Analizi .....	104
<b>Tablo 41.</b> Hekimlerin Tıbbi Hataları Rapor Edebilme Durumlarına Göre Tıbbi Hata Algılarının Analizi.....	105
<b>Tablo 42.</b> Malpraktis Konusuna Yönelik Bilgi Seviyeleri ile Tıbbi Hata Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi.....	105
<b>Tablo 43.</b> Hekimlerin Malpraktis Tecrübeleri ile Tıbbi Hata Algıları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular .....	108
<b>Tablo 44.</b> Hipotez 4'ün Sonuçları .....	109
<b>Tablo 45.</b> Hekimlerin Malpraktise Yönelik Tecrübelerine Göre Malpraktis Kokularının Analizi .....	111
<b>Tablo 46.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata ve Malpraktis Konusuna Yönelik Bilgi Seviyeleri ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Analizi .....	112
<b>Tablo 47.</b> Hekimlerin Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeyleri ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular .....	114
<b>Tablo 48.</b> Hipotez 5'in Sonuçları.....	115
<b>Tablo 49.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumlarının Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeyi Açısından Analizi .....	116
<b>Tablo 50.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata ve Malpraktis Konusuna Yönelik Bilgi Seviyeleri ile Tıbbi Hata Tutumları Arasındaki İlişkinin Analizi .....	116
<b>Tablo 51.</b> Hipotez 6'nın Sonuçları .....	117
<b>Tablo 52.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Algısı, Malpraktis Korkusu ve Tıbbi Hata Tutumları Arasındaki İlişkinin Analizine Yönelik Bulgular .....	119
<b>Tablo 53.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Algıları Konusunda Yapılan Çalışmalar.....	124
<b>Tablo 54.</b> Hekimlerin Malpraktis Korkuları Konusunda Yapılan Çalışmalar....	125
<b>Tablo 55.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumları Konusunda Yapılan Çalışmalar...	128

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b> Algılama Süreci .....	7
<b>Şekil 2.</b> Tıbbi Hatanın Nedenselliğe Göre Sınıflandırılması.....	23
<b>Şekil 3.</b> İsveç Peynir Modeli; Tıbbi Hatanın Engelleri ve Güvenlik Önlemlerini Aşarak Meydana Gelişi .....	27
<b>Şekil 4.</b> Hata Oluşma Yönergesi.....	32
<b>Şekil 5.</b> Araştırmanın Modeli .....	50
<b>Şekil 6.</b> Tıbbi Hata Algısına İlişkin Ölçüm Modeli - I .....	69
<b>Şekil 7.</b> Tıbbi Hata Algısına İlişkin Ölçüm Modeli - II .....	70
<b>Şekil 8.</b> Malpraktis Korku Ölçeği Ölçüm Modeli – I .....	74
<b>Şekil 9.</b> Malpraktis Ölçeği Ölçüm Modeli - II .....	75
<b>Şekil 10.</b> Tıbbi Hata Tutuma İlişkin Ölçüm Modeli - I .....	79
<b>Şekil 11.</b> Tıbbi Hata Tutuma İlişkin Ölçüm Modeli - II .....	79
<b>Şekil 12.</b> Hekimlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Tıbbi Hata Algıları Arasındaki İlişkinin Ölçüm Modeli.....	93
<b>Şekil 13.</b> Hekimlerin Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Seviyesi ile Tıbbi Hata Algıları Arasındaki İlişkinin Ölçüm Modeli .....	107
<b>Şekil 14.</b> Hekimlerin Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeyleri ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Ölçüm Modeli .....	113
<b>Şekil 15.</b> Hekimlerin Tıbbi Hata Algısı, Malpraktis Korkusu ve Tıbbi Hata Tutumları Arasındaki İlişkinin Ölçüm Modeli .....	118



## GİRİŞ

Her hekimin mesleğe başlamadan önce Hipokrat yemininde hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunacağına dair yemin etmesine rağmen yapılan araştırmalar tıbbın tamamen hatasız olmadığını göstermiştir (Leape, 1994). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan iki büyük çalışmaya göre yılda ortalama 44.000 ile 98.000 arasında kişinin önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle hastanelerde öldüğü ifade edilmektedir. ABD'nin önlenebilir tıbbi hatalardan meydana gelen ulusal kaybının ise yaklaşık olarak 17 ile 29 milyar dolar arasında olduğu ortaya konmuştur. Ek olarak tıbbi hata nedeni ile hayatını kaybeden insan sayısının, trafik kazaları nedeni ile hayatını kaybedenlerden daha fazla olduğu ifade edilmiştir (Kohn vd., 2000). Goodman ve arkadaşları (2011) ABD'de tıbbi hata nedeniyle hastane içinde ve dışında yıllık olarak yaklaşık 187.000 ölümün, 6,1 milyon yaralanmanın meydana geldiğini, bu ölüm ve yaralanmaların Amerikan toplumuna toplam sosyal maliyetinin 348 milyar dolar ile 913 milyar dolar arasında olduğu ifade edilmektedir. Bu rakam ABD'nin 2006 yılı sağlık harcamalarının %18-45'ni oluşturmaktadır (Goodman vd., 2011). Verilerden de anlaşılacağı üzere tıbbi hata hem toplum sağlığı yönünden hem de maliyet açısından ciddi bir tehlike oluşturmaktadır. Tıbbi hataları azaltmak için hem organizasyonel olarak hem de bireysel olarak birçok girişimde bulunmaktadır. Bu girişimlerin önemli bir kısmı hekimlerin tıbbi hata yapmalarını engellemek için uygulamaya konulan yasal düzenlemelerden oluşmaktadır.

Hasta ve hasta yakınları kendilerine yapılan tıbbi uygulamalarda tıbbi hata olduğunu düşündükleri durumlarda yasal yollara başvurarak malpraktis davaları açabilmektedirler. Özellikle son yıllarda malpraktis dava sayısında kayda değer bir artış olmuştur (Barlıoğlu, 2018; Hauser vd., 1991; Hershey, 1972). Hekimlere yönelik artan malpraktis şikayetleri ve davalarının çok olmasına rağmen, çok az bir kısmı dava veya ceza ile sonuçlanmaktadır (Hauser vd., 1991; Kırtışoğlu, 2018; Tümer, 2002). Kabul edilen veya ceza ile sonuçlanan dava sayısının az olmasına ve davaların büyük bir kısmının hekim lehine sonuçlanmasına rağmen, artan malpraktis şikayetleri ve davaları hekimlerin üzerinde bir korku

oluşturmakta, hekimlerin karar verme süreçlerini ve tutumlarını etkilemektedir (Hauser vd., 1991; Hershey, 1972; Kristiansen vd., 2001; Reed vd., 2008; Summerton, 1995; Vandersteegen vd., 2015). Hekimlerin bu tür olası malpraktis dava riski nedeni ile algıladıkları korku malpraktis korkusu olarak adlandırılabilir.

İnsanoğlunun en temel duygularından biri olan korku bireylerin çevrelerini algılama süreçleri sonrasında meydana gelen bir savunma mekanizmasıdır (Öhman, 2008). Algılama süreci görmenin ötesinde iyi-kötü, sevip-sevmeme, korku-heyecan gibi duygusal deneyimleri meydana getirir (İnceoğlu, 2011). Ayrıca McDougall (2001) korku gibi duyguların algılama ve düşünme süreci ile meydana geldiğini ifade etmiştir. Bay ve Algase (1999) ise korkuyu algılanan tehde veya daha önceden yaşanılmış bir korkunun kaynağına maruz kalındığında ortaya çıkan bir savunma tepkisi olarak tanımlamıştır. Daha kısa bir ifade ile korku, algılama sürecinin hemen sonrasında veya beraberinde meydana gelen bir duygusal deneyimdir.

Algılama süreci, bireyin çevresi ile karşılıklı etkileşiminden meydana gelmektedir. Bu etkileşim sonrası meydana gelen öğrenme bireylerde fiziki ve sosyal çevreye karşı belirli davranışları yaratmaktadır. Algılama ve tutum arasında sıkı bir ilişki mevcuttur (Bakan ve İlker, 2012; İnceoğlu, 2011; Pickens, 2011).

Duyusal bir savunma mekanizması olan korku psikolojik, fiziksel veya davranışsal olarak ifade edilmektedir (Witte, 1996). Genel olarak yapılan araştırmalarda bireylerde korkunun artması savunma tepkisi olarak tutum değişikliğine neden olabilmektedir (DeWolfe ve Governale, 1964; Janis ve Feshbach, 1953; Leventhal vd., 1965; Maddux ve Rogers, 1983; Rogers, 1985; Rogers ve Deckner, 1975; Rogers ve Mewborn, 1976; Tannenbaum vd., 2015; Witte, 1996). Literatürde görüldüğü üzere algılama, korku ve tutum arasında bir ilişki mevcuttur. Algılamanın; korku ve tutumu etkilediği, korkunun ise tutumu etkilediği görülmektedir. Literatürde hekimlerin tıbbi hata algısı, malpraktis korkusu ve tıbbi hata tutumları arasındaki olası ilişkilere dair araştırmanın olmamasına rağmen, algı, korku ve tutuma yönelik literatürden yola çıkarak;

hekimlerin tıbbi hata algıları, malpraktis korkusu ve tıbbi hata tutumları arasında ilişki olduğu düşünülmektedir.

Algı, korku ve tutum arasındaki ilişkilerden yola çıkarak hekimlerin tıbbi hata kaynaklarının tıbbi hata oluşumuna etki derecelerini algılama seviyelerinin, malpraktis korkularını etkileyeceği değerlendirilmektedir. Ayrıca korkunun tutum değişikliğine yol açtığı (Hauser vd., 1991; Hershey, 1972; Kristiansen vd., 2001; Reed vd., 2008; Summerton, 1995; Vandersteegen vd., 2015) göz önüne alındığında malpraktis korkusunun hekimlerin tıbbi hata tutumlarını etkileyeceği değerlendirilmiştir.

Uluslararası literatürde yapılan taramada malpraktis korkusunun hem sağlık sistemine hem de hekimler üzerindeki etkilerine yönelik birçok araştırma bulunmaktadır (Christensen vd., 1992; Fiscella vd., 2000; Franks vd., 2000; Mello vd., 2010; Mello vd., 2005; Montanera, 2016; Rothberg vd., 2014; Segal, 2012; Sonnenberg ve Boardman, 2013; Vandersteegen vd., 2015). Ulusal literatür incelendiğinde ise malpraktis korkusunun bir sonucu olan hekimlerin defansif tıp davranış ve tutumlarına, (Aydaş, 2014; Başer vd., 2014a; Başer vd., 2014b; Solaroglu vd., 2014) defansif tıbbin hukuki boyutuna yönelik (Gökşen, 2014; Odabaşı ve Tümer, 2006; Selçuk, 2015) çalışmaların yanı sıra; tıbbi hata algı ve tutumlarını değerlendirmeye yönelik (Bates vd., 2003; Güleç, 2012; Kıymaz, 2015; Menachemi, 2002; Menachemi vd., 2005; Muller ve Ornstein, 2007; Saygın ve Keklik, 2014; Tansüyer, 2010; Top vd., 2008) çalışmalar bulunmaktadır.

Ancak malpraktisin temel nedeni olan tıbbi hatanın hekimler tarafından ne derece algılandığını ve hekimlerin tıbbi hata algısı, malpraktis korkusu ve hekimlerin tıbbi hata tutumları arasındaki olası ilişkileri inceleyen bir araştırmanın literatürde bulunmaması, araştırmanın önemini ve gerekçesinin temel nedenidir.

Bu çalışma ile hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmıştır. Ayrıca hekimlerin tıbbi hata algıları ile tıbbi hata tutumları ve malpraktis korkularının, malpraktis tecrübeleri,

tıbbi hata bilgi düzeyleri ve sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi de çalışmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır.

Bu çalışmayla hekimler tarafından yüksek seviyede algılanan tıbbi hata kaynaklarının tespitinin hasta ve çalışan güvenliği politikalarına yol gösterici olabileceği değerlendirilmektedir. Ayrıca hekimlerin tıbbi hata algıları ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkinin tespitini; defansif tıbbın önemli bir nedeni olan malpraktis korkuları ile mücadele etmede faydalı olabileceği değerlendirilmektedir. Malpraktis korkusuna neden olan tıbbi hata kaynaklarının ortaya konması; önemli bir maliyet kaynağı olan ve birçok sağlık sorununa yol açma potansiyeli bulunan defansif tıp yaklaşımını endirekt olarak azaltmada faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında malpraktis korkusunun ve tıbbi hata algısının, tıbbi hata tutumu üzerindeki olası etkisinin ortaya konması, hekimler tarafından algılanan tıbbi hata kaynakları ile mücadelenin endirekt olarak malpraktis korkusu ve tıbbi hata tutumlarını da etkileyebileceğini göstermesi açısından önemlidir.

# 1. ALGI, KORKU VE TUTUM KAVRAMLARI

## 1.1. ALGI

Algi, duyu organlarımızca beyine gönderilen duyusal verilerin organize edilip yorumlanması olarak tanımlanabilir (Arkonaç, 2005). İnceoğlu (2011) algıyı dış dünyadaki soyut ve somut nesnelere aldığımız duyumsal bilgi olarak tanımlamıştır. Duyumsal bilgilendirme süreci beş duyu organımız ve hissetme duyusu aracılığı ile çevreden bilgi edinme süreci olarak ifade edilmiştir (İnceoğlu, 2011).

Eren'de (2006) benzer şekilde algıyı birbirinden bağımsız olan duyu organlarından gelen uyarıların anlamlı bir bütüne dönüşebilmesi için bir araya getirilip yorumlanması olarak tanımlamaktadır. Bunun sonucunda ne gördüğümüz, nasıl hissettiğimiz, neye inandığımız ve nasıl davrandığımız belirlenmektedir (Bakan ve İlker, 2012).

Dunn ve Stacey (2010) algıyı dış dünyanın bütünsel bir şekilde deneyimlenilmesi olarak ifade etmiştir. Demuth (2013) algının dış dünyanın bir gerçeklik deneyimi olarak nitelendirilebileceğini ileri sürmüştür. Dunn ve Stacey (2010) ise algının dış dünyanın bire bir kopyası olmayıp zihinsel olarak yeniden kurgulanmış hali olduğu şeklinde yorumlamıştır. Yani bireyin algıladığı, gerçeklikten önemli bir şekilde farklı da olabilmektedir (Pickens, 2011). Attneave (1962) ise algının teorik olarak tatmin edici ve tarafsız bir tanımının yapılmasının zor olduğunu ifade ederek algıyı farklı uyaran şartları altında organizmaya veri girişi ve bunların kısa dönemli sonuçları olarak tanımlamıştır. Sternberg ve Sternberg (2016) ise algıyı çevreden aldığımız uyarıları tanımladığımız, organize ettiğimiz ve anlamlandırdığımız bir süreç olarak ifade etmektedir. Benzer bir tanımda ise algı çevreden bilgi edinme ve bu bilgileri yorumlama süreci olarak tanımlanmıştır. Bu yorumlama süreci bize çevremizi anlamlandırmamıza olanak sağlamaktadır (Catling ve Ling, 2011). Martin ve arkadaşları (2010) algıyı duyu organlarımız aracılığı ile elde ettiğimiz bilgiler tarafından bize sunulanı fark etme süreci olarak

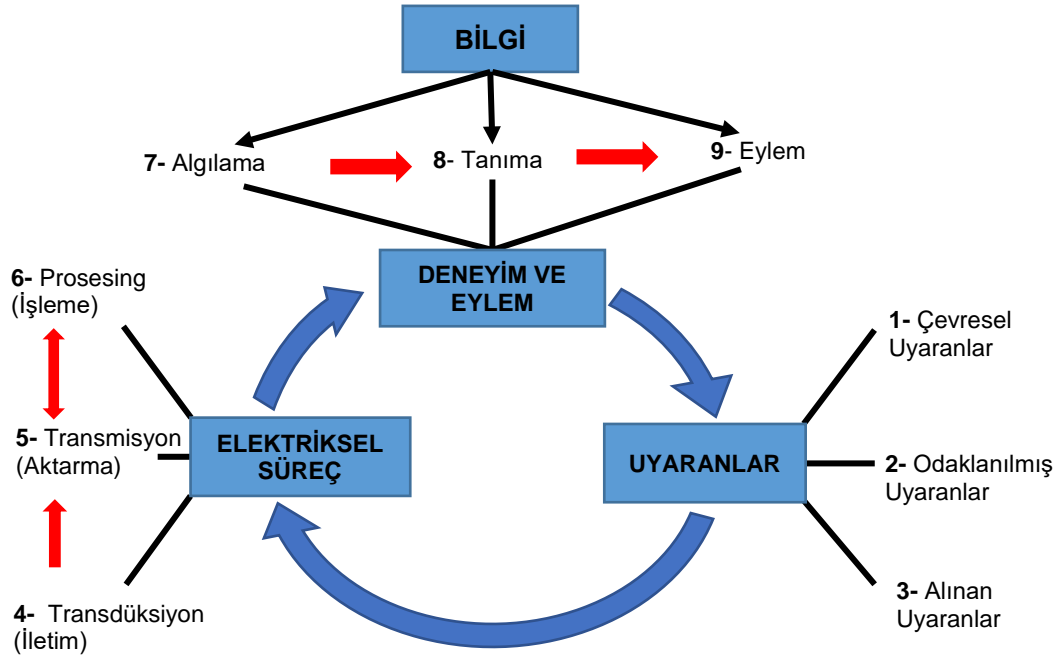
değerlendirmiştir. Bu süreç bireylere verileri tutarlı ve bütünsel bir halde sunmaktadır.

### 1.1.1. Algılama Süreci

Algılama bir anda oluşan bir sürecin ötesinde, bireyin bile farkına varmadığı arka planda işleyen karmaşık bir süreçtir (Dunn ve Stacey, 2010; Goldstein ve Brockmole, 2016; Martin vd., 2010).

Algılama Şekil 1’de görüldüğü gibi çevresel uyararla başlayan ve bizim çevresel uyarana yönelik gösterdiğimiz deneyim ve eylem ile sonuçlanan sıralı bir süreç halinde meydana gelmektedir. Bu süreç ilk olarak çevremizde bulunan ve bizim dikkatimizi çeken çevresel uyarlarla başlamaktadır. Çevresel uyarılar duyu organlarımız tarafından algılanarak elektriksel sinyaller şeklinde sinirler aracılığı ile beynimize iletilmekte ve beyinde işlenmektedir. Bu süreç elektriksel süreç olarak adlandırılabilir. Algılama ise bilinçli duysal deneyimdir. Dolayısıyla algılama sonrasındaki tanımlama ve eylem aşamaları algılama süreci için önemlidir. Tanımlama süreci ilk olarak algılanan bilinçli duyumun tecrübeler ve mevcut bilgi ışığında bir sınıflandırılmasıdır. Daha sonraki eylem aşamaları ise el, kol hareketleri gibi motor aktivitelerini içermektedir. Kısacası algılama her defasında bir eylemle sonuçlanmaktadır; bu bir kelebeği görünce yakından bakma olabileceği gibi, vahşi bir hayvanın sesi duyulunca kaçma şeklinde de olabilir (Goldstein ve Brockmole, 2016).

Şekil 1’de görüldüğü gibi bilgi, algılama sürecinin tüm aşamalarını etkileyen geçmişteki tecrübelere ve birikime dayanmaktadır. Ayrıca bireyin ait olduğu kültür, almış olduğu eğitim, örf adet, gelenek ve görenekler bireysel algılama sürecini etkilemektedir (Dunn ve Stacey, 2010; Goldstein ve Brockmole, 2016; Gregory, 1997; İnceoğlu, 2011). Algının oluşmasında bireylerin kişilikleri, gereksinimleri ve onlardan kaynaklanan güdüleri de önemli rol oynamaktadır (Dunn ve Stacey, 2010; Pickens, 2011).



Şekil 1. Algılama Süreci (Goldstein ve Brockmole, 2016)

### 1.1.2. Algı Türleri

Algı, algıyı oluşturuçu öğeleri, bu öğelerin sürecin gerçekleşmesindeki yerleri ve işlevleri temel alınarak simgesel algılama, görsel algılama, duysal algılama ve seçimleyici algılama olmak üzere dört başlık altında sınıflandırılmıştır (İnceoğlu, 2011).

İlk başlık olan simgesel algı toplumların veya grupların ortak gerçekliklerinin bir simge veya sembole yüklendiği ortak gerçeklik olarak tanımlanabilir. Ülkelere ait bayrak ve marşlar veya takımların amblemleri simgesel algıya örnek olarak verilebilir (İnceoğlu, 2011).

Görsel algılama sadece retinamıza yansıyan cismin olduğu gibi algılanmasından ziyade, beynimizin gözümüzle aldığımız veriyi aktif olarak anlamlandırmaya çalıştığı daha karmaşık bir süreçtir (Sternberg ve Sternberg, 2016). Her ne kadar sadece biyolojik bir süreç olarak gözükse de bu algılama sürecinde bireyin

duyusal ve psikolojik olarak görmeye hazırlıklı olması gerekmektedir (Dunn ve Stacey, 2010). Birey çevresinden gelen duyumların sadece bir kısmını algılayabilir. Bu noktada Berger'in (2008) görmek ve bakmak arasındaki ayrımı aklımıza gelmektedir. Etrafımızda birçok olay gerçekleşirken biz sadece görmeye hazırlıklı olduklarımızı algılayabiliriz (İnceoğlu, 2011).

Duyusal algılama ise algılama sürecinde simgesel ve görsel algılamaların yanında bu sürece iyi-kötü, sevip-sevmeme gibi duyusal nitelikteki tavır ve eğilimlerle eşlik etmektedir.

Bireylerin kültür, eğitim, örf, adet, gelenek ve görenek gibi olgular tarafından etkilenen kendilerine özgü algılama eğilimlerine ise "*seçimleyici algılama*" denilmektedir. Örneğin bir hava alanında uçak bekleyen doktor, mühendis veya avukat aynı durumu farklı şekilde algılayabilmektedirler (İnceoğlu, 2011).

Yukarıda tanımlanan algı türleri birbirinden bağımsız olarak gelişen algısal süreçler değildir. Bu sınıflandırma algıyı oluşturan öğeler ve bu öğelerin süreçteki işlevleri temel alınarak yapılmıştır. Kısacası, bireyin çevreyi algılaması esnasında yukarıda tanımladığımız tüm algı türleri aynı anda algılama sürecine dahil olabilirler. Hekimin ameliyat esnasında aynı anda hastasının fiziksel durumuna gözle bakarak edineceği bilgi görsel algılamaya, hasta monitöründe gördüğü yanıp sönen oksijen oranı veya duvardaki radyasyon uyarı ışığı simgesel algılamaya, hekimin cerrahi operasyon esnasında etrafta birçok uyaran varken özellikle hastanın tepkilerini algılaması seçimleyici algılamaya ve hekimin hastanın bu tepkilerine yönelik olarak yüklediği iyi - kötü nitelmesi de duyusal algılamaya örnek olarak gösterilebilir.

### **1.1.3. Algı Kuramları**

Birden fazla algı kuramı bulunmaktadır. Ancak temelde bu kuramlar aşağıdan-yukarıya kuramlar ve yukarıdan-aşağıya kuramlar olmak üzere iki grupta



toplanmaktadır. Gibson (1969) aşağıdan-yukarıya yaklaşımlara daha fazla önem verirken, Gregory (1997) yukarıdan-aşağı yaklaşımların savunucusudur (Dunn ve Stacey, 2010).

### 1.1.3.1. Aşağıdan-Yukarı Yaklaşımları

Aşağıdan-yukarı yaklaşımlar direkt algı kuramı, şablon kuramı, özellik kuramı, bileşenlerden tanıma kuramlarından oluşmaktadır (Sternberg ve Sternberg, 2016).

*Direkt Algı Kuramı:* Aşağıdan-yukarı yaklaşımların en bilinen kuramı Gibson (1969) tarafından ortaya atılan direkt algı kuramıdır. Direkt algı kuramı hem radikal hem de tartışmalı bir kuramdır (Catling ve Ling, 2011). Ekolojik kuram olarak ta bilinmektedir (Sternberg ve Sternberg, 2016). Gibson'a (1969) göre algı direkt olarak görsel çevreden aldığımız bilgi ile meydana gelmektedir ve daha başka bir bilişsel sürece ve bilgiye gerek yoktur (Catling ve Ling, 2011; Demuth, 2013; Dunn ve Stacey, 2010). Ancak bu yaklaşım daha önce bir bilgi veya tecrübeye sahip olmadan tüm algılamamın olabileceği hususu yönünden eleştirilmektedir. Örneğin elmanın top gibi oyun oynamak yerine, yemek için var olduğu bilgi veya tecrübe olmadan nasıl algılanabilir (Demuth, 2013).

*Şablon Kuramı:* Bu kurama göre insanın zihninde çevresini algılama sürecinde kullanabileceği sayısız şablon bulunmaktadır. Bireyler çevrelerini edindikleri uyarıları hafızlarındaki mevcut şablonlarla kıyaslayarak algılama sürecini gerçekleştirirler (Sternberg ve Sternberg, 2016). Ancak bu kuram günlük hayatta bireylerin algılama süreçlerinin işleyebilmesi için sayısız şablon gerektirmesi ve bunun mümkün olamayacağı yönünden eleştirilmektedir (Martin vd., 2010)

*Özellik Kuramı:* Bu kurama göre bireyler algılama sürecinde edindikleri uyarı hafızada depolanmış bir şablonla kıyaslamak yerine, bir özelliği ile kıyaslamaktadırlar (Sternberg ve Sternberg, 2016). Bu kuramın temelinde

bireyler ayırt edici özellikleri, diğer özelliklerden daha iyi algılayabildikleri düşüncesi yatmaktadır (Martin vd., 2010).

Bileşenlerden Tanıma Kuramı: Bu kuram üç boyutlu objeleri algılama yeteneğimizi açıklamaktadır. Bu kurama göre bireylerin üç boyutlu objeleri sınırlarını algılayarak temel geometrik şekillerle kıyaslama sureti ile algılamanın gerçekleştiğini savunmaktadır. Bu kuram karmaşık üç boyutlu nesnelerin algılama sürecini açıklamada yetersiz kaldığı yönünden eleştirilmektedir (Martin vd., 2010; Sternberg ve Sternberg, 2016).

### 1.1.3.2. Yukarıdan-Aşağı Yaklaşım

En önemli savunucusu Richard Gregory (1997) dir. Yapılandırıcı, akılcı, veri temelli algılama olarak farklı isimlerle de adlandırılır (Catling ve Ling, 2011; Martin vd., 2010). Bu kuram algının oluşmasında üst seviyede bilişsel bir sürecin mevcut olduğu görüşündedir. Algının sadece duyu organları ile veri elde etmekten ziyade aktif ve yapılandırıcı bir süreç olduğu ifade edilmektedir. Bu kurama göre, algılama ilk başta elde edilen uyarının kişisel deneyimler, bilgi birikimi, hatıralar ve beklentiler gibi husularla etkileşim sonucu meydana geldiğini savunmaktadır (Catling ve Ling, 2011; Demuth, 2013; Dunn ve Stacey, 2010; Gregory, 1997; Sternberg ve Sternberg, 2016).

Bu kuramda algılama süreci üç temel unsura bağlı olarak gelişir. Bunlar; duyu organlarımız ile ne hissettiğimiz (uyarısız veri), ne bildiğimiz (hafızada depolanmış veri) ve ne çıkarımda bulunabildiğimizdir (üst seviye bilişsel süreç). Bir buluşma öncesi uzaktan gelen arkadaşımızı gördüğümüzde onu daha rahat tanıyabiliriz veya bir tren rayında ilerleyen taşıtın bir tren olabileceği çıkarımında bulunabiliriz (Sternberg ve Sternberg, 2016).

Aşağıdan yukarı yaklaşım ve yukardan aşağı yaklaşımlar arasında nasıl karar verilmelidir? Aşağıdan yukarı kuramlar önceden edinilmiş bilginin algılama

sürecindeki önemine dikkat çekerken, yukardan aşağı kuramlar duyu organlarımızla elde ettiğimiz bilginin önemini vurgulamakta ve algılama sürecinin basit ve direkt olarak gerçekleştiği, aşağıdan yukarı kuramının savunduğu gibi kompleks bir bilişsel sürece sahip olmadığını savunmaktadır. Ancak, bu iki kuram birbiri ile uyumsuz olarak değerlendirilmemeli, bunun yerine birbirinin tamamlayıcısı olarak ele alınmalıdır. Algılama sürecinin karmaşıklığı göz önünde bulundurulduğunda mevcut kuramlar tüm kalıpları açıklamakta yetersiz kalabilmektedir (Sternberg ve Sternberg, 2016).

## 1.2. KORKU KAVRAMI

Korku tüm insanlık tarihi boyunca var olan insanoğlunun ayrılmaz bir parçası halini almış duysal bir deneyimdir (Bourke, 2003; Witte, 1996). Canlıların soylarının devamlarını sağlayabilmelerini ve kendilerini koruyabilmelerini sağlayan en ilkel savunma mekanizmasıdır (Blanchard ve Blanchard, 2008; LeDoux, 1995; Öhman, 2008). Ayrıca korku algısal, davranışsal ve motivasyonel bir durumdur (Rosen ve Schulkin, 1998).

Birçok yazar korkunun tanımını yapmıştır. Öhman'a (2008) göre korku beklenen bir tehlikeden ortaya çıkan duygusal durum ve mevcut durumdan kurtulmak için geliştirilen savunma dürtüsüdür. Diğer bir tanımda ise korku açık bir şekilde tehdit edici bir uyarana karşı normal bir şekilde meydana gelen davranışlarla beraber ortaya çıkan motivasyonel durum olarak tanımlanmıştır (Blanchard vd., 2008). Dymond ve arkadaşları (2015) korkuyu mevcut ve gelecek tehlikelerin tahmin edilmesine ve buna yönelik olarak tepki verilmesine olanak sağlayan, oldukça adaptif davranışsal bir tepki olarak ortaya koymuşlardır. Gray'in (1991) tanımında korku ceza ile ilişkili şartlı bir uyarın sonucu ortaya çıkan duysal durum olarak ifade edilmiştir.

Bay ve Algase (1999) korkuyu tehdidin olduğu ortamda yeterince güçlü, biyolojik olarak yönlendirilmiş, motive edilmiş duygusal durum olarak tanımlamışlardır.

Algılanan tehdide veya daha önceden yaşanılmış bir korkunun kaynağına maruz kalındığında ortaya çıkan bir savunma tepkisidir (Bay ve Algase, 1999).

Korku gibi duyuşsal deneyimlerin nasıl meydana geldiği sorusu birçok akademisyen tarafından farklı kuramlarla açıklanmaya çalışılmıştır (Cannon, 1927; Coleman ve Snarey, 2011; Papez, 1937; Schachter ve Singer, 1962; Steimer, 2002; Watson, 1930). Bu kuramlardan en kabul görenlerden birisi Schachter ve Singer (1962) tarafından geliştirilen ve algılanan duygunun adlandırılabilmesi için bilişsel bir süreçten geçip geçmişte yaşanmış tecrübeler tarafından değerlendirilmesi gerektiğini savunan kuramdır. Bu kuram ile yaşanmış tecrübelerin korkunun oluşmasında etkili olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca korku ve kaygı seviyesi kişilerin kişisel özelliklerine (genetik, yetiştiği çevre, tecrübeler vb.) göre değişiklik göstermektedir (Steimer, 2002).

Korku tepkileri, mevcut tehlikenin olası zararlarını en aza indirgeye bilmek amacıyla uygun savunma mekanizmasını harekete geçirebilmek için tehlike esnasında fonksiyonel olarak ortaya çıkan algısal ve davranışsal tepkilerdir. Bu yönüyle korku problem çözmeye yönelik fonksiyonel bir savunma mekanizmasıdır (Rosen ve Schulkin, 1998). Bir tehditle karşılaşıldığında duyuşsal tepki olarak meydana gelen korku her canlıda farklı türlerde olmakla beraber bir savunma mekanizması ile sonuçlanmaktadır (Blanchard ve Blanchard, 2008).

Korku, daha çok kaçınma, savunma ve başa çıkma davranışı ile ilgilidir (Epstein, 1972). Korkunun bir savunma mekanizması olarak işleyebilmesi için olası tehlikeyi fark edebilecek işlevsel bir algılama sistemine ihtiyaç vardır (Öhman, 2008). Ayrıca savunma mekanizmalarının gelişimi yaşanan olay ve durumların yanında (Steimer, 2002), genetik faktörler ve yaşanılmış tecrübelerden de etkilenmektedir (Blanchard ve Blanchard, 2008; Öhman, 2008; Schachter ve Singer, 1962)

Korku ve kaygı birbiri ile çok yakın iki olgudur. Ayrıca kaygı da korku gibi aynı tarz uyararla meydana gelebileceği için korkunun kaygının bir alt kavramı olarak ele alınması gerektiği düşünülmektedir (Gray, 1991). Korku ve kaygının ana fonksiyonu tehlike, tehdit ya da motivasyonel çatışma esnasında bir tehlike sinyali olarak görev yapmaları en önemli benzer noktalarıdır (Öhman, 2008; Steimer, 2002). Korku ve kaygıyı birbirinden ayıramaz olarak nitelendiren (Steimer, 2002) araştırmanın yanı sıra, kaygı ve korkunun birçok noktada birbirinden ayrıldığı görüşünü savunan çalışmalar da mevcuttur (Andreatini vd., 2001; Bay ve Algase, 1999; Öhman, 2008; Perkins vd., 2007; Taylor-Loughran vd., 1989; Whitley, 1992a, 1992b). Tüm açıklamalar ortak bir fikirde birleşmemelerine rağmen genel olarak korku yakın ve net bir şekilde ortaya çıkan tehlikeye karşı gösterilen tepki olarak tanımlanırken, kaygı ise daha genel ve korkuya oranla daha az belirgin olası tehlikelere yönelik gösterilen uzun süreli bir stres durumu olarak tanımlanmaktadır (Bay ve Algase, 1999; Blanchard ve Blanchard, 2008; Blanchard ve Blanchard, 1990; Bourke, 2003; Catherall, 2003; Epstein, 1972; Jeffrey ve McNaughton, 2003; Lang vd., 2000; McNaughton, 2011; Öhman, 2008). Ayrıca kaygı ve korkunun beyinin farklı alanlarını aktive ettiği görülmüştür (Lang vd., 2000; McNaughton, 2011).

Korku ve kaygı gibi duyguların, sadece bir duygusal veya zihinsel durumdan ibaret olmayıp psikolojik ve davranışsal değişikliklerin ayrılmaz bir parçası olduğu görülmüştür. Buna göre korkunun birbiri ile yakından ilişkili üç farklı seviyede deneyimlendiği belirlenmiştir. Bu seviyeler mental veya psikolojik seviye, sinirsel seviye ve davranışsal seviyedir (Steimer, 2002).

### **1.3. TUTUM KAVRAMI**

Tutumun soyut bir kavram olması, sosyoloji, psikoloji ve sosyal psikoloji gibi bilim dallarında geniş olarak kullanılması nedeni ile herkes tarafından kabul gören bir tanım yapılması oldukça zordur (Allport, 1935; Droba, 1933). Günümüze kadar birçok tanımla yapılmıştır ve bir kavram karmaşasına neden olmuştur (Bain, 1930; Campbell, 1950). İlk başlarda yapılan tanımları bilişsel, duygusal, motivasyonel

ve davranışsal bileşenleri içerecek şekilde oldukça geniş kapsamlıdır (Schwarz ve Bohner, 2001).

Bogardus (1931) ve Droba (1933) birbirine benzer bir tanım yaparak *“tutumu bireye ve çevreye yönelik olumlu veya olumsuz şekilde bir tepki verme eğilimi”* olarak tanımlamışlardır. Allport (1935) daha kapsamlı olarak tutumu bireyin etrafındaki ilgili durum ve objelere yönelik tepkilerini, direkt ve dinamik olarak etkileyen ve deneyim tarafından organize edilmiş mental ve zihinsel hazır oluş hali olarak tanımlamıştır. Fuson (1942) tutumu kullanımı gerekli olan davranış, fikir veya sosyal deneyimin son ürünü yada sonraki davranışlar için motive edici bir faktör olarak ifade etmiştir. Krech ve Crutchfield (1948) tutumu bireyin kendi dünyasındaki bazı boyutlara yönelik motivasyonel, duygusal, algısal ve bilişsel süreçlerin sürekli devam eden bir organizasyonu şeklinde ortaya koymuştur. Campbell (1950) tanımında tutumu sosyal objelere yönelik gösterilen tepkideki tutarlılık olarak ifade etmiştir. Ajzen (2005) tutumu bir objeye, kişiye, kuruma veya duruma yönelik olumlu veya olumsuz olan eğilim olarak tanımlamıştır. İnCEOğlu (2011) tutumu bireyin etrafındaki durum ve nesnelere yönelik gösterdiği tepki eğilimi olarak ifade etmiştir. Diğer bir ifade ile bireyin bir olay, durum ya da olguya yönelik sergilemesi beklenen olası davranış olarak tanımlanmıştır.

Yukardaki yapılan tanımlardan yola çıkarak tutum bir bireyin, objenin veya olgunun global veya göreceli olarak değerlendirilmesi olup, bir hedef hakkında bireylerin iyi veya kötü, istenen veya istenmeyen olup olmadığı şeklindeki düşüncelerinin bir temsili şeklinde özetlenebilir (Ajzen, 2005; Ajzen ve Fishbein, 1977; Maio ve Haddock, 2014). Ayrıca tutum bizim dünyada neyi sevip, neyi sevmediğimizin bir temsili olup seçimlerimize yardım etmektedir (Bizer vd., 2003; Maio ve Haddock, 2014). Tutum bir eylemin başlamasında önemli bir etkisi olan öğedir (İnceoğlu, 2011). Tutumun kararlarımızı etkilediği, davranışlarımızı yönlendirdiği ve hatırlama sürecimizi seçici olarak etkilediği ifade edilmiştir (Pickens, 2011).

Tutumun genellikle değişmez olduğunun düşünülmesine rağmen, tutumlar doğuştan kazanılmaz olup, yeni bilgi, tecrübeler ve değişen çevre koşullarına dayalı olarak gelişmektedirler (Bizer vd., 2003; İnceoğlu, 2011).

Tutum en basit haliyle duygusal bir tepki, beden dili veya sözsel bir şekilde ortaya çıkabilir. Daha gelişmiş formları ise bireylerin bilinçli arzularını, değerlerini, ideallerini, sosyal normlarını ve davranışlarını içermektedir (Bernard, 1926).

Tutum birçok bilim insanı tarafından farklı kriterler kullanılarak sınıflandırılmıştır. Ancak bu kriterlerin birçoğu keyfi olarak belirlenmiştir (Droba, 1933). Thorndike (1921) tutumu sabit ve geçici olarak sınıflandırmıştır. Sabit tutuma ırkçı, sosyal veya mesleki tutumlar örnek olarak verilirken, geçici tutuma ise bir deneydeki eğitici tutum örnek gösterilmiştir. Bernard (1926) ise tutumu vücut ve duruş şeklinde gösterilen tutuma açık tutum, duygusal ve entelektüel açıdan gösterilen tutuma ise içsel-psişik tutum olarak iki grupta sınıflandırmıştır. Diğer bir sınıflandırma ise Lumley (1928) tarafından kayıtsızlık tutumu, pratik tutum, duygusal tutum ve bilimsel tutum olarak dört grupta sınıflandırmadır. Kayıtsızlık tutumu bir duruma karşı bireyin hiçbir tutum sergilememesidir. Pratik tutum ise problemlerle pratik bir yolla başa çıkma şeklinde sergilenen tutumdur. Duygusal tutum ise adından da anlaşılacağı gibi bireyin duygusal tepki sergilemesidir. Son olarak bilimsel tutum da ise bilimsel yaklaşımlara gösterilen olumlu tepkiyi ifade etmektedir. Ellsworth (1931) ise diğer gruplandırmalardan daha farklı olarak bireyler tarafından sergilenen tutuma bireysel tutum, gruplar tarafından sergilenen tutuma ise grup tutumu adını vererek iki tür sınıflandırma yapmıştır.

Tutum algısal, duygusal ve davranışsal süreçlere dayanabilir ve güçleri açısından değişiklik gösterebilir (Bizer vd., 2003; Maio ve Haddock, 2014). Algısal süreç durum veya obje ile ilgili inançları içermektedir. Hekimlerin, hastanelerin çok kalabalık olduğunu veya hekimlerin çoğunluğunun yeterli yetkinliğe sahip olmadığı düşünmesi bu sürece örnek gösterilebilir. Duygusal süreç ise durum veya obje ile ilgili duyguları ifade etmektedir. Hastaların hekimlik mesleğine karşı hayranlık veya küçümseme gibi hisleri örnek olarak verilebilir. Davranışsal süreç

ise durum veya objeye yönelik davranışları içermektedir. Hekimlerin örnek bir durumda hastayı yatırıp yatırmayacaklarına yönelik sergileyecekleri tutum bu kategoriye örnek olarak gösterilebilir.

Tutum kuramsal bir olgu olduğu için ölçülmesi kolay değildir. Genellikle doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki yolla ölçülür. Doğrudan yöntemde bireyler olası tutumları direk olarak sorulurken, dolaylı yöntemde ise genellikle gözlem yoluyla olmaktadır (Bizer vd., 2003). Doğrudan yöntemde tutumun değerlendirilmesi ilgili durum veya objeye yönelik negatif ve pozitif değerlendirmeleri içeren cevaplardan çıkarımlar yapmaktır (Ajzen, 2005; Allport, 1935; Bain, 1930; Bizer vd., 2003; Pickens, 2011).

Tutumun insan davranışlarının bir göstergesi olduğu birçok bilim insanı tarafından genel olarak ifade edilmektedir (Ajzen, 2005; Allport, 1935; Bain, 1930; Bizer vd., 2003; DeMarree vd., 2017; Droba, 1933; Zimmerman, 1926). Tutumdan davranışları tahmin etmek genellikle genel tutarlılık fikrine dayanmaktadır. Bu fikre göre pozitif tutumu olan bireyin pozitif davranış sergilemesi beklenirken, negatif tutum sergileyen bireyin ise negatif tutum sergilemesi beklenmektedir (Ajzen, 2005; Ajzen ve Fishbein, 1977; Allport, 1935). Ancak sözel ifadelerle ölçülen tutumun tabu olan bazı konularda gerçek davranışı göstermek yerine ideali gösterdiğine ve yanlış olabileceğine dair eleştiriler mevcuttur (Bain, 1930; Corey, 1937; Krech ve Crutchfield, 1948). Wicker (1969) sözel tutum ifadelerinin gerçek davranış üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı görüşündedir. Sözel ifadelerle tutumu ölçmeye yönelik bu eleştirilerden yola çıkan bazı bilim insanları tutumu deneysel veya kontrollü yöntemlerle ölçmeyi denemişlerdir (Jones ve Sigall, 1971). Ancak bu tür çalışmalar hem daha maliyetli hem de uygulaması zor ve zaman alıcıdır. Bu nedenle sözel ifadelerle tutum ölçme uygulama açısından hem kolay hem de maliyetinin düşük olması nedeni ile en sık kullanılan yöntemdir.



## 1.4. ALGI, KORKU VE TUTUM ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu bölümde araştırma kapsamında değerlendirdiğimiz hekimlerin tıbbi hata algıları, malpraktis korkuları ve tıbbi hata tutumları arasındaki olası ilişkileri ortaya koymak amacı ile algı, korku ve tutum kavramları arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

### 1.4.1. Algı ve Korku Arasındaki İlişki

Algı beş duyu organımızla bir olay veya olguyu nasıl gördüğümüz, kokladığımız, duyduğumuz, tattığımız, dokunduğumuz ve hissettiğimizdir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi algılama görmenin çok ötesinde olup duyguların meydana gelmesinde de bir etkidir. Bir olay veya bir olguyla karşılaştığımızda beynimiz fiziksel özellikleri fark etmenin ötesinde iyi-kötü, sevip-sevmeme, korku-heyecan gibi duygusal nitelikte izlenimleri de algılar (İnceoğlu, 2011). Ayrıca McDougall (2001) korku gibi duyguların algılama ve düşünme süreci ile meydana geldiğini ifade etmiştir. Bunun yanında Bay ve Algase (1999) ise korkuyu algılanan tehdide veya daha önceden yaşanılmış bir korkunun kaynağına maruz kalındığında ortaya çıkan bir savunma tepkisi olarak ifade etmiştir. Daha kısa bir ifade ile korku algılama sürecinin hemen sonrasında veya beraberinde meydana gelen duygusal ve motivasyonel bir deneyimdir.

Algı konusunda çalışan bilim insanları için genel olarak algı ve duygu iki farklı boyuttur (Zadra ve Clore, 2011). Ancak Demuth (2013) göre algı beklenti ve duygular tarafından etkilenmektedir. Hatta duyguların algı sürecini etkilediğine dair farklı araştırmalar da mevcuttur. Stefanucci ve arkadaşları (2011) korku, iğrenme ve üzüntü gibi duyguların mekân algısını etkilediğini savunmakta ve bu kuramın birçok alanda uygulanabileceğini öne sürmektedir.

Diğer bir araştırmada ise Stefanucci ve arkadaşları (2008) aynı şartlarda bir uçurumun kenarından yüksekliği tahmin etmesi istenen bireylerden yüksekten korkan bireylerin, korkmayanlara göre yükseklik algılarının daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Benzer şekilde farklı araştırmalarda da yüksek korku

seviyesinin bireylerin algılamalarını etkilediği görülmüştür (Geuss vd., 2016; Rachman ve Cuk, 1992; Riskind vd., 1995). Bunun yanında korku azaldıkça algıdaki etkilenmelerin de azaldığı tespit edilmiştir (Rachman ve Cuk, 1992). Zadra ve Clore (2011) yaptığı çalışmada ise duyguların algı sürecini sıklıkla etkilediğini ve korku seviyesinin artıkça potansiyel tehlikeleri görme şansının da yükseldiği ifade edilmiştir.

Benzer şekilde kaygının da bireylerde kendi yeterlilik algılarını etkilediği, daha açık bir ifade ile kaygı seviyesi yüksek bireylerin kendi yeterliliklerini değerlendirmelerinde kaygı seviyeleri düşük olanlara göre daha çekingen oldukları görülmüştür (Graydon vd., 2012).

#### **1.4.2. Algı ve Tutum Arasındaki İlişki**

Algılar bireyin çevre ile karşılıklı etkileşiminden meydana geldiği için bireyin içinde bir eylem potansiyeli olarak durmaktadır. Çevre ile karşılıklı etkileşim sonrası bireyde meydana gelen algılama ve öğrenme fiziki ve sosyal çevre hakkında belirli davranışlar meydana getirmektedir. Kısacası algılama ve tutum arasında sıkı bir ilişki olduğu söylenebilir (İnceoğlu, 2011).

Pickens'a (2011) göre algı ve tutum birbiriyle yakından ilişkilidir. Birey algılaması sonucu edindiği bilgi bir tutum veya davranış olarak ortaya çıkabilir. Örneğin bir iş yerinde çalışan birey aynı işi yapan arkadaşının daha fazla ücret aldığını algıladığı zaman ya zam istemeye veya daha az performans göstermeye yönelik olarak motive olabilir.

Bakan ve İlker (2012) algılama süreci sonucunda edinilen bilginin nasıl davrandığımızı belirlediğini ifade etmektedir. Ayrıca algı bireylerin dış dünyasının zihinlerinde kurgulanmış gerçekliktir (Demuth, 2013; Dunn ve Stacey, 2010). Bu yönüyle bakıldığında algı bireylerin karar verme süreçlerini etkilemektedir (Bahamonde-Birke vd., 2017).

### 1.4.3. Korku ve Tutum Arasındaki İlişki

Korku psikolojik, fiziksel veya davranışsal olarak ifade edilebilmektedir (Witte, 1996). Genel olarak yapılan araştırmalarda bireylerde korkunun artması savunma tepkisi olarak tutum değişikliğine neden olabilmektedir (DeWolfe ve Governale, 1964; Janis ve Feshbach, 1953; Leventhal vd., 1965; Maddux ve Rogers, 1983; Rogers, 1985; Rogers ve Deckner, 1975; Rogers ve Mewborn, 1976; Tannenbaum vd., 2015; Witte, 1996).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalardan; DeWolfe ve Governale (1964) üniversite öğrencileri üzerine yaptığı çalışmasında tüberküloz korkusuna maruz bırakılan öğrencilerin, kontrol grubuna göre olumu yönde tutum değişikliği sergilediği tespit etmiştir. Benzer şekilde Rogers ve Mewborn (1976) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise tehlikeli bir olay varlığında bireylerin tavsiye edilen durumlara uyma niyetlerinde ciddi bir artış gözlemlenmemiştir. Ayrıca Peters ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında korkunun tutum değişikliğinde kullanılabileceği ifade edilmiştir. Tannenbaum ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan diğer bir meta-analiz çalışmasında da korkunun tutum, niyet ve davranışı olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Hatta korkunun doğru kullanıldığında davranış değişikliğine neden olabileceği değerlendirilmektedir (Witte, 1992). Bu örnek çalışmalardan da görülebileceği gibi korkunun tutum değişikliğinde rol oynadığı görülmektedir. Korkunun tutum değişikliğine neden olduğu yaygın bir görüş olmasına rağmen, korkunun optimum yoğunluğu, tutum üzerindeki etkinliği ve etkinlik süresi gibi faktörlerin korku ile tutum arasındaki ilişkiyi etkilediği ifade edilmiştir (Earl ve Albarracín, 2007; Janis ve Feshbach, 1953; Ruiter vd., 2014).

## 2. TIBBİ HATA

Hata insanın doğasında var olan bir olgudur. İnsanoğlu her alanda olduğu gibi tıp alanında da hata yapmaktadır (Nolan, 2000). Özellikle tıp bilgisinin karmaşıklığı, klinik prosedürlerin belirsizliği, zaman baskısı, sınırlı ve belirsiz bilgi ile karar verme gerekliliği gibi özellikler tıbbi hatanın ortaya çıkmasında etkili olmaktadır (Leape, 1994; Wu vd., 1991).

Tıbbi hata birçok bilim insanı tarafından farklı paradigmlar kullanılarak çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Tarihsel olarak bakıldığında tıbbi hata önceleri hasta deneyimleri göz ardı edilerek sonuca dayalı bir yaklaşımla tanımlanmıştır. Bu yaklaşım daha çok Hipokrat'ın *"primum no nocere"* *"öncelikle zarar verme"* prensibinden kaynaklanmış olabilir (Grober ve Bohnen, 2005). 1950'li yıllarda tıbbi hata *"tedavi sürecinin bir hastalığı veya bu süreçte ödemek zorunda olduğumuz bir bedel olarak"* görülmektedir (Barr, 1955; Moser, 1956). 1960'lı yıllarda Schimmel (2003, s.40) ise *"ciddiyetine bakılmaksızın farklı ilaç ve tedavilere maruz kalan hastaların karşılaştıkları şansız olayların değerlendirilmesinin, toplam insidans ve hastaların maruz kaldığı riskin belirlenmesi açısından önemli olduğunu"* iddia etmiştir. Günümüzde tıbbi hata olarak nitelendirdiğimiz bu şansız olayların meydana geldiği süreci ise *"zararlı aşama (noxious episode)"* olarak tanımlamıştır.

1970'lerde ise California Medical Association isimli bir Amerikan sigorta şirketi sunulan sağlık hizmeti sonucunda meydana gelen sakatlığı *"potansiyel olarak telafi edilebilir olay (potentially compensatable event)"* olarak tanımlamıştır (Mills, 1978).

1990'lı yıllarda tıbbi müdahale, düşük standartlardaki sağlık hizmeti yada ihmal sonucunda meydana gelen ölçülebilir yaralanmalar *"istemeyen olay (adverse effect)"* olarak tanımlanmıştır (Brennan vd., 1991; Leape vd., 1991). Wilson ve arkadaşları (1995) ise istemeyen olayı tıbbi tedavi sürecinde meydana gelen sakatlanma, ölüm yada daha uzun hastane yatış süresi ile sonuçlanan

istenmeyen yaralanma veya komplikasyon olarak tanımlamıştır. Diğer bir tanımda ise istenmeyen olay hastanın tıbbi durumundan ziyade yapılan tıbbi girişim sonucu meydana gelen yaralanma olarak ifade edilmiştir (Kohn vd., 2000). Ayrıca hata sonucu meydana gelen istenmeyen olaylar önlenebilir istenmeyen olay olarak adlandırılmaktadır (Kohn vd., 2000; Leape vd., 1991; Wilson vd., 1995).

Tıbbi hatanın sonuç odaklı tanımlanması maliyet, morbidite ve bu tür olayların zarar boyutuna yönelik olarak incelenmesi açısından önemli olmuştur. Ancak kalite gelişim girişimleri bu tür olaylara neden olan süreçlerin anlaşılması gerekliliğini doğurmuştur (Grober ve Bohnen, 2005; Kohn vd., 2000).

Tıbbi hatalar profilaktik, tanı, tedavi olmak üzere sağlık hizmetinin tüm süreçlerinde meydana gelmektedir. Ancak tüm tıbbi hatalar bir yaralanmayla sonuçlanmamaktadır (Grober ve Bohnen, 2005; Kohn vd., 2000; Sellen, 1991). Yaralanmayla sonuçlanmayan hatalar genellikle “*yakın tehlike* (near miss, close call, potential adverse events, warning event)” olarak adlandırılmaktadır (Grober ve Bohnen, 2005). Yakın tehlike daha geniş tanımında ise hastaya zararlı sonuçları olabilecek ancak olumsuz sonuçları meydana gelmeyen olay olarak tanımlanmaktadır. Olumsuz sonuçları meydana gelen olay ile yakın tehlike arasındaki tek fark meydana gelen sonuçtur (Barach ve Small, 2000). Bu yönüyle bakıldığında tıbbi hata ile başlayan yakın tehlike veya istenmeyen olay ile sonuçlanan süreçler çok benzerdir. Bu nedenle tıbbi hatanın tanımı süreç ve sonuç odaklı olarak yapılmalıdır. Aşağıda tıbbi hatanın süreç odaklı tanımları görülmektedir;

- Reason (1990) hatayı (error) bir hedefe ulaşmak için planlanan mental ve fiziksel aktivitelerin başarısızlığı olarak ifade ederken, benzer şekilde tıbbi hatayı bir amaca ulaşmak için planlanan faaliyetleri uygulamadaki başarısızlık olarak ortaya koymuştur (Reason, 1995).

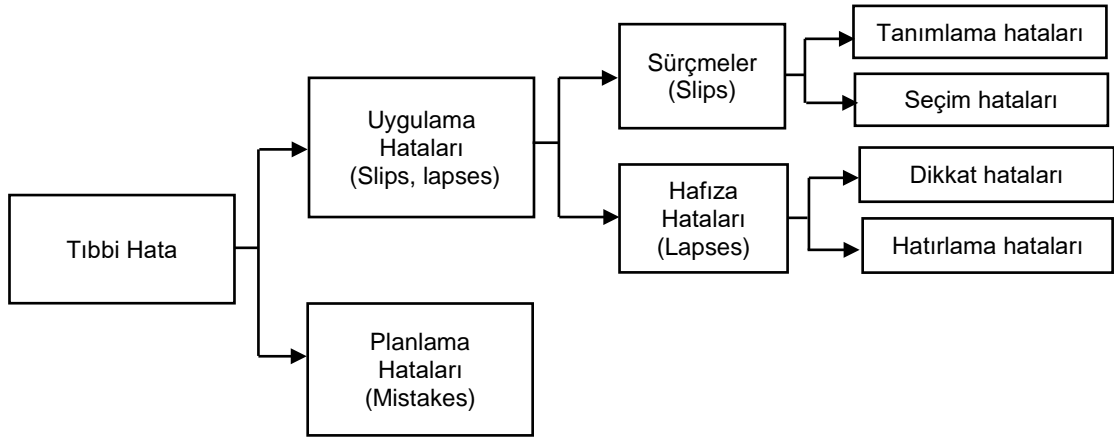
- Leape (1994) tıbbi hatayı hedeflediği sonucu başarmayan görev veya ihmal nedeniyle meydana gelen istenmeyen bir eylem olarak tanımlamıştır.
- Kohn ve arkadaşları (2000) tıbbi hata bir hedefi başarmak için planlanan eylemin amaçlandığı gibi tamamlanmaması veya yanlış planın kullanılması olarak ifade edilmiştir

Daha kapsamlı bir tanımda tıbbi hata, olumsuz bir sonucun meydana gelip gelmediğine bakılmaksızın, bilgili ve yetenekli bir hekim tarafından yanlış değerlendirilen bir hastaya yönelik olası olumsuz etkileri olan işlem veya ihmal olarak tanımlanmaktadır (Wu vd., 1997).

Grober ve Bohnen (2005, s.42) literatürde tıbbi hata tanımlarından yola çıkarak yaptıkları çalışmalarında tıbbi hatayı *“istenmeyen sonuçlara yardım eden veya yardım edebilecek planlama ve uygulama sürecindeki görev veya ihmal kaynaklı eylemler”* olarak tanımlamışlardır. Bu tanım ile tıbbi hata hem sonuç hem de süreç odaklı tanımlanmaya çalışılmıştır. Ayrıca tıbbi hatanın her zaman istenmeyen olay ile sonuçlanmayacağı da ifade edilmiştir.

## **2.1. TIBBİ HATALARIN BİLİŞSEL MEKANİZMASI**

Tıbbi hata tanımlarından anlaşılacağı üzere tıbbi hatalar planlama hataları ve uygulama hataları olmak üzere iki temel unsurdan kaynaklanmaktadır (Şekil 2) (Reason, 1990; 1995).



**Şekil 2. Tıbbi Hatanın Nedenselliğe Göre Sınıflandırılması** (Reason, 1995)

### 2.1.1. Planlama Hatası:

Planlama hatası planlanan faaliyetlerin hatalı olmasını ifade etmektedir (Reason, 1990). Planlanan faaliyetler ilk başta planlandığı gibi uygulanmıştır ancak plan istenen sonuca ulaşmak için yeterli değildir. Planlama hataları yanlış uygulama (mistakes) olarak ifade edilmektedir (Reason, 1995).

**Yanlış Uygulamalar (Mistake):** Aktif problem çözme esnasında bilinçli düşünce, analiz ve planlama gerektiren davranış süresince meydana gelen başarısızlığı yansıtmaktadır (American Health Research Quality, 2018). Yanlış uygulamalar bilişsel olarak kural tabanlı ve bilgi tabanlı olarak iki seviyede gerçekleşmektedir (Leape, 1994; Reason, 1990; 1995).

- Kural tabanlı hatalar eğitim ve deneyim gibi süreçlerin sonunda kazanılan programlanmış çözümleri uygulama başarısızlığıdır.
- Bilgi tabanlı hatalar ise daha önceden belirli çözümleri olmayan, olay anında ayrıntılı düşünce süreçleri gerektiren durumlarda meydana gelen başarısızlık olarak ifade edilmektedir (Reason, 1995).

Planlama hatasına örnek verecek olursak, yanlış bir diagnostik test istemek veya yanlış ilaç tedavisi vermek yanlış uygulamadır. Yanlış uygulamalar tipik bir

şekilde yetersiz bilgi ve yetenek, mevcut bilgilerin doğru bir şekilde değerlendirilememesi ya da yanlış bilgisel veya sezgisel kuralların uygulanması nedeniyle meydana gelmektedir. Yanlış uygulamaları azaltmak için daha fazla eğitim, denetim veya ihmal durumlarında ise disiplinler girişimler gerekmektedir (American Health Research Quality, 2018).

### 2.1.2. Uygulama Hataları

Uygulama hataları planın yeterli olmasına rağmen, planlanan faaliyetlerin uygulanmasındaki başarısızlık olarak ifade edilmektedir (Reason, 1995). Reason'ın (1990) Rasmussen ve Jensen'in (1974) araştırmalarını baz alarak yaptığı çalışmasında uygulama hatalarının yetenek tabanlı olduğunu ifade etmiştir. Yetenek tabanlı aktiviteler zihinde önceden programlanmış şablonlara uygun olarak otomatik bir şekilde işlemektedir (Leape, 1994).

Uygulama hataları genellikle sürçme (slips) ve hafıza hataları (lapses) olarak sınıflandırılmaktadır.

- Sürçme gözle görülebilen, daha çok dikkat ve konsantrasyon problemleri ile ilişkili olarak meydana gelen bilinçli olmayan hareketlerdir (American Health Research Quality, 2018; Leape, 1994; Reason, 1990; 1995). Amerikan Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansına göre ise sürçme sistematik olan davranışlardaki başarısızlığı veya konsantrasyon bozulmalarını ifade etmektedir (American Health Research Quality, 2018).
- Hafıza hataları ise genelde hatırlama başarısızlığı sonucu meydana gelen hatalardır (Reason, 1995). Ayrıca dikkatsizlik ve dalgınlık ta hafıza hataları ile ilgilidir. Genellikle bireylerin davranışlarında gözle görülmez ancak hatayı yapan kişi tarafından algılanabilir (Reason, 1990). Tecrübeli bir cerrahın konsantrasyon kaybı nedeni ile sağlam organa zarar vermesi uygulama hatasına örnek gösterilebilir.



Uygulama hataları genellikle dalgınlık, yorgunluk, stres gibi nedenlerden dolayı meydana gelmektedir. Bu tür hataları azaltmak için rutin işlerde önemli adımları içeren kontrol listelerini kullanarak protokollere, cihazlara ve iş ortamına daha fazla özen gösterilmelidir. Ayrıca çalışma saatleri ve iş ortamı personelde yorgunluk ve stres yaratmayacak şekilde dizayn edilmelidir (American Health Research Quality, 2018).

## **2.2. TIBBİ HATA YAKLAŞIMLARI**

Reason'a (2000) göre insan kaynaklı hatalar kişi odaklı yaklaşım ve sistem odaklı yaklaşım olmak üzere iki şekilde ele alınabilir.

### **2.2.1. Kişi Odaklı Yaklaşım**

Bu yaklaşım sağlık sisteminde direkt hasta ile iletişimde bulunan hekim, hemşire veya eczacı gibi bireylerin güvenliği ihlal eden hareketlerine, hatalarına ve prosedürel ihlallerine odaklanmaktadır. Çünkü bireyi suçlamak duygusal yönden kurumu hedef almaktan daha tatmin edicidir. Bu yaklaşıma göre güvensiz ortam bireylerin zayıf motivasyon, dikkatsizlik, ihmal veya anormal zihinsel süreçlerinden meydana gelmektedir. Bu nedenle hataları önlemek için özellikle bireylerin davranışlarına odaklanılmaktadır. Bu yaklaşım disiplin önlemleri, dava tehdidi, yeniden eğitim, fişlenme, suçlama ve utandırma gibi hususları da içermektedir. Bu yaklaşımda kötü işler kötü kişiler tarafından yapılır mantığı hakimdir (Reason, 2000). Kişi odaklı yaklaşımın savunucuları hedeflere ulaşabilmek için sınırlı kaynaklarını bireylerin daha az hata yapmasını sağlamaya harcamaktadırlar.

### **2.2.2. Sistem Odaklı Yaklaşım**

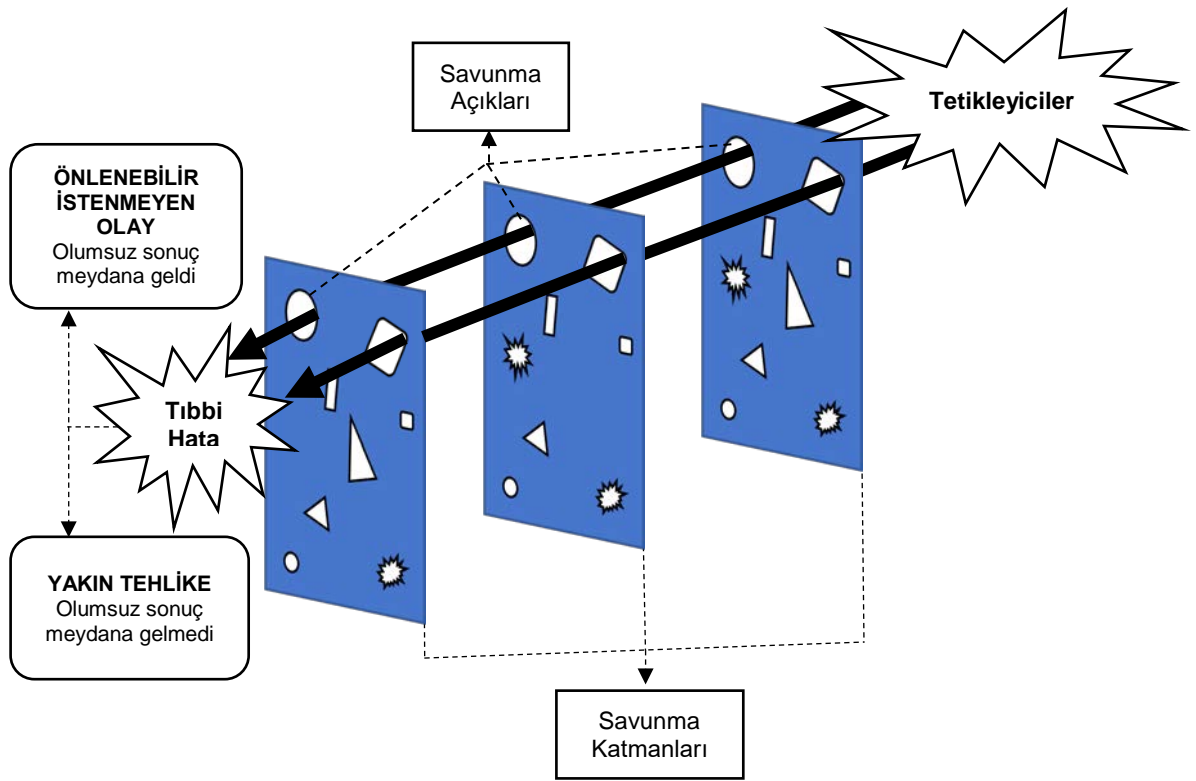
Bu yaklaşım insanların yanılabilmesi ve hata yapabileceği felsefesi üzerine kuruludur. Hatalar nedenden çok sonuç olarak görülür. Hataların insan doğasının beceriksizliğinden ziyade organizasyonel kökenli olduğu kabul edilmektedir. Bu

yaklaşım bireylerin hangi sosyal ve fiziksel çevre şartları altında tıbbi hata yapmayacaklarına veya bu hataların etkilerinin azaltılabileceğine odaklanmaktadır. Kısacası esas odak noktası sistem savunmasıdır. Bir tıbbi hata meydana geldiği zaman, asıl soru kimin suçlanacağı değil, bu hatanın nasıl ve neden oluştuğunun tespitidir. Hataya yatkın bireylerden ziyade, hataya yatkın şartlar incelenmelidir (Peltomaa, 2012; Reason, 2000).

Hataların nedenlerinin çok farklı ve mekanizmalarının çok yönlü olması nedeni ile tıbbi hataları önlemenin basit ve evrensel bir yolu bulunmamaktadır. Güvenli bir sistem süreci meydana getirmek için sistem gelişiminin her aşamasında hataları azaltacak ve bireylerin hata yapmasını engelleyecek şekilde dikkatli bir tasarım gerekmektedir (Leape, 1994).

Sistem yaklaşımının savunucuları tıbbi hataları sınırlandırabilecek bir sistemi kurmak için birey, takım, görev, iş ortamı ve kurumun tamamı olmak üzere çeşitli alanlara odaklanılması gerekliliğini ifade etmektedirler.

Sistem yaklaşımına göre savunma, engeller ve güvenlik önlemleri tıbbi hatanın önlenmesinde temel unsurlardır. Sistemler hataları önlemek için teknolojiden insana kadar birçok unsura güvenmektedir. Bu unsurlar savunma sisteminin katmanlarını oluşturmaktadır. Her savunma katmanı bir dilim İsveç peynirindeki delikler gibi savunma açıkları içermektedir. Şekil 3'deki gibi her savunma katmanındaki bir açık diğer savunma katmanındaki açıklarla birleştiğinde tıbbi hatalar meydana gelmektedir (Reason, 2000).



**Şekil 3. İsveç Peynir Modeli; Tıbbi Hatanın Engelleri ve Güvenlik Önlemlerini Aşarak Meydana Gelişi (Reason, 2000)**

### 2.3. TIBBİ HATA TÜRLERİ

Tıbbi hatalar tanı ve tedavi sürecinin birçok aşamasında karşımıza çıkmaktadır. Bu hatalar istenmeyen ilaç hataları, yanlış taraf cerrahisi, cerrahi yaralanmalar, yanıklar, hastane enfeksiyonları, düşmeler, hasta sabitlemeye bağlı yaralanmalar veya ölümler, hasta tanımlama hataları gibi birçok hatayı içermektedir (Kohn vd., 2000).

Tıbbi hataların sınıflandırılması birçok yazar tarafından yapılmıştır (Bhasale vd., 1998; Dovey vd., 2002; Elder ve Dovey, 2002). Ancak en yaygın olarak kullanılan sınıflandırma Tablo 1’de sunulmuştur.

Leape ve arkadaşları (1993) istenmeyen olayla sonuçlanan hataları tanı hataları, tedavi hataları, profilaktik hatalar ve diğer hatalar olmak üzere dört grup altında sınıflandırmıştır (Akt. Kohn vd., 2000).

**Tablo 1. Tıbbi Hata Türleri**

<b>Tanı Hataları</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gecikmiş veya yanlış tanı</li> <li>• Gerekli testleri uygulamada başarısızlık</li> <li>• Güncel olmayan test ve tedavilerin kullanılması</li> <li>• Gözlem ve test sonuçlarına uygun davranılmaması</li> </ul>
<b>Tedavi Hataları</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operasyon, prosedür ve test uygulama sürecindeki hatalar</li> <li>• Tedavi uygulama sürecinde hatalar</li> <li>• İlaç kullanım metodunda ve dozundaki hatalar</li> <li>• Anormal bir test sonucuna cevap vermede veya tedavide gecikme.</li> <li>• Uygun olmayan (endikasyonu olmayan) tedavi</li> </ul>
<b>Profilaktik Hatalar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaktik tedaviyi yerine getirememek</li> <li>• Takip ve izleme tedavilerinde başarısızlık</li> </ul>
<b>Diğer Hatalar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• İletişim hataları</li> <li>• Ekipman hataları</li> <li>• Diğer sistem hataları</li> </ul>

(Leape vd., 1993); (Akt. Kohn vd., 2000)

**Tanı Hataları:** Tanı sürecinde geç tanı konulmasına, yanlış tanıya veya bir tanıyı atlamaya neden olabilecek tüm hata ve başarısızlıklar tanı hatası olarak tanımlanabilir. Bu tanım zamanında tıbbi bakıma ulaşma, hasta semptomlarını, bulguları, laboratuvar sonuçlarını değerlendirme, yorumlanma, zamanında hasta takibi, gerekli konsültasyon istekleri gibi tanı sürecine dahil olan faaliyetlerdeki başarısızlıkları içermektedir (Schiff vd., 2009). İstenmeyen olayların büyük bir kısmının tanı hatalarından kaynaklandığı değerlendirilmektedir (Thomas vd., 2000). Ayrıca ABD'de tıbbi malpraktis davalarının önemli bir kısmı tanı hatalarından kaynaklanmaktadır (Phillips vd., 2004).

Tedavi Hataları: Bir tedavinin, prosedürün, testin, ilacın veya operasyonun uygulanmasındaki hatalar tedavi hataları olarak tanımlanabilir. Bir hastanın yataktan düşmesi veya alması gereken yerde farklı bir ilaç uygulanması tedavi hatalarına örnek olarak gösterilebilir (Naveh vd., 2005).

Profilaktik Hatalar: Gerekli koruyucu tedavileri uygulama ve takip tedavileri yerine getirme sürecindeki hataları ifade etmektedir (Kohn vd., 2000).

Diğer Hatalar: Personel, ekipman, iletişim gibi organizasyonel faktörlerden kaynaklanan ve diğer sınırlandırmaya girmeyen hatalar diğer hatalar olarak sınıflandırılmıştır.

## **2.4. TIBBİ HATA OLUŞUMUNA ARACILIK EDEN FAKTÖRLER**

Sağlık sisteminde tıbbi hatalara sosyal, organizasyonel ve sistematik olmak üzere birçok faktör aracılık etmektedir (Graber vd., 2005). Bu faktörler organizasyonel kültür, sağlık sisteminin organizasyonel yapılanması sonucunda meydana gelen aktif ve gizli hata kaynakları ve insanın bilişsel hataya yatkınlığı olarak sıralanabilir (Menachemi, 2002).

### **2.4.1. Organizasyonel Kültür**

Yapılan çalışmalarda organizasyonel kültürün tıbbi hata oluşumuna ve güvenlik kültürüne etkilerinin olduğu görülmektedir. Stock ve arkadaşları (2007) tarafından 500'den fazla hastanede yapılan anket çalışmasında organizasyonel kültür özelliklerinin tıbbi hataları azaltmada diğer özelliklerden daha fazla etkili olduğu tespit edilmiştir. Braithwaite ve arkadaşları (2017) olumlu organizasyonel kültürün daha iyi hasta sonuçları ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Kültürün organizasyon içindeki güvenlik iklimine etkileri de mevcuttur. Özellikle güçlü hiyerarşik kültürün organizasyon içindeki güvenlik iklimini olumsuz

etkilediği tespit edilmiştir (Hartmann vd., 2009). Ayrıca organizasyonel kültür ile ilgili faktörlerin sürekli kalite gelişim sürecinin uygulanmasında etkilerinin olduğu görülmektedir (Wakefield vd., 2001).

Organizasyonel kültürün farklı yollarla ilaç hatalarına neden olduğu tespit edilmiştir. Tıp fakültelerinde ilaç ve doz uygulamalarına yönelik yeterli eğitimin verilmemesi, hekimlerin kendi aralarında konuşurlarken ilaç dozunu göz ardı ederek sadece ilaç ismi ile planlama yapmaları gibi kültürel faktörler örnek gösterilebilir (Barber vd., 2003). Ayrıca her muayene saati için daha fazla hasta bakmak, her hastaya daha fazla reçete yazmak gibi kültürel faktörlerin ilaç uygulama hata oranında etkilerinin olduğu görülmektedir (Kralewski vd., 2005). Bunun yanında, ilaç hatalarını düzeltmeye yönelik programların başarısının organizasyon kültürüne göre değiştiği gözlemlenmiştir (Kaissi vd., 2007).

Organizasyonel kültürün tıbbi hataların önlenmesinde ve tıbbi hataların raporlanmasında etkili olduğu tespit edilmiştir (Kagan ve Barnoy, 2013; Wakefield vd., 2001). Tıbbi hataları engelleyebilmenin en önemli yolu organizasyon içinde güvenlik kültürü oluşturmaktır. Güvenlik kültürü oluşturmanın en önemli şartlarından biri ise tıbbi hata raporlama sistemi kurmaktır (Dennison, 2005). Ancak tıp kültüründe, yapılan tıbbi hatayı kabullenmek ve bildirmek çok kolay değildir (Lyckholm, 2001). Özellikle hekim ve hemşirelerin yetiştirilme kültürü bu durumu daha da zorlaştırmaktadır. Tıp eğitiminde hekimler genellikle hatanın kabul edilemeyeceği anlayışı üzerinde yetiştirilmektedir. Eğitimi veren uzman ve öğretim üyeleri hatasız olarak görülmekte, yetişen hekimlere hatanın kabul edilemez mesajı verilmektedir. Bu durum tıbbi hataları paylaşma, hatalardan öğrenme ve hataları engelleme süreçlerini daha zor hale getirmektedir (Knapp, 2009).

Tıbbi hata yapana yönelik organizasyon içinde meydana gelen yargılama ve kınama, tıbbi hata yönetimini zorlaştıran diğer bir kültürel faktördür (Gaba, 2000). Özellikle kınama korkusu nedeni ile hekimler yaptıkları tıbbi hataları meslektaşları ile paylaşmama, hatta gizleme eğilimindedirler (Sexton vd., 2000; Singer vd.,

2001; Stryer ve Clancy, 2005). Organizasyon içinde tıbbi hataya yönelik olan kınama ve yargılama gibi tutumların aşılması için kültürel bir değişim gerektiği değerlendirilmektedir (Lyckholm, 2001).

#### **2.4.2. Aktif ve Gizli Hata Kaynakları**

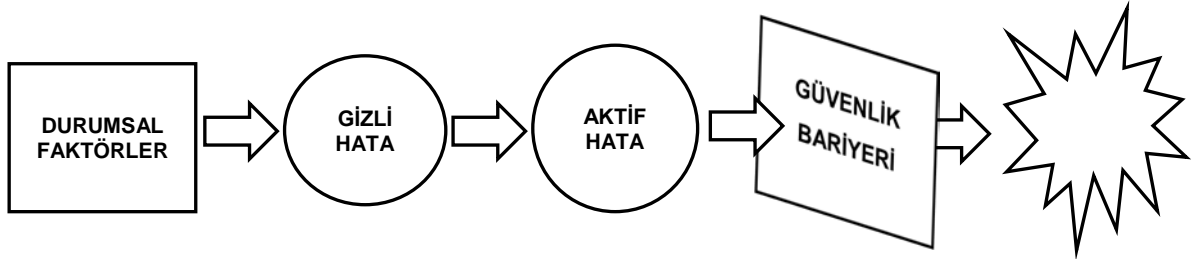
Tıbbi hataların savunma sistemini aşarak meydana gelmesinde aktif hata ve gizli hata kaynakları olmak üzere iki temel neden mevcuttur (Peltomaa, 2012; Reason, 2000).

*Aktif Hata Kaynakları:* Doğrudan hastayla veya sistemle etkileşime geçen bireylerin yaptıkları güvensiz eylemlerdir. Aktif hataların savunma sistemine etkisi anında direkt ve kısa sürelidir (Peltomaa, 2012; Reason, 1990; 1995; 2000). Yanlış kan transfüzyonu gibi prosedür hataları aktif hataya örnek gösterilebilir.

*Gizli (Latent) Hata Kaynakları:* Gizli hata kaynakları ise sistem içine yerleşmiş ve uzun süre sistemin içinde kalan aktif hataya neden olabilecek kusurları ifade etmektedir. Gizli hatalar genellikle sistemi inşa eden veya yöneten bireylerin verdikleri kararlardan meydana gelmektedir (Peltomaa, 2012; Reason, 1990; 1995; 2000).

Gizli hata kaynaklarının sisteme iki türlü zararlı etkisi bulunmaktadır. İlk etkisi zaman baskısı, personel yetersizliği, yetersiz ekipman, yorgunluk, deneyimsizlik gibi hataya neden olabilecek organizasyonel durumlardır. Diğer ise sistemin savunma sisteminde uzun süre kalabilen zayıflıklar meydana getirmesidir (çalışılamaz iş ortamı ve dizaynı, tesis yetersizlikleri) (Reason, 2000). Bu nedenle tıbbi hataların bir çoğunun bireysel nedenlerden ziyade sistemsal kaynaklı olduğu değerlendirilmektedir (Menachemi, 2002).

Açıklamalardan da anlaşılacağı üzere gizli hatalar aktif hataya dönüşmeden yıllarca sistemin içinde kalabilir ve tespit edilmeleri aktif hatadan daha zordur. Sistemde bulunan durumsal faktörler gizli hata kaynaklarını etkilemekte ve güvenlik duvarını aşarak aktif hatalara neden olmaktadır (Şekil 4).



Şekil 4. Hata Oluşma Yönergesi (Kaya, 2013)

Gizli hatalar aktif hataya dönüşebilme potansiyelleri nedeniyle tanımlanmalı ve düzeltilmelidirler. Bu nedenle risk yönetimi reaktif yaklaşımdan ziyade proaktif bir yaklaşım gerektirmektedir (Reason, 2000).

### 2.4.3. İnsanın Bilişsel Hataya Yatkınlığı

İnsanın bilişsel olarak hata yapma eğiliminin olduğu bilinmektedir (Nolan, 2000; Sellen, 1991). İnsan beyninin çalışma sürecinde olağan olan bazı yanılgılar insanları hata yapmaya daha meyilli kılmaktadır. Bu yanılgılara bilişsel yanılgı adı verilmektedir. Bilişsel önyargılar karar verme sürecinde normal standartlardan sapmayı temsil etmektedir (Chapman ve Elstein, 2000).

Sağlık sektöründe meydana gelen birçok tıbbi hata bilişsel önyargı ile ilişkilendirilmektedir (Croskerry vd., 2008; Graber vd., 2005; Lucchiarri ve Pravettoni, 2012; Saposnik vd., 2016; Scott, 2009). Sağlık sektörünün karmaşıklığı ve aşırı dikkat gerektiren karar verme süreçlerinin mevcudiyeti, bilişsel önyargıların karar verme süreçlerini etkileyerek sağlık personelinin hata yapmaya daha yatkın hale getirmektedir (Menachemi, 2002). Bilişsel önyargılar özellikle tanı ve tedavi sürecinde hastadan bilgi toplama ve bu bilgileri sentezleme aşamalarını etkileyerek hataya sebep olmaktadır (Graber vd., 2005). Özellikle bilişsel yanılgı/önyargıların tanı hatalarına neden olduğu bilinmektedir (Croskerry,



2003; Ogdie vd., 2012; Sibinga ve Wu, 2010). Bireylerin hata yapma eğilimlerini artırabilecek yaygın görülen bilimsel yanılğı/önyargılar Tablo 2’de sunulmuştur.

**Tablo 2. Tıbbi Hata Oluşumuna Neden Olan Bilişsel Önyargılar**

Bilişsel Yanılğı/Önyargı	Tanım
Dayanak Noktası Yanılğı	Elde edilen ilk bilgiye ve geçmiş tecrübelerle aşırı önem verme eğilimi.
Doğrulama Yanılğı	Hipotezleri çürütmek için kanıt aramak yerine görünürdeki hipotezi kanıtlayacak gözlemlere daha fazla dikkat verme eğilimi
Aşırı Güven Yanılğı	Mevcut verinin aşırı şekilde bulunmasından dolayı bu veriye aşırı şekilde güvenme eğilimi
Sınırlı Rasyonellik Yanılğı	Bireylerin karar verme sürecinde, optimal karar yerine ilk tatmin edici karara yönelme eğilimi
Geri Görüş Yanılğı	Bireyler geriye dönük olarak bir kararı hatırladıkları zaman, kararlarının pozitif sonuçlarını kendi eylemleri ile, negatif sonuçları ise dış faktörlerle ilişkilendirme eğilimi
Sonuç Yanılğı	Bir kararın kalitesinin sonucu açısından değerlendirme eğilimi
İhmal Yanılğı	Bireyler ihmalden kaynaklanan sonuçları, hastalığın seyrini değiştirme girişimlerinde ortaya çıkacak olası sonuçlara tercih etme eğilimindedirler. Ayrıca bu önyargıda bir eylemden kaynaklanan sonucun cezası ihmalden kaynaklanan sonuçtan daha ağır olarak algılanmaktadır.
Mevcudiyet Yanılğı	Karar verme sürecinde akla ilk gelen fikrin seçilme eğilimi.
Regresyon Etkisi	Geçmiş ve mevcut veriler mükemmel bir şekilde korelasyon halinde olamamasına rağmen, mükemmel bir korelasyon varsayımına dayanarak tahminleri yapma eğilimi.

(Menachemi, 2002)

**Dayanak Noktası Yanılğı:** Karar verme sürecinde geçmiş tecrübeleri veya ilk görünüşte elde ettikleri bilgileri baz alarak karar verme eğilimi olarak ifade edilebilir. Bu yaklaşımın doğru karara ulaştırabilme ihtimalinin olmasına rağmen, geçmiş tecrübeler ve ilk bilgilere fazla önem verilmesinden dolayı diğer faktörler göz ardı edilebilmektedir. Bu nedenle bireylerin hata yapmasına neden olmaktadır (Hammond vd., 1998). Dayanak noktası önyargısının hekimlerin teşhis hataları yapmalarına neden olduğu ifade edilmektedir (Saposnik vd., 2016).

**Doğrulama Yanılğı:** Bireylerin mevcut sezgilerini kanıtlayacak verilere, sezgilerini çürütecek verilerden daha fazla önem verme eğilimini ifade etmektedir.

Bu yanılı karar vermek için verilerin nereden toplanacağını etkilediği gibi, elde edilen verilerin nasıl yorumlanacağını da etkilemektedir (Hammond vd., 1998). Özellikle doğrulama önyargısının bilişsel önyargıların etkilerine daha yatkın olan acil servislerdeki tanı ve tedavi süreçlerinde tıbbi hatalara neden olduğu düşünülmektedir (Pines, 2006).

Aşırı Güven Yanılgısı: Tıbbi hataya aracılık eden bilişsel faktörlerden bir diğeri ise aşırı özgüven yanılgısıdır. Çoğumuz tahmin yapmada çok iyi olmamamıza rağmen, tahminlerimizin doğruluğuna aşırı güveniriz. Bu da bizi yanlış kararlar vermeye ve hata yapmaya yönlendirmektedir (Hammond vd., 1998). Bu yanılı "*bilmediğini bilmemek*" olarak nitelendirilen bir olgudur. Hekimler bu nedenle doğru düşündükleri teşhislerinde yanılabilirler (Graber ve Berner, 2008).

Sınırlı Rasyonellik Yanılgısı: Bireylerin seçim yaparken hedef odaklı ve rasyonel seçim yapma niyetli olmalarına rağmen, karar verme sürecindeki sınırlılıklar nedeni ile her zaman rasyonel karar verememe eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Jones, 1999). Bireyler karar verme süreçlerinde tüm olasılıkları ve sonuçlarını bilemedikleri için en tatmin edici kararı verme eğilimindedirler. Bu eğilimde bireylerin hata yapmalarına neden olmaktadır (Menachemi, 2002).

Geri Görüş Yanılgısı: Geçmişte yaşanan olayların aslında daha önce tahmin edilebileceği hususunu ve olay yaşanırken eldeki bilgilerin abartılma eğilimini ifade etmektedir. Bu yanılığın tıbbi karar verme sürecinde belirleyici etkisi bulunmaktadır. Ayrıca aşırı güven yanılgısını da etkilemektedir (Arkes, 2013). Bir doktor hastaya konulan teşhisi öğrendiğinde bu teşhisi kendisinin daha önceden koyabileceğine dair düşüncesi bu yanılığa bir örnek olarak verilebilir. Geri görüş yanılgısı tıbbi hata insidansını artırabilir (Menachemi, 2002). Ancak esas olarak hatalardan öğrenme ve eğitim sürecini negatif olarak etkilemektedir (Henriksen ve Kaplan, 2003).

Sonuç Yanılgısı: Tıbbi hata oluşumuna aracılık eden diğeri bilişsel yanılıdır. Elde edilen sonuç bilgisinin verilen kararın değerlendirilmesindeki etkisini ifade

etmektedir. Elde edilen sonuç bilgisinin kararı ve karar vericinin yetkinliğini değerlendirmede etkili olduğu bilinmektedir (Baron ve Hershey, 1988; Gruppen vd., 1994). Hekimlerin verilen tıbbi tedavinin uygunluğuna yönelik yargıları ile sonuçların ciddiyeti arasında ters ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca hekimler geriye dönük yapılan değerlendirmeler nedeni ile net kararlar veremediklerini ifade etmişlerdir (Henriksen ve Kaplan, 2003).

İhmal Yanılgısı: Bireylerin bir girişimde bulunma durumunda kaldıkları zaman, girişimde bulunmadan mevcut durumun sonuçlarına katlanmayı, bir girişimde bulunup ta girişimin olası sonucuna katlanmak yerine tercih etme eğilimi olarak ifade edilebilir (Menachemi, 2002). Bu yanılgıda ihmali nedeniyle ortaya çıkan kötü tablonun sonucu, bir girişimin nedeni ile ortaya çıkan kötü tabloya tercih edilebilmektedir. Örneğin yoğun bakım ünitesinde yatmakta ve durumu stabilize olmuş bir pnömoni hastasının kliniğe alınması esnasında kan şekeri 500 mg/dL olduğu belirlendiğinde çoğu hekim kan şekeri sorunu düzelene kadar hastayı kliniğe almayacaktır. Ancak bu hastaya eş değer ve klinikte yatan herhangi bir hasta aynı şeker sorunu nedeni ile yoğun bakım ünitesine alınmayacaktır. İhmal yanılgısından kaynaklanan bu kararda “önce zarar verme” felsefesinin etkili olduğu düşünülmektedir (Aberegg vd., 2005).

Mevcudiyet Yanılgısı: Karar verme sürecinde kararla ilgili olabilecek her türlü bilgi hafızadaki hatırlaması kolay veriler kullanılarak analiz edilmektedir. Karşılaşılan bir olayla ilgili kararlar bir yönü ile bu olayla ilişkili hatırlaması kolay bilgilere dayalı olarak verilme eğilimi mevcudiyet yanılgısı olarak adlandırılmaktadır (Ogdie vd., 2012). Mevcudiyet yanılgısı hekimleri bir hastalığın bulgu ve belirtilerini analiz edip tanısını koyarken, formal süreci izlemek veya hastalığın olasılığını baz almak yerine hastanın bulguları ile kolayca ilişkilendirdiği bir tecrübesine dayanarak tanıyı koymasına neden olabilmektedir (Scott, 2009). Mevcudiyet yanılgısı düşünme sürecinde hafızadaki bilgilerin gelmesi açısından çoğu zaman faydalı olabilmektedir. Ancak bir tanı sürecinde akla ilk gelen tanı hatalı olduğu zaman ciddi problemler ortaya çıkabilmektedir, çünkü hekimler genellikle akla ilk gelen fikre odaklanma ve bu fikri destekleyecek kanıtlar arama eğilimindedirler.

Bu nedenle mevcudiyet yanılığı tıbbi hatalara sebep olmaktadır (Mamede vd., 2010).

Regresyon Etkisi: Geçmiş verilerle mevcut veriler arasında ilişki olmamasına rağmen, ilişki olduğu varsayımına dayanarak kararları verme eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Bu yanılığın ortaya çıkmasında insanların beklentilerine çok fazla önem verme eğilimlerinin etkili olduğu değerlendirilmektedir (Menachemi, 2002). Regresyon etkisi yaklaşımı hekimleri hastada bulmayı bekledikleri tanıya yönlendirerek tıbbi hata yapmalarına sebep olabilir.

Yukarda ifade edilen yanılığın neden olduğu tıbbi hatalar, hastalara zarar verebileceği gibi zarar vermeden de atlatılabilir. Dolayısıyla kişilerin zarar görmesi ile sonuçlanan tıbbi hatalar literatürde tıbbi malpraktis olarak ifade edilmektedir (Bal, 2009; Türk Tabipler Birliği, 2009).

## **2.5. TIBBİ MALPRAKTİS**

Tıp kusursuz bir bilim dalı değildir. Komplikasyonlar tüm tıbbi uygulamaların ve girişimlerin doğasında var olan bir olgudur. Örneğin cerrahi uygulamalar %3-4 oranında enfeksiyon riski taşır. Steril kıyafetler, profilaktik antibiyotikler, dezenfektanlar gibi birçok unsur bu enfeksiyon riskini minimize etmek için uygulanmaktadır. Ancak en yetenekli ellerde ve en iyi şartlar altında bile enfeksiyon gelişebilir. Gelişen bu enfeksiyon istenmeyen bir olaydır ancak bir tıbbi hata nedeniyle meydana gelmemiştir. Enfeksiyona, uygulanan tıbbi girişimin doğasında bulunan riskler sebep olmuştur (Sohn, 2013). Yukardaki örnekte enfeksiyonla sonuçlanan istenmeyen olay komplikasyon olarak nitelendirilmektedir.

Ancak tüm istenmeyen olaylar tıbbi girişimlerin doğasındaki risklerden kaynaklanmamaktadır. Sağlık hizmet sunum sürecindeki ihmallerden kaynaklı hatalar da istenmeyen olaylarla sonuçlanabilmektedir (Grober ve Bohnen, 2005). Yukardaki örnekteki enfeksiyon eğer sterilizasyon şartlarını yerine getirmemek

gibi, standart tıbbi gereksinimlerin uygulanmaması sonucu meydana gelirse malpraktis olarak nitelendirilebilir.

Malpraktis genel olarak sıradan dikkatsizlik ve ihmalkarlık olarak tanımlanabilir (Vaccarino, 1977). Tıbbi malpraktis ise hekimin hastanın tedavi süresince tıp mesleğinin genel kabul gördüğü uygulamalardan saparak, hastaya zarar vermesine neden olan girişim ve ihmaller olarak tanımlanmaktadır (Bal, 2009). Diğer bir tanımda ise *“doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar”* şeklinde ifade edilmiştir (Türk Tabipler Birliği, 2009, s.48). Tıbbi komplikasyon ise genel kabul gören tıbbi önlemlerin alınmasına karşın, benzer tıbbi girişimlerde ortaya çıkabilecek olası riskler olarak tanımlanmaktadır (Gökcan, 2014). Bir olayın komplikasyon sayılabilmesi için hekimin olası riskler karşısında genel kabul gören tıbbi gereklilikleri yerine getirmesi gerekmektedir. Malpraktisin meydana gelebilmesi için ise hekimin bir tıbbi hata yapması ve bu hatanın yaralanma veya ölümlü sonuçlanması gerekmektedir. Eğer hekim yaptığı tıbbi müdahalede tüm tıbbi genel kabul gören protokolleri takip etmişse ve buna rağmen hasta zarar görmüşse bu durum malpraktis olarak değerlendirilmemektedir (Hwang, 2014).

Yukardaki açıklamalardan da anlaşılacağı gibi malpraktis ve komplikasyon kavramları sonuç yönünden değerlendirildiklerinde, sağlık hizmet sunumu nedeni ile hastalarda meydana gelen bir sakatlık veya ölümü ifade etmektedirler. Bu iki kavram arasındaki fark ise, istenmeyen olayla sonuçlanan sağlık hizmet sunum süreçlerinde yapılan veya yapılmayan tıbbi girişimlerde meydana gelmektedir. Daha açık bir ifade ile komplikasyon genel kabul gören sağlık hizmet girişimlerinin yapılmasına rağmen yapılan tıbbi girişimin doğası nedeni ile hastada meydana gelen zararı ifade ederken, malpraktis ihmal ve dikkatsizlik nedeni ile genel kabul gören sağlık hizmet girişimlerinden saparak hastanın maruz kaldığı zarar olarak tanımlanabilir. Ancak istenmeyen olay ile sonuçlanan sağlık hizmet süreçlerinin komplikasyon mu, malpraktis mi olduğu ayırımını yapmak çok zordur. Bu nedenle

çoğu zaman istenmeyen olayla sonuçlanan sağlık hizmetini alan hasta ve hasta yakınları için bu ayrımı yasalar yapmaktadır.

Kaza yasalarının temel iki fonksiyonu bulunmaktadır. Birincisi kaza maliyetlerini düşürmek, diğeri ise maliyeti masum olandan suçlu olana kaydırarak adaleti sağlamaktır (Ball, 1971; Mechanic, 1976). Benzer şekilde malpraktis yasalarının da üç temel amacı vardır; güvensiz uygulamaları engellemek, ihmal nedeni ile yaralanan kişinin kaybını telafi etmek ve düzeltici adaleti sağlamaktır (Mechanic, 1976; Studdert vd., 2004). Bu yasalardan yararlanan hasta ve hasta yakınları kendilerine yapılan tıbbi uygulamalarda bir hata olduğunu düşündükleri durumlarda malpraktis davaları açabilmektedirler.

Özellikle son yıllarda tıbbi malpraktis davası sayısında kayda değer bir artış olmuştur. Bu artışın önemli nedenleri sağlık teknolojilerinin gelişmesi, hasta ve hasta yakınlarının artan beklentileri (Chawla ve Gunderman, 2008), artan iletişim, avukatların bu davaları bir kazanç unsuru olarak görmeleri ve medyanın olumsuz tutumu olarak özetlenebilir (Gökşen, 2014; Mechanic, 1976). Özellikle medya tarafından körüklenen olaylar “hasta-hekim” ilişkisini “müşteri-hekim” ilişkisi boyutuna getirebilmekte ve daha kötüsü “davacı-davalı” noktasına taşıyabilmektedir (Hauser vd., 1991; Hwang, 2014). Günümüzde artan hasta beklentileri nedeni ile olumsuz sağlık sonuçları “malpraktis” olarak değerlendirilebilmekte, bu nedenle “doktor-hasta” ilişkisi, “av-avcı” boyutuna gelebilmektedir (Antoci vd., 2016)

ABD’de aile hekimlerinin yaklaşık %5’i, diğeri uzmanlıkların %7’si, cerrahi uzmanlıkların ise yaklaşık %20’si her yıl tıbbi malpraktis davası ile karşılaşmaktadır. Düşük riskli uzmanlıkların ise yaklaşık %75’i 65 yaşına kadar en az bir kez tıbbi malpraktis davasına maruz kaldıkları tahmin edilmektedir. Açılan davaların yaklaşık %1,6’sında tazminat talep edilmekte, bu davaların %78’i tazminata hak kazanamamaktadır (Jena vd., 2011). ABD’de tüm uzmanlıklarda ortalama tazminat ödemesi 280 000 dolar, cerrahlarda 344 000 dolar, çocuk hastalıkları uzmanlarında ise bu rakam 520 000 dolardır (Jena vd.,

2011). Diğer bir araştırmada ise ABD'de tüm tıbbi malpraktis dosyalarının yaklaşık olarak sadece %6'sının mahkemelerce kabul edildiği, kabul edilenlerden de %80'ninin hekim savunması tarafından kazanıldığı tahmin edilmektedir (Hauser vd., 1991).

Türkiye'de 1973-2013 yılları arasında yargı kararlarına yansıyan tıbbi malpraktis dosyalarında dava edilen temel branşların dağılımları Kadın Doğum %26,7, Genel Cerrahi %9,8, Anestezi %7,1, Ortopedi %6,2 şeklindedir (Gökcan, 2014).

Kırtıçoğlu (2018) uzmanlık tezinde 508 tıbbi malpraktis davasını incelemiştir. İnceleme sonucunda bu davalardan hukuk davalarında sadece %20,7'sinde, ceza davalarında ise %27,4'ünde sağlık personeli aleyhine karar verildiği, bu kararların %79'unun ise Yargıtay tarafından bozulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde Tümer'in (2002) araştırmasında Yüksek Sağlık Şurasına 1995-2000 yılları arasında Ceza Mahkemelerinden tıbbi malpraktis iddiasını taşıyan 540 dosya incelenmiştir. İnceleme sonucunda şikâyet edilen hekimlerin %50'sinin herhangi bir temele dayanmayan, hastanın kızgınlığı nedeni ile açılan davalar olduğu sonucuna varılmıştır.

Tıbbi malpraktis ile ilgili kanunlar beklenen standart tıbbi gereksinimlerin karşılanabilmesi varsayımını yerine getirmesine rağmen yarattığı korku nedeni ile sağlık sistemine ve hekim davranışlarına önemli etkileri bulunmaktadır (Benbassat vd., 2001; Dhankhar vd., 2005; Franks vd., 2000; Hwang, 2014). Ayrıca bu tür kanuni düzenlemelerin sağlık hizmetlerinde kaynak dağılımı ve bireyler arası ilişkileri olumsuz etkileyebileceği de iddia edilmektedir (Osti ve Steyrer, 2017). Tıbbi malpraktis davalarının büyük bir kısmının hekimler tarafından kazanılmasına rağmen hekimler üzerinde bir korku oluşturduğu da gerçektir (Achar ve Wu, 2012). Özellikle gelişmiş ve sorumluluk sigortası olan sağlık sistemlerinde malpraktis korkusu ve bunun bir sonucu olan defansif uygulamalarının yaygın olduğu ifade edilmektedir (Bean, 2016; Chawla ve Gunderman, 2008).

### 2.5.1. Malpraktis Korkusu

Hekimlerin mesleklerini icra ederken haklarında tıbbi malpraktis davasının açılma olasılığından kaynaklanan korku “*malpraktis korkusu*” olarak tanımlanmaktadır. Özellikle son yıllarda artan malpraktis davaları hem hekimlik mesleğini hem de toplumu önemli bir biçimde etkilemiştir. Özellikle kötü sağlık sonuçları malpraktis iddiaları ile sonuçlanmaktadır. Ayrıca medyanın malpraktis iddia ve davalarına olan ilgisi hekimler arasında malpraktis korkusuna katkıda bulunmaktadır (Hauser vd., 1991).

Malpraktis korkusunun sağlık sisteminde olumlu ve olumsuz birçok etkisi bulunmaktadır. Özellikle malpraktis korkusunun hekimler tarafından kabul edildiği ve hastaları ile açık ilişki kurabildikleri durumlarda faydalı olabilmektedir. Hekimlerin tedavi sürecinin belirsizlikleri konusunda hastaları ile net iletişim kurabilmelerini ve daha bilgilendirilmiş şekilde onam almalarına olanak sağlayabilmektedir. Ayrıca hekimler olası malpraktis dava riskini azaltmak için hastalarının devam eden tedavilerini daha yakından takip etmektedirler. Malpraktis korkusu tedavi kararlarının daha fazla uzman ve konsültasyon eşliğinde alınmasına da neden olmaktadır. Ekip halinde alınan tedavi kararlarının daha iyi sonuçlar verme olasılığı yüksektir. Uygun şartlar altında, malpraktis korkusunun daha iyi tıbbi eğitime neden olma potansiyeli de vardır (Hauser vd., 1991). Hekimler malpraktis korkusu nedeni ile daha titiz kayıt tuttıkları, tıbbi işlemleri hastalarına daha ayrıntılı açıkladıkları görülmüştür (Summerton, 1995). Daha özel ve küçük gruplar tarafından sağlık hizmetinin verildiği durumlarda ise malpraktis korkusunun yol açtığı yoğun takip ve tanının sağlık hizmet kalitesini artırma potansiyelinin olduğu tespit edilmiştir (Vandersteegen vd., 2015).

Ancak malpraktis korkusu sağlık sisteminde birçok olumsuzluğa da sebep olmaktadır. Malpraktis korkusunun sağlık sistemindeki maliyetlere önemli bir etkisinin olduğu değerlendirilmektedir (Reschovsky ve Saiontz-Martinez, 2017; Sonnenberg ve Boardman, 2013). Malpraktis korkusunun dolaylı olarak sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (Mello vd., 2005). Ayrıca



malpraktis korkusu hekimleri yeni tedavi yöntemlerini uygulamaktan alıkoyarak sağlık hizmetlerindeki inovasyon sürecini de olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Vandersteegen vd., 2015). Bunun yanında malpraktis korkusunun sağlık hizmet kalitesine beklenildiği gibi katkısının olmadığı (Konetzka vd., 2013), hatta olumsuz etkilerinin olabileceği belirtilmiştir (Ball, 1971; Montanera, 2016).

Bunun yanında malpraktis korkusunun hekimlerin eğitim verme davranışlarını olumsuz yönde değiştirdiği ve öğrencilerin eğitimine ayrılacak zamanın kısıtlanmasına neden olduğu tespit edilmiştir (Reed vd., 2008). Tıp fakültesi öğrencileri malpraktis korkusuna maruz kaldıkları ve tıp fakültesinde defansif tıbbi yönlendirildiklerini ifade etmişlerdir (Johnston vd., 2014). Hatta klinik rehberler hazırlanırken malpraktis korkusundan etkilenerek defansif bir yaklaşımın etkilerinin görülmesinin mümkün olduğu ifade edilmektedir (DeWeese, 2006).

Malpraktis korkusu, sadece sağlık sistemini ve hastaları olumsuz etkilemeyip, hekimler üzerinde de etkileri bulunmaktadır. Malpraktis iddia sürecinin hekimlerde iş ve itibar kaybına neden olabilmenin yanında, ciddi psikolojik etkileri de bulunmaktadır (Benbassat vd., 2001; Keren-Paz, 2010; 1976; Sonnenberg ve Boardman, 2013). Hekimler tıbbi hata yaptıkları zaman yönetimden ve meslektaşlarından yeterli desteği görmemekte ve duygusal olarak yıpranmaktadırlar (Shapiro vd., 1989). Bu konuda yapılan bir çalışmada hekimler tıbbi hata yaptıkları olayları yıllar sonra bile ayrıntısına kadar hatırladıklarını, duygusal olarak çöküntü yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Christensen vd., 1992).

Hasta güvenliğinin sağlanması için gereken faktörlerden bir tanesi bireylerin ve organizasyonların hatalarından öğrenmesidir. Institute of Medicine (IOM) tarafından tıbbi hataların anında ve zorunlu olarak raporlanması tavsiye edilmesine rağmen (Kohn vd., 2000), malpraktis korkusu nedeni ile hekimlerin çok az bir kısmı tıbbi hataları meslektaşları ve hasta-hasta yakınları ile paylaşmaktadırlar (Christensen vd., 1992; Kohn vd., 2000; May ve Aulisio, 2001; Wu vd., 1991). Wu (2000) modern tıpta tıbbi hataya yer olmadığına dair yanlış

bir algının olduğunu savunmaktadır. Ayrıca tıbbi hatanın hekimler tarafından bildirilmemesinin nedenini, idarenin cezası, hasta ve hasta yakınlarının durumu net olarak anlayamamasından kaynaklandığını ifade etmektedir. Bunun sonucu olarak tıbbi hataların önlenmesine yönelik sistematik bir şekilde çalışılmamakta, aynı hatalar tekrar edilmektedir. Birçok tıbbi hata malpraktis korkusu veya şöhret kaybetme korkusu nedeni ile tartışılmamaktadır (Sexton vd., 2000). Böyle bir durumda destek görmeyen hekimlerin defansif bir yaklaşım sergilemeleri kaçınılmaz olmaktadır (Wu vd., 1991).

Ancak malpraktis korkusunun en önemli olumsuz etkisi hekimlerin tıbbi yaklaşımlarında meydana getirdiği değişimdir (Benbassat vd., 2001; Carrier vd., 2010; Dubay vd., 1999; Fiscella vd., 2000; Franks vd., 2000; Hauser vd., 1991; Healey vd., 2011; Katz vd., 2005; Knapp, 2009; Kristiansen vd., 2001; Nahed vd., 2012; Reed vd., 2008; Shapiro vd., 1989).

Hekimler olası malpraktis davasını belirli bir risk olarak ele alıp tedavi ihtiyacı olan hastayı tedavi etmeden önce kendilerini bu riske karşı koruma eğiliminde olabilmektedirler (Benbassat vd., 2001; Keren-Paz, 2010; Mechanic, 1976). Bu yaklaşım defansif tıp olarak adlandırılmaktadır (Hauser vd., 1991). Malpraktis korkusunun defansif tıbbi etkileyen en önemli faktör olduğu bilinmektedir (Carrier vd., 2010; Chen vd., 2015; Nahed vd., 2012; Reisch vd., 2015; Summerton, 1995). Hatta uygulanan defansif tıbbin derecesinin malpraktis risk seviyesi ile orantılı olduğu ifade edilmiştir (Frati vd., 2015). Özellikle yüksek riskli uzmanlık dallarındaki ve malpraktis davası sürecine dahil olmuş hekimlerin daha çok defansif tıp uyguladıkları görülmüştür (Baicker vd., 2015; Kessler ve McClellan, 1998). Türkiye’de de hekimlerin defansif tıp sergilediklerini gösteren araştırmalar mevcuttur (Aydaş, 2014; Başer vd., 2014a; Başer vd., 2014b; Solaroglu vd., 2014).

### 2.5.2. Defansif Tıp

Defansif tıp hekimin malpraktis korkusu nedeni ile uygun olduğuna inandığı veya genel kabul gören tıbbi uygulamalardan sapmasını ifade etmektedir (Ball, 1971; Hauser vd., 1991; Hershey, 1972). ABD Senatosu Alt Komite Raporu defansif tıp kavramını *“her hastanın potansiyel malpraktis davacısı olarak görülmesi”* şeklinde ifade etmektedir (Hershey, 1972, s.,71). Diğer bir tanımda ise defansif tıp hastanın faydasından ziyade özellikle malpraktis sorumluluğundan kaçınmak için uygulanan tıbbi prosedürler olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım hem Hipokrat yeminine aykırı, hem de hekim-hasta ilişkileri yönünden sakıncalıdır (Anderson, 1999; Ball, 1971).

Malpraktis korkusundan kaynaklanan defansif tıbbin sağlık sistemine birçok etkisi bulunmaktadır. Malpraktis korkusu nedeni ile tetiklenen tıbbi girişimler hekimi inandığı veya en uygun olan tıbbi girişimden uzaklaştırabileceği gibi, maksimum konservatif yaklaşımı sağlayarak tıbbi doğruluğu da artırabilir (Hershey, 1972).

Tetiklenen girişimlerle sonuçlanan defansif tıp aşırı ve yaygın bir şekilde uygulanırsa sağlık hizmetlerinde artan maliyetlerin ve zaman kaybının baş sorumlusu olabilir (Baicker vd., 2015; Hershey, 1972; Mechanic, 1976; Mello vd., 2010; Reschovsky ve Saiontz-Martinez, 2017; Rothberg vd., 2014; Schwartz, 2016; Segal, 2012). Bunun yanında diğer önemli bir sonucu da *“fırsat maliyetleri”* olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca hekimin zamanının ve hastane kaynaklarının defansif tıba ayrılması sağlık hizmet kaynaklarının hakkaniyetli bir şekilde dağıtılmasını engellemekte ve kaynakların gereksiz kullanımını tetiklemektedir (Ball, 1971; Dhankhar vd., 2005). Yapılan çalışmalarda, malpraktis korkusunun sevk oranlarını (Franks vd., 2000), sezaryen oranlarını (Kristiansen vd., 2001), hasta yatış oranlarını ve gereksiz istenen testleri (Katz vd., 2005) etkilediği görülmüştür.

Defansif tıbbin sağlık harcamalarını ne kadar etkilediğini tespit etmek zordur (Thomas, 1994). Ancak bu konuda yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Defansif

tıbbın hastane faturalarına %10'dan fazla yük getirdiği tahmin edilmektedir (Hershey, 1972). Reschovsky ve Saiontz-Martinez (2017) tarafından yapılan çalışmada ise defansif yaklaşımın sağlık hizmet maliyetlerinin %8-20 arasındaki kısmını oluşturduğu ifade edilmektedir. Mello ve arkadaşları (2010) yaptığı araştırmada ise hekimlere ve hastalara olmak üzere defansif tıbbın 2008 yılında ABD'deki toplam maliyetinin 46 milyar dolar olduğunu ileri sürmüşlerdir. Diğer bir çalışmada ise defansif olarak hekim tarafından istenen gereksiz prosedürlerin ABD'de yıllık olarak ortalama 650 milyar dolarlık bir maliyetinin olduğu tahmin edilmektedir (Segal, 2012). Ayrıca ABD'de üç hastanede uygulanan bir diğer araştırmada toplam sağlık harcamalarının %13'nün (hasta başı ortalama 223 dolar) defansif olarak gereksiz yapıldığı değerlendirilmiştir (Rothberg vd., 2014). Baicker ve arkadaşları (2015) ise defansif olarak istenen görüntüleme tetkiklerinden 5 milyar dolarlık tasarruf potansiyelinin olduğunu ifade etmektedir.

Defansif tıbbın sağlık harcama maliyetlerini artırmasının yanında hastaları gereksiz tanı işlemlerine sürükleyerek olası komplikasyon ve malpraktis risklerini artırmaktadır (Asher vd., 2012). ABD'lerinde istenen tomografi tetkiklerinin 1/3'ü (Chawla ve Gunderman, 2008), başka bir araştırmada ise %38'inin (Chen vd., 2015) gereksiz olduğu bildirilmiştir. Gelecek yıllarda ortaya çıkacak kanser vakalarının %1,5-2'sinin tomografiden kaynaklı radyasyona dayalı olabileceği tahmin edildiği göz önüne alındığında defansif tıp aynı zamanda önemli bir sağlık sorunu olarak da görülmektedir (Chawla ve Gunderman, 2008).

Diğer taraftan tıbbi yaklaşımların hasta ve hekim bazlı olarak değiştiği göz önüne alındığında, aynı tarzda bir vaka için yapılan tıbbi bir girişim bazı hekimler için defansif bir yaklaşım olabileceği gibi diğer hekimler için ise iyi bir tıbbi girişim olarak tanımlanabilir. Hershey ve arkadaşları (1972) hekimler tarafından uygulanan iyi tıbbi yaklaşım ile malpraktis korkusu nedeni ile uyguladıkları defansif tıbbi yaklaşımın oldukça benzer olması nedeni ile ayırımın çok zor olduğunu iddia etmektedirler. Bu nedenle defansif tıp ile ilgili açıklamalarda pozitif ve negatif defansif tıp şeklinde iki farklı yaklaşımın olduğu görülmektedir (Antoci vd., 2016; Hershey, 1972).

### 2.5.2.1. Pozitif Defansif Tıp

Pozitif defansif tıp hekimin malpraktis korkusu nedeni ile normalde istemeyeceği tetkik ve prosedürleri uygulamasıdır (Antoci vd., 2016; Hershey, 1972). Temel olarak pozitif defansif tıp hekim tarafından üç seviyede uygulanabilmektedir.

İlk seviyede hastanın da iyiliğine olabilecek ve legal standartları karşılayacak tetkik ve işlemlerin uygulanmasıdır. İkinci seviyede hekimin bu noktanın da ötesine geçerek malpraktis davasına temel teşkil edebilecek hususları ortadan kaldırmak için hastanın ihtiyacı olmayan ancak legal olarak koruma sağlayabilecek tıbbi tetkik ve işlemlerin gerçekleştirilmesidir. Son olarak ise malpraktis davalarına karşı geçerli dokümantasyon elde edebilmek için hem tıbbi hem de legal olarak gerekli olmayan tıbbi tetkik ve işlemlerin uygulanmasıdır (Ball, 1971).

Defansif olarak istenen tanı ve tedavi işlemlerinin birçoğunun tıbbi bir değerinin olmadığı gibi, hastayı gereksiz komplikasyon riskine sokarak durumu daha kötü hale getirebilmektedir (Healey vd., 2011). Malpraktis korkusu nedeni ile istenen gereksiz tanı ve tedavi prosedürleri artan risk nedeni ile bir malpraktis davasına dönüşebilmektedir (Yılmaz vd., 2014). Ayrıca defansif olarak uygulanan tanı ve tedavi prosedürleri sınırlı sağlık kaynaklarının gereksiz kullanımına neden olmaktadır (Baicker vd., 2015; Ball, 1971; Bean, 2016).

### 2.5.2.2. Negatif Defansif Tıp

Negatif defansif tıp malpraktis korkusu nedeni ile yüksek komplikasyon riski olan hastaların tedavisinden kaçınma olarak ifade edilebilir (Antoci vd., 2016; Hershey, 1972). Negatif defansif tıp uygulamalarına örnek olarak; acil servislerde çalışmayı reddetmek, hastanın acilen ihtiyacı olmasına rağmen yüksek riskli bir işlemi uygulamaktan kaçınmak, komorbitesi yüksek olan hastaları tedavi etmekten kaçınmak (Ball, 1971) ve yeni girişimsel yöntemleri denemekten korkmak verilebilir (Vandersteegen vd., 2015). Negatif defansif tıbbın olumsuz

sağlık sonuçlarına neden olmasının yanında, gelişen tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişimini engelleme yönünde de etkisi söz konusudur.

Malpraktis riskinden kaçınmak eğitim, kültürel gelişimi ve kalite önlemleri ile sağlanabilmektedir. Hekimler bu riskten kaçınmak için çok daha dikkatli olarak tedavi rehberlerini takip edebileceği gibi, daha ileri tanı ve tedavi isteyebilmektedirler. Hatta hiç hastası olmadan, hiç tanı ve tedavi yapmadan hekim tamamen malpraktis riskinden korunarak temiz bir geçmişe sahip olabilmektedir (Sonnenberg ve Boardman, 2013). Ancak bu yaklaşım hekimi malpraktis riskinden korurken, hastaların sağlık durumuna hiçbir katkı sağlamamaktadır.

Yapılan araştırmalarda aile hekimlerinin belirli durumlarda defansif olarak hastaları sevk ederek tedavi etmekten kaçındıkları ifade edilmiştir (Summerton, 1995; 2000). Studdert ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada uzman hekimlerin yaklaşık %40'ı riskli vakaları almaktan kaçınacaklarını ifade etmişlerdir. Bu oran ortopedi cerrahlarında yaklaşık %57'dir.

### 3. GEREÇ YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, kapsamı ve tasarımı, hipotezleri, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, araştırma varsayımları, araştırma sınırlılıkları ile veri analizine yönelik bilgilere yer verilecektir

#### 3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu çalışmanın amacı; hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Bu amaca ulaşmak için öncelikle; hekimlerin tıbbi hata algıları, malpraktis korkuları ve tıbbi hata tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmanın diğer bir amacı tıbbi hata algıları, tıbbi hata tutumları ve malpraktis korkularının, hekimlerin malpraktis tecrübelerine, tıbbi hata bilgi düzeylerine ve sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşıp, farklılaşmadığını ortaya koymaktır.

Malpraktisin temel nedeni olan tıbbi hatanın hekimler tarafından ne derece algılandığını ve hekimlerin tıbbi hata algısı, malpraktis korkusu ve hekimlerin tıbbi hata tutumları arasındaki olası ilişkileri inceleyen bir araştırmanın literatürde bulunmaması, araştırmanın önemini ve gerekçesinin temel nedenidir.

Bu çalışmayla hekimler tarafından yüksek seviyede algılanan tıbbi hata kaynaklarının tespitinin hasta ve çalışan güvenliği politikalarına yol gösterici olabileceği değerlendirilmektedir. Ayrıca hekimlerin tıbbi hata algıları ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkinin tespitini; defansif tıbbin önemli bir nedeni olan malpraktis korkuları ile mücadele etmede faydalı olabileceği değerlendirilmektedir. Malpraktis korkusuna neden olan tıbbi hata kaynaklarının ortaya konması; önemli bir maliyet kaynağı olan ve birçok sağlık sorununa yol açma potansiyeli bulunan defansif tıp yaklaşımını indirekt olarak azaltmada faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında malpraktis korkusunun ve tıbbi hata algısının, tıbbi hata tutumu üzerindeki olası etkisinin ortaya konması, hekimler tarafından algılanan tıbbi hata kaynakları ile mücadelenin indirekt

olarak malpraktis korkusu ve tıbbi hata tutumlarını da etkileyebileceğini göstermesi açısından önemlidir.

### 3.2. PROBLEM CÜMLESİ VE HİPOTEZLER

Araştırmanın amacına ulaşabilmek için çalışma kapsamında aşağıdaki problem cümleleri oluşturulmuştur;

- Hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları ile malpraktis korku düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları ile malpraktis korkuları, sosyo-demografik özelliklerine, malpraktis tecrübelerine ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre farklılık göstermekte midir?

Çalışmanın problem cümlelerine yanıt verebilmek için çalışma kapsamında oluşturulmuş model (Şekil 5) ve test edilmesi uygun görülen hipotezler aşağıdaki gibidir.

*Hipotez 1.* Hekimlerin tıbbi hata algıları (a. hekim, b. hasta, c. çalışma şartları, d. vaka ve e. defansif tıp), sosyo-demografik özelliklere (a. cinsiyet, b. yaş, c. medeni durum, d. görev süresi, e. bilim dalı, f. statü) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

*Hipotez 2.* Hekimlerin malpraktis korkuları, sosyo-demografik özelliklere (a. cinsiyet, b. yaş, c. medeni durum, d. görev süresi, e. bilim dalı, f. statü) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

*Hipotez 3.* Hekimlerin tıbbi hata tutumları, sosyo-demografik özelliklere (a. cinsiyet, b. yaş, c. medeni durum, d. görev süresi, e. bilim dalı, f. statü) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

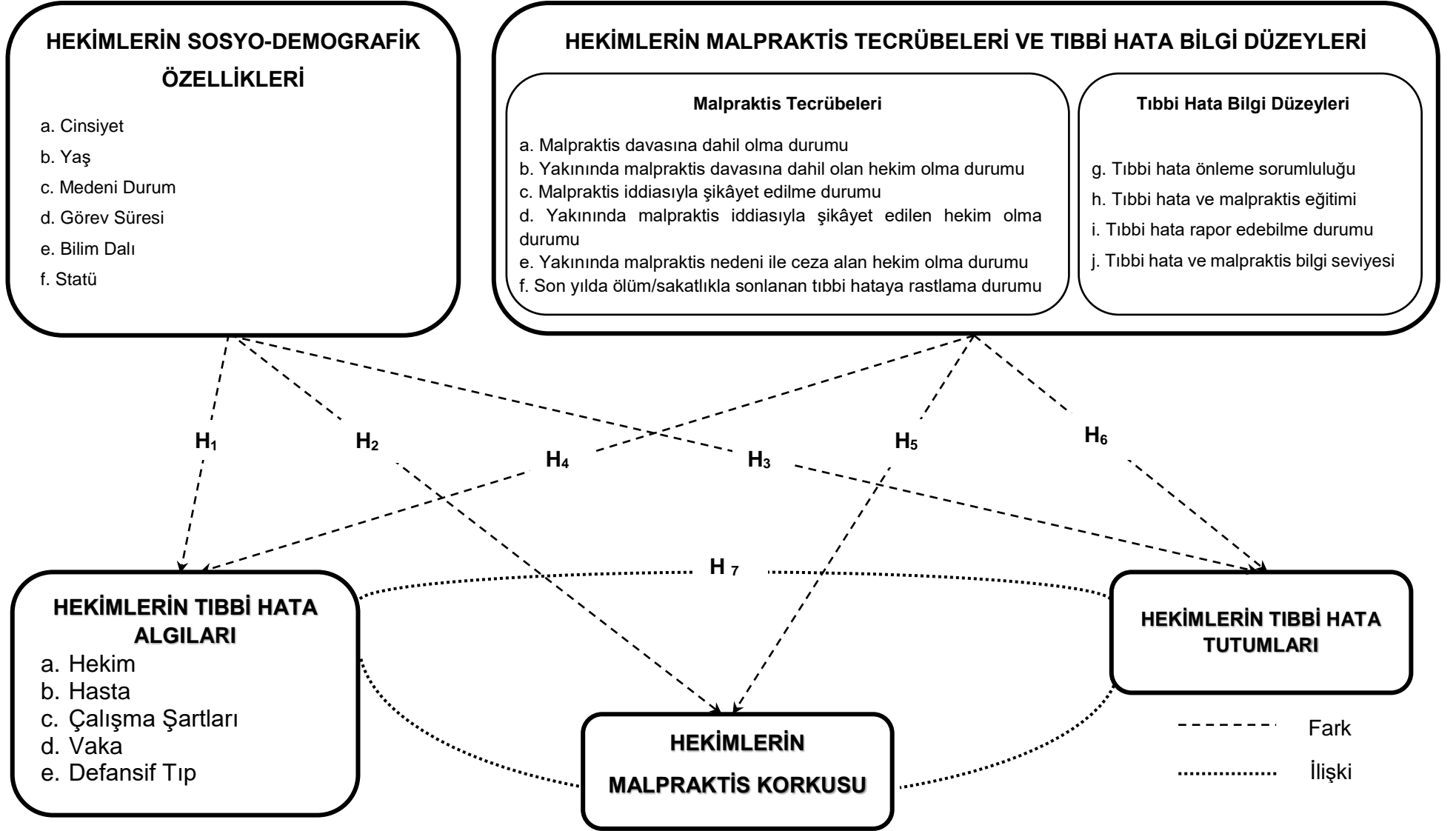


*Hipotez 4.* Hekimlerin tıbbi hata algıları (a. hekim, b. hasta, c. çalışma şartları, d. vaka ve e. defansif tıp), malpraktis tecrübelerine ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

*Hipotez 5.* Hekimlerin malpraktis korkuları, malpraktis tecrübelerine ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

*Hipotez 6.* Hekimlerin tıbbi hata tutumları, malpraktis tecrübelerine ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

*Hipotez 7.* Hekimlerin tıbbi hata algıları (a. hekim, b. hasta, c. çalışma şartları, d. vaka ve e. defansif tıp), tıbbi hata tutumları ve malpraktis korkuları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.



Şekil 5. Araştırmanın Modeli

### 3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırma evrenini Ankara ilinde hizmet veren ve bir kamu hastanesi olan Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi bünyesinde görev yapan hekimler oluşturmaktadır.

Araştırmanın başladığı 21/07/2017 tarih itibariyle Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Personel Şube Müdürlüğü'nden alınan bilgiye göre hastanede toplam 567 hekim görev yapmaktadır.

Araştırma kapsamında tüm hekimlere ulaşmanın gerek zaman ve maliyet gerekse çalışmanın tamamlanabilirliği açısından mümkün olmadığı düşünülerek örneklem seçilmesine karar verilmiştir. Örneklem hesabı aşağıdaki formüle göre hesaplanmıştır.

N = Evren

n = Örneklem sayısı

p = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (0,50 alınmıştır)

q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülmemeye sıklığı (1-p)

Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %95 için 1,96)

t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

$$n = \frac{N \times p \times q \times Z^2}{[(N - 1) \times t^2] + (p \times q \times Z^2)}$$

$$n = \frac{567 \times 0,5 \times 0,5 \times 1,96^2}{[(567 - 1) \times 0,05^2] + (0,5 \times 0,5 \times 1,96^2)}$$

$$n = \frac{544,5468}{2,3754} = 229$$

Örnekleme hesabından görüldüğü üzere %95 güvenilirlik seviyesi için alınacak örneklemin en az 229 hekim olması gerektiği bulunmuştur. Örnekleme ulaşmada gelişigüzel örnekleme metodu kullanılmıştır.

### 3.4. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmada verilerin toplanmasında dört bölümden oluşan anket kullanılmıştır. Anketin birinci bölümünde hekimlerin sosyo-demografik özelliklerini, malpraktis tecrübelerini ve tıbbi hata bilgi düzeylerini değerlendirmeyi hedefleyen sorular bulunmaktadır. Anketin ikinci bölümünde hekimlerin malpraktis korku seviyelerini değerlendirmek amacı ile tasarlanmış Malpraktis Korku Ölçeği Williams (Fiscella vd., 2000; Franks vd., 2000; Katz vd., 2005), üçüncü bölümünde hekimlerin tıbbi hata tutumlarını belirlemek için geliştirilen Tıbbi Hata Tutum Soru Formu, dördüncü bölümde ise hekimlerin tıbbi hata algılarını belirlemeye yönelik olarak Tıbbi Hata Algı Soru Formu kullanılmıştır.

Öncelikle anket formunda kullanılacak ölçeklere ilişkin gerekli kullanım izinleri, ilgili kişilerle (Williams ve Menachemi) e-mail yolu ile iletişime geçilerek alınmıştır (Ek 4). Orijinal ölçek maddelerinin Türkçe diline çevirisinde geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Öncelikle orijinal ölçeğe ait maddeler hem Türkçe'ye hem de İngilizce'ye hâkim bir akademisyen tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmiş hali hem Türkçe'ye hem de İngilizce'ye hâkim ikinci bir akademisyen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Anketlerin çevrilmiş ve orijinal hali, araştırmacı ve çevirmenlerin bir araya gelmesiyle karşılaştırılarak çevirinin uygunluğu değerlendirilmiştir. Son olarak çevrilmiş anketin dilsel ve kültürel olarak aynı anlamı vermesi için gerekli son düzeltmeler yapılmıştır. Çevrilmiş ölçek maddelerinin orijinaline uyumlu olarak Türkçe diline adapte edildiği belirlenmiştir.

Anketin birinci bölümünde sosyo-demografik özellikleri değerlendirmek için hekimlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, hekimlik mesleğini kaç yıldır yaptığı, görev yaptığı bilim dalı ve statüsüne yönelik altı adet soru, hekimlerin malpraktis

tecrübelerini ve tıbbi hata bilgi düzeylerini değerlendirmek için ise ; hekimlerin ve yakın çevresinin malpraktis davasına dahil olma durumu, hekimlerin ve yakın çevresinin malpraktis nedeni ile şikâyet edilme durumu, çevresinden malpraktis nedeni ile ceza alan meslektaşının olma durumu, tıbbi hata veya malpraktis konusunda eğitim alma durumu ve bilgi seviyesi gibi hususları değerlendirmeye yönelik on adet soru yer almaktadır.

Araştırmanın ikinci bölümünde hekimlerin malpraktis korku seviyelerini ölçmeyi hedefleyen, Williams (Fiscella vd., 2000; Franks vd., 2000; Katz vd., 2005) tarafından geliştirilen Malpraktis Korku Ölçeği kullanılmıştır. Malpraktis Korku Ölçeği 6 maddeden oluşmaktadır. 5'li Likert tipindeki ölçek (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde düzenlenmiş skala ile değerlendirilmiştir. Malpraktis Korku Ölçeği tek boyutlu olup ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Malpraktis Korku Ölçeğinden 6 ile 30 arasında puan elde edilmektedir. Yüksek puan yüksek malpraktis korkusunu göstermektedir. Malpraktis korku seviyeleri 15 ve altı düşük seviye, 15-20 orta seviye, 20 ve üstü yüksek seviye malpraktis korkusu olarak değerlendirilmektedir (Katz vd., 2005). Ancak literatürde malpraktis korku seviyesini 1 ile 5 arasında değerlendiren araştırmalar da mevcuttur (Fiscella vd., 2000; Franks vd., 2000; Reed vd., 2008). Malpraktis Korku Ölçeğinin Türkçe diline adaptasyonu, gerçeklik ve güvenilirliği bu araştırma kapsamında gerçekleştirilmiştir.

Anketin üçüncü bölümünde hekimlerin tıbbi hata tutumlarını belirlemek için tıbbi hata tutum soru formu kullanılmıştır. Ankette kullanılan ifadeler araştırmacı tarafından literatür taranarak (Bates vd., 2003; Bognár vd., 2008; Flin vd., 2009; Flotta vd., 2012; Garbutt vd., 2007; Kaldjian vd., 2007; Kiesewetter vd., 2014; Kıymaz, 2015; Madigosky vd., 2006; Mikkelsen vd., 2006) oluşturulmuştur. Başlangıçta 13 ifadenin yer aldığı tıbbi hata tutum soru formunda; ifadelerin uygunluğunun belirlenmesi amacıyla 11 uzman hekimle görüşülmüş ve 5 ifadenin uygun olmadığına karar verilmiştir. Çalışmanın veri toplama aşamasında hekimlerin tıbbi hata tutumlarının belirlenmesinde geriye kalan 8 ifade kullanılmıştır. İfadelere ilişkin cevap seçenekleri 5'li Likert tipi bir skala (1)

Kesinlikle Katılmıyorum - (5) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde kurgulanmıştır. Ayrıca bu bölümde kullanılan ifadelerden 1., 2., 3., 4., 6., ve 8. ifadeler normal, 5. ve 7. ifadeler ise ters kodlanarak değerlendirilmeye alınmıştır. Anketin değerlendirilmesinde yüksek puan ortalaması olumlu tıbbi hata tutumunu ifade etmektedir.

Anketin dördüncü bölümünde hekimlerin tıbbi hata algılarını ölçmek amacıyla kullanılan soru formu yer almaktadır. Hekimlerin tıbbi hata algısının ölçümünde kullanılan soru formunda yer alan ifadeler Menachemi'nin (2002; 2005) çalışmaları temel alınarak oluşturulmuştur. Hekimlerin tıbbi hata algıları soru formu tıbbi hata oluşumuna katkıda bulunan hususların katkı derecesinin hekimler tarafından nasıl algılandığını belirlemeyi hedeflemektedir. Hekimlerin tıbbi hata algılarının belirlenmesine ilişkin oluşturulan soru formunda araştırmanın yapılacağı hastanede kullanılmasına izin verilen 20 ifade yer almaktadır. İfadelere ilişkin cevap seçenekleri (1) Etkisiz - (5) Çok Etkili şeklinde Likert tipi bir skala ile düzenlenmiştir. Yüksek puan ortalamaları hekimlerin ilgili ifade/boyut'un tıbbi hata oluşumuna katkı derecesini yüksek seviyede algıladığını göstermektedir.

### **3.5. VERİ TOPLAMA ARACININ (ANKETİN) UYGULANMASI**

Araştırmada ver toplama aracı olarak kullanılacak anket formu oluşturulduktan sonra çalışmanın etik yönden uygunluk izni Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 30 Mayıs 2017 tarih, 2017/14 toplantı numarası, 6017/440-07 karar numarası ile alınmıştır (Ek 2). Ayrıca araştırmanın Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi'nde (GEAH) görev yapan hekimlerde uygulanabilmesi için gerekli izin Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Eğitim Kurulu'nun (TUEK) 20.07.2017 tarih ve 7 numaralı kararı ile uygun görülmüştür (Ek 3).

Gerekli izinler alındıktan sonra 24.07.2017-01.01.2018 tarihleri arasında 248 hekime anket uygulanmıştır (Evrene ulaşma oranı %44). Araştırmada

kullanılacak yapısal eşitlik modellerinin çalışabilmesi için gerekli gözlem sayısına erişebilmek amacı ile hesaplanan örneklem sayısından %8 daha fazla sayıda hekime ulaşılmıştır. Anket uygulanması araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

### **3.6. VERİLERİN ANALİZİ**

Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan veriler, bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeyleri frekans ve yüzde dağılımı, tıbbi hata algı, tıbbi hata tutum ve malpraktis korku seviyeleri ise ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerle incelenmiştir. Çalışmada tıbbi hata algı düzeyi tıbbi hata tutumu ve malpraktis korku düzeyini ölçmek için kullanılan ifade/boyutların, değişkenlerle ilgili yapıyı açıklayıp açıklamadıklarını belirlemek için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri kullanılmıştır. Yapısal eşitlik modelinde yapılacak doğrulayıcı faktör analizinde, modellerin çok değişkenli normal dağılım varsayımını karşılayıp karşılamadıklarının belirlenmesi için Çok Değişkenli Basıklık (Multivariate Kurtosis) ve Kritik Oran (Critical Ratio-CR) değerine bakılmıştır (Bayram, 2010; Bentler, 2006; Byrne, 2016). Çok değişkenli basıklık kritik oran değerinin 5'ten büyük olduğu durumlarda çok değişkenli normal dağılım varsayımının ihlal edildiği değerlendirilmiştir (Byrne, 2016). Çok değişkenli normal dağılımın karşılandığı Doğrulayıcı Faktör Analiz (DFA) modellerinde Maksimum Olabilirlik Tahmin Metodu (Maximum Likelihood-ML) kullanılırken, çok değişkenli normal dağılım varsayımının karşılanmadığı modellerde Ağırlıksız En Küçük Kareler Tahmin Yöntemi (Unweighted Least Squares-ULS) kullanılmıştır.

Ayrıca hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları ile malpraktis düzeylerinin malpraktis tecrübelerine, tıbbi hata bilgi düzeylerine ve sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediklerini belirlemek için parametrik ve non-parametrik testler kullanılmıştır. Parametrik test varsayımlarından olan gruplarda normal dağılım şartının değerlendirilmesi için basıklık, çarpıklık değerlerine ve

Kolmogrow Smirnow (K-S) testi anlamlılık düzeyine bakılmıştır. Kolmogrow Smirnow testi anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  durumunda verilerin normal dağılım varsayımını karşılamadığı değerlendirilmiş non-parametrik testler kullanılmıştır (Alpar, 2013; Altunışık vd., 2010). Normal dağılım varsayımını karşılayan verilerde ikili karşılaştırmalarda Bağımsız Gruplar için t-testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi, gruplarda normal dağılım varsayımını karşılamayan verilerde ise iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, üçlü grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis H testleri kullanılmıştır. Ayrıca değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizlerinden faydalanılmıştır.

Verilerin analizinde SPSS-23 (Statistical Package for the Social Sciences) ve AMOS 24 yazılım programları kullanılmıştır.

Çalışma kapsamındaki hekimlerin sosyo-demografik özellikleri (*cinsiyet, yaş, medeni durum, görev süresi, bilim dalı ve statüsü*) ve hekimlerin malpraktis tecrübelerine ve tıbbi hata bilgi düzeylerine ilişkin ifadeler (*malpraktis davasına dahil olma durumu, yakınının malpraktis davasına dahil olma durumu, malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme durumu, yakınında malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekim olma durumu, çevresinde malpraktis nedeni ile ceza alan hekim olma durumu, son yılda ölüm/sakatlıkla sonlanan tıbbi hataya rastlama durumu, tıbbi hata önleme sorumluluğu yaklaşımı, tıbbi hata ve malpraktis eğitimi, tıbbi hata rapor edebilme durumu, tıbbi hata ve malpraktis bilge seviyesi*) araştırmanın bağımsız değişkenlerini; hekimlerin tıbbi hata algısı, tıbbi hata tutumları ve malpraktis korkuları ise araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır (Tablo 3).



Tablo 3. Araştırma Kapsamında Kullanılan Değişkenler

<b>Bağımsız Değişkenler</b>	<p align="center"><b>Sosyo-Demografik Özellikler</b></p> <p>a. Cinsiyet b. Yaş c. Medeni Durum d. Görev Süresi e. Bilim Dalı f. Statü</p>
	<p align="center"><b>Malpraktis Tecrübeleri</b></p> <p>a. Malpraktis davasına dahil olma durumu b. Yakınının malpraktis davasına dahil olma durumu c. Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme durumu d. Yakınında malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen olma durumu e. Çevresinde malpraktis nedeni ile ceza alan hekim olma durumu f. Son yılda ölüm/sakatlıkla sonlanan tıbbi hataya rastlama durumu</p> <p align="center"><b>Tıbbi Hata Bilgi Düzeyleri</b></p> <p>g. Tıbbi hata önleme sorumluluğu yaklaşımı h. Tıbbi hata ve malpraktis eğitimi i. Tıbbi hata rapor edebilme durumu j. Tıbbi hata ve malpraktis bilgi seviyesi</p>
<b>Bağımlı Değişkenler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hekimlerin Tıbbi Hata Algısı <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hekim Boyutu</li> <li>▪ Hasta Boyutu</li> <li>▪ Çalışma Şartları Boyutu</li> <li>▪ Vaka Boyutu</li> <li>▪ Defansif Tıp Boyutu</li> </ul> </li> <li>• Hekimlerin Malpraktis Korkusu</li> <li>• Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumu</li> </ul>

Bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenleri nasıl etkilediğini belirlemek için tek değişkenli analizlerin yanı sıra çok değişkenli regresyon çözümlemesinden de yararlanılmıştır. Çok değişkenli çözümlemeleri yapmadan önce basit, anlaşılabilir ve açıklanabilir maddelere ulaşabilmek ve çoklu bağlantı sorunlarına neden olmamak için bağımsız değişkenler kendi aralarında korelasyon analizine tabi tutulmuş ve bu amaçla Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Tablo 4 ve Tablo 5'te değişkenler arasındaki ilişkilere ait sonuçlar yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda yüksek düzeyde ilişki ( $r \geq 0,80$ ) bulunmayan değişkenlerin analizlere dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 4'te görüldüğü üzere yaş ve görev süresi değişkenleri arasında yüksek seviyede istatistiksel anlamlı korelasyon olduğu için ( $r=0,933$ ,  $p<0,001$ ) bu iki değişkenden sadece yaş değişkeni hipotez analizlerine dahil edilmiştir.

Tablo 4. Hekimlerin Sosyo-demografik Özellikleri Arasındaki Korelasyon

		Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Görev Süresi	Bilim Dalı
Statü	r*	-0,132	0,710	-0,280	0,714	0,146
	p	0,038	0,001	0,001	0,001	0,021
Bilim Dalı	r*	-0,033	0,110	-0,068	0,124	-
	p	0,606	0,085	0,289	0,051	-
Görev Süresi	r*	-0,147	<b>0,933</b>	-0,336	-	-
	p	0,021	<b>0,001</b>	0,001	-	-
Medeni Durum	r*	-0,308	0,159	-	-	-
	p	0,001	0,012	-	-	-
Yaş	r*	-0,116	-	-	-	-
	p	0,069	-	-	-	-

\*Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 5. Hekimlerin Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeyleri İle İlgili İfadeler Arasındaki Korelasyon

		Dava <sup>1</sup>	Şikâyet <sup>2</sup>	Sakat <sup>3</sup>	Yak. Dava <sup>4</sup>	Yak. Şikâ. <sup>5</sup>	Yak. Ceza <sup>6</sup>	Eğt. <sup>7</sup>	Rapor <sup>8</sup>
Sorumlu <sup>10</sup>	r*	-0,068	-0,189	0,047	-0,120	-0,130	0,045	0,055	0,030
	p	0,290	0,003	0,460	0,060	0,041	0,478	0,384	0,640
Bilgi <sup>9</sup>	r*	-0,008	-0,016	-0,079	0,087	0,077	0,082	0,359	0,516
	p	0,903	0,802	0,217	0,174	0,229	0,198	0,000	0,000
Rapor <sup>8</sup>	r*	-0,095	-0,065	0,007	-0,073	0,017	0,143	0,380	-
	p	0,136	0,309	0,916	0,253	0,785	0,025	0,000	-
Eğt. <sup>7</sup>	r*	-0,050	-0,032	0,006	0,035	0,028	-0,097	-	-
	p	0,437	0,619	0,922	0,587	0,656	0,129	-	-
Yak. Ceza <sup>6</sup>	r*	0,029	-0,002	0,047	0,292	0,317	-	-	-
	p	0,652	0,975	0,461	0,000	0,000	-	-	-
Yak. Şikâyet <sup>5</sup>	r*	0,198	0,206	0,112	0,622	-	-	-	-
	p	0,002	0,001	0,078	0,000	-	-	-	-
Yak. Dava <sup>4</sup>	r*	0,294	0,201	0,112	-	-	-	-	-
	p	0,000	0,001	0,078	-	-	-	-	-
Sakatlık <sup>3</sup>	r*	0,060	0,088	-	-	-	-	-	-
	p	0,350	0,165	-	-	-	-	-	-
Şikâyet <sup>2</sup>	r*	0,591	-	-	-	-	-	-	-
	p	0,000	-	-	-	-	-	-	-

**Not:** \*Spearman korelasyon katsayısı, **1:** Malpraktis davasına dahil olma durumu, **2:** Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme durumu, **3:** Son bir yıl içinde sakatlık veya ölümlle sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaşma durumu, **4:** Yakın çevresinde malpraktis davasına dahil olan meslektaş olma durumu, **5:** Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekim olma durumu, **6:** Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla ceza alan meslektaş olma durumu, **7:** Tıbbi hata ve malpraktise yönelik eğitim alma durumu, **8:** Tıbbi hataları rapor edebilme durumu, **9:** Tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyesi, **10:** Tıbbi hata önleme sorumluluğu yaklaşımı

Yapısal Eşitlik Modellemesi için AMOS 24 yazılımı ile kullanılmıştır. Yapısal eşitlik modellemesinde en yaygın olarak kullanılan Maksimum Olabilirlik Metodunun (Maximum Likelihood-ML) uygulanabilmesi için verilerin çok değişkenli normal dağılım varsayımını karşılaması gerekmektedir. Çok değişkenli normal dağılımın değerlendirilmesi için Çok Değişkenli Basıklık (Multivariate Kurtosis) ve Kritik Oran (Critical Ratio-CR) değerine bakılmıştır (Bayram, 2010; Bentler, 2006;

Byrne, 2016). Çok değişkenli basıklık kritik oran değerinin 5'ten büyük olduğu durumlarda çok değişkenli normal dağılım varsayımının ihlal edildiği değerlendirilmiştir (Byrne, 2016). Çok değişkenli normal dağılımın karşılandığı Doğrulatoryı Faktör Analizi (DFA) ve yapısal eşitlik modellerinde Maksimum Olabilirlik Tahmin Metodu (Maximum Likelihood-ML) kullanılırken, çok değişkenli normal dağılım varsayımının karşılanmadığı modellerde Ağırlıksız En Küçük Kareler Tahmin Yöntemi (Unweighted Least Squares-ULS) kullanılmıştır. Hipotez analizlerinde kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenler Tablo 3'te gösterilmektedir.

### 3.7. GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZİ

Çalışmada kullanılan soruların ve ölçeklerin standardize olması ve uygun bilgiler üretebilmesi için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Geçerlilik bir ölçme aracının "*neyi*", "*ne kadar*", "*isabetli/doğru*" olarak ölçtüğünü göstermektedir (Erdoğan vd., 2014). Eğer bir ölçme aracı ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçebiliyorsa bu ölçme aracının geçerli olduğu söylenebilir (Alpar, 2010). Güvenilirlik bir ölçüm aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği tutarlı ve istikrarlı bir şekilde ölçme derecesidir (Altunışık vd., 2010). Ölçüm aracının zamana göre değişmezlik ölçüsüdür (Alpar, 2010).

#### 3.7.1. Geçerlilik Yöntemleri

Bu bölümde araştırmada kullanılan soru formunun geçerliliğini test etmek için kullanılan geçerlilik yöntemleri sunulmuştur.

##### 3.7.1.1. Yüzeyel Geçerlilik

Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının içerdii sorular; ölçmeyi hedeflediği konu açısından ilgi derecesi, anlaşılabilirliği ve hekimler tarafından cevap verilebilirliği yönünden uzman 11 uzman hekimin görüşüne sunulmuştur.

### 3.7.1.2. Yapı Geçerliliği

Doğrudan ölçülemeyen özellikleri ölçen ölçüm araçlarının ölçme derecesi olarak ifade edilmektedir. Ölçülemeyen özelliği ölçmesi hedeflenen değişkenlerin oluşturduğu bütünün hedeflenen yapıyı belirleyip belirlemediği yapı geçerliliği ile tespit edilir (Alpar, 2010; Erdoğan vd., 2014). Çalışmada kullanılan ölçüm araçlarının yapı geçerliliği Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) olmak üzere iki yöntemle sınanmıştır.

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA): Sosyal bilimlerde birçok kavramı tek bir soru veya ölçek ile ölçmek mümkün değildir. Doğrudan ölçülemeyen kavramları ölçmek için farklı ölçekler geliştirme yoluna gidilmektedir. Faktör analizi birbiri ile ilişkisi olduğu düşünülen çok sayıdaki değişkenler arasındaki ilişkinin yapısını belirlemek için kullanılmaktadır (Altunışık vd., 2010).

Açıklayıcı faktör analizi birbiri ile ilişkili değişkenleri kavramsal ve kuramsal olarak gruplandırarak, gruplar içindeki değişkenler arası ilişkiyi maksimize, gruplar arasındaki ilişkiyi minimize ederek yeni değişkenler meydana getirmede kullanılan analiz yöntemidir (Karagöz, 2016)

Bir veri setinin faktör analizine uygun olması için gerekli gözlem sayısı değişken sayısından büyük olmalı ve en az 50 gözlem olmalıdır. İfade başına düşen gözlem sayısı ideal olarak 1'e 5'tir (Yaşlıoğlu, 2017):

Faktör analizinde örneklem yeterliliği için diğer bir gösterge ise Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısıdır (Altunışık vd., 2010). KMO katsayısı 0 ile 1 arasında bir değerdir. KMO değerinin 0,50 altında olması örneklem büyüklüğünün geçerlilik analizi için yeterli olmadığını gösterir (Altunışık vd., 2010; Erdoğan vd., 2014; Yaşlıoğlu, 2017). Faktörleşmeye alınacak değişkenler arasındaki korelasyonun 0,30-0,90 arasında olması arzu edilir. Düşük seviyede korelasyon olması durumunda faktörleşme meydana gelmeyecektir. Bartlett Küresellik testi

korelasyon matrisinde yer alan tüm korelasyonların genel anlamlılık değerini gösteren istatistiksel bir değerdir (Altunışık vd., 2010). Bartlett Küresellik testi ki-kare değerinin anlamlı çıkması ( $p < 0,05$ ) korelasyon matrisinin faktör analizine uygun olduğunu gösterir (Alpar, 2010; Altunışık vd., 2010).

Faktör analizinin değerlendirilmesinde kullanılan diğer göstergeler açıklanan toplam varyans, ortak varyans ve özdeğerdir. Açıklanan toplam varyans tüm faktörler tarafından açıklanan varyanstır. Açıklanan varyans ise faktör analizinde açıklanan toplam varyansın her bir faktörce açıklanan kısmıdır. Açıklanan toplam varyansın %50'nin üzerinde olması önemli bir kriterdir (Altunışık vd., 2010). Eğer yapı tek boyutlu ise faktörün açıkladığı toplam varyansın en az %40 olması beklenmektedir (Alpar, 2010).

Özdeğer açıklanan varyansı hesaplamada ve faktör sayısına karar vermede önemli bir katsayıdır. Özdeğeri 1'den büyük olan faktörler anlamlı kabul edilmektedir (Yaşlıoğlu, 2017).

Faktörlerde yer alacak maddelerin belirlenmesinde faktörlerin aldıkları yükler önemlidir. Faktör yükleri bir faktör ile orijinal değişken arasındaki korelasyondur. Faktör yükleri  $-/+0,3$  az (minimal),  $-/+0,4$  önemli,  $-/+ 0,5$  ise pratik açıdan anlamlı,  $-/+0,7$  ve üzerindeki yükler ise yapıyı en iyi açıklayan yükler olarak değerlendirilmektedir (Alpar, 2010; Altunışık vd., 2010). Çalışmada açıklayıcı faktör analizi SPSS 23 istatistik yazılımı ile yapılmıştır.

*Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA)*: Kuram doğrultusunda geliştirilen hipotezleri test etmede kullanılan bir analiz türüdür. Bir ölçeği Türkçe'ye uygulamada ve yeni ölçek geliştirme çalışmalarında DFA uygulanmalıdır (Erdoğan vd., 2014). Özellikle daha önceden keşfedilmiş daha az faktör altında toplanmış ölçeklerin araştırmada kullanılan örnekleme uyup uymadığını test etmek için kullanılmaktadır (Meydan ve Şeşen, 2011).

DFA'da en yaygın olarak kullanılan Maksimum Olabilirlik Metodunun (Maximum Likelihood-ML) uygulanabilmesi için üç temel varsayım mevcuttur.

- Örneklem hacmi yeterli düzeyde olmalıdır. Küçük modeller için 200 ve üstü örneklem hacmi ideal olarak kabul edilmiştir.
- Gösterge değişkenleri eşit aralıklı düzeyde ölçülmüş sürekli değişkenlerden oluşmalıdır. (Bayram, 2010; Kline, 2011).
- Gösterge değişkenler çok değişkenli normal dağılıma sahip olmalıdır (Bayram, 2010; Bentler, 2006; Byrne, 2016)

Çok değişkenli normal dağılımın değerlendirilmesinin tek değişkenli normal dağılıma bakılarak yapılabileceği ifade edilmektedir. Pratik kural olarak değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin +/-1,5 aralığı içinde yer alması normal dağılımın bir göstergesi olarak ele alınabilir (Bayram, 2010). Ancak Byrne'a (2016) göre çarpıklık ortalamaları, basıklık ise varyans ve kovaryansları önemli bir şekilde etkilediği için YEM temelli analizlerde verilerin basıklığı daha önemlidir. Ayrıca tek değişkenli normal dağılım çok değişkenli normal dağılımın bir göstergesi olmasına rağmen, tek değişkenli normal dağılımın her zaman çok değişkenli normal dağılımı sağlamadığı ifade edilmektedir.

Çok değişkenli normal dağılımın değerlendirilmesi için Mardia Katsayısı olarakta bilinen Çok Değişkenli Basıklık (Multivariate Kurtosis) ve Kritik Oran (Critical Ratio-CR) değerine bakılmaktadır. Bu değer çoklu basıklığın z değeri olarak değerlendirilmektedir. Bayram'a (2010) göre kritik oran değerinin 1,96'dan büyük olduğu durumlarda çok değişkenli normal dağılım varsayımı ihlal edilmiştir. Bentler'e (2006) göre ise -/+3 dışında ise çoklu değişkenli normallik varsayımı reddedilir. Byrne'na (2016) göre çok değişkenli basıklık kritik oran değerinin 5'ten büyük olması verilerin çok değişkenli normal dağılım varsayımını karıştırılmadığı şeklinde değerlendirilmektedir. Kline (2011) ise çoğu istatistik testi gibi Mardia katsayısının da küçük sapmalardan etkilenecek anlamlı çıkabileceğini ifade etmektedir. Bu yönüyle tek değişkenli normal dağılımları inceleme sureti ile çok değişkenli normal dağılımın değerlendirilebileceğini ifade etmiştir. Kline'na (2011)

göre YEM yazılımlarında basıklık indeksinin çok değişkenli normal dağılım için alması gereken değer üzerinde tam bir fikir birliği olmamasına rağmen basıklık değerlerinin 8'den büyük olduğu durumlarda verilerin normal dağılım varsayımını karşılamadığı değerlendirilmektedir.

Çok değişkenli normal dağılım karşılanmadığı zaman Maksimum Olabilirlik Tahmin Metodunun kullanımının problemlili olduğu bilinmektedir (Bentler, 2006). Bu nedenle çok değişkenli normal dağılımın karşılanmadığı durumlarda Asimptotik Olarak Dağılımdan Bağımsız Tahmin Yöntemi (Asymptotic Distribution Free -ADF) ve Ağırlıksız En Küçük Kareler Tahmin Yöntemi (Unweighted Least Squares-ULS) gibi alternatif tahmin metotları önerilmektedir. ADF tahmin metodunun 1000'den daha az örneklemlerde uygulandığı durumlarda tutarsız sonuçlar verdiği bilinmektedir (Byrne, 2016; Kline, 2011). Ayrıca parametrelerin ve standart hataların tahmininde bootstrap tahmin tekniklerinin kullanımı tavsiye edilmektedir (Bayram, 2010).

Bootstrap metodu verilerin çok değişkenli normal dağılım varsayımını sağlamadığı durumlarda daha tutarlı sonuç almak için kullanılan bir metottur. Bu metottaki temel fikir orijinal veri temel alınarak teorik alt örneklemler oluşturulmak sureti ile tahmin değerlerinin doğruluk oranlarının artırılması hedeflenmektedir. Bu sayede orta seviyedeki örneklemler ile tutarlı analizler yapılabilir (Arbuckle, 2010; Byrne, 2016).

Bu bulgulardan yola çıkarak araştırmada Yapısal Eşitlik Modeli ile yapılan analizlerde çok değişkenli basıklık kritik oran değerinin (Multivariate Kurtosis Critical Ratio) 5'ten büyük olduğu durumlarda çok değişkenli normal dağılım varsayımının ihlal edildiği değerlendirilmiştir. Çok değişkenli normal dağılım varsayımının karşılandığı durumlarda Maksimum Olabilirlik Metodu kullanılırken, bu varsayımın karşılanmadığı analizlerde %95 güven aralığında bootstrap ile Ağırlıksız En Küçük Kareler Tahmin Yöntemi (ULS) (Blunch Niels, 2008) kullanılmıştır.

Yapısal eşitlik modelinde test edilen teorinin verilerle uygunluğu uyum indekslerine bakılarak değerlendirilmektedir. Literatürde hangi uyum indekslerinin raporlanması gerektiğine dair çalışmalar mevcuttur (Boomsma, 2000; Hooper vd., 2008). En sık olarak NFI (Normlaştırılmış Uyum İndeksi-Normed Fit Index), IFI (Artırmalı Uyum İndeksi-Incremental Fit Index), CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi- Comparative Fit Index), RMSEA (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü- Root Mean Square Error Of Approximation), GFI (Uyum iyiliği indeksi- Goodness Of Fit Index), ve SRMR (Standardize Edilmiş Kalıntıların Ortalama Karekökü- Standardized Root Mean Residual) indeksleri kullanılmaktadır (Boomsma, 2000; Hooper vd., 2008; Kline, 2011). Kline (2011) bu indekslerle beraber  $\chi^2$  test sonucunun veya uygun  $\chi^2$  istatistiğinin raporlanması gerektiğini de ifade etmiştir. Model iyiliğinin önemli bir göstergesi olan  $\chi^2$  testinin istatistiksel olarak anlamlı olmaması gerekmez.  $\chi^2$  değerinin çok büyük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu durumlarda ise model uyumu  $\chi^2/sd$  indeksinin değerlendirilmesi ile yapılmaktadır (Bayram, 2010). Bu bulgulara uygun olarak çalışmada kullanılacak model uyum indeksleri ve ölçütleri Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6. Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İndeksleri**

Uyum İndeksleri	İyi Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
$\chi^2/sd$	$0 \leq \chi^2/sd \leq 3$	$3 \leq \chi^2/sd \leq 5$
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1,00$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$
IFI	$0,95 \leq IFI \leq 1,00$	$0,90 \leq IFI \leq 0,95$
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1,00$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$
RMSEA	$0,00 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,06 \leq RMSEA \leq 0,08$
GFI	$0,90 \leq GFI \leq 1,00$	$0,85 \leq GFI \leq 0,90$
SRMR	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,10$
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1,00$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$

(Bayram, 2010; Hooper vd., 2008; Meydan ve Şeşen, 2011).

### 3.7.2. Güvenilirlik Yöntemleri

Bu bölümde araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini test etmek için kullanılan güvenilirlik yöntemleri sunulmuştur.



### 3.7.2.1. Cronbach's Alpha Katsayısı

Likert tipi ölçeklerde içsel tutarlılığı ölçen ve yaygın olarak kullanılan bir güvenilirlik yöntemidir (Alpar, 2010). Alfa değeri güvenilirliği hesaplanacak ölçekteki tüm ikkiye ayrıma kombinasyonlarını kullanarak elde edilen katsayıların bir ortalamasını ifade etmektedir. Alfa değeri 0 ile 1 arasında değişmekte ve 0,70 üzerinde olması istenmektedir. Başka araştırmacılar tarafından ise 0,50 üzeri değerler makul kabul edilmiştir (Altunışık vd., 2010). Alpar'a (2010) göre ise 0,60 ve üzeri değerler testin güvenilir olduğunu ifade etmektedir.

### 3.7.2.2. Birleşik Güvenilirlik

Birden fazla, heterojen ancak benzer ifadelerin genel güvenilirliklerini ölçmek amacıyla kullanılır. Bileşik güvenilirliği 0,70'den büyük olması beklenmektedir (Yaşlıoğlu, 2017). Özellikle Cronbach's Alpha değerinin bazı durumlarda güvenilirliği düşük tahmin etmesi nedeni ile eleştirildiği için alternatif bir güvenilirlik aracı olarak kullanılmaktadır (Peterson ve Kim, 2013).

### **3.7.3. Araştırmada Kullanılan Soru Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği**

Bu bölümde hekimlerin tıbbi hata algılarını, malpraktis korkularını ve tıbbi hata tutumlarını ölçmeye yönelik kullanılan ifadelerin yer aldığı soru formunun geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sunulmuştur. Bu kapsamda geçerlilik analiz sürecinde yüzeysel geçerliliği için uzman görüşü alınmış, yapı geçerliliği için AFA ve sonrasında DFA yapılmıştır. Güvenilirlik analizleri için ise Cronbach's Alpha katsayısına ve Bileşik Güvenilirlik katsayısına bakılmıştır.

#### 3.7.3.1. Tıbbi Hata Algısına İlişkin İfadelerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Tıbbi hata algısının ölçümünde kullanılan 20 ifade araştırılan konu açısından ilgi derecesi, ifadelerin anlaşılabilirliği ve hekimlerin cevap verebilirliği yönünden 11 uzman hekimin görüşüne sunulmuştur. Uzman hekimlerin değerlendirilmeleri sonucunda ifadelerin yüzeysel geçerliliği yönünden uygun olduğu belirlenmiştir.

Hekimlerin tıbbi hata algılarını ölçmek için belirlenen ifadelerin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla araştırma kapsamında kullanılan 20 maddeye Temel Bileşen Analizi ve Varimax yöntemleri ile AFA yapılmıştır. Yapılan Açıklayıcı Faktör Analizi örneklem büyüklüğü şartı için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısına, normallik şartı için Barlett Küresellik Test değerine ve anlamlılık düzeyine bakılmıştır (Alpar, 2010; Çokluk vd., 2010).

Yapılan AFA sonucunda KMO Örneklem Yeterliliği 0,78, Bartlet Küresellik Test değeri 1711,14 ( $p < 0,001$ ) bulunmuş ve ölçeğin faktör analizi için yeterli örnekleme sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İfadelerin 5 boyutta toplandığı ve açıklanan toplam varyansın %59,16 olduğu tespit edilmiştir. İfadelerin toplandığı faktörlerin kavramsal olarak değerlendirilmesinde “*THA31 Sigorta şirketleri ve/veya ailenin sağlık hizmetlerini yönlendirmesi*” ve “*THA36-Kanıtı dayalı tıbbın yetersizliği*” ifadelerinin yerleştikleri faktör altındaki diğer ifadelerle kavramsal olarak uyumlu olmadıkları görülmüş ve bu iki ifade ölçekten çıkarılmıştır. Kalan 18 ifadeyle Temel Bileşen Analizi ve Varimax yöntemi ile tekrar AFA yapılmıştır.

Kalan 18 ifade ile yapılan AFA sonuçları Tablo 7’de görülmektedir. Analiz sonucunda KMO örneklem yeterliliği 0,78, Bartlett Küresellik Test değeri 1484,16 ( $p < 0,001$ ) bulunmuş ve bu bulgularla ifadelerin faktör analizi için yeterli ve uygun örnekleme sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan incelemede kalan 18 ifadenin 5 boyutta toplandığı ve açıklanan varyans değerinin %61,39 olduğu görülmüştür.

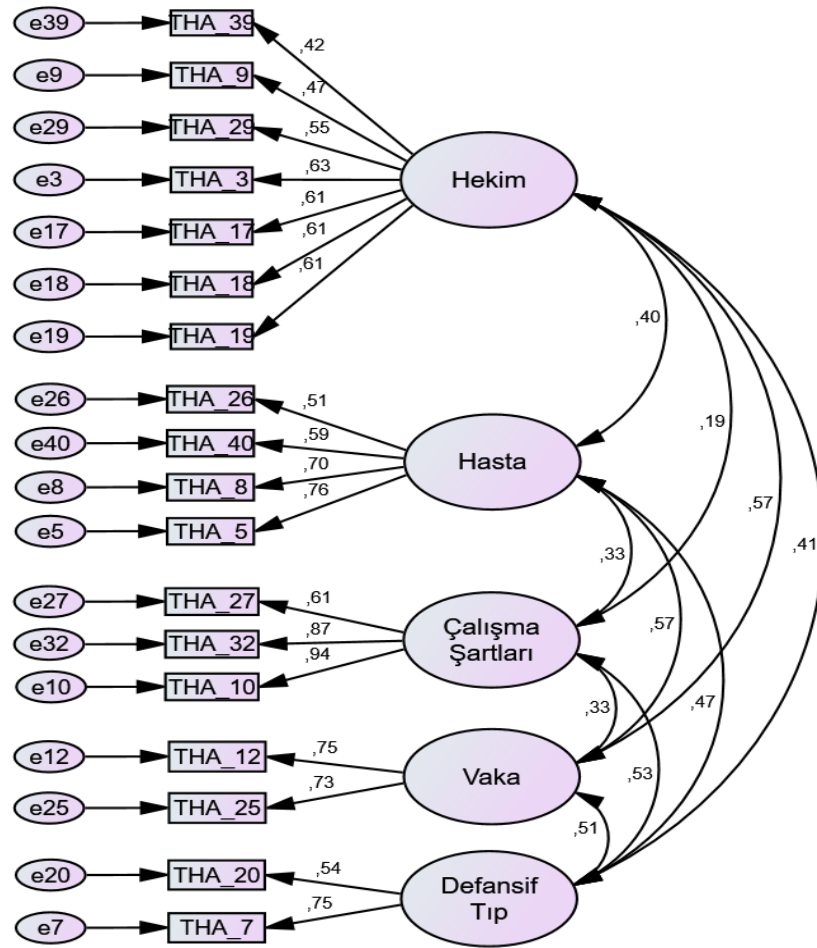
Tablo 7. Tıbbi Hata Algısını Oluşturan İfadelere İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

<b>Örnekleme Yeterliliği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Katsayısı</b>		0,78		
<b>Bartlet Küresellik testi</b>	<b>Yaklaşık Ki-Kare Değeri</b>		1484,16	
	<b>Serbestlik Derecesi</b>		153	
	<b>Anlamlılık</b>		<0,001	
Açıklanan Toplam Varyans				%61,39
<b>Cronbach Alpha</b>	0,829	<b>Bileşik Güvenilirlik</b>		0,925
<b>Hekimlerin Tıbbi Algi Boyutları</b>				
	<b>Faktör Yükleri</b>	<b>Açıklanan Varyans</b>	<b>Cronbach Alpha</b>	<b>Bileşik Güvenilirlik</b>
<b>1. Hekim</b>		%15,23	0,757	0,724
<b>THA19-</b> Hekimin aşırı özgüveni/yeteneklerini aşan tedavi uygulaması	0,731			
<b>THA18-</b> Eski tıbbi uygulamalar	0,706			
<b>THA17-</b> Hekimin el yazısının “kötü” oluşu	0,692			
<b>THA39-</b> Doktorlar arasındaki yetersiz iletişim	0,561			
<b>THA3-</b> İlaç seçim/ilaç doz hataları	0,518			
<b>THA29-</b> Test sonuçlarının yorumlanması	0,494			
<b>THA9-</b> Dikkatsizlik	0,483			
<b>2. Hasta</b>		%14,09	0,732	0,736
<b>THA8-</b> Hastanın dil / eğitim yetersizliği	0,757			
<b>THA5-</b> Hastanın tıbbi öyküsüne ulaşmada yetersizlik	0,727			
<b>THA26-</b> Hastaların dürüst olmayışı	0,670			
<b>THA40-</b> Olağandışı / atipik hasta	0,598			
<b>3. Çalışma Şartları</b>		%13,93	0,848	0,859
<b>THA10-</b> Yorgunluk	0,876			
<b>THA32-</b> Stres	0,868			
<b>THA27-</b> Kısa zamanda çok hasta tedavi etme çabası	0,761			
<b>4. Vaka</b>		%10,36	0,703	0,704
<b>THA25-</b> Karmaşık klinik durumlar/comorbite	0,781			
<b>THA12-</b> Tıbbi uygulamaların istenmeyen sonuçları	0,770			
<b>5. Defansif Tıp</b>		%7,98	0,572	0,594
<b>THA 20-</b> Riskli karar ve uygulamalardan kaçınılması	0,727			
<b>THA7-</b> Hukuki davalar	0,625			

Değişkenlerin toplandıkları faktörlerin kavramsal olarak tutarlı olduğu ve faktör yüklerinin kabul edilebilir seviyede olduğu tespit edilmiştir. Birinci faktör 7 ifadeden oluşmakta olup faktör yükleri 0,483 ile 0,731 arasında yer almaktadır. Birinci faktör Hekim Boyutu olarak isimlendirilmiştir. İkinci faktör 4 ifadeden oluşmakta olup faktör yükleri 0,598 ile 0,757 arasındadır. İkinci boyut Hasta Boyutu olarak isimlendirilmiştir. Üçüncü faktör 3 ifadeden oluşmakta olup faktör yükleri 0,761-0,876 arasındadır. Üçüncü faktör Çalışma Şartları Boyutu olarak isimlendirilmiştir. Dördüncü faktör 2 ifadeden oluşmakta olup faktör yükleri 0,781 ve 0,770'tir. Dördüncü faktör Vaka Boyutu olarak isimlendirilmiştir. Son olarak beşinci faktör 2 ifadeden oluşmakta olup faktör yükleri 0,625 ve 0,727'dir. Beşinci faktör Defansif Tıp Boyutu olarak isimlendirilmiştir.

Çalışmada hekimlerin tıbbi hata algısı ile ilgili ifadelere verdikleri cevapların güvenilirliği içsel tutarlılık ve bileşik güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda Cronbach' Alpha değeri 0,829, Bileşik güvenilirlik değeri ise 0,925 bulunmuştur. Tıbbi hata algısını oluşturan boyutların güvenilirlik katsayıları ise Hekim boyutu için 0,757 ve 0,724, Hasta boyutu için 0,732 ve 0,736, Çalışma Şartları boyutu için 0,848 ve 0,859, Vaka boyutu için 0,703 ve 0,704, Defansif Tıp boyutu için ise 0,572 ve 0,594 olarak bulunmuştur. Tıbbi hata algısını oluşturan bu beş boyut DFA için temel oluşturmuştur.

AFA sonucunda elde edilen modele Maksimum Olabilirlik Metodu (ML) kullanılarak DFA yapılmıştır. Beş boyut ve 18 madde ile gerçekleştirilen birinci düzey çok faktörlü modele ilişkin bulgular Şekil 6'da görülmektedir.



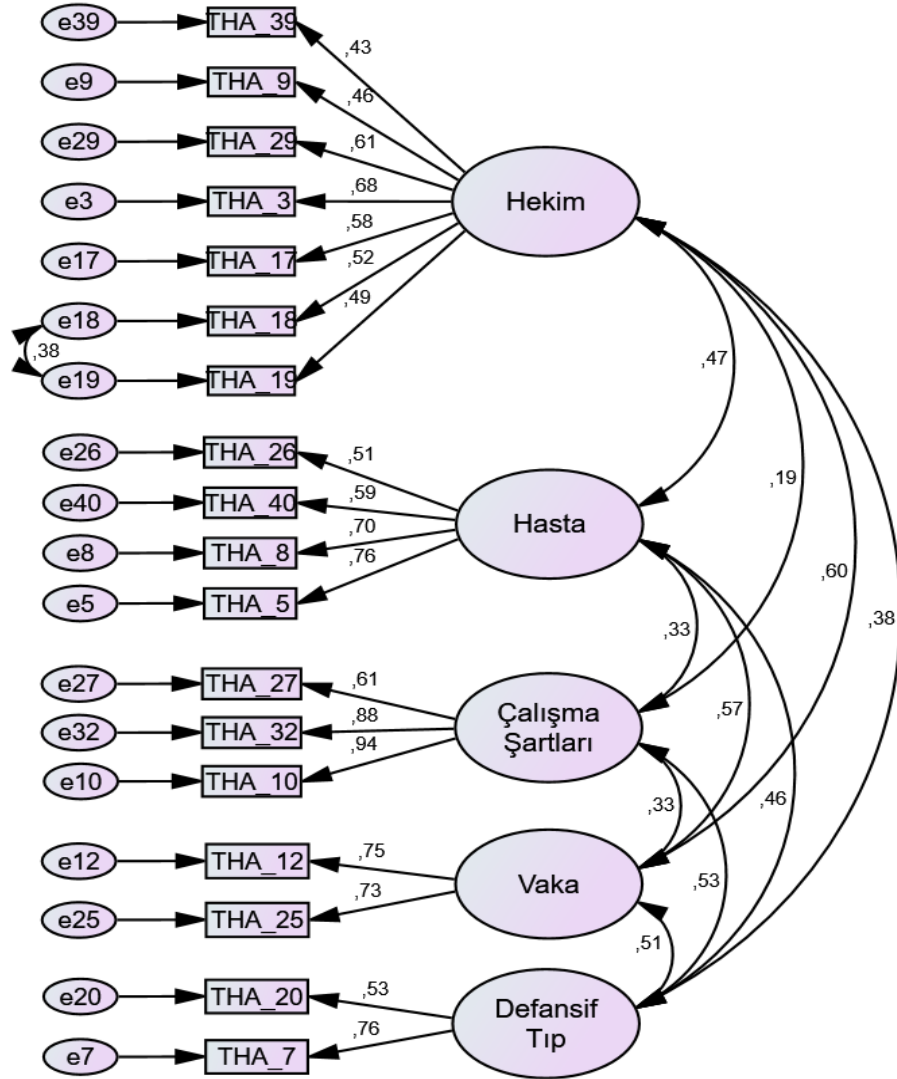
$\chi^2/sd$ : 2,417; NFI: 0,802; IFI: 0,874; CFI: 0,871; RMSEA: 0,076; GFI: 0,885; SRMR: 0,067

Şekil 6. Tıbbi Hata Algısına İlişkin Ölçüm Modeli - I

Yapılan değerlendirme sonucunda model uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırın biraz altında olduğu görülmüştür. Bu nedenle modifikasyon indeksleri incelenmiş ve e18 <--> e19 hata terimleri arasındaki modifikasyon indeksi değişim oranı önerilen modifikasyonlar arasında en yüksek değere sahip olduğu görülmüştür. Test edilen modelde e18 ve 19 hata terimleri arasına kovaryans işareti ilave edilerek model YEM Maksimum Olabilirlik Metodu kullanılarak tekrar test edilmiştir (Şekil 7).

Yapılan modifikasyonlar sonrasında Şekil 7'de Tıbbi Hata Algılarına ilişkin ölçüm modeli, Tablo 8'de ise bu ölçüm modeline ilişkin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları yer almaktadır. Modele ilişkin uyum indeksleri incelendiğinde NFI

değeri dışında tüm değerlerin ( $X^2/sd$ : 2,199; IFI: 0,894; CFI: 0,892; RMSEA: 0,070; GFI: 0,895; SRMR: 0,064) kabul edilebilir değer sınırları içerisinde olduğu görülmektedir. Diğer taraftan NFI ve CFI değerlerinin küçük örneklemelerde model uyumu olsa dahi kabul edilebilir sınırın altında kalma eğiliminde olduğu bilinmektedir (Bayram, 2010; Meydan ve Şeşen, 2011; Schreiber vd., 2006).



$X^2/sd$ : 2,199; NFI: 0,821; IFI: 0,894; CFI: 0,892; RMSEA: 0,070; GFI: 0,895; SRMR: 0,064

Şekil 7. Tıbbi Hata Algısına İlişkin Ölçüm Modeli - II

Gizli ve gözlenen değişkenler arasındaki standardize regresyon katsayıları Tablo 8'de görülmektedir. Buna göre Tıbbi Hata Algısına ilişkin boyutlar ve boyutlar altında yer alan ifadelerin faktör yükleri ve anlamlılık düzeyleri incelendiğinde

hem boyutlar arasındaki ilişkilerde hem de boyutlar altındaki tüm ifadelerin ilgili boyutları açıklamasında anlamlı ( $p < 0,001$ ) olduğu görülmektedir.

**Tablo 8. Tıbbi Hata Algısına İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları**

<b>Boyutlar Arası Kovaryanslar</b>	<b>Regresyon Katsayısı (<math>\beta</math>)</b>	<b>p</b>
Vaka ↔ Defansif Tıp	0,213	<0,001
Çalışma Şartları ↔ Defansif Tıp	0,210	<0,001
Hasta ↔ Defansif Tıp	0,203	<0,001
Hekim ↔ Defansif Tıp	0,166	<0,001
Çalışma Şartları ↔ Vaka	0,135	<0,001
Hasta ↔ Vaka	0,214	<0,001
Hekim ↔ Vaka	0,209	<0,001
Hasta ↔ Çalışma Şartları	0,167	<0,001
Hekim ↔ Çalışma Şartları	0,068	0,022
Hekim ↔ Hasta	0,135	<0,001
<b>Yordanan ← Yordayan Değişkenler</b>	<b>Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı (<math>\beta</math>)</b>	<b>p</b>
THA_18 ← Hekim	0,518	<0,001
THA_17 ← Hekim	0,577	<0,001
THA_3 ← Hekim	0,684	<0,001
THA_29 ← Hekim	0,607	<0,001
THA_9 ← Hekim	0,463	<0,001
THA_39 ← Hekim	0,429	<0,001
THA_19 ← Hekim	0,491	-
THA_32 ← Çalışma Şartları	0,875	<0,001
THA_27 ← Çalışma Şartları	0,612	<0,001
THA_10 ← Çalışma Şartları	0,944	-
THA_8 ← Hasta	0,702	<0,001
THA_40 ← Hasta	0,585	<0,001
THA_26 ← Hasta	0,734	<0,001
THA_5 ← Hasta	0,757	-
THA_12 ← Vaka	0,750	<0,001
THA_25 ← Vaka	0,726	-
THA_20 ← Defansif Tıp	0,529	<0,001
THA_7 ← Defansif Tıp	0,762	-

### 3.7.3.2. Malpraktis Korku Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Çevrilmiş Malpraktis Korku Ölçeği maddeleri, araştırılan konu açısından ilgi derecesi, maddelerin anlaşılabilirliği ve hekimler tarafından cevap verilebilirliği yönünden 11 uzman hekimin görüşüne sunulmuştur. Uzman hekimlerin değerlendirmeleri sonrasında Malpraktis Korku Ölçeğinin yüzeyel geçerliliği yönünden uygun bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.

Malpraktis Korku Ölçeği maddelerine Temel Bileşen Analizi ve Varimax yöntemleri kullanılarak AFA yapılmıştır. AFA örneklem büyüklüğü şartı için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısına, normallik şartı için Bartlett Küresellik Test değerine ve anlamlılık düzeyine bakılmıştır (Alpar, 2010; Çokluk vd., 2010).

Tablo 9'da görüldüğü gibi KMO Örneklem Yeterliliği 0,84, Bartlett Küresellik Test değeri 660,62 ( $p < 0,001$ ) bulunmuş ve ölçeğin faktör analizi için yeterli örnekleme sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Malpraktis Korku Ölçeğinin tüm değişkenleri orijinal ölçekte (Fiscella vd., 2000; Franks vd., 2000; Katz vd., 2005) olduğu gibi tek boyutta toplandığı ve açıklanan toplam varyans değerinin %59,11 olduğu görülmüştür. Değişkenlerin faktör yükleri 0,632 ile 0,843 arasında değişmektedir. Güvenilirlik analizleri sonrasında Cronbach Alpha Değeri 0,860, Bileşik Güvenilirlik Değeri ise 0,858 olarak bulunmuştur. Tek boyutlu olarak elde edilen Malpraktis Korku Ölçeği DFA için temel oluşturmuştur.

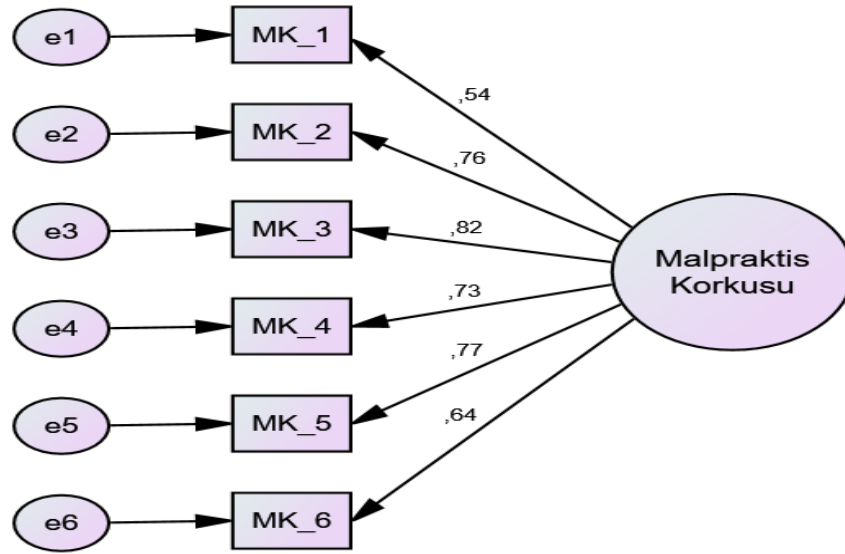


Tablo 9. Malpraktis Korku Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

Örneklem Yeterliliği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Katsayısı		0,84
Bartlet Küresellik testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	660,62
	Serbestlik Derecesi	15
	Anlamlılık	<0,001
Açıklanan Toplam Varyans		%59,11
Cronbach Alpha	0,860	Bileşik Güvenilirlik
		0,858
<b>Malpraktis Korkusu</b>		<b>Faktör Yükleri</b>
MK3. Malpraktis davası tehdidi nedeniyle günlük mesleki uygulamalarımda kendimi baskı altında hissediyorum.		0,843
MK5. Özellikle dava edilme riskini azaltmak için bazen ileri uzman görüşü istediğim olur.		0,817
MK2. Gelecek 10 yıl içinde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olacağım diye endişeleniyorum.		0,800
MK4. Sadece malpraktisten kaçınmak için bazı testler ve konsültasyon istediğim olur.		0,782
MK6. Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır.		0,720
MK1. Sağlık hizmet sunumuna yönelik hukuki gelişmeler nedeni ile mesleki uygulamalarımda önemli değişiklikler yapmak zorunda kaldım.		0,632

Malpraktis Korku Ölçeğinin yapı geçerliğinin belirlenmesi için AFA'da elde edilen modele DFA yapılmıştır. DFA'da Malpraktis Korku Ölçeğinin orijinal teorik yapısında olduğu gibi tek faktörlü model ile verilerin modele uyumu test edilmiştir (Byrne, 1998; Meydan ve Şeşen, 2011; Sümer, 2000). Analizde Maksimum Olabilirlik Metodu kullanılmıştır.

Tek boyut ve 6 madde ile gerçekleştirilen birinci düzey tek faktörlü model ve DFA bulguları Şekil 8'de sunulmuştur.



$\chi^2/sd$ : 7,584; NFI: 0,898; IFI: 0,910; CFI: 0,909; RMSEA: 0,163; GFI: 0,907; SRMR: 0,055

Şekil 8. Malpraktis Korku Ölçeği Ölçüm Modeli – I

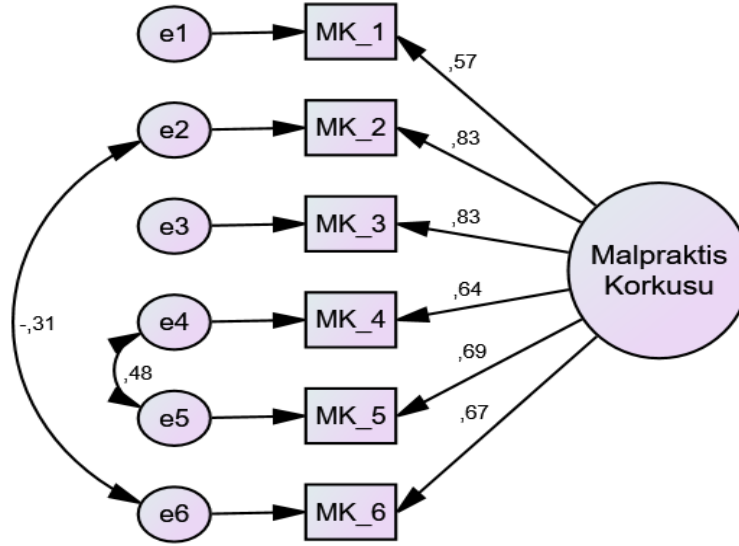
Yapılan değerlendirme sonunda RMSEA değerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olmadığı görülmüştür. Bu nedenle modifikasyon indeksleri incelenmiş ve e4 <--> e5 hata terimleri arasındaki modifikasyon indeksinin değişim oranı önerilen modifikasyon indeksleri arasında en yüksek değere sahip olduğu görülmüştür. Test edilen modele e4 ve e5 hata terimleri arasında kovaryans işareti ilave edilerek model tekrar test edilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Malpraktis Korkusu Ölçeği YEM'ne Uygulanan Birinci Modifikasyon Bulguları

Sıra Nu.	Yapılan Modifikasyon Düzeltmesi	Modifikasyon İndeksi	Değişim Oranı	Model Uyum İyilikleri						
				$\chi^2/sd$	NFI	IFI	CFI	RMSEA	GFI	SRMR
1	e4 <--> e5	35,841	0,241	2,798	0,967	0,978	0,978	0,085	0,971	0,039

Yapılan değerlendirmeler sonucunda RMSEA değerini hala iyi uyum değerlerinin üzerinde olduğu görülmüş ve yeniden önerilen modifikasyonlar arasında en yüksek değere sahip olan e2 <--> e6 hata terimleri arasında kovaryans işareti ilave edilerek model tekrar test edilmiştir.

Şekil 9'te görüldüğü üzere yapılan modifikasyonlar sonrasında model uyum indeks ( $X^2/sd$ : 1,809; NFI: 0,981; IFI: 0,991; CFI: 0,991; RMSEA: 0,057; GFI: 0,984; SRMR: 0,030) değerleri kabul edilebilir uyum iyiliği sınırları içerisinde.



$X^2/sd$ : 1,809; NFI: 0,981; IFI: 0,991; CFI: 0,991; RMSEA: 0,057; GFI: 0,984; SRMR: 0,030

Şekil 9. Malpraktis Ölçeği Ölçüm Modeli - II

Gizli ve gözlemlenen değişkenler arasındaki standardize regresyon katsayıları Tablo 11'de görülmektedir. Tüm regresyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Elde edilen Malpraktis Korku Ölçeği sonraki analizlere temel oluşturacaktır.

Tablo 11. Malpraktis Korkusu Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analiz Bulguları

Yordanan ← Yordayan Değişkenler	Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı ( $\beta$ )	p
MK_2 ← Malpraktis Korkusu	0,828	<0,001
MK_3 ← Malpraktis Korkusu	0,829	<0,001
MK_4 ← Malpraktis Korkusu	0,644	<0,001
MK_5 ← Malpraktis Korkusu	0,690	<0,001
MK_6 ← Malpraktis Korkusu	0,670	<0,001
MK_1 ← Malpraktis Korkusu	0,574	-

### 3.7.3.3. Tıbbi Hata Tutumuna İlişkin İfadelerin Geçerlilik ve Güvenilirliği

Tıbbi hata tutumunu ölçmek amacıyla araştırmacı tarafından toplam 13 ifade belirlenmiştir. Bu ifadeler ve yararlanılan kaynaklar Tablo 12’de sunulmuştur.

**Tablo 12. Tıbbi Hata Tutumunu Ölçmek İçin Kullanılan İfadeler**

<b>Yüzeysel ve İçerik Geçerliliği Sonrası Ölçek Kapsamına Alınan İfadeler</b>	
1. Hekim tıbbi hata yaptığında durumu meslektaşları ile paylaşmalıdır.	(Flotta vd., 2012; Kıymaz, 2015)
2. Hekim tıbbi hata yaptığında durumu hasta ve hasta yakınları ile paylaşmalıdır	(Flotta vd., 2012; Gallagher vd., 2006; Garbutt vd., 2007; Kaldjian vd., 2007; Madigosky vd., 2006)
3. Hekimin yaptığı tüm tıbbi hatalar bildirilmelidir.	(Flotta vd., 2012; Garbutt vd., 2007)
4. Yardımcı sağlık personelinin tıbbi hata önlemeye yönelik uyarıları dikkate alınmalıdır.	(Bognár vd., 2008)
5. Hastanın sağlık durumu iyileştiği sürece yapılan tıbbi hataların bir önemi yoktur.	(Bognár vd., 2008)
6. Tıbbi hatalardan yeterli geri beslemeyi sağlayacak bir sistem mevcuttur.	(Garbutt vd., 2007)
7. Tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek yoktur	(Kıymaz, 2015; Madigosky vd., 2006)
8. Tıbbi hata yaptığımda meslektaşlarım beni yargılamaz.	(Alsafi vd., 2011; Evans vd., 2006)
<b>Yüzeysel ve İçerik Geçerliliği Sonrası Ölçek Kapsamı Dışında Kalan İfadeler</b>	
9. Hekimlerin tıbbi hataya yönelik eğitim ihtiyaçları vardır	(Bates vd., 2003; Bognár vd., 2008)
10. Tıbbi hatalar çalıştığım birimde çok nadir meydana gelmektedir.	(Bognár vd., 2008; Flin vd., 2009)
11. En deneyimli hekim bile tıbbi hata yapabilir. İnsan hatası kaçınılmazdır.	(Kiesewetter vd., 2014)
12. Eğer bir hata görürsem bunu başkası ile paylaşmamayı tercih ederim.	(Madigosky vd., 2006)
13. Tıbbi hata raporlama sistemi hekim olmayı zorlaştırmaktadır	(Mikkelsen vd., 2006)

Ölçeğin yüzeysel geçerliliği için 13 maddeden oluşan soru formu taslağı 11 uzman hekimin; soruların ölçülmesi hedeflenen konu ile ilgisi, soruların anlaşılabilirliği ve soruların hekimler tarafından cevap verilebilirliği açısından değerlendirmesine sunulmuştur. Değerlendirmede 9., 10., 11., ve 13. ifadelerin kavramsal olarak tıbbi hata tutumunu ölçmediği, 12. ifadenin ise 1. ve 2. ifade ile benzer kavramları değerlendirildiği gerekçesi ile araştırma kapsamından

çıkartılmıştır. Yüzeysel geçerliliği uygun görülen 8 ifade çalışma kapsamına alınmıştır (Tablo 12).

Tıbbi hata tutumunu ölçmek amacıyla yüzeysel geçerliliği sonucunda kalan 8 ifadenin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla Temel Bileşen analizi ve Varimax yöntemleri ile AFA yapılmıştır (Tablo 13).

**Tablo 13. Tıbbi Hata Tutum İfadelerine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları - I**

<b>Örnekleme Yeterliliği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Katsayısı</b>		0,63
<b>Bartlett Küresellik testi</b>	<b>Yaklaşık Ki-Kare Değeri</b>	557,38
	<b>Serbestlik Derecesi</b>	28
	<b>Anlamlılık</b>	<0,001
<b>Açıklanan Toplam Varyans</b>		%31,36
<b>Cronbach Alpha</b>	0,486	<b>Bileşik Güvenilirlik</b>
		0,674
<b>Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumu</b>		<b>Faktör Yükleri</b>
<b>THT2.</b> Hekim tıbbi hata yaptığında durumu hasta ve hasta yakınları ile paylaşmalıdır		0,853
<b>THT1.</b> Hekim tıbbi hata yaptığında durumu meslektaşları ile paylaşmalıdır.		0,723
<b>THT3.</b> Hekimin yaptığı tüm tıbbi hatalar bildirilmelidir.		0,687
<b>THT4.</b> Yardımcı sağlık personelinin tıbbi hata önlemeye yönelik uyarıları dikkate alınmalıdır.		0,686
<b>THT8.</b> Tıbbi hata yapıldığında meslektaşlar yargılanmamalıdır.		0,410
<b>THT5.</b> Hastanın sağlık durumu iyileştiği sürece yapılan tıbbi hataların bir önemi yoktur.		0,316
<b>THT7.</b> <i>Tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek yoktur</i>		-0,132
<b>THT6.</b> <i>Tıbbi hatalardan yeterli geri beslemeyi sağlayacak bir sistem mevcuttur.</i>		-0,172

Yapılan inceleme sonucunda iki ifadenin (THT6 ve THT7) faktör yüklerinin (sırasıyla: -0,172; -0,132) düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13). Bu iki ifade çıkartılarak kalan 6 ifade tekrar analize sokulmuştur.

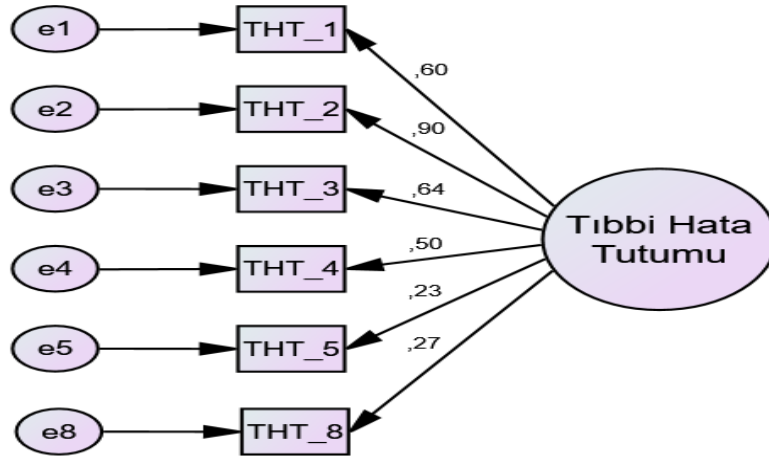
Yapılan analiz sonucunda KMO örneklem yeterliliği 0,70, Bartlett Küresellik Test değeri 306,98 ( $p < 0,001$ ) bulunmuş ve bu sonuçlardan ifadelerin faktör analizi için yeterli ve uygun örnekleme sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan incelemede değişkenlerin %41,38 açıklanan toplam varyans değeri ile tek boyutta toplandığı görülmüştür (Tablo 14).

Tablo 14. Tıbbi Hata Tutum İfadelerine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları - II

Örneklem Yeterliliği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Katsayısı		0,70
Bartlet Küresellik testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	306,98
	Serbestlik Derecesi	15
	Anlamlılık	<0,001
Açıklanan Toplam Varyans		%41,38
Cronbach Alpha	0,684	Bileşik Güvenilirlik
		0,793
<b>Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumu</b>		<b>Faktör Yükleri</b>
THT2. Hekim tıbbi hata yaptığında durumu hasta ve hasta yakınları ile paylaşmalıdır		0,855
THT1. Hekim tıbbi hata yaptığında durumu meslektaşları ile paylaşmalıdır.		0,718
THT3. Hekimin yaptığı tüm tıbbi hatalar bildirilmelidir.		0,715
THT4. Yardımcı sağlık personelinin tıbbi hata önlemeye yönelik uyarıları dikkate alınmalıdır.		0,692
THT5. Hastanın sağlık durumu iyileştiği sürece yapılan tıbbi hataların bir önemi yoktur.		0,351
THT8. Tıbbi hata yapıldığında meslektaşlar yargılanmamalıdır.		0,350

Çalışmada hekimlerin tıbbi hata tutumu ile ilgili ifadelere verdikleri cevapların güvenilirliği; içsel tutarlılık katsayısı ve bileşik güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değer 0,684, Bileşik Güvenilirlik değeri ise 0,793 olarak bulunmuştur.

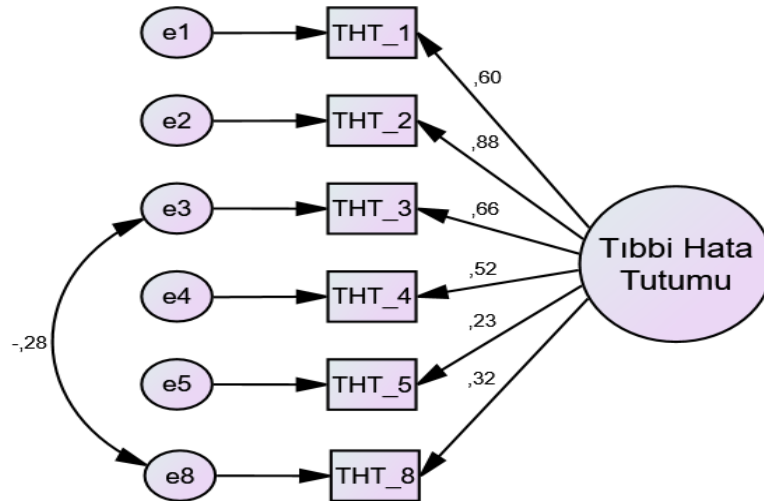
AFA sonucunda elde edilen modele Maksimum Olabilirlik Metodu (ML) ile DFA yapılmıştır. Tek boyut ve 6 ifade ile gerçekleştirilen birinci düzey tek faktörlü modele ilişkin bulgular Şekil 10'da gösterilmektedir.



$X^2/sd$ : 3,950; **NFI**: 0,886; **IFI**: 0,912; **CFI**: 0,910; **RMSEA**: 0,109; **GFI**: 0,956; **SRMR**: 0,060

Şekil 10. Tıbbi Hata Tutuma İlişkin Ölçüm Modeli - I

Yapılan değerlendirmeler sonunda RMSEA değerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olmadığı görülmüştür. Bu nedenle modifikasyon indeksleri incelenmiş ve e3 <--> e8 hata terimleri arasındaki modifikasyon indeksinin değişim oranı önerilen modifikasyonlar arasında en yüksek değere sahip olduğu tespit edilmiştir. Test edilen modelde e3 ve e8 hata terimleri arasına kovaryans işareti ilave edilerek model tekrar test edilmiştir (Şekil 11).



$X^2/sd$ : 2,444; **NFI**: 0,937; **IFI**: 0,962; **CFI**: 0,961; **RMSEA**: 0,076; **GFI**: 0,976; **SRMR**: 0,045

Şekil 11. Tıbbi Hata Tutuma İlişkin Ölçüm Modeli - II

Yapılan modifikasyonlar sonucunda Şekil 11’de tıbbi hata tutumuna ilişkin ölçüm modeli, Tablo 15’te ise bu ölçüm modeline ilişkin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları yer almaktadır. Modele ilişkin uyum indeksleri incelendiğinde tüm değerlerin ( $X^2/sd$ : 2,444; NFI: 0,937; IFI: 0,962; CFI: 0,961; RMSEA: 0,076; GFI: 0,976; SRMR: 0,045) kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu görülmektedir.

Gizli ve gözlenen değişkenler arasındaki standardize regresyon katsayıları Tablo 15’de görülmektedir. Tıbbi hata tutumu boyutuna ilişkin ifadelerin ilgili boyutu açıklamada anlamlı ( $p < 0,001$ ) olduğu görülmektedir.

**Tablo 15. Tıbbi Hata Tutumuna İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analiz Bulguları**

Yordanan ← Yordayan Değişkenler	Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı ( $\beta$ )	p
THT_1 ← Tıbbi Hata Tutumu	0,600	-
THT_2 ← Tıbbi Hata Tutumu	0,877	<0,001
THT_3 ← Tıbbi Hata Tutumu	0,658	<0,001
THT_4 ← Tıbbi Hata Tutumu	0,524	<0,001
THT_5 ← Tıbbi Hata Tutumu	0,235	<0,001
THT_8 ← Tıbbi Hata Tutumu	0,315	<0,001

### 3.8. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Bu çalışma Ankara ilinde faaliyet gösteren Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan hekimler üzerinde yapılmıştır. Bu nedenle araştırma sonuçları Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan hekimlerin görüşlerine dayanmaktadır. Dolayısıyla sonuçların Türkiye’deki tüm hekimlere genellemesi söz konusu olmayabilir. Ancak elde edilen sonuçların hekimlerin tıbbi hata algı, tutum ve malpraktis korkusuna ilişkin yaklaşımlarında önemli ipuçları verebileceği de öngörülmektedir.



## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonuçları iki kısımda sunulmuştur. İlk kısımda araştırma ile ilgili tanımlayıcı bulgulara, ikinci kısımda ise hipotezlerle ilgili analitik bulgulara yer verilmiştir.

### 4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde araştırmada kullanılan bağımsız (hekimlerin sosyo-demografik özellikleri, malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeylerine ilişkin ifadeler) ve bağımlı (tıbbi hata algısı, tıbbi hata tutumu ve malpraktis korkusu) değişkenlere ilişkin tanımlayıcı bulgular sunulmaktadır.

#### 4.1.1. Bağımsız Değişkenlerle İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, medeni durum, görev süresi, bilim dalı ve statü) ilişkin bulgular Tablo 16'da sunulmuştur.

Buna göre çalışmaya katılan hekimlerin %87,50'si (n=217) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 36,76 ( $\pm 6,48$ ) yıl olup, %44,40'ı (n=110) 35 yaş ve altı, %45,60'ı (n=113) 36-45 yaş arası, %10,10'nu (n=25) ise 46 yaş ve üstüdür. Çalışmaya katılanların %81,00'i (n=201) evli, %19,00'u (n=47) bekadır. Katılımcıların %44,80'ni (n=201) 10 yıl ve daha az, %44,00 (n=109) 11 -20 yıl, %11,30'u (n=28) 21 yıl ve daha fazla süre ile hekim olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların %51,60'ı (n=128) dahili tıp bilimleri, %32,30'u (n=80) cerrahi tıp bilimleri, %6,50'si (n=16) diş hekimliği, %9,70'i (n=24) temel tıp bilimleri alanında çalışmaktadır. Çalışmaya katılanların %37,90'nı (n=94) asistan hekim, %62,10'nu (n=154) uzman hekimidir (Tablo 16).

Tablo 16. Hekimlerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımları

Sosyo-Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	217	87,5
	Kadın	31	12,5
Yaş (36,76±6,48)	≤35 Yaş	110	44,4
	36-45 Yaş	113	45,6
	≥46 Yaş	25	10,1
Medeni Durum	Evli	201	81,0
	Bekar	47	19,0
Görev Süresi (12,10±6,50)	≤10 Yıl	111	44,8
	11-20 Yıl	109	44,0
	≥21 Yıl	28	11,3
Bilim Dalı	Dahili Tıp	128	51,6
	Cerrahi Tıp	80	32,3
	Diş Hekimliği	16	6,5
	Temel Tıp	24	9,7
Statü	Uzman Hekim	154	37,9
	Asistan Hekim	94	62,1
Toplam		248	100

Tablo 17’de çalışmaya katılan hekimlerin malpraktis tecrübelerine ve tıbbi hata bilgi düzeylerine ilişkin bulgular görülmektedir. Buna göre çalışmaya katılan hekimlerin %7,80’ninin (n=19) “*bir malpraktis davasına dahil olduğu*”, %38,60’ının (n=95) ise “*yakın çevresinden malpraktis davasına dahil olan bir hekim olduğu*” görülmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin %10,90’nı (n=27) “*malpraktis iddiası ile şikâyet edilirken*”, katılımcıların %48,40’ı (n=120) “*yakın çevresinden bir hekim malpraktis iddiası ile şikâyet*” edilmiştir. Hekimlerin %11,00’i (n=27) “*çevresinde malpraktis nedeni ile ceza alan hekim olduğunu*” ifade etmiştir. “*Son bir yıl içinde sakatlık veya ölümlerle sonuçlanan tıbbi hatayla karşılaşan*” hekimlerin oranı ise %16,00’dır (n=40).

Çalışmaya katılan hekimlerin %49,20’si (n=122) tıbbi hataların önlenmesinde en çok sorumluluğun bireylerde olması gerektiğini ifade ederken, %50,80’ni (n=126)

“Hastane Yönetimi”, “Sağlık Bakanlığı”, “Hükümet” gibi sistemlerin sorumluluğunda olması gerektiğini belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin sadece %26,20’si (n=65) malpraktise yönelik eğitim almıştır. Katılımcılardan sadece %22,60’ı (n=56) ise tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini bilmektedir. Ayrıca hekimlerin malpraktise yönelik bilgi seviye ortalaması 2,72 ( $\pm 1,03$ ) dir. Çalışmaya katılanların %12,90’nı (n=32) malpraktise yönelik bilgi seviyesini “kesinlikle yetersiz” olarak değerlendirirken, sadece %3,60’ı (n=9) “kesinlikle yeterli” şeklinde bir değerlendirme yapmıştır.

**Tablo 17. Hekimlerin Malpraktis Tecrübelerine ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeylerine İlişkin İfadelerin Dağılımı**

Malpraktis Tecrübeleri		n	%
Herhangi bir malpraktis davasına dâhil oldunuz mu?	Evet	19	7,8
	Hayır	226	92,2
Yakın çevrenizde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olan hekim oldu mu?	Evet	95	38,6
	Hayır	151	61,4
Hakkınızda malpraktis iddiasıyla şikâyet oldu mu?	Evet	27	10,9
	Hayır	221	89,1
Çevrenizde malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekim oldu mu?	Evet	120	48,4
	Hayır	128	51,6
Çevrenizde malpraktis sebebi ile ceza alan hekim oldu mu?	Evet	27	11,0
	Hayır	219	89,0
Son bir yıl içinde sakatlık ve ölüm ile sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaştınız mı?	Evet	40	16,0
	Hayır	206	83,7
Tıbbi Hata Bilgi Düzeylerine İlişkin İfadeler		n	%
Tıbbi hataların önlenmesi en çok kimin sorumluluğunda olmalı?	Bireysel Sorumluluk	122	49,2
	Sistemsel Sorumluluk	126	50,8
Tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim aldınız?	Evet	65	26,2
	Hayır	183	73,8
Tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini biliyor musunuz?	Evet	56	22,6
	Hayır	192	77,4
Tıbbi hata ve malpraktis konusuna yönelik bilgi seviyeniz nedir? (2,72 $\pm$ 1,03)	(1) Kesinlikle yetersiz	32	12,9
	(2)	70	28,2
	(3)	91	36,7
	(4)	46	18,5
	(5) Kesinlikle yeterli	9	3,6

#### 4.1.2. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmaya katılan hekimlerin tıbbi hata algılarına ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 18’de görülmektedir. Buna göre çalışma kapsamında tıbbi hata algısının en yüksek olduğu boyutun çalışma şartları boyutu 4,14 ( $\pm 0,70$ ), en düşük olduğu boyutun ise hekim boyutu 3,38 ( $\pm 0,66$ ) olduğu tespit edilmiştir. Tıbbi hata algı boyut ortalamaları sırasıyla; vaka 3,81 ( $\pm 0,75$ ), hasta 3,73 ( $\pm 0,70$ ) ve defansif tıp 3,66 ( $\pm 0,86$ ) olarak tespit edilmiştir. Tüm ifadeler göz önüne alındığında “Kısa zamanda çok hasta tedavi etme çabası” en yüksek ortalamaya 4,48 ( $\pm 0,74$ ), “Hekimin el yazısının kötü oluşu” en düşük ortalamaya 2,59 ( $\pm 1,10$ ) sahiptir.

**Tablo 18. Hekimlerin Tıbbi Hata Algı İfadelerine İlişkin Değerlendirmeleri**

Tıbbi Hata Algı İfadeleri ve Boyutları	Ort.	Ss.
<b>Hekim</b>	<b>3,38</b>	<b>0,66</b>
THA19. Hekimin aşır özgüveni/yeteneklerini aşan tedavi uygulaması	3,42	1,10
THA18. Eski tıbbi uygulamalar	3,23	0,98
THA17. Hekimin el yazısının “kötü” oluşu	2,59	1,10
THA39. Doktorlar arasındaki yetersiz iletişim	3,66	1,10
THA3. İlaç seçim/ilaç doz hataları	3,43	0,98
THA29. Test sonuçlarının yorumlanması	3,38	1,01
THA9. Dikkatsizlik	3,96	0,97
<b>Hasta</b>	<b>3,73</b>	<b>0,70</b>
THA8. Hastanın dil / eğitim yetersizliği	3,64	0,98
THA5. Hastanın tıbbi öyküsüne ulaşmada yetersizlik	3,78	0,91
THA26. Hastaların dürüst olmayışı	3,74	0,99
THA40. Olağandışı / atipik hasta	3,80	0,87
<b>Çalışma Şartları</b>	<b>4,14</b>	<b>0,70</b>
THA10. Yorgunluk	4,41	0,70
THA32. Stres	4,38	0,82
THA27. Kısa zamanda çok hasta tedavi etme çabası	4,48	0,74
<b>Vaka</b>	<b>3,81</b>	<b>0,75</b>
THA25. Karmaşık klinik durumlar/comorbite	3,93	0,81
THA12. Tıbbi uygulamaların istenmeyen sonuçları	3,71	0,90
<b>Defansif Tıp</b>	<b>3,66</b>	<b>0,86</b>
THA 20. Riskli karar ve uygulamalardan kaçınılması	3,93	0,81
THA7. Hukuki davalar	3,71	0,90
<i>Hekimlerin Tıbbi Hata Algısı:</i>	<b>3,71</b>	<b>0,48</b>

Çalışmaya katılan hekimlerin malpraktis korkusuna ilişkin değerlendirmelerine yönelik tanımlayıcı bulgular Tablo 19’da verilmiştir. Buna göre malpraktis korku

ortalaması 21,15 ( $\pm 5,11$ ) yüksek seviyede bulunmuştur. “Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır” ifadesi 3,79 ( $\pm 1,11$ ) en yüksek ortalamaya sahip ifade iken, “Sağlık hizmet sunumuna yönelik hukuki gelişmeler nedeni ile mesleki uygulamalarımda önemli değişiklikler yapmak zorunda kaldım” ifadesi 3,08 ( $\pm 1,10$ ) en düşük ortalamaya sahiptir.

**Tablo 19. Hekimlerin Malpraktis Korku İfadelerine İlişkin Değerlendirmeleri**

Malpraktis Korku Ölçeği İfadeleri	Ort.	Ss.	
<b>MK1.</b> Sağlık hizmet sunumuna yönelik hukuki gelişmeler nedeni ile mesleki uygulamalarımda önemli değişiklikler yapmak zorunda kaldım.	3,08	1,10	
<b>MK2.</b> Gelecek 10 yıl içinde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olacağım diye endişeleniyorum.	3,50	1,10	
<b>MK3.</b> Malpraktis davası tehdidi nedeniyle günlük mesleki uygulamalarımda kendimi baskı altında hissediyorum.	3,36	1,13	
<b>MK4.</b> Sadece malpraktisten kaçınmak için bazı testler ve konsültasyon istediğim olur.	3,69	1,12	
<b>MK5.</b> Özellikle dava edilme riskini azaltmak için bazen ileri uzman görüşü istediğim olur.	3,72	1,12	
<b>MK6.</b> Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır.	3,79	1,11	
<b>Malpraktis Korku Seviyesi</b>	(1-5 skalada değerlendirme):	<b>3,52</b>	<b>0,85</b>
	(6-30 skalada değerlendirme):	<b>21,15</b>	<b>5,11</b>

Çalışmaya katılan hekimlerin malpraktis korku seviyelerine göre sayı ve yüzde dağılımları Tablo 20’de görülmektedir. Buna göre katılımcıların %59,3’ü (n=147) yüksek seviyede malpraktis korkusuna, %28,2’si (n=70) orta seviye malpraktis korkusuna, %12,5’i ise (n=31) düşük seviye malpraktis korkusuna sahiptir.

**Tablo 20. Hekimlerin Malpraktis Korku Seviyelerine Göre Dağılımları**

Malpraktis Korku Seviyeleri	n	%
Düşük Malpraktis Korkusu ( $\leq 15$ )	31	12,5
Orta Malpraktis Korkusu (16-20)	70	28,2
Yüksek Malpraktis Korkusu ( $\geq 21$ )	147	59,3

Çalışmaya katılan hekimlerin tıbbi hata tutumlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 21’de görülmektedir. Buna göre tıbbi hata tutum ortalaması 3,47 ( $\pm 0,67$ ) olarak bulunmuştur. “Yardımcı sağlık personelinin tıbbi hata önlemeye yönelik

*uyarıları dikkate alınmalıdır*” ifadesi 4,15 ( $\pm 0,97$ ) en yüksek ortalamaya sahipken, *“Tıbbi hata yapıldığında meslektaşlar yargılanmamalıdır”* ifadesi 2,59 ( $\pm 1,06$ ) en düşük ortalamaya sahiptir.

**Tablo 21. Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumlarına İlişkin Değerlendirmeleri**

Tıbbi Hata Tutum Ölçeği İfadeleri	Ort.	Ss.
<b>THT1.</b> Hekim tıbbi hata yaptığında durumu meslektaşları ile paylaşmalıdır.	3,91	1,02
<b>THT2.</b> Hekim tıbbi hata yaptığında durumu hasta ve hasta yakınları ile paylaşmalıdır	3,40	1,14
<b>THT3.</b> Hekimin yaptığı tüm tıbbi hatalar bildirilmelidir.	3,27	1,20
<b>THT4.</b> Yardımcı sağlık personelinin tıbbi hata önlemeye yönelik uyarıları dikkate alınmalıdır.	4,15	0,97
<b>THT5.</b> Hastanın sağlık durumu iyileştiği sürece yapılan tıbbi hataların bir önemi yoktur.	3,56	1,08
<b>THT8.</b> Tıbbi hata yapıldığında meslektaşlar yargılanmamalıdır.	2,59	1,06
<b>Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumu:</b>	<b>3,47</b>	<b>0,67</b>

## 4.2. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında kurulan hipotezlerin tek değişkenli ve çok değişkenli istatistiksel analizlerine yönelik bulgular sunulmaktadır.

### 4.2.1. Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Bu bölümde hekimlerin tıbbi hata algılarının sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için yapılan tek değişkenli ve çok değişkenli istatistiksel analiz bulguları yer almaktadır.

#### 4.2.1.1. Tek Değişkenli Analiz Bulguları

Hekimlerin tıbbi hata algılarında sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık olup olmadığını değerlendirmek amacı ile parametrik veya non-parametrik testler uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hata algılarının cinsiyetlerine göre farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 22). Mann Whitney U testi sonucunda hekimlerin cinsiyetlerine göre hasta (U:2123,50; p=0,001), çalışma şartları (U:2304,00; p=0,003) ve vaka özelliklerine (U:2644,00; p=0,049) ilişkin tıbbi hata algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre kadın hekimler hasta 4,16 ( $\pm 0,74$ ), çalışma şartları 4,68 ( $\pm 0,65$ ) ve vaka 4,04 ( $\pm 0,94$ ) özelliklerinin tıbbi hata oluşumuna etkisini, erkek hekimlere göre daha fazla seviyede algılamaktadırlar.

**Tablo 22. Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı**

Boyutlar	Cinsiyet	n	Ort.	Ss.	U	z	p
Tıbbi Hata Algısı	Erkek	217	3,68	0,46	2682,00	-1,826	0,068
	Kadın	31	3,92	0,57			
Hekim	Erkek	217	3,37	0,62	3274,50	-0,239	0,811
	Kadın	31	3,43	0,91			
Hasta	Erkek	217	3,67	0,67	2123,50	-3,341	<b>0,001</b>
	Kadın	31	4,16	0,74			
Çalışma Şartları	Erkek	217	4,38	0,69	2304,00	-2,986	<b>0,003</b>
	Kadın	31	4,68	0,65			
Vaka	Erkek	217	3,78	0,72	2644,00	-1,963	<b>0,049</b>
	Kadın	31	4,04	0,94			
Defansif Tıp	Erkek	217	3,88	0,85	2782,00	-1,581	0,114
	Kadın	31	3,63	0,91			

Araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hata algılarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 23). Kruskal Wallis H testi sonucunda hekimlerin yaş gruplarına göre vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarında istatistiksel olarak

anlamli farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2$ : 8,378,  $p=0,015$ ). Anlamli farklılığın 35 yaş ve altı grup 3,68 ( $\pm 0,80$ ) ile 36 – 45 yaş grubu 3,88 ( $\pm 0,67$ ) ( $p=0,045$ ) arasında ve 35 yaş ve altı grup 3,68 ( $\pm 0,80$ ) ile 46 yaş ve üstü grup 4,10 ( $\pm 0,54$ ) arasında olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,011$ ). Buna göre daha yaşlı hekimlerin vaka özelliklerine yönelik tıbbi hata algılarının daha genç hekimlere göre daha yüksek seviyede olduğu görülmektedir.

**Tablo 23. Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

Boyutlar	Yaş	n	Ort.	Ss.	$\chi^2$	$p^1$	Post Hoc
Tıbbi Hata Algısı	$\leq 35$ Yaş <sup>1</sup>	110	3,69	0,53	5,166	0,076	-
	36-45 Yaş <sup>2</sup>	113	3,69	0,45			
	$\geq 46$ Yaş <sup>3</sup>	25	3,87	0,34			
Hekim	$\leq 35$ Yaş <sup>1</sup>	110	3,37	0,68	4,429	0,109	-
	36-45 Yaş <sup>2</sup>	113	3,34	0,62			
	$\geq 46$ Yaş <sup>3</sup>	25	3,58	0,74			
Hasta	$\leq 35$ Yaş <sup>1</sup>	110	3,74	0,74	2,077	0,354	-
	36-45 Yaş <sup>2</sup>	113	3,69	0,68			
	$\geq 46$ Yaş <sup>3</sup>	25	3,91	0,55			
Çalışma Şartları	$\leq 35$ Yaş <sup>1</sup>	110	4,46	0,74	3,999	0,135	-
	36-45 Yaş <sup>2</sup>	113	4,38	0,67			
	$\geq 46$ Yaş <sup>3</sup>	25	4,34	0,57			
Vaka	$\leq 35$ Yaş <sup>1</sup>	110	3,68	0,74	8,378	<b>0,015</b>	1-2 $p=0,045$ 1-3 $p=0,011$
	36-45 Yaş <sup>2</sup>	113	3,88	0,67			
	$\geq 46$ Yaş <sup>3</sup>	25	4,10	0,57			
Defansif Tıp	$\leq 35$ Yaş <sup>1</sup>	110	3,59	0,94	2,120	0,347	-
	36-45 Yaş <sup>2</sup>	113	3,68	0,81			
	$\geq 46$ Yaş <sup>3</sup>	25	3,88	0,71			

Araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hata algılarının medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamli farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 24). Mann Whitney U testi analizi sonucunda hekimlerin medeni durumlarına göre tıbbi hata algılarında istatistiksel olarak anlamli fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 24. Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı**

Boyutlar	Medeni Durum	n	Ort.	Ss.	U	z	p
Tıbbi Hata Algısı	Evli	201	3,70	0,46	4674,50	-0,111	0,912
	Bekar	47	3,75	0,57			
Hekim	Evli	201	3,37	0,64	4676,50	-0,106	0,915
	Bekar	47	3,41	0,73			
Hasta	Evli	201	3,70	0,68	4209,00	-1,170	0,242
	Bekar	47	3,88	0,74			
Çalışma Şartları	Evli	201	4,42	0,65	4507,50	-0,514	0,607
	Bekar	47	4,39	0,86			
Vaka	Evli	201	3,81	0,75	4631,50	-0,212	0,832
	Bekar	47	3,81	0,79			
Defansif Tıp	Evli	201	3,66	0,87	4704,50	-0,044	0,965
	Bekar	47	3,65	0,84			

Araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hata algılarının görev yaptıkları bilim dallarına göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA), Kruskal Wallis H testi ve Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 25). Normal dağılım şartını sağlayan boyutlara Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), normal dağılım şartını sağlamayan boyutlara ise Kruskal Wallis H testi ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Analizler sonucunda hekimlerin görev yaptıkları bilim dallarına göre tıbbi hata algı seviyelerinde istatistiksel anlamlı farklılık görülmüştür ( $\chi^2:12,272$ ,  $p=0,007$ ). Ayrıca hekimlerin görev yaptıkları bilim dallarına göre hekim (F: 3,151;  $p=0,026$ ), vaka ( $\chi^2: 7,667$ ;  $p=0,049$ ) ve defansif tıp ( $\chi^2: 8,587$ ;  $p=0,035$ ) özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarında istatistiksel anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.

Hekimlerin görev yaptıkları bilim dallarına göre tıbbi hata algılarındaki istatistiksel anlamlı farklılık dahili tıp bilimlerinde görev yapan hekimlerle 3,63 ( $\pm 0,47$ ), cerrahi tıp bilimlerinde görev yapan hekimler 3,85 ( $\pm 0,48$ ) arasında ( $p=0,001$ ) ve temel tıp bilimlerinde görev yapan hekimlerle 3,64 ( $\pm 0,53$ ) cerrahi tıp bilimlerinde görev yapan hekimler 3,85 ( $\pm 0,48$ ) arasında olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,048$ ). Cerrahi bilimlerde görev yapan hekimlerin tıbbi hata algıları dahili tıp bilimlerinde ve temel

tıp bilimlerinde görev yapan hekimlere göre anlamlı bir şekilde daha yüksek seviyede tespit edilmiştir.

Hekimlerin görev yaptıkları bilim dallarına göre hekim özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarındaki anlamlı farklılığı dahili tıp bilimlerinde görev yapan hekimlerle 3,30 ( $\pm 0,62$ ) ile cerrahi tıp bilimlerinde görev yapan hekimler 3,56 ( $\pm 0,65$ ) arasında olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,027$ ). Bulgulardan görüldüğü üzere cerrahi tıp bilimlerinde görev yapan hekimlerin hekim özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarının dahili bilimlerde görev yapan hekimlere göre anlamlı şekilde daha yüksek seviyededir.

Hekimlerin görev yaptıkları bilim dallarına göre vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarındaki istatistiksel anlamlı farklılığın dahili tıp bilimlerinde görev yapan hekimler 3,83 ( $\pm 0,73$ ) ile dış hekimleri arasında ( $3,31 \pm 0,83$ ,  $p=0,045$ ) ve cerrahi tıp bilimlerinden görev yapan hekimlerle 3,91 ( $\pm 0,76$ ) dahili bilimlerde görev yapan hekimler 3,83 ( $\pm 0,73$ ) arasında olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,008$ ). Dahili tıp bilimlerinde görev yapan hekimlerin vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algıları dış hekimlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bulgulardan anlaşılacağı üzere cerrahi bilimlerde görev yapan hekimlerin vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algıları diğer hekimlere göre daha yüksektir.

Hekimlerin görev yaptıkları bilim dallarına göre defansif tıp özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarındaki istatistiksel anlamlı farklılık dahili tıp bilimlerinde görev yapan hekimler 3,56 ( $\pm 0,86$ ) ile cerrahi tıp bilimlerde görev yapan hekimler 3,89 ( $\pm 3,88$ ) arasında olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,035$ ). Bulgulara göre cerrahi bilimlerde görev yapan hekimlerin defansif tıp özelliklerine ilişkin tıbbi hata algıları en yüksektir. Ayrıca cerrahi bilimlerde görev yapan hekimlerin defansif tıp özelliklerine ilişkin tıbbi hata algıları, dahili tıp bilimlerinde görev yapan hekimlere göre anlamlı şekilde daha yüksek seviyede bulunmuştur.

**Tablo 25. Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Görev Yaptıkları Bilim Dallarına Göre Dağılımı**

Boyutlar	Bilim Dalı	n	Ort.	Ss.	$\chi^2$	p	Post Hoc*
Tıbbi Hata Algısı	Dahili Tıp <sup>1</sup>	128	3,63	0,47	12,272	<b>0,007</b>	1-2 p=0,001 2-4 p=0,048
	Cerrahi Tıp <sup>2</sup>	80	3,85	0,48			
	Diş Hekim. <sup>3</sup>	16	3,70	0,35			
	Temel Tıp <sup>4</sup>	24	3,64	0,53			
Hasta	Dahili Tıp <sup>1</sup>	128	3,63	0,73	5,422	0,143	
	Cerrahi Tıp <sup>2</sup>	80	3,85	0,64			
	Diş Hekim. <sup>3</sup>	16	3,95	0,67			
	Temel Tıp <sup>4</sup>	24	3,75	0,62			
Çalışma Şartları	Dahili Tıp <sup>1</sup>	128	4,30	0,71	4,980	0,173	
	Cerrahi Tıp <sup>2</sup>	80	4,46	0,66			
	Diş Hekim. <sup>3</sup>	16	4,62	0,59			
	Temel Tıp <sup>4</sup>	24	4,50	0,79			
Vaka	Dahili Tıp <sup>1</sup>	128	3,83	0,73	7,667	<b>0,049</b>	1-3 p=0,017 2-3 p=0,008
	Cerrahi Tıp <sup>2</sup>	80	3,91	0,76			
	Diş Hekim. <sup>3</sup>	16	3,31	0,83			
	Temel Tıp <sup>4</sup>	24	3,75	0,75			
Defansif Tıp	Dahili Tıp <sup>1</sup>	128	3,56	0,86	8,587	<b>0,035</b>	1-2 p=0,008
	Cerrahi Tıp <sup>2</sup>	80	3,89	0,88			
	Diş Hekim. <sup>3</sup>	16	3,56	0,62			
	Temel Tıp <sup>4</sup>	24	3,50	0,86			
Boyutlar	Bilim Dalı	n	Ort.	Ss.	F	p <sup>3</sup>	Post Hoc*
Hekim	Dahili Tıp <sup>1</sup>	128	3,30	0,62	3,151	<b>0,026</b>	1-2 p=0,027
	Cerrahi Tıp <sup>2</sup>	80	3,56	0,65			
	Diş Hekim. <sup>3</sup>	16	3,31	0,70			
	Temel Tıp <sup>4</sup>	24	3,23	0,74			

Not: \*Mann Whitney U, \* Tukey

Araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hata algılarının statülerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 26). Mann Whitney U testi analizi sonucunda hekimlerin statülerine göre çalışma şartları (U:5985,50; p=0,016), vaka (U: 5710,00 p=0,004) ve defansif tıp (U:6164,00 p=0,046) özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bulgulara göre uzman olan hekimlerin vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algıları 3,92 ( $\pm 0,71$ ), asistan hekimlere göre 3,64 ( $\pm 0,79$ ) daha yüksektir. Benzer şekilde uzman olan hekimlerin defansif tıp özelliklerine ilişkin tıbbi hata algıları 3,75 ( $\pm 0,82$ ), asistan hekimlere göre 3,51 ( $\pm 0,90$ ) daha yüksektir. Bu sonuçlar hekimlerin yaş gruplarına ve görev sürelerine göre tıbbi hata algılarındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılıklarla tutarlılık göstermektedir. Tecrübeli hekimlerin vaka ve defansif tıp özelliklerine yönelik tıbbi hata algılarının daha az tecrübeli hekimlere

göre yüksek olma eğilimi görülmektedir. Ancak asistan hekimlerin çalışma şartlarına yönelik tıbbi hata algıları 4,50 ( $\pm 0,74$ ) uzman hekimlere 4,37 ( $\pm 0,66$ ) göre daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir (U:5985,50, p=0,016).

**Tablo 26. Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Statülerine Göre Dağılımı**

Boyutlar	Statü	n	Ort.	Ss.	U	z	p
Tıbbi Hata Algısı	Asistan	94	3,71	0,56	6933,50	-0,556	0,578
	Uzman	154	3,71	0,43			
Hekim	Asistan	94	3,39	0,74	7079,00	-0,291	0,771
	Uzman	154	3,37	0,60			
Hasta	Asistan	94	3,82	0,72	6623,50	-1,129	0,259
	Uzman	154	3,68	0,68			
Çalışma Şartları	Asistan	94	4,50	0,74	5985,50	-2,406	<b>0,016</b>
	Uzman	154	4,37	0,66			
Vaka	Asistan	94	3,64	0,79	5710,00	-2,843	<b>0,004</b>
	Uzman	154	3,92	0,71			
Defansif Tıp	Asistan	94	3,51	0,90	6164,00	-1,991	<b>0,046</b>
	Uzman	154	3,75	0,82			

#### 4.2.1.2. Çok Değişkenli Analiz Bulguları

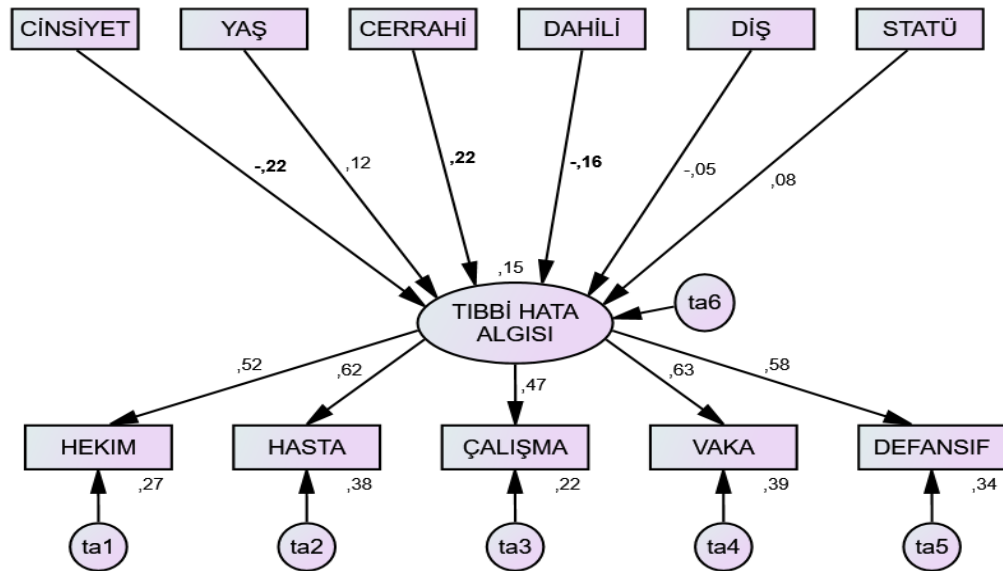
Bu bölümde hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ile hekimlerin tıbbi hata algı seviyeleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi kullanılmıştır.

Tek değişkenli analizler sonucunda gruplar arasında tıbbi hata algısı veya boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilen sosyo-demografik özellikler (cinsiyet, yaş, görev yaptığı bilim dalı, statü) çok değişkenli analize egzogen değişken olarak dahil edilmiş, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın tespit edilmediği medeni durum ise çok değişkenli analiz kapsamına alınmamıştır. Sosyo-demografik özellikleri değerlendiren değişkenlerden kategorik yapıda olanlar (cinsiyet, görev yaptığı bilim dalı, statü) dummy değişken oluşturmak sureti ile analize dahil edilmişlerdir (Arbuckle ve Wothke, 2004; Bayram, 2010).

Yaş ve görev süresi arasında ( $r=0,900$ ;  $p<0,001$ ) yüksek seviyede korelasyon olduğu için analize sadece yaş değişkeni alınmıştır. Hekimlerin tıbbi hata algısı analizlere endojen değişken olarak dahil edilmiştir.

Şekil 12'de hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ile tıbbi hata algıları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan yapısal eşitlik modeli ve uyum ölçütleri görülmektedir. Modeldeki değişkenlerin çok değişkenli normal dağılım varsayımını karşılamadığı için (Multivariate Kurtosis= 16,621; c.r.=7,739) %95 güven aralığında bootstrap ile Ağırlıklandırılmamış En Küçük Kareler (ULS) tahmin yöntemi kullanılmıştır.

Şekil 12'de yapısal eşitlik model uyum ölçütlerinden NFI dışında tüm değerler ( $X^2/sd$ : 1,124; GFI: 0,928; AGFI: 0,882; NFI: 0,770; RMR: 0,039) iyi uyum değer sınırları içerisinde yer aldığı görülmektedir. NFI değeri kabul edilebilir değerin biraz altındadır. NFI değerinin küçük örneklerde model uyumu olsa bile kabul edilebilir değerin altında kalma eğiliminde olduğu bilinmektedir (Bayram, 2010; Meydan ve Şeşen, 2011; Schreiber vd., 2006). Bu bulgulara dayanarak model uyumu kabul edilmiştir.



$X^2/sd$ : 1,124; GFI: 0,928; AGFI: 0,882; NFI: 0,770; RMR: 0,039

**Şekil 12. Hekimlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Tıbbi Hata Algıları Arasındaki İlişkinin Ölçüm Modeli**

Tablo 27’de görüldüğü gibi, cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerin tıbbi hata algı düzeyleri temel tıp bilimlerinde çalışan hekimlere göre daha fazladır ( $\beta=0,224$ ,  $p=0,003$ ). Diğer yandan dâhili bilimlerde çalışan hekimlerin tıbbi hata algı düzeyleri temel bilimlerde çalışan hekimlere göre daha azdır ( $\beta=-0,158$ ,  $p=0,012$ ). Ayrıca erkek hekimlerin tıbbi hata algı düzeyleri kadın hekimlere göre daha azdır ( $\beta=-0,217$ ,  $p=0,004$ ).

Hekimlerin cinsiyet, yaş ve statüleri ile tıbbi hata algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 27. Hekimlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Tıbbi Hata Algıları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular**

Yordanan ← Yordayan Değişkenler	Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı ( $\beta$ )	p
Tıbbi Hata Algısı ← Yaş	0,125	0,089
Tıbbi Hata Algısı ← Cerrahi Bilimler	0,224	<b>0,004</b>
Tıbbi Hata Algısı ← Dahili Bilimleri	-0,158	<b>0,012</b>
Tıbbi Hata Algısı ← Diş Hekimliği	-0,046	0,489
Tıbbi Hata Algısı ← Temel Bilimler	Referans	
Tıbbi Hata Algısı ← Uzman	0,076	0,380
Tıbbi Hata Algısı ← Asistan	Referans	
Tıbbi Hata Algısı ← Erkek	-0,217	<b>0,004</b>
Tıbbi Hata Algısı ← Kadın	Referans	
Vaka← Tıbbi Hata Algısı	0,627	<b>0,007</b>
Çalışma Şartları ← Tıbbi Hata Algısı	0,472	<b>0,007</b>
Hasta ← Tıbbi Hata Algısı	0,617	<b>0,003</b>
Hekim ← Tıbbi Hata Algısı	0,518	<b>0,003</b>
Defansif Tıp ← Tıbbi Hata Algısı	0,581	<b>0,004</b>

Hekimlerin tıbbi hata algılarının sosyo-demografik özelliklere göre istatistiksel farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan analizler sonucunda “Hipotez 1: Hekimlerin tıbbi hata algıları (a. hekim, b. hasta, c. çalışma şartları, d. vaka ve e. defansif tıp), sosyo-demografik özelliklere (a. cinsiyet, b. yaş, c. medeni durum, d. görev süresi, e. bilim dalı, f. Statü) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezine ilişkin sonuçlar Tablo 28’de sunulmuştur.

Tablo 28. Hipotez 1'in Sonuçları

	Hekimlerin Tıbbi Hata Algıları						Hipotez Kabul
	a. Hekim	b. Hasta	c. Çalışma Şartları	d. Vaka	e. Defansif Tıp	Tıbbi Hata Algısı	
a. Cinsiyet	-	+	+	+	-	+	H1 <sub>ab</sub> ; H1 <sub>ac</sub> ; H1 <sub>ad</sub>
b. Yaş	-	-	-	+	-	-	H1 <sub>bd</sub>
c. Medeni Durum	-	-	-	-	-	-	H1 <sub>c</sub> RED
d. Görev Süresi							-*
e. Bilim Dalı	+	-	-	+	+	+	H1 <sub>ea</sub> ; H1 <sub>ed</sub> ; H1 <sub>ee</sub>
f. Statü	-	-	-	+	+	-	H1 <sub>fd</sub> ; H1 <sub>fe</sub>

**Not:** + : İstatistiksel anlamlı, - : İstatistiksel anlamlı değil, \*: Yaş ile yüksek seviyede korelasyon olduğu için analize alınmamıştır

#### 4.2.2. Hekimlerin Malpraktis Korkularının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Bu bölümde hekimlerin malpraktis korkularının sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla yapılan tek değişkenli istatistiksel analiz bulguları yer almaktadır.

Hekimlerin malpraktis korkularının sosyo-demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testleri ile değerlendirilmiştir (Tablo 29). Buna göre araştırma kapsamındaki hekimlerin sos-demografik özelliklerine göre malpraktis korkuları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmediği için çok değişkenli analiz uygulanmamıştır.

Tablo 29. Hekimlerin Malpraktis Korkularının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Analizi

Sosyo-demografik Özellikler		n	Ort.	Ss.	U/x <sup>2</sup>	p
Cinsiyet	Erkek	31	20,96	5,08	2881,00 <sup>u</sup>	0,196
	Kadın	217	20,48	5,22		
Yaş	≤35 Yaş	110	21,2	5,26	0,484 <sup>x</sup>	0,785
	36-45 Yaş	113	20,88	4,98		
	≥46 Yaş	25	21,80	5,19		
Medeni Durum	Evli	201	21,34	5,02	4290,50 <sup>u</sup>	0,327
	Bekar	47	20,31	5,45		
Bilim Dalı	Dahili Tıp	128	21,89	5,00	5,855 <sup>x</sup>	0,054
	Cerrahi Tıp	80	20,55	4,87		
	Diş Hekimliği	16	19,63	5,78		
	Temel Tıp	24	20,20	5,68		
Statü	Asistan Hekim	94	21,14	5,03	7143,50 <sup>u</sup>	0,863
	Uzman Hekim	154	21,15	5,17		

Hekimlerin malpraktis korku seviyelerinin sosyo-demografik özelliklere göre istatistiksel farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan analizler sonucunda “Hipotez 2 “*Hekimlerin malpraktis korkuları, sosyo-demografik özelliklere (a. cinsiyet, b. yaş, c. medeni durum, d. görev süresi, e. bilim dalı, f. Statü) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir*” hipotezine ilişkin sonuçlar Tablo 30’da sunulmuştur.

Tablo 30. Hipotez 2’nin Sonuçları

	Malpraktis Korkusu	Hipotez KABUL
a. Cinsiyet	-	Hipotez 2 <sub>a</sub> - RED
b. Yaş	-	Hipotez 2 <sub>b</sub> - RED
c. Medeni Durum	-	Hipotez 2 <sub>c</sub> - RED
d. Görev Süresi	-	-*
e. Bilim Dalı	-	Hipotez 2 <sub>e</sub> - RED
f. Statü	-	Hipotez 2 <sub>f</sub> - RED

**Not:** + : İstatistiksel anlamlı, - : İstatistiksel anlamlı değil, \*: Yaş ile yüksek seviyede korelasyon olduğu için analize alınmamıştır



### 4.2.3. Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Bu bölümde hekimlerin tıbbi hata tutumlarının sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla yapılan tek değişkenli istatistiksel analiz bulguları yer almaktadır.

Araştırma kapsamındaki hekimlerin tıbbi hata tutumlarının sosyo-demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney ve Kruskal Wallis H Testleri ile değerlendirilmiştir (Tablo 31). Buna göre araştırma kapsamındaki hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ile tıbbi hata tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 31. Hekimlerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Tıbbi Hata Tutumlarının Analizi**

Sosyo-demografik Özellikler		n	Ort.	Ss.	U/x <sup>2</sup>	p
Cinsiyet	Erkek	31	3,31	0,74	2907,50 <sup>u</sup>	0,221
	Kadın	217	3,50	066		
Yaş	≤35 Yaş	110	3,47	0,71	2,266 <sup>x</sup>	0,322
	36-45 Yaş	113	3,44	0,60		
	≥46 Yaş	25	3,65	0,75		
Medeni Durum	Evli	201	3,47	0,66	4651,00 <sup>u</sup>	0,869
	Bekar	47	3,47	0,71		
Bilim Dalı	Dahili Tıp	128	3,51	0,68	1,524 <sup>x</sup>	0,677
	Cerrahi Tıp	80	3,45	0,63		
	Diş Hekimliği	16	3,38	0,72		
	Temel Tıp	24	3,45	0,71		
Statü	Asistan Hekim	94	3,43	0,71	6840,00 <sup>u</sup>	0,466
	Uzman Hekim	154	3,50	0,64		

Tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmediği için çok değişkenli analiz uygulanmamıştır.

Hekimlerin tıbbi hata tutumlarının sosyo-demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan analizler sonucunda "Hipotez 3: *Hekimlerin tıbbi hata tutumları, sosyo-demografik özelliklere* (a. cinsiyet, b. yaş, c. medeni durum, d. görev süresi, e.

bilim dalı, f. statü) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezine ilişkin sonuçlar Tablo 32’de sunulmuştur.

**Tablo 32. Hipotez 3’ün Sonuçları**

Sosyo-Demografik Özellikler	Tıbbi Hata Tutumu	Hipotez KABUL/RED
a. Cinsiyet	-	Hipotez 3 <sub>a</sub> RED
b. Yaş	-	Hipotez 3 <sub>b</sub> RED
c. Medeni Durum	-	Hipotez 3 <sub>c</sub> RED
d. Görev Süresi	-	-*
e. Bilim Dalı	-	Hipotez 3 <sub>e</sub> RED
f. Statü	-	Hipotez 3 <sub>f</sub> RED

**Not:** + : İstatistiksel anlamlı, - : İstatistiksel anlamlı değil, \*: Yaş ile yüksek seviyede korelasyon olduğu için analize alınmamıştır

#### **4.2.4. Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Malpraktis Tecrübelerine ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeylerine Göre Değerlendirilmesi**

Bu bölümde hekimlerin tıbbi hata algılarının malpraktis tecrübelerine ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla yapılan tek değişkenli ve çok değişkenli istatistiksel analiz bulguları yer almaktadır.

##### **4.2.4.1. Tek Değişkenli Analizler**

Araştırma kapsamındaki hekimlerin tıbbi hata algılarının malpraktis davasına dahil olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 33). Buna göre hekimlerin malpraktis davasına dahil olma durumları açısından vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U: 1602,50, p=0,011). Malpraktis davasına dahil olan hekimlerin vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algıları 4,18 (±0,53), malpraktis davasına dahil olmayan hekimlerin vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarına göre 3,78 (±0,76) anlamlı şekilde daha yüksektir.

**Tablo 33. Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Malpraktis Davasına Dahil Olma Durumlarına Göre Analizi**

Herhangi bir malpraktis davasına dâhil oldunuz mu?							
Boyutlar	Yanıt	n	Ort.	Ss.	U	z	p
Tıbbi Hata Algısı	Evet	21	3,71	0,39	2361,50	-0,070	0,944
	Hayır	227	3,71	0,49			
Hekim	Evet	21	3,36	0,42	2344,00	-0,126	0,900
	Hayır	227	3,37	0,67			
Hasta	Evet	21	3,59	0,59	2119,00	-0,847	0,397
	Hayır	227	3,74	0,70			
Çalışma Şartları	Evet	21	4,21	0,71	1968,50	-1,389	0,165
	Hayır	227	4,43	0,70			
Vaka	Evet	21	4,18	0,53	1602,50	-2,532	<b>0,011</b>
	Hayır	227	3,78	0,76			
Defansif Tıp	Evet	21	3,60	1,00	2347,00	-0,118	0,906
	Hayır	227	3,66	0,85			

Araştırma kapsamındaki hekimlerin tıbbi hata algılarının yakın çevresinde malpraktis davasına dahil olan meslektaşları olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U ve Bağımsız Gruplar için t-testleri ile değerlendirilmiştir (Tablo 34). Buna göre hekimlerin yakın çevresinde malpraktis davasına dahil olan meslektaşları olma durumuna göre tıbbi hata algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 34. Hekimlerin Tıbbi Hata Algılarının Yakın Çevresinde Malpraktis Davasına Dahil Olan Meslektaşları Olma Durumuna Göre Analizi**

Yakın çevrenizde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olan hekim oldu mu?							
Boyutlar	Yanıt	n	Ort.	Ss.	t <sup>1</sup>	p	
Tıbbi Hata Algısı	Evet	96	3,72	0,45	0,243	0,809	
	Hayır	152	3,70	0,50			
Hekim	Evet	96	3,39	0,61	0,289	0,773	
	Hayır	152	3,37	0,69			
Boyutlar	Yanıt	n	Ort.	Ss.	U <sup>2</sup>	z	p
Hasta	Evet	96	3,70	0,69	6873,00	-0,774	0,439
	Hayır	152	3,76	0,71			
Çalışma Şartları	Evet	96	4,41	0,66	7046,00	-0,478	0,632
	Hayır	152	4,42	0,72			
Vaka	Evet	96	3,87	0,74	6891,50	-0,749	0,454
	Hayır	152	3,78	0,77			
Defansif Tıp	Evet	96	3,71	0,88	6998,50	-0,549	0,583
	Hayır	152	3,63	0,85			

Araştırma kapsamındaki hekimlerin tıbbi hata algılarının malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 35). Buna göre hekimlerin malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme durumlarına göre vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U: 2094,50, p=0,010). Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekimlerin vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algıları 4,14 ( $\pm 0,76$ ), şikâyete maruz kalmayan hekimlerin vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarına göre 3,77 ( $\pm 0,74$ ) anlamlı şekilde daha yüksektir. Bu bulgu malpraktis davasına maruz kalma durumlarına göre hekimlerin vaka boyutuna ilişkin tıbbi hata algılarındaki farklılıkla tutarlılık göstermektedir (Tablo 33).

**Tablo 35. Hekimlerin Malpraktis İddiasıyla Şikâyet Edilme Durumlarına Göre Tıbbi Hata Algılarının Analizi**

Hakkınızda malpraktis iddiasıyla şikâyet oldu mu?							
Boyutlar	Yanıt	n	Ort.	Ss.	U	z	p
Tıbbi Hata Algısı	Evet	27	3,78	0,44	2673,500	-0,882	0,378
	Hayır	221	3,70	0,49			
Hekim	Evet	27	3,32	0,67	2818,500	-0,470	0,638
	Hayır	221	3,38	0,66			
Hasta	Evet	27	3,86	0,59	2722,500	-0,747	0,455
	Hayır	221	3,72	0,71			
Çalışma Şartları	Evet	27	4,43	0,69	2965,000	-0,055	0,956
	Hayır	221	4,41	0,70			
Vaka	Evet	27	4,14	0,76	2094,500	-2,576	<b>0,010</b>
	Hayır	221	3,77	0,74			
Defansif Tıp	Evet	27	3,94	0,98	2316,500	-1,926	0,054
	Hayır	221	3,62	0,84			

Araştırma kapsamındaki hekimlerin tıbbi hata algılarının çevresinden malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen meslektaş olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 36).

Buna göre hekimlerin çevresinden malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen meslektaş olma durumu açısından hasta özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarında istatistiksel

olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U: 6239,00, p=0,010). Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen meslektaşları olan hekimlerin hasta özelliklerine ilişkin tıbbi hata algıları 3,62 ( $\pm 0,68$ ), yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen meslektaşları olmayan hekimlere göre 3,84 ( $\pm 0,70$ ) anlamlı şekilde daha düşüktür.

**Tablo 36. Hekimlerin Yakın Çevresinde Malpraktis İddiasıyla Şikâyet Edilen Meslektaş Olma Durumuna Göre Tıbbi Hata Algılarının Analizi**

Çevrenizde malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekim oldu mu?							
Boyutlar	Yanıt	n	Ort.	Ss.	U	z	p
Tıbbi Hata Algısı	Evet	120	3,67	0,46	6982,50	-1,237	0,216
	Hayır	128	3,75	0,50			
Hekim	Evet	120	3,31	0,66	7115,50	-1,002	0,316
	Hayır	128	3,44	0,65			
Hasta	Evet	120	3,62	0,68	6239,00	-2,569	<b>0,010</b>
	Hayır	128	3,84	0,70			
Çalışma Şartları	Evet	120	4,43	0,65	7582,00	-0,183	0,855
	Hayır	128	4,40	0,74			
Vaka	Evet	120	3,81	0,72	7617,00	-0,114	0,909
	Hayır	128	3,82	0,79			
Defansif Tıp	Evet	120	3,70	0,89	7414,50	-0,478	0,633
	Hayır	128	3,62	0,83			

Hekimlerin tıbbi hata algılarının çevresinden malpraktis sebebi ile ceza alan meslektaşları olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 37). Buna göre hekimlerin tıbbi hata algılarında çevresinde malpraktis sebebi ile ceza alan meslektaşları olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (U: 2374,50, p=0,048). Çevresinde malpraktis sebebi ile ceza alan meslektaşları olan hekimlerin tıbbi hata algıları 3,54 ( $\pm 0,45$ ), çevresinde malpraktis iddiasıyla ceza alan meslektaşları olmayan hekimlere göre 3,73 ( $\pm 0,48$ ) anlamlı şekilde daha düşüktür. Ayrıca hekimlerin çevresinden malpraktis sebebi ile ceza alan meslektaş olma durumu açısından çalışma şartları özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U: 2053,50, p=0,002). Çevresinde malpraktis sebebi ile ceza alan meslektaşları olan hekimlerin çalışma şartları özelliklerine ilişkin tıbbi hata algıları 4,03 ( $\pm 0,70$ ), çevresinde malpraktis

iddiasıyla ceza alan meslektaşları olmayan hekimlere göre 4,46 ( $\pm 0,68$ ) anlamlı şekilde daha düşüktür.

**Tablo 37. Hekimlerin Çevresinde Malpraktis Sebebi ile Ceza Alan Meslektaşı Olma Durumuna Göre Tıbbi Hata Algılarının Analizi**

Çevrenizde malpraktis sebebi ile ceza alan hekim oldu mu?							
Boyutlar	Yanıt	n	Ort.	Ss.	U	z	p
Tıbbi Hata Algısı	Evet	28	3,54	0,45	2374,500	-1,975	<b>0,048</b>
	Hayır	220	3,73	0,48			
Hekim	Evet	28	3,30	0,44	2727,500	-0,988	0,323
	Hayır	220	3,39	0,67			
Hasta	Evet	28	3,64	0,67	2750,500	-0,928	0,354
	Hayır	220	3,75	0,70			
Çalışma Şartları	Evet	28	4,03	0,70	2053,500	-3,023	<b>0,002</b>
	Hayır	220	4,46	0,68			
Vaka	Evet	28	3,64	0,76	2680,000	-1,141	0,254
	Hayır	220	3,83	0,75			
Defansif Tıp	Evet	28	3,48	0,72	2566,500	-1,459	0,145
	Hayır	220	3,68	0,88			

Araştırma kapsamındaki hekimlerin tıbbi hata algılarının son bir yıl içinde sakatlık ve ölüm ile sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaşma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 38). Buna göre hekimlerin son bir yıl içinde sakatlık ve ölüm ile sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaşma durumları açısından tıbbi hata algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 38. Hekimlerin Son Bir Yıl İçinde Sakatlık ve Ölüm ile Sonuçlanan Tıbbi Hatayla Karşılaşma Durumlarına Göre Tıbbi Hata Algılarının Analizi**

Son bir yıl içinde sakatlık ve ölüm ile sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaştınız mı?							
Boyutlar	Yanıt	n	Ort.	Ss.	U	z	p
Tıbbi Hata Algısı	Evet	41	3,74	0,32	3936,500	-0,732	0,464
	Hayır	207	3,70	0,51			
Hekim	Evet	41	3,33	0,48	4059,500	-0,440	0,660
	Hayır	207	3,38	0,69			
Hasta	Evet	41	3,71	0,56	3969,000	-0,658	0,510
	Hayır	207	3,74	0,72			
Çalışma Şartları	Evet	41	4,66	0,43	3476,000	-1,926	0,054
	Hayır	207	4,36	0,73			
Vaka	Evet	41	3,75	0,60	3989,000	-0,618	0,536
	Hayır	207	3,82	0,78			
Defansif Tıp	Evet	41	3,86	0,94	3523,000	-1,744	0,081
	Hayır	207	3,63	0,84			

Araştırma kapsamındaki hekimlerin tıbbi hata algılarının tıbbi hata önleme sorumluluğu yaklaşımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U ve Bağımsız Gruplar için t-testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 39). Buna göre hekimlerin tıbbi hata önleme sorumluluğu yaklaşımları açısından tıbbi hata algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut değildir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 39. Hekimlerin Tıbbi Hata Önleme Sorumluluğuna Yaklaşımları Açısından Verdikleri Tıbbi Hata Algılarının Analizi**

Tıbbi hataların önlenmesi en çok kimin sorumluluğunda olmalı?							
Boyutlar	Yanıt	n	Ort.	Ss.	t	p	
Hekim	Bireysel	122	3,44	,619	1,326	0,186	
	Sistemsel	126	3,33	,700			
Boyutlar	Yanıt	n	Ort.	Ss.	U	z	p
Tıbbi Hata Algısı	Bireysel	122	3,72	,488	7239,00	-0,792	0,428
	Sistemsel	126	3,70	,485			
Hasta	Bireysel	122	3,74	,693	7645,50	-0,072	0,942
	Sistemsel	126	3,74	,712			
Çalışma Şartları	Bireysel	122	4,37	,779	7382,00	-0,567	0,571
	Sistemsel	126	4,47	,613			
Vaka	Bireysel	122	3,83	,757	7495,00	-0,345	0,730
	Sistemsel	126	3,81	,764			
Defansif Tıp	Bireysel	122	3,64	,842	7562,00	-0,223	0,823
	Sistemsel	126	3,68	,889			

Araştırma kapsamındaki hekimlerin tıbbi hata algılarının tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U ve Bağımsız Gruplar için t-testleri ile değerlendirilmiştir (Tablo 40). Buna göre hekimlerin tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim alma durumuna göre tıbbi hata algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 40. Hekimlerin Tıbbi Hata veya Malpraktis Konusuna Yönelik Eğitim Alma Durumuna Göre Tıbbi Hata Algılarının Analizi**

Tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim aldınız mı?							
Boyutlar	Yanıt	n	Ort.	Ss.	t	p	
Tıbbi Hata Algısı	Evet	65	3,40	0,758	0,506	0,614	
	Hayır	183	3,38	0,627			
Boyutlar	Yanıt	n	Ort.	Ss.	U	Z	p
Hekim	Evet	65	3,39	0,75	5731,00	-0,437	0,662
	Hayır	183	3,37	0,65			
Hasta	Evet	65	3,74	0,75	5868,00	-0,161	0,872
	Hayır	183	3,73	0,68			
Çalışma Şartları	Evet	65	4,47	0,66	5666,00	-0,597	0,551
	Hayır	183	4,40	0,71			
Vaka	Evet	65	3,85	0,80	5602,50	-0,708	0,479
	Hayır	183	3,80	0,74			
Defansif Tıp	Evet	65	3,73	0,86	5512,50	-0,890	0,374
	Hayır	183	3,63	0,86			

Araştırma kapsamındaki hekimlerin tıbbi hata algılarının tıbbi hataları rapor edebilme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U ve Bağımsız Gruplar için t-testleri ile değerlendirilmiştir (Tablo 41). Buna göre hekimlerin tıbbi hataları rapor edebilme durumlarına göre hekim özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U: 4246,50, p=0,017). Tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini bilen hekimlerin hekim özelliklerine ilişkin tıbbi hata algıları 3,55 ( $\pm 0,67$ ), tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini bilmeyen hekimlere göre 3,33 ( $\pm 0,65$ ) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.



**Tablo 41. Hekimlerin Tıbbi Hataları Rapor Edebilme Durumlarına Göre Tıbbi Hata Algılarının Analizi**

Tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini biliyor musunuz?							
Boyutlar	Yanıt	n	Ort.	Ss.	t	p	
Tıbbi Hata Algısı	Evet	56	3,55	0,679	-0,150	0,881	
	Hayır	192	3,33	0,651			
Boyutlar	Yanıt	n	Ort.	Ss.	U	Z	p
Hekim	Evet	56	3,55	0,67	4246,50	-2,397	<b>0,017</b>
	Hayır	192	3,33	0,65			
Hasta	Evet	56	3,57	0,62	4531,50	-1,800	0,072
	Hayır	192	3,78	0,71			
Çalışma Şartları	Evet	56	4,28	0,81	4752,00	-1,391	0,164
	Hayır	192	4,45	0,66			
Vaka	Evet	56	3,78	0,65	5100,00	-0,596	0,551
	Hayır	192	3,82	0,78			
Defansif Tıp	Evet	56	3,55	0,89	4986,50	-0,838	0,402
	Hayır	192	3,69	0,85			

Tablo 42’de hekimlerin malpraktis bilgi seviyeleri ile tıbbi hata algıları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan Spearman korelasyon analiz sonuçları görülmektedir. Sonuçlara göre hekimlerin tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyeleri ile defansif tıba yönelik tıbbi hata algıları arasında ( $r=-0,149$ ,  $p=0,019$ ) negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki tespit edilmiştir. Tespit edilen korelasyon katsayısının istatistiksel olarak anlamlı olmasına rağmen, ilişki düşük seviyededir.

**Tablo 42. Malpraktis Konusuna Yönelik Bilgi Seviyeleri ile Tıbbi Hata Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi**

	Hekimlerin Tıbbi Hata Algı Boyutları				
	Hekim	Hasta	Çalışma Şartları	Vaka	Defansif Tıp
Hekimlerin Bilgi Seviyesi	* $r=0,042$	* $r=-0,122$	* $r=-0,083$	* $r=-0,009$	* $r=-0,149$
	$p=0,506$	$p=0,055$	$p=0,248$	$p=0,248$	<b><math>p=0,019</math></b>

Not: \*Spearman korelasyon katsayısı

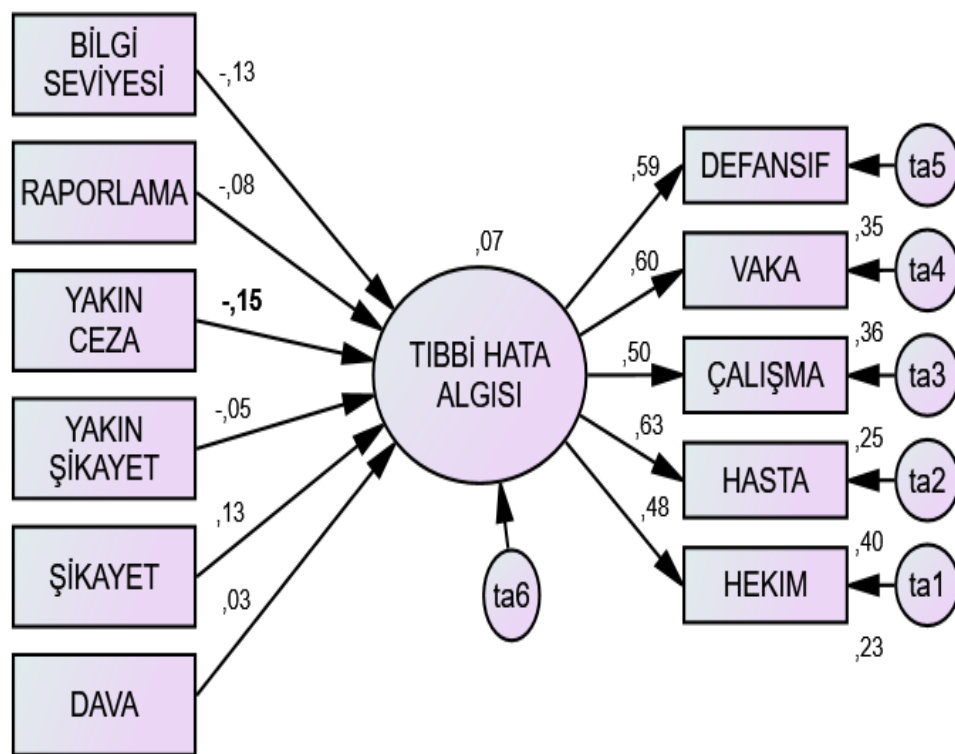
#### 4.2.4.2. Çok Değişkenli Analizler

Bu bölümde hekimlerin malpraktis tecrübelerinin ve tıbbi hata bilgi düzeylerinin hekimlerin tıbbi hata algı seviyelerine etkilerini değerlendirmek amacıyla yapısal eşitlik modeli uygulanmıştır.

Tek değişkenli analizler sonucunda gruplar arasında tıbbi hata algısı veya boyutlarında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilen malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeyine ilişkin ifadeler (*a: Malpraktis davasına dahil olma durumu, c: Malpraktis iddiasıyla şikayet edilme durumu, d: Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla şikayet edilen hekim olma durumu, e: Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla ceza alan meslektaşı olma durumu, i: Tıbbi hataları rapor edebilme durumu, j: Tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyesi*) çok değişkenli analize egzogen değişken olarak dahil edilmiş, istatistiksel anlamlı farklılığın bulunmadığı malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeyine ilişkin ifadeler ise (*b: Yakın çevresinde malpraktis davasına dahil olan meslektaşı olma durumu, f: Son bir yıl içinde sakatlık veya ölümle sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaşma durumu, g: Tıbbi hata önleme sorumluluğuna yaklaşımı, h: Tıbbi hata ve malpraktise yönelik eğitim alma durumu*) çok değişkenli analiz kapsamına alınmamıştır. Malpraktis tecrübelerini ve tıbbi hata bilgi düzeyini değerlendiren değişkenlerden kategorik yapıda olanlar dummy değişken oluşturmak sureti ile analize dahil edilmişlerdir (Arbuckle ve Wothke, 2004; Bayram, 2010). Hekimlerin tıbbi hata algıları ise çok değişkenli analizlere endojen değişken olarak dahil edilmiştir.

Şekil 13'te hekimlerin malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeyleri ile tıbbi hata algıları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan yapısal eşitlik modeli ve uyum ölçütleri görülmektedir. Modeldeki değişkenlerin çok değişkenli normal dağılım varsayımını karşılamadığı için (Multivariate Kurtosis= 24,669; c.r.=7,642) %95 güven aralığında bootstrap ile Ağırlıklandırılmamış En Küçük Kareler (ULS) tahmin yöntemi kullanılmıştır.

Şekil 13'te yapısal eşitlik model uyum ölçütlerinden NFI değeri dışında tüm değerlerin ( $X^2/sd$ : 1,007; GFI: 0,950; AGFI: 0,925; NFI: 0,786; RMR: 0,037) iyi uyum değer sınırları içerisinde yer aldığı görülmektedir. NFI değeri kabul edilebilir değer biraz altındadır. NFI değerinin küçük örneklerde model uyumu olsa bile kabul edilebilir değer altında kalma eğiliminde olduğu bilinmektedir (Bayram, 2010; Meydan ve Şeşen, 2011; Schreiber vd., 2006). Bu bulgulara dayanarak model uyumu kabul edilmiştir.



$X^2/sd$ : 1,007; GFI: 0,950; AGFI: 0,925; NFI: 0,786; RMR: 0,037

**Şekil 13. Hekimlerin Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Seviyesi ile Tıbbi Hata Algıları Arasındaki İlişkinin Ölçüm Modeli**

Tablo 43'te görüldüğü gibi, yakınında malpraktis nedeni ile ceza alan meslektaşları bulunan hekimlerin tıbbi hata algı düzeyleri bulunmayan hekimlere göre daha düşük bulunmuştur ( $\beta$ :-0,155,  $p=0,014$ ). Araştırma kapsamında değerlendirilen diğer malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeyleri ile tıbbi hata algıları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 43. Hekimlerin Malpraktis Tecrübeleri ile Tıbbi Hata Algıları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular**

Yordanan ← Yordayan Değişkenler	Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı (β)	p
Tıbbi Hata Algısı ← Tıbbi Hata /Malpraktis Bilgi Seviyesi	-0,132	0,131
Tıbbi Hata Algısı ← Tıbbi Hata Raporlamayı Bilmek	-0,083	0,314
Tıbbi Hata Algısı ← Yakında Ceza Alan Hekim Olması	-0,155	<b>0,014</b>
Tıbbi Hata Algısı ← Yakında Şikâyet Edilen Hekim Olması	-0,047	0,516
Tıbbi Hata Algısı ← Malpraktis İddiasıyla Şikâyet Edilmek	0,131	0,062
Tıbbi Hata Algısı ← Malpraktis İddiasıyla Dava Edilmek	0,031	0,759
Vaka ← Tıbbi Hata Algısı	0,601	<b>0,005</b>
Çalışma Şartları ← Tıbbi Hata Algısı	0,497	<b>0,007</b>
Hasta ← Tıbbi Hata Algısı	0,633	<b>0,003</b>
Hekim ← Tıbbi Hata Algısı	0,484	<b>0,003</b>
Defansif ← Tıbbi Hata Algısı	0,594	<b>0,003</b>

Hekimlerin tıbbi algılarının malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi seviyelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan analizler sonucunda “Hipotez 4: *“Hekimlerin tıbbi hata algıları (a. hekim, b. hasta, c. çalışma şartları, d. vaka ve e. defansif tıp), malpraktis tecrübelerine ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir”* hipotezine ilişkin sonuçlar Tablo 44’te sunulmuştur.

Tablo 44. Hipotez 4'ün Sonuçları

Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeyine İlişkin İfadeler	Hekimlerin Tıbbi Hata Algıları						Hipotez Kabul
	a. Hekim	b. Hasta	c. Çalışma Şartları	d. Vaka	e. Defansif Tıp	Tıbbi Hata Algısı	
a. Dava	-	-	-	+	-	-	H4 <sub>ad</sub>
b. Yakın Dava	-	-	-	-	-	-	H4 <sub>b</sub> RED
c. Şikâyet	-	-	-	+	-	-	H4 <sub>cd</sub>
d. Yakın Şikâyet	-	+	-	-	-	-	H4 <sub>db</sub>
e. Yakın Ceza	-	-	+	-	-	+	H4 <sub>ec</sub>
f. Sakatlık/Ölüm	-	-	-	-	-	-	H4 <sub>f</sub> RED
g. Sorumluluk Yaklaşımı	-	-	-	-	-	-	H4 <sub>g</sub> RED
h. Eğitim Durumu	-	-	-	-	-	-	H4 <sub>h</sub> RED
i. Raporlama	+	-	-	-	-	-	H4 <sub>ia</sub>
j. Bilgi Seviyesi	-	-	-	-	+	-	H4 <sub>je</sub>

**Not:** + : İstatistiksel anlamlı, - : İstatistiksel anlamlı değil, **a:** Malpraktis davasına dahil olma durumu, **b:** Yakın çevresinde malpraktis davasına dahil olan meslektaşları olma durumu, **c:** Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme durumu, **d:** Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekim olma durumu, **e:** Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla ceza alan meslektaşları olma durumu, **f:** Son bir yıl içinde sakatlık veya ölümle sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaşma durumu, **g:**Tıbbi hata önleme sorumluluğuna yaklaşımı (Bireysel, Sistemsel), **h:** Tıbbi hata ve malpraktise yönelik eğitim alma durumu, **i:** Tıbbi hataları rapor edebilme durumu, **j:**Tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyesi

#### 4.2.5. Hekimlerin Malpraktis Korkularının Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

Bu bölümde hekimlerin malpraktis korkularının malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre fark gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla yapılan tek değişkenli ve çok değişkenli istatistiksel analiz bulguları yer almaktadır.

##### 4.2.5.1. Tek Değişkenli Analizler

Araştırma kapsamındaki hekimlerin malpraktis korkularının malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 45). Analiz sonuçlarına göre hekimlerin herhangi bir malpraktis davasına dahil olma durumları açısından malpraktis korkularında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U:1575,50, p=0,010). Herhangi bir malpraktis davasına dahil olan

hekimlerin malpraktis korkuları 24,53 ( $\pm 3,58$ ), dahil olmayan hekimlere göre 20,89 ( $\pm 5,14$ ) anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde hekimlerin yakın çevresinden malpraktis davasına dahil olan meslektaşları olma durumuna göre malpraktis korkularında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (U: 5190,50,  $p \leq 0,001$ ). Çevresinde malpraktis davasına dahil olan meslektaşları bulunan hekimlerin malpraktis korkuları 22,79 ( $\pm 4,80$ ), çevresinde malpraktis davasına dahil olan meslektaşları olmayan hekimlere 20,12 ( $\pm 5,08$ ) göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme durumlarına göre malpraktis korkularında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U: 1660,00  $p \leq 0,001$ ). Hakkında malpraktis iddiasıyla şikâyet bulunan hekimlerin malpraktis korkuları 24,44 ( $\pm 3,31$ ), şikâyete maruz kalmayan hekimlere göre 20,75 ( $\pm 5,15$ ) anlamlı bir şekilde yüksektir.

Hekimlerin yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekim olma durumuna göre malpraktis korkularında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (U: 6195,00,  $p = 0,008$ ). Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen meslektaşları olan hekimlerin malpraktis korkusu 22,79 ( $\pm 4,80$ ), yakın çevresinde şikâyet edilen meslektaşları olmayan hekimlere göre 20,75 ( $\pm 5,15$ ) anlamlı şekilde yüksektir. Araştırmaya katılan hekimlerin son bir yıl içinde kaza veya ölümle sonuçlanan bir tıbbi hata ile karşılaşma durumlarına göre malpraktis korkularında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (U: 3244,  $p = 0,017$ ). Son bir yıl içinde yararlanma veya ölümle sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaşan hekimlerin malpraktis korkuları 21,99 ( $\pm 5,03$ ), böyle bir tıbbi hata ile karşılaşmayan hekimlere göre 20,37 ( $\pm 5,09$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bulgulardan görüldüğü üzere malpraktis davasına dahil olan, malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen veya bu durumlara çevrelerde maruz kalan meslektaşları olan hekimlerin yansıra yaralanma veya ölümle sonuçlanan tıbbi hatayla karşılaşan hekimlerin malpraktis seviyeleri anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Özellikle malpraktis davasına veya şikâyetine direkt olarak maruz kalan

hekimlerin malpraktis korkuları daha yüksek seviyede tespit edilmiştir. Hekimlerin tıbbi hataları rapor edebilme durumlarına göre malpraktis korkularında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (U: 4053,50, p=0,005). Tıbbi hataları rapor etmeyi bilen hekimlerin malpraktis korkuları 19,43 ( $\pm 5,50$ ), bilmeyen hekimlere göre 21,66 ( $\pm 4,89$ ) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Hekimlerin çevrelerinde malpraktis nedeni ile ceza alan meslektaşları olma durumları, tıbbi hata ve malpraktis eğitimi alma durumları ve tıbbi hata sorumluluğuna yaklaşımları açısından malpraktis korku seviyelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 45. Hekimlerin Malpraktise Yönelik Tecrübelerine Göre Malpraktis Korkularının Analizi**

Tıbbi Hata ve Malpraktise Yönelik Tecrübeler	n	Ort.	Ss.	U	p	
Herhangi bir malpraktis davasına dâhil oldunuz mu?	Evet	21	24,53	3,58	1575,50	<b>0,010</b>
	Hayır	227	20,89	5,14		
Yakın çevrenizde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olan hekim oldu mu?	Evet	96	22,79	4,80	5190,50	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	152	20,12	5,08		
Hakkınızda malpraktis iddiasıyla şikâyet oldu mu?	Evet	27	24,44	3,31	1660,00	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	221	20,75	5,15		
Çevrenizde malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekim oldu mu?	Evet	120	21,99	5,03	6195,00	<b>0,008</b>
	Hayır	128	20,37	5,09		
Çevrenizde malpraktis sebebi ile ceza alan hekim oldu mu?	Evet	28	21,00	4,55	2955,00	0,726
	Hayır	220	21,15	5,20		
Tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim aldınız?	Evet	65	20,71	5,05	5523,00	0,392
	Hayır	183	21,31	5,14		
Son bir yıl içinde sakatlık ve ölüm ile sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaştınız mı?	Evet	41	22,65	5,63	3244,00	<b>0,017</b>
	Hayır	207	20,94	4,94		
Tıbbi hataların önlenmesi en çok kimin sorumluluğunda olmalı?	Bireysel Sorumluluk	122	21,32	4,65	7584,50	0,857
	Sistemsal Sorumluluk	126	20,98	5,53		
Tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini biliyor musunuz?	Evet	56	19,43	5,50	4053,50	<b>0,005</b>
	Hayır	192	21,66	4,89		

**Not:** <sup>U</sup>: Mann Whitney U testi

Tablo 46'da hekimlerin tıbbi hata ve malpraktis bilgi seviyeleri ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan Spearman

korelasyon analiz sonuçları görülmektedir. Sonuçlara göre hekimlerin tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyeleri ile malpraktis korkuları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 46. Hekimlerin Tıbbi Hata ve Malpraktis Konusuna Yönelik Bilgi Seviyeleri ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Analizi**

	Hekimlerin Malpraktis Korkuları
Hekimlerin Bilgi Seviyesi	* $r = -0,086$
	$p = 0,178$

\*Spearman korelasyon katsayısı

#### 4.2.5.2. Çok Değişkenli Analizler

Bu bölümde hekimlerin malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeyleri ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapısal eşitlik modeli uygulanmıştır.

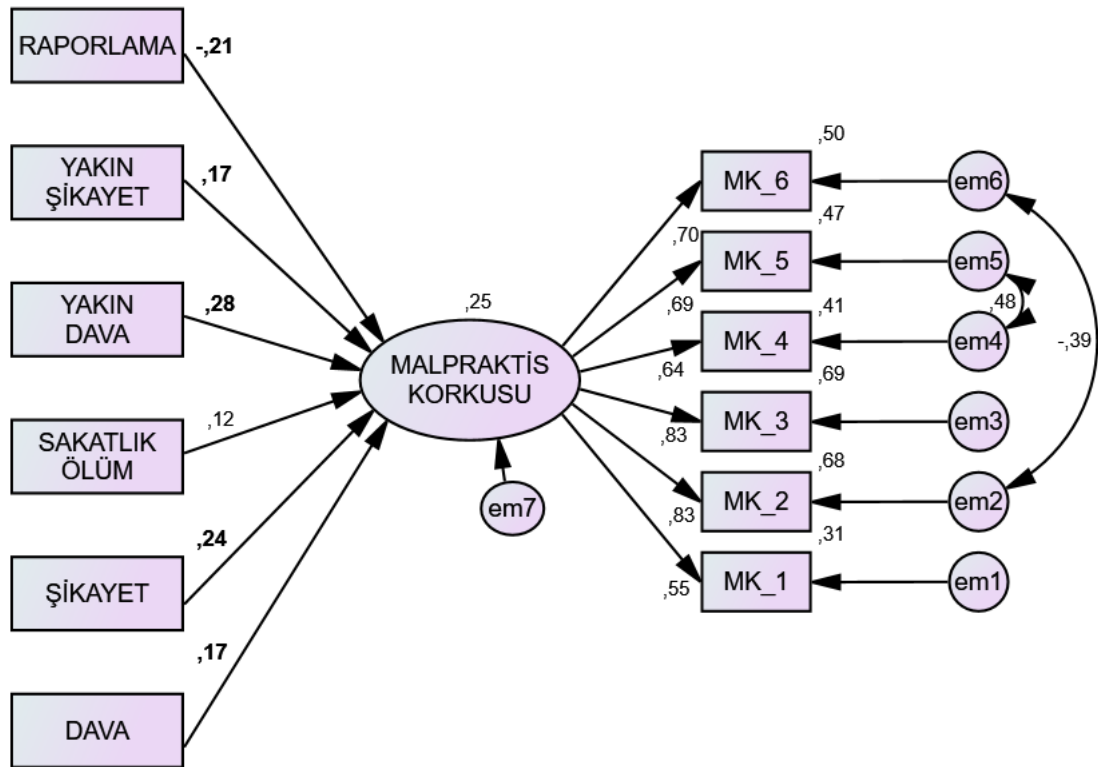
Tek değişkenli analizler sonucunda malpraktis korkusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilen malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeyine ilişkin ifadeler (*a: Malpraktis davasına dahil olma durumu, b: Yakın çevresinde malpraktis davasına dahil olan meslektaşı olma durumu, c: Malpraktis iddiasıyla şikayet edilme durumu, d: Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla şikayet edilen hekim olma durumu, f: Son bir yıl içinde sakatlık veya ölümle sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaşma durumu, i: Tıbbi hataları rapor edebilme durumu*) çok değişkenli analize endojen değişken olarak dahil edilirken, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın tespit edilmediği malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeyine ilişkin ifadeler (*e: Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla ceza alan meslektaşı olma durumu, h: Tıbbi hata ve malpraktise yönelik eğitim alma durumu, g: Tıbbi hata önleme sorumluluğuna yaklaşımı, j: Tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyesi*) çok değişkenli analiz kapsamına alınmamıştır. Malpraktis tecrübelerini ve tıbbi hata bilgi düzeyini değerlendiren değişkenlerden kategorik yapıda olanlar dummy değişken oluşturmak sureti ile analize dahil



edilmişlerdir (Arbuckle ve Wothke, 2004; Bayram, 2010). Hekimlerin malpraktis korkusu ise endojen değişken olarak analize dahil edilmiştir.

Şekil 14'te hekimlerin malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeyi ile malpraktis korkusu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan yapısal eşitlik modeli ve uyum ölçütleri görülmektedir. Modeldeki değişkenlerin çok değişkenli normal dağılım varsayımını karşılamadığı için (Multivariate Kurtosis= 23,452; c.r.=10,074) %95 güven aralığında bootstrap ile Ağırlıklandırılmamış En Küçük Kareler (ULS) tahmin yöntemi kullanılmıştır.

Şekil 14'te regresyon analizinin model uyum ölçütlerinin ( $X^2/sd$ : 0,783; GFI: 0,992; AGFI: 0,989; NFI: 0,987; RMR: 0,033) iyi uyum sınırları içerisinde yer aldığı görülmektedir. Bu bulgulara dayanarak model uyumu kabul edilmiştir.



$X^2/sd$ : 0,783; GFI: 0,992; AGFI: 0,989; NFI: 0,987; RMR: 0,033

**Şekil 14. Hekimlerin Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeyleri ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Ölçüm Modeli**

Tablo 47’de görüldüğü üzere, malpraktis davasına dahil olan hekimlerin olmayanlara göre ( $\beta$ : 0,175,  $p=0,004$ ), malpraktis nedeni ile şikâyet edilen hekimlerin edilmeyenlere göre ( $\beta$ : 0,243,  $p=0,002$ ), çevresinde malpraktis nedeni ile şikâyet edilen meslektaşları olan hekimlerin olmayan hekimlere göre ( $\beta$ : 0,172,  $p=0,021$ ) ve çevresinde malpraktis davasına dahil olan meslektaşları olan hekimlerin olmayanlara göre ( $\beta$ : 0,277,  $p=0,003$ ) malpraktis korku düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca tıbbi hata raporlamayı bilen hekimlerin bilmeyenlere göre ( $\beta$ : -0,206,  $p=0,010$ ) malpraktis korku düzeyleri daha düşük bulunmuştur.

Hekimlerin son bir yıl içinde sakatlık ve ölümlerle sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaşma durumlarına göre malpraktis korkularında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 47. Hekimlerin Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeyleri ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular**

Yordanan ← Yordayan Değişkenler	Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı ( $\beta$ )	p
Malpraktis Korkusu ← Yakında Dava Edilen Hekim Olması	0,277	<b>0,003</b>
Malpraktis Korkusu ← Malpraktis İddiasıyla Şikâyet Edilmek	0,243	<b>0,002</b>
Malpraktis Korkusu ← Malpraktis İddiasıyla Dava Edilmek	0,175	<b>0,004</b>
Malpraktis Korkusu ← Tıbbi Hata Raporlamayı Bilmek	-0,206	<b>0,010</b>
Malpraktis Korkusu ← Yakında Şikâyet Edilen Hekim Olması	0,172	<b>0,021</b>
Malpraktis Korkusu ← Sakatlık veya Ölümlü Tıbbi Hata ile Karşılaşmak	0,120	0,098
MK_5 ← Malpraktis Korkusu	0,686	<b>0,003</b>
MK_4 ← Malpraktis Korkusu	0,639	<b>0,005</b>
MK_3 ← Malpraktis Korkusu	0,829	<b>0,004</b>
MK_2 ← Malpraktis Korkusu	0,827	<b>0,004</b>
MK_1 ← Malpraktis Korkusu	0,553	<b>0,004</b>
MK_6 ← Malpraktis Korkusu	0,704	<b>0,005</b>

Hekimlerin malpraktis korkularının malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan analizler sonucunda “Hipotez 5 “*Hekimlerin malpraktis korkuları, malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre*

*istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezine ilişkin sonuçlar Tablo 48’de sunulmuştur.*

**Tablo 48. Hipotez 5'in Sonuçları**

Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeylerine İlişkin İfadeler	Malpraktis Korkusu	Hipotez KABUL
a. Dava	+	H5 <sub>a</sub>
b. Yakın Dava	+	H5 <sub>b</sub>
c. Şikâyet	+	H5 <sub>c</sub>
d. Yakın Şikâyet	+	H5 <sub>d</sub>
e. Yakın Ceza	-	H5 <sub>e</sub> RED
f. Sakatlık/ Ölüm	-	H5 <sub>f</sub> RED
g. Sorumluluk Yaklaşımı	-	H5 <sub>g</sub> RED
h. Malpraktis Eğitimi	-	H5 <sub>h</sub> RED
i. Raporlama	+	H5 <sub>i</sub>
j. Bilgi Seviyesi	-	H5 <sub>j</sub> RED

**Not:** + : İstatistiksel anlamlı, - : İstatistiksel anlamlı değil, **a:** Malpraktis davasına dahil olma durumu, **b:** Yakın çevresinde malpraktis davasına dahil olan meslektaşı olma durumu, **c:** Malpraktis iddiasıyla şikayet edilme durumu, **d:** Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla şikayet edilen hekim olma durumu, **e:** Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla ceza alan meslektaşı olma durumu, **f:** Son bir yıl içinde sakatlık veya ölümle sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaşma durumu, **g:**Tıbbi hata önleme sorumluluğuna yaklaşımı (Bireysel, Sistemsel), **h:** Tıbbi hata ve malpraktise yönelik eğitim alma durumu, **i:** Tıbbi hataları rapor edebilme durumu, **j:**Tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyesi

#### **4.2.6. Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumlarının Malpraktis Tecrübeleri Ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeylerine Göre Değerlendirilmesi**

Bu bölümde hekimlerin tıbbi hata tutumlarının malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre fark gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla yapılan tek değişkenli istatistiksel analiz bulguları yer almaktadır.

Araştırma kapsamındaki hekimlerin tıbbi hata tutumlarının malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 49). Analiz sonucunda hekimlerin malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeyleri açısından tıbbi hata tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 49. Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumlarının Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeyi Açısından Analizi**

Tıbbi Hata ve Malpraktise Yönelik Tecrübeler	n	Ort.	Ss.	U	p	
Herhangi bir malpraktis davasına dâhil oldunuz mu?	Evet	21	3,39	0,74	2213,00	0,586
	Hayır	227	3,49	0,66		
Yakın çevrenizde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olan hekim oldu mu?	Evet	96	3,49	0,75	7146,50	0,785
	Hayır	152	3,48	0,61		
Hakkınızda malpraktis iddiasıyla şikâyet oldu mu?	Evet	27	3,42	0,62	2922,50	0,862
	Hayır	221	3,48	0,67		
Çevrenizde malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekim oldu mu?	Evet	120	3,53	0,69	6993,50	0,222
	Hayır	128	3,42	0,66		
Çevrenizde malpraktis sebebi ile ceza alan hekim oldu mu?	Evet	28	3,55	0,75	3042,00	0,915
	Hayır	220	3,47	0,66		
Tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim aldınız?	Evet	65	3,36	0,66	5080,50	0,080
	Hayır	183	3,52	0,67		
Son bir yıl içinde sakatlık ve ölüm ile sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaştınız mı?	Evet	47	3,60	0,71	3849,50	0,346
	Hayır	207	3,45	0,66		
Tıbbi hataların önlenmesi en çok kimin sorumluluğunda olmalı?	Bireysel Sorumluluk	122	3,40	0,68	6711,00	0,083
	Sistemsel Sorumluluk	126	3,55	0,65		
Tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini biliyor musunuz?	Evet	56	3,53	0,65	5370,00	0,990
	Hayır	192	3,46	0,67		

Tablo 50'de hekimlerin tıbbi hata ve malpraktis bilgi seviyeleri ile tıbbi hata tutumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan Spearman korelasyon analiz sonuçları görülmektedir. Sonuçlara göre hekimlerin tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyeleri ile tıbbi hata tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Hekimlerin tıbbi hata tutumlarında malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmediği için çok değişkenli analiz yapılmamıştır.

**Tablo 50. Hekimlerin Tıbbi Hata ve Malpraktis Konusuna Yönelik Bilgi Seviyeleri ile Tıbbi Hata Tutumları Arasındaki İlişkinin Analizi**

	Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumları
Hekimlerin Bilgi Seviyesi	* $r=0,072$
	$p=0,261$

Not: \*Spearman korelasyon katsayısı

Hekimlerin tıbbi hata tutumlarının malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan analizler sonucunda “Hipotez 6 *“Hekimlerin tıbbi hata tutumları, malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir”* hipotezi reddedilmiştir. Hipotez 6’nın sonuçları Tablo 51’de görülmektedir.

**Tablo 51. Hipotez 6’nın Sonuçları**

<b>Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeyine İlişkin İfadeler</b>	<b>Tıbbi Hata Tutumu</b>	<b>Hipotez KABUL/RED</b>
a. Dava	-	Hipotez 6 <sub>a</sub> RED
b. Yakın Dava	-	Hipotez 6 <sub>b</sub> RED
c. Şikâyet	-	Hipotez 6 <sub>c</sub> RED
d. Yakın Şikâyet	-	Hipotez 6 <sub>d</sub> RED
e. Yakın Ceza	-	Hipotez 6 <sub>e</sub> RED
f. Sakatlık/ Ölüm	-	Hipotez 6 <sub>f</sub> RED
g. Sorumluluk Yaklaşımı	-	Hipotez 6 <sub>g</sub> RED
h. Malpraktis Eğitimi	-	Hipotez 6 <sub>h</sub> RED
i. Raporlama	-	Hipotez 6 <sub>i</sub> RED
j. Bilgi Seviyesi	-	Hipotez 6 <sub>j</sub> RED

**Not: -:** İstatistiksel anlamlı değil, **a:** Malpraktis davasına dahil olma durumu, **b:** Yakın çevresinde malpraktis davasına dahil olan meslektaşı olma durumu, **c:** Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme durumu, **d:** Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekim olma durumu, **e:** Yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla ceza alan meslektaşı olma durumu, **f:** Son bir yıl içinde sakatlık veya ölümle sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaşma durumu, **g:** Tıbbi hata önleme sorumluluğuna yaklaşımı (Bireysel, Sistemsel), **h:** Tıbbi hata ve malpraktise yönelik eğitim alma durumu, **i:** Tıbbi hataları rapor edebilme durumu, **j:** Tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyesi

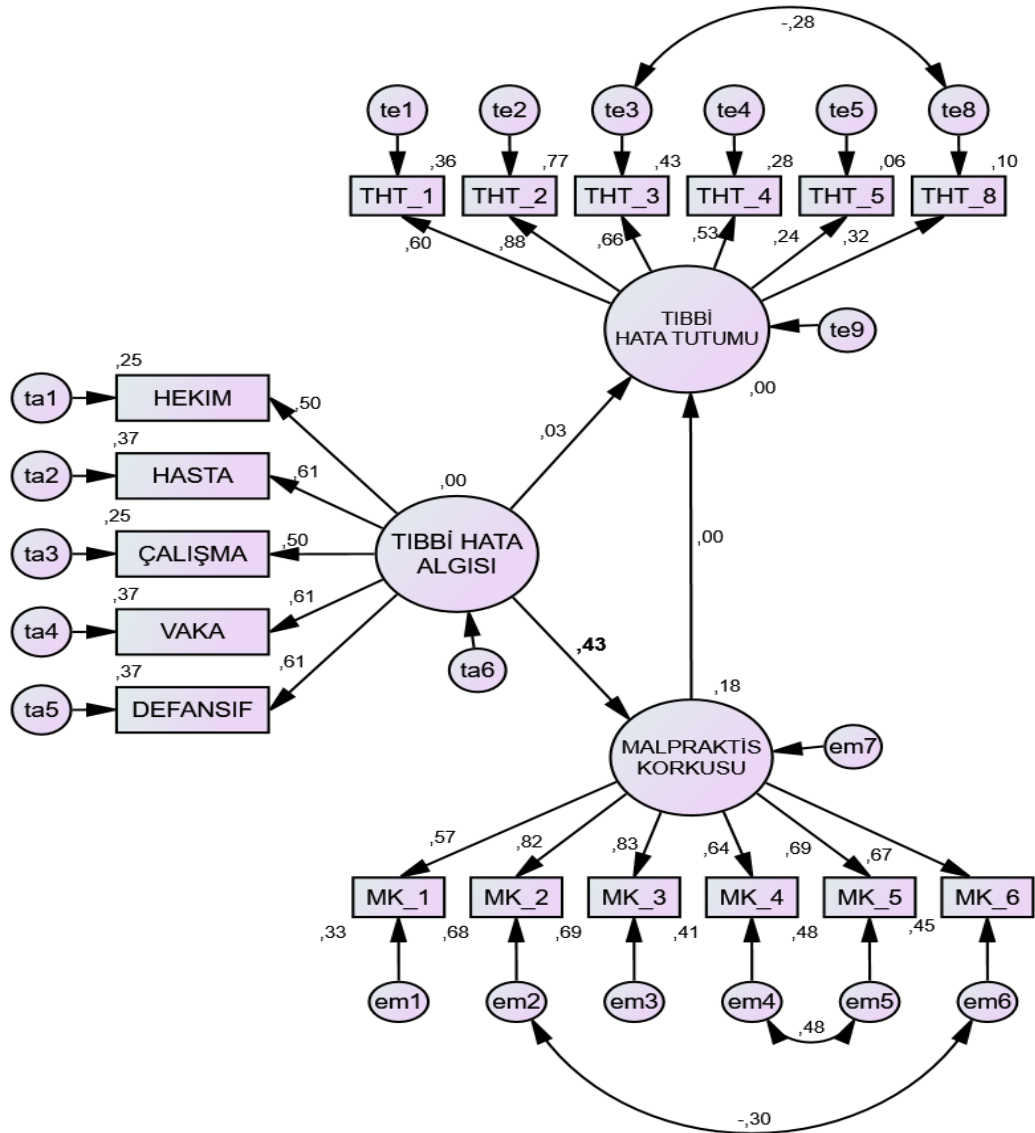
#### **4.2.7. Hekimlerin Tıbbi Hata Algısı, Malpraktis Korkusu ve Tıbbi Hata Tutumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

Bu bölümde hekimlerin tıbbi hata algısı, malpraktis korkusu ve tıbbi hata tutumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla uygulanan yapısal eşitlik modeli analizi bulguları sunulmaktadır.

Şekil 15’te hekimleri tıbbi hata algısı, malpraktis korkusu ve tıbbi hata tutumu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacı ile uygulanan yol analizi ve model uyum iyilik değerleri görülmektedir. Modeldeki değişkenler çok değişkenli normal

dağılım varsayımını karşıladığı için (Multivariate Kurtosis=14,560; c.r.=4,511) Maksimum Olasılık (ML) tahmin yöntemi kullanılmıştır.

Şekil 15'te görüldüğü üzere test edilen modelin uyum ölçütleri ( $X^2/sd$ : 1,536; NFI: 0,869; IFI: 0,950; CFI: 0,949; RMSEA: 0,047; GFI: 0,922; SRMR: 0,056) iyi uyum değer sınırları içinde olduğu görülmektedir. Buna göre model uyumu kabul edilmiştir.



$X^2/sd$ : 1,536; NFI: 0,869; IFI: 0,950; CFI: 0,949; RMSEA: 0,047; GFI: 0,922; SRMR: 0,056

Şekil 15. Hekimlerin Tıbbi Hata Algısı, Malpraktis Korkusu ve Tıbbi Hata Tutumları Arasındaki İlişkinin Ölçüm Modeli

Hekimlerin tıbbi hata algısı, malpraktis korkusu ve tıbbi hata tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde, sadece tıbbi hata algısı ile malpraktis korkusu arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 52). Buna göre hekimlerin tıbbi hata algısının malpraktis korkuları üzerinde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı vardır ( $\beta=0,427$ ,  $p<0,05$ ). Hekimlerin malpraktis korkusundaki toplam değişimin %18'lik kısmı hekimlerin tıbbi hata algısı ile açıklanabilir.

Anlamlı ilişkinin sadece hekimlerin tıbbi hata algısı ile malpraktis korkusu arasında olmasından dolayı Hipotez 7 “*Hekimlerin tıbbi hata algıları, tıbbi hata tutumları ve malpraktis korkuları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır*” hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 52. Hekimlerin Tıbbi Hata Algısı, Malpraktis Korkusu ve Tıbbi Hata Tutumları Arasındaki İlişkinin Analizine Yönelik Bulgular**

Yordanan ← Yordayan Değişkenler	Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı ( $\beta$ )	p
Tıbbi Hata Tutumu ← Malpraktis Korkusu	-0,002	0,983
Tıbbi Hata Tutumu ← Tıbbi Hata Algısı	0,034	0,723
Malpraktis Korkusu ← Tıbbi Hata Algısı	0,427	<0,001
MK_1 ← Malpraktis Korkusu	0,574	<0,001
MK_2 ← Malpraktis Korkusu	0,823	<0,001
MK_3 ← Malpraktis Korkusu	0,833	<0,001
MK_4 ← Malpraktis Korkusu	0,642	<0,001
MK_5 ← Malpraktis Korkusu	0,690	<0,001
MK_6 ← Malpraktis Korkusu	0,671	-
THT_1← Tıbbi Hata Tutumu	0,600	-
THT_2← Tıbbi Hata Tutumu	0,875	<0,001
THT_3← Tıbbi Hata Tutumu	0,659	<0,001
THT_4← Tıbbi Hata Tutumu	0,525	<0,001
THT_5← Tıbbi Hata Tutumu	0,235	<0,001
THT_8← Tıbbi Hata Tutumu	0,316	<0,001
Hekim ← Tıbbi Hata Algısı	0,497	<0,001
Hasta ← Tıbbi Hata Algısı	0,606	<0,001
Çalışma Şartları ← Tıbbi Hata Algısı	0,497	<0,001
Vaka ← Tıbbi Hata Algısı	0,611	<0,001
Defansif Tıp ← Tıbbi Hata Algısı	0,607	-

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma kapsamında elde edilen bulgular mevcut ulusal ve uluslararası literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

### ***Hekimlerin Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular;***

Hekimlerin malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeylerine ilişkin yapılan değerlendirmelerde, hekimlerin %7,8'inin malpraktis davasına dâhil olduğu ve %10,9'unun ise malpraktis iddiasıyla şikâyet edildiği tespit edilmiştir. Araştırmada çevrelerinde malpraktis davasına dâhil olan meslektaşları bulunan hekimlerin oranı %48,4 olmasına rağmen, çevrelerinde malpraktis nedeni ile ceza alan meslektaşlarının olduğunu ifade eden hekimlerin oranı %11'dir. Hekimlerin tıbbi malpraktis nedeni ile şikâyet/dava edilme oranlarının yüksek olmasına rağmen, ceza ile sonuçlanan malpraktis iddialarının oldukça az olduğu görülmektedir. Bu durumun hasta ve hasta yakınlarının sağlık sonuçlarını değerlendirirken komplikasyon ve tıbbi malpraktis ayırımını yapamamaları ve tatmin edici olmayan sağlık sonuçlarını tıbbi malpraktis olarak değerlendirme eğiliminde olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hekimlerin karşılaştıkları tıbbi malpraktis dava sayısı son yıllarda önemli bir şekilde artmıştır. Türkiye'de tıbbi malpraktis iddiası içeren bilirkişi sıfatı ile Adli Tıp Kurumuna gönderilen dosya sayısı 2004 yılında 295 iken, 2013 yılında bu sayı 3006'ya ulaşmıştır (Barlıoğlu, 2018).

Amerika Birleşik Devletleri'nde uzman ve asistan hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada, uzman hekimlerin %36'sının bir tıbbi malpraktis davasına dahil olduğu bulunmuştur (Kaldjian vd., 2007). Jena ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir araştırmada ise aile hekimlerinin yaklaşık %5'i, cerrahi uzmanlıkların %20'si ve diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlerin de %7'si her yıl tıbbi malpraktis davası ile karşılaştıkları tespit edilmiştir. Ayrıca düşük riskli uzmanlık alanlarındaki



hekimlerin ise %75'inin 65 yaşına kadar en az bir kez tıbbi malpraktis davasına maruz kaldıkları ifade edilmiştir. Ancak tıbbi malpraktis ile ilgili açılan davaların sadece %1,6'sında tazminat talep edildiği, bunların da %78'inin tazminata hak kazanamadıkları ifade edilmiştir. Hauser ve arkadaşlarının (1991) yaptıkları bir başka araştırmada da, ABD'nde tüm tıbbi malpraktis dosyalarının yaklaşık olarak sadece %6'sının mahkemelerce kabul edildiği, kabul edilen bu dosyaların %80'inde de hekimlerin savunması tarafından kazanıldığı ifade edilmiştir.

Kırtıçoğlu'nun (2018) 508 tıbbi malpraktis davasını incelediği çalışmada, hukuki davaların %20,7'sinde, ceza davalarının ise %27,4'ünde sağlık personeli aleyhinde karar verildiği ve bu kararların da %79'unun Yargıtay tarafından bozulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tümer (2002) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da, Yüksek Sağlık Şurasına 1995-2000 yılları arasında ceza mahkemeleri tarafından tıbbi malpraktis iddiası ile gelen 540 dosya incelenmiş, inceleme sonucunda dosyaların %50'sinin herhangi bir temele dayanmayan ve doğrudan hastanın kızgınlığı nedeni ile açılan davalar şeklinde sonuçlandığı ifade edilmiştir.

Çalışmada hekimlerin tıbbi malpraktis şikâyetine maruz kalmalarına rağmen bu şikâyetlerin dava ve/veya ceza ile sonuçlanma oranlarının oldukça düşük olduğu ile ilgili bulgu literatürle uyum göstermektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin %16'sı son bir yıl içinde ölüm veya sakatlıkla sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Bu bulgu tıbbi hatanın hekim gözünden değerlendirildiğinde, oldukça yaygın ve önemli bir sağlık sorunu olduğunun işareti olarak düşünülmektedir.

Sağlık sektörünün kabul edilen gerçeklerinden olan tıbbi hata, önemli bir sorundur. ABD'de yapılan iki büyük çalışmaya göre yılda ortalama 44.000 ile 98.000 arasında kişinin önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle hastanelerde öldüğünü tahmin edilmektedir (Kohn vd., 2000). Goodman ve arkadaşları (2011) ABD'nde tıbbi hata nedeniyle hastane içinde ve dışında yıllık olarak yaklaşık 187.000 ölümün, 6,1 milyon yaralanmanın meydana geldiğini ifade etmektedir. Hatta tıbbi

hata nedeni ile ölen insan sayısının trafik kazası ile ölen insan sayısından daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Kohn vd., 2000). Ancak Türkiye’de tıbbi hata nedeni ile meydana gelen ölüm veya yaralanmalar yönelik bilimsel veriler henüz mevcut değildir.

Garbutt ve arkadaşlarının (2007) 118 çocuk hekimi üzerinde yaptığı çalışmada hekimlerin %39’u ciddi bir tıbbi hataya dahil olduklarını ifade etmişlerdir. Kiesewetter ve arkadaşlarının (2014) 269 tıp fakültesi öğrencisinde yaptığı araştırmada da tıp fakülte öğrencilerinin %25 ciddi bir tıbbi hata ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir.

Bakar’ın (2016) 763 hasta ile yaptığı araştırmasında katılımcıların %13’ü sağlık kuruluşunda ciddi bir tıbbi hataya maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Güven’in (2014) 200 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %56’sı ilaç hatasına, %25’i cerrahi hataya, %44,5’i tanı hatasına tanık olduklarını bildirmişlerdir. Literatürde de görüldüğü üzere tıbbi hatalar oldukça yaygındır.

Bu araştırmaya katılan hekimlerin sadece %26,2’si tıbbi hata ve malpraktise yönelik eğitim almıştır. Araştırma kapsamındaki hekimler tıbbi hata ve malpraktis bilgi seviyelerini ortalamanın altında görmektedirler. Katılımcılardan sadece %21’i tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyesini yeterli görmektedir. Ayrıca araştırma kapsamındaki hekimlerin sadece %22,6’sı tıbbi raporlamanın nasıl yapıldığını bilmektedir. Bulgulara göre hekimlerin tıbbi hata ve malpraktis konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı ve tıbbi hataların yeterli seviyede rapor edilmediği görülmektedir.

Tıbbi hatanın önlenmesi için hekimlerin tıbbi hatalara yönelik bilgi seviyeleri ve tutumları önemli bir yer teşkil etmektedir. Ancak tıbbi hataların büyük bir kısmı rapor edilmemekte ve bu konuda tüm paydaşların eğitilmesi gerekmektedir (Barach ve Small, 2000; Kagan ve Barnoy, 2013; Kim ve Bates, 2006; Samsiah vd., 2016; Weissman vd., 2005). Yapılan bir çalışmada tıbbi hatalardan sadece %1-5’inin kriterlere uygun olarak rapor edildiği ifade edilmiştir (Cook vd., 1998).

Bates ve arkadaşları (2003) ise hekimlerin tıbbi hataları önlemek istedikleri ancak bunu yapabilmek için yeterli bilgi ve uzmanlığa sahip olmadıklarını ifade etmiştir. Evans ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da tıbbi hata raporlamanın nasıl yapıldığını hekimlerin sadece %43'ünün bildiği bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise 26 hastanede bildiri yapılan 92547 tıbbi hata olayı incelenmiş ve sadece %2'sinin hekimler tarafından bildirildiği sonucuna ulaşılmıştır (Milch vd., 2006).

### ***Hekimlerin Tıbbi Hata Algısına İlişkin Bulgular;***

Çalışma kapsamında hekimlere göre tıbbi hata oluşumuna en yüksek oranda etki eden boyutun *“kısa zamanda çok hasta etme çabası, stres ve yorgunluk”* ifadelerinin yer aldığı çalışma şartları olduğu tespit edilmiştir. Bu konudaki literatür incelendiğinde; Top ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında da çalışma şartları tıbbi hataya en çok etki eden faktör olarak bulunmuştur. Ayrıca Northcott ve arkadaşlarının (2007) ve Flotta ve arkadaşlarının (2012) yaptığı araştırmalarda da tıbbi hataya en çok etki eden faktörler çalışma şartları, stres ve yorgunluk olarak tespit edilmiştir. Benzer şekilde Robblee ve Nicklin'in (2002) çalışmasında tıbbi hataya neden olan en önemli faktörler yetersiz sayıda hemşire oluşu ve aşırı çalışma, stres ve yorgunluk olarak belirlenmiştir. Canatan ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise yoğun iş yükü sağlık çalışanları tarafından en yüksek oranda tıbbi hataya neden olan faktör olarak değerlendirilmiştir. Menachemi'nin (2002) araştırmasında ise tıbbi hata oluşumunda en önemli faktörlerin hekimlerin bilgi seviyelerinden kaynaklandığı, yorgunluğun ise bunları takip ettiği bulunmuştur. Uluslararası literatürde yapılan çalışmalara ilişkin özet bilgi Tablo 53'te sunulmuştur

**Tablo 53. Hekimlerin Tıbbi Hata Algıları Konusunda Yapılan Çalışmalar**

Araştırma	Örneklem	Tıbbi Hata Algısı
(Menachemi 2002)	195 asistan ve uzman hekim	Tıbbi hata oluşumuna en etki eden faktör hekimlerin bilgi seviyesidir. Yorgunluk dördüncü önemli faktördür.
(Northcott vd., 2007)	423 tıp fakültesi öğrencisi	Tıbbi hata oluşumuna en etki eden faktör çalışma şartları, stres ve yorgunluk
(Canatan vd., 2015)	100 sağlık çalışanı	Tıbbi hata oluşumuna en etki eden faktör yoğun iş yüküdür.
(Top vd., 2008)	236 uzman ve asistan hekim	Tıbbi hata oluşumuna en etki eden faktör çalışma şartlarıdır.
(Flotta vd., 2012)	696 uzman ve asistan hekim	Tıbbi hata oluşumuna en etki eden faktör çalışma şartları, stres ve yorgunluktur.
(Robblee ve Nicklin, 2002)	1332 uzman ve asistan hekim	Tıbbi hata oluşumuna en etki eden faktörler personel yetersizliği, aşırı çalışma stres ve yorgunluktur.
Bu çalışma	248 hekim	Tıbbi hata oluşumuna etki eden en yüksek puana sahip boyut çalışma şartları

Gerek ulusal gerekse uluslararası çalışmalarda elde edilen bulgular çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Bu bulgunun ortaya çıkmasında, hekimlerin iş yüklerinin fazla olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye’de her 10.000 nüfusa 17.605 hekim düşerken, bu oran ABD’nde her 10.000 nüfusa 25.948’dir (WHO, 2019). Diğer bir ifadeyle hekim sayısının standartların altında olması hekimlerin iş yüklerini artırmakta ve mevcut hasta yoğunluğunu karşılamada ekstra çaba sarf etmelerine neden olmaktadır. Bu yoğunluğun stres ve yorgunluğa dönüşerek hataların yapılmasına zemin hazırladığı düşünülmektedir.

### ***Hekimlerin Malpraktis Korkularına İlişkin Bulgular;***

Çalışma kapsamında elde edilen bulgulara göre hekimlerin malpraktis korkusu yüksek seviyede bulunmuştur. Buna göre, hekimlerin %59,3’nün yüksek seviyede, %28,2’sinin orta seviyede ve %12,5’inin düşük seviyede malpraktis korkusuna sahip olduğu tespit edilmiştir.

Franks ve arkadaşlarının (2000) 187 hekim üzerinde yaptığı çalışmada da malpraktis korkusu yüksek seviyede 3,31 ( $\pm 0,84$ ) bulunmuştur. Fiscella ve

arkadaşlarının (2000) 172 aile hekimi ve stajyer doktor üzerinde yaptığı çalışmada ise aile hekimlerinin malpraktis korkusu 3,36 ( $\pm 0,91$ ), stajyer doktorların ise 3,24 ( $\pm 0,76$ ) yüksek seviyede tespit edilmiştir.

Benbassat ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında araştırmacılar kendi geliştirdikleri ölçekle 82 uzman, 72 asistan hekimin malpraktis korkularını değerlendirmişlerdir. Analizleri sonucunda hekimlerin yüksek seviyede malpraktis korkusuna (7 puan üzerinden Ort.5,50) sahip oldukları tespit edilmiştir. Katz ve arkadaşlarının (2005) 33 acil uzman hekiminin üzerinde yaptığı araştırmada hekimlerin %39,7'si yüksek seviyede, %37,7'si orta seviyede, %43,7'si ise düşük seviyede malpraktis korkusuna sahip olduğu görülmüştür. Reed ve arkadaşlarının (2008) 270 hekim üzerinde yaptığı araştırmada ise malpraktis korkusu yüksek seviyede 4,25 ( $\pm 1,15$ ) tespit edilmiştir. Reschovsky ve Saiontz-Martinez'in (2017) 3201 hekim üzerinde yaptığı araştırmada da katılımcı hekimlerin malpraktis korkusu yüksek seviyede 3.71 ( $\pm 1.00$ ) bulunmuştur. Literatürde yer alan bu çalışmalara ilişkin sonuçlar Tablo 54'te sunulmuştur.

**Tablo 54. Hekimlerin Malpraktis Korkuları Konusunda Yapılan Çalışmalar**

Araştırma	Örneklem	Malpraktis Korkusu
(Franks vd., 2000)	187 uzman hekim	(Ort.:3,31, Ss:0,84) <sup>a</sup>
(Fiscella vd., 2000)	112 asistan ve hekim 61 aile hekimi	(Ort.:3,36, Ss:0,91) <sup>a</sup> (Ort.:3,24, Ss:0,76) <sup>a</sup>
(Benbassat vd., 2001)	82 uzman, 72 asistan	(Ort.:5,50) <sup>b</sup>
(Katz vd., 2005)	33 acil uzman hekimi	%39,7 yüksek seviyede %37,7 orta seviyede %43,7 düşük seviyede
(Reed vd., 2008)	270 hekim	(Ort.:4,25, Ss:1,15)
(Carrier vd., 2010)	4,720 hekim	%67,7'si katılıyorum veya kesinlikle katılıyorum seçeneğini seçmiştir.
(Reschovsky ve Saiontz-Martinez, 2017)	3201 hekim	(Ort.:3,71, Ss.:1,00) <sup>a</sup>
Bu çalışma	248 hekim	(Ort: 3,52, Ss: 0,85) <sup>a</sup>

**Not:** <sup>a</sup> Malpraktis korku seviyesi 1-5 arasında değerlendirilip yüksek puan yüksek malpraktis korkusunu ifade etmektedir. <sup>b</sup> Malpraktis korku seviyesi 1-7 arasında değerlendirilip yüksek puan yüksek malpraktis korkusunu ifade etmektedir.

Carrier ve arkadaşlarının (2010) ve Reed ve arkadaşlarının (2008) çalışmalarında olduğu gibi bu çalışmada da *“Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır”* ifadesi en yüksek ortalamaya sahiptir.

Literatürdeki çalışmalardan da görüldüğü üzere genel olarak hekimlerin malpraktis korku seviyeleri yüksektir. Hekimlere yönelik açılan malpraktis davalarının ve/veya şikayetlerinin hekimler üzerinde olumsuz psikolojik etkilere (Christensen vd., 1992), mesleki itibar ve unvan kaybına neden olmasının (Sonnenberg ve Boardman, 2013) ve artan hasta ve hasta yakınlarının beklentileri nedeni ile (Gökşen, 2014) bu tür şikayet ve davaların giderek artmasının hekimlerin malpraktis korkularının yüksek olmasında etkili olduğu değerlendirilmektedir.

### ***Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumlarına İlişkin Bulgular;***

Çalışmada hekimlerin tıbbi hataya yönelik tutumlarına ilişkin ifadeler katılımları olumlu düzeyde bulunmuştur. Ayrıca hekimler tıbbi hata tutumuna ilişkin olarak tıbbi hataların bildirilmesi, hasta ve hasta yakınları ile paylaşılması ve meslektaşları ile paylaşılması yönünde görüş bildirmişlerdir.

Flotta ve arkadaşlarının (2012) 696 hekim üzerinde yaptığı çalışmada bir tıbbi hata meydana geldiğinde hekimlerin %87'si tıbbi hataların kurumlarına bildirilmesi gerektiğini, %98'i tıbbi hataların meslektaşları ile tartışılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %45'i operasyon esnasında meydana gelen tıbbi hataların hastalarla tartışılması gerektiğini düşünmektedir.

Garbutt ve arkadaşlarının (2007) 439 pediatri hekim üzerinde yaptığı çalışmada ise hekimlerin %97'si ciddi tıbbi hataların, %90 küçük tıbbi hataların, %82'si hastaya zarar vermeyen tıbbi hataların rapor edilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca hekimlerin %99'u ciddi hataların, %90 ise küçük tıbbi hataların

hasta ve hasta yakınlarına bildirilmesi gerektiğini düşünmektedirler. Benzer şekilde Kaldjian ve arkadaşlarının (2007) 538 hekim üzerinde yaptığı çalışmada ise hekimlerin %95'i bir tıbbi hata meydana geldiğinde bunu hastaya söylenmesi gerektiğini, %83'ü tıbbi hataların bildirilmesinin gerektiğini, %89'u ise tıbbi hatanın hekime zarar verme potansiyelinin olsa bile bildirilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Mikkelsen ve arkadaşlarının (2006) 696 aile hekimi üzerinde yaptığı çalışmada hekimlerin tıbbi hataya ilişkin tutumlarının olumlu yönde olduğu tespit edilmiştir. Tagaddosinejad ve arkadaşlarının (2013) 107 hekim üzerinde yaptığı çalışmada da hekimlerin %78'i tıbbi hataların bildirilmesi ve meslektaşları ile paylaşılması gerektiğini düşünmektedirler.

Kiesewetter ve arkadaşlarının (2014) 269 tıp fakültesi öğrencisi ile yaptığı araştırmada öğrencilerin yüksek oranda tıbbi hatalar ne kadar ciddi olursa olsun bildirebilecekleri yönünde tutum sergilediklerini ifade etmiştir. Vohra ve arkadaşlarının (2007) 114 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde yaptığı araştırmada ise, öğrencilerin %96'sı tıbbi hataların bildirilmesi gerektiği, %87'si ise tıbbi hataların hasta veya ailesi ile paylaşılması gerektiği yönünde tutum sergiledikleri tespit edilmiştir.

Güleç (2012) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin tıbbi hatanın hasta ve hasta yakınlarına açıklanması gerekliliği yönündeki tutumlarının ( $2,95 \pm 0,87$ ) olumlu seviyede olduğu bulunmuştur. Ancak tüm tıbbi hataların bildirilmesi yönünde hekimlerin ( $1,87 \pm 1,05$ ) daha az katılım sergilediği bulunmuştur.

Literatürde hekimlerin tıbbi hata tutumları görüldüğü üzere genellikle olumlu seviyededir. Özellikle hekimler yapılan tıbbi hataların bildirilmesi, hasta ve hasta yakınları ve meslektaşlarla paylaşılması yönünde olumlu tutum sergiledikleri görülmektedir. Bu yönüyle bu araştırmada elde edilen hekimlerin tıbbi hata tutum bulguları literatürle paralellik göstermektedir (Tablo 55).

**Tablo 55. Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumları Konusunda Yapılan Çalışmalar**

Araştırma	Örneklem	Tıbbi Hata Tutumu
(Flotta vd., 2012)	696 hekim	Hekimlerin tıbbi hata bildirimini, paylaşılması yönünde tutumları olumlu seviyededir.
(Garbutt vd., 2007)	439 hekim	Hekimlerin tıbbi hata bildirimine ve hasta ve yakınları ile paylaşılmasına yönelik tutumları olumlu seviyededir.
(Kaldjian vd., 2007)	538 uzman ve asistan hekim	Hekimlerin tıbbi hata bildirimine ve hasta ve yakınları ile paylaşılmasına yönelik tutumları olumlu seviyededir.
(Mikkelsen vd., 2006)	696 hekim	Hekimlerin tıbbi hata tutumları olumlu seviyededir.
(Tagaddosinejad vd., 2013)	107 hekim	Hekimlerin tıbbi hata bildirimini, paylaşılması yönünde tutumları olumlu seviyededir.
(Kiesewetter vd., 2014)	269 tıp fakültesi öğrencisi	Tıbbi hata bildirimine yönelik tutumları olumlu seviyededir.
(Vohra vd., 2007)	114 tıp fakültesi öğrencisi	Hekimlerin tıbbi hata bildirimine ve hasta ve yakınları ile paylaşılmasına yönelik tutumları olumlu seviyededir.
(Güleç, 2012)	80 hekim, 207 hemşire	Hekimleri tıbbi hataların hasta ve hasta yakınları ile paylaşılmasına yönelik tutumları olumlu seviyede iken tıbbi hata bildirimine yönelik tutumları olumsuz seviyededir.
(Alsafi vd., 2011)	107 hekim	Hekimlerin tıbbi hata bildirimini, paylaşılması yönünde tutumları olumlu seviyededir. Ancak tıbbi hata tutumları gerçek davranışlarla tutarlı değildir.
(Kaldjian vd., 2008)	338 hekim	Hekimlerin tıbbi hata bildirimine ve hasta ve yakınları ile paylaşılmasına yönelik tutumları olumlu seviyededir. Ancak tıbbi hata tutumları gerçek davranışlarla tutarlı değildir.
(Evans vd., 2006)	186 hekim, 587 hemşire	Hekimlerin tıbbi hata tutumları olumlu seviyededir. Özellikle hastaya zarar vermeyen tıbbi hataların da bildirilmesi gerekliliği yönünde tutum sergilenmişlerdir.
(Gallagher vd., 2003)	46 hekim (Odak grup)	Hastaya zarar vermeyen tıbbi hataların paylaşılmasının gerekli olmadığı yönünde tutum sergilemişlerdir.
(Sarvadikar vd., 2010)	18 hekim, 22 hemşire, 16 eczacı	Hekimlerin ciddi olmayan tıbbi hataları rapor etmeme yönünde tutum sergilemişlerdir.
Bu çalışma	248 hekim	Hekimlerin tıbbi hata tutumları olumlu seviyededir. Hastaya zarar vermese dahi tıbbi hataların bildirilmesi gerekliliği yönünde tutum sergilemişlerdir.

Araştırma kapsamındaki hekimlerin tıbbi hatalara yönelik olumlu tutum sergilemelerine rağmen, hekimlerin sadece %22,6'sı tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini bilmektedir. Buna göre hekimlerin olumlu tıbbi hata tutumlarının davranışa dönüşmediği sonucu çıkarılabilir. Kaldjian ve arkadaşlarının (2007) ve Alsafi ve arkadaşlarının (2011) çalışmalarında da hekimlerin tıbbi hataları



bildirmeye yönelik tutumları ile gerçek davranışlarının tutarlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kaldjian ve arkadaşlarının (2008) diğer bir çalışmasında benzer şekilde hekimlerin çoğunluğu tıbbi hataları bildirme taraftarı olmalarına rağmen, uygulamada az sayıda ve küçük tıbbi hataları bildirmişlerdir. Ayrıca Weissman ve arkadaşlarının (2005) hastane yöneticileri üzerinde yaptıkları araştırmada, hastane yöneticilerinin tıbbi hataları bildirme ve paylaşma konusunda olumlu tutum sergilemelerine rağmen, çok az tıbbi hatanın bildirildiği tespit edilmiştir. Bu yönüyle çalışmadan elde edilen bu sonuç literatürle paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki hekimler hastanın durumu iyileşse bile tıbbi hataların bildirilmesine yönelik tutumları ( $3,56 \pm 1,08$ ) olumlu olarak belirlenmiştir. Evans ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada hekimlerin %74'ü tıbbi hatanın hastaya zarar vermeden meydana geldiği durumlarda da rapor edilmesinin gerekli olduğunu düşünmektedirler. Bu yönüyle Evans ve arkadaşlarının (2006) araştırma bulguları bu araştırma ile paralellik göstermektedir. Ancak Gallagher ve arkadaşlarının (2003) 46 hekim ile yaptığı odak grup çalışmasında hekimlerin eğer tıbbi hata hastaya zarar vermediyse ve önemli değilse paylaşılmasının gerek olmadığını düşündükleri sonucuna ulaşmıştır. Benzer şekilde Sarvadikar ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise doktorlar ( $n=18$ ) ciddi vakaları rahatlıkla rapor edebilirken, ciddi sonuç doğurmayan tıbbi hataları bildirmede daha az istekli oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Gallagher ve arkadaşlarının (2003) ve Sarvadikar ve arkadaşlarının (2010) ciddi olmayan tıbbi hata bildirimlerine yönelik tutumlarının, bu araştırma ve Evans ve arkadaşlarının (2006) bulgularına göre farklılık göstermesinin nedeni kullanılan yöntem ve kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

### ***Hekimlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Hipotez Bulguları;***

Bu kısımda hekimlerin tıbbi hata algıları, malpraktis korkuları ve tıbbi hata tutumlarına ilişkin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Çalışma kapsamında hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden “cinsiyet” değişkeni açısından hem genel olarak hekimlerin tıbbi hata algılamalarında hem de tıbbi hata algısını oluşturan boyutlardan “hasta” ve “çalışma şartları” boyutundaki değerlendirmelerinde anlamlı farklılık olduğu ve kadın hekimlerin tıbbi hata algılarının erkek hekimlere göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Top ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında kadın hekimlerin tıbbi hata algıları erkek hekimlere göre daha yüksek seviyede tespit edilmiştir. Kadınların tıbbi hata algılarının erkeklere göre daha yüksek olmasının kadınların kendilerine özgü doğaları nedeni ile erkeklere göre daha duyarlı ve algılarının daha açık olmasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir (Abramov vd., 2012; Hall ve Schmid Mast, 2008).

Çalışma kapsamında hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden “yaş” değişkeni açısından sadece tıbbi hata algısını oluşturan boyutlardan “vaka” boyutu üzerindeki değerlendirmelerinde anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Buna göre “vaka” boyutunun tıbbi hata oluşumundaki etki derecesi yaşlı hekimlerde genç hekimlere göre, uzun süre görev yapan hekimlerde ise daha az süre görev yapan hekimlere göre daha fazla hissedilmektedir. Hekimlerin görev süreleri boyunca vaka özelliklerine yönelik olarak edindikleri tecrübeler nedeni ile vaka özelliklerine ilişkin faktörlerin tıbbi hataya etkisini genç hekimlere göre daha fazla seviyede algıladıkları değerlendirilmektedir. Geçmişteki tecrübelerin ve bilgi birikiminin algı sürecinin tüm aşamalarında rol oynadığı bilinmektedir (Dunn ve Stacey, 2010; Goldstein ve Brockmole, 2016; Gregory, 1997; İnceoğlu, 2011). Dolayısıyla algı süreci göz önüne alındığında hekimlerin zamanla edindikleri tecrübelerin tıbbi hata algı seviyelerini artırdığı değerlendirilmektedir.

Çalışma kapsamında hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden “görev yaptıkları bilim dalı” değişkeni açısından hem genel olarak hekimlerin tıbbi hata algılamalarında hem de tıbbi hata algısını oluşturan boyutlardan “hekim”, “hasta”, “vaka” ve “defansif tıp” boyutlarındaki değerlendirmelerinde anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Cerrahi bilimlerde görev yapan hekimlerin tıbbi hata algılarının temel bilimlerde görev yapan hekimlere göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Cerrahi bilimlerin riskli sağlık hizmeti verdiği ve meydana

gelen tıbbi hataların çoğunun cerrahi branşlarda gerçekleştiği (Saygın ve Keklik, 2014; Thomas vd., 2000) göz önüne alındığında cerrahi branşlardaki hekimlerin tecrübelerinin hekim ve hasta özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarını etkilediği değerlendirilmektedir. Diğer taraftan malpraktis davasına en fazla dahil olan hekimlerin, cerrahi branşlarda görev yapan hekimler (Gökcan, 2014; Jena vd., 2011) olması, hasta ve defansif tıp özelliklerinin tıbbi hataya etki derecesini diğer branşlara göre daha yüksek düzeyde algılamalarına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca temel tıp bilimlerinde görev yapan hekimlerin tıbbi hata algısı dahili tıp bilimlerinde görev yapan hekimlere göre daha yüksek seviyede belirlenmiştir. Bu bulgunun ortaya çıkmasında temel tıp bilimleri ile dahili tıp bilimleri arasındaki gözlem sayılarındaki farktan kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Çalışma kapsamında hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden “statü” değişkeni tıbbi hata algısını oluşturan boyutlardan “vaka” ve “defansif tıp” boyutları ile ilgili değerlendirmelerinde anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Buna göre anlamlı farklılık bulunan boyutların tıbbi hata algısı üzerindeki etki derecesi uzman hekimlerde asistan hekimlere göre daha fazla hissedilmektedir. Hekimlerin özellikle vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarının hekimlerin yaş, görev süresi ve uzmanlıkları ile beraber gelen tecrübelerinden etkilendiği değerlendirilmektedir. Sonuç olarak bireylerin bilgi birikiminin, tecrübelerinin, ait olduğu kültürün, almış olduğu eğitim ve kişilik özelliklerinin algılama süreçlerinde etkili hususlar olması (Dunn ve Stacey, 2010; Goldstein ve Brockmole, 2016; Gregory, 1997; İnceoğlu, 2011), hekimlerin tıbbi hata algısı ile ilgili değerlendirmelerindeki farklılıkların oluşmasında da etkili olabileceği düşünülmelidir.

Çalışma kapsamında hekimlerin cinsiyetleri açısından malpraktis korku seviyeleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Benzer şekilde Fiscella ve arkadaşları (2000), Katz ve arkadaşları (2005) ve Benbassat ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan araştırmalarda da hekimlerin cinsiyetlerine göre malpraktis korku seviyeleri arasında anlamlı farklılık yoktur. Ancak Carrier ve arkadaşlarının (2010) yaptığı araştırmada hekimlerin cinsiyetlerine göre malpraktis korku

seviyeleri arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Erkek hekimlerin malpraktis korkuları kadın hekimlere oranla daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma kapsamında hekimlerin yaşlarına göre malpraktis korku seviyeleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Benzer şekilde Fiscella ve arkadaşlarının (2000) ve Katz ve arkadaşlarının (2005) araştırmalarında da hekimlerin yaş grupları açısından malpraktis korku seviyeleri arasında anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Ancak Reed ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında ise hekimlerin yaş gruplarına göre malpraktis korku seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Genç hekimlerin daha fazla malpraktis korkusuna sahip oldukları görülmüştür. Araştırma bulgularına paralel olarak Katz ve arkadaşlarının (2005) ve Benbassat ve arkadaşlarının (2001) araştırmalarında da hekimlerin görev sürelerine göre malpraktis korku seviyeleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak Carrier ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hekimlerin görev süreleri açısından malpraktis korku seviyelerinde anlamlı fark tespit edilmiştir. Daha az görev süresi olan hekimlerin malpraktis korkuları daha düşüktür.

Çalışma kapsamındaki hekimlerin görev yaptıkları bilim dallarına göre yapılan değerlendirmede malpraktis korku seviyeleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak literatürde yapılan araştırmalarda genellikle cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerin malpraktis korkularının diğer branşlara göre daha yüksek seviyede olduğu görülmektedir (Benbassat vd., 2001; Carrier vd., 2010; Reschovsky ve Saiontz-Martinez, 2017). Benbassat ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada kadın doğum uzmanlarının malpraktis korku seviyesi en üst düzeyde bulunmuştur. Reschovsky ve Saiontz-Martinez (2017) tarafından yapılan bir başka çalışmada da ortopedi ve kadın doğum uzmanlarının malpraktis korkuları diğer uzmanlık dallarına göre daha yüksek seviyede tespit edilmiştir. Benzer şekilde Carrier ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada da acil servis ve kadın doğum uzmanlarının malpraktis korkuları diğer bilim dallarında görev yapan hekimlere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırma bulgusu ile literatür bulguları arasındaki farklılığın

araştırmanın yapıldığı hastanenin Türk Silahlı Kuvvetleri'ne (TSK) personel alımlarında asker olabilir raporlarını ve askeri personelin periyodik sağlık raporlarını veren en yetkili hastane olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Özellikle Dahiliye, Kardiyoloji ve Psikiyatri Bilim dalları gibi Dahili Tıp Bilimlerine dahil uzmanlıkların bu raporlarda önemli rol oynamaları ve bu bilim dallarındaki hekimlerin de şikâyete ve davaya maruz kalmaları farklılığın oluşmaması gibi bir sonucun ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışma kapsamındaki hekimlerin statülerine göre yapılan değerlendirmede malpraktis korku seviyelerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır. Benzer şekilde Benbassat ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında da hekimlerin statülerine göre malpraktis korku seviyeleri arasında anlamlı fark tespit edilememiştir.

Çalışma kapsamında hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, medeni durum, görev süresi, bilim dalı ve statü) göre tıbbi hata tutumlarına ilişkin değerlendirmelerinde hiçbir değişkende anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Araştırma bulgularına paralel olarak Kaldjian ve arkadaşlarının (2007), Mikkelsen ve arkadaşlarının (2006), Muller ve Ornstein'nin (2007) ve Tagaddosinejad ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmalarda da hekimlerin tıbbi hata tutumlarında cinsiyetlerine göre yapılan değerlendirmelerde anlamlı farklılık bulunamamıştır. Ancak Varjavand ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında hekimlerin cinsiyetleri yönünden tıbbi hata tutumlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Erkek hekimlerin tıbbi hata tutumlarının kadın hekimlere göre daha olumlu olduğu görülmüştür.

Yaş değişkeni ile ilgili değerlendirmelerde ise, Varjavand ve arkadaşlarının (2012), Mikkelsen ve arkadaşlarının (2006) ve Tagaddosinejad ve arkadaşlarının (2013) araştırmalarında hekimlerin yaş gruplarına göre tıbbi hata tutumlarında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ancak Flotta ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında hekimlerin yaş gruplarına göre tıbbi hata tutumlarında farklılık tespit

edilmiştir. Genç hekimlerin yaşlı hekimlere göre tıbbi hata tutumları daha olumlu olduğu görülmüştür.

Hekimlerin görev yaptıkları bilim dalına göre yapılan değerlendirmelerde ise, Kaldjian ve arkadaşlarının (2007) araştırmasında hekimlerin uzmanlık alanlarına göre tıbbi hata tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak Flotta ve arkadaşlarının (2012) ve Tagaddosinejad ve arkadaşlarının (2013) araştırmalarında hekimlerin uzmanlık alanlarına göre tıbbi hata tutumlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Tagaddosinejad ve arkadaşlarının (2013) araştırmasında Cerrahi Bilimlerde görev yapan hekimlerin tıbbi hata tutumları daha olumlu bulunmuştur. Flotta ve arkadaşlarının (2012) araştırmasında ise Acil ve Yoğun Bakım Uzmanlarının diğer uzmanlıklara göre olumlu tıbbi hata tutumu sergiledikleri görülmüştür.

Sonuç olarak hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre tıbbi hata tutumu ile ilgili değerlendirmelerde literatürde farklılıklar görülmektedir. Dolayısıyla hekimlerin tıbbi hata tutumları ile ilgili değerlendirmelerinde sosyo-demografik özelliklerinin tek başına belirleyici olmadığı söylenebilir.

### ***Hekimlerin Malpraktis Tecrübeleri ve Tıbbi Hata Bilgi Düzeylerine İlişkin Hipotez Bulguları;***

Bu kısımda hekimlerin tıbbi hata algısı, malpraktis korkusu ve tıbbi hata tutumlarının malpraktis tecrübeleri ve tıbbi hata bilgi düzeylerine göre değerlendirilmesi ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Çalışma kapsamında hekimlerin malpraktis tecrübelerinden “malpraktis davasına dâhil olma” ve “malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme” durumlarının tıbbi hata algısını oluşturan “vaka” boyutu ile ilgili değerlendirmelerinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre malpraktis davasına dâhil olan veya malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekimler bu tecrübeleri yaşamayan hekimlere göre

“vaka” özelliklerinin tıbbi hata oluşumuna etki derecesini daha yüksek seviyede algıladıkları görülmektedir. Hekimlerin dava veya şikâyet konusu ile vaka özellikleri arasında ilişkinin olduğunu düşünmesi, bu sonucun ortaya çıkmasında etkilidir. Diğer bir ifadeyle vaka özelliklerinin malpraktis davasına veya şikâyetine yol açabilecek tıbbi hatalara zemin hazırlama potansiyelinin olduğu düşüncesidir. Nitekim Weingart ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında karmaşık vakalar veya ileri yaştaki hastalar gibi vaka özelliklerinin tıbbi hatayla daha ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu konuda bir diğer önemli husus, istenmeyen olayla sonuçlanan bir sağlık hizmeti, hekim tarafından komplikasyon olarak değerlendirilirken, hasta ve hasta yakınları tarafından malpraktis olarak değerlendirilebilmektedir. Hekim ile hasta ve hasta yakınları arasındaki bu perspektif farkının malpraktis davasına veya şikâyetine maruz kalan hekimlerin vaka özelliklerine yönelik algılarındaki bu hassasiyete neden olan diğer bir etken olabileceği düşünülmektedir. Malpraktis dava veya şikâyetine maruz kalan hekimlerin vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarındaki bu hassasiyetin defansif tıp ile sonuçlanma potansiyelinin olduğu da değerlendirilmektedir.

Çalışma kapsamında hekimlerin tıbbi hata algısını oluşturan boyutlardan “defansif tıp” ve “hasta” boyutu ile ilgili değerlendirmeleri malpraktis tecrübelerinden “tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyesi” değişkeninden etkilendiği bulunmuştur. Buna göre tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyesi yüksek olan hekimlerin hasta ve defansif tıp özelliklerine ilişkin tıbbi hata algı seviyeleri daha düşüktür. Hekimlerin tıbbi hata ve malpraktis konusundaki bilgilerinin hekimde oluşturduğu güven duygusunun tıbbi hata algılarında negatif yönlü etkisinin olabileceği değerlendirilmektedir. Bilginin algı sürecinde önemli rol oynadığı ifade edilmektedir (Hughes ve Fernandez-Duque, 2010; Rock, 1985).

Çalışma kapsamında yakınında malpraktis nedeni ile ceza alan veya şikâyet edilen hekimlerin tıbbi hata algıları beklenenin aksine daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgunun ortaya çıkmasında meslektaşların yaşadıkları olaylardan

edinilen tecrübelerin, kişilerin bizzat yaşadıkları tecrübeler kadar belirleyici özellik göstermediğinden kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Ayrıca yakınlarında bu tecrübeleri yaşayan hekimlerin bilgi seviyelerinin, bu tecrübeleri yaşamayanlara göre daha yüksek seviyede olması bu bulgunun ortaya çıkmasında etkili olduğu değerlendirilen diğer bir faktördür.

Literatürde yapılan incelemelerde hekimlerin malpraktis tecrübeleri ile tıbbi hata algıları arasındaki ilişkiyi analiz eden bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Ancak bireylerin algılama sürecine yönelik literatür incelendiğinde; algılama sürecinin tüm aşamaları geçmişteki tecrübeler ve bilgi birikimine dayanmaktadır. Algılama kuramlarından Richard Gregory (1997) tarafından savunulan yukarıdan-aşağı yaklaşımına göre algılama sürecinin; bilgi, tecrübe ve duygu gibi hususların dahil olduğu bilişsel bir süreç olarak ifade edilmektedir. Ayrıca bireyin ait olduğu kültür, almış olduğu eğitim, örf, adet, gelenek ve görenekler bireysel algılama sürecini etkilemektedir (Dunn ve Stacey, 2010; Goldstein ve Brockmole, 2016; Gregory, 1997; İnceoğlu, 2011). Algının oluşmasında bireylerin kişilikleri, gereksinimleri ve onlardan kaynaklanan güdüleri de önemli rol oynamaktadır (Dunn ve Stacey, 2010; Pickens, 2011). Stefanucci vd. (2008) araştırmasında geçmişte korku yaratan bir olay tecrübe etmiş bireylerin, korku kaynağına ilişkin algı derecesinin yüksek olduğunu belirlemiştir.

Çalışma kapsamında hekimlerin tıbbi hata algısını oluşturan boyutlardan “hekim” boyutu ile ilgili değerlendirmeleri malpraktis tecrübelerinden “tıbbi hataları rapor edebilme durumu” değişkeninden etkilendiği bulunmuştur. Buna göre tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini bilen hekimler hekim özelliklerine ilişkin hususların tıbbi hatalara etki derecesini tıbbi hata raporlamayı bilmeyen hekimlere göre daha fazla algılamaktadırlar.

Çalışma kapsamında hekimlerin malpraktis korkusu ile ilgili değerlendirmeleri, malpraktis tecrübelerinden “malpraktis davasına dahil olma durumu”, “yakın çevresinde malpraktis davasına dahil olan meslektaşısı olma durumu”, “malpraktis iddiası ile şikâyet edilme durumu”, yakın çevresinde malpraktis iddiasıyla şikâyet



edilen hekim olma durumu” ve “tıbbi hataları rapor edebilme durumu” değişkenlerinden etkilendiği bulunmuştur. Bu bulgulara göre hekimlerin tıbbi hata ve malpraktise yönelik olarak bizzat yaşadıkları veya çevresindeki meslektaşlarının yaşadıklarından edindikleri olumsuz tecrübelerin malpraktis korku seviyelerinin yüksek oluşunda etkisi olabileceği değerlendirilmektedir. Bu araştırma bulgusu ile tutarlı bir şekilde Carrier ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında daha fazla malpraktis iddiasına maruz kalan hekimlerin malpraktis korku seviyelerinin diğer hekimlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca korkunun geçmişte yaşanan tecrübeler tarafından etkilendiği (Blanchard ve Blanchard, 2008; Öhman, 2008; Schachter ve Singer, 1962) göz önüne alındığında bu araştırma bulguları literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışma kapsamında hekimlerin tıbbi hata tutumları ile ilgili değerlendirmeleri malpraktis tecrübelerinden etkilenmediği bulunmuştur. Kaldjian ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada hekimlerin malpraktis davalarında sanık veya tanık olarak katılma durumlarına göre tıbbi hataları rapor etme davranış ve tutumları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Ancak Vohra ve arkadaşlarının (2007) tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada tıbbi hata ve istenmeyen olaya karşılaşmanın öğrencilerin tıbbi hata tutumlarında negatif etkiye neden olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu sonucun ortaya çıkmasında araştırma yapılan grubun henüz hekim değil öğrenciler olmasından kaynaklanabilir. Flotta ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında hekimlerin bilgi seviyelerinin tıbbi hata tutumlarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Kaldjian ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir başka çalışmada da tıbbi raporlamayı bilen hekimlerin tıbbi hataya ilişkin daha olumlu tutum sergiledikleri görülmüştür.

***Hekimlerin Tıbbi Hata Algısı, Malpraktis Korkusu ve Tıbbi Hata Tutumları Arasındaki İlişkilerin Belirlenmesine Yönelik Bulgular;***

Bu bölümde araştırma kapsamındaki hekimlerin tıbbi hata algıları, malpraktis korkuları ve tıbbi hata tutumları arasındaki ilişkilerin literatür çerçevesinde değerlendirilmesi yapılacaktır.

Çalışma kapsamında hekimlerin tıbbi hata algıları ile tıbbi hata tutumları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Literatürde algı, tutum ve davranış arasında ilişki bulunmasına rağmen (Bakan ve İlker, 2012; İnceoğlu, 2011; Pickens, 2011), hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları arasında ilişkinin anlamlı bulunmaması hekimlerin tıbbi hata tutumları ile tıbbi hataya yönelik gerçek davranışları arasındaki tutarsızlıkla (Kaldjian vd., 2008; Weissman vd., 2005) ilişkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde hekimlerin tıbbi hata algıları ile tutumları arasındaki olası ilişkiyi araştıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışma kapsamında hekimlerin tıbbi hata algılarının malpraktis korkuları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Literatürde doğrudan hekimlerin tıbbi hata algıları ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak korku ve algı sürecine yönelik literatür incelendiğinde iki olgunun birbiri ile yakın ilişki içinde olduğu görülmektedir. Algılama süreci çevresel uyaranla başlayan ve çevresel uyarana yönelik gösterilen eylem ile sonuçlanan sıralı bir süreç halinde meydana gelmektedir (Dunn ve Stacey, 2010; Goldstein ve Brockmole, 2016). Bir savunma mekanizması olarak geliştirilen korkunun (Bay ve Algase, 1999; Epstein, 1972) meydana gelebilmesi için olası tehlikeleri algılayabilmesi gerekmektedir (Öhman, 2008). Bu algılama ve düşünme süreci sonrasında bir savunma tepkisi olarak korku meydana gelmektedir (McDougall, 2001). Sonuç olarak algılama süreci sonrası korku mevcut ve gelecek tehlikelerin tahmin edilmesine ve buna yönelik olarak tepki verilmesine olanak sağlayan bir savunmadır (Dymond vd., 2015).

Sağlık hizmet sunum süreci boyunca hekimler olası tıbbi hata kaynakları dahil, çevrelerini algılamakta ve bu tıbbi hata kaynaklarına yönelik olarak savunma

mekanizmaları geliştirdikleri düşünülmektedir. Malpraktis korkusu hekimlerin sağlık hizmeti verirken meydana gelen tıbbi hataların malpraktis şikayetine, davasına ve cezasına dönüşebilme olasılığına karşı geliştirdikleri duyuşsal bir savunma mekanizması olarak değeriendirilebilir. Bu yönüyle bakıldığında hekimlerin tıbbi hata kaynaklarının tıbbi hata oluşumuna etkilerini algılama seviyelerinin, malpraktis korkularını etkileyeceği değeriendirilmektedir. Literatürde bu konu ile yeterli çalışma olmamasına rağmen algı ve korku sürecine yönelik literatür ve araştırma bulguları bu hipotezi desteklemektedir.

Çalışma kapsamında hekimlerin malpraktis korku seviyeleri ile tıbbi hata tutumları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Benbassat ve arkadaşlarının (2001) yapmış olduğu çalışmada hekimlerin malpraktis korkuları ile hekimlerin tıbbi belirsizlikleri ve tıbbi hataları hasta ve hekimlerle paylaşmaya yönelik tutumları araştırılmış ve hekimlerin malpraktis korkuları ile tıbbi belirsizlikleri paylaşmaya yönelik tutumları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Benzer şekilde Gallagher ve arkadaşlarının (2006) ABD ve Kanada'da 2637 hekim üzerinde yaptđđı çalışmada da hekimlerin malpraktis davasına maruz kalma korkularının tıbbi hata tutumlarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgu Benbassat ve arkadaşlarının (2001) ve Gallagher ve arkadaşlarının (2006) araştırma bulguları ile tutarlılık göstermektedir. Ancak Tagaddosinejad ve arkadaşlarının (2013) İnan'da 107 hekim üzerinde yaptđđı çalışmada hekimlerin tıbbi hata bildirim yapmamalarında en önemli neden olarak malpraktis korkusu olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada hekimlerin malpraktis korkusu ile tıbbi hata tutumu arasında anlamlı bir ilişki çıkmamasının, hekimlerin tıbbi hata tutumları ile tıbbi hataları bildirme, paylaşma gibi tıbbi hataya yönelik gerçek davranışları arasındaki tutarsızlıkla (Kaldjian vd., 2008; Weissman vd., 2005) ilişkili olduğu düşünülmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerini sunumu esnasında meydana gelen tıbbi hatalar birçok insanın yaralanmasına, hatta ölümüne sebep olduğu bilinmektedir (Goodman vd., 2011; Kohn vd., 2000; Leape, 1994). Hasta ve hasta yakınları kendilerine yapılan tıbbi uygulamalarda tıbbi hata olduğunu düşündüklerinde yasal yollara başvurarak malpraktis davaları açabilmektedirler. Özellikle son yıllarda malpraktis davası sayısında kayda değer bir artış olmuştur (Barlıoğlu, 2018; Hauser vd., 1991). Hekimlere yönelik açılan malpraktis davalarının çok az bir kısmı ceza ile sonuçlanmasına rağmen (Hauser vd., 1991; Kırtıçoğlu, 2018; Tümer, 2002), şikâyet ve dava süreçleri hekimlerde malpraktis korkusuna neden olmaktadır.

Malpraktis iddia ve şikâyetlerinin en önemli nedeni tıbbi hatalardan kaynaklanmaktadır. Hekimler sağlık hizmet sunum süreci boyunca olası tıbbi hata kaynakları dahil çevrelerini algılamaktadırlar. Korkunun meydana gelmesi için bir algılama ve düşünce sürecinin meydana gelmesi gerekmektedir. Olası tehdit algılandığında savunma mekanizması olarak korku ortaya çıkmaktadır. Bu bulgulardan yola çıkarak hekimlerin tıbbi hata kaynaklarının tıbbi hata oluşumuna etkilerini algılama seviyelerinin, malpraktis korkularını etkileyeceği değerlendirilmektedir. Ayrıca korkunun tutum değişikliğine yol açtığı (Hauser vd., 1991; Hershey, 1972; Kristiansen vd., 2001; Reed vd., 2008; Summerton, 1995; Vandersteegen vd., 2015) göz önüne alındığında malpraktis korkusunun hekimlerin tıbbi hata tutumlarını etkileyeceği değerlendirilmiştir.

Bu değerlendirmeler ışığında bu çalışma ile hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmanın diğer bir amacı tıbbi hata algıları, tıbbi hata tutumları ve malpraktis korkularının hekimlerin malpraktis tecrübeleri, tıbbi hata bilgi düzeyleri ve sosyo-demografik özelliklerinden etkilenip etkilenmediğini ortaya koymaktır.

Araştırmanın evrenini Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yapan 567 hekim oluşturmaktadır. Evrenden seçilen örneklemin %95 güven aralığında en

az 229 hekim olmasına karar verilmiş, toplam 248 hekime ulaşılarak veriler toplanmıştır.

Araştırmanın amacına uygun olarak geliştirilen hipotezleri test etmek için yapılan analizler sonucunda elde edilen bulguların literatür kapsamında değerlendirilmesiyle aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Hekimlerin sıklıkla malpraktis nedeni ile şikâyet veya dava edilmesine rağmen mahkeme tarafından kabul edilen veya ceza ile sonuçlanan malpraktis şikayetleri oldukça azdır.
- Hekimlerin yaklaşık %90'ının malpraktis korkuları yüksek seviyededir.
- Hekimlerin vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algıları malpraktis korkularını arttırıcı yönde etkilemektedir.
- Hekimlerin malpraktis ve tıbbi hataya yönelik olarak yaşadıkları olumsuz olaylar tıbbi hata algılarını arttırıcı yönde etkilemektedir. Malpraktis nedeni ile şikâyet edilmiş veya dava sürecine dahil olmuş hekimler vaka özelliklerinin tıbbi hata oluşumuna etki derecesini daha yüksek seviyede algılamaktadırlar.
- Hekimlerin malpraktis ve tıbbi hatalara yönelik yaşadıkları olumsuz tecrübeler hekimlerin malpraktis korkularını arttırıcı yönde etkilemektedir. Malpraktis davasına dahil olma, malpraktis şikayetine maruz kalma ve son bir yıl içinde sakatlık veya ölümlerle sonuçlanan hata ile karşılaşma durumları hekimlerin malpraktis korkularını arttırıcı yönde etkilemektedir. Ayrıca hekimlerin çevrelerindeki meslektaşlarının malpraktise yönelik yaşadıkları olumsuz olaylardan edindikleri tecrübeler malpraktis korkularını arttırıcı yönde etkilemektedir. Malpraktis veya tıbbi hatalara yönelik bizzat yaşanan tecrübeler, meslektaşların yaşadıklarından edinilen tecrübelere göre hekimlerin malpraktis korkularında daha fazla etkiye sahiptir.

- ✓ **ÖNERİ:** Hastalara yapılacak tanı ve tedavi işlemlerine yönelik hasta ve hasta yakınlarından onam alırken, uygulanacak tıbbi girişimin doğasında olan riskler hasta ve hasta yakınlarına net bir şekilde anlatılabilir. Özellikle riskli vakalarda mümkünse vakanın barındırdığı tehlikeler birden fazla hasta ve hasta yakınına izah edilerek, hasta ve hasta yakınlarının olası riskleri anladığından emin olunmalıdır. Bu sayede hekimlerin, hastaların tıbbi hata ve malpraktis ayrımının yapamamaları nedeni ile oluşan malpraktis şikâyet ve davalarına maruz kalma olasılığını azaltma olanağı sağlanabilir.
- ✓ Tıbbi tanı veya tedavi işlemine karar verirken işlemin güncel Tıbbi Uygulama Rehberlerine göre, işlemin gerçekten tıbbi endikasyonu olup olmadığı, hastanın mortalite riski, morbidite durumu gibi vaka özellikleri dikkatlice göz önüne alınmalıdır. Gerekirse daha tecrübeli ve uzman bir hekimden ikinci görüş alınabilir.
- ✓ Malpraktis dava ve şikâyet sürecinden geçmiş hekimlerin tecrübelerinden faydalanılarak, genç hekimlere yönelik bilgilendirme ve eğitim programları düzenlenebilir.
- Literatürde görüldüğü gibi Türkiye’de de sakatlık ve ölümlerle sonuçlanan tıbbi hatalar gerçekleşmektedir. Bu yönü ile tıbbi hata dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir sağlık sorunudur
  - ✓ **ÖNERİ:** Türkiye’de tıbbi hataların boyutunu, nedenlerini ve maliyetine yönelik kapsamlı araştırmaların yapılması önerilmektedir. Bu tür araştırmaların sonuçları uygulanacak sağlık politikalarına yol gösterici olabilir.
- Hekimlerin sadece %30’u malpraktise ve tıbbi hataya yönelik eğitim almıştır. Ayrıca hekimlerin yaklaşık %88’i tıbbi hata raporlamanın nasıl

yapıldığını bilmemektedir. Bu yönü ile hekimlerin büyük bir kısmının tıbbi hata ve malpraktise yönelik bilgi seviyesi yeterli değildir.

- Tıbbi hata raporlamayı bilen hekimlerin malpraktis korkuları daha düşük seviyededir.
  - ✓ **ÖNERİ:** Hekimlere tıbbi hata ve malpraktise yönelik eğitim, seminer ve konferansların planlanması ve özellikle bu tür eğitimlerde bu konuda tecrübeli hekimlerden faydalanılması önerilebilir. Ayrıca eğitim sürecinde Sağlık Bakanlığının Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) hakkında bilgi verilmesi (özellikle bu sistemin tıbbi hata bildirimini yapan sağlık profesyonellerinin hiçbir kişisel bilgileri kaydetmediği hususu vurgulanmalıdır) ve nasıl kullanıldığı konusunda eğitim verilmesi önerilebilir.
- Hekimlerin tıbbi hata tutumları olumlu seviyededir. Ancak hekimler olumlu tıbbi hata tutumu sergilemelerine rağmen, tutumların davranışa dönüşmediği görülmüştür.
  - ✓ **ÖNERİ:** Hekimlerin tıbbi hata tutumları ve davranışları arasındaki farklılığın altında yatan nedenleri belirlemeye yönelik araştırmalar yapılması teşvik edilebilir. Ayrıca hekimlerin tıbbi hataları bildirmelerini kolaylaştırıcı ve teşvik edici uygulamalar hayata geçirilebilir.
- Yaşlı hekimler genç hekimlere göre; görev süresi fazla olan hekimler az olanlara göre ve uzman hekimler asistan hekimlere göre vaka özelliklerinin tıbbi hata oluşumuna etki derecesini daha yüksek seviyede algılamaktadır. Buna göre yaş, mesleki yıl ve uzmanlıkla beraber gelen tecrübe hekimlerin vaka özelliklerine ilişkin tıbbi hata algılarını olumlu yönde etkilemektedir.
  - ✓ **ÖNERİ:** Tıbbi hata oluşumunu engellemek amacıyla tecrübeli hekimlerin bilgi birikiminden faydalanılması önerilebilir. Özellikle

Eğitim ve Araştırma Hastanesinde asistan hekimlerin tecrübeli hekimlerin gözetimi altında karar vermeleri ve kompleks vakalarda kararların konsey halinde verilmesi hususuna daha fazla özen gösterilmesi önerilebilir.

- Hekimlerin alışma şartlarına ilişkin tıbbi hata algıları malpraktis korkularını arttırıcı yönde etkilemektedir.
  - Hekimler alışma şartlarına ilişkin özelliklerin tıbbi hata oluşumuna en üst seviyede etki eden faktörler olarak algılamaktadırlar. Kısa zamanda çok hasta tedavi etme baskısı tıbbi hataya en çok etkisi olan faktör olarak tespit edilmiştir.
  - Hekimlerin alışma şartlarına yönelik tıbbi hata algıları hekimlerin tıbbi hata tutumlarını olumsuz yönde etkilemektedir.
  - Cerrahi Bilimlerde görev yapan hekimler hasta, hekim, vaka ve defansif tıp özelliklerinin tıbbi hata oluşumuna etki derecelerini daha yüksek olarak algılamaktadırlar. Riskli uzmanlıklarda çalışarak edinilmiş tecrübelerin hekimlerin tıbbi hata algılarını arttırıcı yönde etkilediği değerlendirilmektedir.
- ✓ **ÖNERİ:** Hekimlerin alışma şartlarını iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılması ve mümkünse randevu sistemi, personel görevlendirme, vardiya düzenleme, süreç yenileme gibi organizasyonel düzenlemelerle hekimlerin çalışma şartlarının iyileştirilmesi önerilebilir. Türkiye’de hekim başına düşen hasta sayısını düşürmek amacıyla istihdam arttırmaya yönelik uygulamaların değerlendirilebileceği gibi özellikle bu çalışmanın yapıldığı hastanenin üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan bir kamu hastanesi olduğu göz önüne alındığında, üst basamak hastanelerde hasta yığılmalarını önlemek amacı ile sevk zincirinin etkin kullanıldığı politika ve uygulamaların hayata geçirilmesi önerilebilir.



Bundan sonra tıbbi hata ve malpraktis konusuna yönelik araştırma yapmayı düşünen araştırmacılara çalışmalarını planlarken aşağıdaki hususları göz önüne almaları önerilmektedir:

- Bundan sonraki araştırmalarda özel ve kamuda çalışan hekimlerin malpraktis korkularının değerlendirilmesinin faydalı olacağı değerlendirilmektedir.
- Uluslararası literatürde hekimlerin malpraktis korkularının tıbbi yaklaşımlarına yönelik etkilerini inceleyen çalışmalar mevcut olmasına rağmen (Dubay vd., 1999; Franks vd., 2000; Hauser vd., 1991; Katz vd., 2005), böyle bir çalışma Türkiye literatüründe mevcut değildir. Bu yönü ile Türk hekimlerinin malpraktis korkularının tıbbi yaklaşımlarına etkilerini incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Malpraktis korkusunun sağlık sistemindeki maliyetine yönelik çalışmalar literatürde mevcuttur (Reschovsky ve Saiontz-Martinez, 2017; Sonnenberg ve Boardman, 2013). Ancak malpraktis korkusunun Türkiye sağlık sistemindeki maliyetini inceleyen bir araştırma mevcut değildir. Defansif tıbbın temel nedeni olan malpraktis korkusunun Türkiye sağlık sistemindeki maliyetinin incelenmesinin önemli olduğu değerlendirilmektedir.
- Tıp fakültesi öğrencilerinin uzmanlık alanları seçimlerinde malpraktis korkusunun etkilerinin araştırılması önerilmektedir.
- Araştırma bulgularımızda da görüldüğü üzere hekimlerin olumlu tıbbi hata tutumları ile gerçek davranışları arasında tutarlılık mevcut değildir (Alsafi vd., 2011; Kaldjian vd., 2007, 2008; Weissman vd., 2005). Bu yönüyle hekimlerin tıbbi hata tutum ve gerçek davranışları arasındaki farkın nedenlerinin araştırılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

- Araştırmamızda hekimlerin tıbbi hata algıları kısmi olarak incelenmiştir. İlerde yapılacak çalışmalarda hekimlerin tıbbi hata algıları organizasyonel ve yönetsel diğer faktörleri de kapsayacak şekilde değerlendirilmelidir.

## KAYNAKÇA

- Aberegg, S. K., Haponik, E. F. ve Terry, P. B. (2005). Omission bias and decision making in pulmonary and critical care medicine. *Chest*, 128(3), 1497-1505.
- Abramov, I., Gordon, J., Feldman, O. ve Chavarga, A. (2012). Sex and vision II: color appearance of monochromatic lights. *Biology of Sex Differences*, 3(1), 21.
- Achar, S. ve Wu, W. (2012). How to reduce your malpractice risk. *Family Practice Management*, 19(4), 21-26.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior*. Open University Press McGraw-Hill Education (UK).
- Ajzen, I. ve Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888-918.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In *A Handbook of Social Psychology* (pp. 798-844): Worcester, MA, US: Clark University Press.
- Alpar, R. (2010). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik*. Detay Yayıncılık.
- Alpar, R. (2013). *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler*. Detay Yayıncılık.
- Alsafi, E., Bahroon, S. A., Tamim, H., Al-Jahdali, H. H., Alzahrani, S. ve Al Sayyari, A. (2011). Physicians' attitudes toward reporting medical errors- an observational study at a general hospital in Saudi Arabia. *Journal of Patient Safety*, 7(3), 144-147.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2010). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: SPSS uygulamalı*: Sakarya yayıncılık.
- American Health Research Quality. (2018). Patient Safety Network, Glossary Terms. Retrieved 03 Ekim 2018, from <https://psnet.ahrq.gov/glossary>
- Anderson, R. E. (1999). Billions for defense - The pervasive nature of defensive medicine. *Archives of Internal Medicine*, 159(20), 2399-2402.
- Andreatini, R., Blanchard, C., Blanchard, R., Brandao, M., Carobrez, A., Griebel, G., Guimarães, F., Handley, S., Jenck, F. ve Leite, J. R. (2001). The brain decade in debate: II. Panic or anxiety? From animal models to a

- neurobiological basis. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 34(2), 145-154.
- Antoci, A., Fiori Maccioni, A. ve Russu, P. (2016). The ecology of defensive medicine and malpractice litigation. *PLoS One*, 11(3).
- Arbuckle, J. ve Wothke, W. (2004). Structural equation modeling using AMOS: An Introduction The Department of Statistics and Data Sciences, The University of Texas at Austin: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Arbuckle, J. L. (2010). IBM SPSS Amos 19 user's guide. *Crawfordville, FL: Amos Development Corporation*, 635.
- Arkes, H. R. (2013). The consequences of the hindsight bias in medical decision making. *Current Directions in Psychological Science*, 22(5), 356-360.
- Arkonaç, S. (2005). *Psikoloji zihin süreçleri bilimi*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Asher, E., Greenberg-Dotan, S., Halevy, J., Glick, S. ve Reuveni, H. (2012). Defensive medicine in Israel - A nationwide survey. *Plos One*, 7(8), e42613-e42613.
- Attneave, F. (1962). Perception and related areas. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of A Science, Vol. 4*. New York, Ny, Us: Mcgraw-Hill., 619-659.
- Aydaş, S. (2014). *Hekimlerde malpraktis kaynaklı defansif tıp davranışları*. (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Bahamonde-Birke, F. J., Kunert, U., Link, H. ve de Dios Ortúzar, J. (2017). About attitudes and perceptions: Finding the proper way to consider latent variables in discrete choice models. *Transportation*, 44(3), 475-493.
- Baicker, K., Wright, B. J. ve Olson, N. A. (2015). Reevaluating reports of defensive medicine. *Journal Of Health Politics, Policy And Law*, 40(6), 1157-1177.
- Bain, R. (1930). Theory and measurement of attitudes and opinions. *Psychological Bulletin*, 27(5), 357-379.
- Bakan, İ. ve İlker, K. (2012). Kurumsal açıdan algı ve algı yönetimi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 19-34.

- Bakar, M. (2016). *Türk Toplumunda Tıbbi Malpraktis, Hekimler Ve Sağlık Personeline Güven* (Yüksek Lisans Tezi ), T.C. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Bal, B. S. (2009). An introduction to medical malpractice in the United States. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467(2), 339-347.
- Ball, J. R. (1971). The malpractice threat: A study of defensive medicine. *Duke Law Journal*, 939, 939-993.
- Barach, P. ve Small, S. D. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 759-763.
- Barber, N., Rawlins, M. ve Franklin, B. D. (2003). Reducing prescribing error: competence, control, and culture. *BMJ Quality & Safety*, 12(suppl 1), i29-i32.
- Barlıoğlu, H. C. (2018). *Defansif tıp unsuru olarak tıbbi malpraktis*. (Yüksek Lisans Tezi ), T.C. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Ana Bilim Dalı, Gaziantep.
- Baron, J. ve Hershey, J. C. (1988). Outcome bias in decision evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(4), 569-579.
- Barr, D. (1955). Hazards of modern diagnosis and therapy: the price we pay. *Journal of the American Medical Association*, 159(15), 1452-1456.
- Başer, A., Kolcu, M. İ. B., Kolcu, G. ve Balcı, U. G. (2014a). Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği: Ön çalışma. *Tepecik Eğitim Hast Derg.*, 24 (2), 99-102.
- Başer, A., Kolcu, M. İ. B., Kolcu, G., Tuncer, Ö. ve Altuntaş, M. (2014b). Diş hekimlerinin defansif diş hekimliği konusundaki görüşleri: Kesitsel bir çalışma. *Tepecik Eğitim Hast Derg* 24 (2), 103-109.
- Bates, J. E., Phelps, C. ve Johnson, C. W. (2003). *The physician's perception of medical error and its application to the development of an educational training tool*. Paper presented at the AMIA Annual Symposium Proceedings.

- Bay, E. J. ve Algase, D. L. (1999). Fear and anxiety: A simultaneous concept analysis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 10(3), 103-111.
- Bayram, N. (2010). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş AMOS uygulamaları*: Ezgi Kitabevi.
- Bean, J. R. (2016). Defensive medicine: Rational response to irrational risk. *World Neurosurgery*, 94, 568-569.
- Benbassat, J., Pilpel, D. ve Schor, R. (2001). Physicians' attitudes toward litigation and defensive practice: development of a scale. *Behavioral Medicine*, 27(2), 52-60.
- Bentler, P. M. (2006). EQS: Structural equations program manual *Encino, CA: Multivariate Software, Inc.*
- Berger, J. (2008). *Ways of seeing*: Penguin UK.
- Bernard, L. L. (1926). The Attitudes and personality *An introduction to social psychology*. (pp. 246-261): Newyork: Nenary Holt and Co.
- Bhasale, A. L., Miller, G. C., Reid, S. E. ve Britt, H. C. (1998). Analysing potential harm in Australian general practice: an incident-monitoring study. *The Medical journal of Australia*, 169(2), 73-76.
- Bizer, G., Barden, J. ve Petty, R. E. (2003). Attitudes L. Nadel et al. (Eds.) *Encyclopedia of Cognitive Science*. Hampshire, England: MacMillan., 1, 247-253.
- Blanchard, D. C. ve Blanchard, R. J. (2008). .4 Defensive behaviors, fear, and anxiety. *Handbook of Behavioral Neuroscience*, 17, 63-79.
- Blanchard, R. J. ve Blanchard, D. C. (1990). An ethoexperimental analysis of defense, fear, and anxiety. In N. McNaughton & G. Andrews, *Otago Conference Series, No. 1. Anxiety*. Dunedin, New Zealand: University of Otago Press., 124-133.
- Blanchard, R. J., Blanchard, D. C., Griebel, G. ve Nutt, D. (2008). *Introduction to the handbook on fear and anxiety* (Vol. 17): Handbook of Behavioral Neuroscience.
- Blunch Niels, J. (2008). Introduction to Structural Equation Modelling Using SPSS and Amos. *Journal of Environmental Psychology*, 1, 1-269.

- Bogardus, E. S. (1931). *Fundamentals of social psychology*. New York, NY, US: Alfred A. Knopf.
- Bognár, A., Barach, P., Johnson, J. K., Duncan, R. C., Birnbach, D., Woods, D., Holl, J. L. ve Bacha, E. A. (2008). Errors and the burden of errors: attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. *The Annals of Thoracic Surgery*, 85(4), 1374-1381.
- Boomsma, A. (2000). Reporting analyses of covariance structures. *Structural Equation Modeling*, 7(3), 461-483.
- Bourke, J. (2003). *Fear and anxiety: writing about emotion in modern history*. Paper presented at the History Workshop Journal.
- Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L. ve Lamprell, G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open*, 7(11), e017708-e017708.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weiler, P. C. ve Hiatt, H. H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 324(6), 370-376.
- Byrne, B. M. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (2. Edition)*: Routledge.
- Campbell, D. T. (1950). The indirect assessment of social attitudes. *Psychological Bulletin*, 47(1), 15-38.
- Canatan, H., Erdoğan, A. ve Yılmaz, S. (2015). Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(2), 83-89.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *The American Journal of Psychology*, 39(1/4), 106-124.

- Carrier, E. R., Reschovsky, J. D., Mello, M. M., Mayrell, R. C. ve Katz, D. (2010). Physicians' fears of malpractice lawsuits are not assuaged by tort reforms. *Health Affairs*, 29(9), 1585-1592.
- Catherall, D. R. (2003). How fear differs from anxiety. *Traumatology*, 9(2), 76-92.
- Catling, J. ve Ling, J. (2011). *Cognitive psychology*: Pearson Education Limited
- Chapman, G. B. ve Elstein, A. S. (2000). Cognitive processes and biases in medical decision making. *Decision Making in Health Care: Theory, Psychology, and Applications*, 183-210.
- Chawla, A. ve Gunderman, R. B. (2008). Defensive medicine: prevalence, implications, and recommendations. *Academic Radiology*, 15(7), 948-949.
- Chen, J., Majercik, S., Bledsoe, J., Connor, K., Morris, B., Gardner, S., Scully, C., Wilson, E., Dickerson, J., White, T. ve Dillon, D. (2015). The prevalence and impact of defensive medicine in the radiographic workup of the trauma patient: A pilot study. *The American Journal of Surgery*, 210(3), 462-467.
- Christensen, J. F., Levinson, W. ve Dunn, P. M. (1992). The heart of darkness. The impact of perceived mistakes on physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 7(4), 424-431.
- Coleman, A. E. ve Snarey, J. (2011). James-Lange Theory of Emotion *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 844-846): Springer.
- Cook, R. I., Woods, D. D. ve Miller, C. (1998). A tale of two stories: contrasting views on patient safety. : Chicago, IL: National Patient Safety Foundation.
- Corey, S. M. (1937). Professed attitudes and actual behavior. *Journal of Educational Psychology*, 28(4), 271-280.
- Croskerry, P. (2003). The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Academic Medicine*, 78(8), 775-780.
- Croskerry, P., Abbass, A. A. ve Wu, A. W. (2008). How doctors feel: affective issues in patients' safety. *The Lancet*, 372(9645), 1205-1206.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2010). Çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları (Birinci baskı). *Ankara: Pegem Akademi Yayınları*.
- DeMarree, K. G., Clark, C. J., Wheeler, S. C., Briñol, P. ve Petty, R. E. (2017). On the pursuit of desired attitudes: Wanting a different attitude affects



- information processing and behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 70, 129-142.
- Demuth, A. (2013). Perception theories. *Department of Philosophy. Faculty of Philosophy. Trnava*.
- Dennison, R. D. (2005). Creating an organizational culture for medication safety. *Nursing Clinics*, 40(1), 1-23.
- DeWeese, J. (2006). Offensive defensive medicine. *Orthopedics*, 29(4), 296-297.
- DeWolfe, A. S. ve Governale, C. N. (1964). Fear and attitude change. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(1), 119-123.
- Dhankhar, P., Khan, M. M. ve Alam, I. M. S. (2005). Threat of malpractice lawsuit, physician behavior and health outcomes: A re-evaluation of practice of 'defensive medicine' in obstetric care. *SSRN*.
- Dovey, S., Meyers, D., Phillips, R., Green, L., Fryer, G., Galliher, J., Kappus, J. ve Grob, P. (2002). A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *BMJ Quality & Safety*, 11(3), 233-238.
- Droba, D. D. (1933). The nature of attitude. *The Journal of Social Psychology*, 4(4), 444-463.
- Dubay, L., Kaestner, R. ve Waidmann, T. (1999). The impact of malpractice fears on cesarean section rates. *Journal of Health Economics*, 18(4), 491-522.
- Dunn, A. K. ve Stacey, P. C. (2010). *Essential Psychology, Second Edition*. London: SAGE Publications Ltd.
- Dymond, S., Dunsmoor, J. E., Vervliet, B., Roche, B. ve Hermans, D. (2015). Fear generalization in humans: systematic review and implications for anxiety disorder research. *Behavior Therapy*, 46(5), 561-582.
- Earl, A. ve Albarracín, D. (2007). Nature, decay, and spiraling of the effects of fear-inducing arguments and HIV counseling and testing: A meta-analysis of the short-and long-term outcomes of HIV-prevention interventions. *Health Psychology*, 26(4), 496-506.
- Elder, N. C. ve Dovey, S. M. (2002). Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: a synthesis of the literature. *Journal of Family Practice*, 51(11), 927-932.

- Ellsworth, F. (1931). The Concept of Social Attitudes, In K. Young (ed) Social Attitudes. *Social Attitudes* (pp. 3-14). New York: Henry Holt.
- Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. *Anxiety; Current trends in Theory and Research*, 291-337.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Esin, M. (2014). *Hemşirelikte araştırma süreç, uygulama ve kritik*. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
- Eren, E. (2006). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi*: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Evans, S. M., Berry, J., Smith, B., Esterman, A., Selim, P., O'shaughnessy, J. ve DeWit, M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: A collaborative hospital study. *Quality and Safety in Health Care*, 15(1), 39-43.
- Fiscella, K., Franks, P., Zwanziger, J., Mooney, C., Sorbero, M. ve Williams, G. C. (2000). Risk aversion and costs. *Journal of Family Practice*, 49(1), 12-18.
- Flin, R., Patey, R., Jackson, J., Mearns, K. ve Dissanayaka, U. (2009). Year 1 medical undergraduates' knowledge of and attitudes to medical error. *Medical Education*, 43(12), 1147-1155.
- Flotta, D., Rizza, P., Bianco, A., Pileggi, C. ve Pavia, M. (2012). Patient safety and medical errors: knowledge, attitudes and behavior among Italian hospital physicians. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(3), 258-265.
- Franks, P., Williams, G. C., Zwanziger, J., Mooney, C. ve Sorbero, M. (2000). Why do physicians vary so widely in their referral rates? *Journal of General Internal Medicine*, 15(3), 163-168.
- Fрати, P., Busardò, F. P., Sirignano, P., Gulino, M., Zaami, S. ve Fineschi, V. (2015). Does defensive medicine change the behaviors of vascular surgeons? A qualitative review. *Biomed Research International*, 2015, 170692-170692.
- Fuson, W. (1942). Attitudes: A note on the concept and its research context. *American Sociological Review*, 7(6), 856-857.

- Gaba, D. M. (2000). Structural and organizational issues in patient safety: a comparison of health care to other high-hazard industries. *California Management Review*, 43(1), 83-102.
- Gallagher, T. H., Waterman, A. D., Ebers, A. G., Fraser, V. J. ve Levinson, W. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA*, 289(8), 1001-1007.
- Gallagher, T. H., Waterman, A. D., Garbutt, J. M., Kapp, J. M., Chan, D. K., Dunagan, W. C., Fraser, V. J. ve Levinson, W. (2006). US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Archives of Internal Medicine*, 166(15), 1605-1611.
- Garbutt, J., Brownstein, D. R., Klein, E. J., Waterman, A., Krauss, M. J., Marcuse, E. K., Hazel, E., Dunagan, W. C., Fraser, V. ve Gallagher, T. H. (2007). Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(2), 179-185.
- Geuss, M. N., McCardell, M. J. ve Stefanucci, J. K. (2016). Fear similarly alters perceptual estimates of and actions over gaps. *PloS one*, 11(7), e0158610-e0158629.
- Gibson, E. J. (1969). *Principles of perceptual learning and development*. New York: Appleton Century-Crofts.
- Goldstein, E. B. ve Brockmole, J. (2016). *Sensation and perception* (Eighth Edition Baskı). Wadsworth,: Cengage Learning.
- Goodman, J. C., Villarreal, P. ve Jones, B. (2011). The social cost of adverse medical events, and what we can do about it. *Health Affairs*, 30(4), 590-595.
- Gökcan, H. T. (2014). Tıbbi müdahaleden doğan hukuki ve cezai sorumluluk. *Ankara: Seçkin Yayıncılık*.
- Gökşen, Ö. (2014). *Defansif tip ve tıbbi malpraktis uygulamalarının hukuki boyutu, çözüm önerileri ve mesleki sorumluluk sigortası*. (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Graber, M. L. ve Berner, E. S. (2008). Diagnostic error: is overconfidence the problem? *The American Journal of Medicine*, 121(5), S2-S23.

- Graber, M. L., Franklin, N. ve Gordon, R. (2005). Diagnostic error in internal medicine. *Archives of Internal Medicine*, 165(13), 1493-1499.
- Gray, J. A. (1991). Fear, panic, and anxiety: What's in a name? *Psychological Inquiry*, 2(1), 77-78.
- Graydon, M. M., Linkenauger, S. A., Teachman, B. A. ve Proffitt, D. R. (2012). Scared stiff: The influence of anxiety on the perception of action capabilities. *Cognition & Emotion*, 26(7), 1301-1315.
- Gregory, R. L. (1997). Knowledge in perception and illusion. *Philosophical Transactions of The Royal Society of London B: Biological Sciences*, 352(1358), 1121-1127.
- Grober, E. D. ve Bohnen, J. M. A. (2005). Defining medical error. *Canadian Journal of Surgery*, 48(1), 39-44.
- Gruppen, L. D., Margolin, J., Wisdom, K. ve Grum, C. M. (1994). Outcome bias and cognitive dissonance in evaluating treatment decisions. *Academic Medicine*, 69(10), S57-S59.
- Güleç, D. (2012). *Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Güven, M. (2014). *Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İhlali ve Tıbbi Hata Tanıklıkları*. (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Hall, J. A. ve Schmid Mast, M. (2008). Are women always more interpersonally sensitive than men? Impact of goals and content domain. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(1), 144-155.
- Hammond, J. S., Keeney, R. L. ve Raiffa, H. (1998). The hidden traps in decision making. *Harvard Business Review*, 76(5), 47-58.
- Hartmann, C. W., Meterko, M., Rosen, A. K., Zhao, S., Shokeen, P., Singer, S. ve Gaba, D. M. (2009). Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the Veterans Health Administration. *Medical Care Research and Review*, 66(3), 320-338.

- Hauser, M. J., Commons, M. L., Bursztajn, H. J. ve Gutheil, T. G. (1991). Fear of malpractice liability and its role in clinical decision making *Decision Making in Psychiatry and The Law* (pp. 209-226). US: Williams & Wilkins Co.
- Healey, B. J., Kopen, D. ve Smith, J. (2011). Physicians, defensive medicine and ethics. *Academy of Health Care Management Journal*, 7(1), 59-78.
- Henriksen, K. ve Kaplan, H. (2003). Hindsight bias, outcome knowledge and adaptive learning. *BMJ Quality & Safety*, 12(suppl 2), ii46-ii50.
- Hershey, N. (1972). The defensive practice of medicine: myth or reality. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50(1), 69-97.
- Hooper, D., Coughlan, J. ve Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(2), 53-60.
- Hwang, J. Y. (2014). Physicians' Perspectives on the Current Handling of Medical Malpractice in Jordan. *Independent Study Project (ISP) Collection SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad*.
- İnceoğlu, M. (2011). *Tutum-algı iletişim: Siyasal Kitabevi*.
- Janis, I. L. ve Feshbach, S. (1953). Effects of fear-arousing communications. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48(1), 78-92.
- Jeffrey, G. ve McNaughton, N. (2003). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system* (Vol. 33). Great Britain: Oxford University Press.
- Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D. ve Chandra, A. (2011). Malpractice risk according to physician specialty. *The New England Journal of Medicine*, 365(7), 629-636.
- Johnston, W. F., Rodriguez, R. M., Suarez, D. ve Fortman, J. (2014). Study of medical students' malpractice fear and defensive medicine: A "hidden curriculum?". *Western Journal of Emergency Medicine*, 15(3), 293-298.
- Jones, B. D. (1999). Bounded rationality. *Annual Review of Political Science*, 2(1), 297-321.
- Jones, E. E. ve Sigall, H. (1971). The bogus pipeline: A new paradigm for measuring affect and attitude. *Psychological Bulletin*, 76(5), 349-364.

- Kagan, I. ve Barnoy, S. (2013). Organizational safety culture and medical error reporting by Israeli nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 273-280.
- Kaissi, A., Kralewski, J., Dowd, B. ve Heaton, A. (2007). The effect of the fit between organizational culture and structure on medication errors in medical group practices. *Health Care Management Review*, 32(1), 12-21.
- Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H. ve Rosenthal, G. E. (2007). Disclosing medical errors to patients: attitudes and practices of physicians and trainees. *Journal of general internal medicine*, 22(7), 988-996.
- Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H. ve Rosenthal, G. E. (2008). Reporting medical errors to improve patient safety: a survey of physicians in teaching hospitals. *Archives of Internal Medicine*, 168(1), 40-46.
- Karagöz, Y. (2016). *SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Katz, D. A., Williams, G. C., Brown, R. L., Aufderheide, T. P., Bogner, M., Rahko, P. S. ve Selker, H. P. (2005). Emergency Physicians' Fear of Malpractice in Evaluating Patients With Possible Acute Cardiac Ischemia. *Annals of Emergency Medicine*, 46(6), 525-533.
- Kaya, S. (2013). *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Keren-Paz, T. (2010). Liability regimes, reputation loss, and defensive medicine. *Medical Law Review*, 18(3), 363-388.
- Kessler, D. P. ve McClellan, M. (1998). The effects of malpractice pressure and liability reforms on physicians' perceptions of medical care: National Bureau of Economic Research.
- Kiesewetter, J., Kager, M., Lux, R., Zwissler, B., Fischer, M. R. ve Dietz, I. (2014). German undergraduate medical students' attitudes and needs regarding medical errors and patient safety - A national survey in Germany. *Medical Teacher*, 36(6), 505-510.

- Kim, J. ve Bates, D. W. (2006). Results of a survey on medical error reporting systems in Korean hospitals. *International Journal of Medical Informatics*, 75(2), 148-155.
- Kırtıçoğlu, M. (2018). *Yargıtay'da 2010-2017 yılları arasında karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) dava kararlarının değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi), T.C. ukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana.
- Kıymaz, D. (2015). *Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ve tutumlarını etkileyen faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun.
- Kline, R. (2011). *Principles and practices of structural equation modeling (3. Edition)*: The Guilford Press.
- Knapp, P. B. (2009). My lawyer told me to say i'm sorry: Lawyers, doctors, and medical apologies. *Wm. Mitchell L. Rev.*, 35, 1410-1451.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. ve Donaldson, M. S. (2000). To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America: Washington, DC: National Academy Press.
- Konetzka, R. T., Park, J., Ellis, R. ve Abbo, E. (2013). Malpractice litigation and nursing home quality of care. *Health Services Research*, 48(6pt1), 1920-1938.
- Kralewski, J. E., Dowd, B. E., Heaton, A. ve Kaissi, A. (2005). The influence of the structure and culture of medical group practices on prescription drug errors. *Medical Care*, 43(8), 817-825.
- Krech, D. ve Crutchfield, R. S. (1948). *Theory and problems of social psychology*. McGraw-Hill Series in Psychology.
- Kristiansen, I. S., Førde, O. H., Aasland, O., Hotvedt, R., Johnsen, R. ve Førde, R. (2001). Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. *The Lancet*, 357(9264), 1258-1261.

- Lang, P. J., Davis, M. ve Öhman, A. (2000). Fear and anxiety: animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders*, 61(3), 137-159.
- Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *JAMA*, 272(23), 1851-1857.
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Hebert, L., Newhouse, J. P., Weiler, P. C. ve Hiatt, H. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 324(6), 377-384.
- Leape, L. L., Lawthers, A. G., Brennan, T. A. ve Johnson, W. G. (1993). Preventing medical injury. *QRB. Quality Review Bulletin*, 19(5), 144-149.
- LeDoux, J. E. (1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46(1), 209-235.
- Leventhal, H., Singer, R. ve Jones, S. (1965). Effects of fear and specificity of recommendation upon attitudes and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2(1), 20-29.
- Lucchiari, C. ve Pravettoni, G. (2012). Biases in medical decision making *Psychology of Bias* (pp. 1-36): Nova Science Publishers, Inc.
- Lumley, F. E. (1928). *Principles of sociology*: McGraw-Hill.
- Lyckholm, L. (2001). Medical errors and medical culture. There is no easy way around taking responsibility for mistakes. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 323(7312), 570-570.
- Maddux, J. E. ve Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19(5), 469-479.
- Madigosky, W. S., Headrick, L. A., Nelson, K., Cox, K. R. ve Anderson, T. (2006). Changing and sustaining medical students' knowledge, skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. *Academic Medicine*, 81(1), 94-101.
- Maio, G. ve Haddock, G. (2014). *The psychology of attitudes and attitude change*: SAGE Publications Ltd.



- Mamede, S., Van Gog, T., Van Den Berge, K., Rikers, R. M., Van Saase, J. L., Van Guldener, C. ve Schmidt, H. G. (2010). Effect of availability bias and reflective reasoning on diagnostic accuracy among internal medicine residents. *JAMA*, 304(11), 1198-1203.
- Martin, G. N., Carlson, N. R. ve Buskist, W. (2010). *Psychology (Fourth Edition)*. England: Pearson Education Limited.
- May, T. ve Aulisio, M. P. (2001). Medical malpractice, mistake prevention, and compensation. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 11(2), 135-146.
- McDougall, W. (2001). *An introduction to social psychology*. Kitchener, Ontario.: Batoche Books.
- McNaughton, N. (2011). Fear, anxiety and their disorders: Past, present and future neural theories. *Psychology & Neuroscience*, 4(2), 173-181.
- Mechanic, D. (1976). Some social aspects of the medical malpractice dilemma. *Duke Law Journal*, 1975(6), 1179-1196.
- Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. ve Studdert, D. (2010). National costs of the medical liability system. *Health Affairs (Project Hope)*, 29(9), 1569-1577.
- Mello, M. M., Studdert, D. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., Brennan, T. A. ve Sage, W. M. (2005). Effects of a malpractice crisis on specialist supply and patient access to care. *Ann Surg*, 242(5), 621-628.
- Menachemi, N. (2002). *Physicians' perceptions of medical errors*. (Doctoral Dissertation), The University of Alabama, Birmingham
- Menachemi, N., Shewchuk, R. M., O'connor, S. J., Berner, E. S. ve Allison, J. J. (2005). Perceptions of medical errors by internal medicine residents: Development and validation of a new scale. *Quality Management in Healthcare*, 14(3), 144-154.
- Meydan, C. H. ve Şeşen, H. (2011). *Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları*: Detay Yayıncılık.
- Mikkelsen, T. H., Sokolowski, I. ve Olesen, F. (2006). General practitioners' attitudes toward reporting and learning from adverse events: Results from a survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(1), 27-32.

- Mills, D. H. (1978). Medical insurance feasibility study: A technical summary. *Western Journal of Medicine*, 128(4), 360-365.
- Montanera, D. (2016). The importance of negative defensive medicine in the effects of malpractice reform. *The European Journal of Health Economics*, 17(3), 355-369.
- Moser, R. H. (1956). Diseases of medical progress. *New England Journal of Medicine*, 255(13), 606-614.
- Muller, D. ve Ornstein, K. (2007). Perceptions of and attitudes towards medical errors among medical trainees. *Medical Education*, 41(7), 645-652.
- Nahed, B. V., Babu, M. A., Smith, T. R. ve Heary, R. F. (2012). Malpractice liability and defensive medicine: a national survey of neurosurgeons. *PloS one*, 7(6), e39237.
- Naveh, E., Katz-Navon, T. ve Stern, Z. (2005). Treatment errors in healthcare: A safety climate approach. *Management Science*, 51(6), 948-960.
- Nolan, T. W. (2000). System changes to improve patient safety. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 771-773.
- Northcott, H., Vanderheyden, L., Northcott, J., Adair, C., McBrien-Morrison, C., Norton, P. ve Cowell, J. (2007). Perceptions of preventable medical errors in Alberta, Canada. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(2), 122-155.
- Odabaşı, A. B. ve Tümer, A. R. (2006). Çekinik (Defansif) hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun uygulanma aşamasında toplumu bekleyen tehlike. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 15(4), 55-59.
- Ogdie, A. R., Reilly, J. B., Pang, M. W. G., Keddem, M. S., Barg, F. K., Von Feldt, J. M. ve Myers, J. S. (2012). Seen through their eyes: residents' reflections on the cognitive and contextual components of diagnostic errors in medicine. *Academic Medicine: Journal of The Association of American Medical Colleges*, 87(10), 1361-1367.
- Osti, M. ve Steyrer, J. (2017). A perspective on the health care expenditures for defensive medicine. *Eur J Health Econ*, 18, 399-404.

- Öhman, A. (2008). Fear and anxiety. Overlaps and dissociations *Handbook of Emotions Third Edition Edited* (pp. 709): The Guilford Press New York, London.
- Papez, J. W. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 38(4), 725-743.
- Peltomaa, K. (2012). James Reason: Patient safety, human error, and Swiss cheese. *Quality Management in Healthcare*, 21(1), 59-63.
- Perkins, A. M., Kemp, S. E. ve Corr, P. J. (2007). Fear and anxiety as separable emotions: An investigation of the revised reinforcement sensitivity theory of personality. *Emotion*, 7(2), 252-261.
- Peters, G.-J. Y., Ruiter, R. A. ve Kok, G. (2013). Threatening communication: a critical re-analysis and a revised meta-analytic test of fear appeal theory. *Health Psychology Review*, 7(sup1), S8-S31.
- Peterson, R. A. ve Kim, Y. (2013). On the relationship between coefficient alpha and composite reliability. *Journal of Applied Psychology*, 98(1), 194-198.
- Phillips, R. L., Bartholomew, L. A., Dovey, S. M., Fryer, G., Miyoshi, T. ve Green, L. (2004). Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. *BMJ Quality & Safety*, 13(2), 121-126.
- Pickens, J. (2011). Attitudes and perceptions. In N. Borkowski (Ed.), *Organizational Behavior in Health Care*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers (pp. 43-75). Canada: Jones and Barlett Publishers, LLC.
- Pines, J. M. (2006). Profiles in patient safety: confirmation bias in emergency medicine. *Academic Emergency Medicine*, 13(1), 90-94.
- Rachman, S. ve Cuk, M. (1992). Fearful distortions. *Behaviour Research and Therapy*, 30(6), 583-589.
- Rasmussen, J. ve Jensen, A. (1974). Mental procedures in real-life tasks: A case of electronic trouble shooting. *Ergonomics*, 17(3), 293-307.
- Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge University Press.
- Reason, J. (1995). Understanding adverse events: human factors. *Quality in Health Care*, 4(2), 80-89.

- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.
- Reed, D. A., Windish, D. M., Levine, R. B., Kravet, S. J., Wolfe, L. ve Wright, S. M. (2008). Do fears of malpractice litigation influence teaching behaviors? *Teaching and Learning in Medicine*, 20(3), 205-211.
- Reisch, L. M., Carney, P. A., Oster, N. V., Weaver, D. L., Nelson, H. D., Frederick, P. D. ve Elmore, J. G. (2015). Medical malpractice concerns and defensive medicine: a nationwide survey of breast pathologists. *American Journal Of Clinical Pathology*, 144(6), 916-922.
- Reschovsky, J. D. ve Saiontz-Martinez, C. B. (2017). Malpractice claim fears and the costs of treating medicare patients: A new approach to estimating the costs of defensive medicine. *Health Services Research*, 1498-1516.
- Riskind, J. H., Moore, R. ve Bowley, L. (1995). The looming of spiders: The fearful perceptual distortion of movement and menace. *Behaviour Research and Therapy*, 33(2), 171-178.
- Robblee, J. A. ve Nicklin, W. L. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, 348(12), 1184-1185.
- Rogers, R. W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56(1), 179-182.
- Rogers, R. W. ve Deckner, C. W. (1975). Effects of fear appeals and physiological arousal upon emotion, attitudes, and cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(2), 222-230.
- Rogers, R. W. ve Mewborn, C. R. (1976). Fear appeals and attitude change: effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence, and the efficacy of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34(1), 54-61.
- Rosen, J. B. ve Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105(2), 325-350.
- Rothberg, M. B., Class, J., Bishop, T. F., Friderici, J., Kleppel, R. ve Lindenauer, P. K. (2014). The cost of defensive medicine on 3 hospital medicine services. *JAMA Internal Medicine*, 174(11), 1867-1868.

- Ruiter, R. A., Kessels, L. T., Peters, G. J. Y. ve Kok, G. (2014). Sixty years of fear appeal research: Current state of the evidence. *International Journal of Psychology*, 49(2), 63-70.
- Samsiah, A., Othman, N., Jamshed, S. ve Hassali, M. A. (2016). Perceptions and attitudes towards medication error reporting in primary care clinics: A qualitative study in malaysia. *PLoS ONE*, 11(12), 1-19.
- Saposnik, G., Redelmeier, D., Ruff, C. C. ve Tobler, P. N. (2016). Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16(1), 138.
- Sarvadikar, A., Prescott, G. ve Williams, D. (2010). Attitudes to reporting medication error among differing healthcare professionals. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 66(8), 843-853.
- Saygın, T. ve Keklik, B. (2014). Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma: Isparta İli örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 17(2).
- Schachter, S. ve Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69(5), 379-399.
- Schiff, G. D., Hasan, O., Kim, S., Abrams, R., Cosby, K., Lambert, B. L., Elstein, A. S., Hasler, S., Kabongo, M. L. ve Krosnjar, N. (2009). Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. *Archives of Internal Medicine*, 169(20), 1881-1887.
- Schimmel, E. M. (2003). The hazards of hospitalization. 1964. *Qual Saf Health Care*, 12(1), 58-63.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A. ve King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323-338.
- Schwartz, S. K. (2016). Defensive medicine versus value-based care. *Medical Economics*, 93(6), 17-22.
- Schwarz, N. ve Bohner, G. (2001). The construction of attitudes. *Blackwell Handbook Of Social Psychology: Intraindividual Processes*, 1, 436-457.
- Scott, I. A. (2009). Errors in clinical reasoning: causes and remedial strategies. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 339, 22-25.

- Segal, J. (2012). Defensive medicine: a culprit in spiking healthcare costs. *Medical Economics*, 89(10), 70-71.
- Selçuk, M. (2015). *Çekinik (Defansif) Tıp*. (Yüksek Lisans Tezi), T.C. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Bilim Dalı, İzmir.
- Sellen, A. J. (1991). *Mechanisms of human error and human error detection*. (Doctoral Dissertation), University of California, San Diego.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J. ve Helmreich, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, 320(7237), 745-749.
- Shapiro, R. S., Simpson, D. E., Lawrence, S. L., Talsky, A. M., Sobocinski, K. A. ve Schiedermayer, D. L. (1989). A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. *Archives of Internal Medicine*, 149(10), 2190-2196.
- Sibinga, E. S. ve Wu, A. W. (2010). Clinician mindfulness and patient safety. *JAMA*, 304(22), 2532-2533.
- Singer, P. A., Wu, A. W., Fazel, S. ve McMillan, J. (2001). Medical errors and medical culture, An error of omission Commentary, Learning to love mistakes, Doctors are obliged to be honest with their patients, A climate of secrecy undermines public trust. *BMJ*, 322(7296), 1236-1240.
- Sohn, D. H. (2013). Negligence, genuine error, and litigation. *International Journal of General Medicine*, 6, 49-56.
- Solaroglu, I., Izci, Y., Yeter, H. G., Metin, M. M. ve Keles, G. E. (2014). Health transformation project and defensive medicine practice among neurosurgeons in Turkey. *PloS one*, 9(10), e111446.
- Sonnenberg, A. ve Boardman, C. R. (2013). Costs of fear. *The American Journal of Gastroenterology*, 108(2), 173-175.
- Stefanucci, J. K., Gagnon, K. T. ve Lessard, D. A. (2011). Follow your heart: Emotion adaptively influences perception. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(6), 296-308.
- Stefanucci, J. K., Proffitt, D. R., Clore, G. L. ve Parekh, N. (2008). Skating down a steeper slope: Fear influences the perception of geographical slant. *Perception*, 37(2), 321-323.

- Steimer, T. (2002). The biology of fear-and anxiety-related behaviors. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4(3), 231-249.
- Sternberg, R. J. ve Sternberg, K. (2016). *Cognitive psychology*. Nelson Education.
- Stock, G. N., McFadden, K. L. ve Gowen III, C. R. (2007). Organizational culture, critical success factors, and the reduction of hospital errors. *International Journal of Production Economics*, 106(2), 368-392.
- Stryer, D. ve Clancy, C. (2005). Patients' safety: Progress is elusive because culture in health care has not changed. *BMJ: British Medical Journal*, 330(7491), 553-554.
- Studdert, D. M., Mello, M. M. ve Brennan, T. A. (2004). Medical malpractice. *New England Journal of Medicine*, 350(3), 283-292.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K. ve Brennan, T. A. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 293(21), 2609-2617.
- Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ*, 310(6971), 27-29.
- Summerton, N. (2000). Trends in negative defensive medicine within general practice. *Br J Gen Pract*, 50(456), 565-566.
- Sümer, N. (2000). Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.
- Tagaddosinejad, F., Mesri, M., Sheikhzadi, A., Mostafazadeh, B. ve Farahani, M. (2013). Disclosure of medical errors: attitudes of Iranian internists and surgeons. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine*, 3(1), 20-27.
- Tannenbaum, M. B., Hepler, J., Zimmerman, R. S., Saul, L., Jacobs, S., Wilson, K. ve Albarracín, D. (2015). Appealing to fear: A meta-analysis of fear appeal effectiveness and theories. *Psychological Bulletin*, 141(6), 1178-1204.
- Tansüyer, T. (2010). *Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda sağlık personelinin görüşlerini belirlemeye yönelik bir alan araştırması*. (Yüksek

- Lisans Tezi), T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.
- Taylor-Loughran, A. E., O'Brien, M. E., LaChapelle, R. ve Rangel, S. (1989). Defining characteristics of the nursing diagnoses fear and anxiety: A validation study. *Applied Nursing Research*, 2(4), 178-186.
- Thomas, E. J., Studdert, D. M., Burstin, H. R., Orav, E. J., Zeena, T., Williams, E. J., Howard, K. M., Weiler, P. C. ve Brennan, T. A. (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*, 38(3), 261-227.
- Thomas, K. (1994). Defensive medicine and medical malpractice. *Hospital Technology Series*, 13(15), 10-12.
- Thorndike, E. L. (1921). *Education psychology: Briefer course*: Teachers College, Colombia University, New York.
- Top, M., Gider, Ö., Taş, Y. ve Çimen, S. (2008). Hekimlerin tıbbi hatalara neden olan faktörlere ilişkin değerlendirmeleri: Kocaeli ilinden bir alan çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 161-200.
- Tümer, A. R. (2002). *1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi vakalarının komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması*. (Tıpta Uzmanlık), T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara.
- Türk Tabipler Birliği. (2009). Dünya Tabipler Birliği'nin tıpta yanlış uygulama konulu duyurusu (malpraktis), . *Fusun Sayek TTB Raporları / Kitapları, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler, 2. Baskı, TTB Yayınları, Ankara*, 48-49.
- Vaccarino, J. M. (1977). Malpractice: The problem in perspective. *JAMA*, 238(8), 861-863.
- Vandersteegen, T., Marneffe, W. ve Vandijck, D. (2015). Defensive medicine: implications for clinical practice, patients and healthcare policy. *Acta Clinica Belgica*, 70(6), 396-397.
- Varjavand, N., Bachegowda, L. S., Gracely, E. ve Novack, D. H. (2012). Changes in intern attitudes toward medical error and disclosure. *Medical Education*, 46(7), 668-677.



- Vohra, P. D., Johnson, J. K., Daugherty, C. K., Wen, M. ve Barach, P. (2007). Housestaff and medical student attitudes toward medical errors and adverse events. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(8), 493-501.
- Wakefield, B. J., Blegen, M. A., Uden-Holman, T., Vaughn, T., Chrischilles, E. ve Wakefield, D. S. (2001). Organizational culture, continuous quality improvement, and medication administration error reporting. *American Journal of Medical Quality*, 16(4), 128-134.
- Watson, J. B. (1930). *Behaviorism*: New York, NY, US: W W Norton & Co.
- Weingart, N. S., Wilson, R. M., Gibberd, R. W. ve Harrison, B. (2000). Epidemiology of medical error. *BMJ*, 320(7237), 774-777.
- Weissman, J. S., Annas, C. L., Epstein, A. M., Schneider, E. C., Clarridge, B., Kirle, L., Gatsonis, C., Feibelman, S. ve Ridley, N. (2005). Error reporting and disclosure systems: views from hospital leaders. *JAMA*, 293(11), 1359-1366.
- Whitley, G. G. (1992a). Concept analysis of anxiety. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 3(3), 107-116.
- Whitley, G. G. (1992b). Concept analysis of fear. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 3(4), 155-161.
- WHO. (2019). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Veri Tabanı. Retrieved 27.03.2019, from [http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP\\_0020?lang=en](http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0020?lang=en)
- Wicker, A. W. (1969). Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *Journal of Social Issues*, 25(4), 41-78.
- Wilson, R. M., Runciman, W. B., Gibberd, R. W., Harrison, B. T., Newby, L. ve Hamilton, J. D. (1995). The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*, 163(9), 458-471.
- Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communications Monographs*, 59(4), 329-349.
- Witte, K. (1996). Fear as motivator, fear as inhibitor: Using the extended parallel process model to explain fear appeal successes and failures *Handbook of Communication and Emotion* (pp. 423-450): Elsevier.

- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*, 320(7237), 726-727.
- Wu, A. W., Cavanaugh, T. A., McPhee, S. J., Lo, B. ve Micco, G. P. (1997). To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. *J Gen Intern Med*, 12(12), 770-775.
- Wu, A. W., Folkman, S., McPhee, S. J. ve Lo, B. (1991). Do house officers learn from their mistakes? *Quality and Safety in Health Care*, 12(3), 221-226.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.
- Yılmaz, K., Polat, O. ve Kocaman, B. (2014). Defansif tip uygulamalarının hukuksal açıdan İncelenmesi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 5(16), 19-51.
- Zadra, J. R. ve Clore, G. L. (2011). Emotion and perception: The role of affective information. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*, 2(6), 676-685.
- Zimmerman, C. C. (1926). Types of farmers' attitudes. *Soc. F.*, 5, 591-596.

## EKLER

### Ek 1. Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Bu anket formu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında “**Hekimlerin malpraktis korkuları açısından tıbbi hata algıları ve tıbbi hataya yönelik tutumlarının değerlendirilmesi**” başlıklı Doktora tezi kapsamında yapılan araştırmada veri toplama amacıyla hazırlanmıştır.

Araştırmada hekimlerin sosyodemografik özellikleri bağlamında malpraktis korkularının, tıbbi hataya yönelik algı ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle ankette yer alan sorulara içtenlikle ve hiçbir soruyu atlamadan yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anket 4 bölümden oluşmaktadır. Doldurulması 10-15 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyerek veya daire içine alarak, açık uçlu sorularda ise sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederim.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki iletişim bilgilerinizi kullanabilirsiniz.

Adres : Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programı

Tel : 0(542) 679 62 18

E-posta : ugrakugur@gmail.com

Uğur UĞRAK  
Hacettepe Üniversitesi  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı  
Doktora Programı

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

**BÖLÜM 1:**

1. Doğum yılınız.

19....

2. Cinsiyetiniz.

( ) Erkek ( ) Kadın

3. Medeni durumunuz.

( ) Evli ( ) Bekâr

4. Kaç yıldır hekimlik mesleği yapıyorsunuz?

.....

5. Branşınız nedir?

.....

6. Statünüz?

( ) Pratisyen ( ) Uzm.Öğrc. ( ) Uzman ( ) Yrd.Doç. ( ) Doç. ( ) Prof.

7. Herhangi bir malpraktis davasına dâhil oldunuz mu?

( ) Evet ( ) Hayır

8. Yakın çevrenizde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olan hekim oldu mu?

( ) Evet ( ) Hayır

9. Hakkınızda malpraktis iddiasıyla şikâyet oldu mu?

( ) Evet ( ) Hayır

10. Çevrenizde malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekim oldu mu?

( ) Evet ( ) Hayır

11. Çevrenizde malpraktis sebebi ile ceza alan hekim oldu mu?

( ) Evet ( ) Hayır

12. Tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim aldınız?

( ) Evet ( ) Hayır

13. Son bir yıl içinde sakatlık ve ölüm ile sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaştınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

14. Tıbbi hataların önlenmesi en çok kimin sorumluluğunda olmalı?

( ) Hekimlerin

( ) Hastane yönetiminin

( ) Sağlık Bakanlığının

( ) Hükümetin

15. Tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini biliyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

16. Tıbbi hata ve malpraktis konusuna yönelik bilgi seviyenizi (1) kesinlikle yetersiz, (5) kesinlikle yeterli olmak üzere skalada işaretleyin.

	Kesinlikle yetersiz 1	2	3	4	Kesinlikle yeterli 5
Tıbbi hata ve malpraktis konusuna yönelik bilgi seviyeniz	1	2	3	4	5

Lütfen diğer sayfaya devam ediniz!

Lütfen **malpraktis konusu** ile ilgili aşağıdaki ifadelere katılım derecenizi **(1) Kesinlikle katılmıyorum, (5) Tamamen katılıyorum** olmak üzere 1-5 arasındaki skala üzerinde işaretleyiniz.

BÖLÜM 2:	Kesinlikle katılmıyorum				Tamamen katılıyorum
		←	→	→	
1. Sağlık hizmet sunumuna yönelik hukuki gelişmeler nedeni ile mesleki uygulamalarımda önemli değişiklikler yapmak zorunda kaldım.	1	2	3	4	5
2. Gelecek 10 yıl içinde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olacağım diye endişeleniyorum.	1	2	3	4	5
3. Malpraktis davası tehdidi nedeniyle günlük mesleki uygulamalarımda kendimi baskı altında hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. Sadece malpraktisten kaçınmak için bazı testler ve konsültasyon istediğim olur.	1	2	3	4	5
5. Özellikle dava edilme riskini azaltmak için bazen ileri uzman görüşü istediğim olur.	1	2	3	4	5
6. Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açılarından giderek daha riskli olmaya başlamıştır.	1	2	3	4	5

Lütfen **tıbbi hatalara yönelik tutumalar** ile ilgili aşağıdaki ifadelere katılım derecenizi **(1) Kesinlikle katılmıyorum, (5) Tamamen katılıyorum** olmak üzere 1-5 arasındaki skala üzerinde işaretleyiniz.

BÖLÜM 3:	Kesinlikle katılmıyorum				Tamamen katılıyorum
		←	→	→	
1. Hekim tıbbi hata yaptığında durumu meslektaşları ile paylaşmalıdır.	1	2	3	4	5
2. Hekim tıbbi hata yaptığında durumu hasta ve hasta yakınları ile paylaşmalıdır	1	2	3	4	5
3. Hekimin yaptığı tüm tıbbi hatalar bildirilmelidir.	1	2	3	4	5
4. Yardımcı sağlık personelinin tıbbi hata önlemeye yönelik uyarıları dikkate alınmalıdır.	1	2	3	4	5
5. Hastanın sağlık durumu iyileştiği sürece yapılan tıbbi hataların bir önemi yoktur.	1	2	3	4	5
6. Tıbbi hatalardan yeterli geri beslemeyi sağlayacak bir sistem mevcuttur.	1	2	3	4	5
7. Tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek yoktur	1	2	3	4	5
8. Tıbbi hata yaptığımda meslektaşlarım beni yargılamaz.	1	2	3	4	5

Lütfen aşağıdaki durumların **tıbbi hata oluşumundaki etki derecesini** (1) Etkisiz, (5) Çok Etkili olmak üzere 1-5 arasında aşağıdaki skala üzerinde işaretleyin.

BÖLÜM 4:	Etkisiz				Çok Etkili
		←————→			
1. Doktorlar arasındaki yetersiz iletişim	1	2	3	4	5
2. Kanıta dayalı tıbbin yetersizliği	1	2	3	4	5
3. Dikkatsizlik	1	2	3	4	5
4. Hekimin el yazısının "kötü" oluşu	1	2	3	4	5
5. Hekimin aşır özgüveni	1	2	3	4	5
6. Eski tıbbi uygulamalar	1	2	3	4	5
7. Riskli karar ve uygulamalardan kaçınılması	1	2	3	4	5
8. Hukuki davalar	1	2	3	4	5
9. Yorgunluk	1	2	3	4	5
10. Stres	1	2	3	4	5
11. Kısa zamanda çok hasta tedavi etme çabası	1	2	3	4	5
12. Hastaların dürüst olmayışı	1	2	3	4	5
13. Sigorta şirketleri ve/veya ailenin sağlık hizmetini yönlendirmesi	1	2	3	4	5
14. Olağandışı / atipik hasta	1	2	3	4	5
15. Tıbbi uygulamaların istenmeyen sonuçları	1	2	3	4	5
16. Karmaşık klinik durumlar/eşlik eden klinik durumlar	1	2	3	4	5
17. İlaç seçim/ilaç doz hataları	1	2	3	4	5
18. Hastanın tıbbi öyküsüne ulaşmada yetersizlik	1	2	3	4	5
19. Hastanın dil / eğitim yetersizliği	1	2	3	4	5
20. Test sonuçlarının yorumlanması	1	2	3	4	5

Tıbbi hata ve malpraktis konusu hakkında ilave etmek istediğiniz hususları lütfen yazınız.

.....

.....

.....

.....

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

## Ek 2. Etik Kurul İzni



**T.C.**  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 805


Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

**Toplantı Tarihi** : 30 MAYIS 2017 SALI  
**Toplantı No** : 2017/14  
**Proje No** : GO 17/440 (Değerlendirme Tarihi: 16.05.2017)  
**Karar No** : GO 17/440- 07


Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM' ın sorumlu araştırmacı olduğu, Uğur UĞRAK' ın doktora tezi olan, GO 17/440 kayıt numaralı, "**Hekimlerin Malpraktis Korkuları Açısından Tıbbi Hata Algularının ve Tutumlarının Değerlendirilmesi**" başlıklı proje önerisi araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- |   |  |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan)     | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye)      |
| İZİNLİ                                  |  |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye)   | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye)          |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye)     | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye)            |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye)        | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye)        |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye)           |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye)      | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖK (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye)      | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye)         |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye)    | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye)        |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye)  | İZİNLİ                                     |
|   | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye)                |

## Ek 3. Araştırma Uygulama İzni




**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA ARAŞTIRMA**  
**MERKEZİ**  
**TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)**  
**KARAR DEFTERİ**



**KARAR TARİHİ :20.07.2017**  
**KARAR NO:7**

1. Sağ.Bak.lığı.Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hst. Birl. Gn. Sekreterliğinin 28.06.2017 tarihli, SAYI:70629056/602.01.02-E.398 sayılı ve "Arş.Gör.Dr. Neşe UYSAL-Araştırma İzni" konulu, Öğretim Elemanı **Hemşire Neşe UYSAL**'ın "Kanser Tanısı Alan Bireylerde Destek Bakım İhtiyaçlarının Belirlenmesi ve Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" başlıklı araştırma projesi incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmemiştir.**
2. Sağ.Bak.lığı.Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hst. Birl. Gn. Sekreterliğinin 30.06.2017 tarihli, SAYI: 70629056/602.01.02-E.401 sayılı ve "Doç.Dr. Nurcan ÇALIŞKAN-Araştırma İzni" konulu, Öğretim Üyesi **Doç.Dr. Nurcan ÇALIŞKAN**'ın "Hemşirelerin Üriner İnkontinansa İlişkin Bilgi, Tutum, Uygulama ve Engelleri" başlıklı araştırma projesi incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
3. GEAH Kardiyoloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Rönt.Tekns. Uğur UĞRAK**'ın 03.07.2017 tarihli, SAYI :50687469-771.E-4238 sayılı ve "Hekimlerin Malpraktis Korkuları Açısından Tıbbi Hata Algılarının Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **revize edilerek uygun görülmüştür.**
4. GEAH Göğüs Cerrahi Kliniğinde görev yapmakta olan **Hem. Beyhan AYSAL**'ın 06.07.2017 tarihli SAYI :50687469-806.01.03.E-5557 sayılı ve "Hemşirelerin İşyeri Nezaketsizliğine Yönelik Deneyimlerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmemiştir.**



E-Geçerli elektronik imza ile süretilmiş <http://e-bolge.soguk.gov.tr/uzmanlik-ulek> b70602-S-043e147848c4b18b11099f063e kodu ile erişebilirsiniz. B66/bolge-3070 sayılı elektronik imza yönetmeliğindeki elektronik imza ile imzalanmıştır.



## Ek 4. Ölçek İzinleri

### 1. Malpraktis Korku Ölçeği Adaptasyonu için E-Mail Yolu ile Alınan İzinler

---

**Katz, David A** <david-katz@uiowa.edu>  
Alıcı: Ugur Ugrak <ugrakugur@gmail.com>

22 Şubat 2017 05:11

Dear Ugur,

You have my permission to adapt the Fear of Malpractice scale in the Turkish language.

Good luck and thanks for your interest in our research paper,

David Katz

David Katz, MD, MSc

Division of General Internal Medicine

---

**Williams, Geoffrey** <Geoffrey\_Williams@urmc.rochester.edu>  
Alıcı: "Fiscella, Kevin" <Kevin\_Fiscella@urmc.rochester.edu>, Ugur Ugrak <ugrakugur@gmail.com>

4 Mart 2017 16:28

Hi Ugur,

Yes you may adapt the scale. Please keep me informed about your results. Thank you for your inquiry.

I wish you well with your work.

Cheers Geof Williams

---

## 2. Tıbbi Hata Algı Ölçeği Kullanımı için E-mail Yolu ile Alınan İzin

---

**Kimden:** Menachemi, Nir

**Gönderilme:** 9 Mart 2017 Perşembe 01:39

**Kime:** O'Connor, Stephen J; UGUR UGRAK

**Konu:** [SPAM] RE: Perceptions of Medical Errors

Ugur:

Thank you for your interest in our work. I am OK with you using the scale that was published for your research. However, I believe the journal owns the copyright on the article. I would encourage you to determine whether there are copyright issues to consider given the work you plan to conduct.

Best of luck,  
Nir Menachemi


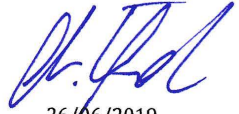

**Nir Menachemi, PhD, MPH**  
Professor and Department Chair  
Health Policy and Management  
and Affiliated Scientist, Regenstrief Institute, Inc.

**INDIANA UNIVERSITY**  
Richard M. Fairbanks School of Public Health  
Health Sciences Building (RG)  
1050 Wishard Blvd. 5<sup>th</sup> Floor  
Indianapolis IN 46202-2872

Direct: (317) 274-0388  
Faculty profile: [click here](#)  
[nirmena@iu.edu](mailto:nirmena@iu.edu)



## Ek 5. Orijinallik Raporu

	<b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</b>
<b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</b>	
Tarih: 26/06/2019	
<p>Tez Başlığı: HEKİMLERİN TIBBİ HATA ALGI VE TUTUMLARI İLE MALPRAKTİS KORKULARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 146 sayfalık kısmına ilişkin, 26/06/2019 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 7'dir.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç</li> <li>2- <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç</li> <li>3- <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç</li> <li>4- <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil</li> <li>5- <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç</li> </ol> <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p>	
 26/06/2019	
<p><b>Adı Soyadı:</b> Uğur UĞRAK</p> <p><b>Öğrenci No:</b> N13246347</p> <p><b>Anabilim Dalı:</b> Sağlık Yönetimi</p> <p><b>Programı:</b> Sağlık Yönetimi</p> <p><b>Statüsü:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Bütünleşik Dr.</p>	
<p><b>DANIŞMAN ONAYI</b></p> <p style="text-align: center;">UYGUNDUR.</p> <p style="text-align: center;">   Doç. Dr. Oğuz IŞIK </p>	