

# Hasta Şikayetlerinin Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Davranışına Etkisi: İkincil Mağdurlar Aile Hekimleri mi?

Effects of Patient Complaints on Defensive Medicine Behavior of Family Physicians: Are Family Physicians the Second Victims?

## Öz

**Amaç:** Çalışmamızda hasta hakları birimlerine gelen hasta şikayetlerinin aile hekimlerin defansif tıp uygulama tutumlarını nasıl etkilediğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışma İstanbul'un Kadıköy ilçesinde görev yapmakta olan 209 aile hekimi ile, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak gerçekleştirildi. Tüm katılımcılara Defansif Tıp Tutum Ölçeği ile kişisel özelliklerin sorgulandığı 14 soruluk bir anket uygulandı.

**Bulgular:** Daha önce hastalarca şikayet edilmiş olan aile hekimlerinin hem pozitif hem de negatif defansif tıp skorlarının diğer hekimlerinkinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görüldü ( $p < 0,001$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** Meslek yaşamının ilk 10 yılında olan ve günde 60'tan fazla hasta bakan erkek aile hekimlerinin defansif tıp skorlarının diğer hekimlerinkinden daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sistemde mükerrer şikayetlerin önlenmesi ve şikayetlerin önce kurum yöneticileri tarafından değerlendirilmesi hekimlerde ikincil mağduriyet oluşumunu engelleyebilir.

**Anahtar Sözcükler:** aile hekimleri, defansif tıp; hasta hakları; hekim-hasta ilişkisi

## Abstract

**Aim:** In this study we aimed to assess how family doctors' attitudes toward practicing defensive medicine were affected by patient complaints made to the departments for patient rights.

**Materials and Methods:** The study based on face-to-face interviews included a total of 209 family doctors practicing medicine in the Kadıköy district of Istanbul. All participants were assessed using a 14-question survey including questions investigating personal characteristics and the Defensive Medicine Behavior Scale.

**Results:** Compared to the other participants, the family doctors who previously received patient complaints showed statistically significantly higher scores of positive and negative defensive medicine ( $p < 0,001$ ).

**Discussion and Conclusion:** We observed that the male family doctors who examined more than 60 patients a day and who had professional experience of less than 10 years had higher scores of defensive medicine, compared to the other participants. Systemic preclusion of filing duplicate complaints and pre-assessment of patient complaints by the institution management can prevent the doctor becoming the second victim.

**Keywords:** defensive medicine; doctor-patient relationship; family doctors; patient rights

Hasan Hüseyin Mutlu<sup>1</sup>, Hacer Hicran Mutlu<sup>2</sup>, Handan Ankaralı<sup>3</sup>

- <sup>1</sup> İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı
- <sup>2</sup> İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
- <sup>3</sup> İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

Geliş/Received : 31.03.2019

Kabul/Accepted: 15.08.2019

DOI: 10.21673/adoluklin.547289

Yazışma yazarı/Corresponding author

Hacer Hicran Mutlu

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Merdivenköy Poliklinikleri, Kadıköy, İstanbul, Türkiye  
E-posta: hicranbeyca@hotmail.com

ORCID

Hasan Hüseyin Mutlu: 0000-0001-8947-711X

Hacer Hicran Mutlu: 0000-0003-3712-0068

Handan Ankaralı: 0000-0002-3613-0523

## GİRİŞ

Defansif tıp (DT), hekimlerin idari ve hukuksal yükümlülüklerden korunmak amacıyla tanı, tedavi ve izlem süreçlerinde gerçekleştirdikleri, tıbbi gereklilikle örtüşmeyen uygulamalardır (1–3). Bu uygulamaları pozitif defansif tıp (PDT) ve negatif defansif tıp (NDT) olarak ikiye ayırmak mümkündür. PDT uygulamaları için tedavi/bakım sürecinde gereğinden fazla işleme başvurulması, gereksiz ilaç reçeteleme, daha fazla kayıt tutma, gerekli olmayan görüntüleme ve laboratuvar tetkikleri isteme, kontrollerin lüzumundan fazla sıklaştırılması gibi örnekler verilebilir. NDT ise, hekimin yapması gereken tıbbi işlemlerden geri durması, komplikasyon riski yüksek hastaların tedavisinden kaçınması veya hastayı malzeme/ekipman yetersizliğini bahane ederek başka bir merkeze sevk etmesi gibi davranışları içerir (4,5). DT uygulamalarının dünya genelinde yaygın olduğu, Avrupa ülkelerinde %80 oranıyla İtalya'nın, dünyada ise %98 oranıyla Japonya'nın başı çektiği bildirilmiştir (6). Ülkemizde bu oran %78,38 olarak saptanmıştır (2).

Hasta hakları, bireyin insan haklarının bir parçası olarak tanımlanmaktadır. Hasta haklarıyla ilgili yazılı düzenlemelerin tarihi Mısır'daki Hammurabi Kanunları'na kadar uzansa da modern tıpta kaydedilen ilk yasal düzenleme 1972'de ABD'de yürürlüğe giren Hasta Hakları Beyannamesi'dir (7). Ülkemizde hasta haklarıyla ilgili ilk yönetmelik 1998 yılında yürürlüğe girmiştir. 2003'te Sağlıkta Dönüşüm Reformu ile birlikte sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik artmış, 2003'te 3,4 olan kişi başı hekime başvuru sayısı, 2016 yılına gelindiğinde 8,6'ya çıkmış ve hekimlerin iş yükü kümülatif olarak yaklaşık üç katına çıkmıştır (8–10). 2006'da hayata geçirilen aile hekimliği sistemi ile aile hekimlerinin kendilerine düşen hasta popülasyonuna hem koruyucu sağlık hizmeti hem de poliklinik hizmeti vermesi hedeflenmiştir. Sistemin işleyişini denetleyebilmek ve hasta memnuniyetini artırmak amacıyla hasta hakları kavramı öne çıkarılmış, bununla ilgili birimler (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi—SABİM, İl Sağlık Müdürlükleri, İlçe Sağlık Müdürlükleri ve hastanelerde bulunan Hasta İletişim Birimleri) faaliyete geçmiştir. SABİM 2003–2004 döneminde kurulmuş olup kuruluşunun ilk yılında yapılan başvuru sayısı 9.559 iken, bu sayı 2013 yılına gelindiğinde 1.5 milyon geçmiştir (11). Bu başvuruların tamamı şikayet

mahiyetinde olmamakla birlikte, bir yılda İstanbul Güney Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı 12 hastaneye yapılan SABİM başvuruları incelendiğinde, şikayet oranının %64,04 olduğu ve bu şikayetlerin de ancak %7,1'nin gerçek bir tıbbi uygulama hatasından ileri geldiği saptanmıştır (12).

Hasta başvurusu sonrasında hasta iletişim birimi tarafından hekimden konuyla ilgili yazılı bilgi istenmektedir. Hekim cevabının ardından hasta veya hasta yakını şikayetinden vazgeçmezse şikayet dosyası İlçe Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları Kurulu'na iletilmekte ve yapılan değerlendirmede hak ihlali olduğuna karar verilirse hekim hakkında idari soruşturma açılabilir. Sağlık hizmetlerinde hastanın yaşadığı mağduriyet birincil mağduriyet, haksız şikayetler nedeniyle sağlık çalışanlarının yaşadığı mağduriyet ikincil mağduriyet ve bu sürecin hizmetin sunulduğu kuruma verdiği zarar ise üçüncül mağduriyet olarak tanımlanmaktadır (13,14).

Çalışmamızda hasta şikayetleri sonrasında ikincil mağduriyet yaşayan hekimler ile diğer hekimlerin defansif tıp davranış ve tutumları arasında bir farklılık olup oluşmadığını belirlemek amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız, kesitsel, tanımlayıcı bir anket uygulaması olarak 2016 yılı Eylül ve Ekim aylarında İstanbul'un Kadıköy ilçesinde görev yapmakta olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 209 aile hekimi ile, yüz yüze anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Öncesinde İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan izin (26.07.2016-0163) alınmıştır. Kullanılan anketle hekimlerin sosyodemografik özellikleri, zorunlu mali sigorta yaptırıp yaptırmadıkları, ne kadar süredir hekimlik yaptıkları, dava edilme durumları ve edilmişlerse dava sonucunda tazminat ödemeyip ödemedikleri sorgulanmıştır. PDT ve NDT tutumlarını ölçmek için Defansif Tıp Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Anket sorularının düzenlenmesinde Likert tipi durum ölçek şıklar kullanılmıştır. Defansif Tıp Tutum Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2014 yılında Başer ve ark. tarafından yapılmıştır (15). Yanıtlardan gelen puanlardan ("Tamamen katılıyorum" [5 puan], "Çok katılıyorum" [4 puan], "Orta derece katılıyorum" [3 puan], "Az katı-

Tablo 1. Katılımcı özellikleri

		n=209	%
Akademik unvanı	Pratisyen	127	60,8
	Uzman	63	30,1
	Akademisyen	19	9,1
Cinsiyeti	Erkek	135	64,6
	Kadın	74	35,4
Haftalık çalışma süresi (saat)	0-40	75	35,9
	41-50	92	44,0
	51-60	22	10,5
	>60	20	9,6
Dava edilmiş mi?	Evet	11	5,3
	Hayır	198	94,7
Tazminat ödemiş mi?	Evet	1	0,5
	Hayır	208	99,5
Defansif tıp hakkında bilgisi var mı?	Evet	163	78,0
	Hayır	46	22,0
Şikayetler performansını olumsuz etkiliyor mu?	Evet	190	90,9
	Hayır	19	9,1
Bir günde baktığı hasta sayısı	0-20	3	1,4
	21-40	20	9,6
	41-60	49	23,4
	61-80	114	54,5
	>81	23	11,0
Hekimlik sigortası yaptırıyor mu?	Yaptırıyor	22	10,5
	Yaptırıyor	187	89,5

lıyorum” [2 puan], “Hiç katılmıyorum” [1 puan]) elde edilen toplam puanlar, “Çok iyi” (60–80 puan), “İyi” (47–56 puan), “Orta” (35–44 puan) ve “Zayıf” (23–32 puan) şeklinde sınıflandırılarak katılımcıların DT tutumları derecelendirilmiştir.

### İstatistiksel analiz

İstatistiksel analiz için SPSS (v. 25) kullanılarak yüzdelik dağılımlar hesaplanmıştır. Ki-kare testinde  $p \leq 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Sayısal değerler için ANOVA gerçekleştirilmiş ve anlamlı olanlarda Somer d değeri hesaplanmıştır. DT ölçeğinde yer alan toplam 14 soru için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,855 olarak tespit edilmiştir (PDT tutum soruları için 0,738; NDT tutum soruları için 0,850). Bu sonuçlar ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

## BULGULAR

Çalışmamızda toplam 220 aile hekimine ulaşılmış, ancak 209 aile hekimi anketi tamamlamıştır. Katılımcıların yaş ortalaması  $36,97 \pm 9,19$  yıl olup %64,6’sı (n=135) erkek, %35,4’ü (n=74) kadındı. Hekimlerin akademik

unvanları incelendiğinde %60,8’inin (n=127) pratisyen hekim, %30,1’inin (n=63) uzman hekim, %9,1’inin (n=19) ise akademisyen olduğu görüldü. Hekimlerin %36,8’i (n=77) son bir yıl içinde hastalarca şikayet edildiğini beyan etti (Tablo 1).

Katılımcıların %64,1’nin (n=134) haftada 40 saatten fazla, %35,9’nun (n=75) ise 40 saatten az çalıştığı belirlenmiştir. On bir (%5,3) hekimin meslek yaşamı boyunca en az bir defa dava edildiği ve 1 hekimin de (%0,5) bu süreç sonunda tazminat ödemediği anlaşılmıştır. Katılımcıların %78’i (n=163) DT hakkında bilgi sahibi olduğunu, %90,9’u (n=190) hasta şikayetlerinin günlük performansını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Katılımcıların %89,5’inin (n=187) zorunlu hekimlik sigortası yaptırmış olduğu anlaşılmıştır (Tablo 1).

Son bir yıl içinde hasta iletişim birimi tarafından kendisinden bilgi istenen aile hekimlerinin oranı Tablo 2’de verilmiştir. Son bir yıl içinde hasta iletişim birimine pratisyen hekimler hakkında gelen şikayet sayısının uzman hekimler hakkındakilerden daha fazla olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p=0,001$ ). Akademisyen hekimler incelendiğinde hasta iletişim birimine şikayet edilen ve

Tablo 2. Hasta şikayetlerinin katılımcı özellikleriyle ilişkisi

	Hasta şikayeti				p	
	Evet		Hayır			
	%	%	%	%		
Unvan	Pratisyen	63	81,8	64	48,5*	0,001
	Uzman	10	13,0	53	40,2*	
	Akademisyen	7	5,2	15	11,4	
	Toplam	77	36,8	132	63,16	
Haftalık çalışma saati	0-40	26	33,8	49	37,1	0,603
	41-50	33	42,9	59	44,7	
	51-60	11	14,3	11	8,3	
	>60	7	9,1	13	9,8	
Dava edilme	Evet	2	2,6	9	6,8	0,187
	Hayır	75	97,4	123	93,2	
Tazminat ödeme	Evet	1	1,3	0	0,0	0,633
	Hayır	76	98,7	132	100,0	
Defansif tıp hakkında bilgi	Evet	68	88,3	121	91,7	0,426
	Hayır	9	11,7	11	8,3	
Performansa olumsuz etki	Evet	75	97,4	115	87,1	0,013
	Hayır	2	2,6	17	12,9	
Hekimlik sigortası	Yaptırmıyor	3	3,9	18	13,6	0,035
	Yaptırıyor	74	94,8	114	86,4	
Günlük hasta sayısı	0-20	2	2,6	1	0,8	0,019
	21-40	1	1,3	19	14,4*	
	41-60	17	22,1	32	24,2	
	61-79	49	63,6	65	49,2*	
Cinsiyet	Erkek	57	74,0	78	59,1	0,029
	Kadın	20	26,0	54	40,9	

\* Son bir yıl içinde şikayet edilen hekimlerin diğer hekimlerden farkı anlamlıdır.

edilmeyen hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Ankete verilen cevaplara göre, son bir yıl içinde şikayet edilen ve bu konuda kendilerinden bilgi istenen hekimlerin performanslarının diğer hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (p=0,013) (Tablo 2).

Zorunlu mali hekimlik sigortası yaptıran oranının, son bir yıl içinde haklarındaki şikayetlere cevap yazan aile hekimlerinde anlamlı şekilde yüksek olduğu gözlemlenmiştir (p=0,019). Hekimlerin günlük muayene sayısı arttıkça, haklarındaki şikayet sayısının da anlamlı şekilde arttığı görülmüştür (p=0,035). Erkek aile hekimlerinin kadın aile hekimlerinden daha fazla şikayet edildiği saptanmıştır (p=0,029) (Tablo 2).

Hasta iletişim birimine şikayet edilen aile hekimlerinin yaş ortalamasının 34,92±9,36 olduğu ve bunun haklarında şikayet olmayan hekimlerin yaş ortalamasından (38,17±8,92) anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p=0,014). Şikayet edilen aile hekimlerinin

hekimlik sürelerinin anlamlı şekilde daha kısa olduğu gözlenmiştir (p=0,016). Bu ilk gruptaki hekimlerin hem PDT hem de NDT puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (PDT, p=0,001; NDT, p=0,001) (Tablo 3).

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Defansif tıbbın temel nedeni hekimlerin malpraktisten korunma çabası olsa da, farklı çalışmalarda hastaların şikayet etme olasılığının da bu türden uygulamalara eğilimi artırdığı gösterilmiştir (16,17). Hasta şikayetleri hastaların beklentileri, yaşadıkları ve ihtiyaçları hakkında kurumsal yönetime bilgi sağlamakta, sistemin hatalı noktalarının tespitinde ve düzeltilmesinde önemli rol oynamaktadır. Hasta şikayetlerinin hekimin çalıştığı kurumun yönetimine iletilmesinin ve çözüme kavuşturulmasının hem hekimlerde ikincil mağduriyeti hem de gelecekte aynı konudaki şikayetleri azaltacağı kanısındayız.

Tablo 3. Hasta şikayetlerinin defansif tıpla ilişkisi

	Hasta şikayeti				P
	Evet		Hayır		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Yaş	34,92	9,36	38,17	8,92	<b>0,014</b>
Hekimlik süresi (yıl)	9,36	9,04	12,50	8,94	<b>0,016</b>
PDT	3,44	0,64	3,06	0,59	<b>0,001</b>
NDT	3,65	0,93	3,05	0,87	<b>0,001</b>

SS: standart sapma

Aile Hekimliği Kanunu'na göre, her aile hekimliği birimine en fazla 4.000 kişi kayıt yaptırabilmektedir. Hekimin bu popülasyona hem koruyucu sağlık hizmeti hem de poliklinik hizmeti vermesi beklenmektedir. Çeşitli çalışmalarda aile hekimlerinin günde ortalama 60-73,5 hastaya poliklinik hizmeti verdiği bildirilmiştir (18,19). Bizim çalışmamızda da aile hekimlerinin hasta muayenesine ortalama 6-8 dakika ayırabildiği gözlemlenmiştir. Hekimlerin hasta sayısındaki artışla beraber daha fazla hasta şikayetiyle karşılaştığını ve DT skorlarında artış olduğunu saptadık. Aile hekimliği birimlerine kayıtlı hasta sayısının azaltılması, hasta muayene süresini artırarak hasta şikayetlerinin azalmasını sağlayabilir (20).

Literatürde haksız hasta şikayetleri sonrası birinci basamakta çalışan hekimlerde utanç, kızgınlık gibi duygularda artış olduğu, bu şikayetler sonrasında ceza alan hekimlerin hem PDT hem NDT uyguladıkları belirtilmektedir (14,21). Literatürle uyumlu olarak, biz de şikayet edilen aile hekimlerinin hem PDT hem de NDT puanlarının diğer hekimlerinkine kıyasla daha yüksek olduğunu gözlemledik. En yaygın DT uygulamasının "ayrıntılı kayıt tutma" olduğunu tespit ettik. Halihazırda hastaya ayrılabilir poliklinik süresi zaten kısıtlı iken, bu sürenin amacı dışında kullanılması hasta memnuniyetinin azalmasına ve şikayetlerin daha da artmasına neden olacaktır. Bu nedenle hasta şikayetlerinin bir filtrelemeden geçirilmesi, farklı birimlere yapılan mükerrer şikayetlerin ve hekimle ilgili olmayan şikayetlerin hekime ulaşmadan önce elimine edilmesi gerekmektedir.

DT kadın hastalıkları, genel cerrahi ve beyin cerrahisi gibi riskli branşlarda daha yaygınsa da, aile hekimliğinde de söz konusudur (22,23). Hasta şikayetlerinin kadın hekimlerden çok erkek hekimlerle ilgili olduğu

gösterilmiştir (24). Biz de erkek aile hekimlerinin hastalarca daha fazla şikayet edildiklerini ve bunun sonucu olarak DT skorlarının da kadın meslektaşlarına göre daha yüksek olduğunu gözlemledik. Bu durum kadın hekimlerin hastalarına daha fazla zaman ayırması ve erkek meslektaşlarına göre iyi iletişim kurmaları ile açıklanabilir (25).

Hekimlik mesleğinin ilk on yılında olan ve birinci basamakta çalışan hekimlerin daha fazla şikayeti edildiği bilinmektedir (24). Mesleğe yeni başlayan bu hekimlerde hem PDT hem de NDT tutum puanlarının deneyimli hekimlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (26,27). Katılımcıların yaşlarını incelediğimizde, şikayet edilen hekimlerin yaş ortalamasının diğer hekimlere kıyasla daha düşük olduğunu ve yaş ilerledikçe hekimlerin DT ölçek puanlarında azalma olduğunu gözlemledik. Bunun deneyimsiz hekimlerin mesleki bilgi, beceri ve iletişim eksikliklerinden ileri geldiğini düşünmekteyiz. Hekimlerin mesleki ve akademik ilerlemeleri ile beraber iletişim becerilerini de zaman içinde geliştirdikleri saptanmıştır (28,29). Özellikle asistan hekimlerin uzmanlık eğitimleri boyunca tecrübeli hekimlerle çalışmasının mesleki ve iletişim becerilerinin gelişimine olumlu etki edeceğini düşünmekteyiz.

Uzayan çalışma saatleri hekimlerin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu etkiler bazı psikosomatik bozukluklar ile depersonalizasyon, duygusal tükenmişlik ve depresyon olarak sıralanabilir (30). Yanı sıra, haksız hasta şikayetleri sonrasında hekimlerde bazı psikosomatik hastalıkların, depresyon, kalp hastalıkları ve intihar düşüncelerinin arttığı gösterilmiştir (31). Çalışmamızda haftada 40 saatin üstünde ve altında çalışma arasında şikayet edilme açısından anlamlı bir fark saptamadık; ancak bu hekimlere ait DT ölçek puanlarının diğer hekimlerinkine daha yüksek olduğunu gördük. Fazla çalışma ve uzun nöbetler hekimlerin sağlığını hem direkt hem de indirekt olarak etkilemektedir. Kurumsal organizasyon ve koordinasyon eksikliklerinden kaynaklanan hasta şikayetlerinin yönetimce değerlendirilmesi ve çözülmesi hekim sağlığının korunmasına katkıda bulunacaktır (20).

Ülkemizde cerrahi ve dahili branş hekimlerinin dava edilme oranının %10,5-12,3 olduğu gösterilmiştir (2,26). İsrail'de yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin %18'inin meslek hayatları boyunca en az bir defa

malpraktis nedeniyle dava edildikleri bildirilmektedir (32). Diğer bir çalışmada ise aile hekimlerinin yaklaşık %5'inin, cerrahi branş hekimlerinin %20'sinin ve diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlerin de %7'sinin her yıl bir malpraktis davası ile karşılaştıkları saptanmıştır (22). Katılımcılarımızın dava edilme oranlarının dünya ortalamalarından daha düşük olduğunu gözlemledik. Bunun ülkemizde dava süreçlerinin uzun sürmesinden ve hasta ve yakınlarının hukuki süreçler hakkında yeterince bilgi sahibi olmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, Türkiye'de ve tüm dünyada genel olarak hekimlerin DT eğilimi yıllar içinde giderek güçlenmiştir. Çözüm için buna neden olan faktörlerin bilinmesi ve önlemler alınması çok önemlidir. Çalışmamızda aile hekimlerinde erkek cinsiyet, meslek yaşamının ilk yıllarında olma, bir günde bakılan hasta sayısının  $\geq 60$  olması ile hastalardan gelen şikayet sayısı arasında bir paralellik olduğu ve bu hekimlere ait DT tutum puanlarının diğer hekimlerinkinden daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Mesleğe yeni başlayan hekimlere hasta şikayetlerini yönetme konusunda mentor hekimlerce iletişim eğitimi verilmesinin faydalı olacağı kanısındayız. Ayrıca sistemde mükerrer şikayetlerin önlenmesi ve şikayetlerin önce kurum yöneticileri değerlendirilmesi hekimlerde ikincil mağduriyet oluşumunu engelleyebilir.

## KAYNAKLAR

1. Yılmaz K, Polat O, Kocamaz B. Defansif tıp uygulamalarının hukuksal açıdan incelenmesi. *Türkiye Adalet Akademisi Derg.* 2014;5(16):19.
2. Aynacı Y. Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması [tıpta uzmanlık tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
3. Başer A, Kolcu G, Çiğirgil Y, Kadıncız B, Öngel K. İzmir Karşıyaka ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Derg.* 2014;3:16–24.
4. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, ve ark. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA.* 2005;293(21):2609–17.
5. Kessler D, McClellan M. Do doctors practice defensive medicine? *Q J Econ.* 1996;111(2):353–90.
6. Yeşiltaş A, Erdem R. Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Derg.* 2018;10(23):137–50.
7. Önal G. Hasta haklarının anatomisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg.* 2012;3(1):7–14.
8. Erol H, Özdemir A. Türkiye'de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Derg.* 2014;4(1):9–34.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı, 2003. Erişim: [www.saglik.gov.tr/TR,11593/temel-saglik-hizmetleri-genel-mudurlugu-calisma-yilligi-2003.html](http://www.saglik.gov.tr/TR,11593/temel-saglik-hizmetleri-genel-mudurlugu-calisma-yilligi-2003.html) (erişildi: 1.6.2018).
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016 2016. Erişim: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> (erişildi: 1.6.2018).
11. TBMM. Prof. Dr. Özcan Yeniçeri'nin SABİM yapılan başvurularla ilgili Türkiye Büyük Millet Meclisi'ndeki 7/54903 sayılı soru önergesi. Erişim: <http://www.tbmm.gov.tr/d24/7/7-54903sgc.pdf> (erişildi: 1.6.2018).
12. Akgül N, Palteki T, Şimşek E, Bayram M, Erkan I, Ulutin. Bir grup kamu hastanesine ait Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi Şikayet başvurularının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Health Sci.* 2016;1(1):1–7.
13. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the health-care provider "second victim" after adverse patient events. *BMJ Quality & Safety.* 2009;18(5):325–30.
14. Laarman BS, Bouwman RJ, de Veer AJ, Hendriks M, Frieler RD. How do doctors in the Netherlands perceive the impact of disciplinary procedures and disclosure of disciplinary measures on their professional practice, health and career opportunities? A questionnaire among medical doctors who received a disciplinary measure. *BMJ Open.* 2019;9(3):e023576.
15. Başer A, Kolcu B, İnci M, Kolcu G, Gök Balcı U. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği: ön çalışma. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Derg.* 2014;24(2):99–102.
16. Summerton N. Trends in negative defensive medicine within general practice. *Br J Gen Pract.* 2000;50(456):565–6.
17. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ.* 1995;310(6971):27–9.
18. Tuncal AN, Köroğlu G, Atasoylu G, Sertel M, Tay Z. Manisa ilinde aile hekimlerinin 2011 yılındaki iş yükü ve insan gücünün değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Derg.* 2014;18(1):5–15.
19. Türk YZ, Çetin M, Fedai T. Genç hekimlerde çalışma

- yaşam kalitesinin belirleyicileri. Sağlık Bilimleri Derg. 2012;21(3):172–81.
20. Akman M. Türkiye’de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Derg. 2014;18(2):70–8.
  21. Cunningham W, Dovey S. The effect on medical practice of disciplinary complaints: potentially negative for patient care. N Z Med J. 2000;113(1121):464–7.
  22. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med. 2011;365(7):629–36.
  23. Frakes M. Defensive medicine and obstetric practices. J Empirical Legal Stud. 2012;9(3):457–81.
  24. Kristiansen IS, Forde OH, Aasland O, Hotvedt R, Johnsen R, Forde R. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. Lancet. 2001;357(9264):1258–61.
  25. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. JAMA. 2002;288(6):756–64.
  26. Göçen Ö, Yılmaz A, Aslanhan H, Celepkolu T, Tuncay S, Dirican E. Assistant physicians knowledge and attitudes about defensive medical practices, work-related stress and burnout levels. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2018;12(2):77–87.
  27. Catino M. Why do doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. Safety Sci Monit. 2011;15(1):1–12.
  28. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician–patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA. 1997;277(7):553–9.
  29. Karadağ M, Oğuz I, Cankul İH, Abuhanoğlu H. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Derg. 2015;17(1):160–79.
  30. Erol A, Saricicek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: iş doyumunu ve depresyonla ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2007;8(4):241–7.
  31. Bourne T, Wynants L, Peters M, Van Audenhove C, Timmerman D, Van Calster B, ve ark. The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey. BMJ open. 2015;5(1):e006687.
  32. Asher E, Greenberg-Dotan S, Halevy J, Glick S, Reuve-ni H. Defensive medicine in Israel—a nationwide survey. PLoS ONE. 2012;7(8):e42613.