

ARAŞTIRMA MAKALESİ

# MALPRAKTİS KORKU ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI \*

Uğur UĞRAK \*\*  
Oğuz IŞIK \*\*\*

## ÖZ


Bu metodolojik çalışmanın amacı hekimlerin malpraktis korkularını ölçmek amacı ile Katz vd. (2005) tarafından geliştirilen Malpraktis Korku Ölçeğinin Türkçeye adaptasyonunu yapmaktır. Bu çalışma Gülhane Eğitim ve Araştırma hastanesinde görev yapan 248 hekimi kapsamaktadır. Orijinal Malpraktis Korku Ölçeğinin Türkçeye tercümesinde geri çeviri yöntemi uygulanmıştır. Ölçeğin geçerlilik analizlerinde yüzeysel geçerlilik ve yapı geçerliliği; güvenilirlik analizinde ise iç tutarlılık güvenilirliği ile bileşik güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Bu amaçla SPSS 23 ve AMOS 24 istatistik yazılımlarından faydalanılmıştır. Analizler sonucunda Türkçeye çevrilen Malpraktis Korku Ölçeği maddelerinin orijinalinde olduğu gibi yapısal olarak tek boyutta toplandığı ve iç tutarlılığının olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgulara göre Türkçe Malpraktis Korku Ölçeğinin hekimlerin mesleklerini icra ederken hissettikleri malpraktis korkusunun ölçümünde kullanılabileceği değerlendirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Malpraktis korkusu, defansif tıp, geçerlilik, güvenilirlik


## MAKALE HAKKINDA

\* Bu çalışma Uğur UĞRAK'ın "Hekimlerin Tıbbi Hata Algı Ve Tutumları İle Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" isimli doktora tezinden elde edilen bulgulara dayanarak hazırlanmıştır

\*\* Dr., Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ugrakugur@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6043-835X>

\*\*\* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, oguzisik@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7368-7024>

Gönderim Tarihi: 29.08.2019

Kabul Tarihi: 07.01.2020

## Atıfta Bulunmak İçin:

Uğrak U., & Işık O. (2020). Malpraktis korku ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(2): 261-272

## TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF MALPRACTICE FEAR SCALE \*

Uğur UĞRAK \*\*  
Oğuz IŞIK \*\*\*

### ABSTRACT

The aim of this methodological study is to adapt the malpractice fear scale developed by Katz et al. (2005) in order to measure the malpractice fears of physicians to the Turkish language. This study includes 248 physicians working in Gülhane Training and Research Hospital. In the translation of the original Malpractice Fear Scale into Turkish, a reverse translation method was used. In the validity analyzes of the scale, superficial validity and construct validity; in the reliability analysis, internal consistency reliability and composite reliability coefficients were calculated. For this purpose, SPSS 23 and AMOS 24 statistical software were used. As a result of the analysis, it was found that items of the malpractice fear scale translated into Turkish was collected in one dimension as in the original structure and had internal consistency. According to these findings, it is considered that the Turkish malpractice fear scale can be used to measure malpractice fear that physicians feel while performing their profession.

**Keywords:** Fear of malpractice, defensive medicine, validity, reliability

### ARTICLE INFO

\* This study was based on the findings of Ph.D. Dissertation named "Assessment of Relationship Between Physicians' Medical Error Perceptions, Attitudes and Fear of Malpractice" conducted by Uğur UĞRAK

\*\* Gülhane Education and Research Hospital, ugrakugur@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6043-835X>

\*\*\* Hacettepe University, oguzisik@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7368-7024>

Received: 29.08.2019

Accepted: 07.01.2020

### Cite This Paper:

Uğrak U., & Işık O. (2020). Malpraktis korku ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(2): 261-272

## I. GİRİŞ

Tüm tıbbi yaralanmalar ihmal sonucu meydana gelmemektedir. Tüm tıbbi uygulamalar beraberinde birçok risk de taşımaktadır (Sohn, 2013). Örneğin, her cerrahi girişimin doğasında kanama riski bulunmaktadır. İşlem öncesi hastanın kanama indikatörlerinin kontrol edilmesi, koter ile kanayan damarlara müdahale edilmesi, gerektiğinde işlem bölgesine baskı ve gerekli medikasyon gibi birçok uygulama işlem sonrası kanamanın önlenmesi içindir. Ancak alınan tüm önlemlere rağmen en becerikli ellerde bile cerrahi işlem sonrasında kanama gerçekleşebilmektedir. Verilen bu örnekteki istenmeyen olay komplikasyon olarak değerlendirilmektedir. Tıbbi komplikasyon tanı ve tedavi sürecinde tıbbın genel olarak kabul gördüğü önlemlerin alınmasına rağmen, benzer tıbbi işlemlerde ortaya çıkabilecek riskler olarak tanımlanmıştır (Gökcan, 2014). İstenmeyen tıbbi bir olayın komplikasyon sayılabilmesi için hekimin genel kabul gören tüm tıbbi gereksinimleri uygulaması gerekmektedir. Ancak tıbbi yaralanmaların küçük bir kısmı da olsa (Brennan vd., 1991) ihmallerden kaynaklı tıbbi hatalardan meydana gelmektedir (Goodman vd., 2011; Kohn vd., 2000).

Malpraktis genel olarak dikkatsizlik ve ihmalkarlık olarak tanımlanmaktadır (Vaccarino, 1977). Tıbbi malpraktis ise hastanın tanı ve tedavi sürecinde tıp mesleğinin genel olarak kabul ettiği uygulamalardan saparak hastanın zarar görmesine neden olan işlem veya ihmal olarak tanımlanmaktadır (Bal, 2009). Türk Tabipler Birliğinin tanımında ise “doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak ifade edilmiştir (Türk Tabipler Birliği, 2009).

Hasta ve hasta yakınları malpraktis ile komplikasyon arasındaki farkı net olarak algılayamadıkları için istenmeyen sağlık sonuçlarını malpraktis olarak değerlendirme eğilimindedirler (Antoci vd., 2016). Hasta ve hasta yakınları bu ayrımı yapamadıkları için birçok hekim, malpraktis iddiasıyla şikâyet edilmektedir. Özellikle gelişen sağlık teknolojileri, artan hasta beklentileri (Chawla ve Gunderman, 2008), gelişmiş iletişim olanakları, medya ve bir kısım avukatların bu davaları kazanç unsuru olarak görmeleri (Gökşen, 2014; Mechanic, 1976) hasta-hekim ilişkisini, davacı davalı ilişkisine dönüştürebilmektedir (Hauser vd., 1991; Hwang, 2014).

Amerika Birleşik Devletleri’nde cerrahi uzmanlıkların yaklaşık %20’si, diğer uzmanlıkların %7’si ve aile hekimlerinin %5’i her yıl malpraktis davası ile karşı karşıya kalmaktadır. Düşük riskli uzmanlıklarda görev yapan doktorların yaklaşık %75’i 65 yaşına kadar en az bir kez malpraktis davası ile karşı karşıya kalmıştır. Açılan davaların yaklaşık %1,6’sında tazminat talep edilmekte ve bu davaların yaklaşık %80’ini tazminata hak kazanamamaktadırlar (Jena vd., 2011).

Türkiye’de malpraktis olaylarına yönelik özel bir kanun bulunmayıp, malpraktis davaları Türk Ceza Kanunu ve Borçlar Kanunu hükümlerine göre değerlendirilmektedir. Türkiye literatüründe tıbbi hata ve malpraktis sıklığına yönelik yeterli bir çalışmaya rastlanmamıştır. Türkiye’de malpraktise yönelik veriler açılan dava sayısı ve kararları ile sınırlıdır. Kırtışoğlu (2018) tarafından Türkiye’de 508 tıbbi malpraktis davası incelenmiş, incelenen hukuk davalarının sadece %20,7’sinde, ceza davalarının ise %27,4’de sağlık personeli aleyhinde karar verildiği ve bu kararların %79’unun Yargıtay tarafından bozulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Tümer (2002)’in çalışmasında Yüksek Sağlık Şurasına 1995-2000 yılları arasında Ceza Mahkemelerinden 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.

Görüldüğü üzere hekimlere yönelik malpraktis nedeni ile birçok malpraktis davası açılmasına rağmen, bu davaların büyük bir kısmı hekim lehine sonuçlanmaktadır (Hauser vd., 1991; Jena vd., 2011; Kırtışoğlu, 2018; Tümer, 2002). Malpraktis davalarının büyük bir kısmı hekim lehine sonuçlansa bile, malpraktis iddia ve davaları hekimlerin üzerinde bir korku yaratmaktadır. Hekimlerin mesleklerini icra ederken haklarında malpraktis iddiasıyla dava açılma veya şikâyet edilme olasılığından kaynaklanan korku, malpraktis korkusu olarak tanımlanabilir.

Malpraktis korkusunun sağlık sistemine birçok olumlu ve olumsuz etkileri mevcuttur. Özellikle hekimlerin tedavi sürecindeki belirsizlikleri hasta ve hasta yakınları ile daha açık olarak konuşmaları, daha ayrıntılı şekilde bilgilendirilmiş onam almalarına olanak sağlayabilmektedir. Ayrıca komplike vakalarda daha ileri tetkik uzman görüşü ve ekip halinde karar alma süreçlerinin kullanılmasını sağlamaktadır (Hauser vd., 1991). Hekimlerin malpraktis korkusu nedeni ile daha titiz tıbbi kayıt tuttukları, hastalara işlemler hakkında daha ayrıntılı bilgi verdikleri görülmüştür (Summerton, 1995).

Ancak malpraktis korkusunun sağlık sistemine tüm etkileri olumlu değildir. Malpraktis korkusunun sağlık sisteminde maliyetleri artırdığı ifade edilmektedir (Reschovsky ve Saiontz-Martinez, 2017; Sonnenberg ve Boardman, 2013). Ayrıca malpraktis korkusunun sağlık sistemine erişimi olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (Mello vd., 2005). Bunun yanında malpraktis korkusunun sağlık hizmet kalitesine beklenildiği gibi katkısının olmadığı (Konetzka vd., 2013), hatta olumsuz etkilerinin olabileceği belirtilmiştir (Ball, 1971; Montanera, 2016). Ek olarak, malpraktis korkusunun hekimleri yeni tedavi yöntemlerini uygulamaktan alıkoyarak sağlık sisteminde inovasyon sürecinin olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Vandersteege vd., 2015).

Bu çalışma ile sağlık sistemine önemli etkileri olan malpraktis korkusunu ölçmeyi hedefleyen, Katz ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilen, 6 ifadeden oluşan Malpraktis Korku Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

## II. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, evren, örneklem, veri toplama aracı ve araştırmada kullanılan veri analiz yöntemleri hakkında bilgi verilmektedir.

### 2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmada Katz ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilen Malpraktis Korku Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması hedeflenmektedir. Bu amaçla Türkçeye çevrilmiş Malpraktis Korku Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Türkiye literatüründe malpraktis korkusunu ölçen bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu yönü ile bu çalışmanın Türkiye literatüründeki bu boşluğu kapatacağı değerlendirilmektedir. Ayrıca malpraktis korkusunun sağlık sistemindeki önemli etkileri göz önüne alındığında elde edilecek Türkçe Malpraktis Korku Ölçeğinin sağlık ve sağlık yönetimi alanında birçok farklı branştaki etkilerinin araştırılması amacı ile kullanılabilir faydalı bir ölçüm aracı olduğu düşünülmektedir.

### 2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini araştırmanın uygulandığı 21/07/2017 tarihi itibarı ile Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yapan 567 hekim oluşturmaktadır. Tüm evrene ulaşmanın zor olması nedeni ile %95 güven düzeyinde aşağıdaki formülle yapılan örneklem hesabında en az 229 gözlem sayısı tespit edilmiştir. Olasılıksız kolayda örnekleme metodu kullanılarak 248 hekime (Evrene Ulaşma Oranı: %44) ulaşılmıştır.

$N$  = Evren

$n$  = Örneklem sayısı

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

$q$  = Evren içinde ilgilenilen özelliğin görülmemesi sıklığı (1-p)

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

$t$  = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

### 2.3. Veri Toplama Aracı

Veri toplamada sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik ifadelerin yanı sıra “Malpraktis Korku Ölçeği” kullanılmıştır. Sosyo-demografik özellikleri kapsamında hekimlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, hekimlik mesleğini kaç yıldır yaptığı, görev yaptığı bilim dalı ve statüsüne yönelik altı adet ifade yer almaktadır.

Katz vd., (2005) tarafından hekimlerin malpraktis korku seviyelerini ölçmek amacıyla geliştirilen “Malpraktis Korku Ölçeği” kullanılmıştır. Malpraktis Korku Ölçeği 6 maddeden oluşmaktadır. Tüm maddeler 5’li Likert tipinde (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum arası skalada değerlendirilmektedir. Malpraktis Korku Ölçeğindeki tüm ifadeler düz kodlanmaktadır. Malpraktis Korku Ölçeğinden 6 ile 30 arası puan elde edilmektedir. Yüksek puan yüksek malpraktis korkusunu ifade etmektedir. Malpraktis korku seviyeleri 15 ve altı düşük seviye, 15-20 orta seviye, 20 ve üstü yüksek seviye malpraktis korkusu olarak değerlendirilmektedir (Katz vd., 2005). Fakat literatürde malpraktis korku seviyesini 1 ile 5 arasında değerlendiren araştırmalarda mevcuttur (Fiscella vd., 2000; Franks vd., 2000; Reed vd., 2008).

Malpraktis Korku Ölçeğinin Türkçe’ye çevrilmesinde geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Orijinal ölçek hem Türkçeye hem İngilizceye hâkim bir tıp doktoru akademisyen tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Elde edilen Türkçe çeviri hem Türkçeye hem de İngilizceye hâkim diğer bir tıp doktoru akademisyen tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Elde edilen İngilizce çeviri ile orijinal ölçek araştırmacı ve çevirmenlerin bir araya gelmesiyle karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen Türkçe ölçeğin dil açısından ve kültürel olarak aynı anlamı vermesi için gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

### 2.4. Verilerin Analizi

Anket aracılığı ile elde edilen veriler SPSS 23 istatistik yazılımı ile bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili tanımlayıcı istatistiklerde frekans ve yüzde kullanılırken, malpraktis korku seviyesinde ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Malpraktis Korku Ölçeğinin yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Açıklayıcı faktör analizi Temel Bileşen Analizi ve Varimax yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ise veri seti çok değişkenli normal dağılım varsayımını karşıladığı için maksimum olabilirlik yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Malpraktis Korku Ölçeğinin güvenilirliği ise Cronbach’s Alpha katsayısı ve bileşik güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir.

### 2.5. Araştırmanın Etik Yönü

Türkçe’ye adaptasyonu yapılacak olan Malpraktis Korku Ölçeğinin geliştiricileri Doç. Dr. David A. Katz’dan ve Dr. Geoffrey Colin Williams’dan (Fiscella vd., 2000; Franks vd., 2000; Katz vd., 2005) 04.03.2017 tarihinde e-mail yolu ile ölçek adaptasyonu için izin alınmıştır. Araştırmanın 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. Ayrıca araştırmanın Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde (GEAH) görev yapan hekimlerde uygulanabilmesi için gerekli izin Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Eğitim Kurulu’nun (TUEK) 20.07.2017 tarih ve 7 numaralı kararı ile alınmıştır.

## 2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Ankara ilinde faaliyet gösteren Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan hekimler üzerinde uygulanmıştır. Bu nedenle bu araştırmanın sonuçları diğer hastanelerde görev yapan hekimlere genellenemez.

## III. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hekimlerin yaş ortalaması (36,76±6,48) yıl olup, %44,40'ı 35 yaş ve altı, %45,60'ı 36-45 yaş arası, %10,10'nu ise 46 yaş ve üstüdür. Katılımcıların %44,80'i 10 yıl ve daha az, %44,00 11-20 yıl, %11,30'u 21 yıl ve daha fazla süre ile hekim olarak görev yapmaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin %51,60'ı dahili tıp bilimleri, %32,30'u cerrahi tıp bilimleri, %6,50'si diş hekimliği, %9,70'i temel tıp bilimleri alanında çalışmaktadır. Çalışmaya katılanların %37,90'ı asistan hekim, %62,10'u uzman hekimdir.

### 3.1. Malpraktis Korku Ölçeğinin Türkçeye Adaptasyonuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde Malpraktis Korku Ölçeğinin Türkçe'ye adaptasyon süreci ölçeğin geçerliliği ve ölçeğin güvenilirliği olmak üzere iki başlık altında sunulmuştur.

#### 3.1.1. Malpraktis Korku Ölçeğinin Geçerliliği

Malpraktis Korku Ölçeğinin yüzeysel geçerliliği için uzman görüşü alınmıştır. Bu kapsamda Malpraktis Korku Ölçeğini oluşturan ifadeler; ölçmek istenen konu ile ilgi, anlaşılabilirlik ve hekimlerin cevap verebilirliği açısından 11 uzman hekimin görüşüne sunulmuştur. Görüşmeler sonucunda malpraktis korku ölçeğinin yüzeysel geçerliliğinin olduğu değerlendirilmiştir.

Malpraktis Korku Ölçeğinin yapı geçerliliğini değerlendirmek için ölçek maddelerine Temel Bileşen Analizi ve Varimax yöntemleri kullanılarak AFA yapılmıştır. AFA örneklem büyüklüğü şartı için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısına, ölçek maddeleri korelasyon matrisinin tümel anlamlılığının değerlendirilmesi için ise Bartlett Küresellik Test değerine ve anlamlılık düzeyine bakılmıştır (Alpar, 2010; Çokluk vd., 2010).

Tablo 1'de görüldüğü gibi KMO Örneklem Yeterliliği 0,84, Bartlett Küresellik Test değeri 660,62 ( $p<0,001$ ) bulunmuş ve ölçeğin faktör analizi için yeterli örnekleme ve anlamlı korelasyon matrisine 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. Tek boyutlu olarak elde edilen Türkçe Malpraktis Korku Ölçeği DFA için temel oluşturmıştır.

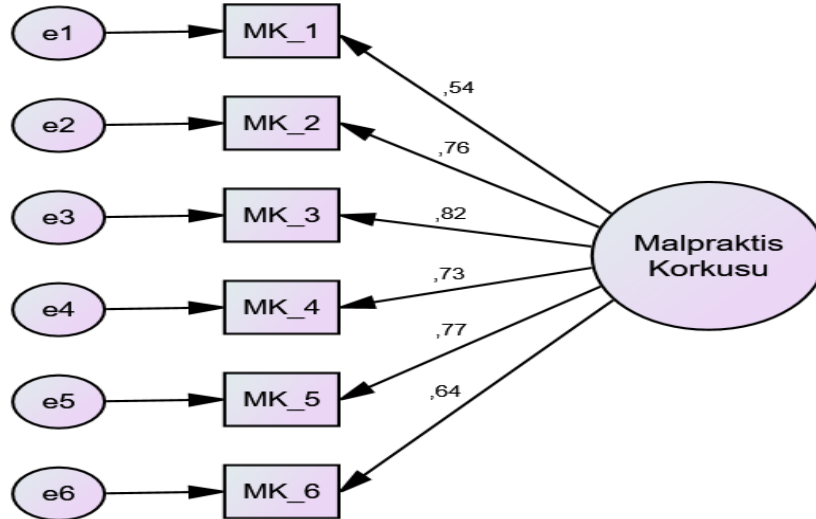
Tablo 1. Malpraktis Korku Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

Örneklem Yeterliliği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Katsayısı		0,84
Bartlett Küresellik testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	660,62
	Serbestlik Derecesi	15
	Anlamlılık	<0,001
Açıklanan Toplam Varyans		%59,11
Cronbach's Alpha	0,860	Bileşik Güvenilirlik
		0,858
Malpraktis Korkusu		Faktör Yükleri
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 açılarından 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 AFA'da elde edilen modele orijinal teorik yapısında olduğu gibi tek faktörlü model ile DFA'da verilerin modele uyumu test edilmiştir. Modeldeki değişkenlerin çok değişkenli normal dağılım varsayımını karşıladığı için (Multivariate Kurtosis= 5,644; c.r.=4,535) maksimum olabilirlik metodu kullanılmıştır (Byrne, 1998; Meydan ve Şeşen 2011; Sümer, 2000).

Tek boyut ve 6 madde ile gerçekleştirilen birinci düzey tek faktörlü model ve DFA bulguları Şekil 1'de sunulmuştur.

Şekil 1. Malpraktis Korku Ölçeği Ölçüm Modeli – I



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

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 2).

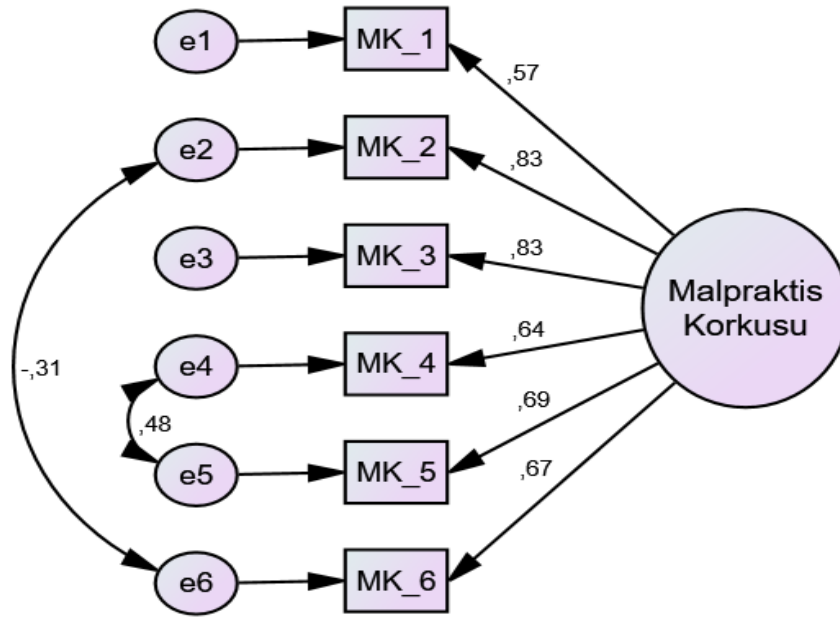
**Tablo 2. Malpraktis Korkusu Ölçeği YEM'ne Uygulanan Birinci Modifikasyon Bulguları**

Sıra Nu.	Yapılan Modifikasyon Düzeltmesi	Modifikasyon İndeksi	Değişim Oranı	Model Uyum İyilikleri						
				X <sup>2</sup> /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 2'de görüldüğü üzere yapılan modifikasyonlar sonrasında model uyum indeks değerleri (X<sup>2</sup>/sd: 1,809; NFI: 0,981; IFI: 0,991; CFI: 0,991; RMSEA: 0,057; GFI: 0,984; SRMR: 0,030) kabul edilebilir uyum iyiliği sınırları içerisinde.

**Şekil 2. Malpraktis Ölçeği Ölçüm Modeli – II**



**X<sup>2</sup>/sd: 1,809; NFI: 0,981; IFI: 0,991; CFI: 0,991; RMSEA: 0,057; GFI: 0,984; SRMR: 0,030**

Gizli ve gözlemlenen değişkenler arasındaki standardize regresyon katsayıları Tablo 3'te görülmektedir. Tüm regresyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Elde edilen bulgulara göre Türkçeye çevrilmiş Malpraktis Korku Ölçeği yapısal yönden geçerli bir ölçüm aracı olduğu değerlendirilmektedir.



**Tablo 3. 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	-

### 3.1.3. Malpraktis Korku Ölçeğinin Güvenilirlik Analizleri

Türkçeye çevrilmiş Malpraktis Korku Ölçeğinin güvenilirlik analizleri için Cronbach Alpha ve Bileşik Güvenilirlik katsayılarına bakılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizleri sonrasında Cronbach's Alpha Değeri 0,860, Bileşik Güvenilirlik Değeri ise 0,858 olarak bulunmuştur. Bu bulgulara göre Türkçeye çevrilmiş Malpraktis Korku Ölçeğinin güvenilir bir ölçüm aracı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

## IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta ve hasta yakınlarının komplikasyon ve malpraktis ayrımını yapamamaları ve istenmeyen sağlık sonuçlarını malpraktis olarak değerlendirmeleri nedeni ile sağlık personeline yönelik birçok malpraktis davası açılabilir. Türkiye'de tıbbi hata ve malpraktis sıklığına yönelik net veriler olmamasına rağmen, hekimlere yönelik açılmış birçok malpraktis davası bulunmaktadır. Bu davaların büyük bir kısmında hekimlerin aklanmasına rağmen (Kırtısoğlu, 2018; Tümer, 2002), malpraktis davalarının hekimler üzerinde yarattığı korku bir gerçektir. Bu yönü ile hekimlerin algıladıkları malpraktis korkusunun diğer olgulara etkilerinin değerlendirilebilmesi amacıyla ölçülmesi önemlidir. Bu nedenle Malpraktis Korku Ölçeğinin Türkiye literatürüne kazandırılması gerektiği değerlendirilmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre Katz vd., tarafından (2005) geliştirilen Malpraktis Korku Ölçeğinin geri çeviri metodu yöntemi ile elde edilen Türkçe ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu görülmektedir. Türkiye literatüründe hekimlerin malpraktis korkusunu ölçmeyi hedefleyen başka bir ölçüm aracının olmaması göz önüne alındığında elde edilen bu ölçeğin bu açığı kapatabileceği düşünülmektedir.

Literatürde malpraktis korkusunun sağlık hizmet maliyetleri (Reschovsky ve Saiontz-Martinez, 2017; Sonnenberg ve Boardman, 2013), hasta sağlığı (Carrier vd., 2010; Chen vd., 2015; Nahed vd., 2012; Reisch vd., 2015; Summerton, 1995), hekim psikolojisi ve davranışı (Benbassat vd., 2001; Christensen vd., 1992; Keren-Paz, 2010; Sonnenberg ve Boardman, 2013), sağlık hizmetlerine erişim (Mello vd., 2005), sağlık hizmet kalitesi (Ball, 1971; Konetzka vd., 2013; Montanera, 2016) ve eğitim faaliyetleri (Johnston vd., 2014; Reed vd., 2008) gibi bir çok alandaki etkisi görülmektedir. Bu yönüyle araştırmacılara malpraktis korkusunun Türkiye sağlık sisteminin farklı disiplinlerine yönelik etkilerini araştırmaları önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Alpar, R., (2010). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenilirlik*. Detay Yayıncılık, Ankara.
- Antoci, A., Fiori Maccioni, A., & Russu, P. (2016). The ecology of defensive medicine and malpractice litigation. *PLoS One*, 11(3), 1-15.

- 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.
- Benbassat, J., Pilpel, D., & Schor, R. (2001). Physicians' attitudes toward litigation and defensive practice: development of a scale. *Behavioral Medicine*, 27(2), 52-60.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., & 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*. Lawrence Erlbaum Associates, USA.
- Carrier, E. R., Reschovsky, J. D., Mello, M. M., Mayrell, R. C., & Katz, D. (2010). Physicians' fears of malpractice lawsuits are not assuaged by tort reforms. *Health Affairs*, 29(9), 1585-1592.
- Chawla, A., & 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.,...& 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., & Dunn, P. M. (1992). The heart of darkness. The impact of perceived mistakes on physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 7(4), 424-431.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2010). *Çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları (1.bs.)*. Pegem Akademi Yayınları.
- Fiscella, K., Franks, P., Zwanziger, J., Mooney, C., Sorbero, M., & Williams, G. C. (2000). Risk aversion and costs. *Journal of Family Practice*, 49(1), 12-18.
- Franks, P., Williams, G. C., Zwanziger, J., Mooney, C., & Sorbero, M. (2000). Why do physicians vary so widely in their referral rates?. *Journal of General Internal Medicine*, 15(3), 163-168.
- Goodman, J. C., Villarreal, P., & 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*. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Gökşen, Ö. (2014). Defansif tıp ve tıbbi malpraktis uygulamalarının hukuki boyutu, çözüm önerileri ve mesleki sorumluluk sigortası [Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi.
- Hauser, M. J., Commons, M. L., Bursztajn, H. J., & Gutheil, T. G. (1991). Fear of malpractice liability and its role in clinical decision making. *Decision Making in Psychiatry and The Law*, 209-226.
- 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.

- Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D., & 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., & Fortman, J. (2014) Study of medical students' malpractice fear and defensive medicine: A "hidden curriculum?". *Western Journal of Emergency Medicine*, 15(3), 293-298.
- Katz, D. A., Williams, G. C., Brown, R. L., Aufderheide, T. P., Bogner, M., Rahko, P. S., & 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.
- Keren-Paz, T. (2010). Liability regimes, reputation loss, and defensive medicine. *Medical Law Review*, 18(3), 363-388.
- Kırtıçoğlu, M. (2018). *Yargıtay'da 2010-2017 yılları arasında karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) dava kararlarının değerlendirilmesi* [Uzmanlık Tezi]. Çukurova Üniversitesi.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & 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*. National Academy Press.
- Konetzka, R. T., Park, J., Ellis, R., & Abbo, E. (2013). Malpractice litigation and nursing home quality of care. *Health Services Research*, 48(6pt1), 1920-1938.
- Mechanic, D. (1976). Some social aspects of the medical malpractice dilemma. *Duke Law Journal*, 1975(6), 1179-1196.
- Mello, M. M., Studdert, D. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., Brennan, T. A., & Sage, W. M. (2005). Effects of a malpractice crisis on specialist supply and patient access to care. *Annals of Surgery*, 242(5), 621-628.
- Meydan, C. H., & Şeşen, H. (2011). *Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları*. Detay Yayıncılık, Ankara.
- 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.
- Nahed, B. V., Babu, M. A., Smith, T. R., & Heary, R. F. (2012). Malpractice liability and defensive medicine: a national survey of neurosurgeons. *PloS one*, 7(6), e39237.
- Reed, D. A., Windish, D. M., Levine, R. B., Kravet, S. J., Wolfe, L., & 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., & 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., & 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*, 53(3), 1498-1516.
- Sohn, D. H. (2013). Negligence, genuine error, and litigation. *International Journal of General Medicine*, 6, 49-56.

- Sonnenberg, A., & Boardman, C. R. (2013). Costs of fear. *The American Journal of Gastroenterology*, 108(2), 173-175.
- Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ*, 310(6971), 27-29.
- Sümer, N. (2000). Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.
- Tümer, A. R. (2002). *1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi vakalarının komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması* [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Türk Tabipler Birliği (2009). Dünya Tabipler Birliği'nin tıpta yanlış uygulama konulu duyurusu (Malpraktis). Füsün Sayek *TTB Raporları / Kitapları. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler* (2. Bs., ss. 48-49). TTB Yayınları, Ankara.
- Vaccarino, J. M. (1977). Malpractice: The problem in perspective. *JAMA*, 238(8), 861-863.
- Vandersteegen, T., Marneffe, W., & Vandijck, D. (2015). Defensive medicine: implications for clinical practice, patients and healthcare policy. *Acta Clinica Belgica*, 70(6), 396-397.