



**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAMSUN İL MERKEZİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİ**  
**VE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN**  
**DEFANSİF TIP UYGULAMALARI HAKKINDA BİLGİ, TUTUM**  
**VE DAVRANIŞLARI**

**Dr. EMRE ÖZTÜRK**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**SAMSUN-2021**





**T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAMSUN İL MERKEZİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİ  
VE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN  
DEFANSİF TIP UYGULAMALARI HAKKINDA BİLGİ, TUTUM  
VE DAVRANIŞLARI**

**Dr. EMRE ÖZTÜRK  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Yasin SELÇUK**

**SAMSUN-2021**

## TEŞEKKÜR

Araştırmanın gerçekleşmesinde destek olan tez danışmanım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Yasin SELÇUK' a,

Asistanlığım süresince desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, vaktini ve yardımını hiç esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ, Prof. Dr. Füsün Ayşın ARTIRAN İĞDE, Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN, Doç. Dr. Mustafa Kürşat şAHİN, Dr. Öğretim Üyesi Mustafa ÜNAL' a,

Asistanlık eğitimim sürecinde bana destek olan ve bu süreci keyifli geçirmemi sağlayan tüm asistan arkadaşlarıma, özellikle de tıp eğitimim boyunca birlikte olduğum Ensar ERDOğAN'a

Her konuda bana destek veren ve yanımda olan sevgili annem Emine ÖZTÜRK, babam Turgut ÖZTÜRK, ablalarım Ümran İşCAN ve Döndü ÇİFTÇİ'ye,

Hayatımın her alanında olduğu gibi, tez çalışmamı hazırlarken de bana yardımcı olan dert ortağım sevgili eşim Kübra Nazmiye ÖZTÜRK ve oğlum Tarık Emir ÖZTÜRK'e sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

## BEYAN

“Samsun İl Merkezinde Görev Yapan Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



## ÖZET

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı Samsun il merkezindeki aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi, tutum, davranış ve bu uygulamalara sebep olan faktörleri değerlendirmektir.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Çalışmamız kesitsel, tanımlayıcı, açık kontrolsüz tipte bir anket çalışmasıdır. Samsun il merkezinde görev yapan aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine sözlü onamları alındıktan sonra yüz yüze ya da telefon ile aranarak internet(whatsapp, mail vb.) üzerinden veri toplama formu kendilerine iletilmiş ve uygulanmıştır. Çalışmaya 222 hekim katılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 21.0 kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi tüm testler için  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmamızda hekimlerin defansif tıp uygulamaları tutumunun %9'unun ( $n= 20$ ) çok iyi, %42,3'ünün ( $n=94$ ) iyi, %35,1'inin ( $n=78$ ) orta ve %13,5'inin de ( $n=30$ ) kötü olduğu sonucuna ulaşıldı. Defansif tıp tutumları ile sosyodemografik veriler, meslekte çalışma süresi ( $p<0,001$ ), medeni durum ( $p=0,026$ ), yaş ( $p<0,001$ ) ve görev unvanı ( $p<0,001$ ) arasında anlamlı bir ilişki tespit ettik. 10 yıl ve altında çalışanlarda, evli olmayanlarda, 40 yaş altı grupta, asistan hekimlerde defansif tıp uygulama tutum puanları anlamlı derecede yüksekti. Defansif tıp uygulamaları tutum puanları yüksek olan hekimlerin, tazminat ödemekten ( $p<0,001$ ), yeterli hukuki destek alamamaktan ( $p<0,001$ ), diğer hekimler tarafından eleştirilmekten ( $p=0,002$ ), fiziksel ve sözel şiddete maruz kalmaktan ( $p<0,001$ ), hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumlarından ( $p<0,001$ ), komplikasyon ve malpraktis ayırımının tam olarak yapılamamasından ( $p<0,001$ ), performansla dayalı ödeme sisteminden ( $p=0,031$ ), meslektaşlarının olumsuz deneyimlerinden ( $p<0,001$ ), sevk etmedeki zorluklardan ( $p<0,001$ ), iş yükünden ( $p<0,001$ ), hastayla iletişim kuramadığından ( $p=0,013$ ), tıp eğitimi sırasında anlatılan 'öncelikle hastaya zarar vermeme ilkesi'nden ( $p<0,001$ ) etkilenme oranı anlamlı derecede yüksekti.

**SONUÇ:** Bu çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğu defansif tıp uyguluyordu. Defansif tıp kavramını hekimlerin çoğu daha önce duymuş olmasına rağmen bu konuda yeterince bilgi sahibi olmadıkları görüldü. Hekimlerin nasıl bir davranış

içinde olduklarını yeterince bilmedikleri, konuya hakim olup tutum seviyesinin düşürülmesi için tıp eğitiminde ve uzmanlık eğitiminde bu konu hakkında bilgilendirmeleri gerekmektedir. Defansif tıp uygulamaları, hem hekim hem de hasta açısından istenmeyen durumlara sebep olmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmeti sunumunun verimliliğini artırmak için defansif tıp uygulamalarının sebeplerinin ayrıntılı bir şekilde irdelenmesi önem arz etmektedir.

**Anahtar kelimeler:** defansif tıp, tutum, aile hekimi, tıbbi uygulama hatası



## **ABSTRACT**

**AIM:** The aim of the study is to assess the information, manners, attitudes and factors that result in these applications about defensive medicine applications of family physicians living in Samsun city.

**MATERIALS AND METHODS:** Our study is a descriptive, open-label and cross-sectional survey study. The survey is sent via internet(whatsapp, e-mail etc.) to the doctors working in Samsun city and the master students of family medicine and applied after they approved verbally to join. Sometimes they are called via phone and sometimes we talked face to face. There are 222 participants. When analyzing the data, SPSS program was used. It is accepted that p-value is less than 0,05 for all the tests used.

**RESULTS:** In our study we have found out that the defensive medicine applications manner of %9 of doctors(number:20) is very good, the manner of % 42,3 of doctors (number:94) is good, the manner of %35,1 of doctors (number:78) is average and the manner of %13,5 of doctors (number:30) is bad. Also we have discovered that there is a correlation between the defensive medicine manner and sociodemographic factors, working time( $p<0,001$ ) marital status( $p=0,026$ ), age( $p<0,001$ ) and degree( $p<0,001$ ). The defensive medicine application manner points are meaningfully high if the working time of doctors is 10 years or less or they are single or they are under 40 years old or they are assistant doctors. For the doctors whose defensive medicine application manner points are high, the ratio of to be affected by compensation ( $p<0,001$ ), not getting enough legal support( $p<0,001$ ), criticized by colleagues( $p=0,002$ ), witnessing physical and verbal violence( $p<0,001$ ), insisting behavior of relatives of the patients( $p<0,001$ ), the impotence of distinguishing between malpractice and complications( $p<0,001$ ), the payment system according to the performance( $p=0,031$ ), negative experiences of their colleagues( $p<0,001$ ), the difficulty of patient transfer( $p<0,001$ ), workloads( $p<0,001$ ), miscommunication with patients( $p=0,013$ ), the principle of not injuring patients taught in medicine school( $p<0,001$ ) is tremendously high.

**Conclusion:** In this study majority of doctor were applying defensive medicine. Although many heard before doctors don't have enough information about defensive medicine. It is necessary that doctors have to be educated about this subject in medicine school and master classes to reduce the manner level because they don't know what kind of situation they are in. The defensive medicine application result in unwanted circumstances and this is not good for both doctors and patients. That is why it is very crucial that defensive medicine application reasons have to be studied completely to rise the productivity of healthcare services.

Key words: defensive medicine, manner, family physician, medicine application error



## İÇİNDEKİLER

### Sayfa

TEŞEKKÜR.....	i
BEYAN.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER .....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	ix
TABLolar DİZİNİ .....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Defansif Tıp Tanımı .....	3
2.2. Defansif Tıp Uygulamaları.....	4
2.2.1. Pozitif Defansif Tıp .....	4
2.2.2. Negatif Defansif Tıp.....	6
2.3. Defansif Tıp Uygulamalarının Ölçülmesi .....	7
2.4. Defansif Tıp Uygulamaları Dinamikleri .....	8
2.4.1. Şikayet Edilme Korkusu.....	8
2.4.2. Hasta-Hekim İletişimi .....	9
2.4.3. Medyanın Etkisi.....	10
2.4.4. Şiddetin Etkisi .....	11
2.4.5. Ödeme Sistemleri .....	12
2.4.6. Mesleki Tecrübenin Eksik Olması .....	13
2.4.7. İş Yükünün Fazla Olması .....	14
2.4.8. Sağlık Sistemi.....	15
2.5. Defansif Tıp Uygulamaları Yaygınlığı.....	17
2.5.1. Yurt İçi.....	17
2.5.2. Yurt Dışı .....	18
2.6. Malpraktis(Tıbbi Uygulama Hatası).....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24

3.2. Araştırmanın Tipi .....	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	24
3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları.....	25
3.6. İstatistiksel Analiz .....	26
3.7. Araştırmada İzinler.....	27
4. BULGULAR.....	28
5.TARTIŞMA .....	49
6. SONUÇLAR .....	63
7. KAYNAKLAR .....	66
8. EKLER.....	79
8.1. Ek-1: OpenEpi Ekran Görüntüsü.....	79
8.2. Ek-2: Tez Anketi .....	80
8.3. Ek-3 (Orijinallik Raporu) .....	83

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BTA: Bilgisayarlı tomografi anjiyografi

DT: Defansif Tıp

NDT: Negatif Defansif Tıp

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

PDT: Pozitif Defansif Tıp

SABİM: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi

SAHU : Sözleşmeli aile hekimlerine verilecek aile hekimliği uzmanlık eğitimi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TCK: Türk Ceza Kanunu

TL : Türk Lirası

## **TABLULAR DİZİNİ**

## **Sayfa**

Tablo 1. Defansif tıp hakkında hekimlerin bilgi düzeyini ölçmek için sorulan sorulara verilen cevapların dağılımı.....	31
Tablo 2. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Bilgi Soruları.....	33
Tablo 3. Defansif tıp kavramını duyma durumu ile kavram hakkında bilgi sahibi olma arasındaki ilişki .....	34
Tablo 4. Katılımcıların pozitif defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğindeki sorulara vermiş oldukları yanıtların dağılımı.....	36
Tablo 5. Katılımcıların negatif defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğindeki sorulara vermiş oldukları yanıtların dağılımı.....	38
Tablo 6. Katılımcıların cinsiyet kategorisine göre toplam ölçek puanı dağılımı.....	39
Tablo 7. Katılımcıların meslekte çalışma süresine göre toplam ölçek puanı dağılımı .....	40
Tablo 8. Katılımcıların medeni durumlarına göre toplam ölçek puanı dağılımı.....	41
Tablo 9. Katılımcıların yaş grubuna göre toplam ölçek puanı dağılımı .....	41
Tablo 10. Katılımcıların görev unvanlarına göre toplam ölçek puanı dağılımı.....	42
Tablo 11. Katılımcıların defansif tıp uygulamalarının nedenini anlamaya yönelik sorulara verdikleri yanıtların dağılımı.....	43
Tablo 12. Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği ile hekimlerin defansif tutumlara neden olan faktörler arasındaki ilişki .....	45

## **ŞEKİLLER DİZİNİ**

Şekil 1. Cinsiyet parametresine göre dağılım .....	28
Şekil 2. Medeni durum parametresine göre dağılım .....	29
Şekil 3. Meslekte çalışma süresi parametresine göre dağılım.....	29
Şekil 4. Görev yeri parametresine göre dağılım.....	30
Şekil 5. Görev unvanı parametresine göre dağılım.....	30

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde malpraktis(tıbbi uygulama hatası) davaları ile karşılaşan doktor sayısı gittikçe artış göstermektedir. Bu davalardaki artış, teknolojik ilerlemeye, yasal haklardaki değişikliğe ve insanların daha fazla yaşam beklentisi içinde olmalarına bağlanmaktadır(1). Sağlık sisteminin başat rolünde doktorlar olduğu için, davalardaki sorumluluk çoğunlukla kendilerine yüklenmektedir. Bunun sonucunda omuzlarına ağır bir yük yüklenen doktorlar bir çıkış yolu aramakta ve bu yükü hafifletebilmek için defansif tıba başvurumaktadırlar(2).

Defansif tıp (DT), hekimlerin malpraktis ve davalardan korunma maksadıyla kanıta dayalı tıbbi uygulamaların dışına çıkmadan standart yaklaşımdan sapmasıdır(1). Hastalığın teşhis, tedavi veya takibi için gerekli olan olağan tıbbi uygulamalar yerine, hekime yöneltilebilecek hatalı tıbbi uygulama iddialarından korunmaya elverişli savunmacı bir tıbbi tutum izlenmesidir.

Defansif tıbbi uygulama iki tür davranışı içerebilir; tıbbi olarak gerekli olandan daha fazla test ve tetkikin sipariş edilmesini içeren bir güvence davranışı (pozitif defansif tıp) ve hekimin yüksek riskli olarak düşündüğü uygulamalardan uzaklaşarak kendini yanlış uygulama sorumluluğundan kurtaran bir kaçınma davranışı(negatif defansif tıp)(2, 3).

Defansif tıp uygulamaları dünya genelinde tartışılmakta olup, hekimler ile yapılan çeşitli çalışmalarda oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Japonya'da %98 (4), ABD'de %91 (5), İtalya'da %83 (6), Sudan'da %71 (7), İsrail'de %60 (8), ülkemizde ise %93 (9) oranında defansif tıp uygulaması yapıldığı görülmüştür.

Aile hekimleri ile yapılan çalışmalara bakacak olursak genelde sadece birinci basamaktaki hekimler ile çalışmaların yapıldığı görülmüştür. Bu çalışmaların da kısıtlı sayıda olduğu dikkatimizi çekmiştir. Bu kısıtlı sayıdaki çalışmalarda defansif tıbbin yüksek oranlarda yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır(10, 11).

Bu çalışmanın amacı ise düşük riskli uzmanlıklar arasında görülen, birinci basamakta ve araştırma görevlisi olarak üniversite hastanelerinde görev yapmakta olan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları hakkındaki görüşlerinin ve tutumlarının

değerlendirilmesi, defansif tıbbı başvuruluyor ise nedenlerini ve hastalara yaklaşımlarında ne gibi değişikliklere sebep olduğunu tespit etmek amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Defansif Tıp Tanımı

DT kavramı, hekimlerin dava açılmasının önüne geçebilmek için tetkik, konsültasyon gibi uygulamaları gerekli değilken istemesi veya başvuruda bulunan riskli hastalardan kaçınması şeklinde tanımlanmaktadır(12). Başka bir tanımda hekim malpraktis davalarının önüne geçebilmek için geçerli tıbbi uygulamaları yapmamasıdır(1). Ön planda hastayı değil de kendini düşünüp ona göre davranmasıdır(13). Bir cümleyle açıklamak gerekirse hastaya yaklaşımında değişiklik yapıp tanı ve tedavi de tıpta kanıtlanmış uygulamalar yerine yasal süreci düşünüp dava edilmemek için savunmacı bir yaklaşım içine girmesidir(11).

Defansif tıp hakkındaki ilk çalışmalar 1970'li yıllara dayanmaktadır. "The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine" isimli çalışma ilk örnektir . Ülkemizde defansif tıp ile ilgili ilk çalışma 2001 yılında yapılmıştır. "Adli Tıp" ismiyle çıkarılan kitap defansif tıp alanında yerli ilk çalışmadır(14). Sonraki yıllarda Yorulmaz (15) 2005 yılında **savunmacı ve temkinli tıp**; Odabaşı ve Tümer (16) 2006 yılında **çekinik tıp**; Yorulmaz (15) 2005'de, Odabaşı ve Tümer (16) 2006'da ve Aynacı (12) 2008'de ise **defansif tıp** kavramlarını çalışmalarında kullanmışlardır.

1992 yılında Dünya Tabipler Birliği yayınlamış olduğu "Medical Malpractice" başlıklı bir bildiri de tıbbi uygulama hataları "tedavi sürecinde hekimin rutin uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermekten kaçınması ile oluşan zarar" olarak tanımlamıştır(17). Son zamanlar da bahsi sıkça geçen defansif tıp 1970'li senelerde yapılmış olan çalışmalarda doktorların yaptıkları tıbbi uygulamalar sonucunda oluşan sorumluluklardan kaçınmak düşüncesiyle önceliği olmayan uygulamaları olması gerekenden fazla yaptıkları veya risk bulunduran tedavilerden ve hastalardan kaçınmayı seçmeleriyle dikkat çekmeye başlamıştır (3, 18).

Defansif tıp uygulamalarının artış göstermesinin sebebi; son zamanlarda hekimlerin malpraktis (tıbbi uygulama hatası) davalarına sıklıkla maruz kalması ve bunun sonucunda hem ceza alıp hem de yüksek miktarlarda tazminat ödemek zorunda kalmalarıdır(19).

## 2.2. Defansif Tıp Uygulamaları

Defansif tıp uygulamalarının iki şekilde incelenen türlerine bakacak olursak; güvence davranışı olarak isimlendirilen pozitif defansif tıp uygulamaları, hastaların açabileceği malpraktis (tıbbi uygulama hatası) davalarını önlemek ya da hizmet standartlarının dışına çıkmayıp yasal sistem dahilinde tıbben değersiz hizmetleri içermektedir(20). Kaçınma davranışı olarak isimlendirilen negatif defansif tıp ise hastaları etkileyen klinik kararlar ve uygulamalar sonucundaki yasal süreçleri yaşamamak için hekimlerin riskli hastalara yaklaşmama çabalarını yansıtmaktadır(3).

Tanımlara bakıldığında defansif tıp uygulamalarının iki türü olduğu görülmektedir(3, 21). Fakat yapılan grupta pozitif defansif tıbbin iyi-yararlı uygulama, negatif defansif tıbbin ise kötü-zararlı uygulama olarak düşünmek yanlış olur. Pozitif defansif tıp daha çok müdahale daha çok girişim olarak değerlendirilirken, negatif defansif tıp kaçınma davranışı anlamına gelmektedir(22).

Summerton'a (23) göre olumlu olarak aktarılan PDT uygulamalarından hastalara ve yakınlarına yapılan bilgilendirmelerin artması ve daha ayrıntılı kayıt tutma gibi bazı uygulamalar açık bir şekilde faydalı görülmektedir. Fakat NDT uygulamaları yargısal düzenin temel sorunlarının kaynağı olduğunu açık bir şekilde göstermektedir. Olumsuz yönler ise artan takip sürelerini ve lüzumsuz ilaçların reçete edilmesini kapsamaktadır(21). Teşhis tetkiklerinin fazla kullanımı iyi hekimlik olarak gören olabilir, defansif uygulama olarak gören hekim de olabilmektedir(23).

Defansif tıp uygulamaları, genellikle hekimlerin risklerle ilgili endişesi ile ilişkilidir. Bu endişeler sebebiyle hastane olanakları yeterli olsa dahi bu risklerden uzak durmak için hastayı başka bir sağlık kuruluşuna kolayca sevk etmekle hem vakit kaybı hem de zaman kaybına yol açıp savunmacı yaklaşması hukuki ve ahlaki değildir. Hukuki ve ahlaki olan elindeki olanaklarla hastanın tedavisini yapmaktır. Zaten o sağlık kuruluşunun olanakları hasta için yeterli düzeyde değilse sevk etmesi tıbbin gereğidir, doğru bir davranıştır, etikdir(23, 24). Defansif tıp pozitif ve negatif olarak iki şekilde gruplandırılmaktadır(3).

### 2.2.1. Pozitif Defansif Tıp

Pozitif defansif tıp; Defansif tıbbın bir türü, hastalardan ve ailelerinden gelen malpraktis davalarına, şikayetlerine veya eleştirilerine karşı koruma sağlamak için testler veya tedaviler sipariş etmektir(13, 25-27). Hastalık riskinin düşük olduğu ve klinik karar vermeye katkısı bulunmayan, ancak klinisyen için riskleri azalttığı düşünülen uzmanlara sevk, test veya tedavilerin yapılmasını içerebilir(28).

Çok farklı yollarla yapılan PDT; yapılması gereken uygulamaların tamamını yapıp, gerekli olmayan uygulamaları kendini korumak için fazladan yapılmasıdır(24). Bu gerekli olmayan güvence davranışlarını hukukun izin verdiği şekilde yapıp hastaya tıbbi faydası olmayan sadece tıbbi uygulama hatası davalarını önlemek için ek prosedürlerde bulunmaktır(3). Güvence davranışlarından en fazla kullanılanı teşhis testlerinin aşırı uygulanması olmuştur(22).

Pozitif defansif tıp uygulamalarını verilebilecek örnekler şunlardır(24);

- Hastanede takibi gerekmeyen hastaların hastaneye yatırılması,
- Laboratuvar tahlillerinin gereksiz yapılması,
- Lüzumsuz görüntüleme tetkiklerinin yapılması,
- İlaçların gereksiz reçete edilmesi,
- Konsültasyon için başka hekime gereksiz danışılması,
- Olması gerekenden daha sık aralıklarla vizit (hastayı klinikte ziyaret etme) yapma,
- Gerekmeyen cerrahi operasyonların yapılması,
- Kayıtları ayrıntılı tutma,
- Hasta ve yakınlarını bilgilendirmesine gereğinden fazla dikkat etme,
- Gereğinden fazla aydınlatılmış onam belgelerine dikkat etme,
- Hasta ile ilgili olumsuzlukları daha detaylı olarak tutanağa dökme.

PDT uygulamaları sağlık sistemine ve hastalara etkisi olumlu olup hizmet kalitesini artırabilmekte, hem de olumsuz olup hizmet kalitesini azaltabilmektedir. Ek teşhis tetkikleri şeklinde isimlendirilen çoğu güvence davranışının bir takım faydaları olsa bile hastalara olan etkileri hastanın ve hastalığın durumuna, istenilen zamana ve koşullara göre değişebilmektedir(22).

Güvence davranışlarından kaliteyi artırıcı durumlara verilebilecek örnekler; hasta ve yakınlarına daha ayrıntılı bilgilendirme yapılması, kayıtların daha detaylı tutulması, artan tarama faaliyetleridir(23). Fakat pozitif defansif tıp sadece tıbbi uygulamalara bağlı gelişen komplikasyon veya istenilmeyen riskli durumların ortaya çıkması değil

sağlık sistemine mali açıdan yük getiren teşhis ve tedavi yöntemlerinin artmasıyla da sonuçlanabilmektedir(22). Bu şekilde yapılan teşhis ve tedavi yöntemlerinin lüzumsuz kullanılması hem hasta ve yakınlarının hastane de bekleme sürelerini artırmakta hem de sağlık çalışanlarının iş yükünü artırmaktadır.

Güvence davranışlarını uygulayan kişinin istediği sistemdeki sorunları azaltmaktır. Bunu yaparken hastaya fayda yerine zarar verebilmektedir. Davaların önüne geçebilmek için yaptığı uygulamaların kanıta dayalı tıbbi uygulamalara uygun olduğunu belgelerle ispat etmek istemektedir(3). Hekimleri pozitif defansif tıbbi uygulamalardan biri de tıbbi uygulama hatası davalarına atanan bilirkişilerin gereksiz yere uygulanan test, ilaç, konsültasyon işlemlerini değil de sadece eksik olarak yapılan tıbbi uygulamaları değerlendirmesi hekimleri savunmacı yaklaşıma yönlendirmektedir(22).

### 2.2.2. Negatif Defansif Tıp

Negatif defansif tıp, hekimlerin dava endişelerinden dolayı riskli prosedürleri uygulamamak için bazı hastalardan kaçınma durumlarını kapsamaktadır(29).

NDT uygulamaları şunlardır(24);

- Risk barındıran hastalardan uzak durma,
- Karmaşık tedavi yöntemlerinden uzak durma,
- Riskli inceleme yöntemlerinden uzak durma,
- Riskli cerrahi işlemlerden uzak durma,
- Risk barındıran hastaları başka yere sevk etme,
- Riskli hastaların gözünü olası yan etkilerle korkutup kaçırma,
- Riskli hastaları başka sağlık kurumlarını överek kaçırma,
- Girişimlerden önce olası bir olumsuzlukta hasta ve yakınlarının tepkilerinden korunmak için girişimlerin riskini abartma.

Malpraktis davalarına bakıldığında çoğunluğunun pozitif değil de negatif defansif tıbbi durumları içermektedir. Bu da uygulanmayan prosedürlerin davalara daha çok sebep olan durumlar olduğunu gösterebilir(22)Gerçek tıbbi geçerliliği olmadan riskli hasta, hastalık veya tedavi yönteminden kaçınma sonucunda hastanın zarar görmesi durumunda açılacak malpraktis davasının hekimin zarar görmeyeceği bir kararla sonuçlanması oldukça zordur(12).

Negatif defansif tıbbi uygulamalar; sağlık kuruluşunun ilk ve son basamak oluşuna, eldeki teknik olanaklara ve hekimin tıbbi algısına göre değişkenlik gösterir. Her sevk işlemi de negatif defansif uygulama olarak görülmemelidir. Bulunduğu kurumda yeterli olanakları bulunmayan ve hastalıkla ilişkili eğitim almayan bir hekimin, yapabileceği müdahaleleri yapıp hastayı daha üst bir basamak hastaneye yönlendirmesi tıbbi bir gereklilik olup bu yaklaşım normal olarak negatif defansif tıbbi uygulama değildir. Ama ne yazık ki gunumuzde son basamak hastaneler hariç kuuk cerrahi operasyonlar bile zorunlu olmadıkça yapılmamaya, cerrahi branşlar da dahili branşlar gibi çalışmaya başladı(20).

NDT riskli hastalardan kaçınıp hastayı başka bir sağlık birimine yönlendirmesi tıp etiğine aykırıdır ve bu da negatif defansif tıbbin en can alıcı noktalarından biridir(17). Gereklili olan işlemleri yapmama, riski yüksek tanı ve tedavi yonlemlerini uygulamaktan kaçınma yoluyla gerçekleşir. Komplikasyon riski yüksek tedavi yonlemlerinin uygulanmasından kaçınma, dava etme olasılığı yüksek ve kompleks medikal problemleri olan hastaları kabul etmeme, şiddete eğilimli hasta ve yakınlarından çekinme, riskli hastaları sevk etme uygulamaları başlıca negatif DT davranışlarıdır(12, 24, 30).

### **2.3. Defansif Tıp Uygulamalarının olulmesi**

Davalara karşı korunma yaklaşımları ulmeden ülkeye farklılık gösterebilir(13). Hekimlerin farklı ülkelerde farklı eğitim ve sağlık sistemine tabi olmaları yaklaşımlarında farklılığa sebep olabilmektedir. Bazı ülkelerde kaçınma davranışlarının hastaları ve sistemi olumsuz etkilemesi gündemde iken, bazı ülkelerde güvence davranışının hastaları ve sistemi olumsuz etkilemesi gündemdedir. Sınırlar net bir şekilde konmadığı için bazı hekimler için aynı yaklaşım farklı yorumlanabilmektedir. Bazılarına göre defansif olan bir uygulama bir diğer hekim için iyi hekimlik olabilmektedir. Bu soruna özüm için kişiye özgü bakışlara ek olarak kanıta dayalı tıp uygulamaları dışında tarafsız bir bakışta gerekmektedir(13). Böylece konu iki yonuyle ele alınmış olabilecektir.

Defansif tıp yaklaşım biçimini olduğu için düzeyini belirlemek kolay değildir. Defansif tıp uygulama düzeyi belirlenmesi için bazı çalışmalarda direk “Defansif tıp

uyguluyor musunuz?” sorusuna verilen cevap kabul edilirken(8), bazı çalışmalarda (4) pozitif veya negatif defansif tıptan en az birinin yapılıyor olması yeterli görülmüştür. ABD’de Miller ve ark. (31) ortopedi hekimleri ile yapılan bir çalışmada görüntüleme tetkikini isterken savunma amaçlı mı yoksa klinik gereklilik için mi diye buton koyarak düzeyi belirlemeye çalışmıştır. Tek bir cevap yerine anketlerde konu ile ilgili tüm sorulara verilen cevaplar ile tutum düzeyi belirlemek daha doğru sonuç verebilir.

## **2.4. Defansif Tıp Uygulamaları Dinamikleri**

### **2.4.1. Şikayet Edilme Korkusu**

Hasta memnuniyetini artırmak ve sürecin işleyişini denetlemek amacıyla çeşitli birimler (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi-SABİM, İl Sağlık Müdürlükleri, İlçe Sağlık Müdürlükleri ve hastanelerde hasta iletişim birimleri) kuruldu. SABİM, 2003-2004 yıllarında faaliyete başlamış olup, faal olduğunun ilk yılında 9.559 başvuru olmuş iken, 2013 yılında bu sayı 1,5 milyona ulaşmıştır(32).

Sağlık hizmetleriyle ilgili yapılan şikayetlere baktığımızda şikayet edilen sağlık çalışanlarının sıklıkla hekimler olduğunu görüyoruz. 2006-2009 yılları arasında Toprak ve ark. (33) Hasta Hakları Şube Müdürlüğü'ne gelen toplam 43359 hasta şikayetini incelediklerinde, en çok şikayet edilen meslek grubunun %56,6 ile hekimler olduğu görülmektedir. 2004-2009 yılları arasında Bostan ve ark.(34) 184 SABİM hattına ulaşan 36640 şikayeti incelediklerinde, şikayetlerin %54,7'sinin pratisyen ve uzman hekimlere dönük olduğu, sebebinin ise %43,5 ile yanlış uygulama olduğu görüldü. İstanbul’da yapılan bir araştırma da SABİM’e yapılan başvuruların sadece %64’ü şikayet sebebiyle yapılmakta, bu şikayetlerin de %7’sinin gerçekten tıbbi bir uygulama hatasına bağlı olduğu görülmüştür(35).

Defansif yaklaşımın temel sebebi hekimlerin malpraktisleri önleme çabaları olsa da, değişik araştırmalar da şikayet etme olasılığının bu tür uygulamalara eğilimi artırdığını ortaya koyuyor(23, 36). Genellikle düşük riskli bir uzmanlık alanında olduğu kabul edilen aile hekimleri arasında bile savunma uygulaması yaygındır ve %98’i bir hastanın şikayet etme olasılığının bir sonucu olarak bazı uygulama

değişiklikleri yaptığını iddia etmektedir(23). Literatüre baktığımızda, şikayet edilen aile hekimlerinin diğer hekimlere göre PDT ve NDT puanlarının daha yüksek olduğu da gösterilmiştir(37). Bu nedenle, şikayetler filtrelenmeli, farklı birimlere yapılan tekrarlayan şikayetler ve hekimi ilgilendirmeyen şikayetler hekime ulaşmadan önce ortadan kaldırılmalıdır.

#### 2.4.2. Hasta-Hekim İletişimi

Hekimler hastalara hizmet vermekle birlikte, hastalar ve yakınlarıyla iletişim kurarak onların bilgilenmelerini sağlamakta ve gereksiz kaygılanmalarını önlemektedirler. Bu kurduğu iletişim, hekimlerin hasta insanların ve yakınlarının üzerindeki etkisini belirginleştirmektedir(38). Bu iletişim sürecinde, hekim ve hasta arasındaki güven, inanış ve karşılıklı algı oldukça önem arz etmekte, talep eden konumundaki hastanın refahını, tedaviye uyumunu, tıbbi bilgiye güvenini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir(39).

Günümüzde teknolojinin gelişmesi ve tedavi tekniklerinin ilerlemesine rağmen hasta-hekim ilişkilerinin tedavinin başarılı olma düzeyine etkisi olduğu görülmektedir(40). Konulan tanıların %70'inin iyi bir hasta hekim görüşmesine bağlı olduğu kabul görmektedir(41). İletişimin doğru kurulması ile hasta memnuniyeti artmakta(42) ve tıbbi yaklaşımların sonucunun olumlu olma seviyesinde artış sağlanmaktadır(43).

Yapılan çalışmalar, hastaların aşırı teşhis ve tedavi edilmesi, fazla reçetelenmesi hastaların hekimlerin motivasyonlarına güvenmemesi ile ilişkilendirilmiş, bu da hekimlerin hastaları potansiyel davacılar olarak görmesine neden olmuştur(2, 6). Aşırı tedavi etmek yerine sadece yüzeysel olarak yapılan tedavilerde bile psikolojik yaklaşım başarıyı artırdığı görülmüştür(40).

Hekimin hastasına karşı ilgisi, hastalık hakkındaki bilgisi, hekimin deneyimi, verilen tedavinin ekonomik boyutu ve hekim ile hasta arasındaki dostluk ilişkisi tedavinin başarısını artırmaktadır. Hastaların hekimleri tercih etme sebeplerinden biri de, hekimin etkili iletişimsel becerilerini kullanabiliyor olmasıdır. Bu iletişim becerilerini kullanabilmek için hekimlerin yeterli zamana ihtiyaçları vardır.

Hekimler, hastalarıyla doğrudan ilgilenmekten ziyade bir bilgisayara veri yerleştirmek için daha fazla zaman harcamaktadırlar(44).Yapılan araştırmalar, asistan hekimlerin hastalara harcadıklarından daha fazla bilgisayar kullanarak zaman harcadıklarını bulmuştur(45, 46). Tıp anlayışında son birkaç on yılda meydana gelen değişikliklerle, elektronik sağlık kayıtlarına ve masa başı işlere ayrılan zaman hastalarla doğrudan geçirilen zamanın önüne geçmiştir. Hastalar, kendileriyle konuşmak için yeterli zaman ayırmayan doktorların, hastalıklarının önemli yönlerini gözden kaçırmış veya gözden kaçırmış olabileceğini düşünüyorlar. Geleneksel olarak profesyonel tedavinin ana kaynağı olan hasta-hekim güvenini baltalayan bu değişiklikler defansif tıbbın büyümesine sebep olmaktadır.

### 2.4.3. Medyanın Etkisi

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de medyanın en fazla ilgi duyduğu alanlarından birisi sağlık alanı olmuştur. Özellikle 90'lı yıllardan itibaren bu ilgi giderek artış göstermekte ve son zamanlarda yazılı, görsel, dijital medyanın neredeyse tamamında sağlıkla ilgili haberlere artarak yer verilmektedir(47). Fakat sağlıkla ilgili haber yapan medya mensuplarının büyük çoğunluğunun sağlıkla ilgili teknik yayınları takip etmediği ve bu yayınlarda vurgulanan teknik ve bilimsel endişeleri taşımadığı düşünülmektedir. Buna bağlı olarak izleyici kitlesi de olumsuz etkilenebilmektedir.

İçinde bulunduğumuz dönem de pek çok hasta yazılı ve görsel medya reklamlarının üzerinde oluşturduğu etkiyle birlikte kullanmakta olduğu tıbbi ilaçlarını bırakarak, bitkisel özler kullanması sonucunda ölümcül tehlikelerle karşı karşıya kalmaktadır(48). Medyanın etkisi sadece bununla sınırlı kalmıyor. Hastalar hekimlerden yersiz yere ileri teknoloji gerektiren bazı testler talep ediyor, doktorlarla bu konuda çeşitli tartışmalara giriyor ve bu isteklere bağlı hem doktorlar hem de hastaların kendileri olumsuz etkilenmektedir(49).

Tıbbi uygulama hataları da, son zamanlarda basın-yayın organlarında gündeme sık sık gelmekte ve toplumun dikkatini o yöne çekmektedir. Basın-yayın organlarında haber yapılan tıbbi uygulama hataları, insanların sağlık çalışanlarına karşı davranışlarını belirleme noktasında önemli ölçüde etkili olmaktadır. Gündeme gelen bu tür haberler hastaların sağlık alanında hem sistemden hem de bireysel olarak

sağlık çalışanlarından beklentilerini artırmış ve bu konuda hassaslaşmalarına neden olmuştur. Bunun sonucunda toplumun sağlık çalışanlarının verdikleri hizmetlere karşı yaklaşımları değişmiş, daha sorgular bir tarz almıştır(50). Bu durum, haklı ya da haksız hatalı uygulamaya maruz kaldığını düşünen kişileri yasal süreçlere başvurmak adına cesaretlendirmiştir(50). Bu yasal süreçlerden olumsuz etkilenen hekimler olmuştur. Medya, varsayılan tıbbi hataları bildirmenin ve hekimleri gazeteler, radyolar aracılığıyla kamuya açık yargulamalara tabi tutmanın son derece zararlı doğasının farkına varmalıdır(51). Yapılan araştırmalara göre, hekimlerin fazla sayıda test yaptırma ve riskli işlemlerden kaçınma eğilimleri her şey kadar yanlış uygulama sorununun medyada aşırı yer alması ve bunun sonucunda ortaya çıkan şüpheli tutumun yarattığı endişe ile ilişkili olduğu görülmüştür(4).

#### 2.4.4. Şiddetin Etkisi

Sağlık alanında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, son zamanlarda ülkemiz de dahil olmak üzere tüm dünyada yaygın ve önemli bir sorun olarak baş göstermektedir(52) Bir ya da birkaç kişi tarafından bedenen ve ruhen zarar verecek şekilde yapılan her türlü fiziksel ve sözel hareketler şiddet kapsamına girmektedir. Özellikle sağlık alanında bu tür olumsuz davranışları sıklıkla görmekteyiz. Öyle ki sağlık alanında hizmet verenler, üretim sektöründe hizmet verenlere göre 8 kat daha fazla şiddet olayı ile karşı karşıya kalmaktadır(53). Yapılan bir çalışmada 2015-2017 yılları arasında sağlık çalışanına yönelik 23.120 sağlıkta şiddet olgusu raporlanmıştır(54) Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet vakası sayısının artmasına, önceleri yalnız seçkin ve şanslı kişiler tıp hizmetleri alabiliyorken günümüzde herkesin bu hizmetleri alabiliyor olmasının doğurduğu etkileşim artışına bağlı olduğu görülmektedir(55).

Şiddetle alakalı yapılan araştırmalar şiddetin yaşandığı yerlerin çoğunlukla hastaneler olduğu, acil servis ve polikliniklerde hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına şiddet uygulama sebeplerinin ise bekleme sürelerinden kaynaklandığı görülmektedir(56). 112 acil sağlık hizmetleri birimleri, psikiyatri, geriatri ve yoğun bakım klinikleri de şiddetle sıklıkla karşılaşılan birimlerdir. Bu birimlerde sağlık çalışanlarının şiddet ile karşılaşmaları, servislerde yatmakta olan hastaların hastalıklarının özellikleri ve hasta yakınlarının hastayı kaybetme korkusunun yüksek

olmasına bağlanmaktadır(56). Birinci basamakta ise sağlık çalışanları poliklinik hizmetleri sırasında şiddete maruz kalmaktadır. Ayrıca özel hastanelerde devlet hastanelerine kıyasla daha az şiddet olayları yaşanmaktadır(57)

Yaşadığımız zaman diliminde insanlar arasında minnet duymak, vefa göstermek gibi olumlu duygu ve düşüncelerin azaldığı; kıskançlık, kendini bilmezlik gibi olumsuz duygu ve düşüncelerin ise arttığı düşünülmektedir. Hekime karşı saldırıların artışına, bu duygularda artış olması sonucunda insanların saldırganlığa daha meyilli olması katkı sağlamaktadır(55). İnsanların sorunları kaba kuvvetle çözme isteği, iletişim eksikliği, sabırsız olması, önyargı gibi nedenlerle hekimler şiddete maruz kalmaktadır.

Hekimlerin meslekte buldukları süre zarfında başta sözel şiddet olmak üzere, fiziksel şiddetle de karşılaştıkları yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur(58). Fakat hekimlerin fiziksel şiddete maruz kalma durumları da azımsanmayacak seviyededir. Fiziksel şiddete maruz kalan sağlık çalışanları düzeyi, yapılan bir çalışmada %17 oranında bulunmuştur. Sağlık çalışanları içinde de fiziksel şiddete maruz kalanların %27,9'sini hekimler oluşturmaktadır(59).Bu durum bazen şiddetle kalmamış, cinayete bile dönüşmüştür(56).

Şiddetle karşılaşmış olan çalışanların duygusal açıdan yorgun düştüğü, hastayla arasına sınır koyabildiği, aşırı tepkiler ya da tepkisizlikler verebildiği, mesleğini yaparken hastaya ve yakınına bir güvensizlik ya da bir kuşkuculukla yaklaşabildiği belirtilmektedir. Sonuç olarak bu durum mesleğini daha savunucu tarzda yapmasına yol açabilmektedir.

#### 2.4.5. Ödeme Sistemleri

Sağlık alanında yapılan ödemeler hekimlerin çalışma niteliğini etkileyebilir. Hillman ve ark. (60) bu alanda yaptığı çalışmada ödeme modellerini kıyaslamış, hizmet başına ödeme sistemi ile çalışan hekimin, kişi başı ve maaş sistemi ile çalışan hekimlere göre hastaneye daha fazla hasta yatırdığı, daha fazla tetkik istediği görülmüş. Ödeme sistemindeki bu farklılığın hekimin davranışını etkilediği, daha fazla defansif tıbbi başvurduğu tespit edilmiş.

Hizmet başına ödeme yöntemi ile hekimler her bir muayene için sabit bir ödeme almaktadır. Bu sistem birçok ülkede özel sağlık sektöründe kullanılmaktadır. Hekimler bu sistemle hastalarını daha çok sağlık hizmeti kullanmaya yönlendirdiği ve lüzumu olmayan tedaviye teşvik ettiği görülmektedir(61).

Vaka başına ödeme sisteminde konulan teşhise göre geri ödeme olduğundan, hastalardan istenen tetkik ve yapılan tıbbi işlemlerin geri ödeme açısından bir önemi olmadığından usulsüzlük miktarının az olacağı söylenmektedir(62). Kişi başına ödeme yöntemine bakacak olursak, hastalara yapılan tıbbi işlem türü ve miktarının hekime bir getirisinin olmadığı görülmektedir. Sunulan hizmet fazla da olsa az da olsa hekimin geliri sabittir(63).

Performansa dayalı ödeme sisteminde ise hekimlerin maaşından fazla ek ödeme alabilmesine izin verilmesi durumuyla sağlık hizmetlerinde sistemin suistimal edildiği ve çıkar odaklı bir zihniyetin hâkim olduğu görülmektedir. Alınacak ek ödemenin artırılması düşüncesiyle sunulacak hizmetin sayısı, içeriği ve önceliği değiştirildiği ve hekimlerin kendi kârını artırmaya çalışan bir girişimci haline geldiği acı bir gerçektir(64). Hastaların hem fazladan hem de lüzumu gerekmeyen tedaviler alması, hekimlikte etik dışı davranışların sıklığının artması, tetkiklerin fazladan gereksiz istenmesi ve ilaçların gereksiz yazılması sistemin olumsuz sonuçlarındandır. Performansa dayalı ödeme sisteminin hekimlik mesleğini dejenere ederek defansif tıbbı neden olduğu söylenebilir.

#### 2.4.6. Mesleki Tecrübenin Eksik Olması

Hekimlik, bireyin vücut bütünlüğüne müdahale eden, hata toleransı olmayan bir meslektir. Her ne kadar eğitimleri sırasında staj yapabilseler de, herhangi bir mesleğe yeni başlayan birinde olduğu gibi hekimlikte de acemilik görülebilmektedir. Meslekte acemilik-yetersizlik şu şekilde tanımlanabilir; mesleğin ve sanatın esaslarını ve optimal klasik bilgilerini bilmemek, temel beceriden yoksun olmak ve güncel temel mesleki kitaplardaki bilgileri uygulayamamaktır.

2004-2007 yılları arasında 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve sonuçlandırılmış ortopedi alanındaki malpraktisle ilgili 174 olgu dosyası geriye

dönük taranmıştır. Bu 174 dosyanın 61'inde hekim hatalı bulunmuş, 28 vaka meslekte acemilik sebebiyle oluşmuştur(65). Yapılan başka bir araştırma da 46 hekimin içinde bulunduğu 51 sağlık personelini ilgilendiren idari yargı kararlarına bakıldığında, olguların %9,8'i meslekte acemilik-cismen eza verme, %5,9'i ise meslekte acemilik-hayati tehlike oluşturma suç türlerine sebebiyet vermiştir(66). Buna göre hekimlerin mesleki anlamda yetersizlikleri tıbbi hatalara sebep olmakta, bu da hastaların zarar görmesine neden olabilmektedir.

Hekimlerin mesleki bilgi ve beceri düzeylerine göre görevlerini yerine getirmeye çalıştığı göz önüne alındığında, mesleki yetersizlikleri sebebiyle hukuki bir süreç maruz kalmak istemeyeceklerinden defansif tıbbi yönelmeleri kaçınılmaz olabilir. Psikiyatristler ile yapılan bir çalışma da genç hekimlerin daha defansif davrandığı, bunun sebebinin ise meslekte deneyimsizlik ve özgüven eksikliğine bağlı olduğu düşünülmektedir(21). Özellikle mesleklerinin ilk yıllarında bu durumun yaygın olması beklenebilir.

#### 2.4.7. İş Yükünün Fazla Olması

İş yükü, bireyin bir kazanım elde etmek amacıyla belli bir süre zarfında yapması gerektiği görevler olarak tanımlanmakta olup; bireyin görev sayısı, zorluk derecesi ve karmaşıklık oranının artmasının, aşırı iş yüküne sebebiyet verdiği bilinmektedir(67).

Sağlık çalışanlarının iş yükünün fazla olmasında dört sebep sıralanmaktadır(68):

- Her geçen gün sağlık çalışanına duyulan ihtiyacın artması
- İhtiyacın artmasına yönelik yetersiz arzın olması
- Çalışan sayısını düşürerek fazla mesai uygulamasına geçilmesi
- Hasta yatış gün sayısının azaltılması

Ülkemizde 1998 senesinde hasta haklarıyla ilgili ilk defa bir yönetmelik hazırlanıp, yürürlüğe girmiştir. 2003 senesinde Sağlıkta Dönüşüm Reformu sağlık hizmetlerine ulaşımı daha kolay hale getirmiş, 2003'te kişi başı hekime başvuru sayısı 3,4 iken,

2016 senesine gelindiğinde 8,6'ya çıkmış ve hekimlerin iş yükü kümülatif olarak yaklaşık üç katına çıkmıştır(69).

OECD ülkelerine baktığımızda her 100.000 kişiye 343 hekim, 1098 ebe ve hemşire düşmekteyken, Türkiye'de ise 181 hekim, 257 ebe ve hemşire düşmektedir. Kişi başına düşen sağlık personeli sayısında diğer ülkelerle kıyaslandığında, Türkiye sıralamanın sonlarında bulunmaktadır. Bu da Türkiye'de sağlık çalışanlarının hizmet verdiği hasta sayısının OECD'den fazla olması, yani ülkemizdeki sağlık çalışanlarının iş yükünün daha fazla olduğunu gösteriyor(70). Kendinden feragat edip fazla mesailere kalarak eleman açığını kapatmaya çalışmaktadır. Sağlık çalışanları bu yoğun iş yükü arasında hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim kurup üzüntü ve endişelerini gidermek zorundadır. Zamanla üzerine binen ağır iş yükünü kaldıramamaktadır. Çalışanlar, belirli bir zaman zarfında yetiştirmesi gereken çok fazla sorumluluğunun ya da görevinin bulunduğu düşüncesine kapıldığında aşırı iş yükü, çalışanlarda strese sebep olabilmektedir(71).

Aşırı iş yüküne yönelik literatür incelendiğinde, çalışanların iş yükü düzeyleri ile farklı değişkenler arasındaki ilişkilerin araştırılmış olduğu görülmektedir. aşırı iş yüküne maruz kalan çalışanlarda fiziksel yönden güçsüzlüğün ve yorgunluğun ortaya çıktığını Hancock ve Verwey (72) yapmış oldukları çalışmalarda ortaya koymuşlardır. Yorgunluğa bağlı hata yapmak istemeyen hekimler de tıbbi uygulamaları gerçekleştirirken hastalara daha savunmacı yaklaşmaktadır.

#### 2.4.8. Sağlık Sistemi

Defansif tıba büyük ölçüde tıbbın uygulandığı ihtilafli atmosferle ilgili bir sistem sorunuymuş gibi yaklaşılır(3, 26, 73) Defansif tıbbın etik boyutları hakkında bazı düşünceler olsa da(27), savunma pratiğinin bir sistem sorunu olduğu görüşü hakim görünüyor. Bu açıdan bakıldığında, defansif tıp, modern tıp sistemlerinin yanlış uygulama odaklı ortamının bir sonucudur ve kaynakların gereksiz kullanımına yol açtığı için sorunludur. Sonuç olarak, kaynakların uygun kullanımını teşvik etmek, gereksiz testler ve prosedürlerden kaynaklanan israfı sınırlamak ve dava sistemlerini ele almak için sistem tabanlı çabalar devam etmektedir(13, 74). Tartışmalı bir iklim ve sistem sorunlarının hekimleri savunmacı bir duruşa yatkın hale getirmesi doğal

görünüyor. Bu tür sistemik faktörlerin ele alınması, çözümlenmesi defansif tıbbi başvuruları da azaltabilir.

Sağlık sistemi gibi bir kurumda önemli bir kaza meydana geldiğinde, sebepleri ve sorumluları belirlemek ve yaptırım uygulamak için yargı süreci başlatılır. Bu bireysel suçlama mantığı, suçlu kişileri belirlemeye çalışan suçlayıcı bir yaklaşım türüdür(75). Bu ceza hukuku için tipiktir, ancak cezalandırma kültürüne dayalı sistemlerde de yaygındır(76). Daha genel olarak, bu yaklaşım, toplumun kazaların açık bir nedenini belirleme isteğine yanıt verir. Bireysel suçlama mantığının altında yatan varsayım, insanların yaptıkları görevlere yeterince dikkat etmedikleri için hata yaptıklarıdır(77). Bu nedenle, sistemsel bağlamı büyük ölçüde arka planda bırakarak doğrusal bir nedene yönelik model benimser. Sonuç olarak, suçu tespit etme çabaları ön saflardaki kişilere yöneliktir ve yaklaşımın sonucu olarak suçlamanın atfedilmesinin ötesine geçmemektedir. Suçlu bulunursa, kazadan sorumlu tutulur. Pratikte bu, 'çürük elma'nın ortadan kaldırıldığı veya cezalandırıldığı anlamına gelebilir.

Öte yandan, bireysel suçlama mantığı bir dizi istenmeyen etkiyi beraberinde getirir. İlk olarak, suçlu bir bireyin tespiti mevcut durumu değiştirmez ve organizasyonu iyileştirmez. İkinci olarak, yaklaşım geçmişe odaklanır ve yasal anlaşmazlıklar ve yaptırımlar korkusu yaratır, çalışanlar tarafında hataların bildirilmesinden caydırır ve kuruluşun bunları öğrenme kapasitesini baltalar. Bu nedenle bireysel suçlama mantığı, risk faktörlerini ortadan kaldırmaya elverişli değildir ve diğer aktörlerle benzer bir olayın tekrarlanmayacağını garanti etmez

Sağlık sistemlerinde yasal kovuşturma tehdidi altında çalışmanın, tıbbi bir sistemde personelin optimal kullanımına elverişli olmayan bir korku iklimi yaratmaktadır(78). Tam da bu nedenlerden dolayı doktorlar hatalarını gizleme ve defansif tıp uygulamalarına girme eğilimindedir. İtibarını kaybetme riski ve yasal anlaşmazlık korkusu, doktorların hatalarını gizlemeleri ve savunmacı davranışlar sergilemeleri için güçlü teşviklerdir. Hata mesleki yetersizliğin bir göstergesi ve olası bir yasal kovuşturma kaynağı olarak görülüyorsa, onu saklama eğilimi artar. Belirli bir tür adli işleme pekiştirilen suçlama kültürünün kalıcılığı, etkin bir hasta güvenliği kültürünün yaratılmasının önündeki başlıca engel haline gelir. O halde,

tıptaki gibi, sürekli olarak cezai soruşturma riskine tabi olan profesyonel bir sistem, daha dikkatli ve özenli bir sistem değildir; daha ziyade, daha büyük resmi koruma garantileri arayarak, içinde faaliyet gösteren kişilerin risklerini azaltan ve böylece hizmet alanların çıkarlarından ödün veren bir sistemdir. Defansif tıbbın kökeni budur(77).

## **2.5. Defansif Tıp Uygulamalarının Yaygınlığı**

### **2.5.1. Yurt İçi**

Edirne’de 2019 yılında birinci basamakta görev yapan 116 aile hekiminin katılımıyla yapılan çalışmada hekimlerin %94,8’i orta ve yüksek düzeyde defansif tıp uygulamalarına başvuruyordu. Defansif tıp tutumları ile uzmanlık durumu, kayıtlı nüfus, istenilen tetkik sayısı ve muayene edilen hasta sayısı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Defansif tıp kavramını duymuş olan hekimlerin çoğu bu konuda bilgi sahibi değildi. Defansif tutumları yüksek olan hekimlerin şiddete maruz kalmaktan, medyadan, iletişim problemlerinden, hastaları memnun etme kaygısından etkilenme oranı anlamlı derecede yüksekti(11).

İzmir ili Karşıyaka Toplum Sağlığı Merkezine bağlı çalışan aralarında uzman ve pratisyen hekimlerin olduğu 81 hekime ulaşılmış. Defansif tıp uygulama düzeyleri güncel çalışmalar ile uyum içinde olacak şekilde hekimlerin %21’inin çok iyi, %49’unun iyi, %23’ünün orta, %6’sının zayıf derecede olduğu sonucuna bulundu(10).

2016 yılında Konya il merkezinde dört sağlık kuruluşunda gönüllü 173 hekimle yapılan çalışmada hekimlerden 131 (%75,7) si malpraktis iddialarına maruz kalmamak için görüntüleme tetkiklerine daha fazla başvurduklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan hekimler %93,6 oranında defansif tıp uyguladığı, dava tecrübesi olmayan hekimlerin bile dava tecrübesi olan hekimler gibi defansif uygulamalara başvurdukları, hekimlerin malpraktis davaları açılma korkusu nedeniyle baskı altında hissettiklerini, malpraktis davalarının medyada gündeme getirildiğinde ve meslektaşlarına dava açılması durumunda daha fazla baskı hissettikleri; hasta

güvenliği tedbirleri ve mesleki zorunluluk sigortasının sorunu çözmede etkisiz kaldığı tespit edilmiştir(9).

2009 yılında 425 anesteziyolog katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada malpraktis iddialarından korunmak için katılan hekimlerin %84'ü aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdikleri, %80'i daha detaylı kayıt tuttıkları, % 65'i tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladıkları sonucuna ulaşıldı. Anesteziyologların dava edilme korkuları sebebiyle, daha fazla görüntüleme tetkikleri istemeleri ve yüksek riskli olan hastalardan daha fazla kaçınmaları, uzmanlık yılı arttıkça bu çekincelerin azaldığı kıdemi düşük olanlarda yüksek olduğu görülmüştür(79).

2017 senesinde kardiyoloji alanında çalışan 253 tıpta uzmanlık öğrencisi, uzman ve öğretim üyesi hekim katılımı ile yapılan bir çalışmada; katılımcıların %11.6'sının önceden malpraktis iddiası ile dava tecrübesi olduğu, %52'sinin malpraktis korkusu nedeni ile tıbbi uygulamalarında değişiklik yaptıkları belirlenmiştir. Çalışma ile kardiyologların hukuki sorunlardan korunmak amacıyla %78'inin perfüzyon sintigrafisi ya da bilgisayarlı tomografik anjiyografi (BTA) gibi görüntüleme yöntemlerini istediği, %71.6'sı koroner anjiyografi, %20 'si stent implantasyonu kararı verirken olası malpraktis iddialarının etkili olduğunu, %83.2'sinin ise olası davalara maruz kalmamak için yüksek riskli hastalardan kaçındığı sonucuna ulaşılmıştır(80).

Diyarbakır Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde görev yapan 200 tıpta uzmanlık öğrencisi ile yapılan bir çalışmada; hekimlerin %98'i pozitif ve %92'si negatif defansif tıp uygulamalarına başvurduklarını belirtmişlerdir. Erkeklerde, fazla sayıda nöbet tutanlarda, cerrahi bilimlerde görev yapanlarda, uzmanlık eğitiminin ilk iki yılındakilerde, hakkında daha önceden malpraktis davası açılanlarda ve sigara kullananlarda defansif tıp uygulama düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuş(81).

#### 2.5.2. Yurt Dışı

İngiltere'de aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada olası malpraktis davalarından korunmak amacıyla hekimlerin %90'ının tıbbi kayıtlara daha fazla önem verdiğini,

%86'sının tedavi yaklaşımı hakkında detaylı bilgiler verdiğini, %40'ının görüntüleme yöntemlerine gereğinden fazla başvurduğunu belirtilmiştir(23).

2010 yılında 126 tıp fakültesi öğrencisi ve 76 asistan hekim ile ABD'de yapılan çalışmada tıp öğrencilerin 116'sı (%92) bazen veya sıklıkla en az bir pozitif defansif tıp uygulamasıyla karşılaştığını ve 43'ü (%34) en az bir negatif defansif tıp uygulamasıyla karşılaştığını belirtti. Yanıt veren asistanlardan 73'ü (%96) en az bir defansif tıp uygulamasıyla karşılaştığını ve 33'ü (%43) en az bir negatif defansif tıp uygulamasıyla karşılaştığını belirtti. Genel olarak, öğrencilerin %41'i ile asistanların %53'ü sorumlu doktorlarının bazen veya sıklıkla klinik kararlar verirken onlara sorumluluğu hesaba katmayı açıkça öğrettiklerini bildirdi(82).

İtalya'da 2008-2009 yıllarında 307 pratisyen hekim ile 102 cerrah ve anestezi uzmanı üzerinde yapılan çalışmada; olası malpraktis iddialarına karşı; uzman hekimlerin %83.3'ünün yapılan görüşmeden önceki bir ay içerisinde en az bir defa defansif tıp uygulamasında bulunduğu, en fazla başvuru defansif tıp davranışının %78.9 ile hasta kayıtlarının gereğinden fazla tutma olduğu belirtilmektedir. Verilen yanıtların değerlendirilmesi sonucunda hekimlerin %57.7'sinin hastaya gereksiz ilaçlar reçete ettiği, %53'ünün gereksiz tanısal tetkike başvurduğu, %48.3'ünün gereği olmamasına rağmen konsültasyon istediği, %30.5'inin ayaktan tedavi edilebilecek hastaları gereksiz yere hastaneye yatırdığını belirttiği görülmüştür. Çalışmaya katılan pratisyen hekimlerin ise %77.9'unun son bir ay içerisinde en az bir defa defansif tıp uygulamasına başvurduğunu, hekimlerin %82.8'inin hasta kayıtlarını gereğinden fazla önem verdiği, hekimlerin %68,8'inin hastaları hastaneye gereksiz yatırdığı, %61.3'ünün tanısal teste gereğinden fazla sayıda yöneldiği, %58.6'sının hastalarını gereksiz yere ilgili uzman hekimlere konsülte ettiği, %52.5'inin hastanın tedavisinde etkisi olmayacak gereksiz ilaçlar yazdığı belirtilmektedir(6).

ABD'nin Pensilvanya eyaletinde 824 hekimle gerçekleştirilen bir çalışmada hekimlerin %93'ü defansif tıbbi uygulamalara başvurduklarını belirtti. Bu uygulamalardan test sipariş etme, teşhis prosedürleri uygulama ve hastaları konsültasyon için yönlendirme gibi "güvence davranışı" uygulamaları çok yaygındı (%92). Son yaptığı savunma eylemlerini detaylandıran defansif tıp uygulayıcıları arasında, %43'ü görüntüleme istemlerini klinik olarak gereksiz durumlarda

kullandığını bildirdi. Ankete katılanların travma cerrahisi gibi komplikasyonlara yatkın prosedürleri ortadan kaldırmak ve karmaşık tıbbi sorunları olan veya davalı olarak algılanan hastalardan kaçınmak da dahil olmak üzere son 3 yılda uygulamalarını kısıtlamak için adımlar atanların oranı %42'idi(3).

Japonya'nın Hiroşima kentinde Mart 2006'da 131 gastroenterolog ile yapılan çalışmada hekimlerden 3(%2)'üne dava açıldı ve katılımcıların çoğu (%96) sorumluluk sigortası yaptırmıştı. Katılımcıların tamamına yakını (%98) defansif tıp uyguladığını bildirdi. Belirli prosedürlerden veya müdahalelerden kaçınma ve yüksek riskli hastalara bakmaktan kaçınma gibi kaçınma davranışları çok yaygındı (%96). Ankete katılanların %75'i, genellikle belirli prosedürlerden veya müdahalelerden kaçındığını bildirdi. Bununla birlikte, deneyimli gastroenterologlar (20 yıldan uzun süredir pratikte olanlar), 10 yıldan az süredir pratikte olanlara göre önemli ölçüde daha az kaçınma davranışlarını benimsediler. Güvence davranışları, yani marjinal veya tıbbi değeri olmayan ek hizmetler sağlamak da yaygındı (%91)(4).

İsrail'de Nisan ve Temmuz 2008 arasında sekiz tıp alanından (dahili tıp, pediatri, genel cerrahi, aile hekimliği, kadın hastalıkları ve jinekoloji, ortopedik cerrahi, kardioloji ve beyin cerrahisi) toplam 889 doktor ile yapılan çalışma da çoğunluk (%60) defansif tıp uyguladığını bildirdi; %25'i daha önce kariyerleri boyunca en az bir kez dava edildiğini, %40'ı her hastayı tıbbi bir dava için potansiyel bir tehdit olarak görüyordu. Defansif tıp uygulamaları cerrahi alanda çalışanlar (genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedik cerrahi ve beyin cerrahisi), yurtdışından burs almayanlar ve daha önce davalara maruz kalanlarda anlamlı derece de yüksekti. Bir hekimin kariyeri boyunca dava açılma riski erkek cinsiyette olanlarda ve cerrahi alanda çalışanlarda yüksekti(8).

Sudan'da 117 kadın doğum ve jinekoloji bölümünde çalışan hekim ile yapılan çalışmada hekimlerin %89,7'si doktorlara karşı açılan davaların arttığı izlenimine sahipti ve %27,6'sı doğrudan dava tecrübesine sahipti. Bu çalışmada, ankete katılan doktorların yarısından azı (%42.7) defansif tıp kavramını biliyordu ve %71.8'i defansif tıbbın şu veya bu formunu uyguladığını bildirdi(7).

Güneydoğu İnan'da 423 pratisyen hekimin katılımıyla gerekleŒen alıŒmada hekimler arasında pozitif ve negatif defansif tıbbın sıklığı sırasıyla %99.8 ve %79.2 idi. İŒ deneyimi, meslektaŒlarına karŒı açılan davalardan haberdar olma ve defansif tıp davranıŒında bulunma arasında anlamlı bir iliŒki gözlemlendi(83).

2009 yılında ABD'de aralarında birinci basamak hekimlerinin de olduğu farklı uzmanlık dalındaki 1231 hekimle yapılan alıŒmada hekimlerin ezici bir çoğunluğu (%91), kendilerini malpraktis davalarından korumak için gerekenden daha fazla test ve tetkik talep ettiğini belirtti. Belirtenler arasında özellikle de birinci basamak hekimlerin %91,2'si, cerrahi olmayan tıp uzmanlarının %88,6'sı ve cerrahların %92,5'i ifadeye katıldığı uzmanlık grupları arasında tutarlıydı. Soruya verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark sadece cinsiyet için gözlemlendi; erkek doktorların kadın doktorlara göre aynı fikirde olma olasılığı daha yüksekti (%92,6'ya karŒı %86,5). Hekimlerin çoğu, gereksiz tanısal testlerin kullanımını azaltmak için, haksız malpraktis davalarına karŒı korunmanın gerekli olduğu konusunda hemfikirdir (%90)(5).

## **2.6. Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hatası)**

Tıbbi hata bir giriŒim, uygulama veya tedavinin sadece eksik ya da yanlış yapılması değil, yapılması lazımken yapılmaması veya yapılmaması lazımken yapılması Œeklinde tanımlanabilmektedir(84). Dikkatsizlik, yorgunluk, özensizlik, eğitim ve iletiŒim eksikliği gibi kiŒisel faktörler; iŒ ve hasta yükü, iŒ yeri yapısı, alıŒma saatleri, personelin sayıca eksikliği ve yanlış dağılımı gibi kurumsal faktörler; yanlış laboratuvar sonuçları, yetersiz ve eksik cihazlar gibi teknik faktörler tıbbi hatalara sebep olabilir. Tıbbi hataya bağlı olarak kiŒinin sağlığında meydana gelebilecek herhangi bir olumsuzluk malpraktis olarak nitelendirilmektedir(85). Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılındaki 44'ncü Genel Kurulu'nda "Tıpta Yanlış Uygulama" konulu yayınladığı tebliğ de malpraktisi, hekimin vermiŒ olduğu tedavi de rutin uygulamadan sapması, beceri eksikliği veya hastayı tedavisiz bırakması ile oluŒan zarar olarak tanımlamıŒtır(86).

Malpraktis, hastanın yaŒamı ve sağlık durumuna doğrudan etki eden, teŒhis, tedavi, bakım ve bakım sonrası dönemde, hekim ve hasta ile birebir ilgilenen diğer sağlık

çalışanlarının takibinde meydana gelen istenmeyen durumlardır(50). Kısaca ifade etmek gerekirse, işini profesyonel olarak yapmakta olan kişilerin hatalı uygulamaları, bilgi, beceri ve özen eksikliklerine ya da ihmallerine bağlı olarak gelişen hizmet alanın zarar gördüğü durumlardır.

19. yüzyıla kadar tıbbi uygulama hatası yaygın değildi(87). Malpraktis davaları, kısmen, dinin kişisel yaralanmanın gerekçesi olarak azalan rolüne ve fiziksel refahın kontrol edilebileceğine ve hatta iyileştirilebileceğine dair yükselen bir algıya yanıt olarak ortaya çıktı(88). 1840 ve 1860 arasında, Amerika Birleşik Devletleri'nde eyalet temyiz mahkemelerine taşınan yanlış uygulama davalarının sayısı %950'nin üzerinde arttı ve yanlış uygulama davaları nüfus artışına kıyasla kabaca 10 kat arttı(89). Tıp dergileri bu sıralarda malpraktis üzerine ilk makaleleri yayınlanmaya başladı. 1840'tan bu yana artan yanlış uygulama vakalarının üç ana nedeni var(90). Birincisi, tıbbi gelişmeler genel olarak sağlık hizmetlerini iyileştirirken, tedavilerin istenmeyen yan etkileri davalar için verimli bir zemin haline geldi. Örneğin, radyologlar tanısal yeteneklerini geliştirdi, ancak başlangıçtaki hastalar aşırı radyasyon dozlarına veya görüntülerin yanlış yorumlanmasına maruz kaldı. İkincisi, kuruluşlar eğitim, ruhsatlandırma ve uygulama konusunda tek tip standartlar geliştirdikçe, doktorlar öngörülen normlardan sapmaktan sorumlu tutulabilirler. Son olarak, hekimler için malpraktis sigortasının ortaya çıkışı kişisel varlıkları korurken, malpraktis davalarının tanınmış bir yasal araç olarak kurulmasına yol açmıştır.

Günümüzdeki malpraktis dava açılma oranlarına bakacak olursak, Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl aile hekimlerinin yaklaşık yüzde 5'i ve tüm doktorların yüzde 7'si malpraktis nedeniyle dava ediliyor(91). Aile hekimliği de dahil olmak üzere düşük riskli uzmanlıklar için, hastalara veya ailelerine tazminat ödenmesiyle sonuçlanan tazminat taleplerinin yıllık insidansı sadece yüzde 1'dir. Yine de, düşük riskli uzmanlık alanlarındaki doktorların tahmini yüzde 75'i 65 yaşına kadar bir malpraktis iddiasıyla karşı karşıya kalacak(91). Malpraktis dava sayısındaki artışın defansif tıptaki artışla doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir(6).

Malpraktisin çok yönlü ve çok boyutlu olarak araştırılması son 30 sene de özellikle bazı gelişmiş ülkelerde ve son zamanlarda da tüm dünyada artmıştır. Tıbbi, hukuki, etik, eğitimsel ve yönetsel yönleri çözüme odaklı derin bir şekilde

araştırılmaktadır(50). Ülkemizde de konu çeşitli boyutlarda son 10 sene içinde tartışılmaya başlanmış ve çözüm arayışları sürmektedir(50). Bu konu ile alakalı son olarak bu yıl temmuz ayında Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanun Teklifi meclise sunulmuş, çok kısa bir süre zarfında geri çekilmiştir. Geri çekilmesinin sebebi, başta hekimler olmak üzere diğer sağlık çalışanlarını negatif defansif tıbbı yönlendirebileceği şeklinde eleştiri almasındandır. Ülkemizde hala hekimlerin cezai ve hukuki sorumluluğunu düzenleyen, malpraktise ilişkin özel bir düzenleme bulunmamaktadır.

Malpraktis davalarında kararlar, TCK'nın taksirle yaralama ve taksirle öldürme gibi suçlayıcı-cezalandırıcı sistemi öne çıkaran maddelere göre verilmektedir. Bu sistem de uyarma, kınama, kademe ilerlemesinin durdurulması, maaş kesme ve tazminat cezası gibi cezalar verilebilmektedir(92). Ülkemizde 2002-2014 seneleri arasında açılan 4470 dava malpraktis iddiası ile ilgili olup, bu davaların 764'ünde hekimler 7.254.000 TL tazminat ödemek zorunda kalmıştır(93).

Hekim ve hemşirelerin mesleki açıdan kaygı duydukları en önemli durumun malpraktis olduğu bildirilmiştir(94). Bunun sebebi, hekimlerin malpraktis konusunda bilgili olmamaları, hak ve sorumluluklarını bilmemelerinden kaynaklanıyor olabilir. Roy ve ark.(95) hekimlerin çoğunun malpraktis ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu ve herhangi bir eğitim almadığı sonucuna ulaşmıştır. Kumral ve ark.(96) yaptığı bir çalışmada mezuniyet öncesi ve sonrası malpraktisle ilgili aldığı eğitimi hekimlerin %11'i yeterli buluyorken, başka bir çalışma da eğitimleri boyunca hekimlerin hak ve sorumlulukları ile ilgili verilen eğitimi %85,9'u yetersiz bulduğu bildirilmiştir(92). Hekimlerin defansif tıbbı başvurularının en önemli sebebi malpraktis kaygıları olduğu için, malpraktis konusunda bilgi sahibi olmaları, hak ve sorumluluklarını bilmeleri önemlidir.

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Bu çalışma; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurul Yönergesi'ne göre hazırlanan Etik Kurul raporu onayı ile Samsun İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi onayları alındıktan sonra, 20.04.2021-20.07.2021 tarihleri arasında Samsun il merkezi aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan pratisyen ve uzman aile hekimleri ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde eğitim almakta olan aile hekimliği uzmanlık öğrencileri çalışmaya dahil edilmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Tipi**

Samsun il merkezi aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan pratisyen ve uzman aile hekimleri ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde eğitim almakta olan aile hekimliği uzmanlık öğrencileri çalışma hakkında bilgilendirilip, çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerin dahil edildiği, kesitsel, tanımlayıcı, açık kontrolsüz tipte bir anket çalışmasıdır.

#### **3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini; Şubat 2021'de Samsun İl merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan 196 aile hekimi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki 92 aile hekimliği asistanı ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki 23 aile hekimliği asistanı oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğü hesaplanmasında OpenEpi programı kullanılmıştır(Ek-1). Sonuçların %95 güvenilirlik aralığında örnekleme hatası içerebileceği kabul edilmiştir. Basit rastgele örnekleme yöntemi ile hesapladığımızda toplam ulaşılmaması gereken en az gönüllü sayısı 220(Aile hekimi hedef sayısı 131,aile hekimi asistanı hedef sayısı 89) olarak hesaplanmıştır.

### **3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması**

Anket formu, hekimlere araştırmanın konusu, amacı ve kapsamına ilişkin bilgi verilip sözlü onamları alındıktan sonra yüz yüze ya da hekimler telefon ile aranarak internet (whatsapp, mail vb.) üzerinden veri toplama formu kendilerine iletilmiş ve uygulanmıştır.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Konuyla ilgili literatür taranıp daha önce yapılmış çalışmalar incelenerek oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anket katılımcıların sosyodemografik özellikleriyle ilgili 6 soru, defansif tıp uygulamaları bilgilerini sorgulayan 15 soru, 18 soruluk Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği ve defansif tıp tutumlarının nedenine yönelik 12 soru ile toplam 51 sorudan oluşmaktaydı. Defansif tıp tutumlarıyla ilgili bilgi soruları evet, hayır, kararsızım şeklinde 3'lü Likert tipinde düzenlendi. Defansif tıp tutumlarının nedenini sorgulayan sorular ise; “tamamen katılıyorum”, “çok katılıyorum”, “kararsızım”, “az katılıyorum” ve “hiç katılmıyorum” şeklinde 5'li Likert tipinde hazırlandı.

#### **Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği**

Defansif tıp uygulamaları tutum seviyesini ölçmek için tasarlanmıştır. Ölçek Giray KOLCU tarafından geliştirilmiş olup, Başer ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan, kadın hastalıkları ve doğum uzman ve asistanları üzerinde 2014 senesinde yapılmıştır(97).

Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği 3 alt başlığa ayrılmakta olup, toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Birinci alt başlıkta pozitif defansif tıp uygulamaları tutumlarını ölçmeye yarayan 9 soru bulunmakta, ikinci alt başlıkta negatif defansif tıp uygulamaları tutumlarını ölçmeye yarayan 5 soru bulunmakta, üçüncü alt başlık ise defansif tıp hakkındaki bilgi sorularını içeren 4 soru bulunmaktadır(97). İlk iki alt başlıkta bulunan toplam 14 soru 5'li likert tipinde, üçüncü alt başlıkta bulunan kalan 4 soru ise %50'lik seçim hakkı veren “evet” ve “hayır” seçenekleriyle hazırlanmıştır(97).

İlk iki başlıktaki 14 soru da %20'lik grupları ifade eden “tamamen katılıyorum”, “çok katılıyorum”, “orta derecede katılıyorum”, “az katılıyorum”, “hiç katılmıyorum” şeklinde cevaplanabilmektedir. Verilen yanıtlara göre puan alacak olan katılımcılar “tamamen katılıyorum” şeklinde yanıt verirse 5 puan, “çok katılıyorum” şeklinde yanıt verirse 4 puan, “orta derece katılıyorum” şeklinde yanıt verirse 3 puan, “az katılıyorum” şeklinde yanıt verirse 2 puan, “hiç katılmıyorum” şeklinde yanıt verirse 1 puan alacaklardır. Toplam puanlar, kötü (27-14 puan), orta (41- 28 puan), iyi (55-42 puan), çok iyi (70-56 puan) şeklinde gruplara ayrılarak hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum düzeyi belirlenmeye çalışılacaktır(97).

Ölçeğin güvenilirlik analizinde iç tutarlılığı yüksek (Cronbach alfa=0,853) bulunmuştur. İlk iki alt ölçeğin ayrı ayrı hesaplanılan Cronbach alfa değerleri ise pozitif defansif tıp uygulamaları için 0,685, negatif defansif tıp uygulamaları için 0,918 bulunmuştur(97).

### **3.6. İstatistiksel Analiz**

Anket formundan elde edilen veriler SPSS (21.0) istatistik paket programına aktarıldı ve analiz edildi. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde ile ifade edildi. Analiz kısmında istatistik verilerin uygulanabilirliği açısından sosyodemografik veri kısmında açık uçlu olarak sorulan yaş parametresini “40 yaş altı” ve “40 yaş ve üstü” olarak, meslekte çalışma süresi parametresindeki “<1 yıl” ile “2-5 yıl” yanıtını verenler “5 yıl ve altı” olarak, medeni durum parametresindeki “dul”, “boşanmış”, “bekar” yanıtını verenler “evli olmayan” olarak, görev unvanı parametresindeki “SAHU” yanıtını verenler “araştırma görevlisi” seçeneğine eklenerek ve 5’li likert olarak hazırlanan anketin bir bölümü, “tamamen katılıyorum” ve “çok katılıyorum” diyenler “Katılıyorum”, “az katılıyorum” ve “hiç katılmıyorum” diyenler “Katılmıyorum” ve “kararsızım” yanıtı verenler “Kararsızım” olacak şekilde 3’lü likert tipine dönüştürülerek kullanıldı. Kategorik değişkenlerin analizinde Bonferroni düzeltmeli ki-kare testi kullanılmış olup verilerin dağılımları tanımlayıcı istatistiklerden frekans analizi ile yüzde olarak da sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi tüm testler için  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

### 3.7. Araştırmada İzinler

Araştırmanın etik uygunluk onayı için Ondokuzmayıs Ünięersitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruldu. Dosya kurulun 11.03.2021 tarihli toplantısında 2021/114 karar numarasıyla incelendi ve etik açıdan uygun bulundu. Ayrıca Samsun İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bilimleri Ünięersitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne araştırma izni için başvuruldu. Bařvurumuz incelendikten sonra çalışma onayı tarafımıza verildi.



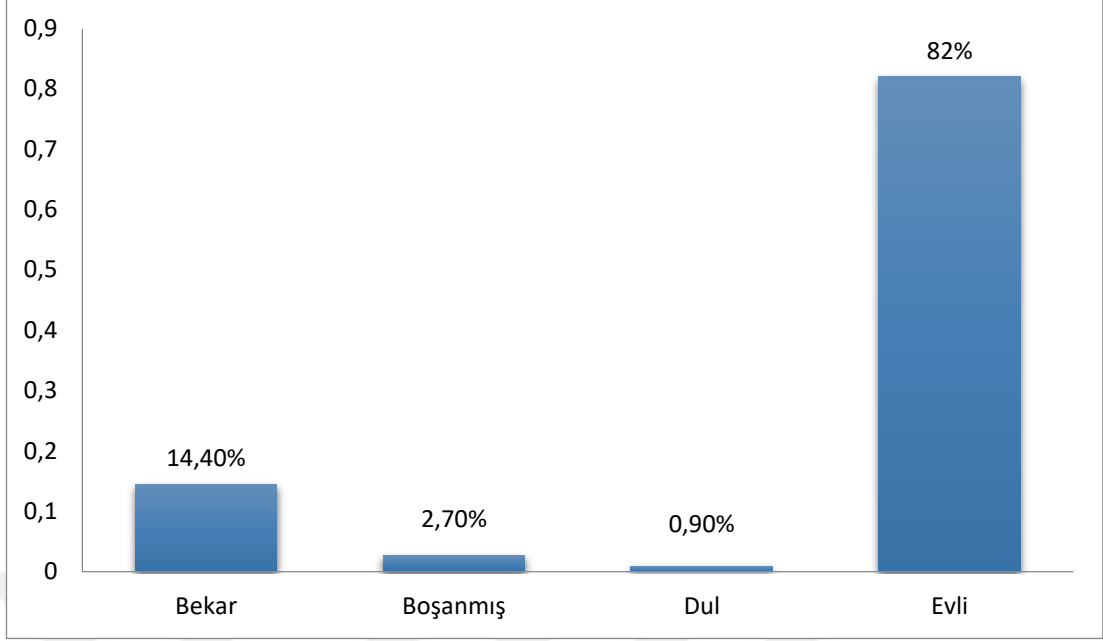
#### 4. BULGULAR

Çalışmamıza toplam 222 hekim dâhil edildi. Bu hekimlerin 110'u (%49,5) erkek, 112'si (%50,5) kadındı (Şekil 1). Çalışma kapsamında değerlendirilen hekimlerin yaş ortalaması  $38,9 \pm 10,43$  (min:25, max:63) yaş idi. Katılımcıların medeni durumlarına baktığımızda 182'si (%82) evli, 32'si (%14,4) bekar, 6'sı (%2,7) eşinden boşanmıştı ve 2'si (%0,9) duldu (Şekil 2).

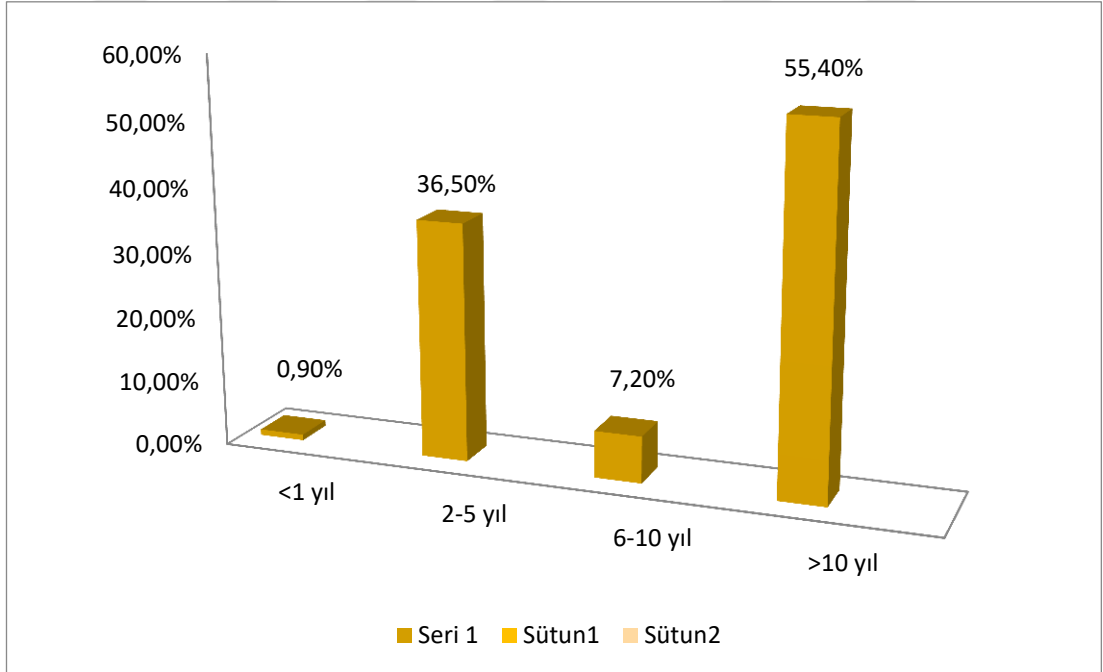
Katılımcıların meslekte çalışma sürelerine baktığımızda 10 yıldan fazla hekimlik yapan 123 (%55,4) kişi, 6-10 yıl arasında hekimlik yapan 16 (%7,2) kişi, 2-5 yıl arasında hekimlik yapan 81 (%36,5) kişi ve 1 yıl ve daha kısa süre hekimlik yapan 2 (%0,9) kişiydi (Şekil 3). Hekimlerin 130'u (%58,6) aile sağlığı merkezinde, 81'i (%36,5) üniversite hastanesinde, 11'i (%5) sağlık bakanlığı hastanesinde çalışmaktaydı (Şekil 4). Hekimlerin görev unvanlarına baktığımızda 100'ü (%45) pratisyen hekim, 92'si (%41,4) araştırma görevlisi, 20'si (%9) uzman doktor ve 10'u (%4,5) SAHU olarak bulundu (Şekil 5).



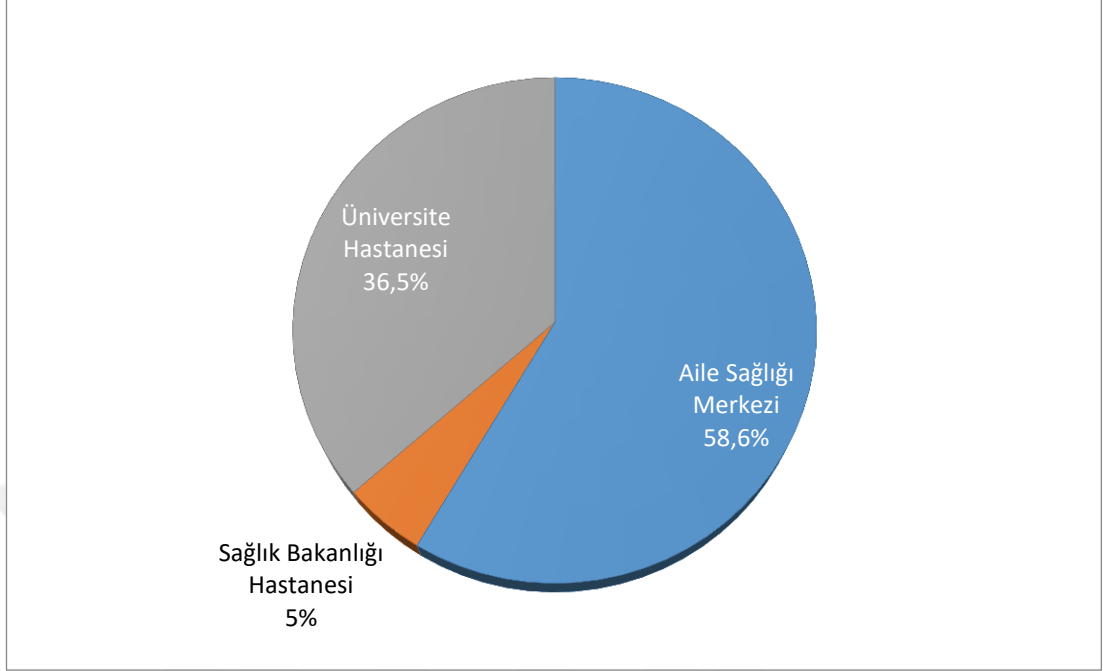
**Şekil 1: Cinsiyet parametresine göre dağılım**



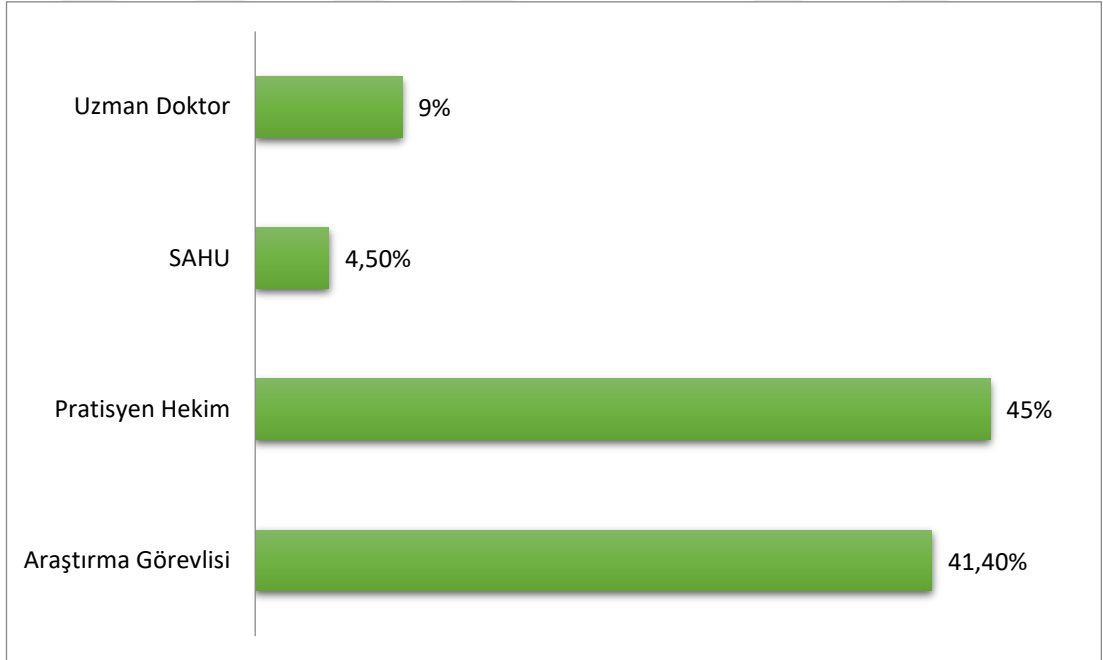
**Şekil 2: Medeni durum parametresine göre dağılım**



**Şekil 3: Meslekte çalışma süresi parametresine göre dağılım**



**Şekil 4. Görev yeri parametresine göre dağılım**



**Şekil 5: Görev unvanı parametresine göre dağılım**

Defansif tıp hakkında hekimlerin bilgi düzeyini ölçmek için sorduğumuz sorulardan, en fazla doğru cevap verilen ilk üç seçenek;

1. “Malpraktis davalarından korunmak amacıyla hastayı üst basamağa daha sık yönlendirmek bir defansif tıp uygulamasıdır” diye belirten 175 (%78,8) kişi,
2. “Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem vermek bir defansif tıp uygulamasıdır” diye belirten 173 (%77,9) kişi,
3. “Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla riskli tedavi yöntemlerinden uzak durmak bir defansif tıp uygulamasıdır” diye belirten ise 162 (%73) kişi bulunmuştur.

Defansif tıp hakkında hekimlerin bilgi düzeyini ölçmek için sorduğumuz sorulardan, en fazla yanlış cevap verilen ilk üç seçenek;

1. “Tanı kaçırmak korkusu nedeniyle gereğinden fazla ek tetkik istemek bir defansif tıp uygulamasıdır” diye belirten 141 (% 63,5) kişi,
2. “Kendimizi tıbbi bilgi konusunda yetersiz görüp gereksiz konsültasyon istemek bir defansif tıp uygulamasıdır” diye belirten 126 (% 56,8) kişi,
3. “Testlerin tanı koyma gücüne güvenip fazladan görüntüleme istemek bir defansif tıp uygulamasıdır” diye belirten ise 100 (%45) kişi olarak bulunmuştur.

Tablo 1’de defansif tıp hakkında hekimlerin bilgi düzeyini ölçmek için sorulan sorulara verilen cevapların dağılımı verilmiştir.

**Tablo 1. Defansif tıp hakkında hekimlerin bilgi düzeyini ölçmek için sorulan sorulara verilen cevapların dağılımı**

	<b>Evet</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Hayır</b>	<b>Toplam</b>
<b>Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla tıbbi kayıtları ayrıntılı tutma bir defansif tıp uygulamasıdır.</b>	n=160 %72,1	n=20 %9,0	n=42 %18,9	n=222 %100,0
<b>Kendimizi tıbbi bilgi konusunda yetersiz görüp gereksiz konsültasyon istemek bir defansif tıp uygulamasıdır.</b>	n=126 %56,8	n=49 %22,1	n=47 %21,2	n=222 %100,0

**Tablo 1(Devamı). Defansif tıp hakkında hekimlerin bilgi düzeyini ölçmek için sorulan sorulara verilen cevapların dağılımı**

	<b>Evete</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Hayır</b>	<b>Toplam</b>
Fazla vaktimizi alacağını düşünüp hastayla ilgilenmeyip sevk etmek bir defansif tıp uygulamasıdır.	n=72 %32,4	n=43 %19,4	n=107 %48,2	n=222 %100,0
Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla görüntüleme tetkiklerini daha sık kullanmak bir defansif tıp uygulamasıdır.	n=161 %72,5	n=33 %14,9	n=28 %12,6	n=222 %100,0
Hastanın tekrar başvurmasını önlemek için endikasyon dahilindeki ilaçların çoğunu reçete etmek bir defansif tıp uygulamasıdır.	n=73 %32,9	n=48 %21,6	n=101 %45,5	n=222 %100,0
Malpraktis davalarından korunmak amacıyla hastayı üst basamağa daha sık yönlendirmek bir defansif tıp uygulamasıdır.	n=175 %78,8	n=22 %9,9	n=25 %11,3	n=222 %100,0
Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem vermek bir defansif tıp uygulamasıdır.	n=173 %77,9	n=22 %9,9	n=27 %12,2	n=222 %100,0
Tanı kaçırma korkusu nedeniyle diğer hastalara kıyasla bazı hastalara daha fazla vakit ayırmak bir defansif tıp uygulamasıdır.	n=82 %36,9	n=50 %22,5	n=90 %40,5	n=222 %100,0
Tanı kaçırmak korkusu nedeniyle gereğinden fazla ek tetkik istemek bir defansif tıp uygulamasıdır.	n=141 %63,5	n=32 %14,4	n=49 %22,1	n=222 %100,0
Testlerin tanı koyma gücüne güvenip fazladan görüntüleme istemek bir defansif tıp uygulamasıdır.	n=100 %45,0	n=59 %26,6	n=63 %28,4	n=222 %100,0
Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla riskli tedavi yöntemlerinden uzak durmak bir defansif tıp uygulamasıdır.	n=162 %73,0	n=45 %20,3	n=15 %6,8	n=222 %100,0
Kendimizi tıbbi bilgi konusunda yetersiz görüp yeni tedavi yöntemlerinden kaçınmak bir defansif tıp uygulamasıdır.	n=96 %43,2	n=59 %26,6	n=67 %30,2	n=222 %100,0
Hastadan ayrıntılı anamnez almayı gereğinden fazla tetkik istemek bir defansif tıp uygulamasıdır.	n=73 %32,9	n=56 %25,2	n=93 %41,9	n=222 %100,0
El becerimize güvenmeyip girişimsel işlem yerine girişimsel olmayan işlemi tercih etmek bir defansif tıp uygulamasıdır.	n=88 %39,6	n=58 %26,1	n=76 %34,2	n=222 %100,0
Malpraktis davalarından korunmak amacıyla vizitleri gereğinden daha sık ve daha uzun yapmak bir defansif tıp uygulamasıdır.	n=123 %55,4	n=47 %21,2	n=52 %23,4	n=222 %100,0

Bu çalışmada kullandığımız defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği 3 alt başlığa ayrılmakta olup, toplam 18 sorudan oluşmaktadır. 4 soru defansif tıp hakkındaki bilgi sorularını içermekte, 9 soru pozitif defansif tıp uygulamaları tutumlarını ölçmeye yarlamakta, 5 soru negatif defansif tıp uygulamaları tutumlarını ölçmeye yarlamaktadır. Verilen yanıtlar Tablo 2, Tablo 4 ve Tablo 5’te belirtilmiştir.

İçerisinde 4 soruyu barındıran defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinin bilgi sorularına bakacak olursak katılımcıların;

“Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?” sorusuna %3,2’sinin (n=7) evet yanıtı verirken %96,8’sinin (n=215) hayır yanıtı verdiği,

“Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna %92,3’ü (n=205) evet derken %7,7’si (n=17) hayır dediği,

“Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?” sorusuna %77,5’i (n=172) evet yanıtı verirken %22,5’i (n=50) hayır yanıtı verdiği,

“Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” sorusuna katılımcılar %16,7 (n=37) oranında evet yanıtı verirken %83,3 (n=185) oranında hayır yanıtı verdiği tespit edildi.

**Tablo 2. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Bilgi Soruları**

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Toplam</b>
<b>Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?</b>	n=7 %3,2	n=215 %96,8	n=222 %100
<b>Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?</b>	n=205 %92,3	n=17 %7,7	n=222 %100
<b>Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?</b>	n=172 %77,5	n=50 %22,5	n=222 %100
<b>Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?</b>	n=37 %16,7	n=185 %83,3	n=222 %100

Tablo 3'te katılımcılara sorulan “Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?” sorusuna ve “Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,001$ ) bir ilişki saptandı

**Tablo 3. Defansif tıp kavramını duyma durumu ile kavram hakkında bilgi sahibi olma arasındaki ilişki**

		Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?						P değeri
		Evet		Hayır		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	Evet	37	21,5	135	78,5	172	100,0	<0,001
	Hayır	0	0,0	50	100,0	50	100,0	
	Toplam	37	16,7	185	83,3	222	100,0	

Tablo 4'te defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinin alt ölçeğinden birisi olan pozitif defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğindeki 9 soruya katılımcıların verdikleri yanıtlara baktığımızda;

“Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum” sorusuna %2,3'ü tamamen katılıyorum, %11,7'si çok katılıyorum, %21,6'sı orta derecede katılıyorum, %39,2'si az katılıyorum ve %25,2'si hiç katılmıyorum şeklinde,

“Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum” sorusuna %5'i tamamen katılıyorum, %10,4'ü çok katılıyorum, %27,5'i orta derecede katılıyorum, %30,2'si az katılıyorum ve %27'si hiç katılmıyorum şeklinde,

“Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımda gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum” sorusuna katılımcıların %5,4’ü tamamen katılıyorum, %20,7’si çok katılıyorum, %32,4’ü orta derecede katılıyorum, %23,9’u az katılıyorum, %17,6’sı hiç katılmıyorum şeklinde,

“Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (ör: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum” sorusunu katılımcıların %2,7’si tamamen katılıyorum, %9’u çok katılıyorum, %21,2’si orta derecede katılıyorum, %20,7’si az katılıyorum, %46,4’ü hiç katılmıyorum şeklinde,

“Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum” sorusunu katılımcıların %7,2’si tamamen katılıyorum, %16,2’si çok katılıyorum, %28,4’ü orta derecede katılıyorum, %21,6’sı az katılıyorum, %26,6’sı hiç katılmıyorum şeklinde,

“Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımaya daha detaylı açıklıyorum” sorusunu katılımcıların %18,9’u tamamen katılıyorum, %35,6’sı çok katılıyorum, %26,6’sı orta derecede katılıyorum, %12,6’sı az katılıyorum, %6,3’ü hiç katılmıyorum şeklinde,

“Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımaya daha fazla zaman ayırıyorum” sorusunu katılımcıların %9,9’u tamamen katılıyorum, %29,7’si çok katılıyorum, %27,5’i orta derecede katılıyorum, %18’i az katılıyorum, %14,9’u hiç katılmıyorum şeklinde,

“Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum” sorusunu katılımcıların %29,3’ü tamamen katılıyorum, %30,6’sı çok katılıyorum, %22,1’i orta derecede katılıyorum, %13,1’i az katılıyorum, %5’i hiç katılmıyorum şeklinde,

“Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum” sorusunu katılımcıların %24,8’si tamamen katılıyorum, %27,5’i çok katılıyorum, %21,6’sı orta derecede katılıyorum, %15,8’i az katılıyorum, %10,4’ü hiç katılmıyorum şeklinde yanıt vermiştir.

**Tablo 4. Katılımcıların pozitif defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğindeki sorulara vermiş oldukları yanıtların dağılımı**

	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derece Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	Toplam
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum,	n=5 %2,3	n=26 %11,7	n=48 %21,6	n=87 %39,2	n=56 %25,2	n=222 %100
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum,	n=11 %5,0	n=23 %10,4	n=61 %27,5	n=67 %30,2	n=60 %27,0	n=222 %100
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum,	n=12 %5,4	n=46 %20,7	n=72 %32,4	n=53 %23,9	n=39 %17,6	n=222 %100
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyon dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum,	n=6 %2,7	n=20 %9,0	n=47 %21,2	n=46 %20,7	n=103 %46,4	n=222 %100
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum,	n=16 %7,2	n=36 %16,2	n=63 %28,4	n=48 %21,6	n=59 %26,6	n=222 %100
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum,	n=42 %18,9	n=79 %35,6	n=59 %26,6	n=28 %12,6	n=14 %6,3	n=222 %100
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum,	n=22 %9,9	n=66 %29,7	n=61 %27,5	n=40 %18	n=33 %14,9	n=222 %100
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum,	n=65 %29,3	n=68 %30,6	n=49 %22,1	n=29 %13,1	n=11 %5,0	n=222 %100
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum,	n=55 %24,8	n=61 %27,5	n=48 %21,6	n=35 %15,8	n=23 %10,4	n=222 %100

Tablo 5’te defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinin alt ölçeğinden birisi olan negatif defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğindeki 5 soruya katılımcıların verdikleri yanıtlara baktığımızda;

“Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum” sorusuna %16,2 oranında tamamen katılıyorum, %18,5 oranında çok katılıyorum, %31,5 oranında orta derecede katılıyorum, %21,6 oranında az katılıyorum, %12,2 oranında hiç katılmıyorum şeklinde yanıt vermiş oldukları tespit edildi.

“Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum” sorusuna katılımcıların %12,6 oranında tamamen katılıyorum, %21,2 oranında çok katılıyorum, %30,2 oranında orta derecede katılıyorum, %23 oranında az katılıyorum, %13,1 oranında hiç katılmıyorum şeklinde yanıt vermiş oldukları tespit edildi.

“Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum” sorusuna katılımcıların %15,3 oranında tamamen katılıyorum, %28,8 oranında çok katılıyorum, %27,9 oranında orta derecede katılıyorum, %19,8 oranında az katılıyorum, %8,1 oranında hiç katılmıyorum şeklinde yanıt vermiş oldukları tespit edildi.

“Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum” sorusuna katılımcıların %13,1 oranında tamamen katılıyorum, %26,1 oranında çok katılıyorum, %27,5 oranında orta derecede katılıyorum, %16,7 oranında az katılıyorum, %16,7 oranında hiç katılmıyorum şeklinde yanıt vermiş oldukları tespit edildi.

“Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum” sorusuna katılımcıların %41,4 oranında tamamen katılıyorum, %27,9 oranında çok katılıyorum, %19,4 oranında orta derecede katılıyorum, %7,7 oranında az katılıyorum, %3,6 oranında hiç katılmıyorum şeklinde yanıt vermiş oldukları tespit edildi.

**Tablo 5. Katılımcıların negatif defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğindeki sorulara vermiş oldukları yanıtların dağılımı**

	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derece Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	Toplam
<b>Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum,</b>	n=36 % 16,2	n=41 % 18,5	n=70 % 31,5	n=48 % 21,6	n=27 % 12,2	n=222 % 100
<b>Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum,</b>	n=28 % 12,6	n=47 % 21,2	n=67 % 30,2	n=51 % 23	n=29 % 13,1	n=222 % 100
<b>Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum,</b>	n=34 % 15,3	n=64 % 28,8	n=62 % 27,9	n=44 % 19,8	n=18 % 8,1	n=222 % 100
<b>Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum,</b>	n=29 % 13,1	n=58 % 26,1	n=61 % 27,5	n=37 % 16,7	n=37 % 16,7	n=222 % 100
<b>Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum,</b>	n=92 % 41,4	n=62 % 27,9	n=43 % 19,4	n=17 % 7,7	n=8 % 3,6	n=222 % 100

Çalışmamızdaki defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde ortalama değer  $41,68 \pm 10,98$  olarak, ortanca değer ise 42 olarak (minimum 14, maksimum 70) bulundu. Hekimlerin ölçekten aldıkları puanları hesaplandığımızda, %9'unun (n= 20) çok iyi, %42,3'ünün (n=94) iyi, %35,1'inin (n=78) orta ve %13,5'inin de (n=30) defansif tıp uygulamaları tutumunun kötü olduğu bulundu.

Defansif tıp uygulamaları tutum sorularından hekimlerin orta ve üzeri derece de katıldığı en sık ilk üç uygulama;

1. “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum” %88,7 oranıyla,
2. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum” %82 oranıyla,
3. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımaya daha detaylı açıklıyorum” %81,1 oranıyla olduğu tespit edildi.

### Karşılaştırmalı analizler

Tablo 6’de katılımcıların cinsiyet kategorisi ile ölçek sorularına verdikleri yanıtlara göre hesaplanan toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark( $\chi^2=1.947$ ,  $p=0,583$ ) saptanmadı.

**Tablo 6. Katılımcıların cinsiyet kategorisine göre toplam ölçek puanı dağılımı**

			Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Toplam	$\chi^2$	P değeri
			n	n	n	n	n		
			%	%	%	%	%		
<b>Erkek</b>	n	%	n=8	n=49	n=36	n=17	n=110	<b>1,947</b>	<b>0,583</b>
			%7,3	%44,5	%32,7	%15,5	%100		
<b>Kadın</b>	n	%	n=12	n=45	n=42	n=13	n=112		
			%10,7	%40,2	%37,5	%11,6	%100		
<b>Toplam</b>	n	%	n=20	n=94	n=78	n=30	n=222		
			%9,0	%42,3	%35,1	%13,5	%100		

Tablo 7’de katılımcıların ölçek sorularına verdikleri yanıtlara göre hesaplanan toplam ölçek puanları ile meslekte çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $\chi^2=27,482$ ,  $p<0,001$ ). Bu fark >10 yıl çalışanlardan kaynaklanmaktaydı, bu grupta defansif tıp uygulamaları anlamlı olarak düşüktü.

**Tablo 7. Katılımcıların meslekte çalışma süresine göre toplam ölçek puanı dağılımı**

			Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Toplam	$\chi^2$	P değeri
			n	n	n	n	n		
			%	%	%	%	%		
5 yıl ve altı	n	%	n=15 % 18,1	n=39 %47	n=24 %28,9	n=5 %6,0	n=83 % 100	27,482	<0,001
6-10 yıl	n	%	n=2 % 12,5	n=10 %62,5	n=3 % 18,8	n=1 %6,3	n=16 % 100		
>10 yıl	n	%	n=3 %2,4	n=45 %36,6	n=51 %41,5	n=24 % 19,5	n=123 % 100		
Toplam	n	%	n=20 %9,0	n=94 %42,3	n=78 %35,1	n=30 % 13,5	n=222 % 100		

Tablo 8’de katılımcıların ölçek sorularına verdikleri yanıtlara göre hesaplanan toplam ölçek puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı( $\chi^2=9,291$ ,  $p=0,026$ ). Evli olmayanlarda defansif tıp uygulamaları tutumu anlamlı olacak şekilde daha fazlaydı.

**Tablo 8. Katılımcıların medeni durumlarına göre toplam ölçek puanı dağılımı**

			Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Toplam	$\chi^2$	P değeri
			n	n	n	n	n		
			%	%	%	%	%		
<b>Evli Olmayan</b>	n	%	n=6	n=17	n=17	n=0	n=40	<b>9,291</b>	<b>0,026</b>
			%15	%42,5	%42,5	%0,0	%100		
<b>Evli</b>	n	%	n=14	n=77	n=61	n=30	n=182		
			%7,7	%42,3	%33,5	%16,5	%100		
<b>Toplam</b>	n	%	n=20	n=94	n=78	n=30	n=222		
			%9,0	%42,3	%35,1	%13,5	%100		

Tablo 9’da yaş grupları ile toplam ölçek puan sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı( $\chi^2=25,170$ ,  $p<0,001$ ). 40 yaş ve üstü grupta defansif tutum ölçek puanı daha düşüktü.

**Tablo 9. Katılımcıların yaş grubuna göre toplam ölçek puanı dağılımı**

			Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Toplam	$\chi^2$	P değeri
			n	n	n	n	n		
			%	%	%	%	%		
<b>&lt;40 yaş</b>	n	%	n=17	n=55	n=33	n=6	n=111	<b>25,170</b>	<b>&lt;0,001</b>
			%15,3	%49,5	%29,7	%5,4	%100		
<b>40 yaş ve üstü</b>	n	%	n=3	n=39	n=45	n=24	n=111		
			%2,7	%35,1	%40,5	%21,6	%100		
<b>Toplam</b>	n	%	n=20	n=94	n=78	n=30	n=222		
			%9,0	%42,3	%35,1	%13,5	%100		

Tablo 10’de katılımcıların ölçek sorularına verdikleri yanıtlara göre hesaplanan toplam ölçek puanları ile görev unvanı karşılaştırması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $\chi^2=26,393$ ,  $p<0,001$ ). Bu fark araştırma görevlilerinden kaynaklanmaktaydı, bu grupta defansif tıp uygulamaları tutum puanı anlamlı olarak yüksekti.

**Tablo 10. Katılımcıların görev unvanlarına göre toplam ölçek puanı dağılımı**

			Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Toplam	$\chi^2$	P değeri
	n	%	n	n	n	n			
	n	%	%	%	%	%			
<b>Araştırma Görevlisi</b>	n	%	n=17 %16,7	n=48 %47,1	n=30 %29,4	n=7 %6,9	n=102 %100	<b>26,393</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Pratisyen Hekim</b>	n	%	n=3 %3,0	n=40 %40,0	n=41 %41,0	n=16 %16,0	n=100 %100		
<b>Uzman Doktor</b>	n	%	n=0 %0,0	n=6 %30,0	n=7 %35,0	n=7 %35,0	n=20 %100		
<b>Toplam</b>	n	%	n=20 %9	n=94 %42,3	n=78 %35,1	n=30 %13,5	n=222 %100		

Tablo 11’de katılımcıların defansif tıp uygulamalarına başvurmalarının sebeplerini sorduğumuzda en fazla katıldıkları ilk üç seçenek;

1. “Hekimin yeterli hukuki destek alamaması defansif yaklaşmasına neden olur” %83,8 oranıyla,
2. “Tazminat ödeme kaygısı defansif yaklaşmama neden olur” %73,4 oranıyla,

3. “Komplikasyon – malpraktis ayırımı tam yapılamaması defansif yaklaşıma neden olur” %73 oranıyla tespit edildi.

Tablo 11’de katılımcıların defansif tıp uygulamalarına başvurularının sebeplerini sorduğumuzda en az katıldıkları ilk üç seçenek;

1. “Diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı defansif yaklaşıma neden olur” %36,5 oranıyla,

2. “Performansa dayalı ödeme sistemi defansif yaklaşıma neden olur” %46,4 oranıyla,

3. “Tıp eğitimi sırasında anlatılan ‘öncelikle hastaya zarar vermeme’ ilkesi defansif yaklaşıma neden olur” %55 oranıyla tespit edildi.

**Tablo 11. Katılımcıların defansif tıp uygulamalarının nedenini anlamaya yönelik sorulara verdikleri yanıtların dağılımı**

	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Toplam</b>
<b>Tazminat ödeme kaygısı defansif yaklaşıma neden olur.</b>	n=163 %73,4	n=29 %13,1	n=30 %13,5	n=222 %100
<b>Hekimin yeterli hukuki destek alamaması defansif yaklaşımına neden olur.</b>	n=186 %83,8	n=26 %11,7	n=10 %4,5	n=222 %100
<b>Diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı defansif yaklaşıma neden olur.</b>	n=81 %36,5	n=77 %34,7	n=64 %28,8	n=222 %100
<b>Fiziksel-sözel şiddete maruz kalma korkusu defansif yaklaşıma neden olur.</b>	n=150 %67,6	n=37 %16,7	n=35 %15,8	n=222 %100

**Tablo 11 (Devamı). Katılımcıların defansif tıp uygulamalarının nedenini anlamaya yönelik sorulara verdikleri yanıtların dağılımı**

	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Toplam</b>
<b>Hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları defansif yaklaşmama neden olur.</b>	n=140 %63,1	n=49 %22,1	n=33 %14,9	n=222 %100
<b>Komplikasyon - malpraktis ayırımı tam yapılamaması defansif yaklaşmama neden olur</b>	n=162 %73	n=41 %18,5	n=19 %8,6	n=222 %100
<b>Performansa dayalı ödeme sistemi defansif yaklaşmama neden olur</b>	n=103 %46,4	n=58 %26,1	n=61 %27,5	n=222 %100
<b>Hekim arkadaşlarının paylaştığı olumsuz deneyimler defansif yaklaşmama neden olur.</b>	n=152 %68,5	n=33 %14,9	n=37 %16,7	n=222 %100
<b>Sevk etmede yaşanan zorluklar defansif yaklaşmama neden olur.</b>	n=125 %56,3	n=58 %26,1	n=39 %17,6	n=222 %100
<b>İş yükünün fazla olması defansif yaklaşmama neden olur.</b>	n=149 %67,1	n=33 %14,9	n=40 %18	n=222 %100
<b>Hastayla yeterli iletişim kuramamak defansif yaklaşmama neden olur.</b>	n=145 %65,3	n=37 %16,7	n=40 %18	n=222 %100
<b>Tıp eğitimi sırasında anlatılan ‘öncelikle hastaya zarar vermeme’ ilkesi defansif yaklaşmama neden olur</b>	n=122 %55	n=44 %19,8	n=56 %25,2	n=222 %100

Defansif tıp uygulaması ölçek puanları ile hekimlerin defansif yaklaşma nedenlerini sorgulayan sorulara verdikleri cevaplar arasındaki ilişki değerlendirildi.

Tablo 12’de defansif tıp uygulamaları tutum puanları ile tazminat ödeme kaygısı ( $p<0,001$ ), yeterli hukuki destek alamamak ( $p<0,001$ ), diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı ( $p=0,002$ ), fiziksel ve sözel şiddete maruz kalma korkusu ( $p<0,001$ ), hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları ( $p<0,001$ ), komplikasyon ve malpraktis ayırımının tam olarak yapılamaması ( $p<0,001$ ), performansa dayalı ödeme sistemi ( $p=0,031$ ), meslektaşlarının paylaştığı olumsuz deneyimler ( $p<0,001$ ), sevk etmede yaşanan zorluklar ( $p<0,001$ ), iş yükünün fazla olması ( $p<0,001$ ), hastayla yeterli iletişim kuramamak ( $p=0,013$ ), tıp eğitimi sırasında anlatılan ‘öncelikle hastaya zarar vermeme ilkesi’ ( $p<0,001$ ) arasında anlamlı bir ilişki saptandı.

**Tablo 12. Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği ile hekimlerin defansif tutumlara neden olan faktörler arasındaki ilişki**

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Puanı		Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	$\chi^2$ *	P değeri
		%	%	%	%		
		Sayı	Sayı	Sayı	Sayı		
Tazminat ödeme kaygısı defansif yaklaşmama neden olur	Katılıyorum	%12,3 n=20	%46,6 n=76	%36,2 n=59	%4,9 n=8	59,606	<0,001
	Kararsızım	%0,0 n=0	%48,3 n=14	%31,0 n=9	%20,7 n=6		
	Katılmıyorum	%0,0 n=0	%13,3 n=4	%33,3 n=10	%53,3 n=16		
Hekimin yeterli hukuki destek alamaması defansif yaklaşmasına neden olur	Katılıyorum	%10,8 n=20	%45,7 n=85	%34,4 n=64	%9,1 n=17	37,241	<0,001
	Kararsızım	%0,0 n=0	%30,8 n=8	%46,2 n=12	%23,1 n=6		
	Katılmıyorum	%0,0 n=0	%10,0 n=1	%20,0 n=2	%70,0 n=7		

**Tablo 12 (Devamı). Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği ile hekimlerin defansif tutumlara neden olan faktörler arasındaki ilişki**

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Puanı		Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	$\chi^2$ *	P değeri
		%	%	%	%		
		Sayı	Sayı	Sayı	Sayı		
Diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı defansif yaklaşmama neden olur	Katılıyorum	%13,6 n=11	%49,4 n=40	%32,1 n=26	%4,9 n=4	20,538	0,002
	Kararsızım	%3,9 n=3	%44,2 n=34	%40,3 n=31	%11,7 n=9		
	Katılmıyorum	%9,4 n=6	%31,3 n=20	%32,8 n=21	%26,6 n=17		
Fiziksel-sözel şiddete maruz kalma korkusu defansif yaklaşmama neden olur	Katılıyorum	%12,0 n=18	%46,7 n=70	%49 n=32,7	%8,7 n=13	33,222	<0,001
	Kararsızım	%0,0 n=0	%45,9 n=17	%45,9 n=17	%8,1 n=3		
	Katılmıyorum	%5,7 n=2	%20,0 n=7	%34,3 n=12	%40,0 n=14		
Hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları defansif yaklaşmama neden olur	Katılıyorum	%12,9 n=18	%46,4 n=65	%30,0 n=42	%10,7 n=15	28,183	<0,001
	Kararsızım	%0,0 n=0	%49,0 n=24	%42,9 n=21	%8,2 n=4		
	Katılmıyorum	%6,1 n=2	%15,2 n=5	%45,5 n=15	%33,3 n=11		
Komplikasyon – malpraktis ayırımı tam yapılamaması defansif yaklaşmama neden olur	Katılıyorum	%11,1 n=18	%46,3 n=75	%34,6 n=56	%8,0 n=13	72,471	<0,001
	Kararsızım	%0,0 n=0	%43,9 n=18	%48,8 n=20	%7,3 n=3		
	Katılmıyorum	%10,5 n=2	%5,3 n=1	%10,5 n=2	%73,7 n=14		
Performansa dayalı ödeme sistemi defansif yaklaşmama neden olur	Katılıyorum	%13,6 n=14	%36,9 n=38	%40,8 n=42	%8,7 n=9	13,852	0,031
	Kararsızım	%5,2 n=3	%50,0 n=29	%32,8 n=19	%12,1 n=7		
	Katılmıyorum	%4,9 n=3	%44,3 n=27	%27,9 n=17	%23,0 n=14		

**Tablo 12 (Devamı). Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği ile hekimlerin defansif tutumlara neden olan faktörler arasındaki ilişki**

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Puanı		Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	$\chi^2$ *	P değeri
		%	%	%	%		
		Sayı	Sayı	Sayı	Sayı		
Hekim arkadaşlarının paylaştığı olumsuz deneyimler defansif yaklaşmama neden olur	Katılıyorum	%11,8 n=18	%48,7 n=74	%32,2 n=49	%7,2 n=11	61,472	<0,001
	Kararsızım	%0,0 n=0	%54,5 n=18	%42,4 n=14	%3,0 n=1		
	Katılmıyorum	%5,4 n=2	%5,4 n=2	%40,5 n=15	%48,6 n=18		
Sevk etmede yaşanan zorluklar defansif yaklaşmama neden olur	Katılıyorum	%13,6 n=17	%45,6 n=57	%32,0 n=40	%8,8 n=11	49,199	<0,001
	Kararsızım	%1,7 n=1	%53,4 n=31	%41,4 n=24	%3,4 n=2		
	Katılmıyorum	%5,1 n=2	%15,4 n=6	%35,9 n=14	%43,6 n=17		
İş yükünün fazla olması defansif yaklaşmama neden olur	Katılıyorum	%10,7 n=16	%46,3 n=69	%34,2 n=51	%8,7 n=13	43,661	<0,001
	Kararsızım	%0,0 n=0	%48,5 n=16	%51,5 n=17	%0,0 n=0		
	Katılmıyorum	%10,0 n=4	%22,5 n=9	%25,0 n=10	%42,5 n=17		
Hastayla yeterli iletişim kuramamak defansif yaklaşmama neden olur	Katılıyorum	%10,3 n=15	%44,8 n=65	%35,9 n=52	%9,0 n=13	16,138	0,013
	Kararsızım	%5,4 n=2	%43,2 n=16	%40,5 n=15	%10,8 n=4		
	Katılmıyorum	%7,5 n=3	%32,5 n=13	%27,5 n=11	%32,5 n=13		
Tıp eğitimi sırasında anlatılan 'öncelikle hastaya zarar vermeme' ilkesi defansif yaklaşmama neden olur	Katılıyorum	%10,7 n=13	%48,4 n=59	%36,9 n=45	%4,1 n=5	39,264	<0,001
	Kararsızım	%9,1 n=4	%47,7 n=21	%34,1 n=15	%9,1 n=4		
	Katılmıyorum	%5,4 n=3	%25,0 n=14	%32,1 n=18	%37,5 n=21		

Tablo 12'de katılımcıların defansif tutuma sebep olan faktörler olan;

“Tazminat ödeme kaygısı defansif yaklaşıma neden olur” seçeneğine katılanların defansif tıp tutum ölçeği puanları yüksek saptandı.

“Hekimin yeterli hukuki destek alamaması defansif yaklaşımına neden olur” seçeneğine katılanların defansif tıp tutum ölçeği puanları yüksek saptandı.

“Diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı defansif yaklaşıma neden olur” seçeneğine katılanların defansif tıp tutum ölçeği puanları yüksek saptandı.

“Fiziksel-sözel şiddete maruz kalma korkusu defansif yaklaşıma neden olur” seçeneğine katılanların defansif tıp tutum ölçeği puanları yüksek saptandı.

“Hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları defansif yaklaşıma neden olur” seçeneğine katılanların defansif tıp tutum ölçeği puanları yüksek saptandı.

“Komplikasyon – malpraktis ayırımı tam yapılamaması defansif yaklaşıma neden olur” seçeneğine katılanların defansif tıp tutum ölçeği puanları yüksek saptandı.

“Performansa dayalı ödeme sistemi defansif yaklaşıma neden olur” seçeneğine katılanların defansif tıp tutum ölçeği puanları yüksek saptandı.

“Hekim arkadaşlarının paylaştığı olumsuz deneyimler defansif yaklaşıma neden olur” seçeneğine katılanların defansif tıp tutum ölçeği puanları yüksek saptandı.

“Sevk etmede yaşanan zorluklar defansif yaklaşıma neden olur” seçeneğine katılanların defansif tıp tutum ölçeği puanları yüksek saptandı.

“İş yükünün fazla olması defansif yaklaşıma neden olur” seçeneğine katılanların defansif tıp tutum ölçeği puanları yüksek saptandı.

“Hastayla yeterli iletişim kuramamak defansif yaklaşıma neden olur” seçeneğine katılanların defansif tıp tutum ölçeği puanları yüksek saptandı.

“Tıp eğitimi sırasında anlatılan ‘öncelikle hastaya zarar vermeme’ ilkesi defansif yaklaşıma neden olur” seçeneğine katılanların defansif tıp tutum ölçeği puanları yüksek saptandı.

## 5.TARTIŞMA

Defansif tıp, malpraktis davalarını önlemeyi amaçlayan bir dizi tıbbi uygulamadan oluşur. Defansif tıpta, tepkiler hastaya fayda sağlamaktan çok sorumluluktan kaçınmak için benimsenir. Aslında, hastalar tarafından başvuru alan çok sayıda yasal girişim, birçok doktoru kariyerlerini riske atmaktan kaçınmak için savunmacı bir “strateji” oluşturmaya teşvik etti. Sağlık hizmeti sunumunun ön saflarında yer alan aile hekimleri de tüm hekimlerde olduğu gibi bilerek veya bilmeyerek bu savunmacı yaklaşımı uygulamaktadır. Çalışmamızda Samsun il merkezindeki aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları hakkında bilgi, tutum, davranışlarını ve bu yaklaşıma sebep olan faktörlerin neler olduğunu araştırmak amacımızdı.

Çalışmamızda defansif tıp uygulamaları sıklığını ele alabilmek için geliştirilen ölçeğe göre tutum puanı orta ve üzerinde olup yüksek derecede defansif tutum sergileyen hekimler %86,5 (n=192) oranında iken ölçek puanı kötü (düşük) olan yani daha az defansif tıp tutum sergileyenler %13,5 (n=30) oranındaydı.

Uluslararası alanda yapılan çalışmalarda Studdert ve ark. (3) Pensilvanya’da altı sağlık kuruluşunda görev yapan toplam 824 doktorun %93’ü defansif tıp uyguladıklarını açıkladı. Bishop ve ark. (5) 2009 yılında farklı branşlardaki 1.231 hekim üzerinde yaptığı araştırmada hekimlerin %91’inin defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır. Birleşik Krallıkta 2013 yılında yapılan çalışmada hekimlerin %78’inin defansif tıp uyguladığı bulunmuştur(25). İtalya’da 2008-2009 yıllarında yapılan çalışmada çeşitli branşlardaki uzman hekimlerin %83.3’ünün, aile hekimlerinin % 77,9’unun yapılan görüşmeden önceki bir ay içerisinde en az bir defa defansif tıp uygulamasında bulunmuştur(6). İran’daki aile hekimleri ile yapılan çalışmada pozitif ve negatif defansif tıp uygulama sıklığı sırasıyla % 99.8 ve % 79.2 oranlarında bulunmuştur(83).

Ülkemizde de bu alanda yapılan çalışmalar vardır. İstanbul’da 2012 yılında yapılan çalışmada uzman ve pratisyen hekimlerin %83,3’ünün defansif tıp uyguladığı görülmüştür(98). Konya ilinde görev yapan hekimler üzerinde defansif tıp uygulamaları konusunda karşılaştıkları problemler ve defansif tıp uygulamasına bakış açılarını anlamak amacıyla yapılan çalışmada %93,6’sının defansif tıbbi

uygulamalarda bulunduğu sonucuna ulaşılmış(9). Selçuk'un 2015 yılında dahili ve cerrahi bilimler alanlarında görevli uzman ve asistan hekimler üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %97,3 oranında defansif tıp uyguladığı tespit edilmiştir(24). Olcay ve ark. kardiyologlarla yaptığı çalışmada hekimlerin %52,8'si dava açılma korkusu nedeniyle uygulamalarını değiştirdiklerini belirtmişlerdir(80). Başer ve ark. (10) İzmir'de yaptığı bir çalışmada aile hekimlerin defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğine verdikleri cevaplara göre %93,8'inin toplam ölçek puanı orta ve üzerinde(yüksek) derece de defansif tıp uyguladığı saptanmış, %6,2'sinin ise zayıf(düşük) derecede defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır. Edirne'de birinci basamakta çalışan aile hekimleri üzerinde yapılan başka bir çalışmada tutum ölçek puanı orta ve üzerinde olanlar %94,8 oranında, ölçek puanı zayıf yani daha az defansif tıp uygulayanların oranı %5,2 bulunmuştur(11).

Aile Hekimliği malpraktis davası açılması açısından diğer hekimlik branşlarına göre daha düşük riskli olarak görülmektedir. Resmi gazetede 2010 yılında yayınlanan zorunlu mesleki sigorta primleri için risk grupları sıralamasında aile hekimliği dört risk grubu arasından ikinci risk grubuna dahil edilmiştir(99). Bizim çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar ile mevcut yerli ve yabancı literatürde ki aile hekimleri ve diğer hekimler arasındaki defansif tıp uygulama oranları arasında literatüre benzer olacak şekilde ciddi bir fark göremedik, hatta bazı aile hekimleri üzerine yapılan çalışmalarda daha yüksek oranlarla defansif tıp uygulandığını gördük. Bunun sebebi aile hekimlerinin hasta ile ilk temas noktasında olması, günlük poliklinik hizmeti verdiği hasta sayısının diğer branşlardaki hekimler kadar yüksek olduğu, düşük prevalans hekimliği yapıyor olması aile hekimliklerinin defansif tıp tutumunun yüksekliğini açıkladığını düşünmekteyiz.

Defansif tıp uygulamalarındaki asıl amaç, açılacak malpraktis davalarından korunmaktır. Hekimler de şikayet ve davaların önüne geçebilmek için bu uygulamalara başvurmaktadır.

Çalışmamızda "Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı" sorusuna katılımcıların %3,2'si evet cevabını verirken, "Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz" sorusuna hekimlerin %92,3'ü katıldıklarını belirtmişlerdir.

İstanbul'un Kadıköy ilçesinde görev yapmakta olan aile hekimleriyle yapılan bir çalışmada hakkında malpraktis davası açılanların oranı %5,3 olarak bulunmuş(37). Sudan'da kadın doğum hekimleri arasında yapılan bir çalışmada hekimlerin %27,6'sı doğrudan dava tecrübesine sahipti(7). İzmir'in Karşıyaka ilçesinde görev yapmakta olan aile hekimlerine yönelik olarak yapılan bir ankette hekimlik mesleği sürecince malpraktis nedeni ile dava açılanların oranının %7,4 olduğu belirlenmiştir. Ortashi ve ark. (25) hastane hekimlerine yönelik yaptığı bir çalışmada hekimlerin %14'ü doğrudan bir dava tecrübesine sahipti. ABD'de farklı uzmanlık alanlarından hekimlerinde bulunduğu bir çalışmada aile hekimlerinin %5,2'sinin, çalışmada ki tüm hekimlerin de %7,4'ünün her yıl bir malpraktis davası ile karşılaştıkları saptanmıştır(91).

Konya ilinde 4 özel hastanede görev yapmakta olan hekimler üzerinde yapılan çalışmada hekimlerin neredeyse hepsi malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünmektedirler(100). Asher ve ark. (8) İsrail'de farklı branşlarda ki 877 hekim üzerinde yürüttüğü araştırmada, hekimlerin çoğu artan tıbbi dava oranlarının hastalarına mümkün olan en iyi tıbbi tedaviyi vermelerini engellediğini iddia etmiştir. Özata ve ark. (9) 173 hekim üzerinde yaptığı çalışmada hekimlerin %83'ü malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceğini belirtmiştir. Edirne ilindeki birinci basamak aile hekimleriyle yapılan çalışmada malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünenler katılımcıların %89,7'sini oluşturmaktaydı(11).

Literatüre bakacak olursak aile hekimlerinin dava ile karşılaşma oranı diğer branş hekimlerine göre düşük olduğunu göreceğiz, bu da verilerimizle uyumluydu. Aile hekimleri belli bir nüfusa sahip olup hastaları ile yaşamları boyunca iç içe olduğu için aralarında güçlü bir iletişim ve bağ oluşmaktadır. Bu iletişim ve bağ da, hastaların memnuniyet düzeylerini artırmakta olup dava açma olasılığını azaltmakta olduğunu düşünebiliriz. Davaların performanslarını etkileyeceğini düşünenlerin yüksek olmasını, bu konuda endişeli olduklarını ve tutum düzeylerinin yüksekliği ile açıklayabiliriz.

Çalışmamızda “Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu” sorusuna katılımcıların %77,5'i evet cevabını verirken, “Defansif tıp uygulamaları

kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz” sorusuna katılımcıların %16,7’si evet demiştir. Katılımcıların vermiş olduğu cevaplardan defansif tıp kavramını duyma durumuyla kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Defansif tıp kavramını daha önce duymuş olanların kavram hakkında bilgi sahibi olma oranı duymayanlara göre daha fazla olduğu tespit edildi.

2020 yılında Edirne’de birinci basamakta çalışan aile hekimleri ile yapılan çalışmada defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyan katılımcıların oranı %69 iken kavramın içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen katılımcıların oranı sadece %20,7’ydi(11). Selçuk (24) tarafından İzmir ilinde aile hekimleri ile yapılan benzer bir çalışmada defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duymuş olan hekimlerin oranı % 61,9 ve defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekimlerin oranı % 39,1’dir. 2017 yılında Göcen (101) tarafından Diyarbakır ilinde yapılan bir çalışmada defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duymamış olan hekimlerin oranı % 57,5 ve defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekimlerin oranı % 9 dur. Kalkan ve ark. (102) 2018 yılında beyin ve sinir cerrahisi uzmanları ile yaptığı bir çalışmada katılımcıların % 87,9’si defansif tıp kavramını duyduğunu, %54,3’ü defansif tıp uygulamaları kavramının içeriğini yeterince bildiğini belirtmişlerdir. 2013 yılında İzmir’de farklı branşlardaki hekimler ile yapılan çalışmada defansif tıp kavramını daha önce duyduğunu belirtenlerin oranının %64,2 olduğu ancak defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtenlerin oranının %71,6 olduğu görülmüştür(10). Özata ve ark. (9) Konya ilinde yaptığı çalışmada katılımcıların %65,9’u daha önce defansif tıp kavramını duyduğunu, %41,5’inin defansif tıp uygulamaları kavramının içeriğini yeterince bildiğini belirtmişlerdir.

Defansif tıbbın kavramsal çerçevesi hala net bir şekilde ortaya konulmadığı(103) ve bilgi düzeyi yeteri kadar ölçülemediği için hekimlerin defansif tıbbı bildiklerini belirtmesi çalışmamızda yeterli görülmüştür. Son yıllarda defansif tıbbın içeriğini bildiğini belirten hekim sayısı artmış gözükse de bu artışın yeterli ve geçerli olup olmadığı tartışmalıdır. Literatürle uyumlu olacak şekilde çalışmamızda da hekimlerin

defansif tıp kavramını duymuş olsalar bile bu kavram hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları bulundu. Defansif tıp tutum düzeyi son derece yüksekken, hekimlerin yeterince bilgi sahibi olmamaları hastalara yaklaşımın nasıl olması gerektiğini tam olarak bilmediklerini ve bu konuda eğitim eksiklikleri olduğunu düşündürdü.

Çalışmamızda katılımcıların defansif tıp uygulamaları tutum sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde orta ve üzeri derece de katıldıkları en sık defansif tıp uygulaması %88,7 oranıyla ‘Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum’ olduğu tespit edilmiş ve bunu %82 oranıyla ‘Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum’ ve %81,1 oranıyla ‘Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum’ oldukları görülmüştür.

Catino ve ark. (77) 2009 yılında aile hekimleri ile yaptığı çalışmada hekimlerin %82,8’i defansif tıbbi yaklaşım olarak kayıtlara gereksiz notları eklediğini ve hekimlerin %43,5’i medyanın suçlayıcı tavrından dolayı endişeli olduğunu belirtti. Summerton ve ark. (23) İngiltere’de aile hekimleriyle yaptığı çalışmada defansif tıp uygulaması olarak doktorların %90,3’ü dokümantasyona daha fazla zaman ayırmakta, %86,6’sı hastalarına tedavi planları hakkında daha detaylı bilgi vermekte olduğu saptanmıştır. Kolcu (104) tarafından 2013 yılında yapılan “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum” konusuna hekimlerin %83,8’i orta ve üzeri derece de katıldıklarını belirtmişler, yine aynı çalışma da tıbbi uygulamaları hastalarına daha detaylı açıklayan, kayıtları daha detaylı tutan, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veren hekimlere daha az dava açıldığı sonucuna varılmıştır. Sezer Kara (11) 2020 yılında aile hekimleri ile yaptığı çalışmada defansif tıp uygulamaları tutum sorularına verilen cevapların en sık; kayıtları daha detaylı tutmak (87,1), tıbbi uygulamaları hastalara daha detaylı açıklamak (81,1), medyadaki malpraktisle ilgili haberlere bağlı tedirginlik hissetmek (%80,9) olduğu bulunmuş. Başer ve ark. (10) ile Mutlu ve ark. (37) çalışmalarında aile hekimlerinin en fazla başvurduğu defansif tıbbi uygulamanın kayıtları daha detaylı tutmak olduğu sonucuna varmışlar.

Medya da popülerliği artırmaya yönelik olarak sıradan, hekimlerin bilgisini ve yeteneğini sorgulayan, sonuçları henüz kesinleşmemiş sağlık haberlerinin “Sağlıkta

Skandal” başlığı altında abartılarak sunulmaktadır. Bu haberler hastalarda önyargı oluşmasına sebep olmaktadır. Sağlık sisteminin işleyişini ve sağlık çalışanlarını olumsuz etkilemektedir (22, 105, 106). Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu olacak şekilde hekimlerin medya haberlerinden fazlaca etkilenmekte olduğu, bu tür iddialar ile gündeme gelmekten çekindiği sonucunu çıkarabiliriz. Çalışmamızdan çıkarabileceğimiz başka bir sonuçta aile hekimlerinin hem hastalara hem de sağlık sistemine göreceli olarak daha az zararı dokunan defansif uygulamalara daha fazla başvurduğudur. Aile hekimliği hastalar için sağlık sisteminin ilk başvuru yerlerinden biri olduğundan daha fazla tetkik isteme, daha fazla girişimsel işlem yapma imkanı da bulunmamaktadır. Bundan dolayı aile hekimleri de savunmacı yaklaşmak istediği zaman daha ayrıntılı kayıt tutmak, hastalara daha ayrıntılı açıklama yapmak gibi farkında olmadan hastalara daha az zarar verilen uygulamalara yönelmektedir.

Çalışmamızda hesaplanan toplam ölçek puanları ile cinsiyet kategorisi arasında anlamlı bir fark saptamadık.

Cinsiyet ile defansif tıp uygulama tutumlarının kıyaslandığı çalışmalara bakıldığında Moosazadeh ve ark. (83) aile hekimleriyle yürüttüğü araştırmada kadınların, erkeklere göre daha fazla defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mutlu ve ark.(37) aile hekimleriyle, Aynacı (12) farklı branştaki hekimlerle yaptıkları çalışmalarda erkeklerin, kadınlara göre defansif tıp uygulamaları tutum seviyelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiş. Solaroğlu ve ark. (107), Tanrıverdi ve ark. (108), Reuveni ve ark. (109), Yorulmaz ve ark. (100) tarafından yürütülen araştırmalarda ise çalışmamız ile uyumlu olacak şekilde cinsiyet ve defansif tıbbi uygulamalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda hesaplanan toplam ölçek puanları ile meslekte çalışma süresi, medeni durum, yaş ve görev unvanı kategorileri arasında anlamlı bir fark saptadık.

Çalışmamız da meslekte çalışma süresi 10 yıldan daha fazla olan hekimlerde, 5 yıl ve altı ile 6-10 yıl aralığında çalışmış olan hekimlere göre daha az defansif tıp tutumu olduğunu saptadık. Çalışmamızla uyumlu sonuçları olan çalışmalar literatür de vardır(4, 21, 37, 107, 110). Meslekte çalışma süresi ile defansif tıp uygulama

tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulamayan çalışmalar mevcuttur(11, 81, 100). Meslekte çalışma süresi arttıkça defansif davranmaya da eğilimin arttığını tespit eden çalışma da mevcuttur(111).

Yaş parametresi incelendiğinde çalışmamız da 40 yaş ve üstü grupta, 40 yaş altına göre defansif tıp tutumları anlamlı derece de düşük çıkmış. Birçok çalışma da çalışmamızla uyumlu olacak şekilde genç hekimlerin defansif tıp uygulama düzeyleri anlamlı derecede yüksek çıkmıştır(21, 25, 77, 107, 110).

Birinci basamakta çalışan, mesleğinin ilk on yılında olan genç hekimlerin daha fazla şikayet edildiği bilinmektedir(112). Bunun deneyimsiz hekimlerin mesleki güven, tecrübe ve iletişim eksikliklerinden dolayı olduğunu düşünmekteyiz. Hekimlerin mesleki ve akademik ilerlemeleri ile beraber iletişim becerilerini de zaman içinde geliştirdikleri saptanmıştır (113, 114).

Çalışmaların çoğunda medeni durum ile defansif tıp uygulama tutumlarının kıyaslamasının yapılmadığını görmekteyiz. Medeni durum parametresinin defansif tıba etkisi olmayacağı ya da çok az olacağı inancı hakim olmuş olabilir. Kıyas yapılan çalışmalara bakacak olursak medeni durum ile defansif tıp tutumları arasında anlamlı ilişki bulunamayan çalışmalar daha fazladır(11, 81, 100). Pirol (111) 2018 yılında farklı branşlardaki hekimlerle yürüttüğü çalışma da evli hekimlerin evli olmayanlara göre daha defansif davrandığı sonucuna ulaşmıştır. Bizim çalışmamızda bu çalışmanın aksine evli olmayan hekimlerin daha defansif davrandığı sonucuna ulaştık. Evli insanlar bir ailenin sorumluluğunu taşıdığı için dava, tazminat durumlarıyla karşılaşmak istemez, bu yüzden defansif davranır görüşü çalışmamızla bağdaşmıyor. Bizim yorumumuz da evli olmayan hekimler ağırlıklı olarak genç yaştaki hekimlerden oluşmaktadır. Genç yaştaki hekimlerin de daha defansif davrandığını çalışmamızla ortaya koymuştuk. Bulduğumuz sonuçta yaş ile defansif tıp ilişkisini destekler nitelikte olduğunu düşünüyoruz.

Görev unvanı ile defansif tıp uygulama tutumlarının ilişkisini inceleyen çalışmalara baktığımızda bizim bulduğumuz sonuçlarla uyumlu olarak asistan hekimlerin tutum puanlarının anlamlı derece de yüksek olduğunu gördük. Reuveni ve ark. (109) İsrail'de psikiyatri hekimleri ile yaptığı çalışmada asistan hekimlerin uzman

hekimlere göre daha fazla defansif yaklaştıkları sonucuna ulaşmış. Özer (115) tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada asistan hekimlerin uzman hekimlere göre daha fazla ve gereksiz istem yaptığı sonucuna ulaşmıştır. Banaz (116) tarafından Ankara'da farklı branştaki hekimlerle yapılan çalışmada asistan hekimlerin uzman hekimlere göre defansif tıbbı daha fazla başvurduğu sonucuna ulaşmıştır.

Uzmanlık eğitiminde iş yükünün daha fazla olması, üstlerinden yeterince takdir görememesi ve yeterli tecrübelerinin bulunmaması asistan hekimlerin defansif tıbbı daha fazla yönelmelerine sebep oluyor olabilir. İş yüklerinin azaltılması daha az yorulmalarına, üstlerinden daha fazla destek görmeleri kendilerine güven duymalarını sağlayacak ve daha az defansif tıbbı başvurmalarını sağlayacağını düşünüyoruz.

Bir sorunu zezebilmek için kaynağını bulmak lazım. Kaynağına bakarsak olayı tamamen zezebiliriz. Defansif tıbbında verdiği zararları ortadan kaldırmak için kaynağına, yani defansif tıbbı yol açan nedenlere bakmamız lazım.

Defansif tıp tutumları ile tazminat ödeme kaygısı, yeterli hukuki destek alamamak, diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı, fiziksel ve sözel şiddete maruz kalma korkusu, hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları, komplikasyon ve malpraktis ayırımının tam olarak yapılamaması, performansa dayalı ödeme sistemi, meslektaşlarının paylaştığı olumsuz deneyimler, sevk etmede yaşanan zorluklar, iş yükünün fazla olması, hastayla yeterli iletişim kuramamak ve tıp eğitimi sırasında anlatılan 'öncelikle hastaya zarar vermeme ilkesi' arasında anlamlı bir ilişki vardı.

Çalışmamızda hekimlerin defansif tıp uygulamalarındaki en sık neden olarak %83,8 oranı ile hekimin yeterli hukuki destek alamaması olarak bulundu, defansif tıp tutumları yüksek olan hekimlerin "Hekimin yeterli hukuki destek alamaması defansif yaklaşmasına neden olur" seçeneğine katılım oranları anlamlı derece de daha yüksekti.

Catino ve ark. (77) 2008 yılında aile hekimleri ile yaptığı çalışmada defansif yaklaşımı benimseyen doktorların %80'i hukuki bir ihtilafa girmekten korktuklarını belirtmiştir. Özata ve ark. (9) Konya'da yaptığı çalışma da hekimlerin %66'sı

malpraktis nedeniyle açılan hukuk ve ceza davasında savcı ve yargıçlar sağlık hukuku konusunda yetişmiş uzman kişiler olsa defansif tıp uygulamalarının azalmasına etkisi olacağını düşünüyor. Aynı çalışma da hekimlerin %59'u hekimlik koşullarına uygun ceza ve hukuki tazminat için özel yasa olsa uyguladıkları defansif tıbbın azalacağını belirtmişlerdir. Küçük (117) tarafından hekimlere sorulan 'Son yıllarda hukuki kaygılar nedeniyle fiilen yapabileceğiniz müdahalelerden kaçındığınız oldu mu?' sorusuna %89,4'ü evet demiştir.

Türkiye'de özel bir tıbbi uygulama hatası yasası bulunmamaktadır(118). Türkiye'de tıbbi olarak uzmanlaşmış bir mahkeme de bulunmamaktadır(107). Hekimler de bu ortamda kendilerine adil davranılmayacağı görüşü hakim gözüktüyor. Bu görüşte onları daha fazla defansif yaklaşıma itmektir. Bunun önüne geçebilmek için hekimler ve hakimlerin iletişim kanallarını daha açık tutarak bu soruna bir çözüm getirmeleri gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hekimlerin defansif tıp uygulamalarındaki ikinci en sık neden olarak %73,4 oranı ile hekimin tazminat ödeme kaygısı olduğu tespit edildi, defansif tıp tutumları yüksek olan hekimlerin "Hekimin tazminat ödeme kaygısı defansif yaklaşımına neden olur" seçeneğine katılım oranları anlamlı derece de daha yüksekti.

Catino ve ark. (77) İtalya'da aile hekimleri ile yaptığı çalışmada hekimlerin %59,8'i tazminat ödeme kaygılarının defansif yaklaşıma neden olduğunu belirtti. Özata ve ark. (9) 2016 yılında farklı branşlardaki hekimlerle yürüttüğü çalışmada malpraktis nedeniyle ödenen tazminatları hekim yerine yalnızca sigorta şirketi karşılarsa hekimlerin %58'i defansif tıbbı yöneliminin azalacağını belirtti.

Sağlık sistemindeki düzen ile ilgili hoşnutsuzluklar, tıbbi uygulama hatası dava artışlarını ve bunun doğal sonucu olarak tazminat miktarlarındaki artışı getirmiştir(50). 2006 yılında ABD'deki bir araştırmaya göre; medikal malpraktis iddiası ile her yıl 15.000-19.000 arası dava açıldığı ve 2006 yılında açılan 15.843 davada verilen ortalama tazminat cezasının 234.635 dolar olduğu belirtilmektedir(119). Yüksek miktarlardaki tazminat ödemelerine maruz kalmak

istemeyen hekimlerin de defansif uygulamalara daha fazla başvurduklarını düşünmekteyiz.

Defansif tıp uygulamalarının üçüncü en sık nedeni olarak %73 oranıyla komplikasyon - malpraktis ayırımının tam olarak yapılamaması bulundu, defansif tıp tutumları yüksek olan hekimlerin “Hekimin komplikasyon-malpraktis ayırımının tam olarak yapılamaması defansif yaklaşmama neden olur” seçeneğine katılım oranları anlamlı derece de daha yüksekti.

Küçük (117) tarafından 2018 yılında yapılan çalışmada sorulan ‘Mevcut Türk Ceza Kanunu çerçevesinde mahkemelerin 'komplikasyonu' 'tıbbi uygulama hatasından' kesin olarak ayırt edebilmeleri mümkün müdür?’ sorusuna hekimlerin %6.5’u katıldıklarını belirtmiş, aynı çalışmada komplikasyon ve malpraktis terimlerinin iyi tanımlandığı belirli bir tıbbi uygulama hatası yasasının oluşturulmasını hekimlerin %94,4’ü desteklemektedir. Altındiş ve ark. (120) Sakarya’da farklı branşlardaki hekimler ile yürüttüğü çalışmada hekimlerin %79’u komplikasyon ve malpraktis ayırımının net olarak yapılamadığını düşünmektedir.

Yeni TCK'da hekimlik mesleğinin yerine getirilmesinde kavram kargaşasına yol açacak, hatalı yorumlara açık, hekimlik uygulamalarını olumsuz yönde etkileyecek maddeler bulunmaktadır(120). Bu maddeler sebebiyle, hekimlerin mesleklerini icra ederken zorlanmakta olduğunu düşünmekteyiz. Hekimlerin tıbbi girişimlerdeki temel yaklaşımları, kuralları ve istenmeyen bir sonuçla karşılaşıldığında, bu durumun kusur mu, yoksa kaçınılamayan sonuç mu olduğunun saptanmasında kullanılacak temel ölçütleri belirleyen bir düzenlemeye gereksinim duyulmaktadır. Çalışmamız da literatürle uyumlu olarak komplikasyon-malpraktis ayırımının net olarak yapılamamasının defansif tıp eğilimini artırdığını kanıtlayarak bu gereksinimin önemini göstermektedir.

Çalışmamızda defansif tıp tutumları yüksek olan hekimlerin “Diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı defansif yaklaşmama neden olur.” önermesine katılma durumları anlamlı olarak yüksek saptandı.

Konya’da yapılan bir çalışmada hekimlerin %89’u malpraktis davası açılmasının dava sürecinde mesleğiyle ve şahsıyla ilgili olumsuz tanıtıma ve itibar kaybına neden olacağını düşünmektedir(9). Reisch ve ark. (121) tarafından ABD’de anestezi uzman hekimleri ile yapılan çalışmada hekimlerin %43’ü olası bir tıbbi uygulama hatası davasının meslektaşları arasında itibar kaybına sebep olmasından endişe duyduklarını belirtti. Çalışmamız da gösteriyor ki hekimler itibar kaybına uğramaktan çekindikleri için defansif tıbbi başvurumaktadır.

Yapılan bir araştırma da hekimlerin başta sözel şiddete olmak üzere fiziksel şiddete de maruz kaldıklarını göstermektedir(56). Çalışmamızda defansif tıp tutumları yüksek olan hekimlerin “Fiziksel-sözel şiddete maruz kalma korkusu defansif yaklaşmama neden olur.” önermesine katılma durumları anlamlı olarak yüksek saptandı.

2015 yılında İzmir’de yapılan bir çalışmada hekimlerin %46,3’ü sözlü ve fiziksel saldırılar sebebiyle defansif yaklaştıklarını belirtmişlerdir(24). Kocaeli’nde 2014 yılında farklı branşlarda ki hekimlerle yürütülen çalışmada sorulan ‘İçinde bulunduğunuz sağlık sistemi şiddeti önlemede gerekenleri tam olarak yapmış mıdır?’ sorusuna %32’si nadiren,%61’i hiçbir zaman cevabını vermiştir(120).

Şiddetin önüne geçebilmek için 2020 yılı nisan ayında sağlıkta şiddet yasası resmi gazete de yayınlanarak yürürlüğe girdi(122). Bunun şiddeti önlemede yeterince başarılı olmadığı yaptığımız çalışmada literatürle uyumlu olarak hekimlerin yaşadığı korkuya bağlı defansif tıbbi başvurmak istemelerinden anlaşılmaktadır. Cezaların caydırıcı olması, eğitim düzeyinin artırılması, kamu spotlarının artırılması, hastaların olumsuz bakış açısını medya destekli bir şekilde kırmak gibi ek önlemlerde bulunabiliriz.

İsrail’de yapılan bir araştırma da hekimlerin neredeyse tamamı (%93), hasta ve yakınlarının son yıllarda daha talepkar hale geldiğini düşünmektedir(8). Çalışmamızda defansif tıp tutumları yüksek olan hekimlerin “Hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları defansif yaklaşmama neden olur.” önermesine katılma durumları anlamlı olarak yüksek saptandı.

ABD'deki birinci basamak hekimleri ile yapılan bir çalışmada hekimlerin %83'ü belirtilen bir testi istemedikleri için kolayca dava edilebileceklerinden çekinmektedirler(123). Danimarkalı aile hekimlerinin yer aldığı çalışma da hekimlerin tamamı hastaların tıbbi muayene ve uzmanlara sevk için artan talepleri nedeniyle savunmacı davranma konusunda baskı hissettiklerini belirtmiştir(124).

İnsan doğası gereği rahat bir ortamda yaşamak, çalışmak istemektedir. Bu ortam bozulduğunda her zaman bir çıkış noktası arama gereği hisseder. Hekimler de çalışma ortamlarında baskı hissettiğinde kendini garanti altına alacak bir çıkış noktası olarak gördükleri defansif tıbbi yönelmektedir. Çalışmamızda bu görüşü destekler şekilde üzerinde hissettiği ısrar, baskı ile defansif tıbbi başvurma arasında anlamlı bir ilişki bulduk.

Çalışmamızda defansif tıp tutumları yüksek olan hekimlerin “Performansa dayalı ödeme sistemi defansif yaklaşıma neden olur.” önermesine katılma durumları anlamlı olarak yüksek saptandı.

ABD'de birinci basamak hekimleri ile yürütülen araştırmada hekimlerin %62'si finansal teşviklerin kendilerini agresif uygulamalara yönelttiğini, %39'u ekstra gelir sağlamadığı takdirde daha az tanı testi isteyeceğini belirtmiştir(123). Kalkan ve ark. (102) beyin cerrahları ile yaptığı çalışmada performans ödeme sisteminin kendilerini defansif yaklaşıma ittiğini savunan hekimlerin oranı %63'tü.

Birinci basamak aile hekimliğinde negatif performans sistemi ile hekimlerin maaşı belirlenmektedir. Bu sistemde maaşlarını tam olarak alabilmeleri için gerekli şartları yerine getirmeye mecburdurlar. Yani daha fazla kendini zorlamaları gerekmekte ve bu da kendilerini defansif yaklaşıma yöneltmekte olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda defansif tıp tutumları yüksek olan hekimlerin “Hekim arkadaşlarımla paylaştığı olumsuz deneyimler defansif yaklaşıma neden olur.” önermesine katılma durumları anlamlı olarak yüksek saptandı.

Yerli ve yabancı literatürde ki çalışmalarda meslektaşlarının paylaştığı olumsuz deneyimlerden etkilenip defansif yaklaştığını belirten hekimlerin oranlarına bakacak olursak; Catino ve ark. (77) İtalya'da aile hekimleriyle %65, Vale ve ark. (125)

Brezilya’da farklı branşta ki hekimlerle %69, Özata ve ark. (9) Konya’da %85,5, Kalkan ve ark. (102) beyin cerrahlarıyla %85 oranlarını bulmuşlar. Passmore ve ark. (21) tarafından İngiltere’de psikiyatristler ile yürüttüğü araştırma da savunmacı yaklaşımlarına sebep olan en önemli iki nedeni; meslektaşının daha önce yaşadığı şikayet deneyimi ve medyada yer alan haberlere bağlamışlardır.

Hekimler arkadaşlarının paylaştığı olumlu-olumsuz her deneyimden etkilenmektedir. Çalışmamız da gösteriyor ki kendilerinin de meslektaşları gibi zor duruma düşmekten endişe duydukları için defansif uygulamalara yönelmektedirler.

Çalışmamızda defansif tıp tutumları yüksek olan hekimlerin “Sevk etmede yaşanan zorluklar defansif yaklaşıma neden olur.” önermesine katılma durumları anlamlı olarak yüksek saptandı.

Aslında ülkemizde zorunlu sevk zinciri olmamasına rağmen, çalışmamıza katılan hekimlerin sevk etmede yaşadığı zorlukların defansif yaklaşıma sebep olduğu görüşüne katılmayanların oranı sadece %17,6 idi. Sevk zinciri sistemi uygulanırsa birinci ve ikinci basamak hekimlerinin sevk kotalarının çabucak dolmasına bağlı olarak daha defansif yaklaşacakları görüşü yaygındır(126). Buna bağlı olarak sevk zinciri uygulamasının bu soruna bir çözüm getireceği kanaatinde değiliz.

Yılmaz (98) tarafından 2012 yılında yapılan bir çalışmada hekimlerin %90,4’ü çalışma saatlerinin yoğunluğunun, %94,7’si muayene edilen hasta sayısının çokluğunun malpraktise sebep olacağını düşünmektedir. Çalışmamızda defansif tıp tutumları yüksek olan hekimlerin “İş yükünün fazla olması defansif yaklaşıma neden olur.” önermesine katılma durumları anlamlı olarak yüksek saptandı.

ABD’de birinci basamak hekimleri ile yapılan bir çalışma da hekimlerin %40’ı hastaları ile yeterli vakit geçiremediğini düşünmektedir(123). Hollanda’da bir aile hekimine düşen nüfus 2350, Norveç’te 1500-2500, , İngiltere’de 3000, ülkemizde ise bu rakam 3500-4000 arasındadır(127). Hekimlerin günde ortalama 20-25 arasında hastaya bakması önerilmektedir(128). 2015 yılında Bursa’da yapılan bir araştırma da aile hekimlerinin %85,3’ü günde ortalama 41 ve üzeri hasta gördüğü belirlenmiştir(129). Bu araştırmalar da çalışmamızı desteklemekte, aile hekimlerinin

iş yükünün fazla olduğunu göstermektedir. Böyle bir çalışma ortamı da hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönlendirmekte olduğunu düşünmekteyiz.

Hasta ile hekim arasında ki iyi bir iletişimin defansif tıp uygulamalarından kurtulmanın yolu olduğu söylenebilir(130). Çalışmamızda defansif tıp tutumları yüksek olan hekimlerin “Hastayla yeterli iletişim kuramamak defansif yaklaşıma neden olur.” önermesine katılma durumları anlamlı olarak yüksek saptandı.

Altındış ve ark. (120) Sakarya Üniversitesi’nde farklı branşlarda ki hekimlerle yaptığı çalışma sonucunda hekimler %53 oranında, tıbbi uygulamalarda yaşanan sorunlarda en önemli faktörün doktorlar ve hastalar arasındaki iletişim kusurları olduğunu belirtti. Aile hekimlerine müracaat eden bireylerin memnuniyet düzeylerini belirlemeye odaklanan araştırmalardan memnuniyeti etkileyen en önemli unsurun “hekim-hasta arasındaki sağlıklı iletişim ve hastalara yeterince zaman ayrılması” olarak saptandığı görülmektedir(131, 132). Hem hastanın hem de hekimin memnuniyeti için iletişimin ne kadar önemli olduğunu çalışmamız da ortaya koymuştur.

Çalışmamızda defansif tıp tutumları yüksek olan hekimlerin “Tıp eğitimi sırasında anlatılan ‘öncelikle hastaya zarar vermeme’ ilkesi defansif yaklaşıma neden olur.” önermesine katılma durumları anlamlı olarak yüksek saptandı.

San Francisco’da bir tıp fakültesindeki öğrencilerle yapılan çalışmada öğrencilerin %32’si fakültenin defansif tıp öğrettiğini,%31’i asistanların kendilerine defansif tıp öğrettiğini,%14’ü tıp fakültesinin ilk iki yılında yanlış uygulama konusunda endişelenmeyi öğrendiğini,%22’si uzmanlık seçimlerinin yanlış uygulama endişelerinden etkileneceğini belirtti(133). Tıp fakültesi eğitimi sırasında öğrenciler ister istemez gördüklerinden etkilenmekte, anlatılmak istenen farklı yorumlayabilmektedir. Geleceğin hekimlerine defansif tıbbın zararlarını hem anlatarak hem de kendimiz uygulayarak göstermemiz gerektiğini düşünmekteyiz.

## 6.SONUÇ

1.Hekimlerin defansif tıp uygulama tutumları yüksek tespit edildi. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği hakkında yeterli bilgiye sahip olunmadığı görülmektedir. Hekimlerin nasıl bir davranış içinde olduklarını yeterince bilmedikleri, konuya hakim olup tutum seviyesinin düşürülmesi için eğitime gerek olduğunu düşünmekteyiz. Düşük riskli olarak görülen aile hekimliğinde bile bu kadar yüksek tutum seviyesinin tespit edilmesi bu konuda alarm zillerinin çaldığını göstermektedir.

2. Hekimlerin hukuki sorunlardan korunmak için, kayıtları daha detaylı tutmanın ve tıbbi uygulamaları hastalara daha detaylı açıklamanın en fazla başvurduğu iki yöntem olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin kendilerini korudukları gibi hastalara da zarar vermemek adına bu iki yolu en fazla tercih ettiğini düşünmekteyiz. Zaten kayıtları detaylı tutmak ve hastalara ayrıntılı bilgi vermek göreceli olarak faydalı olan uygulama olarak bile görülebilir.

3. Malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceğini düşünenler ve malpraktisle ilgili konuların medyada fazlaca yer almasından etkilenenlerin oranının yüksek olduğunu saptadık. Hukuki süreç kazanmış olayların daha sonuçlanmadan medyanın hekimleri suçlu gibi göstermesi halkın gözünde kötü bir imaj bırakmaktadır. Hekimlerin üzerindeki baskıyı gidermek için medya mensuplarına büyük görev düşmektedir. Sonuçlanmayan, yanlış haberlere medyada fazlaca yer verilmemesi gerekmektedir.

4. Toplam ölçek puanları ile meslekte çalışma süresi, medeni durum, yaş ve görev unvanı arasında anlamlı bir ilişki tespit ettik. 10 yıl ve altında çalışanlarda, evli olmayanlarda, 40 yaş altı grupta, asistan hekimlerde defansif tıp uygulama tutum puanları anlamlı derecede yüksekti.

5. Defansif tıba başvuru nedenlerine bakacak olursak; tazminat ödeme kaygısı, yeterli hukuki destek alamamak, diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı, şiddete maruz kalmak, hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları, komplikasyon ve malpraktis ayırımının tam olarak yapılmaması, performansa dayalı ödeme sistemi,

meslektaşlarının olumsuz deneyimleri, sevk etmedeki zorluk, iş yükünün fazla olması, hastaya yeterli iletişim kuramamak ve tıp eğitimi sırasında anlatılan hastaya zarar vermeme ilkesi olduğunu tespit ettik.

6. Defansif tıba en sık başvurma nedeni hekimin yeterli hukuki destek alamamasıydı. Hekimlerin yargılandığı kanunlar ile cinayet işlemiş, trafik kazasına sebebiyet vermiş kişilerin yargılandığı kanunlarla aynıdır. Tıbbi malpraktis davaları için özel hukuki düzenlemelerin yapılması uygun olacaktır.

7. Halkın ve hekimlerin doğru iletişim kurması için eğitilmelerini sağlamak ve sözel ya da fiziki şiddete başvuran kim varsa hak ettiği cezalar ile sorun çözülmeye çalışılması gerekmektedir.

8. Sadece hasta hakları varmış gibi, hekim ve sağlık çalışanlarının haklarının önemsizmediği bir ortam oluşmuş olup, hastaların gözünde bu algının yıkılması gerekmektedir. Hastalar kendi sağlığına dikkat etmediğinde ve hekimin uygun görmediği isteklerde ısrarcı olduklarında bunun sorumluluğu kendilerinde olmalıdır.

9. Hekim başına düşen hasta sayısını azaltıp hekimin hasta ile yeterince süre geçirmesi sağlanmalı, iş yükleri azaltılması gerekmektedir.

10. Hekimler yüksek tutarlardaki tazminat davalarını karşılayabilmek ve bir gün davaya maruz kalırsa ödeyebilmek için performans sistemi ile birlikte maddiyata yönelmektedir. Bazı ülkelerde olduğu gibi tazminatları hekimler değil bağlı olduğu belli kurumlar öderse hekimler üzerindeki yükte kalkar, maddi getiriden ziyade hastalara yaklaşımındaki önceliği olması gereken halkın sağlığını düzeltmek için çaba göstereceğini düşünmekteyiz.

11. Sağlık çalışanlarının giderek artan oranda maruz kaldığı şiddet olayları hekimleri çalışma ortamında güvende hissetmemelerine neden olmaktadır. Kendilerini güvende hissedebilecekleri bir ortam için, yönetim ve sağlık çalışanlarının iş birliği içinde soruna çözüm aramasıyla sağlanabilir.

12. Sonuç olarak defansif tıp uygulamaları, hem hekim hem de hasta açısından istenmeyen durumlara sebep olmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmeti sunumunun

verimliliğini artırmak için defansif tıp uygulamalarının sebeplerinin ayrıntılı bir şekilde irdelenmesi önem arz etmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

1. Kessler D, McClellan M. Do doctors practice defensive medicine? The Quarterly Journal of Economics. 1996;111(2):353-90.
2. Panella M, Rinaldi C, Leigh F, Knesse S, Donnarumma C, Kul S, et al. Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians. Journal of health services research & policy. 2017;22(4):211-7.
3. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. Jama. 2005;293(21):2609-17.
4. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T, et al. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. World journal of gastroenterology: WJG. 2006;12(47):7671.
5. Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Physicians' views on defensive medicine: a national survey. Archives of Internal Medicine. 2010;170(12):1081-3.
6. Catino M, Celotti S. The problem of defensive medicine: two Italian surveys. Stud Health Technol Inform. 2009;148:206-21.
7. Ali AA, Hummeida ME, Elhassan YA, Nabag WO, Ahmed MA, Adam GK. Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynecology. BMC Med Ethics. 2016;17:12.
8. Asher E, Greenberg-Dotan S, Halevy J, Glick S, Reuveni H. Defensive medicine in Israel—a nationwide survey. PLoS One. 2012;7(8):e42613.
9. Özata M, Kubilay Ö, Akkoca Y. Konya İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(1):131-8.
10. Başer A, Kolcu G, Çıgırgil Y, Kadıncık B, Öngel K. İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Smyrna Tıp Dergisi. 2014;16:24.

11. SEZER KARA K. BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN DEFANSİF TIP UYGULAMALARI HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARI VE BUNUN KLİNİK PRATİKLERİNE ETKİSİ. 2020.
12. Aynacı Y. Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
13. Hermer LD, Brody H. Defensive medicine, cost containment, and reform. Journal of general internal medicine. 2010;25(5):470-3.
14. TORAMAN A, ÇARIKÇI İH. DEFANSİF TIBBIN NEDENLERİNİN HEKİM GÖZÜYLE DEĞERLENDİRİLMESİ. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2018;10(23):40-51.
15. Yorulmaz Ç. İstanbul Tabib Odası'na Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Doktora Tezi. 2005.
16. Odabaşı AB, AR T. Çekinik (defansif) hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun uygulanma aşamasında toplumu bekleyen tehlike. STED. 2006;1:55-9.
17. Zeynep R, POLAT O. Defansif Tıp Uygulamalarının Sigortacılık Boyutu. Bankacılık ve Sigortacılık Araştırmaları Dergisi. (12):23-32.
18. Stoll P. Defensive medicine. Beitrage zur gerichtlichen Medizin. 1982;40:35-40.
19. Polat O. Tıbbi uygulama hataları. Seçkin Yayıncılık. 2005:117-31.
20. YEŞİLTAŞ A, ERDEM R. DEFANSİF TIP UYGULAMALARINA YÖNELİK BİR DERLEME. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2018;10(23):137-50.
21. Passmore K, Leung W-C. Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. Postgraduate Medical Journal. 2002;78(925):671-3.
22. Aydaş S. Hekimlerde malpraktis kaynaklı defansif tıp davranışları. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2014.

23. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *Bmj*. 1995;310(6971):27-9.
24. Selçuk M. Çekinik (Defansif) Tıp. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku, Yüksek Lisans Tezi, İzmir. 2015.
25. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Med Ethics*. 2013;14:42.
26. Lyu H, Xu T, Brotman D, Mayer-Blackwell B, Cooper M, Daniel M, et al. Overtreatment in the United States. *PLoS One*. 2017;12(9):e0181970.
27. De Ville K. Act first and look up the law afterward?: medical malpractice and the ethics of defensive medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 1998;19(6):569-89.
28. Bester JC. Defensive practice is indefensible: how defensive medicine runs counter to the ethical and professional obligations of clinicians. *Med Health Care Philos*. 2020;23(3):413-20.
29. van Dijck G. Assessing the Defensive Practices Concern in Tort Law: Bridging the Gap between Empirical Analysis and Doctrinal Reasoning. *Tilburg Law School Research Paper*. 2013(012).
30. Chen BK, Yang CY. Increased perception of malpractice liability and the practice of defensive medicine. *Journal of Empirical Legal Studies*. 2014;11(3):446-76.
31. Miller RA, Sampson NR, Flynn JM. The prevalence of defensive orthopaedic imaging: a prospective practice audit in Pennsylvania. *JBJS*. 2012;94(3):e18.
32. TBMM. Prof. Dr. Özcan Yeniçeri'nin SABİM yapılan başvurularla ilgili Türkiye Büyük Millet Meclisi'ndeki 7/54903 sayılı soru önergesi. Erişim: <http://www2.tbmm.gov.tr/d24/7/7-54903sgc.pdf> (erişildi: 1.6.2018). 2018.
33. TOPRAK DK, Şahin B. Sağlık Bakanlığı hastanelerine yapılan hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta performans ve kalite dergisi*. 2012;3(1):1-28.

34. Bostan S, KILIÇ T, Çiftçi F. SAĞLIK BAKANLIĞI 184 SABİM HATTINA YAPILAN ŞİKÂyetLERİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ. Global Journal of Economics and Business Studies. 2014;3(5):32-40.
35. Akgül N, Palteki T, Şimşek EE, Bayram M, Erkan I, Ulutin HC. Bir grup kamu hastanesine ait sağlık bakanlığı iletişim merkezi şikâyet başvurularının incelenmesi. Türkiye Klinikleri Dergisi. 2016;1:1-7.
36. Summerton N. Trends in negative defensive medicine within general practice. British Journal of General Practice. 2000;50(456):565-6.
37. Mutlu HH, MUTLU HH, ANKARALI H. Hasta Şikâyetlerinin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi: İkincil Mağdur Aile Hekimleri mi? Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi. 2019;24(3):237-43.
38. Uyer G. Hemşire-hasta iletişimi ve iletişimin hasta yönünden önemi. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi. 2000;8(2):90-4.
39. ONG LML, DE HAES, J. C. J. M., HOOS, A. M. ANDLAMMES, F. B. Doctor-Patient Communication: A Review Of The Literature. Social Science & Medicine Journal. 1995.
40. TAŞCI Bİ. Hekim Hasta İlişkisinin Psikolojik Boyutları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2013;6(2):25-36.
41. Akkoç N, Güldal D. Kliniğe Giriş: Kavram ve Uygulamalar. 2001.
42. Gordon T, Edwards WS. Making the patient your partner: Communication skills for doctors and other caregivers: ABC-CLIO; 1997.
43. Aksakal O. Türkiye’de doktor yetiştirme programları-1:-biz neredeyiz? Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Derg. 2003;11(1):64-8.
44. Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: a time and motion study in 4 specialties. Annals of internal medicine. 2016;165(11):753-60.
45. Mamykina L, Vawdrey DK, Hripcsak G. How do residents spend their shift time? A time and motion study with a particular focus on the use of computers.

- Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges. 2016;91(6):827.
46. Wenger N, Méan M, Castioni J, Marques-Vidal P, Waeber G, Garnier A. Allocation of internal medicine resident time in a Swiss hospital: a time and motion study of day and evening shifts. *Annals of internal medicine*. 2017;166(8):579-86.
  47. TUNÇEL M, DOĞAN ÖV, ÇOBANER AA. Performans Sistemine Medyanın Bakışını Anlamak: Performans Konulu Sağlık Haberleri Üzerine Bir Araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2012;3(1):93-118.
  48. Şencan N, Uyar M. Hasta Hakları Bağlamında Direkt Tüketiciye İlaç Reklamları Üzerine Kalitatif Bir Çalışma. *Marmara Pharmaceutical Journal*. 2014;18(3):164-76.
  49. Desmond J, COPELAND LR, Yamaç D, Tekin E. Günümüz Hastasıyla İletişim. Yamaç, Deniz ve Tekin, Ercüment (Çev), Ankara, Efil Yayınevi, syf. 2010:147-8.
  50. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. 2009.
  51. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the "media" in Italy. *Multidiscip Respir Med*. 2015;10:7.
  52. Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(2):161-73.
  53. Parent-Thirion A. Fourth European working conditions survey. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>. 2007.
  54. Özcan F, Yavuz E. Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2017;8(3):66-74.
  55. HENZEL UDZO, KADIOĞLU S. TIP-ŞİDDET İLİŞKİLERİ GENEL ÇERÇEVESİNDE HEKİMLERE YÖNELİK SALDIRILAR HAKKINDA ANALİTİK BİR DEĞERLENDİRME. TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ.

56. YEŞİLTAŞ ÖGA, ERDEM R. ŞİDDET VE DEFANSİF TIP UYGULAMALARI ÜZERİNE NİTEL BİR ÇALIŞMA ÖZ.
57. Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C, ARI YILMAZ D, YILDIRIM C. Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2012;11(2):115-24.
58. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Dura A, Vural B. Bir devlet hastanesinde acil servis çalışanlarına yönelik şiddet: şiddetin rapor edilme sıklığı. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2013;17(4).
59. YAKUT Hİ, BURHAN BY, Çiftçi A, Orhan MF. Sağlıkta güvenlik ve fiziksel şiddet: Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nden bir çalışma. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2012;6(3):146-54.
60. Hillman AL, Pauly MV, Kerstein JJ. How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations? New England journal of medicine. 1989;321(2):86-92.
61. Bank W. World Development Report 1993: Investing in Health, Volume1: The World Bank; 1993.
62. Çelik Y. SAĞLIK EKONOMİSİ.
63. Akyürek ÇE. Sağlıkta bir geri ödeme yöntemi olarak global bütçe ve Türkiye. Sosyal Güvenlik Dergisi. 2012;2(2):124-53.
64. Elbek O. Performans” ve hekimlik. Toplum ve Hekim. 2010;25(6):432-47.
65. Sönmez MM, Seçkin FM, Şen B, Birgen N, ERTAN A, ÖZTÜRK İ. Adli Tıp Kurumu'ndan görüş sorulan ve ortopedi uzmanlık alanına giren tıbbi uygulama hatalarının gözden geçirilmesi. Acta Orthop Traumatol Turc. 2009;43(4):351-8.
66. KÜÇÜKER H, FİDAN H. Sağlık personelinin mesleki uygulama kusurları ve yargısal dokunulmazlığının incelenmesi: Batı Karadeniz çalışması. Adli Tıp Dergisi. 2005;19(2):33-7.

67. ÇAKICI A, ÖZKAN C, AKYÜZ BH. İş yükü yoğunluğunun, iş ve yaşam doyumuna etkisi üzerine otomotiv işletmelerinde bir araştırma. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2013;10(2):1-26.
68. Carayon P, Gurses AP. Nursing workload and patient safety—a human factors engineering perspective. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. 2008.
69. Erol H, Özdemir A. Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi. 2014;4(1):9-34.
70. OECD. [www.oecd.gov.tr](http://www.oecd.gov.tr) (18.05.2018). 2017.
71. Nasurdin AM, O'Driscoll MP. Work overload, parental demand, perceived organizational support, family support, and work-family conflict among New Zealand and Malaysian academics. New Zealand Journal of Psychology (Online). 2012;41(1):38.
72. Hancock PA, Verwey WB. Fatigue, workload and adaptive driver systems. Accident Analysis & Prevention. 1997;29(4):495-506.
73. Kessler DP, Summerton N, Graham JR. Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. The Lancet. 2006;368(9531):240-6.
74. Pellino IM, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. Updates Surg. 2015;67(4):331-7.
75. Catino M. A review of literature: individual blame vs. organizational function logics in accident analysis. Journal of contingencies and crisis management. 2008;16(1):53-62.
76. Arvey RD, Ivancevich JM. Punishment in organizations: A review, propositions, and research suggestions. Academy of Management Review. 1980;5(1):123-32.
77. Catino M. Blame culture and defensive medicine. Cognition, Technology & Work. 2009;11(4):245.

78. Merry A, Smith AM. Errors, medicine and the law: Cambridge University Press; 2001.
79. AKINCI SB, SARICAOĞLU F, ERDEN İA, KÖSEOĞLU A, AYPAR Ü. Anesteziyologlarda defansif tıp uygulamalarının araştırılması. Anestezi dergisi. 2013;21(3):151-6.
80. Olcay A, Emren SV, Güler GB, Güler E, Ertunç V, Berilgen R, et al. The opinion of Turkish cardiologists on current malpractice system and an alternative patient compensation system proposal: PCS study group. Turk Kardiyol Dern Ars. 2017;45(7):630-7.
81. Göcen Ö. ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ HEKİMLERİN, DEFANSİF TIP UYGULAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI, İŞE BAĞLI GERGİNLİK VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ. 2017.
82. O'Leary KJ, Choi J, Watson K, Williams MV. Medical students' and residents' clinical and educational experiences with defensive medicine. Acad Med. 2012;87(2):142-8.
83. Moosazadeh M, Movahednia M, Movahednia N, Amiresmaili M, Aghaei I. Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. Int J Health Policy Manag. 2014;2(3):119-23.
84. DİKMEN YD, YORGUN S, YEŞİLÇAM N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;1(1):44-56.
85. Çakmak C, Konca M, Teleş M. Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi (GRS) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2018;21(3):423-48.
86. O. P. Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları. 1Baskı,Seçkin Yayıncılık Ankara. 2005:267-75.
87. Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. Jama. 2000;283(13):1731-7.

88. Sandor AA. The history of professional liability suits in the United States. *Journal of the American Medical Association*. 1957;163(6):459-66.
89. DeVille K. *Medical Malpractice in Nineteenth-Century America: Origins and Legacy*. New York: New York University Press 1990.
90. Nahed BV, Babu MA, Smith TR, Heary RF. Malpractice liability and defensive medicine: a national survey of neurosurgeons. *PloS one*. 2012;7(6):e39237.
91. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(7):629-36.
92. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan A. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2009;31(4):356-66.
93. Yıldırım İ. Tıbbi malpraktis ve hekim mesleki sorumluluk sigortası. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;6(3):121-9.
94. Tülin T, KUTANİS RÖ. DOKTOR VE HEMŞİRELERDE KAYGI NEDENLERİ: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 2015;6(13):62-71.
95. Roy AD, Chen L, Santucci K. What do pediatric residents know about malpractice? *Pediatric emergency care*. 2011;27(7):586-90.
96. Kumral B, Özdeş T. Tekirdağ İlindeki Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hatalarına (Malpraktis) Bakışı ve Değerlendirmeler. *International Journal of Basic and Clinical Medicine*. 2013;1(2):83-93.
97. BAŞER A, BAŞER KOLCU Mİ, KOLCU G, BALCI UG, BAŞER A, KOLCU G. DEFANSİF TIP UYGULAMALARI TUTUM ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*. 2014;24(2):99-102.
98. Yılmaz K. Defansif tıbbi uygulamaların hukuki açıdan değerlendirmesi: Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul; 2012.

99. TIBBİ KÖTÜ UYGULAMAYA İLİŞKİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK SİGORTASINDA KURUM KATKISINA İLİŞKİN USUL VE ESASLARA DAİR TEBLİĞ. 2010.
100. YORULMAZ M, SABIRLI H. Sağlık Hizmetleri Arzında Defansif Tıp Ve Hekimlerin Karar Verme Algisi. Business & Management Studies: An International Journal. 2019;7(2):579-90.
101. 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.
102. KALKAN E, Kubilay Ö, Emir İ, Mehmet E. BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ UZMANLARININ TIBBİ UYGULAMA HATASI DAVALARI KARŞISINDA DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA. Journal of Healthcare Management and Leadership. (1):54-69.
103. ŞAHİN B, ALCALI Ö. DEFANSİF TIP KAVRAMI VE DEFANSİF TIBBİ UYGULAMALARIN HEKİMİN HUKUKİ SORUMLULUĞU KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi.1(41):483-510.
104. KOLCU G. T.C.S.B. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimler ile asistan hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. 2013.
105. Aslan Ş, Özer K. İnternet gazetelerinde yer alan tıbbi hatalı uygulama (malpraktis) haberlerinin incelenmesi. 2. Uluslararası. 2018;12:1887-97.
106. GÖKŞEN Ö. DEFANSİF TIP VE TIBBİ MALPRAKTİS UYGULAMALARININ HUKUKİ BOYUTU, ÇÖZÜM ÖNERİLERİ VE MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI. 2014.

107. Solaroglu I, Izci Y, Yeter HG, Metin MM, Keles GE. Health transformation project and defensive medicine practice among neurosurgeons in Turkey. *PLoS One*. 2014;9(10):e111446.
108. Tanriverdi O, Cay-Senler F, Yavuzsen T, Turhal S, Akman T, Komurcu S, et al. Perspectives and practical applications of medical oncologists on defensive medicine (SYSIPHUS study): a study of the Palliative Care Working Committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *Medical Oncology*. 2015;32(4):106.
109. Reuveni I, Pelov I, Reuveni H, Bonne O, Canetti L. Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists. *BMJ open*. 2017;7(3):e014153.
110. Catino M, editor WHY DO DOCTORS PRACTICE DEFENSIVE MEDICINE? THE SIDE-EFFECTS OF MEDICAL LITIGATION 2011.
111. Pirof M. HEKİMLERİN KARAR VERME ALGILARININ DEFANSİF TIP TUTUMLARI ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI. 2018.
112. Kristiansen IS, Førde OH, Aasland O, Hotvedt R, Johnsen R, Førde R. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. *The Lancet*. 2001;357(9264):1258-61.
113. 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.
114. KARADAĞ M, Oğuz I, CANKUL İH, ABUHANOĞLU H. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2015;17(1):160-79.
115. Özer K. Defansif Tıp Uygulamalarına İlişkin Hekim Görüşleri Ve Maliyetin Belirlenmesi. 2019.
116. BANAZ M. HEKİMLERİN DEFANSİF TIP VE TIBBİ HATA TUTUMLARININ İNCELENMESİ. 2020.

117. Küçük M. Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey. *J Obstet Gynaecol.* 2018;38(2):200-5.
118. Tümer AR, Dener C. Evaluation of surgical malpractice in Turkey. *Legal Medicine.* 2006;8(1):11-5.
119. Health UDo, Services H. National Practitioner Data Bank 2006 annual report. Retrieved September. 2006;27:2009.
120. ALTINDIŞ S, Coşar E, Atasoy AR, Akbaba B, Şimşir İ, Semra Ö. Sağlık Uygulamalarında Defansif Tıp. *Balıkesir Medical Journal.*3(1):12-9.
121. Reisch LM, Carney PA, Oster NV, Weaver DL, Nelson HD, Frederick PD, et al. Medical malpractice concerns and defensive medicine: a nationwide survey of breast pathologists. *Am J Clin Pathol.* 2015;144(6):916-22.
122. Gazete R. 7243 sayılı Yükseköğretim kanunu ile bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanun. (17.04.2020).
123. Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Too Little? Too Much? Primary care physicians' views on US health care: a brief report. *Arch Intern Med.* 2011;171(17):1582-5.
124. Assing Hvidt E, Lykkegaard J, Pedersen LB, Pedersen KM, Munck A, Andersen MK. How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. *BMJ Open.* 2017;7(12):e019851.
125. Vale HMd, Miyazaki MCdOS. Medicina defensiva: uma prática em defesa de quem? *Revista Bioética.* 2019;27(4):747-55.
126. Kubilay Ö, ASLAN Ş. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ: KARMA YÖNTEM ARAŞTIRMASI. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.*23(4):639-64.
127. BAYINDIR Ü, DURAK Hİ. Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu.
128. Murray M, Davies M, Boushon B. Panel size: how many patients can one doctor manage? *Family practice management.* 2007;14(4):44.

129. GÜNEŞ T, GÜNEŞ N. AİLE HEKİMLERİNİN PSİKOSOSYAL SORUNU OLAN BİREY VE AİLELERE YÖNELİK MÜDAHALE YAKLAŞIMLARI (BURSA ÖRNEĞİ). Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(1):111-20.
130. Packer-Tursman J. The defensive medicine balancing act. Medical economics. 2015;92(1):43-8.
131. Öztürk A, Gün İ, Mazıcıoğlu MM. Kayseri’de halkın sağlık ocaklarından yararlanımı ve memnuniyet durumu. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2002;6(3):114-20.
132. Edirne T, Avc DK, Atmaca B. Van ilinde birinci basamakta hasta memnuniyeti: Ankete dayalı kesitsel çalışma. 2009.
133. Johnston WF, Rodriguez RM, Suarez D, Fortman J. Study of medical students' malpractice fear and defensive medicine: a "hidden curriculum?". West J Emerg Med. 2014;15(3):293-8.

## 8. EKLER

### 8.1. Ek-1: OpenEpi Ekran Görüntüsü

Examples

Help

#### Sample Size for Frequency in a Population

Population size(for finite population correction factor or fpc)( $N$ ): 115  
 Hypothesized % frequency of outcome factor in the population ( $p$ ): 50%+/-5  
 Confidence limits as % of 100(absolute +/- %)( $d$ ): 5%  
 Design effect (for cluster surveys- $DEFF$ ): 1

#### Sample Size( $n$ ) for Various Confidence Levels

ConfidenceLevel(%)	Sample Size
95%	89
80%	68
90%	81
97%	93
99%	99
99.9%	105
99.99%	107

#### Equation

#### Sample Size for Frequency in a Population

Population size(for finite population correction factor or fpc)( $N$ ): 196  
 Hypothesized % frequency of outcome factor in the population ( $p$ ): 50%+/-5  
 Confidence limits as % of 100(absolute +/- %)( $d$ ): 5%  
 Design effect (for cluster surveys- $DEFF$ ): 1

#### Sample Size( $n$ ) for Various Confidence Levels

ConfidenceLevel(%)	Sample Size
95%	131
80%	90
90%	114
97%	139
99%	152
99.9%	167
99.99%	174

#### Equation

Sample size  $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Results from OpenEpi, Version 3, open source calculator--SSPropor

Print from the browser with ctrl-P

or select text to copy and paste to other programs.

## 8.2. Ek-2: Tez Anketi

# SAMSUN İL MERKEZİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN DEFANSİF TIP UYGULAMALARI HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Bu çalışma Samsun il merkezinde görev yapan aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp uygulamaları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması amacıyla yapılmaktadır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Her ifadenin cevaplandırılması çalışmanın daha iyi olmasını sağlayacaktır. Çalışmaya verdiğiniz katkıdan dolayı teşekkür ederim.

Dr. Emre Öztürk

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiniz : a.( ) Erkek b.( ) Kadın

3.Medeni durumunuz: a.( ) Evli b.( ) Bekar c.( ) Boşanmış d.( ) Dul

4.Kaç yıllık hekimsiniz : a.( ) <1 yıl b.( ) 2-5 yıl c.( ) 6-10 yıl d.( ) >10 yıl

5.Görev yeriniz : a.( ) Aile Sağlığı Merkezi b.( ) Sağlık Bakanlığı Hastanesi c.( ) Üniversite Hastanesi d.( ) Diğer.....

6.Görev unvanınız nedir : a.( ) Pratisyen b.( ) Araştırma Görevlisi c.( ) Uzman Doktor d.( ) SAHU

Aşağıda defansif tıpla ilgili verilen bilgi önermelerini uygun seçeneğe göre işaretleyiniz. 'Her soruya tek bir yanıt vermeye özen gösteriniz'	Evet	Kararsızım	Hayır
7) Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla tıbbi kayıtları ayrıntılı tutma bir defansif tıp uygulamasıdır.			
8) Kendimizi tıbbi bilgi konusunda yetersiz görüp gereksiz konsültasyon istemek bir defansif tıp uygulamasıdır.			
9) Fazla vaktimizi alacağımı düşünüp hastayla ilgilenmeyip sevk etmek bir defansif tıp uygulamasıdır.			
10) Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla görüntüleme tetkiklerini daha sık kullanmak bir defansif tıp uygulamasıdır.			
11) Hastanın tekrar başvurmasını önlemek için endikasyon dahilindeki ilaçların çoğunu reçete etmek bir defansif tıp uygulamasıdır.			
12) Malpraktis davalarından korunmak amacıyla hastayı üst basamağa daha sık yönlendirmek bir defansif tıp uygulamasıdır.			
13) Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem vermek bir defansif tıp uygulamasıdır.			
14) Tanı kaçırma korkusu nedeniyle diğer hastalara kıyasla bazı hastalara daha fazla vakit ayırmak bir defansif tıp uygulamasıdır.			
15) Tanı kaçırma korkusu nedeniyle gereğinden fazla ek tetkik istemek bir defansif tıp uygulamasıdır.			
16) Testlerin tanı koyma gücüne güvenip fazladan görüntüleme istemek bir defansif tıp uygulamasıdır.			
17) Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla riskli tedavi yöntemlerinden uzak durmak bir defansif tıp uygulamasıdır.			

18) Kendimizi tıbbi bilgi konusunda yetersiz görüp yeni tedavi yöntemlerinden kaçınmak bir defansif tıp uygulamasıdır.			
19) Hastadan ayrıntılı anamnez almayı gereğinden fazla tetkik istemek bir defansif tıp uygulamasıdır.			
20) El becerimize güvenmeyip girişimsel işlem yerine girişimsel olmayan işlemi tercih etmek bir defansif tıp uygulamasıdır.			
21) Malpraktis davalarından korunmak amacıyla vizitleri gereğinden daha sık ve daha uzun yapmak bir defansif tıp uygulamasıdır.			

Size en uygun ifadeyi (X) işaretleyiniz	Evet	Hayır
22) Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?		
23) Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?		
24) Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?		
25) Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?		

Size en uygun ifadeyi (X) işaretleyiniz 'Her soruya tek bir yanıt vermeye özen gösteriniz'	Tamamen Katlıyorum	Çok Katlıyorum	Orta Derece Katlıyorum	Az Katlıyorum	Hiç Katlıyorum
26) Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum,					
27) Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarıma endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum,					
28) Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum,					
29) Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyon dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum,					
30) Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum,					
31) Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarıma daha detaylı açıklıyorum,					
32) Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarıma daha fazla zaman ayırıyorum,					
33) Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum,					
34) Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum,					
35) Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum					
36) Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum,					
37) Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum,					
38) Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum,					
39) Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımın tedirginlik hissediyorum,					

Aşağıdaki ifadelere ne kadar KATILDIĞINIZI ya da KATILMADIĞINIZI düşünerek size en uygun seçeneği (X) işaretleyiniz.	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derece Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
<b>‘Her soruya tek bir yanıt vermeye özen gösteriniz’</b>					
40) Tazminat ödeme kaygısı defansif yaklaşmama neden olur.					
41) Hekimin yeterli hukuki destek alamaması defansif yaklaşmasına neden olur.					
42) Diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı defansif yaklaşmama neden olur.					
43) Fiziksel-sözel şiddete maruz kalma korkusu defansif yaklaşmama neden olur.					
44) Hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları defansif yaklaşmama neden olur.					
45) Komplikasyon – malpraktis ayırımı tam yapılamaması defansif yaklaşmama neden olur					
46) Performansa dayalı ödeme sistemi defansif yaklaşmama neden olur.					
47) Hekim arkadaşlarının paylaştığı olumsuz deneyimler defansif yaklaşmama neden olur.					
48) Sevk etmede yaşanan zorluklar defansif yaklaşmama neden olur.					
49) İş yükünün fazla olması defansif yaklaşmama neden olur.					
50) Hastayla yeterli iletişim kuramamak defansif yaklaşmama neden olur.					
51) Tıp eğitimi sırasında anlatılan ‘öncelikle hastaya zarar vermeme’ ilkesi defansif yaklaşmama neden olur.					

### 8.3. Ek-3 (Orijinallik Raporu)

TEZ			
ORJİNALLIK RAPORU			
% <b>17</b>	% <b>16</b>	% <b>7</b>	% <b>2</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
<b>1</b>	<b>acikerisim.dicle.edu.tr</b> İnternet Kaynağı		% <b>3</b>
<b>2</b>	<b>tez.sdu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı		% <b>2</b>
<b>3</b>	<b>dergipark.org.tr</b> İnternet Kaynağı		% <b>2</b>
<b>4</b>	<b>www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>9lib.net</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>yayin.taa.gov.tr</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>shyk2018.mu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to Afyon Kocatepe University</b> Öğrenci Ödevi		% <b>1</b>
<b>9</b>	<b>doaj.org</b> İnternet Kaynağı		<% <b>1</b>