



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ORDU İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERDE DEFANSİF
(ÇEKİNİK) TIP UYGULAMALARININ ARAŞTIRILMASI**

FATMA GERÇEKER
UZMANLIK TEZİ

PROF. DR. ÖZGÜR ENGİNYURT
TEZ DANIŞMANI

ORDU 2021

**T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ORDU İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN
HEKİMLERDE DEFANSİF (ÇEKİNİK) TIP
UYGULAMALARININ ARAŞTIRILMASI**

FATMA GERÇEKER

Danışman Öğretim Üyesi: PROF. DR. ÖZGÜR ENGİNYURT

ORDU- 2021

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

ONAY

**T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Eğitimi Çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma aşğıdaki jüri tarafından **Tıpta Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 01/10/2021

BAŞKAN

ÖYE

ÖYE

ÖZET

ORDU İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERDE DEFANSİF (ÇEKİNİK) TIP UYGULAMALARININ ARAŞTIRILMASI

Giriş: Tıbbi malpraktis, hekimin tedavisini uyguladığı sırada eksik veya hatalı bilgisi nedeniyle tedavi ettiği hastanın zarar görmesidir. Tıbbi malpraktise bağlı artan davalar sonucunda 1970’li yılların sonunda Amerika Birleşik Devletleri’nde hekimler savunma tıbbi (defansif tıp) uygulamaya başlamışlardır. Defansif tıp hekimlerin kendilerini, açılabilir olası davalardan korumak için birtakım güvence ya da kaçınma davranışlarıdır ve bunu hastanın tedavisinden öncelikli tutarlar. Defansif tıp kavramı ülkemizde giderek yaygınlaşmaktadır. Bu çalışmada amacımız Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ndeki hekimlerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini Mayıs 2020- Mayıs 2021 tarihleri arasında Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan hekimler oluşturmuştur. Toplamda 287 hekime ulaşılmış olup yüz yüze anket yöntemi uygulanmıştır. İki hastanede de dahili ve cerrahi alanda görev yapan hekimlerimize “Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği” uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda toplamda 287 hekime ulaşılmış olup; çalışmamıza katılan 287 hekimin 96’sı (%33.4’ü) Ordu Devlet Hastanesi’nde; 191’i (%66.6’sı) Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapmaktadır. Katılımcıların %50.2’si 25-35 yaş aralığında yer almakta, %32.4’ünün 1-5 yıllık hekim olduğu görülmüştür. Katılımcıların toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalaması 46.3; minimum puanı 22.0 ve maksimum puanı 63.0 olarak elde edilmiştir.

Sonuç: Ülkemizde ve Dünya’da yüksek düzeyde gözlenen defansif tıp uygulamaları yaptığımız çalışmada Ordu’da da yüksek düzeyde bulunmuş olup giderek yaygınlaşma endişesiyle hastalara ve sosyal güvence sistemine zarar verebileceği düşünülmüştür. Bunun önüne geçmek için TCK’da hekimler veya sağlık

alışanlarına zel açık kanunlar çıkartılması; hekimlerin mesleklerini icra ederken daha rahat ve keyifli ortamda çalışmaları üzerindeki baskıları azaltacak; böylece kendinden emin bir şekilde, gelen karmaşık hastayı geri evirmeyecek veya bir şey atlarını korkusuyla gereksiz ek incelemede bulunmayacak. Ayrıca herhangi bir dava açıldığında o davaya atanan bilirkişilerin tecrübeli ve hukuk ve tıp alanında yetkin olması ile defansif tıbbı azaltmak mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: Defansif tıp, Malpraktis, Ordu Devlet Hastanesi, Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hekim.



ABSTRACT

EVALUATION OF DEFENSIVE (RECESSIVE) MEDICINE PRACTICES IN PHYSICIANS WORKING IN ORDU PROVINCIAL CENTER

Introduction: Medical malpractice is the harm to the patients they treat due to incomplete or erroneous knowledge of physicians. As a result of increasing lawsuits related to medical malpractice, physicians started to practice defense medicine in the United States at the end of the 1970s. Defensive medicine is a set of reassurance or avoidance behaviors of physicians to protect themselves from possible lawsuits, and they prioritize this over the treatment of the patient. Defensive medicine is becoming widespread in our country. In this study, our aim is to evaluate the opinions of physicians in Ordu State Hospital and Ordu University Training and Research Hospital about defensive medicine practices.

Materials and Methods: The population of the research consisted of physicians working at Ordu State Hospital and Ordu University Training and Research Hospital between May 2020 and May 2021. A total of 287 physicians were reached, were surveyed face-to-face, “Defensive Medicine Practices Attitude Scale” was applied to our physicians working in the internal and surgical fields in both hospitals.

Results: In our study it has reached a total of 287 physicians. 96 (33.4%) of 287 physicians were in Ordu State Hospital; 191 (66.6%) of them work at Ordu University Training and Research Hospital. It was observed that 50.2% of the participants were between the ages of 25-35 and 32.4% were physicians who worked for 1-5 years. The mean total defensive medicine practices attitude score of the participants was 46.3; the minimum score was 22.0 and the maximum score was 63.0.

Conclusion: Defensive medicine practices, which are observed at a high level in our country and in the world, were found at a high level in Ordu province in our study, and it was thought that it could harm the patients and the social security system due to the concern of increasing prevalence. Enacting clear laws specific to

physicians in the Turkish Criminal Code; It will reduce the pressure on physicians to work in a more comfortable and pleasant environment while performing their profession. So that physicians will confidently not turn down the incoming complex patient or make unnecessary additional investigations for fear of missing something. Also when a lawsuit is filed, it may be possible to reduce defensive medicine if the experts assigned to that case are competent in the field of law and medicine.

Key words: Defensive medicine, Medical malpractice, Ordu State Hospital, Ordu University Training and Research Hospital, Physicians.



TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimimin her aşamasında bilgi ve tecrübesiyle önümde rol modelim olan, eğitmen bilgeliğiyle abi şefkatini harmanlayıp disiplinli çalışmasıyla hepimize örnek olan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Özgür ENGİNYURT'a,

Henüz yeni tanışmış olsak da kısa zaman zarfında kendisinden çok şey öğrendiğim; arkadaşlarımda da bilgi ve tecrübesinden çok şey öğreneceğini düşündüğüm sayın hocam Doktor Öğretim Üyesi Bestegül ÇORUH AKYOL'a,

Tez çalışmama adım atmamı sağlayan, beni yüreklendiren, yoğunluğundan fazla görüşemediğimiz fakat görüştüğümüzde mutlaka hayatıma dokunacak tavsiyeler aldığım canım hocam Doktor Öğretim Üyesi Tuba GÜL'e,

Tez çalışmamın biyoistatistik aşamasında yardımcı olan Ondokuz Mayıs Üniversitesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Soner ÇANKAYA'ya,

Ellerini her zaman omuzlarımda hissettiğim, her daim arkamda duran canım annem ve babam; Asiye ve Hüseyin ŞEN'e,

Oğlumu emanet ettiğim, ona gözü gibi bakan koca yürekli Fatma anneme ve oğlumla arkadaşlık edip oyunlar oynayan Ali dedesine,

Benim her türlü kaprisimi çeken, gözlerimden ne düşündüğümü anlayan, her türlü desteğiyle yanımda olan veya olmaya çalışan canım kardeşim Tuba ŞEN'e,

Türlü şaklabanlıklarla veya bir gülümsemesiyle kötü geçirdiğim bir günü anında güzelleştiren canım oğlum Sarp GERÇEKER'e,

Ve gerek tez aşamasında gerek asistanlıkta, nöbetlerde, her durumda yanımda olan, yol arkadaşım, eşim Mert GERÇEKER'e çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KONULAR	Sayfa No
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
ONAY	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT	V
TEŞEKKÜR.....	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
TABLolar DİZİNİ	XI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	XII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Malpraktis ve Tıbbi Malpaktis Tanımı.....	3
2.2. Defansif Tıp (Savunma Tıbbı, Çekinik Tıp) Uygulamaları	3
2.3. Defansif Tıp Çeşitleri	4
2.3.1. Pozitif Defansif Tıp	4
2.3.2. Negatif Defansif Tıp	4
2.4. Defansif Tıp Uygulamalarının Yaygınlığı	5
2.5. Defansif Tıp Uygulamaları Ölçülebilirliği	5
2.6. Defansif Tıp Uygulamalarının Nedenleri	5
2.6.1. Malpraktis ve Dava Açılma Korkusu	6
2.6.2. Defansif Tıp Uygulamalarında Medyanın Rolü	7
2.6.3. Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikalarının Rolü	7
2.6.4. Zayıf ve Etkili Olmayan Bir İletişim	9
2.6.5. Maddi Motivasyon.....	9
2.6.6. Performans Sistemi.....	11
2.6.7. Kahramanlık Kompleksi ve Mükemmel Uygulama Beklentisi.....	11
2.6.8. Bir Sonraki Hekime Açık Bırakma Endişesi	12
2.6.9. Mesleki Deneyimin Az Olması	12
2.6.10. Bilirkişilik	12
2.6.11. Yetki Sınırlarının Aşılması ve Konsültasyon	13
2.7. Defansif Tıp Uygulamalarının Hekime, Hastaya ve Sağlık Sistemine Etkisi	13

2.8. Defansif Tıp Uygulamaları ve Sağlık Harcamalarına Etkisi.....	14
2.9. Defansif Tıp Uygulamaları ve Malpraktisin Cezai Sorumlulukları	14
2.10. Defansif Tıp Uygulamaları ve Malpraktisin Hukuki Sorumluluğu.....	15
2.11. Türkiye’de Defansif Tıp	15
2.12. Dünya’da Defansif Tıp	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Amacı	20
3.2. Araştırmanın Türü	20
3.3. Araştırmanın Evreni	20
3.4. Veri Toplama Araçları.....	20
3.5. Verilerin Analizi	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
7. KAYNAKLAR.....	48
EKLER.....	55
Ek 1.....	56
EK 2. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği.....	59
Ek 3. Etik Kurul Kararı.....	60
Ek 4. Ordu İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Kararı.....	61
ÖZGEÇMİŞ.....	62

ŞEKİLLER DİZİNİ

S.

Şekil 4.1. Maddelere verilen cevapların dağılımı.

40



TABLolar DİZİNİ	S.
Tablo 4.1. Kategorik değişkenlere ait frekans dağılımı.	22
Tablo 4.2. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği'ne ait tanımlayıcı istatistikler.	23
Tablo 4.3. Kategorik değişkenlere göre pozitif defansif tıp uygulamaları puanlarının karşılaştırılması.	24
Tablo 4.4. Kategorik değişkenlere göre negatif defansif tıp uygulamaları puanlarının karşılaştırılması.	27
Tablo 4.5. Kategorik değişkenlere göre defansif tıp uygulamaları puanlarının karşılaştırılması.	30
Tablo 4.6. Değişkenlere göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının karşılaştırılması.	32
Tablo 4.7. Demografik özelliklere göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin karşılaştırılması.	35
Tablo 4.8. Branşlara göre malpraktis çekincesinin dağılımı.	38
Tablo 4.9. Branşlara göre hukuki sorunlardan korunmak amacıyla “Görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum” önermesine verilen cevapların dağılımı.	39

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
CİMER	: Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TCSB	: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
WHO	: World Health Organization



1. GİRİŞ

Tıbbi malpraktis, hekimin tedavisini uyguladığı sırada eksik veya hatalı bilgisi nedeniyle tedavi ettiği hastanın zarar görmesidir (World Medical Association, 1992).

Tıbbi malpraktise bağlı artan davalar sonucunda 1970'li yılların sonunda Amerika Birleşik Devletleri'nde hekimler savunma tıbbı (defansif tıp) uygulamaya başlamışlardır (Vento ve ark., 2018).

Defansif tıp hekimlerin kendilerini, açılabilir olası davalardan korumak için birtakım güvence ya da kaçınma davranışlarıdır ve bunu hastanın tedavisinden öncelikli tutarlar (Kolcu, 2013; Vento ve ark., 2018).

Defansif tıp kavramı pozitif defansif tıp (güvence davranışı, assurance behavior) ve negatif defansif tıp (kaçınma davranışı, avoidance behavior) olmak üzere iki alt başlık altında incelenir (Aynacı, 2008).

Pozitif defansif tıp hukuki sorunlardan korunmak amacıyla gereksiz gördüğü radyolojik tetkik, kan tahlili istemesi, endikasyonu olmasa dahi hasta yatırmak, gerekli gördüklerinin dışında ilaç yazmak, gereğinden sık ve uzun süreli vizitler yapmak, hasta ve aydınlatıcı onamlara daha fazla önem vermek ve daha fazla zaman ayırmak, konsültan hekimin görüşüne daha fazla başvurmak, tedavi sonrası hastayı kontrole daha fazla çağırmak gibi davranışlarda bulunmaktır (Biçen, 2018). Pozitif defansif tıbbın özellikle sağlık harcamaları için ciddi sonuçlar doğurduğu düşünülmektedir (Vento, 2018).

Negatif defansif tıp çeşidinde hekim yüksek riskli hastalardan ve girişimsel tedavilerden kaçınma, dava etme olasılığı yüksek olan hastaları reddetme ve başka bir hekime yollama, karmaşık problemleri olan hastaları kabul etmeme, komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınma davranışları sergiler (Selçuk, 2015). Negatif defansif tıp uygulamaları özellikle hasta ve hekim güvenini zedeler (Vento, 2018).

Bu çalışmamızda ülkemizde artan malpraktis davaları ve buna bağlı artan defansif tıp uygulamalarının teorik içeriğini derlemek amacıyla Ordu Devlet hastanesi ile Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hekimlerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışma sonucunda Ordu ilinde defansif tıp uygulamaları algısının oluşup oluşmadığı, oluşmuş ise devlet hastanesi ve üniversite hastanesi arasında fark olup olmadığı ve sıklığının ortaya konması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Malpraktis ve Tıbbi Malpaktis Tanımı

Mala(hatalı) ve practice(uygulama) sözcüklerinin birleşmesiyle oluşan Malpraktis'in sözlük anlamı; herhangi bir kişinin mesleğini uyguladığı sırada eksik veya hatalı bilgi nedeniyle hizmet verdiği kişinin zarar görmesidir (Göçen, 2017; Keskinbora, 2019; Özkara, 2020). Tıbbi malpraktis (tıbbi uygulama hatası) ise bir tıp hekiminin tıbbi uygulamalar sırasında standart tedavilerde yetersiz kalması, yetenek eksikliği, hekimliğin hatalı uygulaması olarak tanımlanır (Keskinbora, 2019; Göçen, 2017; Polat, 2005; Türk Tabipleri Birliği, 2010; Ünal, 2020; World Medical Association, 1992). Hastanın tanı ve tedavisi sırasında ortaya çıkan tüm istenmeyen durumlar malpraktis olarak tanımlanmamalıdır. Tıbbi uygulama hatası, hekimin eksiksiz tedavisi sonucu gelişen komplikasyon ile çok sık karışır. Malpraktis ve komplikasyon farkını iyi ayırmak gerekir. Komplikasyon, hekimin standart tedavileri uyguladığı durumda istenmeyen olayların gelişmesidir ve hekim gerekli tedaviyi yapmıştır; hekimin genellikle hatası yoktur (Göçen, 2017; Özkara, 2020; World Medical Association, 1992). Hatta komplikasyon bazı kaynaklarda “izin verilen risk” olarak da tanımlanmıştır (Özkara, 2020).

2.2. Defansif Tıp (Savunma Tıbbi, Çekinik Tıp) Uygulamaları

Tıbbi malpraktis suç olarak da nitelendirilebildiğinden ortaya 1970'li yıllarda savunma tıbbi (defansif tıp) çıkmıştır. O yıllarda defansif tıp yani savunma tıbbi; hekimin açılabilir olası davalardan korunmak için birtakım kaçınma davranışı ve/veya gerek olmadığı halde ek tetkik ve tahlil istemesi olarak tanımlanmıştır. Günümüze baktığımızda bu tanım fazla bir değişikliğe uğramamıştır; sadece yeni tanımlamalar eklenmiştir: yüksek riskli durumlardan kaçınma davranışı, eksiksiz ve daha uzun vizitlerin yapılması, hastalara daha fazla zaman ayrılması, aydınlatılmış onamların daha dikkatli ve bizzat uygulayacak hekim tarafından alınması gibi yeni tanımlamalarla defansif tıp kavramı oldukça genişlemiştir. Fakat kısaca belirtecek olursak defansif tıp; hekimin hastasını iyileştirmekten ziyade, mesleğini icra ederken açılabilir olası davalardan korunmayı amaçlar (Biçen, 2018; Hermer ve Brody, 2010; Kolcu, 2013; Miller ve ark., 2012; Vento ve ark., 2018).

Defansif tıp farklı şekillerde kendini gösterebilir. Hastaları fazlasıyla her şeyin yapıldığına ikna etmek amaçlı istenen gereksiz incelemeler güvence davranışına (assurance behavior) örnek iken riskli hastalarda tedaviyi reddetmek ve hastayı başka bir merkeze yönlendirmek gibi davranışlar ise kaçınma davranışına (avoidance behavior) örnek teşkil eder (Biçen, 2018; Kolcu, 2013; Miller ve ark., 2012).

2.3. Defansif Tıp Çeşitleri

Defansif tıp kavramı pozitif ve negatif defansif tıp olmak üzere iki kavrama ayrılmıştır. Pozitif defansif tıp “assurance behavior” (güvence davranışı) ve negatif defansif tıp “avoidance behavior” (kaçınma davranışı) olarak da nitelendirilir (Aynacı, 2008; Bergen, 1974; Biçen, 2018; Kolcu, 2013).

2.3.1. Pozitif Defansif Tıp

Hekimin kendini güvence altında hissetmesi ve oluşabilecek hukuki sorunlardan korunmak amacıyla sergilediği assurance behavior (güvence davranışı) olarak da adlandırılan defansif tıp çeşididir. Hekim, hasta ve/veya hastane memnuniyetsizliği önlemek için de pozitif defansif tıba yönelebilir. Gerekli gördüklerinin dışında radyolojik tetkik, kan tahlili isteyebilir, başka bir branştan hekimin görüşüne başvurabilir. Bunun dışında gerekli gördüklerinin dışında ilaç yazmak, tıbbi endikasyonu olmasa dahi hasta yatırmak, tıbbi kayıtları fazla detaylı tutmak, uygulanacak tanı ve tedavi protokolleri ve aydınlatılmış onamları fazla detaylıca anlatmak, gereğinden sık ve uzun süreli vizit yapma, hastayı tedavi sonrası gereğinden fazla kontrole çağırma da diğer sık görülen pozitif defansif tıp örneklerindendir (Bergen, 1974; Biçen, 2018; Kolcu, 2013; Sezer-Kara, 2020; Selçuk, 2015; Toraman ve Çarıkçı, 2019). Pozitif defansif tıp; hastalar, hekimler ve sağlık harcamaları için ciddi sonuçlar doğurmaktadır (Vento ve ark., 2018).

2.3.2. Negatif Defansif Tıp

Hekimin hukuki sorunlardan korunmak amacıyla avoidance behavior (kaçınma davranışı) olarak da nitelendirilen defansif tıp çeşididir (Aynacı, 2008; Biçen, 2018). Bu defansif tıp çeşidinde hekim yüksek riskli hastalardan ve girişimsel tedavilerden kaçınma, dava etme olasılığı yüksek olan hastaları reddetme ve başka bir hekime yollama, karmaşık problemleri olan hastaları kabul etmeme, komplikasyon oranları

yüksek tedavi protokollerinden kaçınma davranışları sergiler (Aynacı, 2008; Biçen, 2018; Kolcu, 2013; Selçuk, 2015; Sezer-Kara, 2020; Toraman ve Çarıkçı, 2019). Negatif defansif tıp uygulamaları özellikle hasta ve hekim güvenini zedeler (Vento ve ark., 2018).

2.4. Defansif Tıp Uygulamalarının Yaygınlığı

Defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı tartışmalıdır. Defansif tıp uygulaması ilk olarak 1970’li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri’nde kayıtlara geçmiştir. Dünyanın diğer ülkelerinde de oldukça fazla bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere defansif tıp yüksek riskli uzmanlık alanlarında yaygınlaşmaktadır (Biçen, 2018; Kolcu, 2013).

2.5. Defansif Tıp Uygulamaları Ölçülebilirliği

Defansif tıp bir savunma yani bir davranış biçimi olduğundan ölçülmesi oldukça zordur. Ayrıca her ülkenin sağlık sistemi ve insana verdiği değer farklıdır. Bazı ülkelerde pozitif defansif tıp nedeniyle daha çok sağlık harcamalarından yakınılırken bazı ülkelerde negatif defansif tıbbın hasta üzerindeki olumsuz etkileri ön plana çıkmaktadır.

Bizim çalışmamız Giray Kolcu’nun hazırladığı konu ile ilgili tüm soruların sorulduğu bir ölçek olmasıyla Dünyadaki diğer çalışmalardan ayrılır. Bu Defansif Tıp Uygulamaları Ölçeği 2014 yılında Başer ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirliği hesaplanmıştır (Başer ve ark., 2013; Kolcu, 2013; Sezer-Kara, 2020).

2.6. Defansif Tıp Uygulamalarının Nedenleri

Hekimler herhangi bir neden olmaksızın defansif tıp uygulamaya başlamadılar. Bu durumun birçok nedeni var. Bunların başında Amerika Birleşik Devletleri’ndeki medikal davalara bakan avukatların hekimin uygulamasında hata veya açık arayıp dava peşinde koşması ve hastaları yüksek tazminatlar alma konusunda inandırması, hekimlik mesleğinin saygıdeğer bir meslek olmaktan çıkması, hekimi koruyan herhangi bir sağlık politikası olmaması, hekimin riskli uygulamalarının karşılığının maddi olarak tatmin etmemesi ve hekimin bu durumda risk almak istememesi gelmektedir (Biçen, 2018; Duke, 1971; Kolcu, 2013).

2.6.1. Malpraktis ve Dava Açılma Korkusu

Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere İngiltere, İspanya gibi gelişmiş ülkelerde uygulanan defansif tıp Türkiye’de de oldukça yaygınlaşmıştır. Bunun nedenlerinden en önemlisi dava açılma korkusudur.

Livin without Lawyers’ın yazarı olan Philip K. Howard’ın bu durumla ilgili çok güzel bir çıkarımı vardır: “Dava açma merakı, Amerika’daki sağlık kültürünün üstüne damlayan bir asittir.” (Kolcu, 2013; Theiler, 2010). Ve Howard devam ediyor; “doktorları öylesine korkuttular ve paranoid hale getirdiler ki artık bir hastayla karşılaştıklarında onu potansiyel davacı olarak görüyorlar.” (Theiler, 2010).

1995 yılında İngiltere’de yapılan bir çalışmada hekimlerin dava edilme korkusunu ve savunma tıbbı arasındaki ilişkiyi saptamak için rastgele seçilen 500 birinci basamak hekimiyle posta ile anket çalışması yoluyla 12 soruya cevap vermeleri istenmiştir. Bu sorular hekimlerin savunma tıbbı uygulayıp uygulamadıkları ve hasta memnuniyetsizliği ve/veya şikayeti olasılığı karşısında tutumlarının değişip değişmediği ile alakalı sorulardı. Hekimlerin %98’i hasta şikayeti olasılığı karşısında tutumlarını değiştirdiğini, yalnızca %2’lik bir kısım herhangi bir değişiklik yapmadığını belirtti. Bu çalışmada hekimlerin dava edilme korkusuyla defansif tıp uygulamaları arasında yüksek bir korelasyon bulunmuştur (Summerton, 1995).

Studdert ve arkadaşlarının 800’den fazla hekime yaptığı bir çalışmada ise hekimlerin %90’ının savunma tıbbı uyguladığı görüldü. Fakat burada ilginç olan şey hekimler dava edildikleri için savunma tıbbı uygulamıyorlardı. Dava edilmekten korktukları için savunma tıbbı uyguladıkları görüldü (Studdert ve ark., 2005; Tellefsen, 2009).

Ünlü psikiyatrist Dr. Tellefsen’e göre hekimler dava edilmekten korunmak için defansif tıbbı uyguluyorlar; herhangi bir avukatla bile karşılaşmak istemiyorlar. Tellefsen bunu” avukat fobisi” olarak yorumlamıştır (Tellefsen, 2009).

Esasında hekimler bu denli dava açılma korkusu yaşamamalıdır. Hekimin kendi klinik kararlarını bilimsel olarak açıklayabilmesi ve gerekli görmediği tetkikleri istememesi hekimin kendi klinik bilgisi ve tecrübesidir. Bu gerekçe onları

savunmak için yeterlidir. Bunun için de tıbbi kayıtların düzenli ve eksiksiz tutulması büyük önem taşır (Kolcu, 2013; Selçuk, 2015; Williams, 2011).

Kravitz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmanın sonucunda bir doktor gereksiz test isteyerek 59 yılda bir dava edilmekten kurtuluyor (Kravitz ve ark., 1997).

Hekimler defansif tıbbi yönelerek dava edilmekten korunmazlar; sadece gereksiz test istenmiş ve yüksek sağlık harcamaları yapılmış olur. Hekimlerin davalardan korunmak için kanıta dayalı tıbbi ihtiyacı vardır (Williams, 2011). Fakat bunun için de tıbbi bilirkişiliğin geliştirilmesi ve tıbbi bilirkişilerin kanıta dayalı tıp hakkında yeterince bilgiye sahip olması gerekir (Kolcu, 2013).

2.6.2. Defansif Tıp Uygulamalarında Medyanın Rolü

Defansif tıbbin uygulanmasında medyanın rolüne girmeden önce yanlış algıları konuşmak gerekir. Haftalar sonrasına verilen gecikmiş randevulardan, hatta alınmayan randevulardan, bir hastaya ayrılan sürenin kısıtlılığından, hastanelerin dolup taşmasından dolayı randevusuz hasta bakmak zorunda kalan ve bu nedenle randevusuna 5 dakika geç giren hastaların sorumlusu hekim değildir. Sağlık sisteminin tüm düzeninden hekimlerin sorumlu tutulması yanlıştır ve öncelikle bunun düzeltilmesi gerekir (Selçuk, 2015; Toraman ve Çarıkçı, 2019).

Basın yayın organları yoluyla yaratılan “sağlık sisteminin sorumlusu hekimdir” gibi algılar ile medya, halkı hekimlere karşı provoke etmektedir. Bu da yetmezmiş gibi medyanın sürekli doktoru suçlayıcı tavrı ve herhangi bir sağlık probleminde “skandal” başlığını kullandığı görülüyor. Maalesef Türkiye gibi bir ülkede halkın %50’sinden fazlası medyanın yanlış yönlendirmesine inanıyor veya ulaşamadığı devlet büyükleri yerine hekimle hukuki ve fiziki olarak çatışıyor.

Tıp mesleği etik değerleriyle riskli girişimleriyle özel uygulamalar içermesine karşın bu şekilde karalamalara maruz kaldıkça bu mesleğin niteliklerine zarar verilmektedir (Selçuk, 2015).

2.6.3. Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikalarının Rolü

Bireylerin biyopsikososyal yönden iyilik halinde olmasından yani bireylerin sağlığından, kendi vatandaşı olduğu devlet ve sağlık politikaları sorumludur. Fakat

özellikle ülkemizde hasta iyileşirse sağlık politikalarına ve bunun uygulayıcılarına minnet duyuluyor. Eğer hastanın durumu olduğundan daha kötüye gidiyor ise de bundan hekimi sorumlu tutuluyor. Bu durum hekimlerin defansif tıp uygulamasının yanında tükenmişliğe doğru gitmelerine, meslekten aldıkları hazzın azalmasına ve yine tekrar dava açılmadan günü bitirme derdine düşürür. Bu kısır döngüyle defansif tıp uygulanması hekim için kaçınılmaz olur (Baran, 2009; Kolcu, 2013; Selçuk, 2015; Yeşiltaş ve Erdem, 2019).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) ve Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER) üzerinden çok fazla sağlık personeli şikayet ediliyor. Bu şikayetlerin hiçbir süzgeçten geçirilmeden hekimin önüne direkt soruşturma şeklinde gelmesi, hekimin zaten kısıtlı olan vaktini ve motivasyonunu düşürür (Baran, 2009; Toraman ve Çarıkçı, 2019; Yeşiltaş ve Erdem, 2019).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56, 58, 59 ve 61. Maddesine göre sağlıktan hekimin değil devletin sorumlu olduğu açıkça görülmektedir:

“Anayasa madde 56: Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.

Anayasa madde 58: Fıkra 2. Devlet gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır.

Anayasa madde 59: Devlet her yaştaki Türk vatandaşlarının beden ve ruh sağlığını geliştirecek tedbirleri alır, sporun kitlelere yayılmasını teşvik eder. Devlet başarılı sporcuyu korur.

Anayasa madde 61: Devlet harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleriyle, malul ve gazileri korur ve toplumda kendilerine yaraşır bir hayat seviyesi sağlar. Devlet, engellilerin korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirler alır. Yaşlılar, devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir. Devlet, korunmaya muhtaç çocukların topluma kazandırılması için her türlü tedbiri alır. Bu amaçla gerekli teşkilat ve tesisleri kurar veya kurdurur." (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982).

2.6.4. Zayıf ve Etkili Olmayan Bir İletişim

Etkili bir iletişim, her alanda olduğu gibi sağlık alanında da çok önemlidir. Sadece hasta ve hekim arasında değil hemşire- hekim ve hekim- konsültan hekim iletişiminin zayıf olması tanı ve tedavinin aksaması hatta yanlış tıbbi uygulama (malpraktis) gibi problemlere neden olabilir (Polat, 2005).

Günümüzde asıl problem hekimin yoğun iş yükünden ve vakit kısıtlılığından dolayı hekimin danışılan hasta için bir başka hekime veya hemşireye telefonla önerilerde bulunmasıdır. Telefonla verilen order veya önerilerin herhangi bir kaydı olmaz. Sonrasında bu telefon görüşmeleri hakkında asılsız iddialar ortaya atılabilir. Bu gibi durumlardan kaçınmak için yüz yüze görüşüp önerileri mutlaka kağıda dökmek; eğer o anda hastanede bulunulmuyorsa mesaiye geldiğinde mutlaka ivedilikle telefonda vermiş olduğu öneri/order'ı hasta dosyasına not düşmelidir (Kolcu, 2013; Polat, 2005).

Türkiye'de 146 intörn hekim üzerinde yapılan bir çalışmada intörn hekimlerin %91.8'i kendilerini iletişim becerileri açısından eksik görmekte; %84.2'si üniversitede iletişim becerileri dersi alınması gerektiğini düşünmektedir (Kolcu, 2013; Özçakır, 2002).

2.6.5. Maddi Motivasyon

Hekimler üstlendikleri sorumluluklar ve olası riskli girişimlerin karşılığı olarak belli bir ücret almalıdırlar. Hekimler kendi ailelerini ve yaşamlarını idame ettirebilmek ve belli standartlarda yaşamak, gerektiğinde ailesinden fazla gördüğü hastalarına faydalı olabilmek; hem de gelişen tıp bilimini yakalamak için tıp dergilerine üye olmak; bilimsel tıp kongrelerine katılabilmek için bu hakka sahiptir.

Girdiği riskli bir meslek yaşamı ve artan yüksek maddi tazminatlı davaları da göz önünde bulundurursak hekimin hakkı ödenmelidir (Çetin, 2018). Aksi takdirde hekim yüksek riskli tedavilerden kaçınır; dava açma potansiyeli yüksek ve karmaşık problemleri olan hastaları kabul etmez (Aynacı, 2008; Biçen, 2018; Kolcu, 2013). Hekimin maaşının yetersiz olması riske girmesini gerektirecek bir neden bırakmayabilir ve özellikle negatif defansif tıp uygulamalarına yönelmelerine sebep olabilir (Baran, 2009; Çetin, 2018).

Hekimler yetersiz maaş nedeniyle defansif tıbbi gelir artırıcı olarak da kullanabilirler. Özellikle özel sağlık kuruluşlarında gereksiz fazla tahlil ve tetkik isteyerek gelirlerini artırma yoluna gidebilirler. Veya getirisi yüksek olan hastaları kendi özel sağlık kuruluşuna çekip karmaşık hastaları devlet hastanesine yönlendirebilirler. Bu durumdan dolayı Amerika Birleşik Devletleri'nde aynı tahlil ve tetkikin arasında belirli zaman aralıkları olması gerektiği federal kanunlarla ortaya konulmuştur (Selçuk, 2015). Bu aslında hekimleri engellemek değil, maliyet kontrollü hasta bakımı, muayenesi ve tedavi sağlamaktır. Sık aralıklarla istenen aynı testler, hastaya herhangi bir yarar sağlamaksızın sadece maliyeti artırır (Hermer ve Brody, 2010; Selçuk, 2015).

Ülkemizde muayenecilik sistemi zamanında; 5947 sayılı Tam Gün Yasası'ndan önce hekimlerin devlet hastanelerinde aşırı kaçınmacı olarak davrandığı, getirisi yüksek olan hastaları kendi muayenehanesi veya özel sağlık kuruluşuna yönlendirdiği görülmüştür. Ayrıca muayenehanesine gelen hastaya ikinci kez devlet hastanesine geldiğinde onu memnun etmek amacıyla gereksiz fazla ve sık testler istemiştir (Selçuk, 2015).

5947 sayılı Yasa ve bu yasa hakkındaki Anayasa Mahkemesi kararına göre, üniversite öğretim üyeleri dışında kamuda çalışan tüm doktorların muayenehane açmaları ve özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarının mümkün olmadığı karara bağlanmıştır (Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2010).

Tam Gün Yasası'yla bu sorun ortadan kalkmış gibi görünse de bu kez de artan malpraktis davalarına karşı hekim kendini devlet hastanesinde güvence altına almak için pozitif defansif tıp uygulamaya başlamıştır (Selçuk, 2015).

2.6.6. Performans Sistemi

Ülkemizde 2003 yılından bu yana sağlıkta reform başlığı altında birçok değişiklik yapılmıştır. Bu durumun temel amacı denetleyici ve planlayıcı bir Sağlık Bakanlığı ve denetlenebilen bir sağlık sistemi oluşturmaktır. Performansa dayalı ücretlendirme, aile hekimliğine geçilmesi, devlet hastanelerinin işletme haline gelmesi sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan değişikliklerdendir. Böylelikle sağlık sistemi ticari bir araca dönüştürülmüştür. Performans sistemine geçilmesiyle hekim baktığı hasta kadar ücretlendirmeye tabi tutulmuştur. Bu durumda hekim daha fazla sürede daha az hastaya yeteri kadar zaman ayırmak yerine; daha fazla hastaya daha kısa sürede bakmaya ve herhangi bir şey atlamamak için fazla tahlil ve tetkik istemeye başladı. Böylelikle hekimin verdiği hizmetin niceliği artsa da niteliği azalmış oldu. Hekim performans sistemi nedeniyle endikasyon dahilinde olmayan herhangi bir tetkik istememeli, herhangi bir girişimde bulunmamalıdır (Toraman ve Çarıkçı, 2019; TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, 2011; Yancı-Özalp, 2015).

Aynı şekilde SGK paket uygulamasına geçildiğinde hekimler paket aşıp kendi dönerleri kesintiye uğramasın diye negatif defansif tıbbi yöneldiler veya paket kapsamına girmeyen testlere yönelip pozitif defansif tıp uyguladılar (Selçuk, 2015).

2.6.7. Kahramanlık Kompleksi ve Mükemmel Uygulama Beklentisi

Hemen her hekimin içinde toplumda bir “isim” edinme, nam salma dürtüsü vardır. Örneğin hiçbir klinik belirti vermeyen hastaya spesifik bir tanı düşünmeden gereksiz ek tahlil istenmesi pozitif defansif tıptır. Ve hekim bu şekilde belki çok seyrek görülen bir maligniteyi saptayabilir. Bu durum hekimin ünlenmesini ve bulunduğu toplumda parmakla gösterilen bir hekim olmasını sağlayabilir.

Sağlık hizmeti alanların hekimlerden kusursuz olma ve internet arama motorlarından öğrendikleri tıbbi bilgiler dahilinde, gereksiz olsa dahi olabildiğince fazla tahlil ve tetkik beklentileri vardır. Hatta günümüz Türkiye’inde hasta içeri girer ve istenecek tetkikleri, yazılacak ilaçları, yönlendirilecek hekimi dahi kendi söyleme gafletinde bulunabilmektedir. Hekim bazen hasta memnuniyeti için bazen de ne kadar anlatsa dahi karşısındaki hastanın ısrar ve şikayetlerinden korunmak için pozitif defansif tıbbi yönelir (Selçuk, 2015).

2.6.8. Bir Sonraki Hekime Açık Bırakma Endişesi

Nam salma dürtüsünden çok belki de hekimler dönüşümlü çalıştıkları birimlerde bir sonraki hekime veya hastanın kendisinden sonra gideceği hekime küçük düşme korkusu nedeniyle fazladan gereksiz test isteme davranışında bulunurlar ve hatta hastayı sevk ederler. Kendi mesaisi bittikten ve bir sonraki hekim geldiğinde atladığı bir durum olmasın; ek test istenmesin diye hekimler pozitif defansif tıp uygulayıcılar (Selçuk, 2015).

2.6.9. Mesleki Deneyimin Az Olması

Dicle Üniversitesi'nde 200 araştırma görevlisi hekim üzerinde yapılmış olan bir çalışma, meslekte iki yılını doldurmamış olan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yöneliminin daha fazla olduğunu göstermiştir (Saraç, 2020). İntörn hekimlerin klinik tecrübe kazanmaları ve kendi klinik kararlarını tek başına almaları için hekim pozisyonunda çalıştırılmaları gerekirken, personel açığını kapatmak için her türlü işgücünde kullanılmaları ve mezun olur olmaz sudan çıkmış balığa dönmeleri, bu sebeple ne için istediklerini bilmedikleri testlerin çoğunu isteyerek pozitif defansif tıp uygulamaları ülkemizin bir gerçeğidir. Ayrıca bu sorunlar giderilse bile intörn hekimler; pratisyen olarak kalmak istememekte aynı zamanda Tıpta Uzmanlık Sınavı'na çalışmaktadırlar. Nihayetinde yeni mezun hekimlerden fakültenin son yılında klinik sorumluluk bilinci oluşturmalarını beklemek çok doğru olmaz. Mesleğe yeni başlayan hekimlerin açık vermemek için defansif tıp uygulamaları kaçınılmaz olur (Saraç, 2020; Selçuk, 2015; Yeşiltaş ve Erdem, 2019).

2.6.10. Bilirkişilik

Ülkemizde tıbbi uygulama hatalarının veya açılan davalarda görevlendirilen bilirkişilerin bilgi ve eğitimlerinin yetersiz olması, gönül hatır işlerinin ön plana çıkması, gerekli tecrübeye sahip olmamaları ve bilirkişilerin sayıca az olmaları en önemli handikaplardandır. Ayrıca defansif tıp ile ilgili özel kanunlar olmaması ve kararın farklı bilirkişilerle farklı taraflara çekilebilme esnekliği nedeniyle defansif tıba neden olabildiği düşünülmüştür (Toraman ve Çarıkçı, 2019).

2.6.11. Yetki Sınırlarının Aşılması ve Konsültasyon

Hastanın primer hekimi, kendi bilgisinin dışında bir problemle karşılaşır o konuda uzman başka bir hekime konsültasyona başvurabilir. Konsültan hekimin önerilerini alır. Fakat burada dikkat edilmesi gereken nokta şudur: konsültan hekim o konuda ne kadar uzman olsa da hasta primer hekimidir; dolayısıyla konsültan hekimin önerilerinin uygulanması sonucunda herhangi bir sorunla karşılaşırsa sorumluluk primer hekime aittir. Bu durumda hukuka göre primer hekim yetki sınırlarını aşmadan kendi uzmanlık alanı dışındaki konulara tek başına yönelmemeli gerekirse hastayı başka ilgili uzmana devretmelidir (Polat, 2005).

2.7. Defansif Tıp Uygulamalarının Hekime, Hastaya ve Sağlık Sistemine Etkisi

Malpraktis davalarına maruz kalmamak için istenen ek incelemeler yani pozitif defansif tıp hastalar üzerinde memnun edicidir ve hekime olan güvenlerini artırır. Hatta “şu hekime gittim benden MR bile istedi” şeklinde hekime övgüde bile bulunurlar (Selçuk, 2015; Tümer, 2002). Ayrıca aydınlatılmış onamları, işlemi yapacak hekimin detaylıca anlatması ve kendisinin onam alması; kayıtları daha detaylı tutması, hastasıyla anlaşılır ve etkin bir iletişimde bulunması, hastalarına daha özenli olması ve daha fazla zaman ayırması hekim, hasta ve sağlık sistemi için bir artıdır. Bu durum defansif tıp kavramı içerisinde değerlendirilse bile hasta hakları ve deontoloji alanında bir gelişmedir (Tümer, 2002).

Gerekli gördüklerinin dışında görüntüleme yöntemlerine başvurmak sağlık harcamalarında maliyeti artırır (Theiler, 2010). Fakat bunun yanında başka riskleri de doğurur: ABD’de kanser vakalarının %1.5-2’sinin BT çekimleriyle oluştuğu düşünülmektedir (Brenner ve Hall, 2007). Berrington ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı bir çalışmada 12 kez BT cihazına giren bir insanın Hiroşama’ya atılan atom bombası sonucu maruz kalınan radyasyon miktarına denk olduğunu ortaya atmıştır (Berrington ve ark., 2009).

Malpraktis davalarından kaçınmak için pozitif defansif tıp uygulayarak gereksiz invaziv testlere yönelmek de (örneğin vajinal doğum yerine sezaryen ameliyatı) gelişen komplikasyonlarla hastalara zarar vermektedir. Aynı zamanda malpraktis riskini artıran kısır bir döngüdür (Budetti, 2005).

Negatif defansif tıp uygulamalarının hasta sağlığının olumsuz etkileme ihtimali daha yüksektir. Tedavi edebileceği halde hekimin hastadan kaçınması, hastayı başka kuruma sevk etmesi hastanın sağlık hizmetine erişimini engellemektedir. Bu durum hastanın tedavisinin gecikmesine, durumunun kötüleşmesine, hastalığının ilerlemesine ve telafi edilemeyecek durumlara neden olabilir (Tancredi ve Barondess, 1978; Yılmaz, 2014).

2.8. Defansif Tıp Uygulamaları ve Sağlık Harcamalarına Etkisi

Defansif tıbbın sağlık harcamalarına etkisi büyük bir tartışma konusudur (Hermer ve Brody, 2010).

Savunma tıbbı maliyetlerinin hesaplanmasındaki zorluklar göz önüne alındığında, politika analistleri yalnızca ölçülmesi kolay olana, özellikle de malpraktis sisteminin toplam maliyetlerine odaklanmışlardır. Mahkeme masraflarına ve ödemelere sigorta primlerinin maliyetleri eklendiğinde, mevcut malpraktis sisteminin maliyeti, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %1.5’udur. Bu rakam, defansif tıp maliyetlerini tamamen göz ardı etse de, genellikle hatalı uygulamaların tıbbi maliyetler üzerindeki etkisinin ihmal edilebilir düzeyde olduğunun kanıtı olarak gösterilmektedir (Hermer ve Brody, 2010).

2.9. Defansif Tıp Uygulamaları ve Malpraktisin Cezai Sorumlulukları

Defansif tıp türlerine göre hekimin cezai sorumlulukları değişir. Pozitif defansif tıp uygulamalarında, gereksiz gördüğü radyolojik tetkik, kan tahlili istemesi, endikasyonu olmasa dahi hasta yatırmak, gereğinden sık ve uzun süreli vizitler yapmak, hastalara ve aydınlatıcı onamlara daha fazla önem vermek ve daha fazla zaman ayırmak, konsültan hekimin görüşüne daha fazla başvurmak, tedavi sonrası hastayı kontrole daha fazla çağırmak deontoloji ve bazı özel hukuk alanlarında sorumluluk oluştursa bile, 5237 sayılı TCK’nın 257. maddesindeki görevi kötüye kullanma amacı dışında olduğu sürece, sonuç olarak ceza hukukuna girmez. Pozitif defansif tıp dahilinde, ek incelemelerde bulunmak, gerekli gördüklerinin dışında ilaç yazmak, gereksiz invaziv girişim yapmak vücut bütünlüğünü bozabileceğinden cezai sonuçlar doğurabilir (Yılmaz, 2014).

Negatif defansif tıp uygulamalarının hemen hepsi cezai sorumluk doğurabilir. Çünkü hekim gerekli teşhis ve tedavi imkanına sahip olduğu halde kaçınır veya hareketsiz kalırsa bu durumda “taksir”den söz edilebilir. Neticede hasta bu durumdan zarar görmüşse TCK’nın 89.maddesi gereğince hekim “taksirle yaralama” suçundan veya hastanın hayatını kaybetmesi durumunda aynı yasanın 85.maddesine göre hekim “taksirle öldürme” suçundan yargılanır. Eğer hekim sonuçları öngördüğü halde teşhis ve tedaviye kayıtsız kaldıysa TCK’nın 22. maddesinin 3.fıkrasına göre alacağı ceza, üçte bir oranından yarı oranına kadar artırılabilir (Kara, 2020).

Hekimin acil durumda her hastaya bakma zorunluluğu vardır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 57. Maddesine göre hekimin acil durumlarda hastanede yer olmasa dahi hastayı sevk etmesi veya ödeme gücü olmayan hastayı reddetmesi cezai sorumluluğu ortaya çıkarır. Neticede TCK’nın 81/83/85/88/89/257. Maddeleri ile yargılanacaktır (Dedeoğlu, 2012).

2.10. Defansif Tıp Uygulamaları ve Malpraktisin Hukuki Sorumluluğu (Tazminat Sorumluluğu)

Hekimler defansif tıp uygulamaları sonucu hastanın zarar görmesi halinde cezai ve idari yaptırımlar dışında tazminatla da sorumlu tutulabilirler. Bu sorumluluk ceza davasının sonucundan farklıdır. Hasta kusurlu eylem sonucunda hayatının kaybetmişse, hastanın maddi ve manevi desteğinden mahrum kalan hasta yakınları maddi ve manevi tazminat davası açabilirler (Kalaman, 2019).

Hekim özel bir sağlık kurumunda çalışıyor ve malpraktis sonucu hasta zarar görmüşse, hastanın hekim, ilgili sağlık kurumu ve sağlık kurumunu denetleyen Sağlık Bakanlığı’ndan tazminat isteme hakkı doğar (Selçuk, 2015). Eğer hekim kamu görevlisi ise sorumluluk idare üzerinde olup, zarara uğrayan hastanın idareye karşı tam yargı davası açması gerekmektedir (Kara, 2020)

2.11. Türkiye’de Defansif Tıp

2013 yılında Kolcu’nun T.C.S.B. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 61 hekim üzerinde yaptığı bir çalışmada, “Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği” sonucunda çalışmaya dahil edilen kadın

hastalıkları ve doğum uzmanı hekim grubunda defansif tıp uygulamalarının yaygın olduğu tespit edildi.

2013 yılında Başer ve arkadaşlarının İzmir Karşıyaka’da görev yapan 81 aile hekimi üzerinde yaptığı bir çalışmada hekimlerin %21’inin çok iyi, %49.3’ünün iyi, %23.5’unun orta derecede defansif tıp uyguladığı görüldü (Başer ve ark., 2013; Paxton ve ark., 2011).

Saruhan ve arkadaşlarının 2018 yılında 120 diş hekimiyle yaptığı online çalışmada diş hekimliğinde defansif tıp uygulamalarının arttığı, invaziv işlemlerden ve yüksek riskli hastalardan kaçınıldığı görülmüştür (Saruhan ve ark., 2018).

Özata ve arkadaşlarının 2016 yılında Konya il merkezinde çalışan 173 hekimle yüz yüze yapılan ankette %93.6 oranında defansif tıp uyguladıkları görülmüştür. Bu çalışmada defansif tıbbın en yaygın nedeninin dava edilme korkusu olduğu görülmüştür (Özata ve ark., 2018).

2018 yılında Emin Biçen’in 243 tıpta uzmanlık öğrencisiyle yaptığı çalışmada tıpta uzmanlık öğrencilerinin yüksek düzeyde defansif tıp uyguladıklarını ve bu durumun sağlık sistemine ve hastalara zarar verebileceği öngörülmüştür (Biçen, 2018)

Kumral ve Özdeş’in 2013 yılında Tekirdağ ilinde çalışan 410 diş hekimi ve hekimlerde yaptığı bir çalışmada ise hekimlerin %79.5’unun tıbbi malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında bir fikri yok. Fakülteden mezun olduktan sonra hekimlerin yoğun iş yükü altında mesleklerini uygularken kendilerini ilgilendiren yasal mevzuatlar hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür (Kumral ve Özdeş, 2013).

Altındış ve arkadaşlarının Sakarya’da 68 hekimle yüz yüze yaptığı bir çalışmada hekimlerin %81.54’ünün çok ayrıntılı kayıt tuttuğu, %69.64’ünün tıbbi hata yapmaktan çekindiği, % 79.41’inin gerekli olmayan testleri isteme eğiliminde oldukları, %78.13’ünün yüksek riskli müdahaleleri reddetme eğilimine girdikleri, %80.88’inin her hastayı potansiyel davacı görme tedirginliği yaşadıkları, %95.45’inin ülkemiz medyasının hekimlere karşı olumlu tutumda olmadığını düşündükleri, %74.63’ünün yeni TCK’nın hekimlikle alakalı maddelerinden tedirginlik duyduğu belirlenmiştir (Altındış ve ark., 2019).

Yıldırım ve arkadaşlarının 2009 yılında Tokat ilinde görev yapan 125 hekim üzerinde yaptığı çalışmada çalışmaya katılan hekimlerin %60'ının tıbbi uygulama hatası ile ilgili yasal mevzuatla ilgili bilgisi yoktu (Yıldırım ve ark., 2009).

2020 yılında Kara, Samsun'da 30 hekimle yaptığı bir çalışmada sağlıkta şiddet ve defansif tıp uygulamaları arasındaki ilişkiyi incelemiş olup; aralarında kısır bir döngü olduğunu saptamıştır. Sağlıkta şiddet olayları defansif tıp uygulamalarını artırırken; defansif tıp uygulamaları hastaların hekime karşı daha fazla şiddet göstermesine neden olmaktadır (Kara, 2020). Aynı tez çalışmasında hekimlerin defansif tıp uygulamalarının nedenleri sorgulandığında alınan cevaplar şu şekilde olmuştur: malpraktis, performans sistemi, kendilerini garantiye alma ihtiyacı, itibarını koruma, tecrübesizlik, tıp hukukunun yetersizliği, maddi kayıp, şiddete maruz kalma korkusu, şikayet edilme korkusu, medyadan çekinme, hastaların hekime güvenmemesi ve saygı duymaması, hasta istek ve beklentilerini karşılama isteği, hasta yoğunluğu, gelişen tıp teknolojisi ve tıp eğitimi olmuştur.

Küçük (2018), Türkiye'de 108 kadın doğum uzmanı arasında yaptığı bir anket çalışmasında kadın doğum hekimlerinin defansif tıp uyguladıkları, yüksek riskli girişimlerden kaçındığı görülmüştür. Bu durumun Türkiye'deki yüksek sezaryen ameliyat oranını (%51) açıkladığı düşünülmüştür.

Kasap ve ark. (2014), 2009-2013 yılları arasında Tıpta uzmanlık sınavına giren hekimler üzerinde yaptığı bir çalışmada; 2010 yılında yürürlüğe giren 'Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası' kapsamında risk grupları belirlenen uzmanlık dallarının yıllar içinde tercih edilme sırasının gösterilmesi amaçlanmış olup en yüksek risk grubu grup 4, en düşük risk grubu uzmanlık dalları grup 1 olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak 4.gruptaki uzmanlık dallarının 2009-2013 yılları arasında tercih edilmesinde anlamlı bir düşüş saptanmıştır.

Türk Tabipleri Birliği'nin 2010 yılında 2194 hekim ile yaptığı bir çalışmada bir olgu verilip defansif tıp uygulayan hekim örneği verilmiş ve benzer durumda kendilerinin nasıl davranacaklarını sorgulamıştır. Hekimlerin %55.6'sı olası olumsuz bir durumla karşılaşmamak için benzer şekilde defansif tıp uygulayacaklarını belirtmişlerdir (Kara, 2020).

Göçen ve ark. (2018), Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi hekimlere bir çalışma yapılmış olup; negatif defansif tıp sıklığı %92 ve pozitif defansif tıp sıklığı %98 bulunmuştur.

2.12. Dünya'da Defansif Tıp

Kevin J O'Leary ve arkadaşlarının yaptığı 202 tıp stajyeri ve asistan hekimin katıldığı bir çalışmada, tıp stajyerleri sık sık defansif tıp uygulamalarıyla karşılaştıklarını ve klinik kararlar verirken yanlış uygulama sorumluluğunu dikkate almalarının öğretildiğini belirttiler (O'Leary ve ark., 2012).

1995 yılında İngiltere'de yapılan bir çalışmada hekimlerin dava edilme korkusunu ve savunma tıbbı arasındaki ilişkiyi saptamak için rastgele seçilen 500 birinci basamak hekimiyle posta ile anket çalışması yoluyla 12 soruya cevap vermeleri istenmiştir. Bu sorular hekimlerin savunma tıbbı uygulayıp uygulamadıkları ve hasta memnuniyetsizliği ve/veya şikayeti olasılığı karşısında tutumlarının değişip değişmediği ile alakalı sorulardı. Hekimlerin %98'i hasta şikayeti olasılığı karşısında tutumlarını değiştirdiğini, yalnızca %2'lik bir kısım herhangi bir değişiklik yapmadığını belirtti (Summerton, 1995).

Studdert ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı 824 hekimin katıldığı bir araştırmada ise hekimlerin %93'ünün defansif tıp uyguladığı tespit edildi. Fakat burada ilginç olan şey hekimler dava edildikleri için savunma tıbbı uygulamıyorlardı. Dava edilmekten korktukları için savunma tıbbı uyguladıkları görüldü (Studdert ve ark., 2005; Tellefsen, 2009).

Paxton ve ark. (2011) tarafından yürütülen bir çalışmada hekimlerin görüntüleme tetkiklerinin %86 oranında defansif tıp amacıyla istedikleri ortaya konulmuştur.

Miller ve ark. (2012) yaptığı bir çalışmada hekimlerin defansif amaçla istediği görüntüleme yöntemlerinin maliyetini 2009 yılı sağlık harcamalarına oranlanmış ve bu oran %34.7 gibi yüksek bir rakam olarak görülmüştür.

Hiyama ve ark. (2006), Japonya'da yaptığı anket çalışmasında gastroenterologların %98'inin defansif tıp uyguladığı tespit edilmiştir.

Sethi ve ark. (2012) yaptığı bir çalışmada cerrahların %52,3'ünün yüksek riskli hasta sayısını azalttığını bildirmiştir.

Chen ve ark. (2015) yaptığı geniş çaplı bir çalışmada 1.097 BT taramasının %38'inin (416), defansif amaçlarla sipariş edildiğini tespit etmiştir.

Zhu ve ark. (2018), Çin'de kadın doğum uzmanı hekimleri arasında defansif tıbbın yaygınlığını ölçmek için 1486 hekimle yaptığı bir anket çalışmasında kadın doğum uzmanlarının yaklaşık üçte ikisinin defansif tıp uyguladıklarını ortaya koymuşlardır.

Motta ve ark. (2015), İtalya'da 100 kulak, burun, boğaz uzmanı hekimle yaptığı bir çalışmada, hekimlerin %50'sinin doğacak olası mediko-legal sorunlar düşüncesiyle hekim hasta ilişkisini etkilediği görülmüştür.

Yan ve ark., (2017), Hollanda'da 45 beyin cerrahının cevapladığı ankette, Hollandalı beyin cerrahları, Amerikalı meslektaşlarına göre, hastaları daha az riskli ve sigorta primlerinin daha az külfetli görüyorlar. Hastaları tarafından daha az dava edildiklerini düşünüp daha az defansif tıp uyguluyorlar. Bu durumun Hollanda'daki Adli Tıp ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Panella ve ark. (2017), 1313 hekim üzerinde yapılan çalışmada çalışmaya katılan hekimlerin %95'i yakın gelecekte defansif tıp uygulamalarının artacağına inanıyorlardı. Defansif tıp uygulaması, yıllık toplam İtalyan ulusal sağlık harcamasının yaklaşık %10'unu oluşturuyordu. Sonuç olarak defansif tıbbın, hastalara herhangi bir fayda sağlamadan sağlık bakım maliyetlerini artırmada önemli bir faktör olduğu düşünüldü.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, artan malpraktis davaları karşısında Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan hekimlerimizin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutumlarını değerlendirmektir.

3.2. Araştırmanın Türü

Araştırmamız Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan hekimlerimizin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutumlarını ortaya koyabilmek için, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçek kullanılarak yapılmış kesitsel- analitik bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmamızın evreni Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan hekimlerimizdir. Çalışmamıza Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onay (Karar Tarihi ve Sayısı: 2020/27; Ek 3) alındıktan sonra başlandı. Mayıs 2020- Mayıs 2021 tarihleri arasında Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan hekimlerimize ulaşıldı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın amacına uygun şekilde iki bölümden oluşan veri kayıt formu oluşturuldu (Ek 1). İlk bölüm sosyodemografik verilere ayrıldı ve bu bölümde hekimlerin yaşı, kaç yıllık hekim olduğu, cinsiyeti, medeni durumu, çalıştığı sağlık kurumu, görev unvanı, branşı, poliklinik ve yataklı servis hizmeti verip vermediği ve veriyorsa kaç hastanın sorumluluğunu aldığı, tıpta uzmanlık dalını seçerken malpraktis davalarının etkili olup olmadığı, tıbbi malpraktis sigortası yaptıranın hekimliğini icra ederken kendini daha güvende hissedip hissettirmediği ve son yıllarda malpraktis davalarının artışıyla ilgili ne düşündüğü sorgulandı. Veri kayıt formunun ikinci bölümünde ise Başer ve arkadaşlarının 2014 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı, toplam 17 sorudan oluşan “Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği” uygulanmıştır (Ek 2).

3.5. Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS V23 ile incelendi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle incelendi. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare ve Fisher's Exact testleri kullanıldı. İkili gruplara göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız iki örnek t testi ve normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü varyans analizi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Tamhane's T2 ve Duncan testleriyle incelendi. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Dunn testi ile incelendi. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama $\pm$ s. sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde kategorik verilerse frekans (yüzde) olarak sunuldu. Önem düzeyi $p<0,050$ olarak sunuldu. Önem düzeyi $p<0,050$ olarak alındı.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Kategorik değişkenlere ait frekans dağılımı.

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş		
25-35	144	50.2
36-45	78	27.2
46-55	50	17.4
56 ve üstü	15	5.2
Kaç yıllık hekim		
1-5	93	32.4
11-15	62	21.6
15 yıl ve üstü	77	26.8
6-10	55	19.2
Cinsiyet		
Erkek	154	53.7
Kadın	133	46.3
Medeni durum		
Bekar	103	35.9
Evli	184	64.1
Çalıştığı sağlık kurumu		
Devlet Hastanesi	96	33.4
Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Üniversite Hastanesi	191	66.6
Görev unvanı		
Asistan Hekim	58	20.2
Öğretim Üyesi	58	20.2
Pratisyen Hekim	47	16.4
Uzman Hekim	124	43.2
Branş grup		
Cerrahi	96	33.4
Dahili Bilimler	191	66.6
Branş		
Acil Tıp	27	9.4
Aile Hekimliği	41	14.3
Anestezi ve Reanimasyon	19	6.6
Beyin ve Sinir Cerrahisi	6	2.1
Çocuk Cerrahisi	2	0.7
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	18	6.3
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı	2	0.7
Deri ve Zührevi Hastalıklar	5	1.7
Enfeksiyon Hastalıkları	5	1.7
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	4	1.4
Genel Cerrahi	15	5.2
Göğüs Cerrahisi	2	0.7
Göğüs Hastalıkları	6	2.1
Göz Hastalıkları	11	3.8
İç Hastalıkları	34	11.8
Kadın Hastalıkları ve Doğum	11	3.8
Kalp ve Damar Cerrahisi	5	1.7
Kardiyoloji	9	3.1
Kulak Burun Boğaz	7	2.4
Nöroloji	5	1.7
Ortopedi	8	2.8
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı	2	0.7
Pratisyen hekim	28	9.8
Psikiyatri	8	2.8
Üroloji	7	2.4
Poliklinik hizmeti verme		
Evet	266	92.7
Hayır	21	7.3
Poliklinikte günde bakılan ortalama hasta sayısı		
0-30	80	29.5
30-60	131	48.3
60-90	32	11.8
90 ve üstü	28	10.3

Tablo 4.1. (Devam) Kategorik değişkenlere ait frekans dağılımı.

Yataklı serviste hizmet verme		
Evet	229	79.8
Hayır	58	20.2
Yataklı servis hizmeti verenlerin ortalama sorumluluğunu aldığı hasta sayısı		
0-10	116	48.7
10-20	69	29
20-30	33	13.9
30 ve üstü	20	8.4
Tıpta uzmanlık dahini seçerken malpraktis çekincesi etkili oldu mu?		
Evet	154	53.7
Hayır	133	46.3
Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu?		
Evet	182	63.4
Hayır	105	36.6
Malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış olma		
Evet	270	94.1
Hayır	17	5.9
Mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma		
Evet	56	19.5
Hayır	231	80.5
Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünme (Negatif yönde)		
Evet	253	88.2
Hayır	34	11.8
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyma		
Evet	231	80.5
Hayır	56	19.5

Araştırmamızda toplamda 287 hekime ulaşılmış olup bunların %33.4'ü (n:96) Ordu Devlet Hastanesi'nde, %66.6'sı (n:191) Ordu Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta idi.

Katılımcıların %50.2'sinin 25-35 yaş aralığında yer aldığı, %32.4'ünün 1-5 yıllık hekim olduğu, %53.7'sinin erkek, %64.1'inin evli, %66.6'sının eğitim araştırma hastanesi-üniversite hastanesinde çalıştığı, %43,2'sinin uzman hekim olduğu, %66.6'sının dahili bilimler branşında olduğu, %92.7'sinin poliklinik hizmeti verdiği elde edilmiştir. Diğer değişkenlere ait frekans ve yüzde bilgileri Tablo 4.1'de detaylı olarak sunulmuştur.

Tablo 4.2. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği'ne ait tanımlayıcı istatistikler.

	Ortalama	S. sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı	32.0	5.7	32.0	9.0	45.0
Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı	15.8	4.8	16.0	5.0	25.0
Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı	46.3	5.7	46.0	22.0	63.0

Katılımcıların pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalaması 32.0, minimum puanı 9.0 ve maksimum puanı 45.0 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların

negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalaması 15.8, minimum puanı 5.0 ve maksimum puanı 25.0 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalaması 46.3, minimum puanı 22.0 ve maksimum puanı 63.0 olarak elde edilmiştir.

Tablo 4.3. Kategorik değişkenlere göre pozitif defansif tıp uygulamaları puanlarının karşılaştırılması.

		Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı		Test istatistiği	P
		Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)		
Yaş	25-35	32.6 $\pm$ 5.1	33.0 (17.0 - 45.0)	$\chi^2=3.309$	0.346
	36-45	31.8 $\pm$ 6.1	32.0 (13.0 - 44.0)		
	46-55	31.2 $\pm$ 6.2	30.5 (18.0 - 45.0)		
	56 ve üstü	31.1 $\pm$ 7.6	32.0 (9.0 - 41.0)		
Kaç yıllık hekim	1-5	33.7 $\pm$ 4.5a	34.0 (18.0 - 45.0)	F=4.771	0.003
	11-15	31.5 $\pm$ 5.5ab	32.0 (13.0 - 44.0)		
	15 yıl ve üstü	31.0 $\pm$ 6.7b	31.0 (9.0 - 45.0)		
	6-10	31.3 $\pm$ 5.9ab	30.0 (17.0 - 45.0)		
Cinsiyet	Erkek	32.1 $\pm$ 5.9	32.0 (13.0 - 45.0)	U=10237	0.995
	Kadın	32.0 $\pm$ 5.6	32.0 (9.0 - 42.0)		
Medeni durum	Bekar	32.6 $\pm$ 5.4	33.0 (16.0 - 45.0)	U=8541	0.165
	Evli	31.7 $\pm$ 5.9	32.0 (9.0 - 45.0)		
Çalıştığı sağlık kurumu	Devlet Hastanesi	31.5 $\pm$ 5.6	31.0 (13.0 - 45.0)	U=8203.5	0.145
	Eğitim ve Araştırma -	32.3 $\pm$ 5.8	33.0 (9.0 - 45.0)		
	Üniversite Hastanesi				
Görev unvanı	Asistan Hekim	34.6 $\pm$ 4.6	34.0 (25.0 - 45.0)a	$\chi^2=20.02$	<0.001
	Öğretim Üyesi	30.4 $\pm$ 6.4	30.5 (16.0 - 45.0)b		
	Pratisyen Hekim	32.9 $\pm$ 4.2	34.0 (24.0 - 40.0)ab		
	Uzman Hekim	31.3 $\pm$ 6.0	31.0 (9.0 - 45.0)b		
Branş grup	Cerrahi	32.4 $\pm$ 5.6	32.0 (18.0 - 45.0)	U=8882.5	0.666
	Dahili Bilimler	31.9 $\pm$ 5.8	32.0 (9.0 - 45.0)		
Poliklinik hizmeti verme	Evet	33.8 $\pm$ 4.4	32.0 (9.0 - 45.0)	U=2291	0.170
	Hayır	32.3 $\pm$ 5.5	34.0 (27.0 - 41.0)		
Poliklinikte günde bakılan ortalama hasta sayısı	0-30	32.4 $\pm$ 5.5	32.0 (13.0 - 42.0)	$\chi^2=3.811$	0.283
	30-60	30.5 $\pm$ 6.1	33.0 (19.0 - 45.0)		
	60-90	30.6 $\pm$ 6.9	30.0 (17.0 - 45.0)		
	90 ve üstü	32.3 $\pm$ 5.8	31.0 (9.0 - 41.0)		
Yataklı serviste hizmet verme	Evet	30.9 $\pm$ 5.5	32.0 (9.0 - 45.0)	U=5862	0.167
	Hayır	32.2 $\pm$ 5.0	32.0 (13.0 - 40.0)		

Tablo 4.3. (Devam) Kategorik değişkenlere göre pozitif defansif tıp uygulamaları puanlarının karşılaştırılması.

Yataklı servis hizmeti verenlerin ortalama sorumluluğunu aldığı hasta sayısı				
0-10	33.3 ± 6.0	32.0 (17.0 - 45.0)	F=2.388	0.070
10-20	32.2 ± 5.8	34.0 (18.0 - 45.0)		
20-30	29.4 ± 7.8	31.0 (21.0 - 41.0)		
30 ve üstü	32.9 ± 5.3	30.0 (9.0 - 45.0)		
Tıpta uzmanlık dalını seçerken malpraktis çekincesi etkili oldu mu?				
Evet	31.1 ± 6.0	33.0 (13.0 - 45.0)	U=8237.5	0.004
Hayır	31.9 ± 5.6	31.0 (9.0 - 45.0)		
Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu?				
Evet	32.4 ± 6.0	32.0 (13.0 - 45.0)	U=8726.5	0.220
Hayır	32.1 ± 5.6	33.0 (9.0 - 45.0)		
Malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış olma				
Evet	31.0 ± 7.4		U=2194	0.761
Hayır				

F: Varyans analizi test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Kaç yıldır hekimlik yapıldığına göre Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.003$). 1-5 yıldır yapanların puan ortalaması 33.7, 11-15 yıldır yapanların puan ortalaması 31.5, 15 yıl ve üstü yıldır yapanların puan ortalaması 31.0, 6-10 yıldır yapanların puan ortalaması 31.3 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık 1-5 yıldır hekimlik yapanların puan ortalamasının 15 yıl ve üstü yıldır yapanların puan ortalamasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Görev unvanına göre Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Asistan Hekim olanların puan ortancası 34.0, Öğretim Üyesi olanların puan ortancası 30.5, Pratisyen Hekim olanların puan ortancası 34.0, Uzman Hekim olanların puan ortancası 31.0 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık asistan hekimin puan ortancasının öğretim üyesi ve uzman hekimlerin puan ortancalarından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Tıpta uzmanlık dalını seçerken malpraktis çekincesinin etkili olmasına göre pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.004$). Etkili olanların puan ortancası 33.0 iken olmayanların puan ortancası 31.0 olarak elde edilmiştir.

Yaşa göre Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.346$).

Cinsiyete göre Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.995$).

Medeni duruma göre Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.165$).

Çalışılan sağlık kurumuna göre Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.145$).

Branş gruplarına göre Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.666$).

Poliklinik hizmeti vermeye göre Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.17$).

Poliklinikte günde bakılan ortalama hasta sayısına göre Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.283$).

Yataklı serviste hizmet verme durumuna göre Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.167$).

Yataklı servis hizmeti verenlerin ortalama sorumluluğunu aldığı hasta sayısı göre Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.07$).

Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu sorusuna göre pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.22$).

Malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış olma durumuna göre Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.761).

Tablo 4.4. Kategorik değişkenlere göre negatif defansif tıp uygulamaları puanlarının karşılaştırılması.

		Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı		Test istatistiği	P
		Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)		
Yaş	25-35	16.4 $\pm$ 4.4	16.0 (5.0 - 25.0)a	$\chi^2=10.485$	0.015
	36-45	15.9 $\pm$ 5.3	16.0 (5.0 - 25.0)ab		
	46-55	14.3 $\pm$ 4.4	14.0 (5.0 - 25.0)b		
	56 ve üstü	13.9 $\pm$ 5.7	14.0 (5.0 - 23.0)ab		
Kaç yıllık hekim	1-5	16.6 $\pm$ 4.5b	16.0 (5.0 - 25.0)	F=3.282	0.021
	11-15	14.3 $\pm$ 5.0a	14.5 (5.0 - 25.0)		
	15 yıl ve üstü	15.7 $\pm$ 5.0ab	16.0 (5.0 - 25.0)		
	6-10	16.2 $\pm$ 4.4b	16.0 (9.0 - 25.0)		
Cinsiyet	Erkek	16.1 $\pm$ 4.9	16.0 (5.0 - 25.0)	t=1.248	0.213
	Kadın	15.4 $\pm$ 4.6	16.0 (5.0 - 25.0)		
Medeni durum	Bekar	16.4 $\pm$ 4.2	16.0 (5.0 - 25.0)	t=1.689	0.092
	Evli	15.4 $\pm$ 5.0	15.0 (5.0 - 25.0)		
Çalıştığı sağlık kurumu	Devlet Hastanesi	14.7 $\pm$ 4.8	15.0 (5.0 - 25.0)	t=-2.873	0.004
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Üniversite Hastanesi	16.4 $\pm$ 4.7	16.0 (5.0 - 25.0)		
Görev unvanı	Asistan Hekim	17.6 $\pm$ 4.4	17.0 (5.0 - 25.0)b	$\chi^2=17.146$	0.001
	Öğretim Üyesi	15.3 $\pm$ 5.1	15.0 (5.0 - 25.0)ab		
	Pratisyen Hekim	17.0 $\pm$ 3.3	17.0 (11.0 - 25.0)b		
	Uzman Hekim	14.7 $\pm$ 5.0	14.0 (5.0 - 25.0)a		
Branş grup	Cerrahi	16.3 $\pm$ 4.7	16.0 (5.0 - 25.0)	U=8384.5	0.236
	Dahili Bilimler	15.5 $\pm$ 4.8	16.0 (5.0 - 25.0)		
Poliklinik hizmeti verme	Evet	15.7 $\pm$ 4.8	16.0 (5.0 - 25.0)	U=2463	0.366
	Hayır	16.7 $\pm$ 3.7	16.0 (11.0 - 25.0)		
Poliklinikte günde bakılan ortalama hasta sayısı	0-30	14.7 $\pm$ 5.1	15.0 (5.0 - 25.0)	F=2.473	0.062
	30-60	16.3 $\pm$ 4.6	17.0 (5.0 - 25.0)		
	60-90	16.7 $\pm$ 4.9	17.0 (5.0 - 25.0)		
	90 ve üstü	14.9 $\pm$ 4.7	14.0 (5.0 - 25.0)		
Yataklı serviste hizmet verme	Evet	15.7 $\pm$ 4.8	16.0 (5.0 - 25.0)	U=6232.5	0.468
	Hayır	16.3 $\pm$ 4.7	16.0 (5.0 - 25.0)		
Yataklı servis hizmeti verenlerin ortalama sorumluluğunu aldığı hasta sayısı	0-10	15.9 $\pm$ 4.6	16.0 (5.0 - 25.0)	F=0.436	0.728
	10-20	15.7 $\pm$ 4.9	16.0 (5.0 - 25.0)		
	20-30	15.1 $\pm$ 4.6	15.0 (5.0 - 24.0)		
	30 ve üstü	15.0 $\pm$ 5.6	16.5 (5.0 - 24.0)		

Tablo 4.4. (Devam) Kategorik değişkenlere göre negatif defansif tıp uygulamaları puanlarının karşılaştırılması.

Tıpta uzmanlık dalını seçerken malpraktis çekincesi etkili oldu mu?				
Evet	16.6 ± 4.5	17.0 (5.0 - 25.0)	U=7979	0.001
Hayır	14.8 ± 4.9	15.0 (5.0 - 25.0)		
Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu?				
Evet	15.6 ± 4.8	15.0 (5.0 - 25.0)	U=8680	0.195
Hayır	16.2 ± 4.7	17.0 (5.0 - 25.0)		
Malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış olma				
Evet	16.0 ± 4.8	16.0 (5.0 - 25.0)	U=1379.5	0.006
Hayır	12.8 ± 4.0	13.0 (5.0 - 21.0)		

F: Varyans analizi test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Yaşa göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.015$). 25-35 aralığında olanların puan ortancası 16.0, 36-45 aralığında olanların puan ortancası 16.0, 46-55 aralığında olanların puan ortancası 14.0, 56 ve üstü olanların puan ortancası 14.0 olarak elde edilmiştir.

Kaç yıldır hekimlik yapıldığına göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.021$). 1-5 yıldır yapanların puan ortalaması 16.6, 11-15 yıldır yapanların puan ortalaması 14.3, 15 yıl ve üstü yıldır yapanların puan ortalaması 15.7, 6-10 yıldır yapanların puan ortalaması 16.2 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık 11-15 yıldır hekimlik yapanların puan ortalamasının 1-5 yıldır ve 6-10 yıldır hekimlik yapanların puan ortalamalarından düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Çalışılan sağlık kurumuna göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.004$). Devlet hastanesinde çalışanların puan ortalaması 14.7 iken Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Üniversite Hastanesinde çalışanların puan ortalaması 16.4 olarak elde edilmiştir.

Görev unvanına göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). Asistan Hekim olanların puan ortancası 17.0, Öğretim Üyesi olanların puan ortancası 15.0,

Pratisyen Hekim olanların puan ortancası 17.0, Uzman Hekim olanların puan ortancası 14.0 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık uzman hekimin puan ortancasının asistan hekim ve pratisyen hekimlerin puan ortancalarından düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Tıpta uzmanlık dalını seçerken malpraktis çekincesi etkili olma durumuna göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). Etkili olanların puan ortancası 17.0 iken olmayanların puan ortancası 15.0 olarak elde edilmiştir. Malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış olma durumuna göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.006$). Evet cevabı verenlerin puan ortancası 16.0 iken hayır cevabı verenlerin puan ortancası 13.0 olarak elde edilmiştir.

Cinsiyete göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.213$). Medeni duruma göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.092$). Branş gruplarına göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.236$). Poliklinik hizmeti vermeye göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.366$). Poliklinikte günde bakılan ortalama hasta sayısına göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.062$). Yataklı serviste hizmet verme durumuna göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.468$). Yataklı servis hizmeti verenlerin ortalama sorumluluğunu aldığı hasta sayısı göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.728$). Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu? göre Negatif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.195$).

Tablo 4.5. Kategorik değişkenlere göre defansif tıp uygulamaları puanlarının karşılaştırılması.

		Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı		Test	p
		Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)	istatistiği	
Yaş					
	25-35	46,2 $\pm$ 4,9	46,0 (22,0 - 63,0)	$\chi^2=1.417$	0.701
	36-45	45,9 $\pm$ 6,3	46,0 (34,0 - 59,0)		
	46-55	46,9 $\pm$ 6,0	47,0 (35,0 - 58,0)		
	56 ve üstü	47,2 $\pm$ 9,0	49,0 (33,0 - 63,0)		
Kaç yıllık hekim					
	1-5	47,1 $\pm$ 3,9	47,0 (37,0 - 63,0)	$\chi^2=7.401$	0.060
	11-15	47,3 $\pm$ 6,7	46,0 (34,0 - 59,0)		
	15 yıl ve üstü	45,3 $\pm$ 6,2	46,0 (33,0 - 63,0)		
	6-10	45,0 $\pm$ 6,2	45,0 (22,0 - 58,0)		
Cinsiyet					
	Erkek	46,0 $\pm$ 5,8	46,0 (29,0 - 59,0)	U=9419	0.240
	Kadın	46,6 $\pm$ 5,6	47,0 (22,0 - 63,0)		
Medeni durum					
	Bekar	46,2 $\pm$ 4,6	47,0 (33,0 - 57,0)	t=-0.147	0.884
	Evli	46,3 $\pm$ 6,3	46,0 (22,0 - 63,0)		
Çalıştığı sağlık kurumu					
	Devlet Hastanesi	46,9 $\pm$ 6,4	46,5 (33,0 - 63,0)	U=8602.5	0.393
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Üniversite Hastanesi	46,0 $\pm$ 5,4	46,0 (22,0 - 59,0)		
	Hastanesi				
Görev unvanı					
	Asistan Hekim	47,1 $\pm$ 4,1	47,0 (37,0 - 54,0)	F=1.409	0.243
	Öğretim Üyesi	45,1 $\pm$ 7,3	45,0 (22,0 - 59,0)		
	Pratisyen Hekim	45,9 $\pm$ 3,9	46,0 (37,0 - 57,0)		
	Uzman Hekim	46,6 $\pm$ 6,1	46,0 (33,0 - 63,0)		
Branş grup					
	Cerrahi	46,1 $\pm$ 6,4	46,0 (29,0 - 59,0)	U=8762.5	0.540
	Dahili Bilimler	46,4 $\pm$ 5,4	46,0 (22,0 - 63,0)		
Poliklinik hizmeti verme					
	Evet	46,2 $\pm$ 5,9	46,0 (22,0 - 63,0)	U=2523.5	0.461
	Hayır	47,0 $\pm$ 4,1	47,0 (39,0 - 54,0)		
Poliklinikte günde bakılan ortalama hasta sayısı					
	0-30	47,6 $\pm$ 5,7	47,5 (34,0 - 59,0)a	$\chi^2=9.845$	0.020
	30-60	46,1 $\pm$ 5,3	46,0 (29,0 - 63,0)ab		
	60-90	43,8 $\pm$ 6,9	44,0 (22,0 - 63,0)b		
	90 ve üstü	45,7 $\pm$ 6,5	46,5 (33,0 - 58,0)ab		
Yataklı serviste hizmet verme					
	Evet	46,7 $\pm$ 6,0	47,0 (22,0 - 63,0)	U=5062	0.005
	Hayır	44,6 $\pm$ 4,1	45,0 (34,0 - 57,0)		
Yataklı servis hizmeti verenlerin ortalama sorumluluğunu aldığı hasta sayısı					
	0-10	46,2 $\pm$ 5,4	46,0 (22,0 - 59,0)	$\chi^2=3.091$	0.378
	10-20	47,6 $\pm$ 6,5	47,0 (34,0 - 63,0)		
	20-30	47,1 $\pm$ 6,0	48,0 (33,0 - 58,0)		
	30 ve üstü	44,5 $\pm$ 6,5	44,0 (34,0 - 53,0)		

Tablo 4.5. (Devam) Kategorik değişkenlere göre defansif tıp uygulamaları puanlarının karşılaştırılması.

Tıpta uzmanlık dalını seçerken malpraktis çekincesi etkili oldu mu?					
Evet	46.3 ± 5.1	46.0 (22.0 - 63.0)	U=9844	0.571	
Hayır	46.3 ± 6.4	46.0 (29.0 - 63.0)			
Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu?					
Evet	46.3 ± 6.0	46.0 (22.0 - 63.0)	U=9496	0.930	
Hayır	46.2 ± 5.3	47.0 (29.0 - 59.0)			
Malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış olma					
Evet	46.1 ± 5.7	46.0 (22.0 - 63.0)	U=1720	0.083	
Hayır	48.2 ± 6.8	51.0 (34.0 - 57.0)			

F: Varyans analizi test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Poliklinikte günde bakılan ortalama hasta sayısına göre Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.02$). 0-30 hasta bakanların puan ortancası 47.5, 30-60 hasta bakanların puan ortancası 46.0, 60-90 hasta bakanların puan ortancası 44.0, 90 ve üstü hasta bakanların puan ortancası 46.5 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık 0-30 hasta bakanların puan ortancasının 60-90 hasta bakanların puan ortancasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Yataklı serviste hizmet verme durumuna göre Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.005$). Yataklı serviste hizmet verenlerin puan ortancası 47.0 iken vermeyenlerin puan ortancası 45.0 olarak elde edilmiştir.

Yaşa göre Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.701$). Kaç yıldır hekimlik yapıldığına göre Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.06$). Cinsiyete göre Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.24$). Medeni duruma göre Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalama değerleri arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.884$). Çalışılan sağlık kurumuna göre Pozitif defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.145$). Görev unvanına göre Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.243$). Branş gruplarına göre Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.54$). Poliklinik hizmeti vermeye göre Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.461$). Yataklı servis hizmeti verenlerin ortalama sorumluluğunu aldığı hasta sayısı göre Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.378$). Tıpta uzmanlık dalını seçerken malpraktis çekincesi etkili olma durumuna göre Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.571$). Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu? göre Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.93$). Malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış olma durumuna göre Toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.083$).

Tablo 4.6. Değişkenlere göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının karşılaştırılması.

		Mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma		Test istatistiği	p
		Evet	Hayır		
Yaş	25-35	19 (13.2)a	125 (86.8)	$\chi^2=16.883$	0.001
	36-45	15 (19.2)a	63 (80.8)		
	46-55	14 (28)ab	36 (72)		
	56 ve üstü	8 (53.3)b	7 (46.7)		
Kaç yıllık hekim	1-5	14 (15.1)	79 (84.9)	$\chi^2=6.066$	0.108
	11-15	12 (19.4)	50 (80.6)		
	15 yıl ve üstü	22 (28.6)	55 (71.4)		
	6-10	8 (14.5)	47 (85.5)		

Tablo 4.6. (Devam) Değişkenlere göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının karşılaştırılması.

Cinsiyet					
Erkek	36 (23.4)	118 (76.6)	$\chi^2=3.160$	0.075	
Kadın	20 (15)	113 (85)			
Medeni durum					
Bekar	16 (15.5)	87 (84.5)	$\chi^2=1.619$	0.203	
Evli	40 (21.7)	144 (78.3)			
Çalıştığı sağlık kurumu					
Devlet Hastanesi	23 (24)	73 (76)	$\chi^2=1.816$	0.178	
Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Üniversite Hastanesi	33 (17.3)	158 (82.7)			
Görev unvanı					
Asistan Hekim	10 (17.2)ab	48 (82.8)	$\chi^2=13.741$	0.003	
Öğretim Üyesi	9 (15.5)ab	49 (84.5)			
Pratisyen Hekim	2 (4.3)a	45 (95.7)			
Uzman Hekim	35 (28.2)b	89 (71.8)			
Branş grup					
Cerrahi	30 (31.3)	66 (68.8)	$\chi^2=12.655$	<0.001	
Dahili Bilimler	26 (13.6)	165 (86.4)			
Poliklinik hizmeti verme					
Evet	55 (20.7)	211 (79.3)	---	0.089 ^F	
Hayır	1 (4.8)	20 (95.2)			
Poliklinikte günde bakılan ortalama hasta sayısı					
0-30	20 (25)	60 (75)	$\chi^2=1.323$	0.724	
30-60	25 (19.1)	106 (80.9)			
60-90	6 (18.8)	26 (81.3)			
90 ve üstü	5 (17.9)	23 (82.1)			
Yataklı serviste hizmet verme					
Evet	47 (20.5)	182 (79.5)	$\chi^2=0.739$	0.390	
Hayır	9 (15.5)	49 (84.5)			
0-10	21 (18.1)	95 (81.9)	$\chi^2=0.997$	0.802	
10-20	16 (23.2)	53 (76.8)			
20-30	8 (24.2)	25 (75.8)			
30 ve üstü	4 (20)	16 (80)			
Tıpta uzmanlık dalını seçerken malpraktis çekincesi etkili oldu mu?					
Evet	30 (19.5)	124 (80.5)	$\chi^2=0.000$	0.988	
Hayır	26 (19.5)	107 (80.5)			
Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu?					
Evet	40 (22)	142 (78)	$\chi^2=1.926$	0.165	
Hayır	16 (15.2)	89 (84.8)			
Malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış olma					
Evet	54 (20)	216 (80)	---	0.540 ^F	
Hayır	2 (11.8)	15 (88.2)			

χ^2 : Ki-kare test istatistiği, F: Fisher's Exact testi, a-b: Her bir durum içerisinde aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Yaşa göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.001). 25-35 yaş grubunda olanların %13.2'si, 36-45 yaş grubunda olanların %19.2'si, 46-55 yaş grubunda olanların %28'i, 56 ve üstü olanların %53.3'ü mesleği sürecinde

malpraktis nedeni ile dava açıldığını belirtmiştir. Görev unvanına göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.003$). Asistan hekimlerin %17.2'sine, öğretim üyesi olanların %15.5'ine, pratisyen hekimlerin %4.3'üne ve uzman hekimlerin %28.2'sine malpraktis nedeni ile dava açılmıştır. Branşa göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Cerrahi branşının %31.3'üne ve dahili bilimlerin %13.6'sına malpraktis nedeni ile dava açılmıştır.

Kaç yıllık hekim olduğuna göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.108$). Cinsiyete göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.075$). Medeni duruma göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.203$). Çalıştığı sağlık kurumuna göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.178$). Poliklinik hizmeti verme durumuna göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.089$). Poliklinikte günde bakılan ortalama hasta sayısına göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.724$). Yataklı serviste hizmet verme durumuna göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.39$). Yataklı servis hizmeti verenlerin ortalama sorumluluğunu aldığı hasta sayısına göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.802$). Tıpta uzmanlık dalını seçerken malpraktis çekincesi etkili olma durumuna göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.988$). "Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu?" sorusuna verilen

cevaplara göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.165$). Malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış olma durumuna göre mesleği sürecinde malpraktis nedeni ile dava açılma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.54$).

Tablo 4.7. Demografik özelliklere göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin karşılaştırılması.

	Orta	Yüksek	Çok yüksek	Test istatistiği	p
Yaş					
25-35	15 (10.5)a	126 (88.1)a	2 (1.4)a	$\chi^2=22.764$	0.001
36-45	21 (26.9)b	50 (64.1)b	7 (9)b		
46-55	11 (22)ab	34 (68)b	5 (10)b		
56 ve üstü	3 (20)ab	10 (66.7)ab	2 (13.3)b		
Kaç yıllık hekim					
1-5	5 (5.4)a	86 (92.5)a	2 (2.2)a	$\chi^2=35.846$	<0.001
11-15	11 (17.7)ab	41 (66.1)b	10 (16.1)b		
15 yıl ve üstü	23 (29.9)b	51 (66.2)b	3 (3.9)ab		
6-10	11 (20.4)b	42 (77.8)ab	1 (1.9)ab		
Cinsiyet					
Erkek	31 (20.1)	113 (73.4)	10 (6.5)	$\chi^2=2.365$	0.306
Kadın	19 (14.4)	107 (81.1)	6 (4.5)		
Medeni durum					
Bekar	13 (12.6)	87 (84.5)	3 (2.9)	$\chi^2=5.436$	0.066
Evli	37 (20.2)	133 (72.7)	13 (7.1)		
Çalıştığı sağlık kurumu					
Devlet Hastanesi	19 (19.8)	67 (69.8)a	10 (10.4)a	$\chi^2=7.403$	0.025
Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Üniversite Hastanesi	31 (16.3)	153 (80.5)b	6 (3.2)b		
Görev unvanı					
Asistan Hekim	6 (10.3)	52 (89.7)a	0 (0)	$\chi^2=18.333$	0.005
Öğretim Üyesi	17 (29.8)	35 (61.4)b	5 (8.8)		
Pratisyen Hekim	5 (10.6)	41 (87.2)a	1 (2.1)		
Uzman Hekim	22 (17.7)	92 (74.2)ab	10 (8.1)		
Branş grup					
Cerrahi	24 (25)a	64 (66.7)a	8 (8.3)	$\chi^2=8.585$	0.014
Dahili Bilimler	26 (13.7)b	156 (82.1)b	8 (4.2)		
Poliklinik hizmeti verme					
Evet	48 (18.1)	201 (75.8)	16 (6)	$\chi^2=2.630$	0.268
Hayır	2 (9.5)	19 (90.5)	0 (0)		

Tablo 4.7. (Devam) Demografik özelliklere göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin karşılaştırılması.

Poliklinikte günde bakılan ortalama hasta sayısı					
0-30	12 (15)	60 (75)	8 (10)	$\chi^2=6.527$	0.367
30-60	22 (16.8)	104 (79.4)	5 (3.8)		
60-90	8 (25.8)	22 (71)	1 (3.2)		
90 ve üstü	7 (25)	19 (67.9)	2 (7.1)		
Yataklı serviste hizmet verme					
Evet	40 (17.5)	173 (75.9)	15 (6.6)	$\chi^2=2.110$	0.348
Hayır	10 (17.2)	47 (81)	1 (1.7)		
Yataklı servis hizmeti verenlerin ortalama sorumluluğunu aldığı hasta sayısı					
0-10	18 (15.7)	93 (80.9)	4 (3.5)	$\chi^2=12.576$	0.050
10-20	10 (14.5)	50 (72.5)	9 (13)		
20-30	6 (18.2)	25 (75.8)	2 (6.1)		
30 ve üstü	7 (35)	13 (65)	0 (0)		
Tıpta uzmanlık dalını seçerken malpraktis çekincesi etkili oldu mu?					
Evet	20 (13.1)a	130 (85)a	3 (2)a	$\chi^2=14.194$	0.001
Hayır	30 (22.6)b	90 (67.7)b	13 (9.8)b		
Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu?					
Evet	31 (17.1)	137 (75.7)	13 (7.2)	$\chi^2=2.355$	0.308
Hayır	19 (18.1)	83 (79)	3 (2.9)		
Malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış olma					
Evet	46 (17.1)	209 (77.7)	14 (5.2)	$\chi^2=1.959$	0.376
Hayır	4 (23.5)	11 (64.7)	2 (11.8)		
χ^2 : Ki-kare test istatistiği, a-b: Her bir düzey içerisinde aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur					

χ^2 : Ki-kare test istatistiği, a-b: Her bir düzey içerisinde aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Yaşa göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). Bu farklılık orta, yüksek ve çok yüksek defansif düzeylerinin yaşa göre oranlarının farklılık göstermesinden kaynaklanmaktadır. 25-35 yaş grubunda olanların %1.4'ü, 36-45 yaş grubunda olanların %9'u, 46-55 yaş grubunda olanların %10'u, 56 ve üstü olanların %13.1'i çok yüksek defansif tıp uygulama düzeyine sahiptir.

Kaç yıllık hekim olduğuna göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). 1-5 yıldır hekim olanların %2.2'si, 6-10 yıldır hekim olanların %1.9'u, 11-15 yıldır hekim olanların %16.1'i, 15 yıl ve üstü hekim olanların %3.9'u çok yüksek defansif tıp uygulama düzeyine sahiptir.

Cinsiyete göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.306$). Medeni duruma göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.066$).

Çalışılan sağlık kurumuna göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.025$). Bu farklılık yüksek ve çok yüksek defansif düzeylerinin çalışılan kuruma göre oranlarının farklılık göstermesinden kaynaklanmaktadır. Devlet hastanesinde çalışanların %69.8'i ve Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Üniversite Hastanesinde çalışanların %80.5'i yüksek defansif tıp uygulama düzeyine sahipken Devlet hastanesinde çalışanların %10.4'ü ve eğitim ve araştırma hastanesi - üniversite hastanesinde çalışanların %3.2'si çok yüksek defansif tıp uygulama düzeyine sahiptir.

Görev unvanına göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.005$). Bu farklılık yüksek defansif düzeyinin görev unvanına göre oranlarının farklılık göstermesinden kaynaklanmaktadır. Asistan hekimlerin %89.7'si, öğretim üyesinin %61.4'ü, pratisyen hekimin %87.2'si ve uzman hekimlerin %74.2'si yüksek defansif tıp uygulamaları düzeyine sahiptir.

Branş gruplarına göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.014$). Cerrahi branşın %66.7'si ve dahili bilimlerin %82.1'i yüksek düzey defansif tıp uygulamalarına sahiptir.

Poliklinik hizmeti verme durumuna göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.268$). Poliklinikte günde bakılan ortalama hasta sayısına göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.367$). Yataklı serviste hizmet verme durumuna göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.348$). Yataklı servis hizmeti verenlerin ortalama sorumluluğunu aldığı hasta sayısına göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.050$).

"Tıpta uzmanlık dalını seçerken malpraktis çekincesi etkili oldu mu?" sorusuna verilen cevaplara göre defansif tıp uygulamaları düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). Evet cevabı verenlerin %85'i ve hayır cevabı verenlerin %67.7'si yüksek defansif tıp uygulamaları düzeyine sahiptir.

"Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu?" sorusuna verilen cevaplara göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.308$). Malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış olma durumuna göre Defansif tıp uygulama düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.376$).

Tablo 4.8. Branşlara göre malpraktis çekincesinin dağılımı.

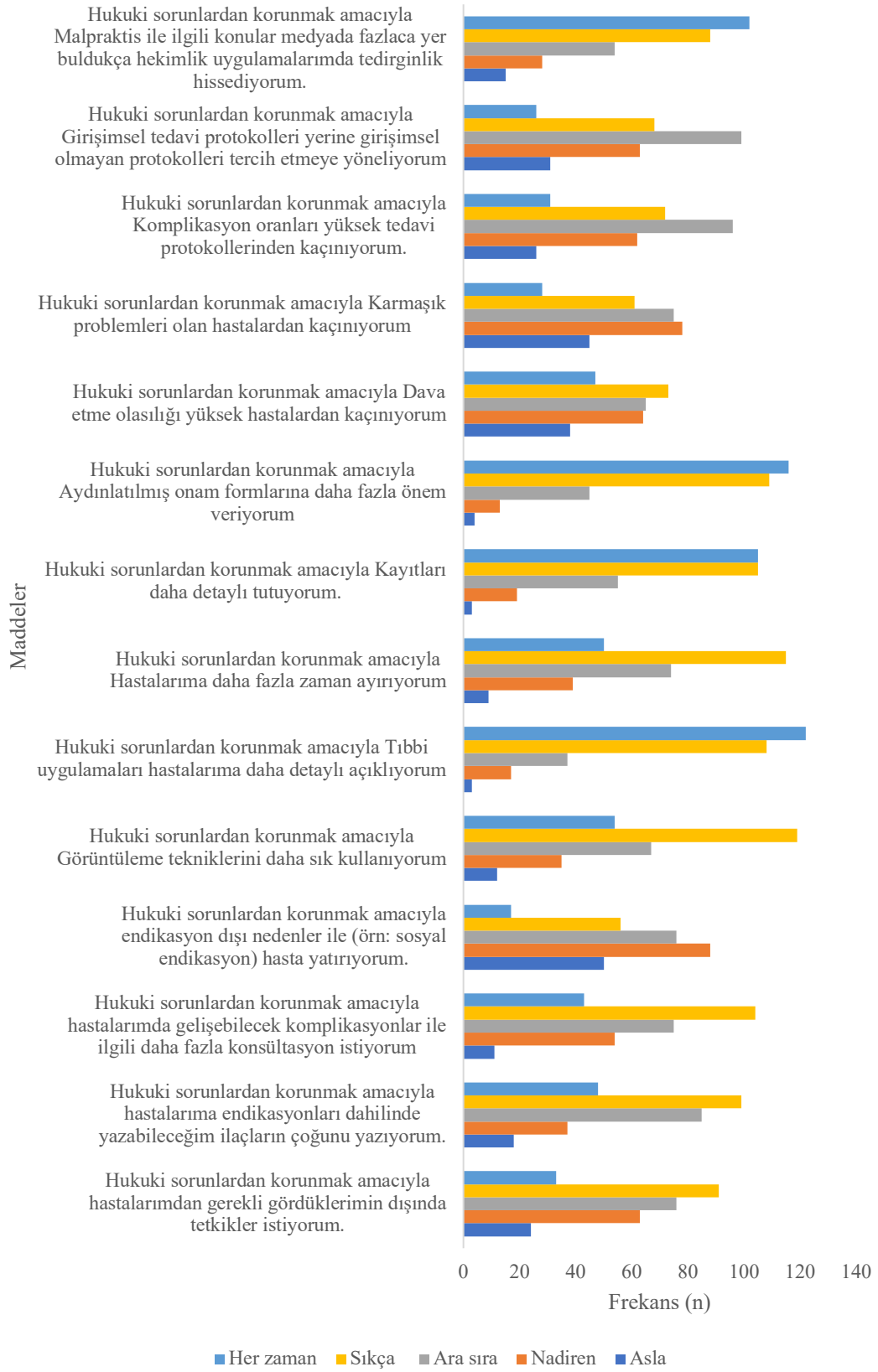
Branş	Tıpta uzmanlık dalını seçerken malpraktis çekincesi etkili oldu mu?	
	Evet	Hayır
Acil Tıp	17 (63)	10 (37)
Aile Hekimliği	35 (85.4)	6 (14.6)
Anestezi ve Reanimasyon	6 (31.6)	13 (68.4)
Beyin ve Sinir Cerrahisi	1 (16.7)	5 (83.3)
Çocuk Cerrahisi	0 (0)	2 (100)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	5 (27.8)	13 (72.2)
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı	1 (50)	1 (50)
Deri ve Zührevi Hastalıklar	4 (80)	1 (20)
Enfeksiyon Hastalıkları	1 (20)	4 (80)
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	4 (100)	0 (0)
Genel Cerrahi	1 (6.7)	14 (93.3)
Göğüs Cerrahisi	1 (50)	1 (50)
Göğüs Hastalıkları	5 (83.3)	1 (16.7)
Göz Hastalıkları	4 (36.4)	7 (63.6)
İç Hastalıkları	17 (50)	17 (50)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	5 (45.5)	6 (54.5)
Kalp ve Damar Cerrahisi	0 (0)	5 (100)
Kardiyoloji	3 (33.3)	6 (66.7)
Kulak Burun Boğaz	4 (57.1)	3 (42.9)
Nöroloji	0 (0)	5 (100)
Ortopedi	6 (75)	2 (25)
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik	0 (0)	2 (100)
Cerrahi Anabilim Dalı	0 (0)	2 (100)
Pratisyen hekim	25 (89.3)	3 (10.7)
Psikiyatri	5 (62.5)	3 (37.5)
Üroloji	4 (57.1)	3 (42.9)

Tıpta uzmanlık dalı seçerken malpraktis çekincesi en çok Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon branşında gözükmekte en az ise çocuk cerrahisi, nöroloji, Kalp ve Damar Cerrahisi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı branşlarında gözükmektedir.

Tablo 4.9. Branşlara göre hukuki sorunlardan korunmak amacıyla “Görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum” önermesine verilen cevapların dağılımı.

Branş	Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla Görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum				
	Asla	Nadiren	Ara sıra	Sıkça	Her zaman
Acil Tıp	0 (0)	1 (3.7)	7 (25.9)	13 (48.1)	6 (22.2)
Aile Hekimliği	0 (0)	4 (9.8)	12 (29.3)	23 (56.1)	2 (4.9)
Anestezi ve Reanimasyon	0 (0)	1 (5.3)	3 (15.8)	5 (26.3)	10 (52.6)
Beyin ve Sinir Cerrahisi	1 (16.7)	0 (0)	0 (0)	2 (33.3)	3 (50)
Çocuk Cerrahisi	0 (0)	1 (50)	0 (0)	1 (50)	0 (0)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	0 (0)	4 (22.2)	5 (27.8)	6 (33.3)	3 (16.7)
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı	1 (50)	1 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Deri ve Zührevi Hastalıklar	1 (20)	1 (20)	2 (40)	1 (20)	0 (0)
Enfeksiyon Hastalıkları	1 (20)	1 (20)	1 (20)	1 (20)	1 (20)
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	0 (0)	1 (25)	0 (0)	3 (75)	0 (0)
Genel Cerrahi	0 (0)	4 (26.7)	0 (0)	8 (53.3)	3 (20)
Göğüs Cerrahisi	0 (0)	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)
Göğüs Hastalıkları	0 (0)	0 (0)	1 (16.7)	4 (66.7)	1 (16.7)
Göz Hastalıkları	0 (0)	4 (36.4)	4 (36.4)	2 (18.2)	1 (9.1)
İç Hastalıkları	2 (5.9)	4 (11.8)	10 (29.4)	12 (35.3)	6 (17.6)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	0 (0)	2 (18.2)	4 (36.4)	3 (27.3)	2 (18.2)
Kalp ve Damar Cerrahisi	0 (0)	0 (0)	1 (20)	4 (80)	0 (0)
Kardiyoloji	2 (22.2)	0 (0)	4 (44.4)	0 (0)	3 (33.3)
Kulak Burun Boğaz	1 (14.3)	2 (28.6)	1 (14.3)	2 (28.6)	1 (14.3)
Nöroloji	0 (0)	1 (20)	0 (0)	1 (20)	3 (60)
Ortopedi	0 (0)	0 (0)	1 (12.5)	5 (62.5)	2 (25)
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı	0 (0)	1 (50)	1 (50)	0 (0)	0 (0)
Pratisyen hekim	0 (0)	0 (0)	6 (21.4)	17 (60.7)	5 (17.9)
Psikiyatri	2 (25)	2 (25)	1 (12.5)	2 (25)	1 (12.5)
Üroloji	1 (14.3)	0 (0)	1 (14.3)	4 (57.1)	1 (14.3)

“Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla Görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum” önermesine nöroloji branşının %60, Anestezi ve Reanimasyon branşının %52,6’sı, kardiyolojinin %33.3’ü her zaman cevabını vermişken psikiyatrinin %25’i, kardiyolojinin %22.2’si ise asla cevabını vermiştir.



Şekil 4.1. Maddelere verilen cevapların dağılımı.

5. TARTIŞMA

Ülkemizde artan malpraktis davaları ve sonucunda ortaya çıkan defansif tıp uygulamaları nedeniyle Ordu’da defansif tıp uygulamalarının yaygınlığını değerlendirmek amacıyla, Başer ve arkadaşlarının (2013) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı “Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği”ni Ordu Devlet Hastanesi’nde görev yapan uzman ve pratisyen hekimlere ve Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan pratisyen hekim, uzman hekim, araştırma görevlisi doktor ve doktor öğretim üyelerine yüz yüze anket yöntemiyle uyguladık.

Bu bağlamda 287 hekime ulaştık. Çalışmamıza 96’sı (%33.4’ü) Ordu Devlet Hastanesi’nde; 191’i (%66.6’sı) Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapmakta olan 287 hekim katıldı. Bu hekimlerin %50.2’si 25-35 yaş arasındaki genç hekim gurubuydu. Hekimlerin %46.3’ü kadın; %53.7’si erkekti. Verilen cevaplar değerlendirildiğinde hekimlerin %41.8’inin uzman hekim; %21.3’ünün asistan hekim; %20.6’sının öğretim görevlisi; %16.4’ünün pratisyen hekim olduğu görüldü. Tüm hekimlerin toplam defansif tıp uygulamaları tutum puanı ortalaması 46.3 olarak hesaplandı.

İlk olarak 1970’li yıllarda Amerika’da görülen defansif tıp uygulamaları gittikçe yaygınlaşmaktadır ve artık tüm dünyada uygulanmaktadır (Vento ve ark., 2018; Berlin, 2013). Son 20 yılda malpraktis davalarının sayısı azalsa da defansif tıp uygulamalarının devam ettiği görülmektedir (Berlin, 2013). ABD’de yapılan bazı araştırmalara göre defansif tıp uygulama oranları %72-92 arasında yani yüksek oranlarda seyretmektedir (Kolcu, 2013).

Studdert ve ark. (2005), Pensilvanya’da 824 hekim üzerinde yaptığı bir çalışmada %93 oranında defansif tıp uygulamalarına rastlanmıştır.

Hiyama ve ark. (2006), Japonya’da yaptığı anket çalışmasında gastroenterologların %98’inin defansif tıp uyguladığı tespit edilmiştir.

Defansif tıp malpraktis davalarının artışına bağlı olarak son yıllarda ülkemizde de uygulanmakta ve giderek yaygınlaşmaktadır.

Aynacı (2008), Konya İl Merkezi'nde çalışan 762 hekim üzerinde yaptığı çalışmada hekimlerin %78.38 oranında defansif tıp uyguladıklarını saptamıştır.

Kolcu (2013), İzmir'de 62 kadın doğum hekimleri üzerinde yaptığı çalışmada hekimlerin çoğunun defansif tıp uyguladıklarını saptamıştır.

Biçen (2018), İzmir'de 243 tıpta uzmanlık hekimi üzerinde yaptığı çalışmada hekimlerin çoğunun defansif tıp uyguladıklarını saptamıştır.

Defansif tıp uygulamaları aslında bir davranış biçimidir ve davranış biçimini objektif olarak ölçmek zordur. Bazı hekimler pozitif defansif tıba yönelirken bazıları negatif defansif tıpla korunuyor olabilir. Bu yüzden hekimlerin defansif tıp tutumlarını değerlendirirken hem negatif defansif tıp hem de pozitif defansif tıp ile ilgili soruların bulunduğu "Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği"ni kullandık. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Başer ve ark. (2013) tarafından yapılmıştır. Ölçekteki çoğu soru birbiriyle anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$).

Dünya genelinde erkek hekimlerin kadın hekimlere göre daha fazla defansif tıp uyguladıkları gösterilmiştir (Kolcu, 2013). Bizim çalışmamızda ise cinsiyet farklılığına göre defansif tıp uygulamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Aynı şekilde çalıştığı kuruma göre defansif tutum puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Hekimlere sorulan pozitif defansif tıp ile ilgili soruların amacı bundan doğacak cezai ve hukuki sorumluluklardan ziyade sağlık harcamalarını artırması ve deontolojiye aykırı olmasıdır. Çalışmamızda hekimlerin %72.7'si gerekli gördüklerinin dışında ek incelemeler istediğini; %80.8'i endikasyonları dahilinde yazabileceği ilaçların çoğunu yazdığını, % 77.3'ü hastalarda gelişebilecek olası komplikasyonlar nedeniyle daha fazla konsültasyon istediğini belirtti.

Politika analizcileri defansif tıp uygulamalarının maliyetini hesaplarken kolay yolu tercih ederler. ABD'deki tüm malpraktis davalarının maliyetine baktığımızda toplam sağlık hizmetine ayrılan bütçenin %1.5'u olduğu görülmüştür. Aslında sağlık harcamalarına ayrılan bütçe baz alındığında sadece defansif tıp uygulamanın maliyeti sanıldığı kadar fazla değildir (Hermer ve Brody, 2010). Ama bu düşük oran, defansif

tıbbın ve yol açtığı ekstra maliyetlerin objektif olarak ölçülememesinden kaynaklanıyor olabilir. İtalya’da Pannelle ve ark. (2017) yaptığı bir çalışmada defansif tıbbın yol açtığı maliyetin, İtalya’nın ulusal sağlık harcaması toplam maliyetinin %10’unu oluşturduğu görülmüştür.

“Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla endikasyon dışı hasta yatırıyorum” sorusuna hekimlerin %48.1’i hiç katılmaz veya az katılırken %26.5’u orta derecede katılmış, %25.4’ü katılmış veya tamamen katılmıştır. Bu sonuç hekimlerin daha maliyetli olan hasta yatırma işlemlerinde ve hasta yatırıp üstlendikleri sorumlulukları dolayısıyla endikasyon dışı hasta yatırmayı fazla tercih etmedikleri tespit edilmiştir.

Çalışmamızda hekimlerin % 83.6’sı hukuki sorunlardan korunmak amacıyla görüntüleme tekniklerini daha sık kullandığını belirtti. Paxton ve ark. (2011) tarafından yürütülen bir çalışmada hekimlerin görüntüleme tetkiklerinin %86 oranında defansif tıp amacıyla istedikleri ortaya konulmuştur. Çalışmamız bu bağlamda Paxton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayla benzer sonuçları vermiştir.

Miller ve ark. (2012) yaptığı bir çalışmada hekimlerin defansif amaçla istediği görüntüleme yöntemlerinin maliyetini 2009 yılı sağlık harcamalarına oranlanmış ve bu oran %34.7 gibi yüksek bir rakam olarak görülmüştür.

“Hukuki sorunlardan korunmak amacıyla tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı anlatıyorum” önermesine hekimlerin %93’ü katıldığını belirtti. Hekimlerin %83.3’ü ise hukuki sorunlardan korunmak için hastalarına daha fazla zaman ayırıyor. %92.4’ü ise kayıtları daha detaylı tutuyor. Hekimlerin %94.1’i aydınlatılmış onamlara daha fazla önem veriyor. Çalışmamıza katılan hekimlerin bu üç soruya yüksek oranlarda katılmasının nedeni, sağlık harcamalarına ve hastaya genellikle zararı olmayan defansif tıp uygulamaları olmalarıdır. Hatta tıbbi uygulamaları hastalarına daha detaylı anlatmak, başka hastanın süresini ihlal etmediği sürece hastalarına daha fazla zaman ayırmak ve kayıtları daha detaylı tutmak hem hasta hem hekimin yararına olacaktır.

Hekimlere sorulan negatif defansif tıp ile ilgili soruların amacı hasta memnuniyeti, hastanın zarar görmesi durumu ve bundan doğacak cezai ve hukuki sorumluluklardır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %64.4'ü orta ve üzeri derecede dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyor. %57.2'si karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyor. %69.3'ü komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyor. %67.3'ü girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyor.

Çalışmamıza katılan hekimler genel olarak pozitif defansif tıba daha yatkın olsalar dahi hekimlerin negatif defansif tıp oranlarının da düşük olmadığı görülmüştür. Hekimler Latince bir deyiş olan ve tıba ilk girişte öğretilen “önce zarar verme” ilkesi yerine “önce kendine zarar verme” ilkesini benimsenir hale gelmiştir (Barlıoğlu, 2018)

Çalışmamıza katılan hekimlerin %85'i medyada malpraktis ile ilgili konular fazla yer buldukça hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissediyor. Bu soruya verilen cevaplar neticesinde çalışmamıza katılan hekimlerin %85'inin medyada “skandal” başlığı altında yer alan, tüm sağlık sisteminin sorumlusu hekim algısına karşı, medyaya açık bırakmamak için defansif tıp uygulayabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan hekimlerin meslek hayatları boyunca sadece %19.5'una malpraktis nedeniyle dava açılmıştır. Yani çalışmamıza katılan hekimlerin %20'sinden daha düşük bir orana dava açıldığı halde defansif tıp uygulayan hekim; dava açılır korkusuyla çekinik davranıyor. Bu da bizi Studdert ve ark. (2005) yaptığı çalışmaya benzer bir şekilde bir sonuca götürüyor. 824 hekimin katıldığı bu araştırmada hekimlerin %93'ünün defansif tıp uyguladığı tespit edildi. Fakat burada ilginç olan şey hekimler dava edildikleri için savunma tıbbi uygulamıyorlardı. Dava edilmekten korktukları için savunma tıbbi uyguladıkları görüldü.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %88.2'si malpraktis davalarının hekimlik performansına olumsuz etki edeceğine inanıyor. Bu durum hekimleri yine olası davalardan kaçınma şeklinde defansif tıba sürükleyebilir.

Araştırmamızda hekimlerin büyük çoğunluğu %80.5'u, defansif tıp kavramını daha önce duymuştu. Çalışmamıza katılan hekimlerin pozitif defansif tıbbi negatif defansif tıba daha çok tercih ettikleri görülmüştür. Altındiş ve ark. (2019) yaptığı bir çalışmada hekimlerin %81,5'i ayrıntılı kayıt tuttuğunu, %44,4'ü riskli

davranışlardan kaçındığını, %79,4'ü gerekli olmayan testleri de isteme eğiliminde olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda defansif tıp uygulamalarının cerrahi branşlarda daha fazla olacağı sonucuna ulaşılmıştır. Yılmaz (2014), tarafından yapılan çalışmada en çok defans gerçekleştiren hekimlerin uzmanlık sıralaması: Beyin cerrahisi uzmanları, iç hastalıkları uzmanları, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları olmuştur.

Defansif tıbbın önlenmesi için hekimlere açık olan yasal güvenceler gereklidir. Malpraktis ve komplikasyon ayrımı iyi yapılmalı, açılan davalara atanan bilirkişilerin tıp ve hukuk konularında yetkin ve tecrübeli olması gerekir. Hekimler için ayrı bir kanun olmalı veya tıbbi mahkemeler kurulmalı, işin ucunun nereye çıkacağını bilmediği TCK maddeleriyle toplumda kabul görmemiş bir suçlu gibi yargılanmamalıdır. Özgönül ve ark. (2019), 204 hekim ve 212 hukukçu ile yaptığı bir çalışmada tüm katılımcılar %74 gibi yüksek oranla malpraktis nedeniyle açılan davalarda hukuki sürecin doğru ve düzgün bir şekilde işlemediğine inanmaktadırlar.

Tıp fakültelerinde eğitim vermek ve malpraktis ve defansif tıp konularında farkındalığın oluşturulması da bir başka öneridir. Ekici (2020), 124 ağız ve yüz çene cerrahıyla yaptığı bir çalışmada, ağız ve yüz çene cerrahlarının malpraktis ile ilgili ciddi endişeleri olmasına karşın malpraktis ve ilgili yasalarla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ortaya koymuştur. Yine Pirol (2018), 165 hekim ile yaptığı çalışmada hekimlerin malpraktis ve defansif tıp ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermiştir. Lakin bu noktada çok dikkat etmek gerekir. Tıp öğrencilerini olası malpraktis davalarına karşı eğitip defansif tıbbın önlenmesiyle olası malpraktis davalarından korkutup defansif tıba yönlendirmek arasında çok ince bir çizgi vardır. William F Johnston ve ark. (2013) yaptığı 102 üçüncü sınıf tıp öğrencisinin katıldığı bir araştırmada üçüncü sınıf tıp öğrencilerinin dava açılma konusunda çok az endişeleri olmasına rağmen bu öğrenciler eğitim gördükleri fakültede malpraktis endişelerine maruz kalıyorlar ve fakülteden önemli ölçüde savunma tıbbı öğreniyorlar. Bununla birlikte çoğu öğrenci malpraktis endişelerinin ileride uzmanlık seçimlerini etkileyeceğini ve hekimlik mesleklerini icra ederken alacakları hazzı azaltacağını düşünüyor. Tıp öğrencileri ve asistan hekimler bile savunma tıbbına

maruz kalıp, klinik kararlar verirken savunma tıbbını ve malpraktis sonucunda alabilecekleri cezaları düşünmeleri konusunda eğitiliyor (Vento, 2018).

Sağlık politikalarının iyileştirilmesi ve sağlık sisteminin yükünün biraz olsun hekimin üzerinden alınması da hekimi rahatlatıp defansif tıbbı azaltabilir. Hasta sayılarının fazla oluşu, hekimin hastayı başından savmasına, aynı zamanda gereksiz inceleme istemesine neden olabilir. Hasta yoğunluğu azaltılmalı, her hastaya ayrılan süre artırılmalıdır. Böylelikle hastayla sağlıklı iletişim kurulup anamnezi ve şikayeti açık ve net olan hastadan ek tetkik istemeye gerek kalmaz.

Hekimlerin SABİM, CİMER gibi kanallara çok sık şikayet edilip bu şikayetlerin hiçbir süzgeçten geçmeden doğrudan hekimin önüne gelmesi de hekimi defansif tıba yönlendirir. Aralarında çok fazla gereksiz şikayetlerin bulunduğu bu ve bunun gibi durumlar hekimin motivasyonunu düşürür. SABİM'e yapılan şikayetlerin sonucunda başvuruların sadece %15'inde hekim hatalı bulunmuştur. Hekim motivasyonunu düşürmemek ve defansif tıbbın önüne geçmek için bu şikayetleri incelemek adına komisyon kurulup, gereksiz şikayetleri eleyerek şaibeli görülen durumlar hekimin önüne sunulabilir ve sadece bunlardan savunma istenebilir.

Hekimlerin güvenli ve konforlu bir ortamda çalışması kendilerine olan güvenlerini artırır ve bu durumda daha az defansif tıp uygulayacakları düşünülür. Bu yüzden hekimin çalışırken can korkusu olmamalı, caydırıcı cezalarla sağlıkta şiddet önlenmeli, hastane girişinde kesici, delici alet kontrolü yapıp, gerekli haller dışında hasta yakınlarından sadece birinin hastaneye girişine izin verilmelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde giderek artan malpraktis davaları ve bunun sonucunda hekimin korumacı davranıp defansif tıp uygulamalarına yöneldiği, defansif tıp uygulamalarının yaygınlaştığı gözlenmiştir. Daha fazla yaygınlaşmadan defansif tıp uygulamalarının önüne geçilmelidir.

Pozitif defansif tıp uygulamalarının önüne geçilmek istenmesinin nedeni, özellikle gereksiz görüntüleme tetkiklerinin sağlık harcamalarına etkisidir. Türkiye’de bununla ilgili yapılmış bir çalışma olmasa dahi hemen her görüntüleme yöntemini yurt dışından temin eden ülkemiz için milli bir zarar olduğu söylenebilir.

Negatif defansif tıp uygulamalarının önüne geçilmek istenmesinin en önemli sebebi ise hastanın mağdur olması ve bu durumdan zarar görmesidir. Bunun sonucunda hekim için doğacak cezai ve hukuki sorumluluklar vardır. Hekime maddi ve manevi anlamda tazminat davaları açılabilir. Veya hekim TCK’nın 81/83/85/88/89/257. maddeleriyle yargılanabilir.

Çalışmamıza katılan 287 hekimin pozitif ve negatif defansif tıp uyguladığını gözlemledik. Hekimler pozitif defansif tıbbi daha çok uygulama eğilimindedir.

Defansif tıp uygulamalarının çalıştığı kurum, cinsiyet, medeni durum, hekimin branşı, poliklinik hizmeti verme ile ilişkili olmadığı görülmüştür.

Multidisipliner yaklaşımla daha geniş grupta ve sayıları olabildiğince yakın cerrahi ve dahili branşlarla bir çalışma yapılması ve hatta defansif tıp uygulayan hekimlerin neden defansif tıp uyguladığı yeni bir ölçekle ortaya konabilir. Literatürde yapılan çalışmalar olsa da ülkemizde hekimlerin defansif tıba neden yöneldiğine ilişkin geniş bir çalışma yok. Bunun için Türkiye genelinde belli rehberlerin hazırlanması ve uzmanlık dernekleri tarafından hekimlerde çalışma yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Tıbbi malpraktis ve defansif tıp konularında fakültede eğitim müfredatına sokmak hekimlere farklı bir bakış açısı kazandırması nedeniyle bir çözüm olabilir.

Devlet politikaları ve yasalarla hekime değer vermek, hekimin haklarını yasalarla korumak, malpraktis yasasının çıkartılması ve caydırıcı cezalarla sağlıkta şiddetin önlenmesi de ülkemiz için önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Altındış, S., Coşar, E., Atasoy, A.R., Akbaba, B., Şimşir, İ. ve Öz, S. (2019). Sağlık uygulamalarında defansif tıp. *Balıkesir Medical Journal*, 3 (1), 12-19
- Aynacı, Y. (2008). Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Tıpta Uzmanlık tezi, Meram Üniversitesi, Konya.
- Banaz, M. (2020). Hekimlerin Defansif Tıp ve Tıbbi Hasta Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Baran, E. (2009). Türkiye’de Sosyalleştirme’den “Sağlıkta Dönüşüm’e Sağlık Harcamaları ve Mevzuatı. Tıpta Uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Barlıoğlu, H.C. (2018). Defansif Tıp Unsuru Olarak Tıbbi Malpraktis. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Başer, A., Başer-Kolcu, M.İ., Kolcu, G. ve Gök-Balcı, U. (2013). Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği’nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği: Ön çalışma. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, 24 (2), 99-102.
- Bergen, R. (1974). Defensive medicine is good medicine. *JAMA*, 228 (9), 1188.
- Berlin, L. (2013). Medicolegal-malpractice and ethical issues in radiology: Reporting the "missed" radiologic diagnosis. *AJR Am J Roentgenol*, 201 (3), W516. doi: 10.2214/AJR.13.10759.
- Berrington, G.A., Mahesh, M., Kim, K.P., Bhargavan, M., Lewis, R., Mettler, F. ve Land, C. (2007). Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the united states in 2007. *Arch Intern Med*, 169 (22), 2071-2077.
- Bişen, E. (2018). Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması. Tıpta Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Budetti, P.P. (2005). Tort reform and the patient safety movement. *Journal of American Medical Association*, 293 (21), 2660-2662.

Chen, J., Majercik, S., Bledsoe, J., Connor, K., Morris, B., Gardner ve ark. (2015). The prevalence and impact of defensive medicine in the radiographic workup of the trauma patient: A pilot study. *The American Journal of Surgery*, 210, 462-467.

Çetin, E. (2018). Hekimlerin Tıp Hukuku ve Mevzuatlar Hakkında Bilgi Düzeyi ve Davranışları. Tıpta Uzmanlık tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.

Çetin, G. (2006). Tıbbi Malpraktis, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İ.Ü. Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:48. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu. S:31-42.

Dedeoğlu, A.K. (2012). Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Ölçümü: Ankara İli Özel Hastaneler Uygulaması. Yüksek Lisans tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.

Duke, L. (1971). The medical malpractice threat: A study of defensive medicine. *Spine*, 27 (22), 2425-2430.

Ekici, Ö. (2020). Ağız ve çene-yüz cerrahlarının dental malpraktis ile ilgili görüşleri. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 28 (3), 354-364.

Göcen, Ö., Yılmaz, A., Aslanhan, H., Çelepkolu, T., Tuncay, S. ve Dirican, E. (2018). Hekimlerin, defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumları, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri. *TJFMPC*, 12 (2), 77-87.

Göçen, Ö. (2017). Araştırma Görevlisi Hekimlerin, Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Düzeyleri. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.

Hermer, L. D. ve Brody, H. (2010). Defensive medicine, cost containment, and reform. *Journal of General Internal Medicine*, 25 (5), 470-3. doi:10.1007/s11606-010-1259-3

Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., Urabe, Y., Ikegami, Y., Fukuhara, T. ve ark. (2006). Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World Journal of Gastroenterology*, 12 (47), 7671-7677.

Johnston, W.F., Rodriguez, R.M., Suarez, D. ve Fortman, J. (2013). Study of medical students' malpractice fear and defensive medicine: A "hidden curriculum?". *West Journal Emerg Med*, 15 (3), 293-298. doi: 10.5811/westjem.2013.8.19045.

Kalaman, K.G. (2019). Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki. Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Kara, G. (2020). Sağlıkta Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Araştırma. Yüksek Lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.

Kasap, H., Akar, T., Demirel, B., Dursun, A.Z., Sarı, S., Özkök, A. ve ark. (2015). Tıbbi uygulama hatası riski yüksek olan uzmanlık dallarının tıpta uzmanlık sınavında tercih edilme önceliklerinin yıllara göre değişimi. *Adli Tıp Bülteni*, 20 (1), 34-37.

Keskinbora, K.H. (2019). Malpraktis nedir? Komplikasyon nedir? Önlemek için neler bilinmelidir. Erkol Z.Z. ve Doğramacı Y.G. (Ed.). Tıp Hukuku. Ankara: Türkiye Klinikleri. S:30-44.

Kolcu, G. (2013). 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 İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İzmir.

Kravitz, R.L., Rolph, J.E. ve Petersen, L. (1997). Omission-related malpractice claims and the limits of defensive medicine. *Med Care Res Rev*, 54 (4), 456-471.

Kumral, B. ve Özdeş, T. (2013). Tekirdağ ilindeki hekimlerin tıbbi uygulama hatalarına (malpraktis) bakışı ve değerlendirmeler. *Int J Basic Clin Med*, 1 (2), 83-93

Küçük, M. (2018). Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey. *J Obstet Gynaecol*, 38 (2), 200-205. doi: 10.1080/01443615.2017.1340933.

Miller, R.A., Sampson, N.R., Flynn, J.M. (2012). The prevalence of defensive orthopaedic imaging: A prospective practice audit in Pennsylvania. *J Bone Joint Surg Am*, 94 (3), e181- e186.

Motta, S., Testa, D., Cesari, U., Quaremba, G. ve Motta, G. (2015). Medical liability, defensive medicine and professional insurance in otolaryngology. *BMC Res Notes*, 8 (Article No: 343). doi: 10.1186/s13104-015-1318-2.

O'Leary, K.J., Choi, J., Watson, K. ve Williams, M.V. (2012). Medical students' and residents' clinical and educational experiences with defensive medicine. *Acad Med*, 87 (2), 142-148. doi: 10.1097/ACM.0b013e31823f2c86.

Özata, M., Özer, K. ve Akkoca, Y. (2018). Konya il merkezinde çalışan hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (1), 131-138.

Özçakır, A. (2002). Tıp eğitiminde iletişim ve klinik beceriler dersi verilmeli mi?: Intern öğrenci görüşleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 22 (2), 185-189.

Özgönül, M.L., Arda, B. ve Dedeoğlu, N. (2019). Tıp etiği ve hukuk açısından tıbbi hata, malpraktis ve komplikasyon kavramlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 27 (1), 48-56.

Özkara, E. (2020). Hukuk Öğrencileri ve Uygulayıcıları İçin Adli Tıp. Ankara: Seçkin Hukuk Yayınevi. S:79-82.

Panella, M., Rinaldi, C., Leigheb, F., Knesse, S., Donnarumma, C., Kul, S., Vanhaecht, K. ve Di Stanislao, F. (2017). Prevalence and costs of defensive medicine: A national survey of Italian physicians. *J Health Serv Res Policy*, 22 (4), 211-217. doi: 10.1177/1355819617707224.

Paxton, B., Lungren, M., Jung, S., Kranz, P. ve Kilani, R. (2011, Kasım). A case study in lumbar spine MRI and physician self-referral of imaging. Radiological Society of North America 2011 Scientific Assembly and Annual Meeting.

Pirol, M. (2018). Hekimlerin Karar Verme Algılarının Defansif Tıp Tutumları Üzerine Etkisinin Araştırılması. Yüksek Lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Polat, O. (2005). Tıbbi Uygulama Hataları. Tıpta Uzmanlık tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İstanbul.

Saraç, L. (2020). Sözleşmeli Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlarının Defansif Tıp Uygulamaları Konusundaki Tutum ve Davranışları. Tıpta Uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.

Saruhan, N., Altındış, S. ve Gojayeve, G. (2018). Diş hekimlerinin defansif tıp uygulamaları konusunda tutumlarının değerlendirilmesi. *J Biotechnol and Strategic Health Res*, 2 (3), 165-173.

Selçuk, M. (2015). Çekinik (Defansif) Tıp. Yüksek Lisans tezi, İzmir Üniversitesi, İzmir.

Sethi, M.K., Obremskey, V.T., Natividad, H., Mir, H.R. ve Jahangir, A.A. (2012). Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the united states: A national survey study. *Am J Orthop*, 41 (2), 69-73.

Sezer-Kara, K. (2020). Edirne'deki Birinci Basamak Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi ve Tutumları ve Bunun Klinik Pratiklerine Etkisi. Tıpta uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

Studdert, D.M., Mello, M.M., Sage, W.M., DesRoches, C.M., Peugh, J., Zapert, K. ve Brennan, T.A. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 293 (21), 2609-2617. doi: 10.1001/jama.293.21.2609.

Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: A questionnaire study of general practitioners. *BMJ*, 310 (6971), 27-9.

Sungur, C. (2019). Hekimlerde tıbbi hata suçlamalarına karşı savunmacı tıp davranışları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22 (1), 191-206.

Tancredi, L.R. ve Barondess, J.A. (1978). The problem of defensive medicine. *Science*, 200 (4344), 879-882. doi: 10.1126/science.644329.

Tellefsen, C. (2009). Commentary: Lawyer phobia. *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, 37, 162-164.

Theiler, M. (2010). Defensive medicine starts at the top in the United States. *CMJA*, 182 (8), 109-323.

Toraman, A. ve Çarıkçı, İ.H. (2019). Defansif tıbbın nedenlerinin hekim gözüyle değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 10 (23), 40-51.

TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu. (2011). Sağlık Sisteminde Performans Uygulamalarının Mesleki Değerlere Etkileri ve Etik Sorunlar Çalıştayı Sonuç Bildirgesi. XVII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Kitabı. Ankara: TTB Yayınları. S:75-79.

Tümer, A.R. (2002). 1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Cerrahi Vakalarının Komplikasyon ve Malpraktis Yönünden Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Türk Tabipleri Birliği (2017). İstanbul Protokolü. Erişim: 10 Mayıs 2021, https://www.ttb.org.tr/eweb/istanbul_prot/3.html

Türk Tabipleri Birliği. (2010). Malpraktis Bildirgesi. TTB Etik Bildirgeleri. Ankara: TTB Yayınları.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. (1982). T.C. Resmi Gazete, 17844, 20 Ekim 1982.

Ünal, Ö. (2020). Defansif Tıp Uygulamaları, Öncülleri ve Sonuçları. Doktora tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2010). T.C. Resmi Gazete, 5947, 30 Ocak 2010.

Vento, S., Cainelli, F. ve Vallone, A. (2018). Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World J Clin Cases*, 6 (11), 406-409. doi:10.12998/wjcc.v6.i11.406.

Williams, S. (2011). On the defensive. *United Kingdom Casebook*, 19 (1), 8-11.

World Medical Association. (1992). Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Bildiri. 44. Genel Kurulu.

Yan, S.C., Hulsbergen, A.F.C., Muskens, I.S., van Dam, M., Gormley, W.B., Broekman, M.L.D. ve Smith, T.R. (2017). Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: A national survey. *Acta Neurochir (Wien)*, 159 (12), 2341-2350. doi: 10.1007/s00701-017-3323-9.

Yancı-Özalp, N. (2015). Yasa, kanun hükmünde kararname ve mahkeme kararları ışığında tam gün sorunsalı. *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 19 (2), 259-290.

Yeşiltaş, A. ve Erdem, R. (2019). Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 10 (23), 137-150.

Yıldırım, A., Aksu, M., Çetin, İ. ve Şahan, A.G. (2009). Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31, 356-366

Yılmaz, K. (2014). Defansif Tıp: Hekimin Tıbbi Uygulamalarda Sorumluluktan Kaçması Durumunda Ortaya Çıkan Problemler. Ankara: Seçkin Yayıncılık. S:133-243.

Zhu, L., Li, L. ve Lang, J. (2018). The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: A questionnaire survey in a national congress. *BMJ Open*, 8 (2), e019752. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019752.

EKLER

<u>Ek No</u>	EKLER	Sayfa No
EK 1.	Anket Formu.....	56
EK 2.	Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği	59
EK 3.	Etik Kurul Onayı.....	60
EK 4.	Ordu İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Kararı.....	61



EK 1. Anket Formu

ORDU İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERDE DEFANSİF (ÇEKİNİK) TIP UYGULAMALARININ ARAŞTIRILMASI

Sayın Gönüllü;

Bu araştırma Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ordu Devlet Hastanesi'nde görev yapan siz değerli hekimlerimize yaklaşık 5 dakikada cevaplandırılabilir sorulardan oluşan bir anket çalışmasıdır. Bu çalışma Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden etik kurul onayı alındıktan sonra yapılmaktadır.

Anketimizde kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği'nde yer alan maddelerin sorgulanacağı ankete vereceğiniz bilgiler eğitim ve bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak ve bilimsel yayın haline getirilecektir. Yapılan bu araştırma siz hekimlerimize herhangi bir maddi yük getirmeyecektir.

Bu araştırma Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği A.D. başkanı Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT tarafından yürütülmektedir. Anket ile ilgili sorularınız, görüş ve katkılarınız için sorumlu araştırmacımız Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT ile 0452 225 23 42 / 1390 nolu dahili telefondan veya enginyurt72@gmail.com adresine mail göndererek iletişime geçebilirsiniz.

Katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımı kabul etmeniz bile istediğiniz anda anketi cevaplamayı bırakarak vazgeçebilirsiniz.

Çalışmaya yaptığınız katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Dr. Fatma GERÇEKER
fatmasengerceker@gmail.com

1. Kaç yaşındasınız?

.....

2. Kaç yıllık hekimsiniz?

.....

3. Cinsiyetiniz:

A. Kadın

B. Erkek

4. Medeni durumunuz:
- Evli
 - Bekar
5. Hangi sağlık kuruluşunda çalışıyorsunuz?
- Devlet Hastanesi
 - Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Üniversite Hastanesi
6. Görev unvanınız nedir?
- Pratisyen Hekim
 - Asistan Hekim
 - Uzman Hekim
 - Öğretim Üyesi
7. Branşınız nedir? (Pratisyen hekimler için çalıştığı yer; acil servis)
-
8. Poliklinik Hizmeti veriyor musunuz?
- a)Evet b) Hayır
9. Poliklinik hizmeti veriyorsanız günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?
-
10. Yataklı servis hizmeti veriyor musunuz?
- a)Evet b) Hayır
11. Yataklı servis hizmeti veriyorsanız ortalama kaç hastanın sorumluluğunu alıyorsunuz?
-
12. Tıpta uzmanlık dalınızı seçerken malpraktis çekincesi etkili oldu mu?
- a)Evet b) Hayır

13. Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu?

a)Evet b) Hayır

14. Sizce malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış oldu mu?

a)Evet b) Hayır



EK 2. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği

1. Hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.					
2. Hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu					
3. Hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla					
4. Endikasyon dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.					
5. Görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.					
6. Tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum.					
7. Hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum.					
8. Kayıtları daha detaylı tutuyorum.					
9. Aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.					
10. Dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.					
11. Karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.					
12. Komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.					
13. Girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri					
14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik					
15. Mesleğiniz sürecinde size malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?					
16. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor					
17. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?					

EK-3 : Tez Etik Kurul Onayı



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
27/02/2020	05	15.30	27

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı Doç. Dr. Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2020/ 27

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT'un KAEK 32 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Ordu İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması*" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygun olduğuna ve çalışmaya İl Sağlık Müdürlüğü izni sonrası başlanabileceğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.odu.edu.tr/> adresinden 9537d5cc-c768-44f6-a22c-5f1e6c5e5b78 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4 : İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Kararı

T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI ORDU VALİLİĞİ			
ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI			
ARAŞTIRMA YAPACAK KİŞİ/KİŞİLER	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACAK TARİHİ	ARAŞTIRMA KONUSU
Arş.Gör.Dr.Fatma GERÇEKER Doç.Dr.Özgür ENGİNYURT	Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi	18/05/2020 18/05/2021	Ordu İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması.

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya çalışmaya katılıpları gönüllük esasına göre katılımlarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edindiği verilerin Müdürlüğünüz bilgi dışında ilan edilmemesi ve etik kurur raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla 17/02/2020 tarih 34989324-772.02-E-380 sayılı yazı ve ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür.../.../2020

