



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**HEKİMLERİN DEFANSİF (ÇEKİNİK) TIP
HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Necdet SALDI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**HEKİMLERİN DEFANSİF (ÇEKİNİK) TIP
HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Necdet SALDI

Tez danışmanı: Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2023

ONAY YAZISI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığına;

“Hekimlerin defansif (çekinik) tıp hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi” konulu çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

Asil Üye (Başkan) : Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

Asil Üye : Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER

Asil Üye : Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER

Yedek Üye : Doç. Dr. İsmail ARSLAN

Yedek Üye : Doç. Dr. Burcu DOĞAN

ONAY:

Dr. Necdet SALDI’nın 11.10.2023 tarihinde savunduğu bu tez Gülhane Tıp Fakültesi Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Öncelikle hem uzmanlık eğitimimde hem tez hazırlama sürecimde yol gösteren, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım; sevgi ve desteğini hiç esirgemeyen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışmanım Doç.Dr. Ümit AYDOĞAN'a gönülden teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim boyunca yakın ilgisi, bilgi birikimi, eğitimime katkıları ve her konuda desteği için Doç.Dr. Yusuf Çetin DOĞANER'e;

Eğitim sürecimdeki katkılarından ötürü Prof.Dr. Oktay SARI'ya, Doç.Dr. Burcu DOĞAN'a ve Doç.Dr. Tarık Eren YILMAZ'a;

Her türlü desteğinden ötürü yakın arkadaşım Umut KERMEN'e;

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım başta Uzm.Dr. Ali KARA, Dr. Cemal TÜFEKÇİ ve Dr. Tarık ÖZDEMİR olmak üzere tüm Aile Hekimliği Anabilim Dalı personeline;

Bu günlere gelmeme vesile olan ve varlıkları ile bana güç veren annem Şahinde SALDI, babam Muzaffer SALDI ve tüm aileme;

Her zaman yanımda olan ve bana zorlu koşullarda bile başarabileceğimi gösteren, hayattaki en büyük destekçim eşim Ülkü ORDU SALDI'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Necdet SALDI

Ankara, 2023

İÇİNDEKİLER

ONAY YAZISI	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
TABLOLAR LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. MALPRAKTİS (TIBBİ UYGULAMA HATASI)	3
2.2. DEFANSİF TIP UYGULAMALARI.....	5
2.2.1. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları.....	6
2.2.2. Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	7
2.3. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ ÖLÇÜLEBİLİRLİĞİ	8
2.4. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ NEDENLERİ	9
2.4.1. Dava Açılma Korkusu.....	9
2.4.2. Hasta-Hekim İletişimi	10
2.4.3. Medyanın Etkisi	11
2.4.4. Sağlıkta Şiddet	12
2.4.5. Mesleki Deneyim Azlığı	13
2.4.6. Sağlık Sistemi	14
2.4.7. İş Yükünün Fazla Olması.....	15
2.4.8. Maddi Motivasyon	15

2.5.	DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ YAYGINLIĞI.....	16
2.6.	DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ MALİ ETKİLERİ	18
2.7.	DEFANSİF TIP UYGULAMLARI VE HUKUK.....	19
3.	GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	22
3.1.	ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ.....	22
3.2.	ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ.....	22
3.3.	ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	22
3.4.	ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI.....	23
3.5.	VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	24
3.6.	ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ VE İDARİ İZİNLER	25
4.	BULGULAR.....	26
5.	TARTIŞMA.....	45
5.1.	ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ	52
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	53
	KAYNAKLAR.....	55
	ÖZGEÇMİŞ	61
	EKLER.....	63
	Ek-1. Etik Kurul Onayı	63
	Ek-2. Veri Toplama Formu.....	64
	Ek-3. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği.....	66
	Ek-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	67
	Ek-5. TUEK Onayı.....	72

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTU	: Defansif Tıp Uygulamaları
NDTU	: Negatif Defansif Tıp Uygulamaları
OECD	: Organisation for Economic Co-Operation and Development
PDTU	: Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TKZMSS	: Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Çalışma Grubuna Ait Demografik Bilgiler	27
Tablo 2. Çalışma Grubunun Malpraktis ve Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Görüşleri.....	28
Tablo 3. DTU Ölçeğine Ait Ortalama Değerler	29
Tablo 4. İş Yükü Belirteçleri, DTU ve Yaşa Ait Ortalama Değerler	31
Tablo 5. Demografik Özelliklere Göre PDTU Skorlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 6. Demografik Özelliklere Göre NDTU Skorlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 7. Demografik Özelliklere Göre Toplam DTU Skorlarının Karşılaştırılması. 34	
Tablo 8. Hekimlerin Malpraktis ve Defansif Tıp Hakkındaki Bilgi ve Görüşlerine Göre PDTU Skorlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 9. Hekimlerin Malpraktis ve Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Görüşlerine Göre NDTU Skorlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 10. Hekimlerin Malpraktis ve Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Görüşlerine Göre Toplam DTU Skorlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 11. İş Yükü Belirteçleri, DTU ve Yaş Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	42
Tablo 12. PDTU'nun Açıklayıcılarına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ...	43
Tablo 13. NDTU'nun Açıklayıcılarına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ..	44
Tablo 14. DTU'nun Açıklayıcılarına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi	44

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Oranları.....	30
---	----



ÖZET

Dr. Necdet SALDI “Hekimlerin Defansif Tıp Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi” Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2023.

Amaç: Defansif tıp uygulamaları, malpraktis (tıbbi uygulama hataları) davalarından korunmak amacı ile kanıta dayalı tıp kuralları çerçevesinde yapılan tıbbi uygulamaların yanında fazladan tetkik, tedavi ve prosedürlerin uygulanması (pozitif defansif tıp) veya yüksek riskli işlemlerden kaçınmak (negatif defansif tıp) olarak tanımlanabilir. Bu çalışmada, hastanemizde görev yapan hekimlerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve görüşlerinin değerlendirilmesi ve ne ölçüde defansif tıp sergilediklerini saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte planlanan çalışmamız SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 288 hekim üzerinde yapılmıştır. Hekimlere sosyodemografik özelliklerini, çalışma koşullarını ve defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğini içeren toplam 37 soruluk anket uygulanmıştır. Veriler SPSS programı ile uygun testlerle analiz edilmiştir. Anlamlılık değeri karşılaştırma analizleri için 0.05’tir. Korelasyon analizinde 0,05 ve 0,01 düzeyinde anlamlı korelasyonlara yer verilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hekimlerin %50’sinin (n=144) kadın, %50’sinin (n=144) erkek ve yaş ortalamasının $30,60 \pm 4,60$ olduğu görülmüştür. Katılımcıların %75,7’si (n=218) uzmanlık öğrencilerinden oluşmaktaydı. Dahili branş hekimlerinin oranı %69,1 (n=199) iken cerrahi branş hekimlerinin oranı %30,9 (n=89) idi. Hekimlerin %97,6’sının defansif tıp uyguladığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %73,2’si, ülkemizde malpraktis ve komplikasyon ayrımının doğru bir şekilde yapılmadığını düşünmektedir. Hekimlerin %90,3 kadarı ülkemizde malpraktis davalarının arttığını düşünürken, meslek hayatı boyunca malpraktis davasına maruz kalan hekim oranı %5,2 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan cerrahi branş hekimlerinin, dahili branş hekimlerine göre daha fazla defansif tıp uyguladığı görülmüştür ($p < 0,05$). Öğretim üyesi katılımcıların diğer hekimlerden daha az defansif davranış gösterdikleri ve pratisyen hekimlerin en fazla kaçınma davranışı gösteren grup olduğu anlaşılmıştır.

($p<0,05$). Mesleki kıdemin defansif tıp uygulamaları üzerinde etkisinin olmadığı anlaşılmıştır ($p>0,05$). Aylık ortalama nöbet sayısı ($p<0,05$) ve yataklı servis sorumlu olunan ortalama hasta sayısı ($p<0,01$) ile defansif tıp uygulamaları arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Ayrıca aylık ortalama nöbet sayısının, pozitif defansif tıp uygulamalarının anlamlı bir açıklayıcısı olduğu anlaşılmıştır. ($F=4,50$; $R=0,245$; $R^2=0,047$; $p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda hekimlerin yüksek oranda defansif tıp uyguladığı görülmüştür. Hekimlerin defansif davranışlarına yönelik farkındalıklarının artması hem hekimi hem de hastayı etkileyen bazı olumsuz durumların önüne geçebilecektir. Aynı zamanda hekimleri defansif davranışa yönelten sebeplerin saptanması, defansif tıp uygulamalarının neden olduğu maddi ve zamansal kaybın engellenebilmesi için yapılabilecekler ile ilgili fikir verebilir.

Anahtar Kelimeler: Hekim, defansif tıp, malpraktis, hukuki sorumluluk

ABSTRACT

**Dr. Necdet SALDI ‘Assessment of physicians’ views on defensive medicine’
Gulhane Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Specialization
Thesis in Medicine, Ankara, 2023.**

Aim: Defensive medicine can be defined as performing extra examinations, treatments and procedures in addition to medical practices performed within the framework of evidence-based medical rules (assurance behavior) or avoiding high-risk procedures (avoidance behavior) in order to protect against malpractice lawsuits.. The aim of this study was to evaluate the knowledge and opinions of physicians working at our hospital, on defensive medicine practices and to determine to what extent they exhibit defensive medicine.

Materials and Methods: Our cross-sectional study was conducted on 288 physicians working in SBÜ Gülhane Training and Research Hospital who agreed to participate in the study. A total of 37 questionnaires including sociodemographic characteristics, working conditions and defensive medicine practices attitude scale were applied to the physicians. The data were analyzed with appropriate tests using the SPSS program. The significance value is 0.05 for comparison analysis. In correlation analysis, significant correlations at 0.05 and 0.01 levels were included.

Results: It was observed that 50% (n=144) of the physicians participating in the study were female, 50% (n=144) were male, and the average age was 30.60±4.60. 75.7% (n=218) of the participants were resident physician. While the rate of internal medicine physicians was 69.1% (n=199), the rate of surgical physicians was 30.9% (n=89). It was determined that 97.6% of physicians practice defensive medicine. 73.2% of the participants think that the distinction between malpractice and complications is not made correctly in our country. While 90.3% of physicians think that malpractice lawsuits have increased in our country, the rate of physicians who have been exposed to malpractice lawsuits throughout their career has been found to be 5.2%. It was observed that surgical physicians who participated in our study practiced more defensive medicine than internal medicine physicians (p<0.05). It was understood that academicians showed less defensive behavior than other physicians and that general practitioners were the group showing the most avoidance behavior (p<0.05). It was

understood that professional seniority had no effect on defensive medicine practices ($p>0.05$). A positive correlation was found between the monthly average number of shifts ($p<0.05$) and the average number of patients responsible for inpatient services ($p<0.01$) and defensive medicine practices. In addition, it was understood that the average number of seizures per month was a significant explainer of positive defensive medicine practices. ($F=4,50$; $R=0,245$; $R^2=0,047$; $p<0,05$).

Conclusion: In our study, it was observed that physicians practiced defensive medicine at a high rate. Increasing physicians' awareness of their defensive behaviors may prevent some negative situations affecting both the physician and the patient. At the same time, determining the reasons that lead physicians to defensive behavior may give an idea about what can be done to prevent the financial and temporal loss caused by defensive medicine practices.

Key words: Physician, defensive medicine, malpractice, legal liability

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tıbbi uygulama hatası (malpraktis), hekimin tedavi sırasında tıbbi standartlardan saparak veya gereken işlemleri ihmal ederek hastanın zarara uğramasına neden olmasıdır (1). Son yıllarda malpraktis davalarına maruz kalan hekim sayısı artış göstermektedir (2). Tıp alanında yaşanan yenilikler ve bunların toplum tarafından hızlı bir şekilde farkına varılması, eğitim düzeyindeki artış, sigortacılık sisteminin yaygınlaşması, adalet konusundaki hassasiyet gibi çeşitli etkenler bu davaların nedenleri arasında yer alır (3).

Defansif tıp uygulamaları, malpraktis endişesi ile standart tıbbi uygulamaların dışına çıkmak olarak tanımlanır ve bu uygulamalarda asıl amaç dava açılmasının önüne geçmektir (4,5). Defansif tıp kavramı pozitif defansif tıp (güvence davranışı) ve negatif defansif tıp (kaçınma davranışı) olarak iki alt başlıkta incelenir. Pozitif defansif tıp, sağlık sisteminde uygun görülen fakat hastaya hiçbir fayda sağlamayan, malpraktis davalarından kaçınmak için fazladan sunulan tıbbi uygulamalardır. Negatif defansif tıp ise, hekimlerin malpraktis endişesi ile riskli gördüğü hastalardan ve tıbbi uygulamalardan uzak durması, bu vakaları başka hekimlere yönlendirmesi olarak tanımlanır (6).

Defansif tıp uygulamaları, gelişmiş ülkelerde özellikle Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde uzun süredir gündemde olan ve tartışılan bir konudur. Bununla beraber gelişmekte olan ülkelerin defansif tıp uygulamaları ve etkileri ile ilgili tecrübeleri daha yeni ve kısıtlıdır. ABD'de 1970'lerden bu yana gündemde olan defansif tıp uygulamaları ülkemizde 2010 yılından itibaren konuşulmaya başlamıştır (5,7).

Hekimler arasında yapılan birçok çalışmada defansif tıp uygulamalarının yaygın olarak görüldüğü tespit edilmiştir. İsrail'de %60 (8), İtalya'da %83 (9), ABD'de %91 (10), Japonya'da %98 (11), ülkemizde ise %93 (12) oranında defansif tıp uygulandığı gözlenmiştir.

Bu alışmada, Sağlık Bilimleri niversitesi lthane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hekimlerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve görüşlerinin değerlendirilmesi ve ne ölçüde defansif tıp sergilediklerini saptamak amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. MALPRAKTİS (TIBBİ UYGULAMA HATASI)

Malpraktis, latince kökenli “mala (hatalı, kötü)” ve “practise (uygulama)” kelimelerinin birleşimi ile oluşmuştur ve kişinin mesleğini icra ederken, eksik veya hatalı bilgi sebebiyle hizmet sunduğu kişiyi zarara uğratması olarak tanımlanır (13,14).

Malpraktis; Dünya Tabipler Birliği (World Medical Association)’nin 1992 yılında İspanya’da gerçekleştirdiği 44. Genel Kurul Toplantısı’nda “hekimin tedavi sırasında standart uygulamadan sapması, gerekli tedaviyi vermemesi veya beceri eksikliği nedeniyle oluşan zarar” olarak tanımlanmıştır (15). Diğer bir tanımlama da Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonuna İlişkin Ortak Komisyon (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) tarafından yapılmış olup, “bir sağlık çalışanının, halka sağlık hizmeti sunulan merkezlerde tıp etiğine aykırı ve uygunsuz davranış sergilemesi, mesleki uygulamalarda yetersiz kalması ve ihmalkâr davranmasıdır” şeklinde ifade edilmiştir (16).

Hastanın tanı ve tedavi aşamalarında yaşayabileceği tüm olumsuz durumlar malpraktis olarak değerlendirilmemelidir. Malpraktis, hekimin bir kusurunun olmadığı halde gelişebilen komplikasyon vakaları ile karıştırılabilir. Bu karmaşanın önüne geçmek, hekimin hukuki yükümlülüklerinin tespiti açısından büyük önem arz etmektedir. Danıştay, tıp uygulamalarında güncel olarak kabul edilen risk ve sapmalar dahilinde dikkat ve özen gösterilmesine rağmen, tıbbi müdahale esnasında öngörülemeyen, öngörülse bile önlenemeyen durum ve sonuçların tamamını komplikasyon, bu durum haricindekileri malpraktis olarak kabul etmektedir (17).

Malpraktis tıbbi, etik, hukuki, eğitimsel ve yönetsel bileşenleri ile son yıllarda bütün dünyanın gündeminde olan çok yönlü bir konudur (16). Ülkemizde ise 2002 yılında Tıbbi Kötü Uygulamadan Doğan Sorumluluk Kanun Tasarısı ile tanımlanmıştır (18).

Malpraktisin nedenleri çok çeşitli olup; insana bağlı faktörler, kurumsal faktörler ve teknik faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkar. Ülkemizde malpraktis riskini artıran faktörler arasında; eğitim kurumlarının yeterli donanımda sağlık çalışanı

yetiştirmek, personel eksikliği, uzun çalışma saatleri, yorgunluk, hasta sayısının fazlalığı, mesleki memnuniyetsizlik ve tatminsizlik, yetersiz altyapı ve kaynakların eksikliği gibi etmenler bulunmaktadır (19).

Malpraktis vakalarındaki artış, birtakım sorunları da beraberinde getirmektedir. Sağlık çalışanlarına duyulan güvenin azalması, hem tıbbi uygulama hatasını yapan kişinin hem de hataya maruz kalan kişinin psikolojik olarak olumsuz etkilenmesi, vakaya müdahil olan tarafların ve ülke btcesinin maddi kayba uğraması bu sorunlardan bazılarıdır. Fakat malpraktisin en üzücü sonucu hastanın yaşadığı ciddi sağlık sorunları hatta ölümlerdir (16). Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) yayınladığı bir raporda malpraktis sorununun; morbidite ve mortalite oranlarını artırdığını, motorlu trafik kazaları, AIDS ve meme kanserinden daha çok lme neden olduğunu ve ABD’de en yaygın yedinci ölüm nedeni sayılabileceğini belirtmiştir (18).

Son yıllarda Türkiye’de yapılan çeşitli çalışmalara göre malpraktis vakalarında %40 ile %120 arasında artış yaşandığı belirtilmiştir. Yüksek Sağlık şurası’na yapılan başvurulara göre, her otuz hekimden biri şikyete maruz kalmıştır. Bu oran ABD’de yaklaşık olarak on ikide birdir (20).

Malpraktis davalarının artışı ile birlikte görülen yüksek tazminat oranları, hekimlerin riskli gördükleri vakalardan kaçınmalarına, fazladan tanı testleri istemelerine neden olmuş ve hekimler için tedirgin edici bir çalışma ortamı oluşmuştur (21). Malpraktis davalarının sağlık sistemi üzerindeki olumsuz etkilerini bertaraf etmek ve sağlık çalışanları için daha güvenli bir çalışma ortamı sağlamak adına, 15 Haziran 2022’de “Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbi İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece denen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik ile kamu dışındaki sağlık çalışanlarına tıbbi konular ile ilgili soruşturma izni verilip verilmeyeceğine ve malpraktis nedeniyle idarenin ödediği tazminatların sağlık çalışanlarına rücu edilip edilmeyeceğine, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Mesleki Sorumluluk Kurulu karar verecektir (22).

2.2. DEFANSİF TIP UYGULAMALARI

Tıp alanındaki teknolojik ilerlemeler, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesine neden olmuştur. Bu gelişmeler ile hasta ve yakınlarının tıbbi uygulamalara karşı beklentileri ve herhangi bir sorun ile karşılaşıldığında şikâyet ve dava etme olasılıkları artmıştır. Bunun sonucu olarak hekimlerin hastalarına yaklaşımları değişim göstermiş, daha defansif bir tutum sergilemeye başlamışlardır (23).

Defansif tıp kavramı, malpraktisin hekimler üzerindeki baskıcı etkisinin artması ile ilk olarak 1970’li yıllarda ABD’de konuşulmaya başlanmıştır. Defansif tıp o yıllarda hekimlerin olası malpraktis davalarından korunmak amacı ile bazı riskli gördüğü vakalardan kaçınması ve/veya ihtiyaç olmadığı halde fazladan tetkik istemesi şeklinde tanımlanmıştır. Günümüzde bu tanımlamanın güncelliğini korumasının yanı sıra kapsamı biraz daha genişlemiştir. Hastalara daha fazla zaman ayrılması, aydınlatılmış onamların daha detaylı alınması gibi durumlar defansif tıp kavramının içeriğini fazlaştırmıştır. Bu uygulamaları defansif tıp tutumları olarak değerlendirmekteki kriter, asıl amacının hastayı iyileştirmekten ziyade olası malpraktis davalarını engellemek olmasıdır (24,25).

Malpraktis davası açılma kaygısı hekimlerin davranışlarını etkileyebilir. Ancak bu endişenin defansif tıp davranışlarına nasıl yansıdığı tam olarak belli değildir. Çünkü hekimlerin malpraktis davalarına yaklaşımları ve düşünceleri değişkenlik gösterir. Hekimlerin bazıları bu davaları adaletin bir parçası veya sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesine katkı sağlama fırsatı olarak görürken, bazıları ise bu davalara yönelik korku, stres, öfke gibi negatif bir yaklaşım içerisinde (6).

Hekim kendini korumak için defansif tıp davranışı sergileyebilir fakat bunu savunma amacı ile yaptığını kanıtlamak zordur. Çünkü bir hekimin defansif amaçla sergilediği davranışı, bir diğeri tıbben gerek duyduğu için tercih edebilir (26).

Defansif tıp uygulamaları pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp olmak üzere iki ana alt başlıkta toplanır. Ancak bu sınıflandırma ile pozitif defansif tıp uygulamalarına olumlu negatif defansif tıp uygulamalarına olumsuz bir anlam yüklememek gerekir. Pozitif defansif tıp uygulamaları, hekimin ihtiyaç dışı ek

tetkikler istemesi veya fazladan tanı ve tedavi prosedürleri uygulaması iken; negatif defansif tıp uygulamaları, hekimin riskli hastalardan ve tıbbi uygulamalardan kaçınmasıdır (27).

2.2.1. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları

Pozitif defansif tıp uygulamaları; hekimlerin, malpraktis davaları veya olası şikâyet ve eleştirilerden korunmak amacı ile fazladan tanı testlerine ve tedavi yöntemlerine başvurusu olarak tanımlanır. Sorumluluğu azaltmak adına, tıbbi açıdan gereksiz olsa bile bazı hastaları farklı uzman hekimlere konsülte etmek de pozitif defansif tıp uygulamaları dahilindedir (24,28,29). Pozitif defansif tıp uygulamaları, yabancı kaynakların bazılarında “assurance behavior” yani güvence davranışı olarak da adlandırılmaktadır (21).

Pozitif defansif tıp uygulamaları ile ilgili bazı örnekler şunlardır:

- Hastanede tedavi olması gerekmeyen hastalara yatış kararı verilmesi
- Gereksiz istenen laboratuvar tahlilleri
- Gereksiz istenen radyodiagnostik tetkikler
- Lüzumsuz ilaç reçete edilmesi
- Başka branşlardan gereksiz konsültasyon isteme
- Normalden fazla ve uzun süreli klinik ziyaret yapma
- Tıbbi gereklilik olmadığı halde cerrahi operasyon yapılması
- Hasta kayıtlarının daha detaylı tutulması
- Hasta ve yakınlarını gereğinden fazla bilgilendirme
- Aydınlatılmış onam formlarına fazla vakit ayırma
- Hastalarla ilgili yaşanan olumsuz durumları ayrıntılı bir şekilde tutanağa dökme (26).

Hasta ve yakınlarının daha ayrıntılı bilgilendirilmesi, kayıtların daha özenli tutulması ve artan hastalık tarama faaliyetleri; pozitif defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmet sunum kalitesini artıran örnekleri arasında sayılabilir. Ancak fazladan yapılan tıbbi uygulamalar ve bunlara bağlı gelişen komplikasyonlar ile bu

uygulamaların sebep olduğu mali külfet, pozitif defansif tıp uygulamalarının olumsuz örnekleri olarak değerlendirilir (30,31).

Defansif tıp ile ilgili yapılan çalışmalarda, gereksiz tetkik istenmesinin en sık karşılaşılan pozitif defansif tıp uygulaması olduğu anlaşılmıştır (31,32). Hekimleri bu davranışa iten en önemli sebep, malpraktis davalarında görev yapan bilirkişilerin eksik kalan tanı yöntemleri üzerinden değerlendirme yapmasıdır (30).

2.2.2. Negatif Defansif Tıp Uygulamaları

Negatif defansif tıp uygulamaları; hekimlerin malpraktis endişesi ile tıbbi açıdan karmaşık gördükleri hastalara bakmaktan kaçınması, riskli gördüğü tedavi yöntemlerinden uzak durması olarak tanımlanır (27). Bu uygulamalar birçok nedene ve koşula göre farklılık gösterebilir. Özellikle hizmet verilen sağlık kuruluşunun hangi basamakta olduğu, teknik imkanları, hekimlerin tıbbi bilgi ve tecrübeleri, negatif defansif tıp uygulamalarının temel belirleyicileridir (33). Negatif defansif tıp uygulamaları yabancı kaynakların bazılarında “avoidance behavior” yani kaçınma davranışı olarak da adlandırılmaktadır (21).

Negatif defansif tıp uygulamaları ile ilgili bazı örnek durumlar şunlardır:

- Riskli bulunan hastalardan kaçınma
- Komplike tedavi yöntemlerinden kaçınma
- Riskli tanı yöntemlerinden kaçınma
- Riskli cerrahi prosedürlerden kaçınma
- Riskli hastaları başka sağlık kuruluşlarına yönlendirme
- Riskli hastaları olası komplikasyonlardan bahsederek tedaviden vazgeçirme
- Riskli bulunan hastalara farklı sağlık kuruluşlarını överek yönlendirme
- Girişimsel işlemlerden önce oluşabilecek olumsuz durumları hastaya ve yakınlarına abartarak anlatarak işlem sonrası gelebilecek tepkileri hafifletmeyi amaçlamak (26).

Malpraktis davaları incelendiğinde, birçoğunun negatif defansif tıp uygulamaları nedeniyle yaşandığı görülmektedir. Bu durum uygulamaktan kaçınılan prosedürlerin davalara daha sık neden olduğunu göstermektedir (30). Tıbbi olarak geçerli bir sebebi olmadan, riskli görülen hastalardan ve tedavi yöntemlerinden kaçınmak hastanın tıbben zarara uğramasına neden olabilir. Bu durum oldukça zor bir malpraktis davası ile karşı karşıya kalınmasına sebep olabilir (34).

2.3. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ ÖLÇÜLEBİLİRLİĞİ

Defansif tıp uygulamaları, bir davranış biçimi olduğundan ölçülmesi oldukça güçtür. Hekimlerin malpraktis davalarından korunmak adına başvurdukları yöntemler her ülkede değişkenlik gösterir. Bunun sebebi sağlık sistemlerinin hekimler üzerindeki etkilerinin farklı olmasıdır. Bazı ülkeler sağlık maliyetlerindeki artış nedeniyle pozitif defansif tıp uygulamalarına dikkat çekerken, bazıları negatif defansif tıp uygulamalarının hasta sağlığına olan olumsuz etkilerine önem vermektedir. Defansif davranış biçimlerini doğru bir şekilde tanımlayabilmek için objektif faktörlerin yanı sıra kanıta dayalı tıp uygulamaları dışında kalan subjektif faktörler de tanımlanmalıdır. Bu subjektif faktörler hekimlerin davranış biçimleri ve kişilik özellikleri olarak ifade edilebilir. Bu konunun her iki farklı tarafıyla değerlendirilmesi oldukça önemlidir (24,35).

ABD’de, ortopedi ve travmatoloji hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada; her görüntüleme istemi öncesi, bilgisayar sistemine “klinik için gerekli” veya “defansif amaçlı” şeklinde iki farklı seçenek eklenerek hekimlerin defansif yaklaşımları belirlenmeye çalışılmıştır (25). Farklı bir çalışmada ise; hekimlere e-posta veya telefon aracılığı ile ulaşılmış, negatif ve pozitif defansif tıp uygulamaları ile ilgili sorular içeren bir anket uygulanmıştır. Hekimlerin en az bir pozitif veya negatif defansif tıp uygulamasına başvurması, defansif tıp uyguluyor olarak kabul edilmiştir (11).

Bizim çalışmamızda defansif tıp davranışlarını değerlendirmek için Giray Kolcu tarafından tasarlanan, geçerlilik ve güvenilirliği Başer ve arkadaşları tarafından hesaplanan “Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği” kullanılmıştır (35,36).

2.4. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ NEDENLERİ

Hekimleri, defansif tıbbi uygulamalara yönlendiren birçok sebep bulunmaktadır. Hekimlik mesleğinin değer kaybı yaşaması, hekimi güvence altına alan herhangi bir düzenlemenin olmaması, riskli tıbbi uygulamaların maddi karşılığının makul olmayışı ve hekimin bu şartlar altında risk almak istememesi bu nedenler arasındadır. Malpraktis davalarının çok yaygın olduğu ABD gibi ülkelerde, avukatların hasta ve hasta yakınlarını yüksek tazminat alma konusunda ikna etmeye çalışarak dava açmayı amaçlamaları da önemli bir defansif tıp davranışı nedeni olarak sayılabilir (21,35,37).

Defansif tıp uygulamalarının nedenleri, yirmi üç öğretim üyesi hekimin görüşleri temel alınarak, nitel bir çalışma ile araştırılmıştır. Bu çalışmada defansif tıp uygulamalarının nedenleri makro ve mikro nedenler olarak iki ana alt başlıkta incelenmiştir. Makro nedenler herkesi içine alan ve toplumu ilgilendirirken, mikro nedenler ise daha çok kişisel özelliklerden kaynaklanmaktadır. Eğitim sistemi, bilirkişilik, sağlıkta şiddet, medyanın etkisi, sağlık politikaları, performans sistemi, şikâyet kanalları, malpraktis davaları ve zorunlu meslek sigortası gibi nedenler makro; beklenti, güvensizlik, iletişimsizlik, kendini korumaya alma ihtiyacı gibi bazı nedenler ise mikro nedenler olarak sınıflandırılmıştır. Çalışma sonucunda defansif tıp uygulamalarının en önemli sebebinin malpraktis davaları olduğu bulunmuştur (38).

2.4.1. Dava Açılma Korkusu

Türkiye’de 2004 yılında yürürlüğe giren bir uygulama ile Sağlık Bakanlığı, hasta şikâyetlerini kaydetmeye başlamıştır. Günümüzde halen hastalar Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)’nin numarasını (184) arayarak öneri, görüş ve şikâyetlerini iletebilirler. Sağlık hizmetleriyle ilgili şikâyetler incelendiğinde, hekimler bu şikâyetlere en fazla maruz kalan meslek grubudur. Hekimler muayene, tanı ve tedavi süreçlerinde özenli ve dikkatli tutum sergileseler dahi hastalar tarafından şikâyet edilme olasılığı tedirginlik yaratmaktadır. Haksız ve gereksiz yapılan şikâyetlerde bile hekimin yapması gereken uğraştırıcı prosedürler vardır. Bu tarz şikâyetlere maruz kalmamak adına hekimler defansif tutum sergileyebilirler (39). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı 12 hastaneye yönelik SABİM verileri

incelenmiştir. Bu verilerin %64,04'ünün şikâyet başvurusu olduğu, şikâyet başvurularının %53,62'sinin tıbbi hizmetlerden kaynaklandığı anlaşılmıştır. Tıbbi hizmetlerden kaynaklı şikayetlerin ise sadece %7,1'lik bir kısmı yanlış teşhis, tedavi ve tıbbi hatalı uygulama iddiası ile yapılmıştır. Geriye kalan şikâyet nedenlerinin sağlık hizmet sunumuyla ilgili diğer nedenler olduğu görülmüştür (40).

Yapılan çalışmalarda malpraktis davalarının %83'ünde hekimin ihmeline yönelik herhangi bir bulguya ulaşılmamıştır (41). Ülkemizdeki veriler de buna benzerlik gösterir. Örneğin 2002-2014 yılları arasında hatalı teşhis, tedavi, ameliyat vb. sebeplerle hekimlere yönelik 4470 dava açılmış ve açılan bu davaların %79'u hekim lehine, %21'i davacı olan hasta veya hasta yakını lehine sonuçlanmıştır (42). Hekimler mesleki sorumlulukları çerçevesinde hastalarına karşı hatalı bir uygulama yapmadıklarından emin olsalar bile malpraktis davası endişesi duyabilirler (43). Bunun sonucunda hekimler hastalarını potansiyel davacı olarak görmekte ve daha fazla defansif davranış sergileyerek sağlık kaynaklarının da israfına neden olmaktadır (8).

Hekimlerin bu denli dava edilme korkusu yaşamaları doğru değildir. Verdiği tıbbi kararların açıklamasını bilimsel olarak yapabilecek bilgi ve tecrübeye sahip olan hekimlerin, verdikleri kararları eksiksiz bir şekilde kayıt altına alması herhangi bir suçlamayla karşılaştıklarında oldukça koruyucu olacaktır (35).

2.4.2. Hasta-Hekim İletişimi

Hastanın sağlığını geri kazanması, yaşam kalitesinin artması, fiziksel, ruhsal, davranışsal ve sosyal yönden tam bir iyilik haline ulaşması, hekim ile hastanın ortak hedefidir. Bu nedenle hasta ve hekim birbirini tamamlayan ve ortak bir amaca hizmet eden bir takımın bileşenleri olarak birlikte çalışırlar (44).

Hekim-hasta iletişiminde katılımcı bir yaklaşım benimsendiğinde, hekime duyulan güven artar ve bu da hastanın tedaviye uyumunu olumlu yönde etkiler. Hastaların kişisel ve hastalıktan kaynaklanan problemlerini rahat bir şekilde hekimiyle paylaşması, hekimine duyduğu güven ile ilişkilidir. Bunun sonucunda tedavi süresince yaşanabilecek sorunlar daha kolay aşılmakta ve tedavinin etkinliği artmaktadır (45).

İletişim eksikliği, hastalar ile hekimler arasında yaşanan en önemli sorunlardan biri haline gelmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların memnuniyetsizliğinin en önemli sebebinin %40,4 oranında iletişim kaynaklı sorunlar olduğu, tıbbi kaynaklı sorunların ise %17,9 ile daha geride kaldığı tespit edilmiştir (46).

Hastaların hekim tercihlerinde, hekimin hasta ile iletişiminin iyi olması en önemli faktörlerden biridir. Bu diyalogun sağlanabilmesi için yeterli süreye ihtiyaç vardır. Fakat günümüzde hastaya ayrılması gereken zaman, sisteme veri kaydetmekle geçebilmektedir (47).

Tıp alanı oldukça riskli bir meslek dalıdır ve bu nedenle hekimler hastalara tedavinin başarıyla sonuçlanacağı konusunda garanti veremezler. Ancak hekimler ile hastalar arasında yeterli düzeyde iletişim kurulduğunda, hastaya ve yakınlarına gerekli bilgiler açık bir şekilde aktarıldığında ve uygulanan tıbbi prosedürler uygun bir şekilde kayıt altına alındığında, şikâyet ve dava olasılığının azalabileceği ifade edilmektedir (48). Sonuç olarak hekim ile hasta iletişiminin güçlü olmasının defansif tıp uygulamalarını azaltacağı söylenebilir (49).

2.4.3. Medyanın Etkisi

Medya, iletişim ve siyaset bilimcilerine göre yasama, yürütme ve yargının ardından toplum üzerine olan etkilerinden dolayı dördüncü kuvvet olarak kabul edilmektedir. Tüm dünya ile paralel bir şekilde, ülkemizde de medyanın gücü ve etki sahası iletişim araçlarının gelişmesiyle artmaktadır. Medya sağlık ile ilgili konulara oldukça fazla yer vermektedir. 90'lı yıllarda başlayan ve günümüzde ivmelenerek devam eden medyanın bu ilgisi ile yazılı, görsel ve dijital platformlarda sağlık konulu haberlere sıkça rastlamaktayız (50).

Son yıllarda ülkemizde de artış gösteren malpraktis davaları medyanın ilgisini çekmiş ve konuyla ilgili birçok haber paylaşımı olmuştur. Fakat medyanın hekimlere karşı sergilediği tutumu, yapıcı ve tarafsız olarak nitelemek mümkün değildir. Tıbben çok sık görülebilen ve ciddi olmayan komplikasyonlar dahi “sağlık skandalı” olarak topluma sunulmaktadır (51). Malpraktis davaları ile yargılanan hekimler, adalet karşısında suçsuz oldukları kanıtlanırsa bile medyanın manipülatif haberleri ve dava

sonucuna dava başlangıcındaki sürece yer verdikleri kadar ilgi göstermemeleri nedeniyle daha zor ve stresli bir süreç yaşamaktadırlar (6).

Malpraktis vakalarının medyada sıkça gündeme geliyor olması, insanların sağlık çalışanlarına olan tutum ve davranışlarını fazlasıyla etkilemektedir. Yapılan bu tür haberler hastaların sağlık çalışanlarından ve sağlık sisteminden yana olan beklenti ve isteklerini artırmış, daha şüpheli ve sorgulayıcı yaklaşımlarına ve malpraktis konusunda daha duyarlı olmalarına sebep olmuştur (16).

Medyanın sağlık ile ilgili haberleri yanlış ve sağlık çalışanlarını suçlayıcı bir şekilde yansıtmaması, toplumun olayları yanlış değerlendirmesine sebep olmaktadır. Bu nedenle hekimler bu tarz haberlere konu olmamak ve medya aracılığı ile suçlu durumuna düşmemek için defansif tıp uygulamalarına yönelmektedir (52).

2.4.4. Sağlıkta Şiddet

Günlük hayatta her geçen gün şiddet olaylarıyla daha çok karşılaşyoruz ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu durumu en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak değerlendirmektedir. DSÖ'nün sağlıkta şiddet tanımı: "hasta, hasta yakınları veya diğer kişilerden gelen, sağlık çalışanları için riskli durumlara sebep olan, sözel tehdit, tehditkâr davranışlar, fiziksel ve/veya cinsel saldırılardan meydana gelen durumlar" şeklindedir. Ülkemizde uzun süredir gündemden düşmeyen sağlıkta şiddet olayları son yıllarda daha da fazlalaşmıştır (53).

Sağlıkta şiddet kavramı sadece ülkemizde değil tüm dünyada ciddi bir sorun haline gelmiştir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalara göre şiddet olaylarıyla daha çok hastanelerde karşılaşmaktadır. Özellikle acil servislerde bekleme sürelerinden kaynaklı birçok şiddet olayı kayda geçmektedir (52). Benzer şekilde birinci basamak sağlık kuruluşlarında da poliklinik hizmetleri esnasında şiddet olayları ile karşılaşmaktadır. Bununla beraber aile sağlığı merkezlerinde yaşanan olaylar sonrası şiddet uygulayan hasta, hasta yakını veya diğer kişilere yönelik yaptırım oldukça yetersizdir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği gereği şiddete başvuran kişi aile hekiminden alınıp yine aynı aile sağlığı merkezinde çalışan başka bir hekime

kaydedilmektedir. Bu uygulama, şiddete maruz kalan sağlık çalışanının mesleki motivasyonunu düşürmekte ve güvenlik kaygılarını artırmaktadır (53).

Hekimlerin çalışma hayatları boyunca hem fiziksel hem de sözel şiddete maruz kaldıkları yapılan çalışmalarla ortaya konulmaktadır. Çoğunlukla sözel şiddet söz konusu iken fiziksel şiddet de azımsanmayacak boyutta olup, sonuçları maalesef ölümle bile son bulmaktadır (52). Yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının mesleklerini icra ederken fiziksel şiddete maruz kalma oranı %17 olarak tespit edilmiştir. Fiziksel şiddet ile karşılaşanların %27,9'unu hekimler oluşturmaktadır (54).

Şiddete maruz kalan kişide fiziksel bir zararın bulunup bulunmamasından bağımsız olarak, her zaman ruhsal etkilenme söz konusudur. Bu sebeple yaşanan olaylar davranışlara da yansır. Hekimler şiddet olayları ile karşılaştıklarında tepkisiz kalabilir, fazla tepki gösterebilir, hasta ve hasta yakınlarına daha mesafeli ve şüpheli yaklaşabilir, hasta ile arasına sınır koyabilirler. Yaptıkları sağlık hizmetinin değer görmemesi ve eleştirilmesi, hekimlerin mesleki motivasyonunun düşmesine ve kendilerine olan güveninin azalmasına sebep olur (55). Sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalan veya tanıklık eden hekimler, bu tarz olaylardan kendilerini uzak tutmak adına defansif tıp uygulamalarına başvurabilirler (52).

2.4.5. Mesleki Deneyim Azlığı

Hekimlerin bilgi, beceri ve deneyimleri ne kadar yüksekse, hastalara olan yaklaşımlarının da o derece etkin olduğu düşünülebilir. Bununla paralel olarak mesleki tecrübe eksikliği olan, özellikle meslek hayatının başındaki hekimler uyguladıkları tanı ve tedavi protokollerinde hukuksal bir sorun yaşamamak adına daha defansif davranış sergileyebilirler (52).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; 2004-2007 yılları arasında, 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun değerlendirip sonuçlandırdığı, ortopedi ve travmatoloji uzmanlık alanıyla ilgili 174 malpraktis dosyası incelenmiştir. Bu dosyaların 61 tanesinde hekim hatası tespit edilmiş ve 28'inde hatanın sebebinin mesleki acemilik olduğu anlaşılmıştır (56). Başka bir çalışmada 46'sının hekim olduğu 51 sağlık çalışanı ile ilgili idari yargı kararları incelenmiş ve suç türleri olarak %9,8 oranında meslekte

acemilik-cismen eza verme, %5,9 oranında meslekte acemilik-hayati tehlike oluşturma olduğu gözlenmiştir (57).

2.4.6. Sağlık Sistemi

1948 DSÖ tüzüğünde sağlık; “yalnızca hastalık veya sakatlık olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlanmıştır (58). Aynı zamanda DSÖ’ye göre ülkelerin sağlık politikaları ve uygulamaları, toplum sağlığının ana belirleyicisi olarak görülmektedir. Fakat günümüzde kişilerin sağlığının asıl sorumlusunun hekimler olduğu algısı vardır. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları sadece sağlık sisteminin uygulayıcılarıdır (35).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 56, 58, 59 ve 61. maddelerinde sağlık sisteminin düzeninden ve kişilerin sorumluluklarından bahsedilmektedir. Özellikle 56. Madde sağlıkla ilgili asıl sorumlunun devlet olduğunu belirtmektedir. Bu madde; “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 içerisinde 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 kurabilir.” şeklindedir. Sağlığın tesisi konusunda sorumluluk, ilgili Anayasa maddelerinde de yazdığı üzere sorumluluk hekimde ya da sağlık çalışanında değil Devlet’tedir (59).

Sağlık sisteminin hekimlerini koruyucu ve kollayıcı politikaları olmalıdır. Hekimler sistem içerisinde yalnız bırakıldığı takdirde hastalar ile daha sık karşı karşıya gelebilir ve anlaşmazlıklar çoğalır. Bu durum hekimlerin kendilerini savunmaya almasına ve defansif tıp uygulamalarına başvurmasına neden olur (35).

2.4.7. İş Yükünün Fazla Olması

Son yıllarda sağlık kuruluşlarına yapılan müracaatlar giderek artmaktadır. Yaşlılık, kronik hastalıkların fazlalaşması, toplumsal algının değişmesi, uygulanan popülist sağlık politikaları, iletişim kanallarının etkisi, sosyal güvenlik sisteminin kapsamı ve sağlık hizmetindeki arzın talebi tetiklemesi gibi faktörler sağlık sektöründeki iş yoğunluğunun nedenleri arasında sayılabilir (60).

Sağlık sektörünün yaşamış olduğu bu iş yükü artışı istatistiklere de yansımıştır. Ülkemizde 2000’li yılların başlarında ortalama kişi başı hekime müracaat sayısı üç iken bu sayı bazı yıllar iki hatta üç katına çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından en son 2021 yılında yayımlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre, hekime başvuru sayısı kişi başı yıllık ortalama 8 olarak tespit edilmiştir (61). Bununla beraber ülkemizde sağlık çalışanı sayılarının da yetersiz kaldığı görülmektedir. 2022 yılı OECD sağlık istatistiklerine göre ülkemizde 1000 kişiye düşen hekim sayısı ortalama 2,2 olup, hemşire sayısı ise 2,8’dir. Bu rakamlar OECD ülkelerinin ortalamasının oldukça altındadır (62).

Kişi başına düşen hekim ve sağlık çalışanının azlığı, hekimlerin iş yükünün artmasına ve aynı zamanda hastalarına yeteri kadar vakit ayıramamalarına neden olmaktadır. Hasta yoğunluğundan kaynaklanan yanlış ve eksik tıbbi uygulama yapma endişesi hekimleri, fazladan istenen tetkikler veya konsültasyonlar gibi defansif davranış sergilemeye yöneltebilir (52).

2.4.8. Maddi Motivasyon

Hekimlerin verdikleri emeğe ve üstlendikleri sorumluluklara uygun maddi gelirlerinin olması en tabii haklarıdır. Tatmin edici bir kazancının olması, kendisi ve ailesi için belli bir standartta yaşam sürebilmesini sağlar. Ayrıca mesleki anlamda güncel kalabilmeleri için gerekli olan tıbbi kongrelere katılmak, bilimsel dergilere üye olmak gibi faaliyetlere de bütçe ayırmakta zorlanmazlar (63).

Tatmin edici bir maddi kazanca sahip olmayan hekimler, tanı ve tedavi yöntemlerine karar verirken, bu yöntemlerin maddi boyutunu da hesaba katabilirler.

ABD’de Devlet Sorumluluk Ofisi (The Goverment Accountability Office), hekimlerin maddi açıdan kazançlı gördükleri için defansif tıp uygulamalarına başvurduklarını belirtmektedir. Hekimler, ek tetkik istemenin veya fazladan tıbbi işlem yapmanın gelirlerini artıracığını düşünmektedir. Florida’da sağlık otoriterleri, tanısall görüntüleme merkezlerinde ve klinik laboratuvarlarda hekimlerin fazladan kazanç elde etmek amacıyla ek tetkiklere başvurduklarını tespit etmiştir. Bütün bunların sonucunda, ABD’de federal kanunlarla aynı tetkikin kısa aralıklarla istenmesi yasaklanmıştır (64).

Özel sektörde çalışan bazı hekimler, maddi getirisi yüksek olan hastaları sahip oldukları muayenehane, özel klinik veya görüntüleme merkezlerine yönlendirirken, daha karmaşık veya riskli gördükleri hastaları kamu hastanelerine yönlendirerek hem iş yüklerini azaltırken hem de kazançlarını artırmaktadırlar (26). Ülkemizde uygulanan performans sistemi nedeniyle kamuda çalışan bazı hekimler de maddi getirisinden dolayı fazladan tetkik istemeye veya tıbbi işlem yapmaya yönelmişlerdir. Riski düşük, performans puanı yüksek olan işlemlerin hekimler tarafından daha çok tercih edildiği yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur (38). Hekimlerin gelirlerinin düşük olması mesleki olarak motivasyon kaybına neden olur ve onları daha fazla defansif tıp uygulamalarına yönlendirir (63).

2.5. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ YAYGINLIĞI

Defansif tıp uygulamaları global bir sorun olup, tek bir ülkenin, ekonominin, ideolojinin veya kültürün sorunu olmaktan çıkmıştır (65).

ABD’nin Pennsylvania eyaletinde 2003 yılında yapılan bir çalışmada malpraktis riski en yüksek olan acil tıp, ortopedi ve travmatoloji, beyin ve sinir hastalıkları cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum, radyoloji dallarında çalışan hekimlere e-posta yoluyla anket gönderilmiş ve defansif davranışları incelenmiştir. Çalışmayı kabul eden 824 hekimin %93’ü yani neredeyse tamamı defansif tıp uyguladıklarını belirtmiştir. En çok uyguladıkları defansif tıp davranışlarının ise %92 oranında; tanı ve tedavi için fazladan tetkik yapmak ve hastaları başka hekimlere konsülte etmek olduğu saptanmıştır (32).

Japonya’da 131 gastroenteroloğun katılımı ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %98’i defansif tıp uygulamalarına başvurduğunu ifade etmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %96 oranında riskli hastalardan kaçınmak, komplike tıbbi müdahalelerden uzak durmak gibi negatif defansif davranış gösterdikleri anlaşılmıştır. Bununla birlikte mesleki tecrübe ile defansif davranış arasında ters bir orantı olduğu ortaya konmuştur (11).

İngiltere’de üç farklı hastaneyi kapsayan, 204 hekimin katıldığı bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Katılımcı hekimlerin %89’u defansif tıp kavramı hakkında bilgi sahibi olduklarını ve %78’i de birçok farklı yöntemle defansif tıp uyguladıklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda katılımcıların %91’i de son zamanlarda malpraktis davalarında artış olduğunu düşünmektedir (29).

Avusturya’da ortopedi, travmatoloji ve radyoloji branşlarında çalışan toplam 183 hekimin dahil edildiği bir çalışmada, katılımcıların defansif tıp uygulama oranı %97,7 olarak saptanmıştır. Ayrıca ortopedi uzmanlarının toplam mesai sürelerinin %17’sini, travmatoloji uzmanlarının da %18’ini defansif tıp uygulamalarına harcamakta olduğu anlaşılmıştır (66).

Sudan’da 2016 yılında kadın hastalıkları ve doğum uzmanları arasında defansif tıp kavramı ile ilgili bir çalışma yapılmış ve bu çalışmaya 117 hekim dahil edilmiştir. Katılımcıların %89,7’si malpraktis davalarının fazlaştığını düşünmekte ve %27,6’sı direkt olarak bu davalara maruz kaldığını belirtmektedir. Çalışmaya katılanlar, %42,7 oranında defansif tıp uygulamaları hakkında bilgi sahibi olduklarını ve %71,8’i mesleklerini icra ederken defansif davranış sergilediklerini bildirdiler (67).

Edirne’de 2019 yılında yapılan bir çalışmada birinci basamakta görevli hekimlerin defansif tıp hakkındaki bilgi ve tutumları araştırılmıştır. 116 aile hekiminin katıldığı çalışmada, hekimlerin %94,8’inin orta ve yüksek seviyede defansif davranış sergilediği tespit edilmiştir. Hekimlerin çoğunun defansif tıp kavramını duymuş olmalarına rağmen, konu hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Sağlıkta şiddet, iletişim sorunları, medyanın olumsuz etkileri, hastaları memnun etme endişeleri gibi nedenler, hekimleri daha fazla defansif tıp uygulamalarına yönlendirmiştir (68).

Konya’da 2016 yılında yapılan ve 173 hekimin katıldığı bir çalışmada, katılımcıların %93,6’sının defansif tıp uyguladığı görülmüştür. Ayrıca çalışmaya katılan hekimlerin %24,3’ü meslek hayatları boyunca malpraktis nedeniyle kendilerine dava açıldığını ve soruşturma geçirdiklerini ifade etmiştir (12).

İzmir’de 2013 yılında Karşıyaka Toplum Sağlığı Merkezi’ne bağlı görev yapan, uzman ve pratisyen hekimlerden oluşan 81 hekimin katıldığı bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya katılan hekimlere anket yolu ile defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği uygulanmış ve hangi oranda defansif davranış sergiledikleri araştırılmıştır. Katılımcıların %21’i çok yüksek, %49,3’ü yüksek, %23,5’i orta derecede, %6,2’sinin düşük oranda defansif tıp uyguladığı sonucuna varılmıştır. Malpraktis yönünden düşük risk grubunda olmasına rağmen, birinci basamaktaki defansif tıbbın yaygınlığı dikkat çekmektedir (5).

Ülkemizde 2018 yılında 108 kadın hastalıkları ve doğum uzmanının katılımıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların tamamı, kendi branşlarına yönelik malpraktis davalarında artış olduğunu ve bu durumun daha fazla defansif davranmalarına yol açtığını belirtmişlerdir. Katılımcılar, malpraktis ve komplikasyon ayrımı konusunda hukuk sistemimizin yetersiz olduğunu, bu durumun yargı kararlarını hekim aleyhinde etkileyebileceğini ifade etmektedirler (69).

2.6. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ MALİ ETKİLERİ

Hem pozitif hem negatif defansif tıp uygulamaları günümüzde giderek yaygınlaşmakta ve normalleşmektedir. Bu durum sağlık harcamalarının artmasına ve sunulan sağlık hizmeti kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Örneğin fazladan istenilen invaziv bir test hem maliyeti hem de komplikasyon gelişme riskini artırmaktadır (70).

Defansif tıp uygulamaları sonucunda artan sağlık giderlerinin, ülke ekonomisine zarar verdiği düşünülmektedir. Bu ekonomik yükü net bir şekilde hesaplamak kolay değildir. ABD’de yapılan bir çalışmada politika analistleri, bu hesaplamayı yapabilmek için bazı ölçülebilen değerleri baz almışlardır. Malpraktis davaları sonucunda ödenen tazminatlar, mahkeme masrafları ve hekimlerin ödedikleri

mesleki sigorta primleri toplamının sağlık giderlerine oranı defansif tıp uygulamalarının mali yükünün hesaplanmasında kullanılmış ve %1,5 olarak tespit edilmiştir. Bu hesaplama biçimi defansif tıp uygulamalarının gerçek maliyetini göstermese bile, malpraktisin sağlık harcamaları içerisinde ihmal edilebilir bir seviyede olduğunun ispatı olarak sunulmaktadır (24).

Defansif tıp uygulamalarının maliyet hesabı ile ilgili rakamlar çok farklılık göstermektedir. Örneğin Medical Economics tarafından belirtilen ABD'nin yıllık defansif tıp maliyeti tahminleri 46 ile 78 milyar dolar arasında değişmektedir ve bazı kaynaklarda tahmini 300 milyar dolara kadar çıkmaktadır. Bu rakam, ABD'nin 3,2 trilyon dolarlık sağlık harcamalarının yaklaşık %3'üne denk gelmektedir (71).

Ülkemizde 2019 yılında yapılan bir çalışmada, defansif tıp uygulamalarının maliyetini hesaplamak amaçlanmıştır. Poliklinik hizmeti veren hekimlerin, bir önceki gün istemiş oldukları laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemlerini ne derece defansif amaçla istedikleri sorgulanmıştır. Çalışmaya 30 hekim ve bir önceki gün poliklinik hizmeti verdikleri 596 hasta dosyası dahil edilmiştir. Elde edilen veriler incelendiğinde, polikliniklerdeki defansif olarak istenilen tetkiklerin toplam maliyete etkisi %1,63 olarak tespit edilmiştir. Bahsedilen çalışmaların sonuçlarına göre defansif tıp uygulamalarının maliyeti oransal olarak düşük kalsa dahi, bu uygulamaların giderek arttığı düşünüldüğünde ihmal edilemeyecek seviyede olduğu söylenebilir (72).

2.7. DEFANSİF TIP UYGULAMLARI VE HUKUK

Toplumun hekime olan bakış açısı zamanla değişime uğramıştır. Eski zamanlarda kutsallık atfedilen, bilgisine saygı duyulan ve kararları sorgulanmayan bir meslek grubu olarak görülmekteydi. Fakat bu paternalist yaklaşım yerini, hastaların hak aramak adına daha sorgulayıcı olduğu, hekimlere karşı çok fazla eleştiri ve şikâyetle bulunduğu bir ortama bırakmıştır. Bu yeni düzende hekimler birçok suçlama ve malpraktis davası ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Malpraktisin yaygınlaşması ile hekimlerin tıp bilimine hâkim oldukları kadar, hukuksal anlamda da haklarını ve sorumluluklarını bilmeleri, yaşayabilecekleri olumsuzluklara karşı tedbirli olmaları gerekmektedir (73).

Ülkemizde hukuk sistemi içerisinde, sağlık alanında özel bir düzenleme bulunmamaktadır. Hekimler; Ceza Hukuku, Medeni Hukuk ve İdare Hukuku içerisindeki genel hükümlerden sorumlu tutulmakta ve yargılanmaktadırlar (42).

Ülkemizde 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK), malpraktis davalarındaki yargı kararlarını etkileyecek yenilikler içermekteydi. Kişi hak ve özgürlüklerinin kısıtlanması ile ilgili ceza oranlarında artışa gidilen TCK’da, kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi (TCK Madde 83) ve bilinçli taksir (TCK Madde 22) gibi daha önceki TCK’da olmayan kavramlar ilave edilmişti (74). Konuyla ilgili 2012 yılında İstanbul’da yapılan bir çalışmada, TCK değişikliğinin cerrahi branş hekimleri üzerindeki etkisi sorgulanmıştır. Çalışmanın sonucunda TCK’daki yenilikler ile kendisini tazminat ve ceza baskısı altında hisseden hekimlerin daha fazla defansif davranış sergiledikleri görülmüştür (75).

Toplumda “Tam Gün Yasası” olarak da bilinen ve 2010 yılında yürürlüğe giren kanunun 8. Maddesi gereği tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlara tıbbi kötü uygulamaya ilişkin sigorta yaptırma zorunluluğu getirilmiştir (76). Tıbbi Kötü Uygulamalara İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası olarak sigorta şirketleri tarafından poliçe düzenlenmeye başlanması ile, hekimlerin mesleklerini icra ederken karşılaşılabilecekleri malpraktis davalarındaki tazminata karşı güvence sağlanması amaçlanmıştır (42). Ülkemizde defansif tıp uygulamalarının nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, mesleki sorumluluk sigortası hekimleri defansif davranışa yönelten nedenlerden biri olarak görülmüştür. Sigortanın hekimler için olması gerektiği savunulurken bazı avukatların sigortayı tazminat almak için bir hedef olarak görmesi rahatsız edici bulunmuştur (38).

15 Haziran 2022 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbi İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik ile üyelerinin Sağlık Bakanı tarafından belirlendiği, başkanının Sağlık Bakan Yardımcısı olduğu hem cerrahi hem dahili branşlardan iki akademisyen hekimin bulunduğu, toplamda yedi üyesi olan Mesleki Sorumluluk Kurulu oluşturulmuştur. Kamu veya özelde çalışan sağlık meslek mensuplarına

soruşturma izni verilmesine, kamudaki sağlık meslek mensubuna malpraktis davası sonucu idarece ödenen tazminatın rücu edilip edilmemesine bu kurul karar verecektir (22). Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin KOCA, 27 Mayıs 2023 tarihinde sosyal medya hesabından “Malpraktis Yasası Bir Yılda Nasıl Sonuç Verdi” başlıklı bir paylaşımda bulunmuştur. Paylaşımında “Malpraktis Yasası olarak bilinen 3359 sayılı Kanun’un ek-18’inci maddesinin yürürlüğe girdiği 27 Mayıs 2022’den bu yana Mesleki Sorumluluk Kuruluna 6778’i soruşturma izni talepli, 652’si rücuyla ilişkin olmak üzere 7430 dosya intikal etti. Rücuyla ilişkin 652 dosyadan hiçbirinde sağlık meslek mensuplarına rücuyla gidilmemiştir. Soruşturma izni talepli 6778 dosyanın 3316 için karar verilmiş olup 3462 dosyanın ön inceleme veya sekreteryaya işlemleri devam etmektedir. Alınan 3316 karardan 2950’sinde karar soruşturma izni verilmemesi, 298’inde ise dosya için soruşturma izni verilmesi yönündedir. 68 karar ise dosyanın işleme konulmaması şeklindedir” açıklamalarında bulunmuştur (77).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Çalışmamız Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde poliklinik ve/veya klinik hizmeti veren tüm hekimler üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu dolduran hekimlere, sosyodemografik özelliklerini, çalışma koşullarını sorgulayan ve Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğini içeren 37 soruluk anket uygulanmıştır.

Kesitsel tipte yapılan çalışmamızda, hekimlerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve görüşlerinin değerlendirilmesi ve ne ölçüde defansif tıp sergilediklerini saptamak amaçlanmıştır. Hekimlerin bu davranışlarına yönelik farkındalıklarının artması hem hekimi hem de hastayı etkileyen bazı olumsuz durumların önüne geçebilecektir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Çalışmanın verileri 01.11.2022 ve 31.07.2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinik ve/veya kliniklerinde görev yapan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hekimlerden anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinik ve/veya kliniklerinde görev yapan tüm hekimler oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise, poliklinik ve/veya klinik hizmeti veren ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 302 hekim oluşturmuştur.

Çalışma anketini eksik dolduran 14 hekimin verileri çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak toplamda 288 hekim ile çalışma tamamlanmıştır.

G Power 3.1 programı ile hastanedeki toplam hekim sayısına göre örneklem büyüklüğü hesaplandığında en az 285 hekimin çalışmaya dahil edilmesi gerektiği tespit edilmiştir.

Çalışmaya dahil olma kriterleri;

1. SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hekim olarak çalışıyor olmak
2. Klinik ve/veya poliklinik hizmeti veriyor olmak
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Çalışmaya dahil olmama kriterleri;

1. Klinik veya poliklinik hizmeti vermemek
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
3. Anket veya ölçek formlarını eksik doldurmak

3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere uyguladığımız anketimiz; sosyodemografik özelliklerini, hastanedeki çalışma koşullarını sorgulayan ilk bölüm ve defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğini içeren ikinci bölüm olmak üzere toplam 37 sorudan oluşmaktadır.

İlk bölüm; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslekteki kaçınıcı yılı olduğu, unvanı (pratisyen hekim, asistan hekim, uzman hekim, öğretim üyesi), varsa uzmanlık alanı, poliklinik hizmeti verip vermediği, veriyorsa günlük ortalama hasta sayısı, yataklı servis hizmeti verip vermediği, veriyorsa sorumlu olduğu ortalama hasta sayısı, nöbet tutup tutmadığı, tutuyorsa aylık ortalama nöbet sayısı, tıpta uzmanlık tercihinde malpraktisin rolü, malpraktis/komplikasyon ayrımının gerektiği şekilde yapılıp yapılmadığı, tıp eğitimi sırasında malpraktis/tıp hukuku konusunda eğitim alıp almadığı, tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası (TKZMSS) ne sıklıkla yaptırdığı, TKZMSS'nin malpraktisten koruyuculuğu, TKZMSS'nin mesleki uygulamalarında güven verip vermediği, malpraktis davalarındaki artışı sorgulayan toplam 19 sorudan oluşmaktadır.

İkinci bölüm; Giray KOLCU'nun geliştirdiği ve 2014 yılında Başer ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinden oluşmaktadır. Ölçek toplamda 18 soru ve 3 alt ölçek içermektedir. İlk alt ölçek pozitif defansif tıp uygulamaları ile ilgili 9 soru, ikinci alt ölçek negatif defansif tıp uygulamaları ile ilgili 5 soru ve son alt ölçek ise defansif tıp uygulamaları bilgi düzeyini ölçen 4 sorudan oluşmaktadır. İlk iki alt ölçekteki toplam 14 soru 5'li likert tipte hazırlanmış olup, son alt ölçekteki 4 soru %50'lik seçim hakkı olan evet/hayır şeklindedir. Ölçekte bulunan ilk 14 sorunun her biri için %20'lik grupları belirten ve 5'li likert ölçeğinde verilen 'tamamen katılıyorum', 'çok katılıyorum', 'orta derece katılıyorum', 'az katılıyorum', 'hiç katılmıyorum' ifadeleri kullanıldı. Bu ifadelerden tamamen katılıyorum 5 puan, çok katılıyorum 4 puan, orta derecede katılıyorum 3 puan, az katılıyorum 2 puan, hiç katılmıyorum 1 puan olarak değerlendirildi ve her bir hekimin defansif tıp tutumu toplam puanı hesaplandı. Toplam puanlar, kötü (14-27 puan), orta (28- 41 puan), iyi (42-55 puan), çok iyi (56-70 puan) şeklinde sınıflandırılarak hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum düzeyi belirlenmeye çalışıldı (36).

Ölçeğin güvenilirlik analizinde iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach alfa değeri 0,853). İlk iki alt ölçeğin ayrı ayrı hesaplanan Cronbach alfa değerleri ise pozitif defansif tıp uygulamaları için 0,685, negatif defansif tıp uygulamaları için 0,918 olarak yüksek bulunmuştur (36).

3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcılardan elde edilen veriler öncelikle istatistik programına kodlanmıştır. Çalışma grubunun demografik özelliklerinin betimlenmesi için frekans, yüzde, ortalama değer ve standart sapma analizleri kullanılmıştır. Maddelere verilen cevaplar ortalama değer ve standart sapma ile betimlenmiştir.

Gruplar arası karşılaştırmalar için verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık değerleri ile kontrol edilmiştir. George ve Mallery (2010) çarpıklık ve basıklık değerlerinin +2/-2 aralığında olmasının normal dağılımı gösterdiğini ifade etmektedir (78). Demografik özelliklere göre PDTU, NTDU ve toplam DTU skorlarının karşılaştırılması için iki gruplu karşılaştırmalarda Bağımsız

Gruplar t Testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda ise bağımlı değişken skorları grup içlerinde normal dağılıma uygunsa Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), uygun değilse Kruskal Wallis H Testi yapılmıştır. En az bir grup anlamlı farka yol açmış ise Tek Yönlü Varyans analizi sonuçlarında farkın kaynağını bulmak için post-hoc Tukey testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis H Testi sonucunda gruplar arası farklılaşma oluştuğunda farkın kaynağı Mann-Whitney U testi ile saptanmıştır.

Yaş, ortalama günlük poliklinik hasta sayısı, yataklı servis sorumlu olunan ortalama hasta sayısı, ortalama aylık nöbet sayısı, PDTU, NDTU, toplam DTU skorları arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon katsayısı ve Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile incelenmiştir.

Anlamlılık değeri karşılaştırma analizleri için 0.05'tir. Korelasyon analizinde 0,05 ve 0,01 düzeyinde anlamlı korelasyonlara yer verilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 20 programı kullanılmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ VE İDARİ İZİNLER

Çalışmanın planlanması ve uygulanması süresince bilimsel etik ilkelere uyulmuştur. Çalışmaya katılmak isteyen gönüllü hekimlere; çalışmaya katılma veya katılmama konusunda özgür oldukları, çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları, çalışmaya özel hiçbir invaziv girişimde bulunulmayacağı, elde edilen verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgi verilerek bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile onamları alınmıştır.

Çalışma protokolü için; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'nun 07 Temmuz 2022 tarihli ve 13 numaralı toplantısında çalışmamız incelenmiş ve araştırma izni verilmesi uygun görülmüştür. Ayrıca Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 17 Ekim 2022 tarihli ve 2022/09 numaralı kurul toplantısında 2022/298 karar numarası ile çalışma için onay alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın verileri 01.11.2022 ve 31.07.2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinik ve/veya kliniklerinde görev yapan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 288 hekimden anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir.

Bu bölümde çalışma grubuna ait demografik bilgiler; kullanılan ölçme aracına verilen cevapların betimsel analizlerine; katılımcıların demografik özelliklerine, malpraktis ve defansif tıp uygulamaları hakkında bilgilerine göre PDTU, NDTU ve toplam DTU skorlarının karşılaştırılmasına ait sonuçlar; yaş, ortalama günlük poliklinik hasta sayısı, ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı, ortalama aylık nöbet sayısı, PDTU, NDTU, toplam DTU skorları arasındaki ilişkilere ait korelasyon analizi sonuçları; PDTU, NDTU ve DTU'nun yaş, ortalama günlük poliklinik hasta sayısı, ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı, ortalama aylık nöbet sayısı değişkenleri tarafından açıklanıp açıklanmadığına yönelik yapılan regresyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Çalışma grubunda 22 acil tıp, 54 aile hekimliği, 12 anestezi ve reanimasyon, 3 beyin ve sinir cerrahisi, 23 çocuk sağlığı ve hastalıkları, 1 çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları, 1 deri ve zührevi hastalıklar, 5 enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, 3 evde sağlık hizmetleri, 7 fizik tedavi ve rehabilitasyon, 1 gastroenteroloji, 9 genel cerrahi, 5 göğüs cerrahisi, 5 göğüs hastalıkları, 10 göz hastalıkları, 4 hava ve uzay hekimliği, 28 iç hastalıkları, 13 kadın hastalıkları ve doğum, 1 kalp ve damar cerrahisi, 4 kardiyoloji, 5 kulak burun boğaz hastalıkları, 9 nöroloji, 9 ortopedi ve travmatoloji, 2 palyatif bakım kliniği, 17 plastik cerrahi, 20 psikiyatri, 2 radyoloji, 2 romatoloji, 5 sualtı hekimliği ve hiperbarik tıp, 1 tıbbi onkoloji ve 5 üroloji kliniklerinde çalışan hekimler bulunmaktadır. Hekimlerin yaş ortalaması $30,60 \pm 4,60$ 'tır.

Çalışma grubuna ait demografik bilgiler Tablo 1'de verilmiştir. Tabloya göre kadın hekim sayısı 144 (%50,0), erkek hekim sayısı 144 (%50,0)'tür. Katılımcıların 154 (%53,5)'ü evli, 134 (%46,5)'ü bekardır. Mesleki kıdeme bakıldığında 1-5 yıl

arasında çalışan hekim sayısı 158 (%54,9)'dir. Çalışma grubunda en fazla asistan hekim bulunmaktadır (n= 218, %75,7). Dahili tıp bilimlerinden 199 (%69,1), cerrahi tıp bilimlerinden 89 (%30,9) katılımcı vardır. Hekimlerin 232'si (%80,6) poliklinik hizmeti vermekte, 207'si (%71,9) yataklı servis hizmeti vermekte, 239'u (%83,0) nöbet tutmaktadır.

Tablo 1. Çalışma Grubuna Ait Demografik Bilgiler

Değişken	Grup	n	%
Cinsiyet	Kadın	144	50,0
	Erkek	144	50,0
Medeni Durum	Evli	154	53,5
	Bekar	134	46,5
Mesleki Kıdem	1 yıldan az	22	7,6
	1-5 yıl	158	54,9
	6-10 yıl	40	13,9
	10 yıldan fazla	68	23,6
Unvan	Pratisyen Hekim	9	3,1
	Asistan Hekim	218	75,7
	Uzman Hekim	54	18,8
	Öğretim Üyesi	7	2,4
Branş	Dahil Tıp	199	69,1
	Cerrahi Tıp	89	30,9
Poliklinik Hizmeti	Evet	232	80,6
	Hayır	56	19,4
Yataklı Servis Hizmeti	Evet	207	71,9
	Hayır	81	28,1
Nöbet	Evet	239	83,0
	Hayır	49	17,0

Hekimlerin malpraktis ve defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve görüşleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Malpraktis 129 (%45,6) hekimin tıpta uzmanlık branşı tercihinde rol oynamıştır. Hekimlerin %73,2'si malpraktis/komplikasyon ayrımının gerektiği şekilde yapılmadığını düşünmektedir. Katılımcıların 132 (%45,8) tanesi lisans eğitimi esnasında malpraktis/tıp hukuku eğitimi almıştır. 218 (%75,7) hekim tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortasını yaptırmaktadır. Buna karşılık 154 (%53,5) hekim tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortasının kendisini malpraktisten korumayacağını, 106

(%36,8) hekim bu sigortanın kendisini güvende hissettirmedeğini düşünmektedir. 260 (%90,3) katılımcı malpraktis nedeniyle açılan davaların arttığını beyan etmiştir. 15 (%5,2) hekime malpraktis nedeniyle dava açılmıştır. Hekimlerin 270 (%93,8)'i malpraktis davalarının performansı etkilediğini; 230 (%79,9)'u defansif tıptan haberdar olduğunu ifade ederken; 181 hekim (%62,8) defansif tıp konusunda bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir.

Tablo 2. Çalışma Grubunun Malpraktis ve Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Görüşleri

Değişken	Grup	n	%
Uzmanlık Tercihinde Malpraktisin Rolü	Evet	129	45,6
	Hayır	108	38,1
	Kararsız	46	16,3
Malpraktis/Komplikasyon Ayrımının Yapılması	Evet	29	10,1
	Hayır	211	73,2
	Kararsız	48	16,7
Lisansta Malpraktis/Tıp Hukuku Eğitimi	Evet	132	45,8
	Hayır	114	39,6
	Hatırlamıyor	42	14,6
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası	Düzenli Yaptırıyor	218	75,7
	Zaman Zaman Yaptırıyor	50	17,4
	Hiç Yaptırmadı	20	6,9
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının Koruyacağını Düşünme	Evet	23	8
	Hayır	154	53,5
	Kararsız	111	38,5
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının Güvende Hissettirmesi	Evet	85	29,5
	Hayır	106	36,8
	Kararsız	97	33,7
Malpraktis Davalarında Artış Olup Olması	Evet	260	90,3
	Hayır	8	2,8
	Kararsız	20	6,9
Malpraktis Davası Açılma Durumu	Evet	15	5,2
	Hayır	273	94,8
Malpraktis Davalarının Performansı Etkilemesi	Evet	270	93,8
	Hayır	18	6,2
Defansif Tıptan Haberdarlık	Evet	230	79,9
	Hayır	58	20,1
Defansif Tıp Konusunda Bilgi Sahibi Olma	Evet	107	37,2
	Hayır	181	62,8

Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğine ait ortalama değerler Tablo 3'te verilmiştir. Tabloya göre “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum” maddesi $4,12 \pm 0,90$ ve “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum” maddesi $4,11 \pm 0,92$ ortalama ile en yüksek değerlere sahiptir. $2,65 \pm 1,20$ ortalama ile “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyon dışı nedenler ile (örneğin, sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum” ve $2,90 \pm 1,28$ ortalama ile “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum” maddesi en düşük ortalama sahip iki maddedir.

Tablo 3. DTU Ölçeğine Ait Ortalama Değerler

	Maddeler	Ort.±Ss.	Min.	Maks.
1	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerim dışında tetkikler istiyorum.	$3,30 \pm 1,15$	1,00	5,00
2	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyon dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.	$3,35 \pm 1,15$	1,00	5,00
3	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlarla ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.	$3,73 \pm 1,07$	1,00	5,00
4	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyon dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.	$2,65 \pm 1,20$	1,00	5,00
5	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha fazla kullanıyorum.	$3,62 \pm 1,15$	1,00	5,00
6	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum.	$3,85 \pm 0,98$	1,00	5,00
7	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum.	$3,12 \pm 1,13$	1,00	5,00
8	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.	$4,11 \pm 0,92$	1,00	5,00
9	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.	$4,12 \pm 0,90$	1,00	5,00
10	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.	$3,20 \pm 1,19$	1,00	5,00
11	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.	$2,90 \pm 1,28$	1,00	5,00
12	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.	$3,21 \pm 1,22$	1,00	5,00

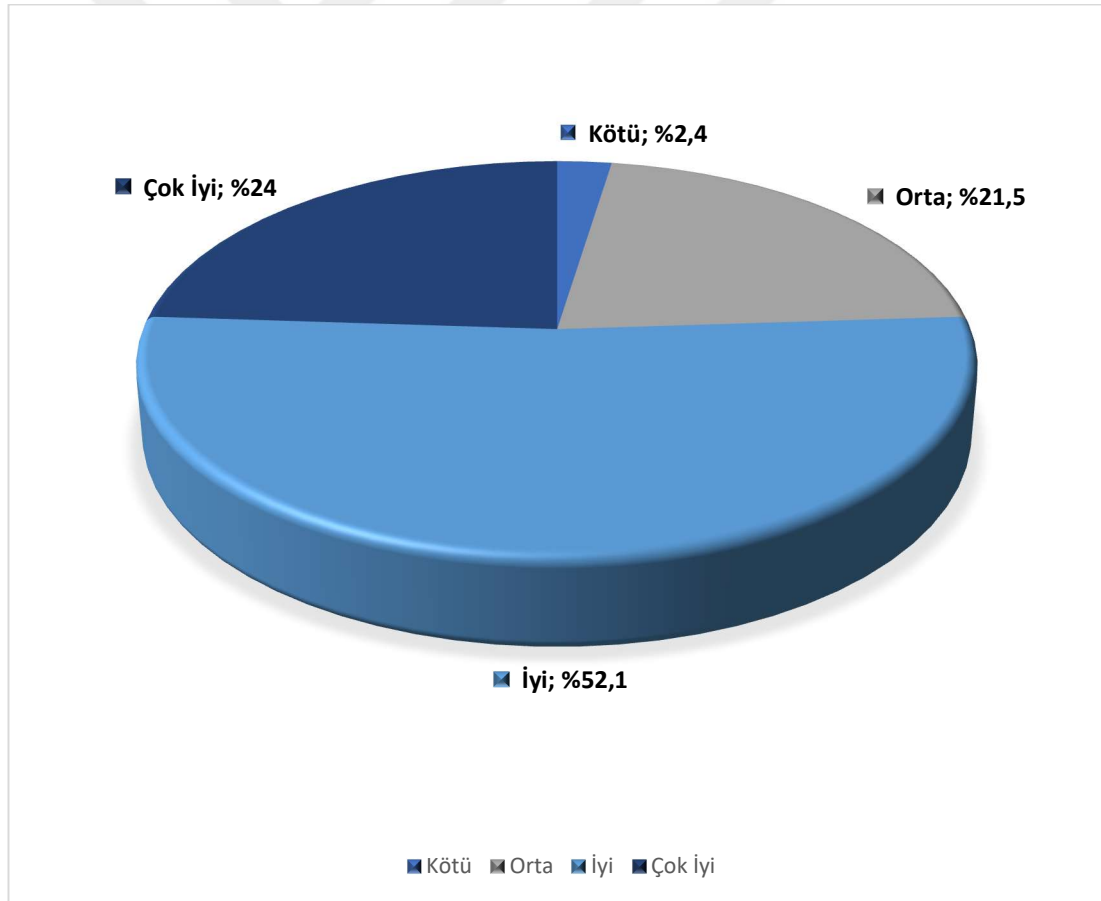
DTU: Defansif Tıp Uygulamaları, Ort.: Ortalama, Ss.: Standart Sapma, Min.: Minimum Değer, Maks.: Maksimum Değer

Tablo 3. DTU Ölçeğine Ait Ortalama Değerler (Devamı)

Maddeler	Ort.±Ss.	Min.	Maks.
13 Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.	3,10±1,20	1,00	5,00
14 Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.	3,96±1,10	1,00	5,00

DTU: Defansif Tıp Uygulamaları, Ort.: Ortalama, Ss.: Standart Sapma, Min.: Minimum Değer, Maks.: Maksimum Değer

Hekimlerin defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğine ait oranları Şekil 1’de gösterilmiştir. Hekimlerin %2,4’ünün (n=7) kötü, %21,5’inin (n=62) orta, %52,1’inin (n=150) iyi, %24’ünün (n=69) çok iyi derecede defansif davranış göstermektedir. Buna göre hekimlerin %97,6’sı verdikleri hizmette defansif tıp uygulamaktadır.



Şekil 1. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Oranları

İş yükü belirteçleri, DTU ve yaşa ait ortalama değerler Tablo 4’de verilmektedir. Yaş, günlük ortalama poliklinik hasta sayısı, ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı, aylık ortalama nöbet sayısı, PDTU, NDTU ve toplam DTU için ortalama skorlar sırası ile $30,60\pm4,60$, $44,89\pm38,17$, $11,16\pm10,69$, $4,27\pm2,94$, $31,86\pm6,12$, $16,36\pm5,02$ ve $48,22\pm9,79$ ’dir.

Tablo 4. İş Yükü Belirteçleri, DTU ve Yaşa Ait Ortalama Değerler

Değişken	Ort.±Ss.	Min.	Maks.
Yaş (Yıl)	30,60±4,60	24,00	55,00
Günlük Poliklinik Hasta Sayısı	44,89±38,17	0,00	250,00
Yataklı Servis Sorumlu Hasta Sayısı	11,16±10,69	0,00	45,00
Aylık Nöbet Sayısı	4,27±2,94	0,00	10,00
PDTU	31,86±6,12	13,00	45,00
NDTU	16,36±5,02	5,00	25,00
Toplam DTU	48,22±9,79	21,00	70,00

PDTU: Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları, NDTU: Negatif Defansif Tıp Uygulamaları, DTU: Defansif Tıp Uygulamaları, Ort.: Ortalama, Ss.: Standart Sapma, Min.: Minimum Değer, Maks.: Maksimum Değer

Katılımcıların demografik özelliklerine göre PDTU skorlarının karşılaştırılması Tablo 5’te gösterilmiştir. Tablo incelediğinde cinsiyet ($t=0,19$; $p>0,05$), medeni durum ($t=0,41$; $p>0,05$), mesleki kıdem ($F=0,95$; $p>0,05$), poliklinik hizmeti verme ($t=0,61$; $p>0,05$), yataklı servis hizmeti vermeye ($t=1,37$; $p>0,05$) göre PDTU skorları arasında istatistiksel açıdan farklılaşma yoktur.

Unvana göre gruplar arasında PDTU skorları açısından anlamlı farklılaşma olduğu saptanmıştır. Öğretim üyesi katılımcıların PDTU skorları ($X=26,57$) pratisyen hekimlerin ($X=33,89$) ve asistan hekimlerin ($X=32,17$) skorlarından anlamlı olarak düşüktür ($H=11,08$; $p<0,05$). PDTU skorları açısından hekimlerin diğer unvan grupları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Buna ek olarak cerrahi tıp bilimleri hekimlerinin ($X=33,80$) PDTU skorları dahili tıp bilimleri hekimlerinin ($X=31,00$) PDTU skorlarından anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($t=-3,67$; $p<0,05$). Ayrıca nöbet tutan hekimlerin PDTU skorları ($X=32,90$) nöbet tutmayan hekimlerin ($X=29,76$) skorlarından istatistiki olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($t=2,67$; $p<0,05$).

Tablo 5. Demografik Özelliklere Göre PDTU Skorlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort.±Ss.	Min.	Maks.	Test İstatistiği	p
Cinsiyet	Kadın	31,93±5,64	17,00	45,00	t=0,19	0,848
	Erkek	31,79±6,60	13,00	45,00		
Medeni Durum	Evli	32,00±6,44	13,00	45,00	t=0,41	0,681
	Bekar	31,70±5,77	17,00	45,00		
Mesleki Kıdem	1 yıldan az	32,18±5,95	22,00	43,00	F=0,95	0,419
	1-5 yıl	32,01±6,17	13,00	45,00		
	6-10 yıl	32,78±5,28	20,00	43,00		
	10 yıldan fazla	30,87±6,53	19,00	45,00		
Unvan	Pratisyen Hekim	33,89±6,55	19,00	41,00	H=11,08	0,011*
	Asistan Hekim	32,17±5,95	13,00	45,00		
	Uzman Hekim	30,96±6,71	19,00	45,00		
	Öğretim Üyesi	26,57±3,36	21,00	30,00		
Branş	Dahili Tıp	31,00±5,93	15,00	45,00	t=-3,67	<0,001*
	Cerrahi Tıp	33,80±6,14	13,00	45,00		
Poliklinik Hizmeti	Evet	31,97±6,07	13,00	45,00	t=0,61	0,541
	Hayır	31,41±6,40	15,00	45,00		
Yataklı Servis Hizmeti	Evet	32,17±6,32	13,00	45,00	t=1,37	0,173
	Hayır	31,07±5,56	19,00	45,00		
Nöbet	Evet	32,29±6,19	15,00	45,00	t=2,67	0,008*
	Hayır	29,76±5,39	13,00	39,00		

* $p<0,05$; PDTU: Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları, Ort.: Ortalama, Ss.: Standart Sapma, Min.: Minimum Değer, Maks.: Maksimum Değer, t: Bağımsız Gruplar t Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, H: Kruskal Wallis H Testi

Demografik özelliklere göre NDTU skorlarının karşılaştırılması Tablo 6'da verilmiştir. Kadın ve erkekler arasında ($t=-1,51$; $p>0,05$); evli ve bekarlar arasında ($t=0,30$; $p>0,05$); mesleki kıdemi 1 yıldan az, 1-5 yıl arası, 6-10 yıl ve 10 yıldan fazla olanlar arasında ($F=1,59$; $p>0,05$); yataklı servis hizmeti verenler ve vermeyenler arasında ($t=-1,27$; $p>0,05$); nöbet tutan ve tutmayanlar arasında ($t=0,25$; $p>0,05$) NDTU skorları farklılaşmamaktadır.

Pratisyen hekim ($X=20,44$), asistan hekim ($X=16,44$) ve uzman hekimlerin ($X=16,41$) NDTU skorları öğretim üyesi hekimlerin ($X=8,43$) NDTU skorlarından anlamlı olarak yüksektir. Pratisyen hekimlerin NDTU skorları asistan ve uzman hekimlerin NDTU skorlarından istatistiki olarak anlamlı derecede yüksektir ($H=20,46$;

$p<0,05$). Asistan ve uzman hekimlerin NDTU skorları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Cerrahi branş hekimlerinin ($X=17,97$) NDTU skorları dahili branş hekimlerinin ($X=15,65$) NDTU skorlarından anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($t=-3,68$; $p<0,05$). Poliklinik hizmeti veren katılımcıların ($X=16,70$) vermeyen katılımcılara göre ($X=14,98$) NDTU skorları anlamlı olarak yüksektir ($t=2,32$; $p<0,05$).

Tablo 6. Demografik Özelliklere Göre NDTU Skorlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort.±Ss.	Min.	Maks.	Test İstatistiği	P
Cinsiyet	Kadın	15,92±4,89	5,00	25,00	$t=-1,51$	0,130
	Erkek	16,81±5,12	5,00	25,00		
Medeni Durum	Evli	16,45±5,14	5,00	25,00	$t=0,30$	0,763
	Bekar	16,27±4,98	6,00	25,00		
Mesleki Kıdem	1 yıldan az	15,95±4,89	8,00	25,00	$F=1,59$	0,193
	1-5 yıl	16,29±4,93	6,00	25,00		
	6-10 yıl	17,88±4,68	6,00	25,00		
	10 yıldan fazla	15,78±5,36	5,00	25,00		
Unvan	Pratisyen Hekim	20,44±5,57	8,00	25,00	$H=20,46$	<0,001*
	Asistan Hekim	16,44±4,74	6,00	25,00		
	Uzman Hekim	16,41±5,23	6,00	25,00		
	Öğretim Üyesi	8,43±2,94	5,00	11,00		
Branş	Dahili Tıp	15,65±5,08	5,00	25,00	$t=-3,68$	<0,001*
	Cerrahi Tıp	17,97±4,50	7,00	25,00		
Poliklinik Hizmeti	Evet	16,70±4,95	5,00	25,00	$t=2,32$	0,021*
	Hayır	14,98±5,09	6,00	25,00		
Yataklı Servis Hizmeti	Evet	16,13±5,17	5,00	25,00	$t=-1,27$	0,206
	Hayır	16,96±5,58	7,00	25,00		
Nöbet	Evet	16,33±5,03	5,00	25,00	$t=0,25$	0,800
	Hayır	16,53±4,98	6,00	25,00		

* $p<0,05$; NDTU: Negatif Defansif Tıp Uygulamaları, Ort.: Ortalama, Ss.: Standart Sapma, Min.: Minimum Değer, Maks.: Maksimum Değer, t: Bağımsız Gruplar t Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, H: Kruskal Wallis H Testi

Toplam DTU skorlarının katılımcıların demografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir. Sonuçlara göre toplam DTU skorları cinsiyet ($t=-0,66$; $p>0,05$), medeni durum ($t=0,41$; $p>0,05$), mesleki kıdem ($F=1,42$; $p>0,05$),

poliklinik hizmeti verme ($t=1,56$; $p>0,05$), yataklı servis hizmeti verme ($t=0,20$; $p>0,05$) nöbet tutmaya ($t=1,53$; $p>0,05$) göre farklılaşmamaktadır.

Unvanı pratisyen hekim ($X=54,33$), asistan hekim ($X=48,61$) ve uzman hekim ($X=47,37$) olanların toplam DTU skorları unvanı öğretim üyesi olan hekimlerin ($X=35,00$) toplam DTU skorlarından anlamlı olarak yüksektir ($F=5,97$; $p<0,05$). Pratisyen, asistan ve uzman hekimlerin toplam DTU skorları arasında fark yoktur ($p>0,05$). Ek olarak cerrahi branş hekimlerinin ($X=51,75$) toplam DTU skorları, dahili branş hekimlerinin ($X=46,65$) skorlarından anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($t=-4,21$; $p<0,05$).

Tablo 7. Demografik Özelliklere Göre Toplam DTU Skorlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort.±Ss.	Min.	Maks.	Test İstatistiği	P
Cinsiyet	Kadın	47,85±9,00	26,00	70,00	$t=-0,66$	0,513
	Erkek	48,60±10,55	21,00	70,00		
Medeni Durum	Evli	48,45±10,08	21,00	70,00	$t=0,41$	0,680
	Bekar	47,97±9,48	21,00	70,00		
Mesleki Kıdem	1 yıldan az	48,14±10,16	33,00	68,00	$F=1,42$	0,238
	1-5 yıl	48,30±9,81	21,00	70,00		
	6-10 yıl	50,65±8,52	26,00	66,00		
	10 yıldan fazla	46,65±10,22	26,00	70,00		
Unvan	Pratisyen Hekim	54,33±9,66	38,00	66,00	$F=5,97$	0,001*
	Asistan Hekim	48,61±9,43	21,00	70,00		
	Uzman Hekim	47,37±10,36	26,00	70,00		
	Öğretim Üyesi	35,00±5,29	26,00	41,00		
Branş	Dahili Tıp	46,65±9,49	21,00	70,00	$t=-4,21$	<0,001*
	Cerrahi Tıp	51,75±9,58	21,00	70,00		
Poliklinik Hizmeti	Evet	48,67±9,80	21,00	70,00	$t=1,56$	0,119
	Hayır	46,39±9,65	21,00	70,00		
Yataklı Servis Hizmeti	Evet	48,30±10,21	21,00	70,00	$t=0,20$	0,838
	Hayır	48,04±8,71	31,00	70,00		
Nöbet	Evet	48,62±9,86	21,00	70,00	$t=1,53$	0,128
	Hayır	46,29±9,32	21,00	64,00		

* $p<0,05$; DTU: Defansif Tıp Uygulamaları, Ort.: Ortalama, Ss.: Standart Sapma, Min.: Minimum Değer, Maks.: Maksimum Değer, t: Bağımsız Gruplar t Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Hekimlerin malpraktis ve defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve görüşlerine göre PDTU skorlarının karşılaştırılması Tablo 8’de gösterilmiştir. Uzmanlık tercihinde malpraktisin rolü ($F=2,65$; $p>0,05$), lisansta malpraktis/tıp hukuku eğitimi alma ($F=0,07$; $p>0,05$), zorunlu mali sorumluluk sigortası yaptırma ($F=1,06$; $p>0,05$), zorunlu mali sorumluluk sigortasının güvende hissettirmesi ($F=1,79$; $p>0,05$), malpraktis davalarında artış ($F=2,75$; $p>0,05$), malpraktis davası açılma durumu ($t=-0,47$; $p>0,05$) ve defansif tıptan haberdarlık ($F=1,76$; $p>0,05$) değişkenlerine göre hekimlerin PDTU skorlarının birbirinden farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Malpraktis/komplikasyon ayrımının gerektiği şekilde yapıldığını ($X=32,86$) ve yapılmadığını ($X=32,41$) düşünen hekimlerin PDTU skorları kararsız ($X=28,81$) olan hekimlerin skorlarından anlamlı olarak daha yüksektir. ($F=7,53$; $p<0,05$). Malpraktis/komplikasyon ayrımının gerektiği şekilde yapıldığını ve yapılmadığını düşünen hekimlerin PDTU skorları arasında anlamlı farklılaşma yoktur ($p>0,05$). Benzer şekilde zorunlu mali sorumluluk sigortasının koruyacağını düşünen ($X=33,57$) ve düşünmeyen ($X=33,06$) hekimlerin PDTU skorları kararsız ($X=29,84$) olan hekimlerin skorlarından anlamlı olarak daha yüksektir ($F=10,58$; $p<0,05$). Zorunlu mali sorumluluk sigortasının koruyacağını düşünen ve düşünmeyen hekimlerin PDTU skorları arasında istatistiki açıdan fark yoktur ($p>0,05$).

Malpraktis davalarının hekimlik performansını etkilediğini düşünen katılımcıların ($X=32,07$) PDTU skorları, performansı etkilemeyeceğini düşünen katılımcıların ($X=28,67$) skorlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t=2,30$; $p<0,05$). Ayrıca defansif tıp konusunda bilgi sahibi olan hekimlerin ($X=32,98$) PDTU skorları, bilgi sahibi olmayan hekimlerin ($X=31,20$) skorlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($t=2,41$; $p<0,05$).

Tablo 8. Hekimlerin Malpraktis ve Defansif Tıp Hakkındaki Bilgi ve Görüşlerine Göre PDTU Skorlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort.±Ss.	Min.	Maks.	Test İstatistiği	p
Uzmanlık Tercihinde Malpraktisin Rolü	Evet	32,46±5,29	17,00	45,00	F=2,65	0,072
	Hayır	30,71±7,12	13,00	45,00		
	Kararsız	32,35±5,56	22,00	45,00		
Malpraktis / Komplikasyon Ayırımının Yapılması	Evet	32,86±6,56	20,00	43,00	F=7,53	0,001*
	Hayır	32,41±6,10	13,00	45,00		
	Kararsız	28,81±5,09	19,00	41,00		
Lisansta Malpraktis / Tıp Hukuku Eğitimi	Evet	32,01±6,03	15,00	45,00	F=0,07	0,993
	Hayır	31,74±6,74	13,00	45,00		
	Hatırlamıyor	31,74±5,57	17,00	44,00		
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Yaptırma	Düzenli	32,16±5,94	15,00	45,00	F=1,06	0,347
	Zaman Zaman	31,04±6,56	17,00	43,00		
	Hiç Yaptırmadı	30,70±6,96	13,00	40,00		
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının Koruyacağını Düşünme	Evet	33,57±5,81	24,00	41,00	F=10,58	<0,001*
	Hayır	33,06±6,11	13,00	45,00		
	Kararsız	29,84±5,69	15,00	43,00		
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının Güvende Hissettirmesi	Evet	32,19±6,10	15,00	45,00	F=1,79	0,168
	Hayır	32,46±6,71	13,00	45,00		
	Kararsız	30,92±5,39	17,00	43,00		
Malpraktis Davalarında Artış	Evet	32,07±5,93	15,00	45,00	F=2,75	0,066
	Hayır	27,13±10,53	13,00	43,00		
	Kararsız	31,05±6,00	21,00	42,00		
Malpraktis Davası Açılma Durumu	Evet	31,13±7,22	15,00	39,00	t=-0,47	0,637
	Hayır	31,90±6,07	13,00	45,00		
Malpraktis Davalarının Performansı Etkilemesi	Evet	32,07±5,96	17,00	45,00	t=2,30	0,022*
	Hayır	28,67±7,75	13,00	41,00		
Defansif Tıptan Haberdarlık	Evet	32,18±5,84	17,00	45,00	t=1,76	0,080
	Hayır	30,60±7,07	13,00	45,00		
Defansif Tıp Konusunda Bilgi Sahibi Olma	Evet	32,98±6,13	19,00	45,00	t=2,41	0,017*
	Hayır	31,20±6,04	13,00	45,00		

* $p<0,05$; PDTU: Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları, Ort.: Ortalama, Ss.: Standart Sapma, Min.: Minimum Değer, Maks.: Maksimum Değer, t: Bağımsız Gruplar t Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Hekimlerin malpraktis ve defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve görüşlerine göre NDTU skorlarının karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir. NDTU skorlarının lisansta malpraktis/tıp hukuku eğitimi almaya ($F=2,04$; $p>0,05$), zorunlu mali sorumluluk sigortası yaptırmaya ($F=0,40$; $p>0,05$), zorunlu mali sorumluluk sigortasının güvende hissettirmesine ($F=0,67$; $p>0,05$), malpraktis davalarında artış olup olmamasına ($F=1,61$; $p>0,05$) ve malpraktis davası açılma durumuna ($t=0,82$; $p>0,05$) göre farklılaşmadığı bulunmuştur.

Tıpta uzmanlık tercihinde malpraktisin rolü konusunda kararsız olan ($X=17,43$) ve tercihinde malpratisin rolünün olduğunu düşünen ($X=16,90$) hekimlerin NDTU skorları, malpraktisin rolünün olmadığını düşünen ($X=14,95$) hekimlerin NDTU skorlarından anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($F=6,31$; $p<0,05$). Tercihinde malpraktisin rolü konusunda kararsız olan ve tercihinde malpratisin rolü olduğunu düşünen hekimlerin NDTU skorları ise farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Malpraktis/komplikasyon ayrımının gerektiği şekilde yapılmadığını düşünen katılımcıların ($X=16,92$) NDTU skorları kararsız olan katılımcıların ($X=14,69$) NDTU skorlarından anlamlı olarak yüksektir ($F=5,11$; $p<0,05$). Malpraktis/komplikasyon ayrımının gerektiği şekilde yapıldığını düşünen katılımcıların NDTU skorları, gerektiği gibi yapılmadığını düşünen ve kararsız olan katılımcıların skorlarından istatistiki olarak farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Zorunlu mali sorumluluk sigortasının korumayacağını düşünen hekimlerin ($X=17,18$) NDTU skorları kararsız olan hekimlerin ($X=14,99$) skorlarından anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($F=7,12$, $p<0,05$). Ek olarak zorunlu mali sorumluluk sigortasının koruyacağını düşünen hekimlerin katılımcıların NDTU skorları, korumayacağını düşünen ve kararsız olan katılımcıların skorlarından istatistiki olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceğini düşünen ($X=16,57$) katılımcıların NDTU skorları etkilemeyeceğini düşünen ($X=13,17$) katılımcıların skorlarından istatistiki olarak yüksektir ($t=2,83$; $p<0,05$). Ayrıca defansif tıptan haberdar olan hekimlerin ($X=16,70$) haberdar olmayan hekimlerden ($X=15,07$)

NDTU skorlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($t=2,31$; $p<0,05$). Ayrıca defansif tıp konusunda bilgisi olan katılımcıların ($X=17,40$) NDTU skorları, bilgisi olmayan katılımcıların ($X=15,75$) NDTU skorlarından anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($t=2,73$; $p<0,05$).

Tablo 9. Hekimlerin Malpraktis ve Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Görüşlerine Göre NDTU Skorlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort.±Ss.	Min.	Maks.	Test İstatistiği	p
Uzmanlık Tercihinde Malpraktisin Rolü	Evet	16,90±4,63	6,00	25,00	F=6,31	0,002*
	Hayır	14,95±5,28	5,00	25,00		
	Kararsız	17,43±4,58	6,00	25,00		
Malpraktis/ Komplikasyon Ayırımının Yapılması	Evet	15,07±6,69	7,00	25,00	F=5,11	0,007*
	Hayır	16,92±5,03	5,00	25,00		
	Kararsız	14,69±4,72	6,00	25,00		
Lisansta Malpraktis/ Tıp Hukuku Eğitimi	Evet	15,74±4,52	6,00	25,00	F=2,04	0,131
	Hayır	17,03±5,59	5,00	25,00		
	Hatırlamıyor	16,52±4,73	8,00	25,00		
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Yaptırma	Düzenli	16,45±4,94	5,00	25,00	F=0,40	0,672
	Zaman Zaman	16,40±5,52	6,00	25,00		
	Hiç Yaptırmadı	15,40±4,49	6,00	23,00		
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının Koruyacağını Düşünme	Evet	17,56±4,98	9,00	25,00	F=7,12	0,001*
	Hayır	17,18±5,22	5,00	25,00		
	Kararsız	14,99±4,44	5,00	25,00		
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının Güvende Hissettirmesi	Evet	15,87±5,89	6,00	25,00	F=0,67	0,514
	Hayır	16,43±5,51	5,00	25,00		
	Kararsız	16,72±4,36	6,00	25,00		
Malpraktis Davalarında Artış	Evet	16,44±5,08	5,00	25,00	F=1,61	0,202
	Hayır	13,25±4,40	8,00	19,00		
	Kararsız	16,65±4,06	10,00	25,00		
Malpraktis Davası Açılma Durumu	Evet	16,40±6,91	6,00	25,00	t=0,82	0,413
	Hayır	16,31±4,90	5,00	25,00		
Malpraktis Davalarının Performansı Etkilemesi	Evet	16,57±4,93	5,00	25,00	t=2,83	0,005*
	Hayır	13,17±5,38	5,00	24,00		
Defansif Tıptan Haberdarlık	Evet	16,70±4,90	6,00	25,00	t=2,31	0,022*
	Hayır	15,07±5,27	5,00	25,00		
Defansif Tıp Konusunda Bilgi Sahibi Olma	Evet	17,40±4,94	6,00	25,00	t=2,73	0,007*
	Hayır	15,75±4,97	5,00	25,00		

* $p<0,05$; NDTU: Negatif Defansif Tıp Uygulamaları, Ort.: Ortalama, Ss.: Standart Sapma, Min.: Minimum Değer, Maks.: Maksimum Değer, t: Bağımsız Gruplar t Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Hekimlerin malpraktis ve defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve görüşlerine göre toplam DTU skorlarının karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. Sonuçlara göre lisansta malpraktis/tıp hukuku eğitimi almaya ($F=0,33$; $p>0,05$), zorunlu mali sorumluluk sigortası yaptırmaya ($F=0,79$; $p>0,05$), zorunlu mali sorumluluk sigortasının güvende hissettirmesine ($F=0,43$; $p>0,05$), malpraktis davalarında artış olup olmamasına ($F=2,74$; $p>0,05$) ve malpraktis davası açılma durumuna ($t=0,13$; $p>0,05$) göre toplam DTU skorlarının farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Uzmanlık tercihinde malpraktisin rolü olduğunu düşünen hekimlerin ($X=49,36$) ve kararsız olan hekimlerin ($X=49,78$) toplam DTU skorları uzmanlık tercihinde malpraktisin rolü olmadığını düşünen hekimlerin ($X=45,67$) toplam DTU skorlarından anlamlı olarak yüksektir ($F=5,29$; $p<0,05$). Uzmanlık tercihinde malpraktisin rolü olduğunu düşünen hekimlerin ve kararsız olan hekimlerin toplam DTU skorları ise farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Malpraktis/komplikasyon ayrımının gerektiği şekilde yapılmadığını düşünen katılımcıların ($X=49,34$) toplam DTU skorları gerektiği şekilde yapıldığını düşünen ($X=47,93$) ve kararsız olan katılımcıların ($X=43,50$) toplam DTU skorlarından anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($F=7,28$; $p<0,05$). Malpraktis/komplikasyon ayrımının gerektiği şekilde yapıldığını düşünen katılımcıların toplam DTU skorları, gerektiği gibi yapılmadığını düşünen ve kararsız olan katılımcıların skorlarından farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Zorunlu mali sorumluluk sigortasının koruyacağını düşünen ($X=51,13$) ve düşünmeyen ($X=50,24$) hekimlerin toplam DTU skorları kararsız ($X=44,83$) olan hekimlerin skorlarından anlamlı olarak daha yüksektir ($F=11,77$; $p<0,05$). Zorunlu mali sorumluluk sigortasının koruyacağını düşünen ve düşünmeyen hekimlerin toplam DTU skorları arasında fark yoktur ($p>0,05$).

Malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceğini düşünen katılımcıların ($X=48,65$) toplam DTU skorları, etkilemeyeceğini düşünen katılımcıların ($X=41,83$) skorlarından anlamlı olarak yüksektir ($t=2,90$; $p<0,05$). Defansif tıptan haberdar olan hekimlerin ($X=48,88$), haberdar olmayan hekimlere

(X=45,62) göre toplam DTU skorları anlamlı olarak yüksektir (t=2,28; p<0,05). Defansif tıp konusunda bilgisi olan hekimlerin (X=50,38) toplam DTU skorları, bilgisi olmayan hekimlerin (X=46,95) toplam DTU skorlarından anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (t=2,91; p<0,05).

Tablo 10. Hekimlerin Malpraktis ve Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Görüşlerine Göre Toplam DTU Skorlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort.±Ss.	Min.	Maks.	Test İstatistiği	p
Uzmanlık Tercihinde Malpraktisin Rolü	Evet	49,36±8,74	23,00	70,00	F=5,29	0,006*
	Hayır	45,67±10,86	21,00	70,00		
	Kararsız	49,78±8,60	33,00	70,00		
Malpraktis/ Komplikasyon Ayrımının Yapılması	Evet	47,93±10,34	29,00	68,00	F=7,28	0,001*
	Hayır	49,34±9,70	21,00	70,00		
	Kararsız	43,50±8,56	26,00	66,00		
Lisansta Malpraktis/ Tıp Hukuku Eğitimi	Evet	47,75±9,40	21,00	70,00	F=0,33	0,722
	Hayır	48,76±10,46	21,00	70,00		
	Hatırlamıyor	48,26±9,30	26,00	69,00		
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Yaptırma	Düzenli	48,60±9,49	21,00	70,00	F=0,79	0,454
	Zaman Zaman	47,44±10,65	26,00	68,00		
	Hiç Yaptırmadı	46,10±10,90	21,00	60,00		
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının Koruyacağını Düşünme	Evet	51,13±9,60	36,00	66,00	F=11,77	<0,001*
	Hayır	50,24±9,90	21,00	70,00		
	Kararsız	44,83±8,74	21,00	65,00		
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının Güvende Hissettirmesi	Evet	48,06±10,23	21,00	70,00	F=0,43	0,649
	Hayır	48,90±10,74	21,00	70,00		
	Kararsız	47,64±8,26	23,00	66,00		
Malpraktis Davalarında Artış	Evet	48,51±9,60	21,00	70,00	F=2,74	0,066
	Hayır	40,38±14,20	21,00	61,00		
	Kararsız	47,70±9,53	33,00	67,00		
Malpraktis Davası Açılma Durumu	Evet	48,53±12,37	21,00	64,00	t=0,13	0,901
	Hayır	48,21±9,66	21,00	70,00		
Malpraktis Davalarının Performansı Etkilemesi	Evet	48,65±9,54	23,00	70,00	t=2,90	0,004*
	Hayır	41,83±11,56	21,00	65,00		
Defansif Tıptan Haberdarlık	Evet	48,88±9,32	23,00	70,00	t=2,28	0,023*
	Hayır	45,62±11,91	21,00	70,00		
Defansif Tıp Konusunda Bilgi Sahibi Olma	Evet	50,38±9,55	27,00	70,00	t=2,91	0,004*
	Hayır	46,95±9,74	21,00	70,00		

*p<0,05; DTU: Defansif Tıp Uygulamaları, Ort.: Ortalama, Ss.: Standart Sapma, Min.: Minimum Değer, Maks.: Maksimum Değer, t: Bağımsız Gruplar t Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi

İş yükü belirteçleri, DTU ve yaş arasındaki korelasyonlar ise Tablo 11’de verilmiştir. Sonuçlara göre yaş ile günlük ortalama poliklinik hasta sayısı arasında pozitif ve anlamlı ($r=0,23$; $p<0,01$); aylık ortalama nöbet sayısı ile negatif ve anlamlı ($r=-0,18$; $p<0,01$) korelasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hekimlerin yaşı arttıkça günlük ortalama poliklinik hasta sayısının arttığı ya da hekimlerin yaşı azaldıkça günlük ortalama poliklinik hasta sayısının azaldığı söylenebilir. Ek olarak günlük ortalama poliklinik hasta sayısı arttıkça hekimlerin yaşı artmakta; günlük ortalama poliklinik hasta sayısı azaldıkça hekimlerin yaşı azalmaktadır. Ayrıca hekimlerin yaşı arttıkça aylık ortalama nöbet sayıları azalmakta; yaşları azaldıkça aylık ortalama nöbet sayıları artmaktadır. Farklı olarak ifade etmek gerekirse aylık ortalama nöbet sayısının azaldıkça hekimlerin yaşı artmakta; aylık ortalama nöbet sayısı arttıkça hekimlerin yaşı azalmaktadır.

Günlük ortalama poliklinik hasta sayısı ile ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı ($r=0,23$; $p<0,01$) ve aylık ortalama nöbet sayısı ($r=0,29$; $p<0,01$) arasındaki korelasyonlar pozitif ve anlamlıdır. Hekimlerin günlük ortalama poliklinik hasta sayısı arttıkça ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı ve aylık ortalama nöbet sayısı artmakta; günlük ortalama poliklinik hasta sayısı azaldıkça ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı ve aylık ortalama nöbet sayısı azalmaktadır. Ek olarak ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı ve aylık ortalama nöbet sayısı arasındaki korelasyonlar pozitif ve anlamlıdır ($r=0,34$; $p<0,01$). Ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı arttıkça aylık ortalama nöbet sayısının arttığı; ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı azaldıkça aylık ortalama nöbet sayısının azaldığı söylenebilir.

PDTU ile ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı ($r=0,17$; $p<0,01$) ve aylık ortalama nöbet sayısı ($r=0,21$; $p<0,01$) arasında anlamlı ve pozitif ilişkiler mevcuttur. Ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı ve aylık ortalama nöbet sayısı arttıkça PDTU skorları artmakta ya da ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı ve aylık ortalama nöbet sayısı azaldıkça PDTU skorları azalmaktadır. Benzer olarak PDTU ve NDTU değişkenleri arasındaki ilişkilerin de pozitif yönde ve anlamlı olduğu saptanmıştır ($r=0,54$; $p<0,01$). PDTU veya NDTU skorlarından birindeki artış diğer değişken skorunu da artırmaktadır. Toplam DTU ile ortalama

yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı ($r=0,16$; $p<0,01$), aylık ortalama nöbet sayısı ($r=0,15$; $p<0,05$), PDTU ($r=0,90$; $p<0,01$) ve NDTU ($r=0,85$; $p<0,01$) değişkenleri arasındaki korelasyonlar pozitif ve anlamlıdır. Ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı, aylık ortalama nöbet sayısı, PDTU ve NDTU skorları arttıkça toplam DTU skorlarının da arttığı söylenebilir.

Tablo 11. İş Yüğü Belirteçleri, DTU ve Yaş Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Değişken	1	2	3	4	5	6	7
Yaş	-						
Günlük Poliklinik Hasta Sayısı	0,23**	-					
Yataklı Servis Sorumlu Hasta Sayısı	-0,08	0,23**	-				
Aylık Nöbet Sayısı	-0,18**	0,29**	0,34**	-			
PDTU	-0,09	0,11	0,17**	0,21**	-		
NDTU	-0,02	0,05	0,11	0,04	0,54**	-	
Toplam DTU	-0,07	0,10	0,16**	0,15*	0,90**	0,85**	-

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, PDTU: Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları, NDTU: Negatif Defansif Tıp Uygulamaları, DTU: Defansif Tıp Uygulamaları

Regresyon analizinin birden fazla varsayımı bulunmaktadır. Varsayımların kontrol edilmesi gerekmektedir. Varsayımları karşılandığında regresyon analizi yapılabilir. Gotelli & Ellison (2004) analize giren değişken sayısının en az 10 katı gözlemin veri setinde olması önermektedir (79). Varsayımlardan biri de verilerde uç değerlerin olmamasıdır. Uç değer olmaması varsayımı Cooks uzaklıklarının maksimum değerinin birden küçük olması ile kontrol edilebilir. Scatter Plot'un dikdörtgen olması eş varyanslılık olduğunu gösterir. Histogram incelemesi ile tahminlere ait hataların normal dağılıma sahip olup olmadığına bakılır. Değişkenler arasında çoklu bağlantılılık probleminin olmaması gerekmektedir. VIF değerlerinin 10'dan küçük olması bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantılılık olmadığını gösterir (80).

PDTU, NDTU ve toplam DTU değişkenlerinin yaş, günlük ortalama poliklinik hasta sayısı, ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı ve aylık ortalama nöbet sayısı ile açıklanmasına yönelik yapılan regresyon analizinden önce varsayımlar kontrol edilmiştir.

PDTU, NDTU ve toplam DTU değişkenleri için Cooks uzaklıklarının maksimum değerleri 1'den küçüktür. Bu sonuca göre veride uç değer yoktur. Histogramın normal dağılım eğrisi şeklinde olduğu görülmüş, tahminlere ait hataların normal dağıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Scater Plot'un ise dikdörtgen olması nedeniyle eş varyanslılığın bulunduğu saptanmıştır. Her üç regresyon analizi için bağımsız değişkenlere ait VIF değerleri 10'dan küçüktür ve çoklu bağlantılılık yoktur. Ayrıca regresyon analizi yapmak için 288 veri vardır ve yeterli sayıda veri alınmıştır.

PDTU'nun açıklayıcılarına ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 12'de gösterilmektedir. Yaş, günlük ortalama poliklinik hasta sayısı ve ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı PDTU'nun anlamlı açıklayıcıları değildir ($p>0,05$). Aylık ortalama nöbet sayısının ise PDTU'nun pozitif ve anlamlı açıklayıcısı olduğu saptanmıştır ($F=4,50$; $R=0,245$; $R^2=0,047$; $p<0,05$). Aylık ortalama nöbet sayısı arttıkça hekimlerin PDTU skorları artmaktadır.

Tablo 12. PDTU'nun Açıklayıcılarına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p	%95 Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Yaş	-0,09	0,08	-0,07	-1,06	0,289	-0,25	0,07
Günlük Poliklinik Hasta Sayısı	0,01	0,01	0,06	1,00	0,317	-0,01	0,03
Yataklı Servis Sorumlu Hasta Sayısı	0,06	0,04	0,11	1,68	0,093	-0,01	0,13
Aylık Nöbet Sayısı	0,29	0,14	0,14	2,15	0,032	0,03	0,56

$R: 0,245$ $R^2: 0,047$ $F: 4,50$

PDTU: Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları

NDTU'nun açıklayıcılarına yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon sonuçları Tablo 13'te verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre yaş, günlük ortalama poliklinik hasta sayısı, ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı ve aylık ortalama nöbet sayısı NDTU'nun anlamlı açıklayıcıları değildir ($F=0,88$; $R=0,111$; $R^2=0,002$; $p>0,05$).

Tablo 13. NDTU'nun Açıklayıcılarına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p	%95 Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Yaş	-0,03	0,07	-0,02	-0,36	0,720	-0,16	0,11
Günlük Poliklinik Hasta Sayısı	0,01	0,01	0,03	0,50	0,619	-0,01	0,02
Yataklı Servis Sorumlu Hasta Sayısı	0,05	0,03	0,10	1,56	0,121	-0,01	0,11
Aylık Nöbet Sayısı	0,02	0,11	0,01	-0,13	0,896	-0,24	0,21

$R=0,111$ $R^2=0,002$ $F=0,88$

NDTU=Negatif Defansif Tıp Uygulamaları

DTU'nun açıklayıcılarına ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 14'te gösterilmiştir. Sonuçlara göre yaş, günlük ortalama poliklinik hasta sayısı, ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı ve aylık ortalama nöbet sayısının DTU'nun anlamlı açıklayıcıları olmadığı bulunmuştur ($F= 2,96$; $R=0,200$; $R^2=0,027$; $p>0,05$).

Tablo 14. DTU'nun Açıklayıcılarına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p	%95 Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Yaş	-0,11	0,13	-0,05	-0,84	0,399	-0,37	0,15
Günlük Poliklinik Hasta Sayısı	0,02	0,02	0,06	0,88	0,380	-0,02	0,05
Yataklı Servis Sorumlu Hasta Sayısı	0,11	0,06	0,12	1,85	0,065	-0,01	0,22
Aylık Nöbet Sayısı	0,28	0,22	0,08	1,27	0,207	-0,15	0,71

$R=0,200$ $R^2=0,027$ $F=2,96$

DTU=Defansif Tıp Uygulamaları

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan hekimlerin %97,6'sının defansif tıp uyguladığı tespit edilmiştir. En fazla başvurdukları defansif tıp davranışları ise “kayıtların daha detaylı tutulması” ve “aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verilmesi” gibi pozitif yani güvence davranışları olmuştur. Katılımcıların %75,7'si düzenli olarak tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası yaptırdığını belirtmiştir. Bununla beraber; bu sigortanın, kendisini malpraktis davalarından koruyacağını düşünenlerin oranı ise sadece %8 olarak bulunmuştur. Hekimlerin %45,6'sı uzmanlık alanı tercihinde malpraktisin etkisinin olduğunu ifade etmiştir. Aynı zamanda malpraktisin uzmanlık alanı tercihinde etkisinin olmadığını düşünen hekimlerin, daha az defansif tıp uyguladıkları görülmüştür. Katılımcıların %73,2'si ülkemizde malpraktis ve komplikasyon ayrımının doğru bir şekilde yapılmadığını düşünmektedir. Hekimlerin %90,3 kadarı ülkemizde malpraktis davalarının arttığını düşünürken, meslek hayatı boyunca malpraktis davasına maruz kalan hekim oranı %5,2 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan cerrahi branş hekimlerinin, dahili branş hekimlerine göre daha fazla defansif tıp uyguladığı görülmüştür. Öğretim üyesi katılımcıların diğer hekimlerden daha az defansif davranış gösterdikleri ve pratisyen hekimlerin en fazla kaçınma davranışı gösteren grup olduğu anlaşılmıştır. Mesleki kıdemin defansif tıp uygulamaları üzerinde etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Hekimlerin defansif tıp kavramını daha önceden duydukları fakat içeriği hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları tespit edilmiştir. Aylık ortalama nöbet sayısı ve yataklı servis sorumlusu olunan ortalama hasta sayısı ile defansif tıp uygulamaları arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Ayrıca aylık ortalama nöbet sayısının, pozitif defansif tıp uygulamalarının anlamlı bir açıklayıcısı olduğu anlaşılmıştır.

Çalışmamızda, defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği puanlarına göre; hekimlerin %97,6'sı (n=281) orta ve üzeri defansif davranış sergilerken, %2,4'ünün (n=7) kötü yani az defansif davranış sergiledikleri görülmüştür. ABD'de yüksek riskli uzmanlık dalları arasında gösterilen; acil tıp, genel cerrahi, ortopedi, beyin ve sinir hastalıkları cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum, radyoloji uzmanlarından oluşan 824 hekim ile yapılan çalışmada, hekimlerin %93'ünün defansif tıp uyguladığı tespit edilmiştir (32). İngiltere'de, Medical Defence Union üyeleri arasından rastgele seçilen

294 pratisyen hekimin %98 gibi yüksek bir oranla şikâyet edilme endişesi ile defansif tıp uyguladığı anlaşılmıştır (31). Japonya'daki 131 gastroenteroloğun katıldığı çalışmada da defansif tıp uygulama oranının %98 olduğu görülmüştür (11). İtalya'da yapılan 1313 hekimin yer aldığı çalışmada katılımcıların %59,8'i defansif tıp uyguladıklarını belirtmişlerdir (81). İsrail'de hasta yoğunluğu fazla olan uzmanlık dallarında görev alan 889 hekimin katıldığı çalışmada defansif tıp uygulama oranı %60 bulunmuştur (8). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda; Konya'da 173 hekimin katılımıyla yapılan bir çalışmada %93,6, İzmir'de 88 birinci basamak hekiminin katılımıyla yapılan çalışmada %93,8 oranında defansif tıp uygulandığı tespit edilmiştir (5,12). Ülkelerin ya da çalışmalara dahil edilen branşların farklılığından kaynaklı defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı değişkenlik gösterse bile; oranlar hep yüksek olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak katılımcıların yüksek oranda defansif tıp uyguladığı görülmüştür. Günümüzde defansif tıp uygulayan hekimlerin arttığını ve bu davranış biçiminin tıp pratiğinde giderek normalleştiğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda, katılımcıların en fazla uyguladıkları defansif tıp davranışları “kayıtların daha detaylı tutulması” ve “aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verilmesi” olarak tespit edilmiştir. Her iki davranış şekli de pozitif defansif tıp uygulamaları kapsamına girmektedir. “Endikasyon dışı nedenler ile hasta yatışı yapmak” ise, katılımcıların en az başvurdukları defansif davranış olarak karşımıza çıkmaktadır. Ortashi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; gereksiz test istemek, en sık karşılaşılan defansif tıp davranışı olarak tespit edilmiştir (29). ABD'de 1231 hekimle yapılan çalışmada; katılımcıların neredeyse tamamı, malpraktis davalarından korunmak amacıyla hastanın ihtiyaç duyduğundan fazla tanı testi isteyebileceğini belirtmiştir (10). Avusturya'da ortopedi ve travmatoloji uzmanlarının katılım gösterdiği bir çalışmada, hekimler yüksek riskli bir hastanın tanı ve tedavi aşamasında defansif amaçlı fazladan tetkik istediklerini belirtmişlerdir (66). Ülkemizde beyin ve sinir hastalıkları cerrahları ile yapılan çalışmada, yüksek riskli ameliyatlardan kaçınmanın en fazla uygulanan defansif tıp davranışı olduğu anlaşılmıştır (82). Tüm bu çalışmalar neticesinde; hekimlerin defansif davranışlarının farklılık göstermesiyle beraber daha çok güvence davranışı yani pozitif defansif tıp uygulamalarına yöneldikleri anlaşılmıştır.

Yaptığımız çalışmada; hekimlerin %75,7'sinin tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortasını düzenli olarak yaptırdığını, geri kalan hekimlerin ise bu sigortayı zaman zaman yaptırdığını (%17,4) ya da hiç yaptırmadığını (%6,9) tespit ettik. Bununla birlikte, sigortayı düzenli yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında defansif tıp uygulamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı anlaşılmıştır. Çalışmamızda sigortanın kendilerini malpraktis davalarından gerektiği şekilde koruyacağını düşünenlerin oranı ise sadece %8 olarak bulunmuştur. Çelik ve arkadaşları, 2020 yılında yaptıkları çalışmada ülkemizdeki tüm hekim sayısı ile tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası police sayısını karşılaştırmıştır. Son on yıllık dönemin incelendiği çalışmada, hekimlerin %80,23 oranında bu sigortayı yaptırdıkları görülmüştür (83). Yıldırım da benzer bir çalışma yapmış ve 2010-2013 yılları arasında hekimlerin tıbbi kötü uygulamaya ilişkin mali sorumluluk sigortası yaptırma oranını %86,75 olarak tespit etmiştir (42). Kumtepe ve arkadaşlarının, 2019'da İzmir ilindeki acil tıp asistan hekimleri üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hekimlerin %87,6'sı tıbbi kötü uygulamaya ilişkin mali sorumluluk sigortası yaptırdığını belirtmiştir (84). Yıldırım ve arkadaşlarının henüz mesleki sigorta zorunlu olmadan evvel 2009 yılında yaptıkları çalışmada, katılımcıların sadece %1,7'sinin mesleki sorumluluk sigortasına sahip olduğu bildirilmiştir (85). Çalışmamız ülkemizdeki literatür verileri ile uyumlu bulunmuştur. Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası yaptıranın en önemli motivasyonunun, zorunlu olmasından geldiği düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %45,6'sı uzmanlık alanı tercihlerinde malpraktisin rolü olduğunu, %38,1'i ise malpraktisin uzmanlık alanı tercihinde herhangi bir etkisinin olmadığını belirtmiştir. Bu konu ile ilgili kararsızların oranı ise %16,3'tür. Uzmanlık alanı tercihinde malpraktisin rolünün olduğunu söyleyen ya da bu konuda kararsız kalan katılımcıların NDTU ve toplam DTU ölçek puanları, uzmanlık alanı tercihimde malpraktisin rolü yoktur diyenlere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yani uzmanlık alanı tercihinde malpraktisin rolü olmadığını ifade eden katılımcıların diğer katılımcılara göre daha az defansif davranış sergilediği anlaşılmaktadır. ABD'de tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %21,6'sı malpraktis endişesinin tıpta uzmanlık tercihlerinde etkisi olacağını belirtmiştir (86). Ülkemizde 2019 yılında tıp öğrencilerinin katılımıyla yapılan bir

çalışmada da öğrencilerin uzmanlık alanı tercihlerinde etkili olan faktörler incelenmiştir. Katılımcıların %23'ü malpraktis riskinin az olmasının uzmanlık tercihlerinde belirleyici rol oynadığını belirtmiştir (87). 2009-2013 yılları arasındaki tıpta uzmanlık sınavı (TUS) yerleştirme sonuçları taban puanları incelenerek yapılan bir çalışmada, hekimlerin bu süre zarfında tercihlerinin ne yönde değiştiği araştırılmıştır. Hekimlerin yıllar geçtikçe riskli kabul edilen uzmanlık dallarını daha az tercih ettikleri görülmüştür. Bunun nedenleri arasında artan malpraktis davaları ve hükmedilen yüksek tazminat miktarları gösterilebilir (88). Çalışmamız, literatürle uyumlu bir şekilde malpraktisin uzmanlık alanı tercihinde önemli bir belirleyici olduğunu göstermektedir.

Malpraktis ve komplikasyon kavramları anlam olarak çok farklıdır ve ayrımının iyi yapılması hukuksal açıdan elzem bir durumdur. Çünkü malpraktis hekimin ceza almasına neden olabileceksen, komplikasyonda böyle bir durum söz konusu değildir. Çalışmamızda, hekimlere bu iki kavramın ayrımının gerektiği şekilde yapılıp yapılmadığı sorulmuştur. Katılımcıların %73,2'si bu ayrımın doğru bir şekilde yapılmadığını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Hekimlerin %10,1'i bu ayrımın gerektiği gibi yapıldığını, %16,7'si ise konu ile ilgili kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ülkemizde 2017 yılında kadın hastalıkları ve doğum uzmanları arasında yapılan ve hekimlerin defansif davranışlarının incelendiği bir çalışmada, katılımcıların %85,2'si malpraktis ve komplikasyon ayrımının kesin olarak yapılamadığını ifade etmişlerdir (69). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada beyin ve sinir cerrahisi uzmanları, yüksek riskli uygulamalardan kaçınmalarının en önemli nedeni olarak malpraktis ile komplikasyon ayrımının doğru bir şekilde yapılamaması olduğunu belirtmişlerdir (17). Tıp fakültesi ve hukuk fakültesi son sınıf öğrencileri arasında yapılan, malpraktis ve komplikasyon ayrımı ile ilgili çalışmada; katılımcı iki grubun, çalışmadaki örnek vakalar ile ilgili kararları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Hekimlerin ve hukukçuların konuya bakış açıları benzerlik göstermemektedir (89). Hukuk sistemimize göre, mahkemede ele alınan bir vakanın komplikasyon mu malpraktis mi olduğuna karar vermenin bilirkişi makamının görevi olduğu anlaşılmaktadır (90). Elde edilen veriler ışığında, hekimlerin hukuk sistemi ve bilirkişi makamlarına güven eksikliği hissettiği sonucuna varılabilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %5,2'sine meslek hayatları boyunca malpraktis nedeniyle dava açıldığını tespit ettik. Malpraktis davasına maruz kalan hekimler ile maruz kalmayan hekimler arasında defansif tıp uygulamaları yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır. Malpraktis davalarında artış olduğunu düşünen hekimlerin oranının ise %90,3 olduğu görülmüştür. ABD'de malpraktis riski yüksek olan ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, beyin ve sinir hastalıkları cerrahisi, acil tıp ve radyoloji uzmanları ile yapılan çalışmada; çalışmaya katılan hekimlerin %88'i haklarında malpraktis nedenli dava açıldığını bildirmişlerdir (32). Yine ABD'de yapılan bir başka çalışmada, katılımcı hekimlerin %78'i meslek hayatlarında en az bir kez malpraktis nedeniyle dava edildiklerini ifade etmiştir (91). İsrail'de yapılan bir çalışmada ise katılımcı hekimlerin %25'inin malpraktis nedeniyle dava edildikleri ve davaya maruz kalan hekimlerin daha fazla defansif davranış sergiledikleri bildirilmiştir (8). İngiltere'de yapılan bir çalışmada, hekimlerin %14,2'si malpraktis davası ile karşı karşıya kaldıklarını ve %90,6'sı da malpraktis davalarının arttığı kanaatinde olduklarını belirtmişlerdir (29). Ülkemizde yapılan ve birinci basamakta görev yapan hekimlerin katılım gösterdiği çalışmada, malpraktis davasına maruz kalan hekim oranı %7,4 olarak saptanmıştır (5). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmaya ise 402 cerrahi branş hekimi katılım göstermiş ve katılımcıların %22,9'u malpraktis nedeniyle dava edildiğini ifade etmiştir (75). Literatüre bakıldığında özellikle malpraktisin ilk konuşulmaya ve tartışılmaya başlandığı ABD'de dava sayılarının çok fazla olduğunu görmekteyiz. Her ne kadar ülkemizde diğer ülkelere kıyasla dava oranları düşük olsa da hekimlerin malpraktis davaları konusunda duyarlılıklarının artmış olduğu söylenebilir. Ayrıca hekimlerin malpraktis davalarının artış gösterdiğini düşünmeleri, defansif tutum sergileme olasılıklarını artırabilir.

Çalışmamıza %69,1 oranında dahili tıp bilimlerinden ve %30,9 oranında cerrahi tıp bilimlerinden hekim katılım göstermiştir. Her iki grubun defansif tıp tutumları incelendiğinde; cerrahi tıp bilimleri hekimlerinin PDTU, NDTU ve toplam DTU ölçek puanları, dahili tıp bilimleri hekimlerinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Asher ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, İsrail'deki cerrahi branş hekimlerinin dahili branş hekimlerine göre daha fazla defansif tıp uyguladıkları görülmüştür (8). O'Leary ve arkadaşlarının, ABD'de yaptıkları bir çalışmada da cerrahi branş hekimlerinin kaçınma davranışları yani negatif defansif tıp

uygulamaları dahili branş hekimlerinden yüksek bulunmuştur (92). Göçen ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmada cerrahi branş hekimlerinin defansif tıp uygulama oranı dahili branş hekimlerinden anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (13). Banaz ve arkadaşlarının 2019’da yaptığı çalışmada ise cerrahi ve dahili branş hekimlerinin benzer oranlarda defansif davranış gösterdikleri tespit edilmiştir (93). Ancak ülkemizde yapılan çalışmalar daha çok spesifik branşlara odaklanmıştır, bu durum cerrahi ve dahili branş kıyaslaması yapmamızı zorlaştırmıştır. Çalışmamız yabancı ülkelerde yapılan çalışmalarla uyumlu sonuç vermiştir. Cerrahi uygulamaların daha yüksek risk barındırması, hekimlerin bu davranışının açıklayıcısı olabilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin toplam DTU puanları karşılaştırıldığında; öğretim üyesi unvanına sahip hekimler, istatistiksel olarak anlamlı olarak pratisyen, asistan ve uzman hekimlerden daha az defansif davranış sergilemektedirler. Alt ölçekler baz alındığı zaman, pratisyen hekimlerin en çok kaçınma davranışı sergileyen yani NDTU ölçek puanları en yüksek olan grup olduğu anlaşılmaktadır. İsrail’de psikiyatri hekimlerinin katılımı ile yapılan çalışmada, asistan hekimlerin uzman hekimlerden daha fazla defansif tıp uyguladığı görülmüştür (94). Çin’deki bir çalışmada hekimlerin unvanının defansif davranışlarına etki etmediği görülmüştür (65). Benzer şekilde Hollanda’da yapılan bir çalışmada da asistan hekimler ile uzman hekimler arasında defansif tıp uygulamaları açısından herhangi bir fark olmadığı tespit edilmiştir (6). Ülkemizde yapılan bir çalışmada asistan hekimlerin uzman hekimlerden daha defansif davrandığı tespit edilmiştir (93). Literatür verileri, hekimlerin unvanının defansif tıbbi davranışa olan etkisi ile ilgili farklılıklar göstermektedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin mesleki kıdemleri, defansif tıp uygulamaları yönünden istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada kırk yaş üstü hekimlerin kırk yaş altı hekimlere göre daha az defansif tıp uyguladığı görülmüştür (29). Japonya’da yapılan bir çalışmada; meslekte geçirdiği süre fazla olan hekimler daha fazla pozitif defansif tıp uygularken, meslekte geçirdiği süre az olan hekimlerin daha fazla negatif defansif tıp uygulamalarına başvurdukları görülmüştür (11). Ülkemizde beyin ve sinir cerrahisi uzmanları ile yapılan çalışmada; kırk yaşının altındaki ve mesleki geçmişi az olan hekimlerin daha defansif davrandıkları tespit edilmiştir (82). İzmir’de aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada;

hekimlerin uyguladığı bazı defansif davranışların, yaş arttıkça azaldığı anlaşılmıştır (5). Literatüre göre hekimlerin mesleki kıdemlerinin defansif davranışları üzerine ters orantılı etkileri vardır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %79,9'u daha önce defansif tıp kavramını duyduğunu belirtirken, %62,8'i konu hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını bildirmiştir. Defansif tıp kavramını daha evvel duyan ve yeterli bilgi sahibi olduklarını belirten hekimlerin, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla defansif tıp uyguladıkları anlaşılmıştır. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, hekimlerin defansif tıp kavramı konusunda yetersiz bilgi sahibi olduğu görülmüştür (13,95). Hekimlerin defansif tıp kavramından haberdar olduğu fakat içeriği hakkında fazla bilgi sahibi olmadığı farklı çalışmalarla da gösterilmiştir (5,12,93). Çalışmamız literatürle uyumlu olup, hekimlerin defansif tıp kavramını duymuş olsalar dahi kapsamı hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıklarını göstermiştir.

Çalışmamıza göre, hekimlerin ortalama yataklı servis sorumlu olunan hasta sayısı ve aylık ortalama nöbet sayısı ile toplam DTU ölçek puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Nöbet sayısının veya yataklı servis hasta sayısının yüksek olmasının, hekimlerin defansif davranışlarını artırdığı söylenebilir. Ayrıca yaptığımız regresyon analizine göre; aylık ortalama nöbet sayısı artışı, PDTU'nun artmasına neden olmaktadır ve güvence davranışının anlamlı bir açıklayıcısıdır. Göçen ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmada, aylık sekiz ve daha fazla nöbet tutan hekimlerin daha fazla defansif tıp uyguladıkları görülmüştür (13). Mutlu ve arkadaşlarının 2019 yılında aile hekimleri ile yaptıkları çalışmada ise hekimlerin günlük hasta sayılarının artmasının defansif davranışlarını artırdığı saptanmıştır (96). Bununla beraber Banaz ve arkadaşları, yaptıkları bir çalışmada hasta yoğunluğunun hekimlerin defansif tıp uygulamalarını etkilemediği sonucuna ulaşmıştır (93). Bu veriler ışığında, hekimlerin iş yükü artışının defansif tıp davranışlarını artırdığı sonucuna varılabilir.

5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmamız, üçüncü basamak sağlık teşkili olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görevli hekimlerin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Bu yüzden birinci basamak veya ikinci basamak hizmeti veren diğer kamu ya da özel sağlık teşkilllerinde görev alan hekimler dikkate alındığında, bulguları tüm ülkeye genellemek doğru olmayabilir. Bununla beraber çalışmamıza poliklinik veya klinik hizmeti vermeyen hekimler dahil edilmemiştir. Bu nedenle özellikle tıbbi patoloji gibi malpraktis riski barındıran bazı uzmanlık alanlarının defansif davranışları değerlendirilememiştir.

Ülkemizde hekimlerin defansif tıp tutumlarının incelendiği çalışma sayısı oldukça azdır. Bu sebeple ileride konuyla ilgili yapılacak çalışmalara ışık tutması ve literatüre katkı sunması, çalışmamızı değerli kılmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hekimlerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve görüşlerini değerlendirerek ne ölçüde defansif tıp sergilediklerini tespit etmeyi amaçladığımız çalışmamızda, hekimlerin tamamına yakınının defansif tıp uyguladığını, fakat defansif tıp hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu tespit ettik. Hekimlerin öğrencilik dönemlerinden başlayarak, daha sonrasında da hizmet içi eğitimlerle defansif tıp uygulamalarının içeriği ve olası etkileri hakkında bilgi ve farkındalıkları artırılabilir.

Katılımcı hekimlerin büyük çoğunluğu, ülkemizde malpraktis davalarının arttığı ve malpraktis ile komplikasyon ayrımının doğru bir şekilde yapılamadığı kanaatindedirler. Bununla birlikte malpraktis davaları, hekimlerin uzmanlık alanı tercihlerinde önemli bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Haziran 2022'de yürürlüğe giren ve kamuoyunda "Malpraktis Yasası" olarak bilinen düzenleme, hekimlerin kendilerini güvende hissederek mesleklerini icra etmelerine önayak oluşturabilecek önemli bir gelişmedir. Bu sebeple bu düzenlemenin kapsamı ve getirdikleri yenilikler açısından hekimlerin bilgilendirilmesi faydalı olacaktır.

Tıbbi kötü uygulamalara ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortasının, çalışmamıza katılan hekimlerin büyük bir kısmı tarafından yaptırılmasına rağmen; çoğu hekim sigorta yaptırmanın kendilerini malpraktis davalarına karşı yeterince koruyacağına inanmamaktadır. Bu durum sigorta kapsamı ve faydaları hakkında yeterli bilgiye sahip olunmamasından kaynaklanabilir. Bu sebeple hekimlerin tıbbi kötü uygulamalara ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortasının içeriği hakkında daha detaylı bilgilendirilmeleri uygun olacaktır.

Ülkemizde sağlık sisteminin barındırdığı sıkıntılar, nüfus yoğunluğu ve sağlık hizmetlerine olan talebin artması gibi birçok faktörün etkisi ile hekimlerin iş yükü günden güne artmaktadır. Çalışmamızdaki veriler ışığında, iş yükü artışının hekimlerin defansif davranış sergileme olasılıklarını artırdığını görmekteyiz. Sağlık alanında yapılacak olan yatırımlar ve yenilikler ile bu durum önlenabilir. Daha fazla sağlık personelinin istihdam edilmesi, yeni sağlık merkezlerinin yapılması, yapay zeka gibi

teknolojik yeniliklerin sağlık sistemine entegrasyonu, toplumun her kesiminin sağlık okur yazarlığının artırılması yapılabilecekler arasında sayılabilir.

Sonuç olarak; hekimlerin defansif davranışlarına yönelik farkındalıklarının artması hem hekimi hem de sağlık hizmeti sunulan hastayı etkileyen bazı olumsuz durumların önüne geçebilecektir. Aynı zamanda, hekimleri defansif davranışa yönelten sebeplerin saptanması, defansif tıp uygulamalarının neden olduğu maddi ve zamansal kaybın engellenebilmesi için yapılabilecekler ile ilgili fikir verebilir.



KAYNAKLAR

1. Bal BS. An Introduction to Medical Malpractice in the United States. Clin Orthop Relat Res. 2009;467(2):339–47.
2. Kessler D, McClellan M. Do Doctors Practice Defensive Medicine. Q J Econ. 1996;111(2):353–90.
3. Mohr JC. American Medical Malpractice Litigation in Historical Perspective. JAMA. 2000;283(13):1731–7.
4. Assing Hvidt E, Lykkegaard J, Pedersen LB, Pedersen KM, Munck A, Andersen MK. How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. BMJ Open. 2017 Dec 1;7(12).
5. Başer A, Kolcu G, Çığırıl Y, Kadıncık B, Öngel K. İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Smyrna Tıp Dergisi. 2014;(3):16–24.
6. Renkema E, Ahaus K, Broekhuis M, Tims M. Triggers of defensive medical behaviours: a cross-sectional study among physicians in the Netherlands. BMJ Open. 2019;9(6).
7. Berlin L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. Diagnosis. 2017 Sep 26;4(3):133–9.
8. Asher E, Greenberg-Dotan S, Halevy J, Glick S, Reuveni H. Defensive Medicine in Israel - A Nationwide Survey. PLoS One. 2012;7(8).
9. Catino M, Celotti S. The Problem of Defensive Medicine: Two Italian Surveys. Stud Health Technol Inform. 2009;148:206–21.
10. Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey. Arch Intern Med. 2010;170(12):1081–3.
11. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T, et al. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. World J Gastroenterol. 2006;12(47):7671–5.
12. Özata M, Özer K, Akkoca Y. Konya İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(1):132–9.
13. Göçen Ö, Yılmaz A, Aslanhan H, Çelepkolu T, Tuncay S, Dirican E. Hekimlerin, Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Düzeyleri. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2018;12(2):77–87.
14. Can İÖ, Özkara E, Can M. Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2011;25(2):69–76.
15. Sayek F. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. 1998. Ankara. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/uluslararasi_belgeler.pdf adresinden 12.07.2023 tarihinde erişilmiştir.
16. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi. 2009;84(1):1–10.
17. Kalkan E, Özer K, İzci E, Erdi M. Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanlarının Tıbbi Uygulama Hatası Davaları Karşısında Defansif Tıp Uygulamalarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi. 2020;(1):54–69.
18. Arıkan A, Çınarlı S, Şenuzun Aykar F, Sayan A. Attitudes of Medical Malpractice in Pediatric Surgery. The Journal of Pediatric Research. 2017;4(3):117–22.

19. Caymaz M. Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015;2(4):1–14.
20. Polat O, Pakiş I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;2(3):119–25.
21. Duke L. The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine. Duke Law Journal. 1971;939–93.
22. Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbi İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete, 2022. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/06/20220615-14.htm> adresinden 24.07.2023 tarihinde erişilmiştir.
23. Altındiş S, Coşar E, Atasoy AR, Akbaba B, Şimşir İ, Öz S. Sağlık Uygulamalarında Defansif Tıp. Balıkesir Medical Journal. 2019;3(1):12–9.
24. Hermer LD, Brody H. Defensive medicine, cost containment, and reform. J Gen Intern Med. 2010 May;25(5):470–3.
25. Miller RA, Sampson NR, Flynn JM. The prevalence of defensive orthopaedic imaging: A prospective practice audit in Pennsylvania. Journal of Bone and Joint Surgery. 2012;94(3).
26. Selçuk M. Çekinik (Defansif) Tıp (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
27. Van Dijk G. Assessing the Defensive Practices Concern in Tort Law: Bridging the Gap between Empirical Analysis and Doctrinal Reasoning. Tilburg Law School Legal Studies Research Paper. 2013;(12).
28. Bester JC. Defensive practice is indefensible: how defensive medicine runs counter to the ethical and professional obligations of clinicians. Med Health Care Philos. 2020;23(3):413–20.
29. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. BMC Med Ethics. 2013;14(1).
30. Aydaş S. Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Davranışları (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
31. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ. 1995;310:27–9.
32. Studdert DM, Michelle Mello MM, William Sage MPM, Catherine DesRoches JM, Jordon Peugh D, Kinga Zapert M, et al. Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. JAMA. 2005;293(21):2609–17.
33. Yılmaz K, Polat O, Kocamaz B. Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi. 2014;5(16):19–51.
34. Aynacı Y. Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi; 2008.
35. Kolcu G. T.C.S.B. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Hekimler ile Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir: İzmir Bozkaya Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2013.
36. Başer A, Başer Kolcu Mİ, Kolcu G, Gök Balcı U. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği: Ön Çalışma. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2014;24(2):99–102.
37. Biçen E. Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.

38. Toraman A, Çarıkçı İH. Defansif Tıbbın Nedenlerinin Hekim Gözüyle Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2019;10(23):40–51.
39. Yeşiltaş A, Erdem R. Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Bir Derleme. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2019;10(23):137–50.
40. Akgül N, Palteki T, Şimşek EE, Bayram M, Erkan I, Ulutin HC. Bir Grup Kamu Hastanesine Ait Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi Şikâyet Başvurularının İncelenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences. 2016;1(1):1–7.
41. Virapongse A, Bates DW, Shi P, Jenter CA, Volk LA, Kleinman K, et al. Electronic Health Records and Malpractice Claims in Office Practice. Arch Intern Med. 2008;168(21):2362–7.
42. Yıldırım İ. Tıbbi Malpraktis ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;6(3):121–9.
43. Sungur C. Hekimlerde Tıbbi Hata Suçlamalarına Karşı Savunmacı Tıp Davranışları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2019;22(1):191–206.
44. Atıcı E. Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;33(2):91–6.
45. Gülcemal E, Keklik B. Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016;8(14):64.
46. Uludağ A. Hastane Hasta Hakları Kurullarının İletişim Sorunu İçerikli Başvurulara Bakışı: Konya Hastaneleri Örneği. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2011;31(3):653–63.
47. Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, et al. Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A time and Motion Study in 4 Specialties. Ann Intern Med. 2016;165(11):753–60.
48. Williams S. On The Defensive. United Kingdom Casebook. 2011;19(1):8–11.
49. Packer-Tursman J. The defensive medicine balancing act. Med Econ. 2015;92(1):43–5.
50. Tunçel M, Vuran Doğan Ö, Ardiç Çobaner A. Performans Sistemine Medyanın Bakışını Anlamak: Performans Konulu Sağlık Haberleri Üzerine Bir Araştırma. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2012;3(1):93–118.
51. Ovalı F. Hasta Güvenliği Yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2010;1(1):33–43.
52. Yeşiltaş A, Erdem R. Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Çalışma. The Journal of Academic Social Science. 2018;74(74):486–500.
53. Özcan F, Yavuz E. Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. The Journal of Turkish Family Physician. 2017;8(3):66–74.
54. Yakut Hİ, Yalçın Burhan B, Çiftçi A, Orhan MF. Sağlıkta Güvenlik ve Fiziksel Şiddet: Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden Bir Çalışma. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2012;6(3):146–54.
55. TTB Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu. Şiddetle Başa Çıkmak. 2019. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siddetlebasacikmak4.pdf> adresinden 25.07.2023 tarihinde erişilmiştir.
56. Sönmez MM, Seçkin FM, Sen B, Birgen N, Ertan A, Oztürk I. Adli Tıp Kurumu’ndan görüş sorulan ve ortopedi uzmanlık alanına giren tıbbi uygulama hatalarının gözden geçirilmesi. Acta Orthop Traumatol Turc. 2009;43(4):351–8.
57. Küçük H, Fidan H. Sağlık Personelinin Mesleki Uygulama Kusurları ve Yargısal Dokunulmazlığın İncelenmesi: Batı Karadeniz Çalışması. Adli Tıp Dergisi. 2005;19(2):33–7.

58. Constitution Of The World Health Organization. 1946. <https://www.who.int/about/governance/constitution> adresinden 14.07.2023 tarihinde erişilmiştir.
59. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 1982. <https://www.icisleri.gov.tr/illeridaresi/turkiye-cumhuriyeti-anayasasi> adresinden 09.08.2023 tarihinde erişilmiştir.
60. Aydın S. Hekime Başvuru Sayısının Artış Hikayesi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2015;35:6–13.
61. Sağlık İstatistiği Yıllığı. 2021. <https://www.saglik.gov.tr/TR,95109/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-yayinlanmistir.html> adresinden 13.08.2023 tarihinde erişilmiştir.
62. OECD Health Statistics. 2022. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2022.pdf> adresinden 12.07.2023 tarihinde erişilmiştir.
63. Çetin E. Hekimlerin Tıp Hukuku ve Mevzuatlar Hakkında Bilgi Düzeyi ve Davranışları (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara: T.C. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
64. The Truth About “Defensive Medicine.” American Association for Justice. 2012. <https://www.decof.com/documents/the-truth-about-defensive-medicine.pdf> adresinden 25.07.2023 tarihinde erişilmiştir.
65. Zhu L, Li L, Lang J. The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: A questionnaire survey in a national congress. BMJ Open. 2018;8(2).
66. Osti M, Steyrer J. A National Survey of Defensive Medicine Among Orthopaedic Surgeons, Trauma Surgeons and Radiologists in Austria: Evaluation of Prevalence and Context. J Eval Clin Pract. 2015;21(2):278–84.
67. Ali AAA, Hummeida ME, Elhassan YAM, Wisal WO, Ahmed MAA, Adam GK. Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynecology. BMC Med Ethics. 2016;17(1).
68. Sezer Kara K. Edirne’deki Birinci Basamak Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi ve Tutumları ve Bunun Klinik Pratikleri Etkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.
69. Küçük M. Defensive Medicine Among Obstetricians and Gynaecologists in Turkey. J Obstet Gynaecol. 2018;38(2):200–5.
70. Sonal Sekhar M, Vyas N. Defensive Medicine: A Bane to Healthcare. Ann Med Health Sci Res. 2013;3(2):295–6.
71. Giancola P. Does Defensive Medicine Impact the Cost of Healthcare. 2017. <https://www.jdsupra.com/legalnews/does-defensive-medicine-impact-the-cost-10980/> adresinden 18.08.2023 tarihinde erişilmiştir.
72. Özer K, Aslan Ş. Defansif Tıp Uygulamalarına İlişkin Maliyetin Belirlenmesi: Retrospektif Araştırma. Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;7(1):194–202.
73. Türe O. Hekimin Defansif Tıp Uygulamalarından Doğan Cezai ve Hukuki Sorumluluğu. Terazi Hukuk Dergisi. 2017;12(127):32–41.
74. TÜRK CEZA KANUNU. Resmi Gazete. 2005. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm#1> adresinden 08.08.2023 tarihinde erişilmiştir.
75. Yılmaz A, Demiral G, Şahin G, Yener O, Kocataş A, Bölük S. 2005 Yılında Yürürlüğe Giren Türk Ceza Kanunu’nun (TCK) Cerrahi Branş Hekimleri Üzerine Etkisi. Adli Tıp Dergisi. 2013;27(3):158–72.

76. Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete. 2010. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130-1.htm> adresinden 12.08.2023 tarihinde erişilmiştir.
77. Koca F. Malpraktis Yasası Bir Yılda Nasıl Sonuç Verdi. Twitter. 2023. <https://twitter.com/drfahttinkoca/status/1658883041190608896?s=20> adresinden 13.07.2023 tarihinde erişilmiştir.
78. George D, Mallery P. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update. Boston: Allyn & Bacon; 2010.
79. Gotelli NJ, Ellison AM. A Primer of Ecological Statistics 2nd Edition. Sunderland, Massachusetts : Sinauer Associates, Inc.; 2013.
80. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics . New Jersey: Pearson Education, Inc.; 2013.
81. Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, Knesse S, Donnarumma C, Kul S, et al. Prevalence and costs of defensive medicine: A national survey of Italian physicians. J Health Serv Res Policy. 2017;22(4):211–7.
82. Solaroglu I, Izci Y, Yeter HG, Metin MM, Keles GE. Health Transformation Project and Defensive Medicine Practice Among Neurosurgeons in Turkey. PLoS One. 2014;9(10).
83. Çelik C, Ata U, Kamalak M. Türkiye’de Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının Geleceği, Teminat Adeti ve Hekim Sayısı Karşılaştırması. Osmangazi Tıp Dergisi. 2021;43(6):705–8.
84. Kumtepe V, Meral O, Gönüllü H. İzmir ve Çevre İllerdeki Acil Tıp Asistanlarının Defansif (Çekinik) Tıp Uygulama Düzeylerinin İncelenmesi. Smyrna Tıp Dergisi. 2019;(3):1–10
85. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan AG. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2009;31:356–66.
86. Johnston WF, Rodriguez RM, Suarez D, Fortman J. Study of Medical Students’ Malpractice Fear and Defensive Medicine: A “Hidden Curriculum?” West J Emerg Med. 2014;15(3):293–8.
87. Açıkgöz B, Ekemen A, Zorlu I, Aslan Yüksel N, Niyazi Ayoğlu F. Tıp öğrencilerinde uzmanlaşma eğilimi, uzmanlık alan seçimi ve etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;12(1):113–25.
88. Kasap H, Akar T, Demirel B, Dursun AZ, Sarı S, Özkök A, et al. Tıbbi Uygulama Hatası Riski Yüksek Olan Uzmanlık Dallarının Tıpta Uzmanlık Sınavında Tercih Edilme Önceliklerinin Yıllara Göre Değişimi. Adli Tıp Bülteni. 2015;20(1):34–7.
89. Arıkan M, Kalkan E, Erdi F, Deniz M, İzci E. Tıp Hukukunda Olgularla Malpraktis-Komplikasyon Ayrımı: Tıp Fakültesi ve Hukuk Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Konuya Bakış Açısı, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Türk Nöroşirürji Dergisi. 2016;26(1):40–8.
90. Hakeri H. Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı. Toraks Cerrahisi Bülteni. 2014;5(1):23–8.
91. Upadhyay A, York S, Macaulay W, McGrory B, Robbennolt J, Bal BS. Medical Malpractice in Hip and Knee Arthroplasty. J Arthroplasty. 2007;22(6):2–7.
92. O’Leary KJ, Choi J, Watson K, Williams M V. Medical Students’ and Residents’ Clinical and Educational Experiences With Defensive Medicine. Acad Med. 2012;87(2):142–8.
93. Banaz M, Yalçın Balçık P. Hekimlerin Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2022;25(3):501–16.

94. Reuveni I, Pelov I, Reuveni H, Bonne O, Canetti L. Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists. *BMJ Open*. 2017;7(3).
95. Toraman A. Diş Hekimlerinin Defansif Tıp Algıları: Bir Diş Hekimliği Fakültesi Araştırması. *Journal of Current Researches on Health Sector*. 2022;12(1):85–96.
96. Mutlu HH, Mutlu HH, Ankaralı H. Hasta Şikayetlerinin Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Davranışına Etkisi: İkincil Mağdurlar Aile Hekimleri mi? *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*. 2019;24(3):237–43.



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Necdet SALDI

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı

Medeni durumu: Evli

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Zonguldak Atatürk Anadolu Lisesi, Ziya Gökalp İlköğretim Okulu

III- Unvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

Tıp Doktoru, Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi

IV- Mesleki Deneyimi

GATA Stajyer ve Kurs Bölüğü/ Ankara; Kursiyer Subay

3'üncü Komando Tugayı 2'nci Komando Taburu/ Siirt; Tabur Tabibi

2'nci Zırhlı Tugay Lojistik Destek Taburu/ İstanbul; Revir Tabibi

Kuleli Askeri Lisesi/ İstanbul; Revir Tabibi

ATGK Komutanlığı Milli Destek Birliği/ Afganistan; Role 1 Tabibi

Piyade Okul Komutanlığı Lojistik Destek Taburu/ İstanbul; Revir Tabibi

23'üncü Komando Tugayı 1'nci Komando Taburu/ İstanbul; Tabur Tabibi

SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği/ Ankara; Uzmanlık Öğrencisi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

-

VI- Bilimsel İlgi Alanları

-

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar:-

Ödüller:-

Projeleri:-

Verdiği konferans ya da seminerler:-

Katıldığı paneller (panelist olarak):-

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

1. İş Yeri Hekimliği Kursu
2. İlk Yardım Eğitimci Kursu
3. Risk Uygulaması ve Aile Planlaması Kursu

EKLER

Ek-1. Etik Kurul Onayı



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

17.10.2022

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 17.10.2022
TOPLANTI SAATİ : 13:00 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2022/09
PROJE/ KARAR NO : 2022-298 (Değerlendirilme Tarihi: 17.10.2022)

Üniversitemiz Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Doç.Dr. Yusuf Çetin DOĞANER ve Dr. Necdet SALDI'nın yardımcı araştırmacı oldukları, 2022/298 kayıt numaralı, **"Hekimlerin Defansif (Çekinik) Tıp Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi"** başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Adı Soyadı ve Görev Yeri	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Gülhane Anestezi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Gülhane Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Gülhane Üroloji. Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (Enstitü Tıbbi Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer Savunma Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Gülhane Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Gülhane Genel Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
7	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI (Gülhane Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
8	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM (Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi)	Üye	
9	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
10	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Gülhane Tıp Fakültesi, Histoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Sekreter	
11	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
12	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
13	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Gülhane Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
14	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL (Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

Ek-2. Veri Toplama Formu

HEKİMLERİN DEFANSİF(ÇEKİNİK) TIP HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli katılımcı,

Defansif (çekinik) tıp uygulamaları; öncelikle dava edilmeyi önlemek amacı ile kanıta dayalı tıp kuralları çerçevesinde yapılan tıbbi uygulamalardan sapma durumudur. Defansif tıp uygulamalarının iki ana alt başlığı mevcuttur. Bunlardan ilki pozitif defansif tıp uygulamaları; hekimin genellikle tıbbi anlamı olmayan, gereksiz, fazladan ya da marjinal sağlık uygulamalarını hasta üzerinde gerçekleştirmesi olarak tanımlanmaktadır. Negatif defansif tıp uygulamaları ise; hekimin tıbbi hata iddiası olabileceği endişesiyle, yüksek riskli gördüğü için aslında hastaya yarar sağlayabilecek bir uygulamadan kaçınması veya başka bir hekime yönlendirmesi olarak tanımlanmaktadır.

Bu çalışma, uzmanlık öğrencisi Dr. Necdet SALDI'nın tez çalışmasıdır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız veri toplama formunda bulunan sorular Dr. Necdet SALDI tarafından sorulacak ve kayıt altına alınacaktır. Verdiğiniz yanıtlar sadece bilimsel araştırma amacı ile kullanılacak 3. şahıslar ile paylaşılmayacaktır. Katılımınızdan ötürü size herhangi bir ödeme yapılmayacak veya ücret talep edilmeyecektir. Çalışma esnasında mazeret bildirmeksizin çekilme hakkına sahipsiniz. Çalışma ile ilgili soru ve görüşlerinizi 0312 304 3144 no'lu numaradan Dr. Necdet SALDI ile iletişim kurarak iletebilirsiniz.

Katılımınızdan ötürü teşekkür ederim.

VERİ TOPLAMA FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyet: () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar
4. Meslekte kaçınıcı yılınız:
() <1 yıl
() 1-5 yıl
() 6-10 yıl
() >10 yıl
5. Unvanınız:
() Pratisyen Hekim
() Asistan Hekim
() Uzman Hekim
() Öğretim Üyesi

6. Tıpta uzmanlık dalınız: (Pratisyen hekimler için, çalıştığı alan acil servis, evde sağlık hizmetleri birimi, palyatif bakım kliniği, vb.)
7. Poliklinik hizmeti veriyor musunuz? () Evet () Hayır
8. Evet ise günlük ortalama poliklinik hasta sayınız:
9. Yataklı servis hizmeti veriyor musunuz? () Evet () Hayır
10. Evet ise sorumlu olduğunuz ortalama hasta sayısı:
11. Nöbet tutuyor musunuz? () Evet () Hayır
12. Evet ise aylık ortalama nöbet sayınız:
13. Uzmanlık alanı tercihinizde malpraktisin rolü oldu mu?
() Evet () Kararsızım () Hayır
14. Sizce sağlık hizmet sunumunda malpraktis/komplikasyon ayrımı gerektiği şekilde yapılıyor mu?
() Evet () Kararsızım () Hayır
15. Tıp fakültesi lisans eğitimi süresince malpraktis/tıp hukuku gibi konularda eğitim aldınız mı?
() Evet () Hayır () Hatırlamıyorum
16. Bir hekim olarak tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası yaptırıyor musunuz?
() Evet, düzenli yaptırıyorum
() Zaman zaman yaptırıyorum
() Hayır, hiç yaptırmadım
17. Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortasının sizi gerektiği şekilde malpraktisten koruyacağını düşünüyor musunuz?
() Evet () Hayır () Kararsızım
18. Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası mesleki uygulamalarınızda kendinizi daha güvende hissetmenizi sağlıyor mu?
() Evet () Hayır () Kararsızım
19. Sizce geçmiş yıllara nazaran her geçen gün ülkemizde malpraktis davalarında artış oldu mu?
() Evet () Hayır () Kararsızım

Ek-3. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği

DEFANSİF TIP UYGULAMALARI TUTUM ÖLÇEĞİ						
Sizce en uygun yanıtı işaretleyiniz. Her soruya yalnız bir yanıt vermeye özen gösteriniz.		Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerim dışında tetkikler istiyorum.					
2	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyon dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.					
3	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlarla ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.					
4	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyon dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.					
5	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha fazla kullanıyorum.					
6	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum.					
7	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum.					
8	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.					
9	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.					
10	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.					
11	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.					
12	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.					
13	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokollerine yerine girişimsel olmayan protokoller tercih etmeye yöneliyorum.					
14	Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımın tedirginlik hissediyorum.					

Sizce en uygun yanıtı işaretleyiniz.		Evet	Hayır
15	Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?		
16	Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkili olacağını düşünüyor musunuz?		
17	Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?		
18	Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?		

Ek-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	FORM 04
---	--	----------------

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar (Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Doç.Dr. Ümit AYDOĞAN ve Uzmanlık Öğrencisi Dr. Necdet SALDI) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

- **Araştırmanın bilimsel adı:**

Hekimlerin defansif (çekinik) tıp hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi.

- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:**

Hekimlerin defansif (çekinik) tıp hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi.

- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:**

Doç.Dr. Ümit AYDOĞAN, SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

- **Araştırmanın amacı:**

Hekimlerin defansif (çekinik) tıp hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):**

Tıpta uzmanlık tez çalışması.

- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:**

Araştırma 01.11.2022-01.10.2023 tarihleri arasında 11 ay sürecektir.

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	FORM 04
---	--	----------------

- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:**

Araştırmaya yaklaşık 300 hekimin katılması öngörülmektedir.

- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:**

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde klinik ve/veya poliklinik hizmeti veren hekim olmak

- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:**

Bu araştırma ile hekimlerin ne ölçüde defansif (çekinik) davranış sergilediklerini ve malpraktis hakkındaki düşüncelerini göstererek, araştırmanın gönüllü olan hekimlerde davranışsal farkındalık yaratacağını düşünmekteyiz.

- **Gönüllünün sorumlulukları:**

Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlere araştırmacılar tarafından hazırlanmış 37 soruluk veri toplama formu, defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği uygulanmaktadır.

- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:**

Gönüllünün maruz kalabileceği riskler ve rahatsızlıklar yoktur.

- **Risklere karşı alınan önlemler:**

Yoktur.

- **Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:**

Yoktur.

- **Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:**

Yoktur.

- **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler:**

Gönüllüler araştırmaya katılmakla parasal yük altına girmeyecek ve gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	FORM 04
---	--	----------------

- **Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:**

Gönüllünün herhangi bir neden göstermeksizin araştırmadan çekilmek istemesi.

Gönüllünün veri toplama formundaki sorulara eksik veya hatalı yanıt vermesi.

- **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?**

Gönüllülerin talebi doğrultusunda araştırma sonucu ile ilgili bilgilendirme yapılacaktır.

- **Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:**

Doç.Dr. Ümit AYDOĞAN, 0312 304 31 41

Dr. Necdet SALDI, 0312 304 31 44

- **Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:**

Gönüllülerden herhangi bir biyolojik materyal elde edilmeyecektir.

- **Gönüllülerden elde edilecek biyolojik materyaller üzerinde genetik araştırma yapılabilmesi için onay:**

Gönüllülerden herhangi bir biyolojik materyal elde edilmeyecektir.

- **Gönüllülerden elde edilecek biyolojik materyaller üzerinde genetik araştırma yapılabilmesi için onay:**

“.....(Araştırmanın açık adı)” araştırması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar, vb...);

☐ Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.

☐ İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

☐ Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	FORM 04
---	--	----------------

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.

Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum

İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı; araştırma sonuçlarının bilimsel toplantılarda sunulabileceği ya da yayınlanabileceği, ancak, bu tür durumlarda kimliğimin kesin olarak gizli tutulacağı bana açıklandı.

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	FORM 04
---	--	----------------

Araştırma konusuyla ilgili olarak, çalışmaya devam etme isteğimi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde bana ya da yasal temsilcime zamanında bilgilendirme yapılacağı bana açıklandı.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunun tam imzalı bir kopyasını aldım.

- **Gönüllünün; (El yazısı ile)**

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

Tarih:

- **Açıklamaları yapan araştırmacının; (El yazısı ile)**

Unvanı, Adı- Soyadı:

Görev yaptığı bölüm ve (telefon numarası):

İmzası:

Tarih: (5)

Ek-5. TUEK Onayı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÜLHANE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - GÜLHANE EAH TIP
UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)
20/07/2022 08:51 - E-50687469 - 799 - 364



Sayı : E-50687469-799
Konu : Araştırma İzni (Dr. Necdet SALDI)

Sayın : Dr. Necdet SALDI
(Aile Hekimliği Kliniği Birimi)

“Hekimlerin Defansif (Çekinik) Tıp Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun 07.07.2022 tarih ve 13 no’lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Öğr. Üyesi İlker SOLMAZ
Başhekim V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: cfc1fcfb-c24c-411b-911a-766481afd1b7 — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
General Dr.Tevfik Sağlam Cd. Etik ARGE/TUEK Birimi Bilgi için: Dilek MENAY

Telefon: Faks No:

e-Posta: dilek.menay@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
<http://www.gulhaneah.saglik.gov.tr/>

Veri Hazırlama ve Kontrol İşit.

Telefon No: (0 312) 304 61 05

