



**T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ASİSTAN HEKİMLERDE MEDİKAL
MALPRAKTİS KORKUSU VE DEFANSİF
TIP UYGULAMALARI ÜZERİNE ANKET
ÇALIŞMASI**

Dr. Berna ÇİVİLİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Ağustos 2025
İSTANBUL**



**T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ASİSTAN HEKİMLERDE MEDİKAL
MALPRAKTİS KORKUSU VE DEFANSİF
TIP UYGULAMALARI ÜZERİNE ANKET
ÇALIŞMASI**

Dr. Berna ÇİVİLİ

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Uğur DURMUŞ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Ağustos 2025
İSTANBUL**

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Berna ÇİVİLİ'nin hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "ASİSTAN HEKİMLERDE MEDİKAL MALPRAKTİS KORKUSU VE DEFANSİF TIP UYGULAMALARI ÜZERİNE ANKET ÇALIŞMASI" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

İMZA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Uğur DURMUŞ
(Acil Tıp Anabilim Dalı)
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

(imza)

Üyeler

Doç. Dr. Mustafa Ahmet AFACAN
(Acil Tıp Anabilim Dalı)
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

(imza)

Doç. Dr. Görkem Alper SOLAKOĞLU
(Acil Tıp Anabilim Dalı)
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

(imza)

Doç. Dr. Dilay SATILMIŞ
(Acil Tıp Anabilim Dalı)
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

(imza)

Tarih: 13/08/2025

YAZAR BİLDİRİMİ

“ASİSTAN HEKİMLERDE MEDİKAL MALPRAKTİS KORKUSU VE DEFANSİF TIP UYGULAMALARI ÜZERİNE ANKET ÇALIŞMASI” isimli uzmanlık tezinde Dr. Berna ÇİVİLİ

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisinde alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Ağustos, 2025

BİLGİLENDİRME

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Dr. Berna ÇİVİLİ



TEŞEKKÜR

Acil tıp uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, tecrübe ve desteğini benden esirgemeyen öncelikle tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Uğur Durmuş'a, saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Behçet Al, Doç. Dr. Kurtuluş Açıksarı ve Doç. Dr. Görkem Alper Solakoğlu'na,

Eğitim sürem boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli uzmanlarıma ve bu süre içerisinde beraber nöbet tuttuğumuz acil servis asistanlarına,

Tez yazım aşamasında desteğini esirgemeyen arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Hande Erensoy'a,

Sevgisini ve fedakarlığını hep hissettiren destekçim, eşim Ali Çivili'ye ve aileme çok teşekkür ederim.

Dr. Berna ÇİVİLİ

İÇİNDEKİLER

YAZAR BİLDİRİMİ	iii
BİLGİLENDİRME	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
ÖZET	x
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. MALPRAKTİS	3
2.2. MALPRAKTİS TÜRLERİ	4
2.2.1. Tanı hataları	4
2.2.2. Tedavi hataları	4
2.2.3. Profilaktik hatalar	5
2.2.4. Diğer hatalar	5
2.3. MALPRAKTİS KORKUSU	5
2.4. KOMPLİKASYON.....	7
2.5. DEFANSİF TIP.....	8
2.6. HEKİMİN HUKUKİ VE CEZAI SORUMLULUKLARI	11
2.6. TIBBİ KÖTÜ UYGULAMAYA İLİŞKİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK SİGORTASI	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM	14
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇ	42
KAYNAKLAR	44
EKLER.....	46
EK 1: ETİK KURUL KARAR FORMU	46
EK 2: İNTİHAL RAPORU	48

KISALTMALAR

AKS	: Akut Koroner Sendrom
DT	: Defensive Tendency
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TTB	: Türk Tabipler Birliği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
ZMS	: Zorunlu Mali Sorumluluk



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1.	Malpraktis korku ölçeği.....	6
Tablo 2.2.	Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği.	10
Tablo 4.1.	Ölçek puanlarının ortalama, standart sapma ve ortanca (IQR) değerleri	18
Tablo 4.2.	Ölçek puanlarının ortalama, standart sapma ve ortanca (IQR) değerleri.	19
Tablo 4.3.	Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre malpraktis korku ölçeği puanları.	20
Tablo 4.4.	Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre cost-increasing behavior puanları.....	21
Tablo 4.5.	Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre defensive behavior puanları.	22
Tablo 4.6.	Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre avoidance behavior puanları.	23
Tablo 4.7.	Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre positive defensive tendency (DT) puanları.	24
Tablo 4.8.	Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre negative defensive tendency (DT) puanları	25
Tablo 4.9.	Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre toplam puanları.	26
Tablo 4.10.	Malpraktis korku ölçeği puanı ile defansif tıp toplam ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi.	27

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 4.1.** Katılımcıların mesleki deneyim yıllarına göre defensive tendency (DT) puanları. 28
- Şekil 4.2.** Katılımcıların asistanlıktaki yıllarına göre defensive tendency (DT) puanları. 29



ÖZET

ASİSTAN HEKİMLERDE MEDİKAL MALPRAKTİS KORKUSU VE DEFANSİF TIP UYGULAMALARI ÜZERİNE ANKET ÇALIŞMASI

Bu çalışma, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimlerin tıbbi malpraktis korkusu düzeyleri ile defansif tıp uygulamaları arasındaki ilişkiyi çok boyutlu olarak incelemeyi amaçlamaktadır. Aynı zamanda demografik ve mesleki değişkenlerin (yaş, cinsiyet, branş, deneyim süresi, ZMS sigortası varlığı, soruşturma öyküsü) bu ilişki üzerindeki etkileri analiz edilmiştir.

Kesitsel ve analitik nitelikte tasarlanan bu çalışmada, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nde görev yapan 302 asistan hekim çevrim içi anket yoluyla değerlendirilmiştir. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik bilgi formu, Malpraktis Korku Ölçeği ve defansif tıp davranışlarını ölçen alt ölçeklerden oluşan anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde parametrik olmayan testler (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis) ve Spearman korelasyon analizi uygulanmış, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Katılımcıların malpraktis korkusu puan ortalaması $23,8 \pm 4,9$ olarak tespit edilmiştir. Malpraktis korkusu, özellikle geçmişte soruşturma veya şikâyet yaşamış ($p=0,014$) ve zorunlu mali sorunluluk (ZMS) sigortası yaptırmış ($p=0,001$) hekimlerde anlamlı düzeyde daha yüksektir. Malpraktis korkusu ile maliyeti artırıcı davranışlar (cost-increasing behavior), savunucu davranışlar (defensive behavior) ve kaçınma davranışları (avoidance behavior) arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Mesleki deneyim süresi arttıkça defansif tıp davranış puanlarında da anlamlı artış gözlenmiştir. Özellikle 6–10 yıl deneyime sahip hekimlerde cost-increasing behavior ($p=0,012$), avoidance behavior ($p=0,006$) ve negative defensive tendency ($p=0,007$) puanları daha yüksektir. Ayrıca daha önce soruşturma geçirenlerde de defansif davranış puanlarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı saptanmıştır.

Bu çalışma, malpraktis korkusunun asistan hekimlerde defansif tıp uygulamalarını artırdığını ve bu durumun klinik karar verme süreçlerini etkileyebilecek boyutlara ulaştığını ortaya koymuştur. Malpraktis tehdidine karşı geliştirilen defansif stratejilerin, hekimlerin mesleki pratiklerinde davranışsal değişikliklere yol açtığı ve sağlık sisteminde kaynak israfı, klinik kalitede düşüş ve hasta güvenliğinde zafiyet gibi sonuçlar doğurabileceği vurgulanmaktadır. Bulgular hem bireysel düzeyde farkındalık oluşturulması hem de yapısal düzeyde destekleyici hukuki/kurumsal düzenlemelerin geliştirilmesi gerekliliğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Malpraktis, Savunmacı Tıp, Asistan Hekimler, Sağlık Hizmeti Kalitesi, Tıp Hukuku, Malpraktis Korkusu



ABSTRACT

A SURVEY STUDY ON THE FEAR OF MEDICAL MALPRACTICE AND DEFENSIVE MEDICAL PRACTICES AMONG ASSISTANT PHYSICIANS

Medical malpractice fear is increasingly recognized as a factor influencing clinical decision-making and promoting defensive medical practices among physicians. While this issue has been extensively studied among attending physicians, limited data exist regarding resident physicians, who are still in training and subject to intense clinical and legal pressures.

To assess the relationship between fear of medical malpractice and the adoption of defensive medicine behaviors among resident physicians in Türkiye, and to examine how demographic and professional variables influence this relationship.

This cross-sectional, analytical study was conducted among 302 resident physicians at Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital. Data were collected via an online questionnaire comprising a sociodemographic information form, the Malpractice Fear Scale, and validated subscales measuring cost-increasing behaviors, defensive behaviors, and avoidance tendencies. Statistical analyses included Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, and Spearman correlation tests, with significance set at $p < 0.05$.

The mean malpractice fear score was 23.8 ± 4.9 . Physicians who had previously experienced a legal complaint or investigation and those with liability insurance reported significantly higher levels of malpractice fear ($p = 0.014$ and $p = 0.001$, respectively). Malpractice fear was positively correlated with cost-increasing, defensive, and avoidance behaviors. Residents with 6–10 years of professional experience exhibited significantly higher scores in these domains ($p < 0.05$).

Fear of malpractice is a significant determinant of defensive medical behavior among resident physicians. These behaviors, often driven by legal anxiety rather than clinical necessity, may lead to unnecessary testing, avoidance of high-risk patients, and increased

healthcare costs. The findings highlight the urgent need for systemic reforms to address medico-legal stressors and to support evidence-based, patient-centered care in medical training environments.

Keywords: Medical Malpractice, Defensive Medicine, Resident Physicians, Healthcare Quality, Medical Law, Malpractice Fear



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireylerin sağlığını korumak ve hastalıkları tedavi etmektir. Ancak bu hizmetin sunumu sırasında yapılan bazı tıbbi müdahaleler, beklenmeyen sonuçlara yol açabilmekte ve hasta zarar görebilmektedir. Tıbbi uygulamalarda görülen bu tür hatalar, yalnızca bireysel hasta sağlığı üzerinde değil; aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesi, hekim-hasta ilişkisi, sağlık çalışanlarının mesleki tutumları ve genel anlamda sağlık sisteminin işleyişi üzerinde çok yönlü etkiler yaratmaktadır. Bu nedenle tıbbi uygulama hataları günümüzde sadece tıbbi değil; aynı zamanda etik, hukuki ve sosyolojik yönleri olan karmaşık bir sorun olarak ele alınmaktadır (1).

Tıbbi uygulama hatası olarak da bilinen malpraktis, Türk Tabipleri Birliği (TTB) Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'na göre; "hekimlik mesleğinin uygulanması sırasında standartlara uymayan, bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle oluşan zarar verici eylem" olarak tanımlanmaktadır (2). Tıbbi malpraktis olguları, genellikle hekimlerin bilgi, beceri ya da özen eksikliği nedeniyle yaptığı hatalar sonucu ortaya çıkmakta ve hasta açısından fiziksel, ruhsal ya da ekonomik zararlarla sonuçlanabilmektedir. Aynı zamanda bu durum, hekimin mesleki itibarına, öz güvenine ve psikolojik sağlığına da olumsuz etki edebilmektedir (3).

Son yıllarda gerek dünyada gerekse Türkiye'de malpraktis iddialarında artış gözlemlenmektedir. Hekimlik uygulamaları daha fazla denetlenmekte, hasta haklarının korunmasına yönelik mevzuatlar genişlemekte ve sağlık hizmeti kullanıcılarının bilinç düzeyi yükselmektedir. Bu gelişmeler sağlık sisteminde kaliteyi artırmayı hedeflemekle birlikte, sağlık çalışanlarının mesleki kararlarını etkileyen önemli baskı unsurlarına da dönüşebilmektedir. Bu bağlamda, hekimler giderek artan bir biçimde tıbbi kararlarını, yalnızca klinik gereklilik değil; aynı zamanda olası şikâyet ve dava risklerini gözetenek şekillendirme eğilimindedir.

Bu durumun bir sonucu olarak ortaya çıkan "defansif tıp" (savunmacı tıp), tıbbi müdahalelerin hukuki ve mesleki riskler temelinde yeniden düzenlendiği bir klinik davranış biçimidir. Defansif tıp, iki temel strateji üzerinden tanımlanmaktadır: Bunlardan ilki, hekimlerin tanı testleri, görüntüleme, konsültasyonlar ve ileri tetkikleri gereksiz biçimde

artırarak kendilerini hukuki sorumluluktan korumaya çalışmalarıdır (pozitif defansif tıp). İkinci strateji ise, riskli ya da komplikasyon ihtimali yüksek girişimlerden uzak durma ya da hasta kabul etmeme şeklindeki davranışlardır (negatif defansif tıp) (4).

Literatürde, tıbbi malpraktis korkusunun defansif tıp davranışlarını artırdığına dair pek çok çalışma bulunmaktadır. Leape ve arkadaşlarının (1991) ABD'de yaptığı çalışmada, hastane yatışlarının %3.7'sinde tıbbi hata saptanmış ve bu hataların yaklaşık %28'inin ölümle sonuçlandığı bildirilmiştir (5). Aynı dönemde Harvard Medical Practice Study verilerine dayanan başka bir araştırmada, hastaneye yatırılan her 100 hastadan 3 ila 4'ünün tıbbi hata nedeniyle zarar gördüğü ortaya konmuştur (6).

Katz ve arkadaşlarının 2005 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirdiği çalışmada, hekimlerin %93'ünün en az bir defansif tıp uygulamasında bulunduğu, %43'ünün ise bu davranışları sıkça tekrar ettiği belirlenmiştir (7). Reuveni ve arkadaşlarının İsrail'de yürüttüğü 2017 tarihli araştırma da malpraktis korkusu düzeyi ile defansif tıp uygulamaları arasında güçlü bir pozitif korelasyon olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle klinik deneyimi az olan hekimlerde bu ilişkinin daha belirgin olduğu saptanmıştır (8).

Türkiye'de yapılan sınırlı sayıda araştırma, hekimlerin önemli bir kısmının defansif davranışlara başvurduğu; tanı ve tedavi sürecini etkileyen klinik kararlarını, olası malpraktis riskini göz önünde bulundurarak şekillendirdiği gösterilmiştir. Ancak bu araştırmaların büyük kısmı, uzman hekimler ya da belirli klinik branşlar üzerinde yoğunlaşmış olup, asistan hekimler özelinde yapılmış kapsamlı ve sistematik çalışmalar yetersizdir. Oysa asistanlık dönemi; yüksek hasta yükü, artan sorumluluklar ve klinik karar verme becerilerinin henüz gelişmekte olduğu bir süreçtir. Bu nedenle, asistan hekimlerin malpraktis algısı ve defansif tıp tutumlarının erken dönemde anlaşılması hem bireysel hem de kurumsal düzeyde önemli gelişmelere kapı aralayabilir.

Bu çalışmanın temel gerekçesi, literatürdeki bu boşluğu doldurmak ve Türkiye'de görev yapan asistan hekimlerin malpraktis korkusu ile defansif tıp davranışları arasındaki ilişkiyi çok boyutlu olarak incelemektir. Çalışma kapsamında, malpraktis korkusunun farklı boyutları ile maliyeti artırıcı davranışlar, kaçınma tutumları ve savunmacı eğilimler arasındaki ilişki değerlendirilecek; aynı zamanda yaş, cinsiyet, branş, asistanlık yılı ve daha önce şikâyet/soruşturma yaşama durumu gibi değişkenlerin bu ilişkiyi ne şekilde etkilediği analiz edilecektir. Elde edilecek bulguların, hem asistan hekimlerin mesleki tutumlarının anlaşılması hem de malpraktis kaynaklı stresin azaltılmasına yönelik müdahalelerin yapılandırılması açısından katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MALPRAKTİS

Tıbbi malpraktis, sağlık hizmeti sunan profesyonellerin bilgi, beceri, dikkat, özen ya da deneyim eksikliğine bağlı olarak tıbbi uygulamalarda hata yapmaları sonucu, hastada fiziksel, ruhsal ya da ekonomik bir zararın ortaya çıkması durumunu ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), tıbbi malpraktisi “sağlık hizmeti sunucusunun mesleki standartlara aykırı biçimde hareket etmesi nedeniyle hastada zarar oluşması” biçiminde tanımlamaktadır (1). Türkiye’de de benzer şekilde, tıp alanında görev yapan sağlık çalışanlarının bilgi ve özen eksikliğine dayalı hatalı uygulamaları sonucunda hastada zararın meydana gelmesi durumu “tıbbi malpraktis” olarak değerlendirilir. Bu kapsamda, Adli Tıp Kurumu’na yansıyan vakalar incelendiğinde, özellikle obstetrik ve jinekolojik alandaki malpraktis iddialarının sağlık çalışanları açısından ciddi hukuki ve mesleki sonuçlar doğurduğu görülmektedir (9).

Tıbbi malpraktis, Türk Tabipleri Birliği tarafından 10-11 Ekim 1998 tarihlerinde gerçekleştirilen 47. Büyük Kongre’de kabul edilerek 01.02.1999 tarihinde yayımlanan Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nın 13. maddesinde “hekimliğin kötü uygulanması” olarak tanımlanmıştır. Madde içeriğinde, hastanın bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik sonucu zarar görmesi hâlinde bu durumun malpraktis olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu tanımlamada geçen “ilgisizlik” kavramı, yalnızca aktif hatalı tıbbi müdahaleleri değil, aynı zamanda hekimin gerekli tıbbi uygulamayı yapmaması gibi ihmali davranışları da kapsamaktadır. Dolayısıyla, yapılması gereken tıbbi bir müdahalenin hiç gerçekleştirilmemesi de, sonuçta hastada zarar oluşmuşsa, tıbbi malpraktis kapsamında değerlendirilmektedir (2).

Tıbbi malpraktisin yalnızca icrai (aktif) değil, aynı zamanda ihmali (pasif) eylemlerle de ortaya çıkabileceği bu bağlamda önem arz etmektedir. Nitekim Türe ve Türe (2017), hekimin mesleki sınırları içerisinde yer alan yükümlülüklerinden çekilmesi ya da müdahalede bulunmaması durumlarının, hastanın zarar görmesine yol açması hâlinde, sorumluluk doğurabileceğini vurgulamaktadır. Hekimin hastayı yarı yolda bırakması, görevini ihmal etmesi ya da gerekli olan müdahaleyi yapmaması, etik ve hukuki açıdan malpraktis değerlendirmesine konu olabilir (10). Bu nedenle, hekimin yalnızca yaptığı

eylemler değil, yapmadığı fakat yapması beklenen eylemler de mesleki sorumluluk kapsamında dikkatle ele alınmalıdır.

2.2. MALPRAKTİS TÜRLERİ

Tıbbi hatalar, hastaların tanı, tedavi ve bakım süreçlerinin çeşitli aşamalarında ortaya çıkabilmektedir. Bu hatalar; yanlış ilaç uygulamaları, yanlış tarafın cerrahi işlemi, cerrahi komplikasyonlar, hastane enfeksiyonları, düşmeler, hastanın sabitlenmemesine bağlı travmalar, kimlik doğrulama hataları gibi birçok farklı durumu içermektedir. Tıbbi hataların sınıflandırılmasına yönelik olarak literatürde çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. En yaygın kabul gören sınıflandırmalardan biri, Leape ve arkadaşları tarafından önerilmiş olup; hatalar dört ana başlık altında incelenmektedir: tanı hataları, tedavi hataları, profilaksiye ilişkin hatalar ve diğer hatalar (5).

2.2.1. Tanı hataları

Tanı sürecinde ortaya çıkabilecek hatalar; tanının gecikmesi, tamamen atlanması veya yanlış tanı konulması gibi durumları içermektedir. Bu tür hatalar; hastanın semptomlarının yeterince değerlendirilmemesi, laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarının göz ardı edilmesi, zamanında izlem yapılmaması ve gerekli uzman konsültasyonlarının gecikmesi gibi tanıya yönelik süreçlerdeki aksaklıklar nedeniyle meydana gelmektedir. Phillips ve arkadaşları (2004), birinci basamak sağlık hizmetlerinde görülen malpraktis iddiaları üzerinden yürüttükleri çalışmalarında, en yaygın ihmal türünün tanı hataları olduğunu bildirmişlerdir. Söz konusu hataların altında genellikle yetersiz fizik muayene, test sonuçlarının ihmal edilmesi ve hasta takibinde yetersizlik gibi nedenler bulunmaktadır (11).

Malpraktis iddialarının önemli bir bölümü, tanı sürecinde yapılan hatalardan kaynaklanmaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin kapatılmış dava kayıtları incelendiğinde, tanı hatalarının en yaygın ihmal türü olduğu görülmektedir (11).

2.2.2. Tedavi hataları

Tedavi sürecinde gerçekleşen hatalar; tıbbi girişim, test, ilaç uygulaması veya cerrahi müdahale esnasında yapılan yanlış uygulamaları kapsamaktadır. Risk değerlendirmesi yapılmadan veya önleyici güvenlik önlemleri alınmadan gerçekleştirilen işlemler, hasta güvenliği açısından önemli tehditler oluşturur. Örneğin hastanın düşmesi, yanlış dozda veya hatalı yöntemle ilaç uygulanması gibi olaylar, tedavi hatası kapsamına girer (12).

2.2.3. Profilaktik hatalar

Profilaktik hatalar, hastaların koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma süreçlerinde yapılan ihmalleri ve yanlış uygulamaları kapsamaktadır. Bu hatalar, önerilen aşılamaların zamanında yapılmaması, antitrombotik veya antibiyotik profilaksisinin uygulanmaması ya da yanlış doz ve süreyle uygulanması gibi durumları içermektedir. Ayrıca, koruyucu tedavilerin ardından gerekli takiplerin yapılmaması da ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Koruyucu hizmetlerdeki bu tür sistematik hatalar, önlenemez morbidite ve mortalite riskini artırmakta; hasta güvenliği açısından önemli bir tehdit oluşturmaktadır (13).

2.2.4. Diğer hatalar

Personel, malzeme, ekipman ve iletişim süreçlerinden kaynaklanan hatalar, genellikle diğer üç kategoriye (tanı, tedavi, profilaksi) doğrudan dahil edilemeyen, ancak hasta güvenliği açısından önemli sonuçlar doğurabilen sistemsel hata türleridir. Bu tür hatalar sıklıkla insan faktörüne dayanmakta olup, özellikle sözlü tıbbi emirlerin yanlış anlaşılması, uygun olmayan cihaz ya da malzeme seçimi, hatalı dokümantasyon ve yetersiz iletişim gibi unsurlar bu kategori kapsamında değerlendirilmektedir. Örneğin, hastaya yanlış görüntüleme tekniği uygulanması, uygun olmayan boyutta üriner sonda kullanımı veya iletişim eksikliği nedeniyle ilaç dozunun yanlış anlaşılması gibi durumlar bu tür sistem tabanlı hatalara örnek teşkil etmektedir (12).

2.3. MALPRAKTİS KORKUSU

Hekimlerin mesleki uygulamalarını yerine getirirken, tıbbi malpraktis davası ile karşı karşıya kalabileceklerine dair duydukları endişe, "malpraktis korkusu" olarak tanımlanmaktadır (14).

Malpraktis korkusu, yalnızca bireysel düzeyde hekim davranışlarını etkilemekle kalmamakta; aynı zamanda sağlık sisteminin işleyişine dair çok boyutlu ve yapısal sonuçlar doğurmaktadır. Bu korku, hekimleri yasal sorumluluklardan korunmak amacıyla gereksiz tanı testleri istemeye, daha pahalı fakat güvenli olduğu düşünülen tedavileri tercih etmeye veya ilave danışmanlık hizmetlerine başvurmaya yönlendirebilmektedir. Bu davranışlar, literatürde "negatif defansif tıp" olarak tanımlanmakta ve hem doğrudan hasta bakım maliyetlerini artırmakta hem de sağlık kaynaklarının rasyonel kullanımını engellemektedir. Montanera'nın (2015) çalışmasında, malpraktis reformlarının negatif defansif tıp üzerindeki

etkileri incelenmiş ve bu reformların yokluğunda hekimlerin daha fazla defansif davranış gösterdiği, bunun da sağlık harcamalarını belirgin ölçüde yükselttiği gösterilmiştir (15).

Bunun yanı sıra, malpraktis korkusunun hekimleri yüksek riskli hastaları kabul etmekten kaçınmaya sevk ettiği, hatta bazı durumlarda ileri yaş, kronik hastalık ya da komplikasyon riski yüksek hastaların tanı ve tedavisinin ötelenmesine veya ihmal edilmesine yol açtığı ifade edilmektedir. Bu durum, sağlık hizmetine erişimde adaletsizlik yaratmakta ve hasta prognozunu doğrudan olumsuz etkilemektedir. Ayrıca malpraktis endişesi, bazı hekimlerin yenilikçi veya deneysel tedavi protokollerine mesafeli yaklaşmasına, bu nedenle bilimsel gelişmeleri klinik uygulamaya entegre etmede gecikmeler yaşanmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak, malpraktis korkusunun yalnızca bireysel düzeyde değil, sağlık sisteminin verimliliği, kalitesi, eşitliği ve sürdürülebilirliği üzerinde de kapsamlı ve olumsuz etkiler yarattığı söylenebilir (15).

Katz ve arkadaşları (2005), acil serviste akut koroner sendrom (AKS) semptomları ile başvuran hastaları değerlendiren hekimlerin, tıbbi karar alma süreçlerinde malpraktis korkusunun etkisini incelemişlerdir. Çalışmada, hekimlerin daha fazla tetkik isteme veya hastayı yatırma yönündeki kararlarının, olası bir malpraktis iddiasından kaçınma güdüsüyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Doktorların malpraktis korkularını ölçmek için Malpraktis Korku Ölçeğini geliştirilmişlerdir ve Tablo 2.1’de bulunmaktadır (7).

Tablo 2.1. Malpraktis korku ölçeği.

Sıra Nu	Malpraktis Korkusuna Yönelik İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Sağlık hizmet sunumuna yönelik hukuki gelişmeler nedeni ile mesleki uygulamalarımda önemli değişiklikler yapmak zorunda kaldım.					
2	Gelecek 10 yıl içinde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olacağım diye endişeleniyorum.					
3	Malpraktis davası tehdidi nedeniyle günlük mesleki uygulamalarımda kendimi baskı altında hissediyorum.					
4	Sadece malpraktisten kaçınmak için bazı testler ve konsültasyon istediğim olur.					
5	Özellikle dava edilme riskini azaltmak için bazen ileri uzman görüşü istediğim olur.					
6	Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açıdan giderek daha riskli olmaya başlamıştır.					

Malpraktis korku ölçeği 6 sorudan oluşmakta olup (1) kesinlikle katılmıyorum- (5) kesinlikle katılıyorum likert tipinde skalada değerlendirilmektedir. Ölçekte terse kodlanmış madde bulunmamaktadır. Ölçekten 6 ile 30 arasında puan elde edilmektedir. Yüksek puan yüksek seviyede malpraktis korkusunu göstermektedir.

2.4. KOMPLİKASYON

Tıbbi komplikasyon, tüm özen ve dikkat gösterilerek gerçekleştirilen bir tıbbi girişim sonrasında, genel kabul görmüş standartlara uygun önlemler eksiksiz alınmasına rağmen ortaya çıkabilen, öngörülebilir ancak önlenemez riskler olarak tanımlanmaktadır. Hukuki literatürde bu durum, hekim hatasından bağımsız değerlendirilmekte olup, komplikasyonun varlığı tek başına hekimin sorumluluğunu doğurmaz niteliktedir (16).

Tıbbi bir işlemi uygulayan sağlık profesyonelinin, tüm tıbbi protokol ve standartlara eksiksiz biçimde uymasına rağmen öngörülebilir bir riskin gerçekleşmesi durumunda ortaya çıkan zarar, tıbbi komplikasyon olarak değerlendirilmelidir. Buna karşılık, bilgi eksikliği, deneyimsizlik ya da özen eksikliği gibi ihmalkârlık durumlarında oluşan zararlar ise tıbbi malpraktis kapsamına girer. Hekimin genel kabul görmüş tıbbi uygulama kurallarına uymasına rağmen bir komplikasyon meydana gelmişse, bu durum hekimin hukuki sorumluluğunu doğurmaz (16).

Komplikasyonun varlığı, hekimin her durumda kusursuz olduğu anlamına gelmez. Hekimin, komplikasyon gelişse bile klinik süreci sahiplenmesi, hastayı etkin bir şekilde bilgilendirmesi ve tedavi sürecini hasta yararını gözeterek yönetmesi beklenir. Tıbbi girişim öncesinde olası riskler hasta ile açık bir şekilde paylaşılmış ve aydınlatılmış onam alınmışsa, ortaya çıkan komplikasyonun hekime atfedilecek bir sorumluluğa dönüşmemesi gerektiği kabul edilmektedir (17).

Komplikasyonun öngörülebilir olması, hekimin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. Eğer hasta, işlem öncesinde komplikasyon riski hakkında açık ve anlaşılır biçimde bilgilendirilmemiş ve bu risklere yönelik aydınlatılmış onam alınmamışsa; komplikasyon sonucu meydana gelen zarardan hekim hukuken sorumlu tutulabilir. Zira tıp hukukunda hastanın bilgilendirilmesi ve özgür iradesiyle onam vermesi, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu açısından vazgeçilmez bir unsurdur (18).

Tıbbi bir uyuşmazlıkta ortaya çıkan olumsuz sonucun malpraktis mi yoksa komplikasyon mu olduğunun belirlenmesi, teknik bilgi ve uzmanlık gerektiren bir değerlendirme sürecidir. Bu nedenle, mahkemelerde görülmekte olan davalarda bu ayrımın yapılabilmesi için alanında uzman bilirkişilere başvurulması zorunludur. Bilirkişilik

hizmetleri ağırlıklı olarak Adli Tıp Kurumu tarafından sağlanmakla birlikte, üniversitelerin ilgili tıp fakültelerine bağlı anabilim dallarında görev yapan öğretim üyeleri de bilirkişi olarak görevlendirilebilmektedir (19).

2.5. DEFANSİF TIP

Defansif tıp, başlangıçta hekimin hasta lehine hareket etme çabasıyla, tıbbi belirsizlikler karşısında ek önlemler alma pratiği olarak ortaya çıkmış; uzun yıllar boyunca hasta-hekim ilişkisinin doğal bir uzantısı olarak değerlendirilmiştir. Ancak günümüzde bu kavram, yalnızca tıbbi ihtiyat çerçevesinde kalmamakta, hekimlerin yasal sorumluluklardan kaçınma amacıyla gerçekleştirdiği bazı davranış kalıplarını da içerecek şekilde genişlemiştir. Bu doğrultuda yapılan ampirik araştırmalar, defansif tıp uygulamalarının yalnızca klinik kararlarda değil; hekimlerin mesleki doyumu, iş yükü yönetimi, tükenmişlik düzeyi ve hasta ilişkileri üzerinde de belirgin etkiler yarattığını göstermektedir. Reuveni ve arkadaşlarının (2017) İsrail’de görev yapan psikiyatristler arasında yürüttüğü kesitsel çalışmada, defansif tıbbın çok boyutlu etkileri ayrıntılı biçimde ele alınmış ve uygulamaların iki ana başlık altında incelenmesi önerilmiştir: pozitif ve negatif defansif tıp (8).

Pozitif defansif tıp, hekimlerin malpraktis iddialarından korunma güdüsüyle, tıbbi gereklilik taşımayan testler istemesi, hastayı ek konsültasyonlara yönlendirmesi ya da tedavi sürecini bilimsel olarak gerekçelendirilemeyen şekilde karmaşılaştırması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, aslında klinik açıdan fayda sağlamayan müdahalelerin, tamamen hukuki riskleri azaltma amacıyla yapılmasını ifade etmektedir. Reuveni ve arkadaşlarının çalışmasında, psikiyatristlerin önemli bir bölümünün düşük riskli olgularda dahi tanısal testleri tekrarladığı, hasta takibini gereğinden fazla sıklaştırdığı veya tedavi protokollerine ek önlemler eklediği bildirilmiştir. Bu durum, sağlık hizmeti maliyetlerini artırmakta, kaynak kullanımında verimsizlik yaratmakta ve hasta-hekim ilişkisini gereksiz yere teknikleştirmektedir (8).

Öte yandan, defansif tıbbın ikinci boyutu olan negatif defansif tıp, hekimin riskli gördüğü uygulamalardan kaçınması, belirli hasta gruplarını tedavi etmeme yönünde karar vermesi ya da klinik sorumluluk almaktan geri durması gibi tutumları kapsamaktadır. Bu tür davranışlar, doğrudan hasta bakım kalitesini düşürebilmekte, özellikle yüksek riskli hasta gruplarının tanı ve tedavi süreçlerinde gecikmelere yol açabilmektedir. Reuveni ve arkadaşları, bazı hekimlerin belirli hasta profillerini “hukuki risk” olarak değerlendirdiklerini ve bu nedenle müdahale etmeme eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir. Bu bağlamda negatif defansif tıp, yalnızca sağlık sisteminde değil, aynı zamanda hekimlerin

psikolojik bütünlüğü ve profesyonel özerkliği üzerinde de önemli sonuçlar doğurmaktadır (8).

Benzer şekilde, Studdert ve arkadaşları (2005) tarafından yüksek riskli branşlarda (obstetrik, genel cerrahi, ortopedi vb.) çalışan hekimlerle yapılan kapsamlı araştırmada, katılımcıların %42'si belirli hasta gruplarını tedavi etmeme, %33'ü ise yüksek riskli işlemlerden kaçınma yönünde sistematik olarak negatif defansif davranış geliştirdiklerini belirtmiştir. Bu çalışmada negatif defansif tıbbin hekimler arasında yaygın olduğu ve bu davranışların hem hasta bakım kalitesini hem de mesleki motivasyonu olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (4).

Daha önce 1995 yılında Summerton tarafından yapılan bir başka araştırmada da aile hekimlerinin defansif tıp çerçevesinde, bazı semptomları olan hastaları sevk etmeme veya bazı tedavileri uygulamama eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir. Hekimler, tıbbi müdahaleden kaçınma kararlarını çoğunlukla “yeterli hukuki korumanın olmaması” ve “şikâyet edilme korkusu” gibi nedenlerle gerekçelendirmiştir (14).

Negatif defansif tıp, görünürde pasif bir yaklaşım gibi algılansa da sağlık sisteminin bütünlüğü açısından ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Nitelikli sağlık hizmetinin kapsayıcılığı, eşitliği ve sürekliliği bu davranış biçiminden doğrudan etkilenmektedir. Ayrıca, hekimin klinik karar alma özerkliği üzerinde baskı oluşturarak mesleki tükenmişlik, karar verme stresinde artış ve etik ikilem gibi ikincil olumsuzluklara da yol açmaktadır.

Sonuç olarak, defansif tıp uygulamaları günümüzde sadece bireysel bir davranış kalıbı değil, yapısal ve sistemsel bir sağlık politikası sorunu olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle, yalnızca hekim davranışlarını değil; aynı zamanda tıp hukuku, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve etik uygulamalar çerçevesinde çok disiplinli bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir (8). Tablo 2.2'de Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği bulunmaktadır (20).

Tablo 2.2. Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği.

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derecede katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Eski alt boyutlar	Yeni alt boyutlar	Maddeler	1 Puan	2 Puan	3 Puan	4 Puan	5 Puan
Positive DT	Cost-Increasing Behavior	1.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.					
		2.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyon dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.					
		3.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.					
		4.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.					
		5.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.					
Negative DT	Defensive Behavior	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.					
	Avoidance Behavior	10.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.					
		11.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemi olan hastalardan kaçınıyorum.					
		12.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.					
		13.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokollerini yerine girişimsel olmayan protokollerini tercih etmeye yöneliyorum.					

- Ölçek 3 alt boyutta 13 sorudan oluşmaktadır.
- Negatif soru yoktur.
- Likert tipi cevaplanmaktadır.
- Toplam puan yukarıda gösterilen puanların toplamı olarak hesaplanmaktadır.
- Kesme noktası yoktur. Puanın yüksek olması davranışın olduğu yönünde yorumlanır.

Ölçek uygulama popülasyonuna göre minimal revize edilebilmektedir (20).

2.6. HEKİMİN HUKUKİ VE CEZAI SORUMLULUKLARI

Tıbbi müdahale sonucunda hastanın zarar görmesi hâlinde, eğer bu zarar hekimin kusurlu davranışından kaynaklanıyorsa, Türk Medeni Hukuku ve Borçlar Kanunu çerçevesinde ilgili sağlık çalışanı hukuken sorumlu tutulmakta ve tazminat yükümlülüğü doğmaktadır. Türk hukuk sistemi, sağlık hizmeti sunan profesyonellerin sorumluluklarına dair bazı özel yasal düzenlemeler içermekle birlikte, mevcut Yargıtay kararları incelendiğinde, hekimler lehine ayrıcalıklı ya da esnek bir sorumluluk rejiminin sistematik biçimde benimsendiğine dair açık bir yönelim bulunmamaktadır (21). Oysa hekimlik pratiği; zaman baskısı, sınırlı kaynak kullanımı ve tıbbi belirsizlik gibi birçok özgün koşul altında şekillenmekte olup, özellikle acil veya kompleks vakalarda hızlı karar alma ve risk üstlenme zorunluluğu doğurmaktadır. Bu durum, klasik kusur sorumluluğu ölçütlerinin tıbbi uygulamalarda her zaman hakkaniyete uygun sonuçlar üretmediğini göstermektedir.

Nitekim Ambady ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı çalışma, sağlık çalışanlarının hatalarının yalnızca teknik uygulama hataları değil, aynı zamanda iletişim eksiklikleri nedeniyle de malpraktis davasına konu olabileceğini ortaya koymuştur. Bu çalışma, hekimin ses tonu gibi iletişimsel öğelerin dahi hasta güveni ve dava riski üzerinde etkili olabileceğini göstermekte; dolayısıyla tıbbi karar alma sürecinin çok boyutlu ve insanî doğasını gözler önüne sermektedir (22). Gelişmiş birçok ülkede, bu tür bilimsel bulgular doğrultusunda, hekimlerin sorumluluklarını değerlendirirken “makul hekim standardı”, “belirsizlik toleransı” ve “mesleki özenin göreceli yorumu” gibi daha esnek hukuki ölçütler geliştirilmiştir. Türkiye’de ise son yıllarda hekimleri korumaya yönelik çeşitli yasa tasarıları gündeme gelmiş olsa da bu girişimlerin büyük çoğunluğu henüz yasal zemine kavuşmamıştır. Mevcut durumda, hukuki sorumluluk rejimi ile tıbbi pratiğin karmaşık yapısı arasındaki dengesizlik, hekimlerde artan malpraktis kaygısına ve defansif tıp davranışlarının yaygınlaşmasına zemin hazırlamaktadır.

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK), 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren yeni düzenlemesiyle birlikte, ceza hukukunda kusurluluğa ilişkin değerlendirmeleri daha sistematik ve dereceli bir yapıya oturtmuştur (23). Bu yeni yapı kapsamında kusur halleri dört temel başlık altında sınıflandırılmaktadır: taksir, bilinçli taksir, olası kast ve doğrudan kast. Bu ayırım, özellikle sağlık hukuku bağlamında hekimin cezai sorumluluğunu belirlemede kritik bir rol oynamaktadır.

Taksir, en hafif kusurluluk hali olarak tanımlanır ve failin dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranışı sonucu istemeden bir neticeye neden olması durumunu ifade eder. Burada failin sonucu öngörmemiş olması belirleyicidir. Hekimlik pratiğinde,

mesleki standartlara aykırı ancak kötü niyet unsuru taşımayan ihmal ve dikkatsizlik örnekleri bu kapsama girmektedir (18). Örneğin, tanısız bir tetkikin yapılmaması ya da yanlış doz ilaç verilmesi gibi eylemler, sonucu öngörülmediği sürece taksir kapsamında değerlendirilir.

Bilinçli taksirde ise fail, davranışının tehlikeli sonuçlar doğurabileceğini öngörmesine rağmen, bu sonucun gerçekleşmeyeceğine dair bir güven içinde hareket eder. Hekimin, komplikasyon ihtimali olan bir tıbbi müdahaleyi gerekli önlemleri almadan gerçekleştirmesi bu kategoriye örnek teşkil edebilir. Yargıtay kararları da, bilinçli taksiri failin öngördüğü sonuca kayıtsız kalması olarak tanımlamaktadır (24).

Olası kast ve doğrudan kast ise suçun gerçekleşme ihtimalini kabullenmek ya da doğrudan istemek şeklinde tanımlanmakta olup, sağlık alanında oldukça istisnai durumlarda gündeme gelir. Ancak ceza hukukunda bu ayrımların bulunması, özellikle malpraktis davalarında hekimin kusur derecesinin tespitinde önemlidir. Zira TCK'da kusurun ağırlık derecesine bağlı olarak öngörülen ceza yaptırımları da artmaktadır. Bu sistematik yaklaşım, ceza sorumluluğunun orantılılık ilkesine göre değerlendirilmesini sağlamaktadır (23, 25).

Hekimin tanı koyma ve tedavi sürecinde gerçekleştirdiği hatalar, tıbbi malpraktis kapsamında hukuki sorumluluk doğurabilir. Bir hastayı tedavi etmeyi üstlenen hekim, yalnızca doğru tedavi uygulamakla değil, aynı zamanda zamanında ve doğru tanı koymakla da yükümlüdür. Her ne kadar tanı hataları her zaman kusur anlamına gelmese de hekimin tanıya ulaşmak amacıyla gerçekleştirdiği tanı testleri ve klinik değerlendirmeler sırasında mesleki özen ve dikkat yükümlülüğüne aykırı bir davranışta bulunması, ağır kusur olarak değerlendirilebilir (18). Hekim, hastaya uygulanacak tetkik ve müdahalelere ilişkin kararlarını tıbbi kanaatine göre serbestçe verir; ancak uyguladığı yöntemin hastada zarara yol açması ve bu zarar ile hekim eylemi arasında doğrudan bir illiyet bağı kurulması hâlinde hukuki sorumluluğu gündeme gelir(16). Bu nedenle hekimin, klinik kararlarında güncel bilimsel rehberlere, tıbbi standartlara ve özen yükümlülüğüne uygun hareket etmesi bir zorunluluktur. Zira Yargıtay içtihatlarında da belirtildiği üzere, hekimin “tıbben kabul görmüş ve bilimsel dayanağı olan uygulamaları tercih etmesi” beklenmekte; aksi hâlde meydana gelen zararın, öngörülebilir risk sınırlarını aşması durumunda hukuki sorumluluk söz konusu olabilmektedir (26).

Hukuki sorumluluğun doğabilmesi için, öncelikle hukuken korunmaya değer bir menfaatin ihlali sonucunda zararın meydana gelmiş olması gereklidir. Zarar, hukuki anlamda, bir kişinin korunmaya değer hak ve menfaatlerinde, bir olay veya müdahale öncesi ile sonrası arasında ölçülebilir bir azalma veya bozulma olması durumudur. Bu zarar, yalnızca fiziksel bütünlüğe yönelik olmayıp, aynı zamanda bireyin psikolojik sağlığında

meydana gelen olumsuz etkileri de kapsayacak şekilde geniş bir perspektifte değerlendirilir. Dolayısıyla, hukuki sorumluluğun tespiti açısından zararın türü değil, varlığı ve bu zararlar hukuka aykırı eylem arasında illiyet bağının kurulabilir olması esas alınmaktadır (27).

2.6. TIBBİ KÖTÜ UYGULAMAYA İLİŞKİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK SİGORTASI

5947 sayılı ve kamuoyunda “Tam Gün Yasası” olarak bilinen yasal düzenleme, tıbbi uygulama hatalarından (malpraktis) kaynaklanan hukuki ve finansal sorunların önlenmesine yönelik doğrudan bir çözüm mekanizması sunmamaktadır. Bu düzenlemenin esas katkısı, hekimlerin malpraktis nedeniyle karşı karşıya kalabilecekleri tazminat taleplerine karşı korunmalarını sağlamak amacıyla zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının yürürlüğe konulması olmuştur. İlgili yasanın 8. maddesi uyarınca, kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan tabip, diş tabibi ve uzman hekimlerin; hastalar veya hasta yakınları tarafından ileri sürülebilecek tazminat talepleri ile bu taleplerin karşılanmasını müteakip kurumlarca yöneltilebilecek rücu istemlerine karşı mesleki sorumluluk sigortası yaptırımları yasal bir yükümlülük haline getirilmiştir.

Kanun metninde, söz konusu sigortaya ilişkin prim ödemelerinin finansmanına dair düzenlemelere de yer verilmiş olup; kamu ve özel sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlerin sigorta primlerinin %50'sine kadar olan kısmının ilgili kurum tarafından karşılanabileceği belirtilmiştir. Buna karşın, serbest çalışan ve kendi muayenehanesinde hizmet sunan hekimlerin sigorta primlerinin tamamı kendileri tarafından ödenmektedir. Prim tutarlarının belirlenmesinde; hekimin uzmanlık alanı, yıllık hasta yükü, poliçe teminat limiti, önceki yıllara ait dava geçmişi gibi çeşitli aktüeryal risk kriterleri esas alınmaktadır.

Bu çerçevede, 5947 sayılı yasa; malpraktis uygulamalarının önlenmesine ilişkin proaktif bir düzenleyici yaklaşım sunmaktan ziyade, meydana gelen tıbbi zararların tazmini sürecinde karşılaşılan finansal yükleri hafifletmeyi ve sigorta mekanizması aracılığıyla riskin kurumsal düzlemde dağıtılmasını amaçlamaktadır (28).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma Tasarımı

Bu çalışma, asistan hekimler arasında medikal malpraktis korkusu ile defansif tıp davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülmüş, tanımlayıcı ve analitik nitelikte, kesitsel (cross-sectional) bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Araştırma verileri, belirli bir zaman diliminde hekimlerden elde edilen özbildirimlere dayalı olarak çevrim içi anket yoluyla toplanmıştır. Bu yönüyle çalışma hem gözlemsel hem de prospektif özellikler taşımaktadır.

Çalışmanın evrenini, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde görev yapan asistan hekimler oluşturmuştur. Katılımcılara ulaşımlar e-posta grupları ve sosyal medya platformları aracılığıyla gerçekleştirilmiş; gönüllülük esasına dayalı olarak anket formunu dolduran 302 asistan hekimin verileri analize dâhil edilmiştir.

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formunun yanı sıra; Malpraktis Korkusu Ölçeği ve defansif tıp uygulamalarını ölçen alt ölçeklerden (Cost-Increasing Behavior, Defensive Behavior, Avoidance Behavior, Positive Defensive Tendency ve Negative Defensive Tendency) oluşan yapılandırılmış bir çevrim içi anket kullanılmıştır. Ölçeklerin her biri, literatürde geçerlilik ve güvenilirliği daha önce gösterilmiş ifadeler temel alınarak düzenlenmiş ve toplam puan ile alt ölçek puanları üzerinden değerlendirilmiştir.

Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics 23.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama \pm standart sapma, medyan ve interkuartil (çeyrekler arası) ile sunulmuş; parametrik olmayan veri dağılımı göz önünde bulundurularak grup karşılaştırmaları için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri, değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde ise Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiş ve çoklu karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde görev yapan asistan hekimler üzerinde yürütülmüştür. Katılımcılara, çevrim içi anket formu aracılığıyla ulaşılarak veriler toplanmıştır. Verilerin toplanma süreci Temmuz 2025 ile Ağustos 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Anket formları, gönüllülük esasına dayalı olarak e-posta grupları ve dijital iletişim platformları üzerinden dağıtılmış, tüm veriler anonim şekilde toplanmıştır. Katılımcıların kişisel bilgileri gizli tutulmuş ve sadece bilimsel amaçlarla kullanılmıştır.

Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde görev yapan asistan hekimler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise, araştırma kapsamında oluşturulan çevrim içi anket formunu gönüllü olarak dolduran ve eksiksiz veri sağlayan toplam 302 asistan hekim oluşturmaktadır. Örneklem seçimi, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme (convenience sampling) tekniği ile gerçekleştirilmiştir.

Anket formu, dijital ortamda hazırlanarak e-posta grupları, sosyal medya platformları ve hekim iletişim ağları aracılığıyla ilgili katılımcılara ulaştırılmıştır. Anket formunun girişinde çalışmanın amacı, gizlilik esasları ve gönüllü katılım ilkeleri belirtilmiş, katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Dahil Edilme Kriterleri:

- Aktif olarak görev yapan ve halen asistanlık eğitimi süren hekimler olmak,
- Anket formunu eksiksiz olarak doldurmuş olmak,
- Gönüllü katılım sağlamış olmak.

Dışlanma Kriterleri:

- Anket formunu eksik dolduranlar,
- Uzmanlık eğitimini tamamlamış veya asistanlık statüsünde olmayan hekimler,
- Gönüllü onam vermeyen bireyler.

Araştırma kapsamında katılımcıların yaş, cinsiyet, meslekteki deneyim süresi, asistanlık yılı, çalıştığı branş (cerrahi, dahili, temel bilim), Zorunlu Mali Sorumluluk (ZMS)

sigortası varlığı ve geçmişte soruşturma veya şikâyetle karşılaşmış karşılaşmadıklarına ilişkin demografik ve mesleki bilgiler toplanmıştır.

Veri Toplama Yöntemleri

Bu araştırmada veriler, araştırmacı tarafından yapılandırılmış bir çevrim içi anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket formu, Google Forms platformu üzerinde oluşturulmuş ve Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde çalışan asistan hekimlere sosyal medya platformları, e-posta grupları ve dijital hekim iletişim kanalları yoluyla ulaştırılmıştır. Katılımcılara, çalışmanın amacı, kapsamı, gönüllülük esasları ve gizlilik ilkeleri hakkında bilgilendirme yapılmış, aydınlatılmış onam alınmıştır.

Anket üç ana bölümden oluşmaktadır:

- 1. Sosyodemografik Bilgi Formu:** Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, meslekteki deneyim süresi, asistanlık yılı, branşı, geçmişte soruşturma/şikâyet yaşayıp yaşamadığı ve Zorunlu Mali Sorumluluk (ZMS) sigortası varlığına ilişkin bilgileri içermektedir.
- 2. Malpraktis Korkusu Ölçeği:** Hekimlerin tıbbi uygulama hatalarına dair endişelerini değerlendiren bu ölçek, önceki literatür doğrultusunda yapılandırılmıştır. Katılımcıların malpraktis korku düzeyleri Likert tipi maddelerle değerlendirilmiş ve toplam puan hesaplanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığına dair güvenilirlik analizi daha önceki çalışmalarda doğrulanmıştır (örn. Reuveni et al., 2017).
- 3. Defansif Tıp Davranışları Ölçekleri:** Bu bölümde;
 - Cost-Increasing Behavior (Maliyeti Artırıcı Davranışlar)
 - Defensive Behavior (Savunucu Davranışlar)
 - Avoidance Behavior (Kaçınma Davranışları)
 - Positive Defensive Tendency (Pozitif Savunmacı Eğilim)
 - Negative Defensive Tendency (Negatif Savunmacı Eğilim)

Alt başlıklarında yapılandırılmış ifadeler yer almakta olup, hekimlerin defansif tıp uygulamalarına ilişkin tutumlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Maddeler beşli Likert tipi (1: Kesinlikle katılmıyorum – 5: Kesinlikle katılıyorum) şeklinde derecelendirilmiştir.

Ölçeklerin maddeleri, daha önce yapılmış çalışmalarda kullanılan yapılar temel alınarak Türkçe 'ye uyarlanmış, içerik geçerliliği uzman görüşüyle sağlanmış ve pilot

uygulama sonucunda nihai hâline getirilmiştir. Elde edilen yanıtlar üzerinden toplam puan ve alt ölçek puanları ayrı ayrı hesaplanmış, bu puanlar istatistiksel analizde bağımlı değişken olarak kullanılmıştır.

Etik Kurul Onayı

Çalışmaya İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 03.07.2025 tarih ve 2025/0038 numaralı etik kurul kararı (Ek-1) ile başlanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde ile, ölçümsel veriler ise ortalama \pm standart sapma ve ortanca (Interquartile Range=IQR) değerleri ile gösterilmiştir. Ölçümlerin normal dağılım varsayımının incelenmesinde Kolmogorov Smirnow testi ve histogram grafikleri kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanım alanına uygun yerlerde kullanılmıştır. İki ölçüm arasındaki korelasyonun incelenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Post hoc analizler için p değerinde bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Analizler IBM SPSS 23 istatistik programı ile gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

Katılımcıların %65,2'si 24-30 yaş aralığında (n=197), %34,8'i 30 yaş ve üzerindedir (n=105). Katılımcıların %49,3'ü erkek (n=149), %50,7'si kadındır (n=153). Meslekteki deneyim süresi 1-5 yıl olanların oranı %62,9 (n=190), 6-10 yıl olanların oranı %30,8 (n=93), 11 yıl ve üzeri olanların oranı %6,3'tür (n=19).

Asistanlık yılı itibarıyla katılımcıların %12,3'ü birinci yıl (n=37), %21,5'i ikinci yıl (n=65), %27,5'i üçüncü yıl (n=83), %23,2'si dördüncü yıl (n=70), %11,6'sı beşinci yıl (n=35), %4,0'ı altıncı yıl ve üzerindedir (n=12).

Asistanlık sürecinde soruşturma veya şikâyet yaşadığını belirtenlerin oranı %30,5 (n=92), Zorunlu Mali Sorumluluk (ZMS) sigortası yaptırmış olanları oranı %66,9 (n=202) bulunmuştur. Branş dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %31,8'i cerrahi branşlarda (n=96), %60,3'ü dahili branşlarda (n=182), %7,9'u temel bilim branşlarında yer almaktadır (n=24) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Ölçek puanlarının ortalama, standart sapma ve ortanca (IQR) değerleri

		N (%)
Yaş	24-30 yaş	197 (65,2)
	30 yaş üstü	105 (34,8)
Cinsiyet	Erkek	149 (49,3)
	Kadın	153 (50,7)
Meslekteki deneyim süresi	1-5 yıl	190 (62,9)
	6-10 yıl	93 (30,8)
	11 yıl ve üzeri	19 (6,3)
Asistanlıkta kaçınıcı yılı	1	37 (12,3)
	2	65 (21,5)
	3	83 (27,5)
	4	70 (23,2)
	5	35 (11,6)
	6 ve üzeri	12 (4,0)
Asistanlıkta soruşturma / şikâyet	Evet	92 (30,5)
	Hayır	210 (69,5)
ZMS sigortası varlığı	Evet	202 (66,9)
	Hayır	100 (33,1)
Branşı	Cerrahi	96 (31,8)
	Dahili	182 (60,3)
	Temel	24 (7,9)

Katılımcıların malpraktis korku ölçeği puanı ortalaması $23,8 \pm 4,9$ olup, ortanca değeri 24,0 (IQR: 21,0–28,0) olarak belirlenmiştir. Cost-Increasing Behavior puanı ortalaması $17,7 \pm 4,9$, ortancası 18,0 (IQR: 15,0–22,0) şeklindedir. Defensive Behavior puanı ortalaması $15,5 \pm 3,3$, ortanca değeri 16,0 (IQR: 13,0–18,0) olarak hesaplanmıştır.

Avoidance Behavior puanı ortalaması $12,8 \pm 5,1$, ortancası 13,0 (IQR: 9,0–17,0) olarak belirlenmiştir. Positive Defensive Tendency (DT) puanı ortalaması $17,7 \pm 4,9$, ortanca değeri 18,0 (IQR: 15,0–22,0), Negative Defensive Tendency (DT) puanı ortalaması ise $28,2 \pm 7,2$, ortanca değeri 29,0 (IQR: 23,0–34,0) olarak kaydedilmiştir.

Toplam puan ortalaması $45,9 \pm 11,2$ olup, ortanca değeri 46,5 (IQR: 39,0–54,0) şeklindedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Ölçek puanlarının ortalama, standart sapma ve ortanca (IQR) değerleri.

	Ortalama \pm Standart Sapma [Ortanca (IQR)]
Malpraktis korku ölçeği puanı	$23,8 \pm 4,9$ [24,0 (21,0-28,0)]
Cost-Increasing Behavior	$17,7 \pm 4,9$ [18,0 (15,0-22,0)]
Defensive Behavior	$15,5 \pm 3,3$ [16,0 (13,0-18,0)]
Avoidance Behavior	$12,8 \pm 5,1$ [13,0 (9,0-17,0)]
Positive DT	$17,7 \pm 4,9$ [18,0 (15,0-22,0)]
Negative DT	$28,2 \pm 7,2$ [29,0 (23,0-34,0)]
Toplam Puan	$45,9 \pm 11,2$ [46,5 (39,0-54,0)]

Asistanlık sürecinde soruşturma veya şikâyet yaşayan katılımcılarda malpraktis korku ölçeği ortanca puanı [26,0 (IQR: 22,0–28,0)], yaşamayanlara göre [24,0 (IQR: 20,0–28,0)] anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,014$).

ZMS sigortası bulunan katılımcılarda malpraktis korku ölçeği ortanca puanı [25,0 (IQR: 22,0–28,0)], sigortası bulunmayanlara göre [23,0 (IQR: 18,0–26,0)] anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,001$).

Yaş, cinsiyet, meslekteki deneyim süresi, asistanlık yılı ve branş değişkenleri ile malpraktis korku ölçeği ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre malpraktis korku ölçeği puanları.

		Malpraktis korku ölçeği puanı	
		Ortalama ± Standart Sapma [Ortanca (IQR)]	p
Yaş	24-30 yaş	23,5 ± 4,9 [24,0 (20,0-28,0)]	0,161 ^m
	30 yaş üstü	24,2 ± 5,0 [24,0 (21,0-28,0)]	
Cinsiyet	Erkek	23,6 ± 5,1 [24,0 (21,0-28,0)]	0,649 ^m
	Kadın	23,9 ± 4,7 [24,0 (21,0-28,0)]	
Meslekteki deneyim süresi	1-5 yıl	23,3 ± 5,0 [24,0 (20,0-28,0)]	0,106 ^k
	6-10 yıl	24,5 ± 4,7 [25,0 (21,0-28,0)]	
	11 yıl ve üzeri	24,7 ± 4,7 [24,0 (22,0-30,0)]	
Asistanlıkta kaçınıcı yılı	1	22,5 ± 6,0 [23,0 (19,0-26,0)]	0,310 ^k
	2	23,8 ± 4,6 [24,0 (21,0-28,0)]	
	3	23,3 ± 4,8 [24,0 (20,0-27,0)]	
	4	24,1 ± 5,1 [25,0 (22,0-28,0)]	
	5	24,7 ± 3,9 [25,0 (21,0-29,0)]	
	6 ve üzeri	25,8 ± 3,9 [26,5 (24,0-29,0)]	
Asistanlıkta soruşturma / şikâyet	Evet	24,7 ± 4,8 [26,0 (22,0-28,0)]	0,014^m
	Hayır	23,4 ± 4,9 [24,0 (20,0-28,0)]	
ZMS sigortası varlığı	Evet	24,5 ± 4,5 [25,0 (22,0-28,0)]	0,001^m
	Hayır	22,3 ± 5,3 [23,0 (18,0-26,0)]	
Branşı	Cerrahi	23,3 ± 4,9 [24,0 (20,0-27,0)]	0,278 ^k
	Dahili	24,2 ± 4,7 [24,0 (22,0-28,0)]	
	Temel	22,7 ± 6,0 [24,0 (18,0-27,5)]	

Meslekteki deneyim süresi 6–10 yıl olan katılımcılarda Cost-Increasing Behavior ortanca puanı [19,0 (IQR: 15,0–23,0)], 1–5 yıl deneyime sahip olanlara göre [18,0 (IQR: 14,0–21,0)] anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p = 0,012).

Asistanlık sürecinde soruşturma veya şikâyet yaşayan katılımcılarda Cost-Increasing Behavior ortanca puanı [19,5 (IQR: 15,0–22,0)], yaşamayanlara göre [18,0 (IQR: 14,0–21,0)] anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p = 0,032).

Yaş, cinsiyet, asistanlık yılı, ZMS sigortası varlığı ve branş değişkenleri ile Cost-Increasing Behavior ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre cost-increasing behavior puanları.

		Cost-Increasing Behavior		p
		Ortalama ± Standart Sapma	[Ortanca (IQR)]	
Yaş	24-30 yaş	17,4 ± 4,9	[18,0 (14,0-21,0)]	0,172 ^m
	30 yaş üstü	18,2 ± 4,9	[19,0 (15,0-22,0)]	
Cinsiyet	Erkek	17,6 ± 5,2	[19,0 (15,0-22,0)]	0,870 ^m
	Kadın	17,7 ± 4,6	[18,0 (15,0-21,0)]	
Meslekteki deneyim süresi	1-5 yıl	17,0 ± 4,9	[18,0 (14,0-21,0)]	0,012^k
	6-10 yıl	18,7 ± 4,7	[19,0 (15,0-23,0)]	
	11 yıl ve üzeri	18,8 ± 5,0	[19,0 (15,0-24,0)]	
Asistanlıkta kaçınıcı yılı	1	17,1 ± 5,4	[18,0 (15,0-22,0)]	0,241 ^k
	2	17,0 ± 5,0	[17,0 (14,0-21,0)]	
	3	17,3 ± 4,9	[17,0 (14,0-21,0)]	
	4	18,5 ± 4,5	[19,0 (15,0-22,0)]	
	5	18,0 ± 4,7	[19,0 (14,0-22,0)]	
	6 ve üzeri	19,5 ± 5,3	[20,5 (17,0-24,0)]	
Asistanlıkta soruşturma / şikâyet	Evet	18,6 ± 4,7	[19,5 (15,0-22,0)]	0,032^m
	Hayır	17,3 ± 5,0	[18,0 (14,0-21,0)]	
ZMS sigortası varlığı	Evet	18,1 ± 4,6	[19,0 (15,0-21,0)]	0,086 ^m
	Hayır	16,9 ± 5,4	[17,0 (13,0-22,0)]	
Branşı	Cerrahi	17,8 ± 5,1	[19,0 (15,0-22,0)]	0,789 ^k
	Dahili	17,6 ± 4,6	[18,0 (15,0-21,0)]	
	Temel	17,5 ± 6,1	[18,5 (14,0-22,0)]	

Asistanlık sürecinde soruşturma veya şikâyet yaşayan katılımcılarda Defensive Behavior ortanca puanı [16,5 (IQR: 14,0–19,0)], yaşamayanlara göre [16,0 (IQR: 13,0–18,0)] anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p = 0,023).

Asistanlık yılı beşinci yıl olan katılımcılarda Defensive Behavior ortanca puanı [16,0 (IQR: 14,0–18,0)], ikinci yıl asistanlara göre [15,0 (IQR: 12,0–17,0)] anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,048$).

Yaş, cinsiyet, meslekteki deneyim süresi, ZMS sigortası varlığı ve branş değişkenleri ile Defensive Behavior ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre defensive behavior puanları.

		Defensive Behavior	p
		Ortalama ± Standart Sapma [Ortanca (IQR)]	
Yaş	24-30 yaş	15,6 ± 3,2 [16,0 (13,0-18,0)]	0,480 ^m
	30 yaş üstü	15,2 ± 3,5 [16,0 (14,0-18,0)]	
Cinsiyet	Erkek	15,4 ± 3,4 [16,0 (13,0-18,0)]	0,775 ^m
	Kadın	15,5 ± 3,3 [16,0 (14,0-18,0)]	
Meslekteki deneyim süresi	1-5 yıl	15,2 ± 3,2 [16,0 (13,0-18,0)]	0,120 ^k
	6-10 yıl	15,8 ± 3,4 [17,0 (14,0-18,0)]	
	11 yıl ve üzeri	16,1 ± 3,2 [16,0 (15,0-19,0)]	
Asistanlıkta kaçınıcı yılı	1	15,5 ± 4,1 [17,0 (13,0-18,0)]	0,048 ^k
	2	14,6 ± 3,2 [15,0 (12,0-17,0)]	
	3	15,2 ± 3,3 [16,0 (13,0-18,0)]	
	4	16,0 ± 3,2 [17,0 (14,0-18,0)]	
	5	16,1 ± 2,5 [16,0 (14,0-18,0)]	
	6 ve üzeri	16,3 ± 3,6 [17,0 (15,0-19,0)]	
Asistanlıkta soruşturma / şikayet	Evet	16,2 ± 3,1 [16,5 (14,0-19,0)]	0,023 ^m
	Hayır	15,2 ± 3,4 [16,0 (13,0-18,0)]	
ZMS sigortası varlığı	Evet	15,7 ± 3,2 [16,0 (14,0-18,0)]	0,072 ^m
	Hayır	15,0 ± 3,5 [16,0 (12,0-18,0)]	
Branşı	Cerrahi	15,6 ± 3,3 [16,0 (13,0-18,0)]	0,239 ^k
	Dahili	15,5 ± 3,2 [16,0 (14,0-18,0)]	
	Temel	14,2 ± 4,0 [15,5 (12,0-16,5)]	

Meslekteki deneyim süresi 6–10 yıl olan katılımcılarda Avoidance Behavior ortalama puanı [15,0 (IQR: 11,0–18,0)], 1–5 yıl deneyime sahip olanlara göre [12,0 (IQR: 8,0–16,0)] anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,006$).

Yaş, cinsiyet, asistanlık yılı, asistanlık sürecinde soruşturma veya şikâyet, ZMS sigortası varlığı ve branş değişkenleri ile Avoidance Behavior ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre avoidance behavior puanları.

		Avoidance Behavior	p
		Ortalama \pm Standart Sapma [Ortanca (IQR)]	
Yaş	24-30 yaş	12,5 \pm 5,0 [12,0 (8,0-17,0)]	0,255 ^m
	30 yaş üstü	13,2 \pm 5,1 [14,0 (9,0-18,0)]	
Cinsiyet	Erkek	12,7 \pm 5,4 [13,0 (8,0-18,0)]	0,999 ^m
	Kadın	12,8 \pm 4,8 [13,0 (9,0-16,0)]	
Meslekteki deneyim süresi	1-5 yıl	12,1 \pm 4,9 [12,0 (8,0-16,0)]	0,006^k
	6-10 yıl	13,9 \pm 5,1 [15,0 (11,0-18,0)]	
	11 yıl ve üzeri	14,2 \pm 5,6 [16,0 (8,0-19,0)]	
Asistanlıkta kaçınıcı yılı	1	12,0 \pm 5,8 [12,0 (6,0-17,0)]	0,093 ^k
	2	12,6 \pm 4,7 [14,0 (10,0-16,0)]	
	3	12,1 \pm 5,0 [12,0 (8,0-16,0)]	
	4	13,4 \pm 5,1 [14,0 (8,0-18,0)]	
	5	12,9 \pm 4,6 [14,0 (9,0-16,0)]	
	6 ve üzeri	16,3 \pm 4,5 [18,0 (13,5-20,0)]	
Asistanlıkta soruşturma / şikâyet	Evet	13,4 \pm 5,1 [14,0 (9,0-18,0)]	0,144 ^m
	Hayır	12,5 \pm 5,0 [13,0 (8,0-16,0)]	
ZMS sigortası varlığı	Evet	12,8 \pm 5,1 [13,0 (8,0-17,0)]	0,848 ^m
	Hayır	12,7 \pm 4,9 [13,0 (9,0-17,0)]	
Branşı	Cerrahi	13,0 \pm 5,2 [13,5 (9,0-18,0)]	0,837 ^k
	Dahili	12,6 \pm 4,9 [13,0 (9,0-16,0)]	
	Temel	12,8 \pm 5,6 [12,0 (8,0-18,0)]	

Meslekteki deneyim süresi 6–10 yıl olan katılımcılarda Positive DT ortalama puanı [19,0 (IQR: 15,0–23,0)], 1–5 yıl deneyime sahip olanlara göre [18,0 (IQR: 14,0–21,0)] anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,012$).

Asistanlık sürecinde soruşturma veya şikâyet yaşayan katılımcılarda Positive DT ortalama puanı [19,5 (IQR: 15,0–22,0)], yaşamayanlara göre [18,0 (IQR: 14,0–21,0)] anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,032$).

Yaş, cinsiyet, asistanlık yılı, ZMS sigortası varlığı ve branş değişkenleri ile Positive DT ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre positive defensive tendency (DT) puanları.

		Positive DT	p
		Ortalama ± Standart Sapma [Ortanca (IQR)]	
Yaş	24-30 yaş	17,4 ± 4,9 [18,0 (14,0-21,0)]	0,172 ^m
	30 yaş üstü	18,2 ± 4,9 [19,0 (15,0-22,0)]	
Cinsiyet	Erkek	17,6 ± 5,2 [19,0 (15,0-22,0)]	0,870 ^m
	Kadın	17,7 ± 4,6 [18,0 (15,0-21,0)]	
Meslekteki deneyim süresi	1-5 yıl	17,0 ± 4,9 [18,0 (14,0-21,0)]	0,012^k
	6-10 yıl	18,7 ± 4,7 [19,0 (15,0-23,0)]	
	11 yıl ve üzeri	18,8 ± 5,0 [19,0 (15,0-24,0)]	
Asistanlıkta kaçınıcı yılı	1	17,1 ± 5,4 [18,0 (15,0-22,0)]	0,241 ^k
	2	17,0 ± 5,0 [17,0 (14,0-21,0)]	
	3	17,3 ± 4,9 [17,0 (14,0-21,0)]	
	4	18,5 ± 4,5 [19,0 (15,0-22,0)]	
	5	18,0 ± 4,7 [19,0 (14,0-22,0)]	
Asistanlıkta soruşturma / şikâyet	Evet	18,6 ± 4,7 [19,5 (15,0-22,0)]	0,032^m
	Hayır	17,3 ± 5,0 [18,0 (14,0-21,0)]	
ZMS sigortası varlığı	Evet	18,1 ± 4,6 [19,0 (15,0-21,0)]	0,086 ^m
	Hayır	16,9 ± 5,4 [17,0 (13,0-22,0)]	
Branşı	Cerrahi	17,8 ± 5,1 [19,0 (15,0-22,0)]	0,789 ^k
	Dahili	17,6 ± 4,6 [18,0 (15,0-21,0)]	
	Temel	17,5 ± 6,1 [18,5 (14,0-22,0)]	

Meslekteki deneyim süresi 6–10 yıl olan katılımcılarda Negative DT ortalama puanı [31,0 (IQR: 24,0–36,0)], 1–5 yıl deneyime sahip olanlara göre [27,0 (IQR: 22,0–32,0)] anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,007$).

Yaş, cinsiyet, asistanlık yılı, asistanlık sürecinde soruşturma veya şikâyet, ZMS sigortası varlığı ve branş değişkenleri ile Negative DT ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre negative defensive tendency (DT) puanları

		Negative DT		p
		Ortalama ± Standart Sapma [Ortanca (IQR)]		
Yaş	24-30 yaş	28,1 ± 7,0 [28,0 (23,0-33,0)]		0,517 ^m
	30 yaş üstü	28,4 ± 7,5 [30,0 (24,0-34,0)]		
Cinsiyet	Erkek	28,1 ± 7,7 [28,0 (22,0-35,0)]		0,846 ^m
	Kadın	28,3 ± 6,6 [29,0 (24,0-33,0)]		
Meslekteki deneyim süresi	1-5 yıl	27,3 ± 6,7 [27,0 (22,0-32,0)]		0,007^k
	6-10 yıl	29,7 ± 7,6 [31,0 (24,0-36,0)]		
	11 yıl ve üzeri	30,3 ± 8,0 [31,0 (23,0-38,0)]		
Asistanlıkta kaçınıcı yılı	1	27,5 ± 9,0 [29,0 (19,0-35,0)]		0,068 ^k
	2	27,2 ± 6,6 [27,0 (24,0-32,0)]		
	3	27,4 ± 6,9 [26,0 (23,0-33,0)]		
	4	29,4 ± 7,2 [30,5 (24,0-36,0)]		
	5	29,1 ± 6,1 [30,0 (26,0-34,0)]		
	6 ve üzeri	32,7 ± 7,4 [34,5 (31,0-38,0)]		
Asistanlıkta soruşturma / şikâyet	Evet	29,6 ± 6,6 [29,5 (24,5-36,0)]		0,061 ^m
	Hayır	27,6 ± 7,3 [27,0 (23,0-33,0)]		
ZMS sigortası varlığı	Evet	28,5 ± 7,1 [29,0 (23,0-34,0)]		0,363 ^m
	Hayır	27,7 ± 7,3 [27,0 (24,0-33,5)]		
Branşı	Cerrahi	28,6 ± 7,2 [29,0 (23,5-36,0)]		0,726 ^k
	Dahili	28,2 ± 6,9 [29,0 (23,0-33,0)]		
	Temel	27,0 ± 9,0 [25,5 (20,0-35,0)]		

Meslekteki deneyim süresi 6–10 yıl olan katılımcılarda toplam puan ortanca değeri [49,0 (IQR: 39,0–59,0)], 1–5 yıl deneyime sahip olanlara göre [44,0 (IQR: 39,0–51,0)] anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,005$).

Asistanlık sürecinde soruşturma veya şikâyet yaşayan katılımcılarda toplam puan ortanca değeri [49,0 (IQR: 40,0–57,0)], yaşamayanlara göre [45,0 (IQR: 39,0–52,0)] anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,035$).

Yaş, cinsiyet, asistanlık yılı, ZMS sigortası varlığı ve branş değişkenleri ile toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre toplam puanları.

		Toplam Puan		p
		Ortalama ± Standart Sapma	[Ortanca (IQR)]	
Yaş	24-30 yaş	45,5 ± 11,1	[44,0 (39,0-53,0)]	0,296 ^m
	30 yaş üstü	46,6 ± 11,5	[47,0 (39,0-55,0)]	
Cinsiyet	Erkek	45,7 ± 12,1	[45,0 (39,0-55,0)]	0,974 ^m
	Kadın	46,1 ± 10,2	[47,0 (39,0-52,0)]	
Meslekteki deneyim süresi	1-5 yıl	44,3 ± 10,7	[44,0 (39,0-51,0)]	0,005^k
	6-10 yıl	48,5 ± 11,5	[49,0 (39,0-59,0)]	
	11 yıl ve üzeri	49,1 ± 11,8	[51,0 (38,0-61,0)]	
Asistanlıkta kaçınıcı yılı	1	44,6 ± 13,5	[45,0 (37,0-54,0)]	0,078 ^k
	2	44,2 ± 10,4	[45,0 (39,0-51,0)]	
	3	44,7 ± 11,0	[43,0 (39,0-52,0)]	
	4	48,0 ± 10,9	[49,0 (40,0-57,0)]	
	5	47,1 ± 9,7	[47,0 (40,0-55,0)]	
	6 ve üzeri	52,2 ± 12,4	[54,5 (49,5-61,0)]	
Asistanlıkta soruşturma / şikâyet	Evet	48,1 ± 10,5	[49,0 (40,0-57,0)]	0,035^m
	Hayır	44,9 ± 11,4	[45,0 (39,0-52,0)]	
ZMS sigortası varlığı	Evet	46,6 ± 10,9	[47,0 (39,0-54,0)]	0,183 ^m
	Hayır	44,6 ± 11,8	[43,5 (38,5-54,5)]	
Branşı	Cerrahi	46,5 ± 11,5	[47,5 (39,0-56,5)]	0,764 ^k
	Dahili	45,8 ± 10,6	[46,5 (39,0-52,0)]	
	Temel	44,5 ± 14,3	[42,5 (36,0-57,0)]	

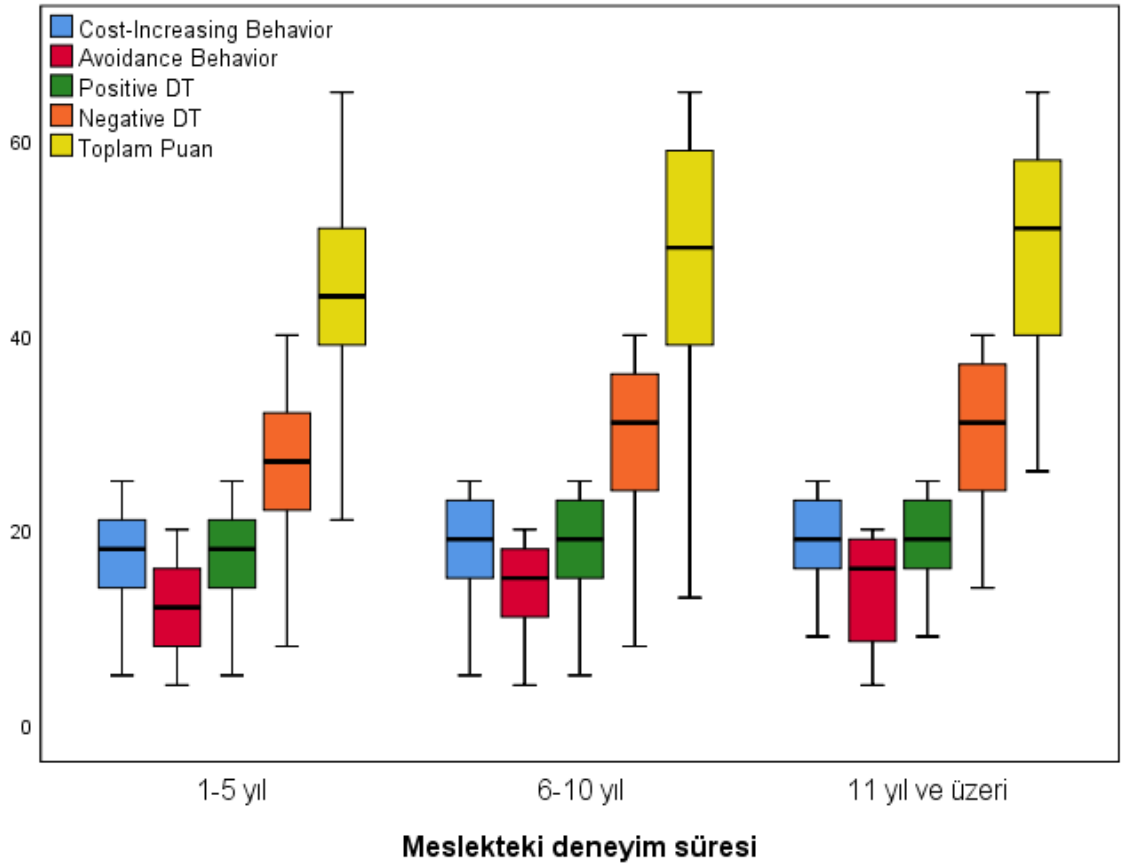
Malpraktis korku ölçeği puanı ile Cost-Increasing Behavior ($\rho = 0,678$; $p < 0,001$), Positive Defensive Tendency ($\rho = 0,678$; $p < 0,001$) ve toplam puan ($\rho = 0,641$; $p < 0,001$) arasında güçlü düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur.

Malpraktis korku ölçeği puanı ile Defensive Behavior ($\rho = 0,477$; $p < 0,001$), Avoidance Behavior ($\rho = 0,468$; $p < 0,001$) ve Negative Defensive Tendency ($\rho = 0,538$; $p < 0,001$) arasında ise orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur (Tablo 4. 10).

Tablo 4.10. Malpraktis korku ölçeği puanı ile defansif tıp toplam ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi.

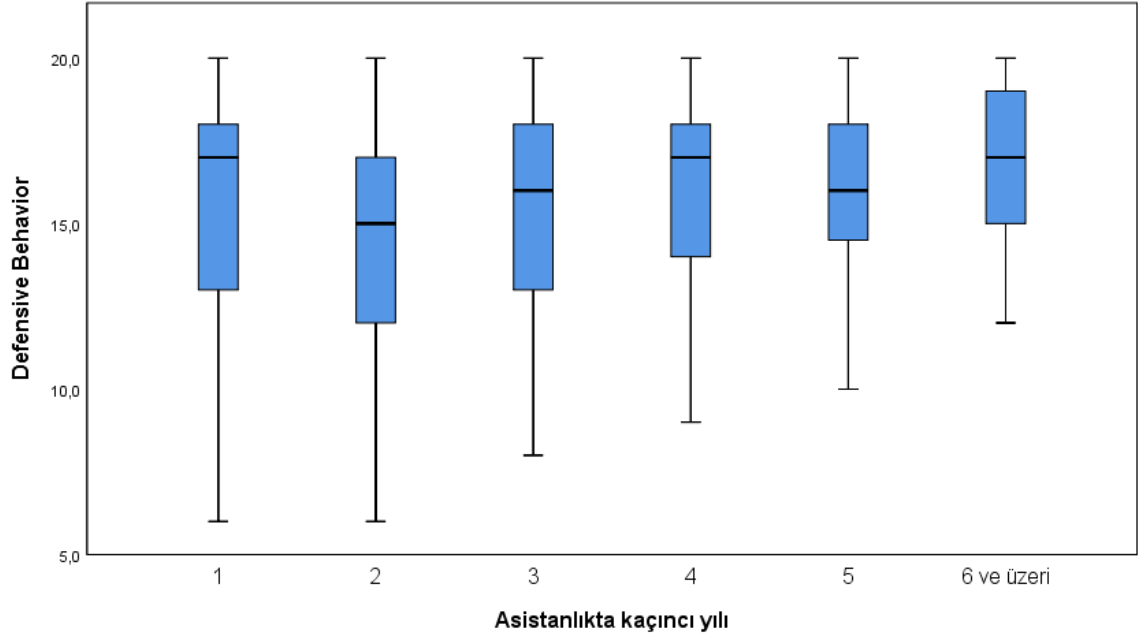
	Malpraktis korku ölçeği puanı	
	Rho	p
Cost-Increasing Behavior	0,678	<0,001
Defensive Behavior	0,477	<0,001
Avoidance Behavior	0,468	<0,001
Positive DT	0,678	<0,001
Negative DT	0,538	<0,001
Toplam Puan	0,641	<0,001

Şekil 4.1, katılımcıların meslekteki deneyim sürelerine göre farklı defansif tıp davranışlarının dağılımını göstermektedir. Veriler, üç deneyim grubuna ayrılmıştır: 1–5 yıl, 6–10 yıl ve 11 yıl ve üzeri. Her grup için "Cost-Increasing Behavior" (mavi), "Avoidance Behavior" (kırmızı), "Positive Defensive Tendency" (yeşil), "Negative Defensive Tendency" (turuncu) ve toplam puan (sarı) box-plot grafikleriyle sunulmuştur. Tüm gruplarda en yüksek median ve varyasyona sahip olan değer toplam puandır. Negatif defansif eğilim puanları özellikle 1–5 yıl deneyime sahip hekimlerde daha yüksek seviyede gözlenirken, pozitif defansif eğilim puanları deneyim arttıkça görece dengeli bir seyir izlemektedir. Maliyet artırıcı davranışlar ile kaçınma davranışları ise tüm gruplarda benzer düzeyde dağılmıştır. Bu bulgular, özellikle mesleki deneyimin ilk yıllarında negatif defansif davranışların daha baskın olduğunu göstermekte ve deneyim arttıkça bu eğilimin azaldığını düşündürmektedir.



Şekil 4.1. Katılımcıların mesleki deneyim yıllarına göre defansif tendency (DT) puanları.

Şekil 4.2, katılımcıların asistanlık süresine göre defansif davranış puanlarının dağılımı box-plot ile gösterilmektedir. Yatay ekseninde asistanlıkta geçirilen yıl sayısı (1. yıldan 6. yıl ve üzerine kadar), dikey ekseninde ise "Defensive Behavior" toplam puanları yer almaktadır. Verilere göre, asistanlıkta 1. ve 4. yılda olan hekimlerde defansif davranış puanlarının medyan değeri diğer yıllara kıyasla daha yüksek seviyededir. Bununla birlikte tüm gruplarda varyasyonun oldukça benzer olduğu ve aykırı değer bulunmadığı görülmektedir. 6. yıl ve üzeri grubu ise daha istikrarlı ve orta düzeyde bir defansif davranış düzeyi sergilemektedir. Bu bulgular, asistanlık süresinin ilerlemesiyle birlikte defansif davranış düzeylerinde belirgin bir azalma ya da artış olmadığını, ancak bazı yıllarda geçici yükselmeler olabileceğini düşündürmektedir.



Şekil 4.2. Katılımcıların asistanlıktaki yıllarına göre defensive tendency (DT) puanları.

5. TARTIŞMA

BULGULARIN ÖZETİ

Bu kesitsel çalışmaya toplam 302 asistan hekim katılmıştır. Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde, %65,2'sinin 24–30 yaş aralığında, %34,8'inin ise 30 yaş üzerinde olduğu saptanmıştır. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %49,3'ü erkek, %50,7'si kadındır. Mesleki deneyim süresi açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %62,9'unun meslekte 1–5 yıl, %30,8'inin 6–10 yıl ve %6,3'ünün 11 yıl ve üzeri deneyime sahip olduğu belirlenmiştir.

Asistanlık yılına göre dağılımda en yüksek oran %27,5 ile üçüncü yıl asistanlara aittir. Katılımcıların %30,5'i asistanlık süreci boyunca en az bir defa adli/idarî soruşturma veya hasta şikâyetine maruz kaldığını bildirmiştir. Ayrıca, %66,9'u Zorunlu Mali Sorumluluk (ZMS) sigortasına sahip olduğunu belirtmiştir. Branş bazında dağılım incelendiğinde, katılımcıların %60,3'ü dahili tıp branşlarında, %31,8'i cerrahi branşlarda, %7,9'u ise temel bilimlerde görev yapmaktadır.

Ölçek Sonuçları ve Genel Eğilimler

Malpraktis korkusu, defansif tıp davranışları ve bunların alt boyutlarına ilişkin ölçek puanları incelendiğinde:

- Malpraktis Korku Ölçeği ortalaması $23,8 \pm 4,9$ (medyan: 24,0; IQR: 21,0–28,0),
- Cost-Increasing Behavior ortalaması $17,7 \pm 4,9$ (medyan: 18,0; IQR: 15,0–22,0),
- Defensive Behavior ortalaması $15,5 \pm 3,3$ (medyan: 16,0; IQR: 13,0–18,0),
- Avoidance Behavior ortalaması $12,8 \pm 5,1$ (medyan: 13,0; IQR: 9,0–17,0),
- Positive Defensive Tendency (DT) ortalaması $17,7 \pm 4,9$ (medyan: 18,0; IQR: 15,0–22,0),
- Negative DT ortalaması $28,2 \pm 7,2$ (medyan: 29,0; IQR: 23,0–34,0),
- Toplam defansif davranış puanı $45,9 \pm 11,2$ (medyan: 46,5; IQR: 39,0–54,0) olarak saptanmıştır.

Gruplar Arası Karşılaştırmalar

- Soruşturma/şikâyet öyküsü olan hekimlerin malpraktis korku puanları [medyan: 26,0] anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,014$). Aynı grup ayrıca Cost-Increasing Behavior ($p=0,032$), Defensive Behavior ($p=0,023$), Positive DT ($p=0,032$) ve toplam puanlarda ($p=0,035$) daha yüksek skorlar bildirmiştir.
- ZMS sigortası bulunan hekimlerin malpraktis korkusu puanı [medyan: 25,0] sigortası olmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,001$); ancak diğer alt ölçeklerde anlamlı fark gözlenmemiştir.
- Mesleki deneyim süresi arttıkça Cost-Increasing Behavior ($p=0,012$), Avoidance Behavior ($p=0,006$), Positive DT ($p=0,012$), Negative DT ($p=0,007$) ve toplam defansif davranış puanlarında ($p=0,005$) anlamlı artış gözlenmiştir.
- Asistanlık yılı açısından yalnızca Defensive Behavior puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır; beşinci yıl asistanlarının ikinci yıl asistanlara göre daha yüksek ortanca puana sahip olduğu belirlenmiştir ($p=0,048$).

Demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, branş) ile ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu durum, defansif davranışların cinsiyet veya yaş gibi bireysel değişkenlerden ziyade, mesleki deneyim ve yaşanmış hukuki süreçlerle daha yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Korelasyon Bulguları

Malpraktis korku ölçeği ile defansif davranış alt ölçekleri arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır:

- Cost-Increasing Behavior ile güçlü korelasyon ($\rho=0,678$; $p<0,001$),
- Positive DT ile güçlü korelasyon ($\rho=0,678$; $p<0,001$),
- Toplam puan ile güçlü korelasyon ($\rho=0,641$; $p<0,001$),
- Defensive Behavior ($\rho=0,477$), Avoidance Behavior ($\rho=0,468$) ve Negative DT ($\rho=0,538$) ile ise orta düzeyde anlamlı korelasyonlar mevcuttur (hepsi için $p<0,001$).

Bu sonuçlar, artan malpraktis korkusunun yalnızca pozitif savunmacı davranışları değil, aynı zamanda kaçınma ve aşırı koruyucu yaklaşımları da anlamlı şekilde tetiklediğini göstermektedir.

Likert Maddelerine Verilen Yanıtlar

Beşli Likert ölçekleri ile ölçülen tutum sorularında, özellikle şu ifadelerde katılımcıların %65 ve üzeri oranla “katılıyorum” veya “kesinlikle katılıyorum” cevabı verdikleri gözlemlenmiştir:

- “Gelecek 10 yıl içinde malpraktis davasına dâhil olacağımdan endişeliyim.” (%71,2),
- “Malpraktis tehdidi nedeniyle baskı altında hissediyorum.” (%64,9),
- “Sadece malpraktisten kaçınmak için test ve konsültasyon istiyorum.” (%76,1),
- “Kayıtları daha detaylı tutuyorum.” (%78,4),
- “Aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.” (%72,8),
- “Görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.” (%66,5),
- “Komplikasyon oranı yüksek tedavilerden kaçmıyorum.” (%48,1).

Bu bulgular, defansif tıp davranışlarının asistan hekimler arasında yaygın ve çok boyutlu bir şekilde görüldüğünü ve malpraktis korkusunun klinik uygulamaları derinden etkilediğini göstermektedir.

Yaygın Malpraktis Korkusu ve Duygusal Baskı

- Katılımcıların %71,2’si (p: 24,8 + 46,4) önümüzdeki 10 yıl içinde bir malpraktis davasına karışmaktan endişe duyduğunu belirtmiştir.
- %64,9’u “malpraktis tehdidi nedeniyle günlük uygulamalarında kendini baskı altında hissettiğini” ifade etmiştir.

Bu oranlar, klinik uygulama sırasında hukuki sonuçlardan kaynaklanan yüksek düzeyde kaygı ve stres yaşandığını göstermektedir.

Pozitif Defansif Tıp Eğilimleri

- Katılımcıların büyük çoğunluğu, hukuki riskleri azaltmak amacıyla klinik kararlarını şekillendirmektedir:
 - ✓ %76,8’i “dava edilme riskini azaltmak için ileri uzman görüşü istediğini” ifade etmiştir.
 - ✓ %66,5’i “sadece malpraktisten kaçınmak amacıyla bazı test ve konsültasyonlara başvurduğunu” belirtmiştir.

- ✓ %66,5'i "komplikasyon riski taşıyan hastalarda daha fazla konsültasyon istediğini" söylemiştir.
- Ayrıca katılımcıların:
 - ✓ %74,2'si "aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğini",
 - ✓ %78,4'ü "kayıtları daha detaylı tuttuğunu",
 - ✓ %67,5'i "hastalarıyla tıbbi uygulamaları daha detaylı paylaştığını" bildirmiştir.
- Bu bulgular, hastayla iletişim, belgeleme ve konsültasyon uygulamalarının medikolegal nedenlerle şekillendiğini ortaya koymaktadır.

Cost-Increasing ve Hizmette Artışa Yönelik Davranışlar

- %67,8'i "görüntüleme tekniklerini daha sık kullandığını", %56,3'ü ise "gereksiz tetkik istediğini" ifade etmiştir.
- %47,0'i hastalarına endikasyon dahilinde yazabileceği ilaçların çoğunu yazdığını belirtmiştir.
- Bu veriler, hizmetin maliyetini artıran uygulamaların sıklıkla hukuki korkulardan kaynaklandığını göstermektedir.

Negatif Defansif Davranışlar: Kaçınma

Katılımcıların:

- %48,7'si "dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığını",
- %40,4'ü "kompleks medikal problemi olan hastalardan kaçındığını",
- %48,1'i "komplikasyon riski yüksek tedavilerden kaçındığını",
- %43,3'ü ise "girişimsel tedavi yerine daha az riskli yöntemleri tercih ettiğini" belirtmiştir.

Bu durum, hastaların sağlık hizmetine erişiminde dengesizlik yaratabilecek negatif defansif davranışların yaygın olduğunu göstermektedir.

Kararsız Yanıtların Yoğunluğu

Birçok ifade için kararsız yanıt oranları %20-30 arasındadır. Bu durum, bazı hekimlerin davranışlarının defansif mi yoksa standart uygulama mı olduğuna dair farkındalıklarının net olmadığını veya emin olmadıklarını düşündürmektedir

BULGULARIN LİTERATÜRLE KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda, asistan hekimlerde malpraktis korkusunun, defansif tıp davranışlarının özellikle pozitif (gereksiz tetkik, konsültasyon ve test isteme) ve kaçınma yönelimli negatif stratejilerle ilişkilendiği bulunmuştur. Bu bulgular, Hermer ve Brody'nin (2010) literatüründe yer alan temel argümanlarla örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada, defansif tıbbın maliyetleri artırıcı etkisinin yanı sıra, sağlık hizmet sunumunun niteliğini de olumsuz etkileyebileceği vurgulanmıştır. Ayrıca, yalnızca bireysel hekim davranışlarıyla sınırlı kalmayan bu olgunun, sistematik düzeyde sağlık politikaları ve hukuk sisteminden kaynaklanan yapısal baskılarla pekiştirildiği belirtilmiştir. Benzer şekilde, mevcut araştırmada da malpraktis tehdidi karşısında hekimlerin yalnızca bireysel risk algılarına göre değil, aynı zamanda sistemden kaynaklanan dışsal baskıların etkisiyle defansif tutumlar geliştirdiği gözlemlenmiştir. Bu bağlamda çalışmamız, Hermer ve Brody'nin sistem temelli yaklaşımını destekler nitelikte olup, defansif tıbbın yalnızca klinik karar süreçleri değil, aynı zamanda mesleki psikoloji ve hasta-hekim ilişkileri üzerinde de çok boyutlu etkiler yarattığını göstermektedir (29).

Çalışmamızın bulguları, uluslararası literatürde yer alan bazı niteliksel araştırmalarla da tutarlılık göstermektedir. Örneğin, Hvidt ve arkadaşlarının (2021) Danimarka'da birinci basamak hekimleriyle gerçekleştirdiği odak grup çalışmasında, defansif tıp uygulamalarının sadece klinik karar süreçlerini değil, aynı zamanda hasta-hekim iletişimi, mesleki özerklik ve iş yükü üzerinde de belirgin etkiler yarattığı ortaya konmuştur. Katılımcı hekimler, artan hasta talepleri, sağlık sistemindeki denetim mekanizmaları ve olası hukuki süreçlere ilişkin kaygıların, çoğu zaman klinik endikasyon dışı test isteme, gereksiz yönlendirme ve aşırı belgelendirme gibi pozitif defansif davranışlara neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu nitel bulgular, çalışmamızda saptanan nicel verilerle anlamlı bir paralellik taşımaktadır. Özellikle malpraktis korkusu düzeyi ile Cost-Increasing Behavior ($\rho=0,496$) ve Positive Defensive Tendency ($\rho=0,528$) arasında belirlenen orta düzeyde pozitif korelasyon, hekimlerin klinik kararlarını sadece tıbbi gereklilikler doğrultusunda değil, aynı zamanda hukuki sorumluluk kaygısıyla da şekillendirdiğine işaret etmektedir (30). Bu açıdan değerlendirildiğinde, defansif tıbbın yalnızca cerrahi ya da yüksek riskli branşlarla sınırlı kalmayıp, birinci basamak sağlık hizmetlerinde de yaygın bir strateji olarak benimsendiği söylenebilir.

Benzer biçimde, Reschovsky ve Saiontz-Martinez'in (2018) Amerika Birleşik Devletleri'nde yürüttüğü çalışmada, malpraktis korkusunun özellikle Medicare hastalarının tedavi sürecinde maliyet artırıcı uygulamaları tetiklediği ve bu durumun sağlık harcamaları üzerinde ciddi bir yük oluşturduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, hekimlerin olası şikâyet veya dava risklerinden korunmak amacıyla tıbbi gereklilik sınırını aşan tetkik, görüntüleme ve konsültasyon taleplerinde bulunduğu saptanmıştır. Mevcut araştırmamızda da benzer biçimde, malpraktis korkusu ile "Cost-Increasing Behavior" puanları arasında güçlü düzeyde pozitif bir korelasyon ($\rho = 0,678$; $p < 0,001$) bulunmuş; ayrıca soruşturma/şikâyet öyküsü olan ve deneyimi artan katılımcılarda bu puanların anlamlı şekilde yükseldiği gösterilmiştir. Bu bulgular, defansif tıbbin sadece bireysel davranışları değil, aynı zamanda sağlık sisteminin ekonomik sürdürülebilirliğini etkileyen yapısal bir soruna dönüştüğünü ve makro düzeyde maliyet baskısını artırabileceğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinde defansif davranışların azaltılmasına yönelik yalnızca hekim bazlı değil, sistem düzeyinde koruyucu politika ve yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu açıktır (31).

Benzer şekilde, Perea-Pérez ve ark. (2019) tarafından İspanya'da acil servis hekimleriyle yürütülen çalışmada da defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı vurgulanmıştır. Bu araştırmada, hekimlerin büyük çoğunluğunun malpraktis iddialarından korunmak amacıyla gereksiz tetkik, danışmanlık ve yönlendirmeler gerçekleştirdiği; bunun hem hastane kaynaklarının verimsiz kullanımına hem de sağlık hizmeti sunumunda kalite sorunlarına yol açtığı bildirilmiştir. Ayrıca, defansif davranışların özellikle deneyimsiz veya sürekli hukuki denetim altında çalışan hekimler arasında daha sık gözlemlendiği belirtilmiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde, asistan hekimlerin malpraktis korkusu düzeyleri ile Cost-Increasing Behavior ($\rho=0,678$; $p<0,001$), Avoidance Behavior ($\rho=0,468$) ve Negative Defensive Tendency ($\rho=0,538$) puanları arasında anlamlı pozitif korelasyonlar saptanmıştır. Bu sonuçlar, defansif tıbbin yalnızca bireysel psikolojik bir tepki değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinde sistematik ve yaygın bir davranış örüntüsü olduğunu göstermektedir (32). Perea-Pérez ve arkadaşlarının acil servis bağlamında sunduğu gözlemler, çalışmamızın klinik deneyimi sınırlı genç hekimler üzerinden elde ettiği verilerle örtüşmekte; defansif uygulamaların yalnızca ülke veya branş farklılığına değil, benzer mesleki baskı ortamlarına bağlı olarak evrensel biçimde geliştiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, asistan hekimlerin malpraktis korkusu ile tükenmişlik düzeyleri arasında doğrudan bir ilişki saptanmamakla birlikte; yüksek düzeyde malpraktis korkusu gösteren bireylerde defansif davranış puanlarının anlamlı biçimde arttığı gözlemlenmiştir. Bu bulgu, Liang ve arkadaşlarının (2023) Çin'de sağlık çalışanlarıyla yürüttükleri

çalışmayla örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada, malpraktis korkusunun tükenmişlik ile anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişkili olduğu ve bu ilişkinin hukuki bilinç düzeyi aracılığıyla dolaylı olarak güçlendiği bildirilmiştir. Liang ve ark. özellikle düşük yasal farkındalığa sahip sağlık çalışanlarında, malpraktis korkusunun daha yoğun tükenmişliğe yol açtığını vurgulamıştır. Bizim çalışmamızda doğrudan tükenmişlik düzeyi ölçülmemiş olmakla birlikte; Negative Defensive Tendency ve Avoidance Behavior alt boyutlarında elde edilen yüksek skorlar, benzer biçimde profesyonel tükenmeye yatkınlığı düşündürmektedir. Bu durum, malpraktis kaygısının yalnızca klinik kararları değil, aynı zamanda hekimin psikolojik bütünlüğünü de etkileyen çok boyutlu bir stres faktörü olduğunu ortaya koymaktadır (33).

Sonuç ve Literatürle Tutarlılık

Bu çalışmanın bulguları, malpraktis korkusunun hem pozitif hem negatif defansif tıp uygulamalarına anlamlı düzeyde etki ettiğini göstermekte ve bu konuda literatürdeki genel eğilimlerle örtüşmektedir. Özgün olarak, asistan hekimler özelinde geniş örnekleme yapılmış olması, çalışmayı önemli kılmaktadır.

ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ

Çalışmanın Güçlü Yönleri

1. **Geniş ve Dağılımı Dengeli Örneklem:** Bu araştırma, farklı uzmanlık dallarından toplam 302 asistan hekimin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Dahili, cerrahi ve temel tıp bilimleri olmak üzere üç ana branş grubunun temsil edilmesi, çalışmanın genellenebilirliğini artıran önemli bir faktördür.
2. **Ölçek Temelli Çok Boyutlu Değerlendirme:** Malpraktis korkusu ve defansif tıp davranışları sadece toplam skorlar üzerinden değil, aynı zamanda Cost-Increasing Behavior, Defensive Behavior, Avoidance Behavior, Positive DT ve Negative DT gibi alt boyutlar açısından ayrı ayrı analiz edilmiştir. Bu yaklaşım, konunun çok boyutlu olarak irdelenmesine olanak sağlamış ve detaylı çözümlenmeyi mümkün kılmıştır.
3. **Korelasyon Analizleri ile Nedensel İlişki Kurma Potansiyeli:** Malpraktis korkusu ile defansif davranışlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyonların gösterilmesi, hipotezin doğruluğunu güçlü biçimde desteklemiştir. Bu durum, psikolojik faktörlerin mesleki davranışlara olan etkisini ortaya koyması açısından kıymetlidir.

4. **Ölçümler için Geçerli ve Güvenilir Yöntemler Kullanılmıştır:** Ölçümlerde kullanılan ölçekler daha önce geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış yapılardır. Ayrıca analizlerde uygun istatistiksel testler (Mann Whitney U, Kruskal-Wallis, Spearman korelasyonu) tercih edilmiştir.
5. **Anlamli Gruplar Arası Karşılaştırmalar:** Zorunlu mali sorumluluk sigortası, soruşturma/şikâyet öyküsü, mesleki deneyim gibi faktörlere göre farklılıkların gösterilmesi, risk faktörlerinin belirlenmesine katkı sağlamıştır.
6. **Türk Hekim Popülasyonuna Özgü Veri Sunumu:** Türkiye’de asistan hekimler üzerinde bu kapsamda yapılmış az sayıda çalışmadan biridir. Bu bağlamda çalışma, yerel sağlık sistemi ve hukuk pratiği açısından özgün katkılar sunmaktadır.

Çalışmanın Sınırlı Yönleri

1. **Kesitsel Araştırma Tasarımı:** Araştırma kesitsel (cross-sectional) nitelikte olduğundan, neden-sonuç ilişkisi kurmak mümkün değildir. Bulgular korelasyon gösterse de nedensel bağlamda yorum yapılamaz.
2. **Öz bildirime Dayalı Veri Toplama:** Veriler, katılımcıların kendi beyanlarına dayanmaktadır. Bu durum, sosyal istenirlik yanlılığı (social desirability bias) ve yanıltıcı raporlama riskini beraberinde getirebilir. Özellikle defansif davranışlar gibi etik boyut içeren sorulara yanıt verirken katılımcılar ideal cevaplar verme eğiliminde olabilir.
3. **Tek Merkezli Olmaması Avantajken, Homojen Olmayan Katılımcı Yapısı Kontrol Edilememiştir:** Araştırma birçok farklı kurumdan katılımcılarla yapılmış olsa da kurumlar arası hasta profili, çalışma koşulları, eğitim ortamı gibi değişkenler standartlaştırılamamıştır. Bu durum kurumsal farklılıkların etkisini dışlayamamaya neden olur.
4. **Ölçeklerin Klinik Davranışla Ne Ölçüde Uyumlu Olduğu Belirsizdir:** Ölçekler davranış eğilimlerini yansıtsa da bu davranışların gerçek klinik uygulamada ne ölçüde karşılık bulduğu izlenememiştir. Objektif davranış ölçümleri (örneğin hasta kayıt analizi gibi) ile desteklenmemiştir.
5. **Branş ve Klinik Yoğunluk Gibi Diğer Etkenler Detaylandırılmamıştır:** Özellikle cerrahi branşlarda yüksek riskli girişimler daha fazla olmasına rağmen, branşa özgü risk skorlaması yapılmamıştır. Bu durum, defansif davranışların klinik bağlamla ilişkisini sınırlı kılmıştır.

6. **Anket Maddelerinin Psikolojik Yüku:** Anket içerisinde yer alan bazı maddeler (örn. “kompleks hastalardan kaçınıyorum”) etik boyut taşıdığından, katılımcıların gerçek davranışlarını gizlemiş olma ihtimali göz ardı edilemez.

ÇALIŞMANIN BİLİMSEL BİLGİYE KATKILARI

Bu araştırma, tıp pratiğinin günümüzde karşı karşıya olduğu en kritik sorunlardan biri olan malpraktis korkusunun sağlık hizmeti sunumu üzerindeki etkilerini, asistan hekimler özelinde çok boyutlu olarak inceleyerek katkılar sunmaktadır. Çalışma, aşağıda ayrıntılı şekilde ifade edilen yönleriyle bilimsel bilgiye önemli katkılar sağlamıştır

1. **Malpraktis Korkusunun Klinik Davranışlar Üzerine Etkisinin İlk Elden Gösterilmesi:** Bu çalışma, malpraktis korkusunun sadece soyut bir duygu durumu değil, aynı zamanda hekimin karar verme süreçlerini doğrudan etkileyen davranışsal sonuçları olduğunu ampirik verilerle göstermektedir. Korelasyon analizleri, malpraktis korkusunun pozitif ve negatif defansif davranışlar ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu ortaya koyarak, klinik uygulamalara etkisini kanıta dayalı olarak desteklemiştir.
2. **Defansif Tıbbın Alt Bileşenlerinin Ayrı Ayrı Değerlendirilmesi:** Literatürde çoğu çalışma defansif tıbbı bütüncül olarak ele alırken, bu araştırma Cost-Increasing Behavior, Defensive Behavior, Avoidance Behavior, Positive Defensive Tendency ve Negative Defensive Tendency gibi alt boyutları ölçerek konunun çok katmanlı yapısını analiz etmiştir. Bu yaklaşım, defansif davranışların sadece bir koruma refleksi değil, aynı zamanda stratejik ve bilişsel boyutlar taşıdığını ortaya koymuştur.
3. **Türkiye’de Asistan Hekim Popülasyonuna Yönelik En Güncel ve Geniş Kapsamlı Verilerden Biri:** Türkiye’de asistan hekimler arasında malpraktis korkusu ve defansif tıp davranışlarının yaygınlığına ilişkin çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu çalışma, geniş örnekleme ve farklı branşların temsil edildiği yapısı sayesinde asistan hekimler özelinde yapılmış en kapsamlı çalışmalardan biri olma özelliği taşımaktadır. Ayrıca, genç hekimlerin mesleki gelişim sürecinde karşılaştığı psikolojik ve yasal baskıların, uygulama biçimlerine etkisini bütüncül olarak değerlendirmiştir.
4. **Malpraktis Korkusunun Sağlık Sistemine Dolaylı Etkilerini Ortaya Koyması:** Çalışmanın bulguları, malpraktis korkusunun tetiklediği bazı defansif

uygulamaların sağlık sistemine dolaylı maliyet ve kalite etkileri doğurabileceğini göstermektedir. Örneğin, gereksiz tetkik isteme, ileri düzey konsültasyonlara yönelme, riskli hastalardan kaçınma gibi davranışlar; sağlık harcamalarının artmasına, kaynak israfına, hatta hizmete erişimde eşitsizliğe neden olabilir. Bu nedenle çalışma, sadece bireysel hekim tutumlarını değil, sistemik sonuçları da değerlendirmeye olanak tanımaktadır.

5. 5. Hukuki ve Sağlık Politikası Geliştirme Açısından Kanıta Dayalı Altyapı Sağlaması: Elde edilen veriler, sağlık politikacıları ve mevzuat yapıcılar için risk yönetimi, sigorta sistemleri, hekim eğitimi ve hasta güvenliği konularında yönlendirici bir kaynak niteliğindedir. Özellikle genç hekimlerde görülen yüksek malpraktis korkusunun sistematik olarak değerlendirilmesi, hukuki süreçlerin tıbbi uygulama üzerindeki etkilerini daha şeffaf şekilde tartışmaya açmaktadır.

6. Yeni Araştırmalar İçin Zemin Hazırlaması: Çalışma, malpraktis korkusu ve defansif tıp arasındaki ilişkiyi yalnızca kesitsel olarak değil, uzunlamasına izlemeyi hedefleyen prospektif çalışmalar, eğitim müdahalelerinin etkisini ölçen deneysel araştırmalar ya da kalitatif sorgulamalar için başlangıç noktası oluşturmaktadır. Ayrıca, belirli branşlara veya klinik durumlara özgü detaylandırmalara olanak sağlayacak dallanabilir bir metodolojik çerçeve sunmuştur.

Bu tez çalışması, malpraktis korkusu ve defansif tıp arasındaki ilişkiyi çok boyutlu bir yaklaşımla analiz ederek hem tıbbi uygulama hem sağlık hukuku hem de sağlık politikası alanlarına ölçülebilir, güvenilir ve genellenebilir düzeyde bilimsel katkı sağlamıştır. Alandaki boşlukları doldurmakla kalmayıp, ilerleyen dönemlerde yürütülecek çalışmalara da yön verici niteliktedir.

GELECEK ARAŞTIRMALAR İÇİN ÖNERİLER

Bu çalışma, malpraktis korkusunun asistan hekimler arasında belirgin düzeyde olduğunu ve bu korkunun defansif tıp uygulamaları ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular gerek klinik pratik gerekse sağlık politikaları açısından birçok yeni araştırma sorusunu gündeme getirmiştir. Bu bağlamda, aşağıdaki başlıklar altında gelecek çalışmalara yönelik öneriler sunulmaktadır:

1. Uzunlamasına (Longitudinal) Araştırmaların Yürütülmesi: Bu çalışma kesitsel tasarımda olup yalnızca belirli bir zaman noktasındaki ilişkilere odaklanmıştır. Oysa malpraktis korkusu ve defansif tıp uygulamaları zamanla

değişebilen, mesleki deneyim ve olaylarla şekillenebilen dinamik süreçlerdir. Bu nedenle, aynı bireyleri izleyerek zaman içerisindeki değişimi ölçen longitudinal çalışmalar, nedensellik ilişkilerini daha sağlıklı biçimde analiz etmeye olanak tanıyacaktır.

2. **Nitel (Kalitatif) Yöntemlerle Derinlemesine İncelemeler:** Nicel veriler önemli korelasyonları ortaya koysa da hekimin davranışlarını etkileyen bilişsel ve duygusal süreçlerin daha ayrıntılı anlaşılması için yarı yapılandırılmış görüşmeler, odak grup tartışmaları gibi kalitatif veri toplama yöntemlerine başvurulmalıdır. Bu tür çalışmalar, defansif tıbbın bilişsel arka planı, etik ikilemler ve kurumsal dinamikler gibi daha soyut alanlara ışık tutabilir.
3. **Branş Bazlı Karşılaştırmalı Analizlerin Genişletilmesi:** Mevcut çalışma, cerrahi, dahili ve temel bilim branşlarını genel hatlarıyla karşılaştırmıştır. Ancak farklı uzmanlık alanlarında maruz kalınan medikolegal riskler heterojen olabilir. Gelecek çalışmalar, branş özelinde detaylandırılmış analizler (örneğin, kadın doğum, acil tıp, anesteziyoloji gibi yüksek riskli alanlarda) yaparak daha özgül politika önerileri sunabilir.
4. **Müdahale (İntervansiyon) Araştırmaları ile Eğitim ve Hukuki Destek Uygulamalarının Etkililiğinin Değerlendirilmesi:** Malpraktis korkusunu azaltmak amacıyla uygulanan hukuki danışmanlık hizmetleri, stresle başa çıkma eğitimleri veya etik eğitim programlarının, defansif tıp davranışları üzerindeki etkilerini değerlendiren kontrollü müdahale çalışmaları literatürde oldukça sınırlıdır. Bu eksiklik, hedefe yönelik önleme stratejilerinin etkinliğini değerlendirmeyi güçleştirmektedir. Bu nedenle, randomize kontrollü tasarımlarla veya pretest-posttest ölçümlerle yapılan eğitim odaklı çalışmalar literatüre önemli katkılar sağlayacaktır.
5. **Farklı Mesleki Kademelerde Karşılaştırmalı Çalışmaların Yapılması:** Bu çalışmada yalnızca asistan hekimler değerlendirilmiştir. Ancak malpraktis korkusu uzmanlık sonrası dönemde de devam edebilmekte ve farklı şekillerde tezahür edebilmektedir. Bu nedenle, gelecekte yapılacak çalışmaların pratisyen hekimler, uzmanlar ve akademisyenleri kapsayacak şekilde daha geniş örneklemlemler ile yürütülmesi, malpraktis algısının kariyer basamaklarına göre nasıl evrildiğini ortaya koyacaktır.
6. **Ülke Geneli Temsili Örneklemle Çok Merkezli Çalışmaların Yürütülmesi:** Bu çalışma tek merkezde uygulanmış olup tüm Türkiye genelini temsil

etmemektedir. Oysa sağlık sistemine ve yasal dzenlemelere ilişkin farkındalık dzeysi, kurum klturu, hasta profili gibi değişkenler iller, bglgeler ve hastane trleri arasında farklılık gosterebilir. Bu nedenle, farklı coğrafi bglgelerden ve hastane trlerinden (eğitim araştırma hastaneleri, devlet hastaneleri, univrsite hastaneleri) rneklem ieren çok merkezli çalışmalar yapılmalıdır.

7. Hasta Gvenliđi, Sağlık Maliyeti ve Sağlık Hizmeti Kalitesi İlişkilerinin İncelenmesi: Defansif tıp uygulamalarının sadece hekimin davranışı değil, sağlık sisteminin genel verimliliği, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti üzerinde de etkileri olduğu dűřnvlmektir. Bu kapsamda, malpraktis korkusu ile ilişkilendirilen davranışların hasta gvenliği gostergeleri, gereksiz tetkik oranları veya sağlık harcamaları üzerindeki etkisini inceleyen disiplinler arası çalışmalar (hukuk, sağlık yonetimi, halk sağlığı alanlarını kapsayan) yurvtlmalıdır.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular, malpraktis korkusunun asistan hekimler arasında yaygın ve davranışsal sonuçları olan bir durum olduğunu gostermiştir. Ancak bu olgunun nedenlerini, sonuçlarını ve mdahale stratejilerini tam anlamıyla anlamak için daha kapsamlı, çok ynlvl ve metodolojik olarak çeşitli yeni araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6. SONUÇ

Bu araştırma, asistan hekimler arasında medikal malpraktis korkusu düzeyini belirlemeyi ve bu korkunun defansif tıp davranışlarına olan etkisini çok boyutlu olarak analiz etmeyi amaçlamıştır. Çalışmaya Türkiye genelinde çeşitli hastanelerde görev yapan 302 asistan hekim katılmış, katılımcılardan elde edilen veriler Malpraktis Korkusu Ölçeği ile Cost-Increasing Behavior, Defensive Behavior, Avoidance Behavior, Positive Defensive Tendency ve Negative Defensive Tendency alt ölçeklerini içeren yapılandırılmış anket yoluyla değerlendirilmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların malpraktis korku düzeyleri genel olarak yüksektir (Ort. \pm SS: 23,8 \pm 4,9). Bununla birlikte, malpraktis korkusu ile defansif tıp uygulamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ilişkiler saptanmıştır. Özellikle Cost-Increasing Behavior ($\rho=0,678$), Positive Defensive Tendency ($\rho=0,678$) ve toplam puan ($\rho=0,641$) ile olan korelasyonlar güçlü düzeydedir. Bu bulgular, malpraktis korkusunun hekimlerin sağlık hizmeti sunumunda maliyeti artırıcı ve tıbbi gereklilik taşımayan girişimlerde bulunmasına yol açabileceğini göstermektedir.

Ayrıca Defensive Behavior ($\rho=0,477$), Avoidance Behavior ($\rho=0,468$) ve Negative Defensive Tendency ($\rho=0,538$) ile de orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Bu durum, malpraktis korkusunun yalnızca fazladan test ve konsültasyon istemek gibi pozitif savunmacı eğilimleri değil, aynı zamanda riskli girişimlerden ve hasta gruplarından kaçınma gibi negatif savunmacı davranışları da tetiklediğini göstermektedir. Özellikle Avoidance Behavior puanlarının yüksekliği, hekimlerin dava açma olasılığı bulunan hastalardan bilinçli olarak kaçınma eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmada bazı demografik ve mesleki değişkenler ile malpraktis korkusu ve defansif davranışlar arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Özellikle daha kıdemli (6 yıl ve üzeri deneyime sahip) asistan hekimlerde hem malpraktis korkusu hem de tüm alt ölçek puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, klinik tecrübe arttıkça hukuki risk farkındalığının ve dolayısıyla defansif davranış eğiliminin de arttığına işaret etmektedir. Benzer şekilde, geçmişte hasta şikâyeti veya adli soruşturma deneyimi yaşamış

hekimlerde de tüm puanlar anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Buna karşılık, yaş, cinsiyet, branş ve ZMS sigortası varlığı gibi değişkenlerle anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bu sonuçlar, malpraktis korkusunun asistan hekimler arasında yaygın olduğunu ve bu korkunun hem olumlu (daha fazla dokümantasyon, hastaya daha fazla zaman ayırma gibi) hem de olumsuz (girişimsel işlemde kaçınma, yüksek riskli hastaları tedavi etmeme gibi) defansif davranışlara yol açtığını ortaya koymaktadır. Bu durum, bir yandan hasta güvenliğini destekleyebilecek bazı davranış biçimlerini teşvik ederken, diğer yandan sağlık hizmetlerinin maliyet-etkinliğini, kapsayıcılığını ve klinik kararların bilimsel gerekçeye dayalı olmasını olumsuz yönde etkileme potansiyeline sahiptir.

Ancak elde edilen sonuçlar yalnızca belirli bir dönem ve örneklem grubuna (Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nde görevli ve çevrim içi anketi gönüllü olarak yanıtlayan asistan hekimler) ait olup, bu yönüyle genellenebilirlik sınırlıdır. Bu nedenle bulgular, ilgili popülasyonu temsil etmekle birlikte, tüm asistan hekimleri kapsayacak şekilde yorumlanmamalıdır.

Sonuç olarak, bu çalışma, medikal malpraktis korkusunun defansif tıp davranışları ile güçlü şekilde ilişkili olduğunu ve bu ilişkinin özellikle daha deneyimli veya geçmişte olumsuz hukuki süreçler yaşamış hekimlerde daha belirgin olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, malpraktis korkusunu azaltıcı politikaların geliştirilmesi (örneğin hekimleri koruyucu mevzuat düzenlemeleri, etkili malpraktis sigorta sistemleri, adli süreçlerde uzman bilirkişilik sistemlerinin güçlendirilmesi), defansif tıp davranışlarının azaltılmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca tıp eğitimi ve asistanlık sürecinde malpraktis hukuku, hasta iletişimi ve etik karar verme konularına dair yapılandırılmış eğitim programlarının oluşturulması, hekimlerin mesleki özgüvenini artırarak bu davranış kalıplarının önüne geçilmesine yardımcı olabilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. Geneva: WHO Press; 2005.
2. Türk Tabipleri Birliği. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. 47. Büyük Kongre; 10-11 Ekim 1998. Ankara: TTB Yayınları; 1999.
3. Hancı İH, Hakeri H. Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumluluk. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2016.
4. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *Jama*. 2005;293(21):2609-17.
5. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England journal of medicine*. 1991;324(6):377-84.
6. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, ve ark. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England journal of medicine*. 1991;324(6):370-6.
7. Katz DA, Williams GC, Brown RL, Aufderheide TP, Bogner M, Rahko PS, ve ark. Emergency physicians' fear of malpractice in evaluating patients with possible acute cardiac ischemia. *Annals of emergency medicine*. 2005;46(6):525-33.
8. Reuveni I, Pelov I, Reuveni H, Bonne O, Canetti L. Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists. *BMJ open*. 2017;7(3):e014153.
9. Büken B. 1990-2000 yıllarında Adli Tıp Kurumu I. ve II. İhtisas Kurullarına obstetrik ve jinekolojik malpraktis iddiasıyla gönderilen olguların adli tıp açısından irdelenmesi [tez]. İstanbul: Adli Tıp Kurumu; 2001.
10. Türe MG, Türe O. Hekimin Hizmetten Çekilme Hakkı. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*. 2017;(131):337-360.
11. Phillips RL, Bartholomew LA, Dovey SM, Fryer G, Miyoshi TJ, Green LA. Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. *BMJ Quality & Safety*. 2004;13(2):121-6.
12. Leape LL. Error in medicine. *Jama*. 1994;272(23):1851-7.
13. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
14. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *Bmj*. 1995;310(6971):27-9.
15. Montanera D. The importance of negative defensive medicine in the effects of malpractice reform. *The European Journal of Health Economics*. 2016;17(3):355-69.
16. Gökcan HT. Tıbbî Müdahaleden Doğan Hukukî ve Cezai Sorumluluk. 4. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2022.
17. Tümer AR. *Cerrahi Branşlar Açısından Hukuki Sorumluluklar ve Malpraktis*. İstanbul: Helikon Yayınları; 2013.
18. Hakeri H. *Tıp Hukuku*. 25. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2022
19. Gürsel E. Tıbbi Malpraktis ve Bilirkişilik. *Türk Adli Tıp Dergisi*. 2015;29(2):123-130.
20. Başer A, Kolcu MİB, Kolcu G, Balcı UG. Validity and reliability of the Turkish version of the defensive medicine behaviour scale: preliminary study. *Anatolian Journal of General Medical Research*. 2014.
21. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, E.2014/19508, K.2015/15554, T.03.06.2015
22. Ambady N, LaPlante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinson W. Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery*. 2002;132(1):5-9.
23. Türk Ceza Kanunu. 5237 sayılı Kanun, 26 Eylül 2004 tarihli ve 25611 sayılı Resmî Gazete

24. Yargıtay 12. Ceza Dairesi, E.2012/1768, K.2012/2344, T.13.03.2012.
25. Toroslu, N. (2019). Ceza Hukuku – Genel Hükümler. 19. Baskı, Ankara: Savaş Yayınevi.
26. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, 2016/18507 E., 2018/3118 K., T. 12.03.2018.
27. Hancı İ. Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu. 1. Ankara; 2002.
28. Polat O, Pakiş I. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. 2011.
29. Hermer LD, Brody H. Defensive medicine, cost containment, and reform. *J Gen Intern Med.* 2010;25(5):470–473. doi:10.1007/s11606-010-1271-7.
30. Hvidt EA, 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.* 2021;11(3):e044138. doi:10.1136/bmjopen-2020-044138.
31. Reschovsky JD, Saiontz-Martinez CB. Malpractice claim fears and the costs of treating Medicare patients: a new approach to estimating the costs of defensive medicine. *Health Serv Res.* 2018;53(2):82–104. doi:10.1111/1475-6773.12645.
32. Perea-Pérez B, Garrote Díaz JM, Hernández Gil Á, Martínez Hernández S, García Martín ÁF, Santiago-Sáez A. [Defensive medicine in hospital emergency services] [Article in Spanish]. *Rev Esp Med Legal.* 2019;45(1):1–7. doi:10.1016/j.reml.2018.04.002
33. Liang F, Hu S, Guo Y. The association between fear of malpractice and burnout among Chinese medical workers: the mediating role of legal consciousness. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):429. doi:10.1186/s12913-023-09322-2.

EKLER

EK 1: ETİK KURUL KARAR FORMU

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 03.07.2025

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Asistan Hekimlerde Medikal Malpraktis Korkusu Ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Anket Çalışması
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr Öğretim Üyesi Uğur Durmuş- Dr Berna Çivili
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Acil Tıp
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	RETROSPEKTİF : <input type="checkbox"/> PROSPEKTİF: <input checked="" type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Karar No:2025/0038

Tarih: 03.07.2025

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
İmza:

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ
GİRİŞİLSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 03.07.2025

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI

Asistan Hekimlerde Medikal Malpraktis Korkusu Ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Anket Çalışması

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Ali Ağırbaşı	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof Dr Sıdka Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr Öğretim Üyesi Ergül Demirçivi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm Dr Sibel Sevtik	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hazar Şengül			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: Onaylandı Reddedildi

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
İmza:

EK 2: İNTİHAL RAPORU



Page 1 of 71 - Cover Page

Submission ID trn:oid::3117:477489835

Berna Çivili

ASİSTAN HEKİMLERDE MEDİKAL MALPRAKTİS KORKUSU VE DEFANSİF TIP UYGULAMALARI ÜZERİNE ANKET ÇALIŞMASI.d

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Document Details

Submission ID

trn:oid::3117:477489835

Submission Date

Jul 31, 2025, 9:58 AM GMT+3

Download Date

Jul 31, 2025, 10:07 AM GMT+3

File Name

ASİSTAN HEKİMLERDE MEDİKAL MALPRAKTİS KORKUSU VE DEFANSİF TIP UYGULAMALARI ÜZERİ...docx

File Size

163.5 KB

64 Pages

12,442 Words

86,670 Characters



Page 1 of 71 - Cover Page

Submission ID trn:oid::3117:477489835




10% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography

Top Sources

- 8%  Internet sources
- 7%  Publications
- 0%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags




0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Top Sources

- 8%  Internet sources
- 7%  Publications
- 0%  Submitted works (Student Papers)

Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Internet	acikbilim.yok.gov.tr	2%
2	Internet	toad.halileksi.net	1%
3	Internet	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080	<1%
4	Publication	Yildirim, Seyma. "Ergenlik Dönemindeki Öğrencilerde Obezite Sıklığı ile Fiziksel A..."	<1%
5	Internet	openaccess.bezmialem.edu.tr	<1%
6	Internet	dergipark.org.tr	<1%
7	Internet	uhsk.org	<1%
8	Internet	tez.sdu.edu.tr	<1%
9	Internet	www.smyrnatipdergisi.com	<1%
10	Internet	www.halksagligiokulu.org	<1%
11	Internet	tip.medeniyet.edu.tr	<1%

12	Internet	www.journalagent.com	<1%
13	Internet	hdl.handle.net	<1%
14	Publication	Aslan, Aslı Esin. "Güvencesiz İstihdamın Psikolojik Ve Fiziksel Sağlık Sonuçları Üze...	<1%
15	Publication	Selcen Eser Misir, Uğur Uğrak, Kübra Gülnur Topsakal, Perihan Dalgali, Gökhan S...	<1%
16	Internet	turkjsurg.com	<1%
17	Internet	www.mavitekno.com	<1%
18	Internet	www.duvarayinlari.com	<1%
19	Publication	Karadeniz, Selma. "İnsan Kaynakları Yönetiminde Dis Kaynaklardan Yararlanma V...	<1%
20	Publication	Manay, Kübra. "Hemşirelerde Empati ve Merhamet Yorgunluğunun İncelenmesi",...	<1%
21	Internet	cuir.car.chula.ac.th	<1%
22	Internet	www.atuder.org.tr	<1%
23	Internet	acikerisim.nku.edu.tr	<1%
24	Internet	9lib.net	<1%
25	Publication	Biçen, Emin. "Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumların...	<1%

26	Publication	Kuleyin, Barış. "Uluslararası Enerji ve Ulaştırma Koridorlarındaki Stratejik Gelişm...	<1%
27	Internet	openaccess.ogu.edu.tr:8080	<1%
28	Internet	www.atud.org.tr	<1%
29	Publication	Ucuzoğlu, Mehmet Eren. "Sağlıklı kişilerde el bileğine uygulanan iki farklı ekstern...	<1%
30	Internet	acikerisim.cumhuriyet.edu.tr	<1%
31	Internet	www.yesevikongresi.org	<1%
32	Publication	Akkaya, Gülşah. "Spor Kurumu Ekseninde Sporda İyi Yönetişim İlkelerinin Incelen...	<1%
33	Internet	bianet.org	<1%
34	Internet	docplayer.biz.tr	<1%
35	Internet	www.icoaef.com	<1%
36	Internet	www.saglikaktuel.com	<1%
37	Internet	www.semanticscholar.org	<1%
38	Publication	Görgülü, Ömür. "Birinci Basamak Hekimlerinin Diyabetes Mellitus Hastalığında Aki...	<1%
39	Publication	Gülmezoğlu, Fatma. "İdarenin sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan mali sor...	<1%

40	Publication	Koçu, Engin Oğuz. "Beden Eğitimi ve Spor Öğretmeni Adaylarının Öğretmenlik Me...	<1%
41	Publication	Vurdem, Birsen. "Örgütsel Adalet ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin Incelen...	<1%
42	Publication	Yöntem, Sibel. "Hemşirelerin ilaç hatalarına yönelik bilgi ve tutumları", İzmir Kati...	<1%
43	Internet	acikerisim.karatay.edu.tr:8080	<1%
44	Internet	docs.neu.edu.tr	<1%
45	Internet	halksagligiokulu.org	<1%
46	Internet	pesquisa.bvsalud.org	<1%
47	Internet	www.acarindex.com	<1%
48	Internet	www.e-cancer.fr	<1%
49	Publication	Çınar Akbulut, Esmenur. "0-36 Ay Çocuğu Olan Annelerin Çocuklarının Gelişimine ...	<1%
50	Publication	Şen, Mustafa Taha. "Tefekkür etme eğilimi ile akademik başarı arasındaki ilişki", I...	<1%
51	Publication	Özdemir, Tuğba. "Pediatri Hemşirelerinin Etik Duyarlılığı ile Merhamet Yorgunluğ...	<1%
52	Publication	Fidanoglu, Oya. "Evlilik Uyumu ile Eslerin Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki...	<1%
53	Publication	Geze, Yeşim. "Covid-19 Tanısı Konulan Sağlık Çalışanlarının Hastalık Sonrası Yorg...	<1%