



T.C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**EBELERİN DEFANSİF TIP UYGULAMALARI HAKKINDA
BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

KÜBRA ÖZ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ASIYE KOCATÜRK

İSTANBUL-2023

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi

Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Ebelik

Tez Sahibi : Kübra ÖZ

Tez Başlığı : Ebelerin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının İncelenmesi

Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi

Sınav Tarihi : 04.08.2023

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr.Üyesi Asiye KOCATÜRK

İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Ayşenur TURAN

İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç.Dr. Yasemin AYDIN KARTAL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

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

Kübra ÖZ

TEŞEKKÜR

Bir Türk kadını olarak bu tezi yazabilmemi sağlayan Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Ulu Önder Mustafa Kemal Atatürk'e,

Tez çalışmamın yürütülmesi sırasında benden destek ve yardımlarını esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Asiye Kocatürk'e,

Lisansüstü eğitimi boyunca bilgileriyle katkıda bulunan hocalarıma,

Eğitim hayatım ve yaşamım boyunca en büyük şansım olan, yorulduğum yerde her zaman yanımda olarak desteklerini benden esirgemeyen kardeşim Emre Öz, ablam Dilek Altun, babam Yılmaz Öz, annem Cemile Öz, Sevdagül Kargı ve Yusuf Kargı'ya,

Benden desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen Büşra ve Burak Hüner'e,

Lisans ve lisansüstü eğitim süreci dahil, hayatımın kalanında da bana sevgisi ve bilgisiyle ışık olmaya devam eden sevgili Gökmen Akbaş'a,

Lisansüstü eğitim sürecimden itibaren desteğini her zaman yanımda hissettiğim arkadaşlarım sevgili Ebe Gülşen Kaya, Ebe Elif Hoyladı, Ebe Bilge Karataş, Ebe Elvin Ülker ve Ebe Betül Örnek Makas'a,

Tez aşamasında desteklerini benden esirgemeyen Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelik hizmetleri yöneticilerine, kadın hastalıkları ve doğum bölümü ebelerine, hekimlerine ve çalışan tüm personeline,

Anket uygulaması aşamasında çalışmaya katılma nezaketi göstererek emek veren kıymetli meslektaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

Saygılarımla...

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
1.ÖZET	1
2.ABSTRACT	2
3.GİRİŞ ve AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER	5
4.1. Defansif Tıp Terimi.....	5
4.1.1. Pozitif defansif tıp ve uygulamaları.....	6
4.1.2. Negatif defansif tıp ve uygulamaları.....	7
4.2. Defansif Tıp Uygulamalarının Nedenleri.....	8
4.2.1. Dava açılma korkusu.....	8
4.2.2. Malpraktis tecrübesi.....	9
4.2.3. Şiddet görme korkusu	10
4.2.4. Hastalarla ve yakınlarıyla etkin iletişim kurulamaması.....	11
4.2.5. Madde kullanımının etkisi	12
4.2.6. Medyanın etkisi.....	12
4.3. Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları.....	13
4.3.1. Maliyetlere etkisi	13
4.3.2. Kaynak kullanımına ve hizmete erişime etkisi	13

4.3.3.	Sezaryen ve epizyotomi oranına etkisi	14
4.4.	Malpraktis, Tıbbi Hata, Komplikasyon ve İhmal Kavramları	16
4.4.1.	Malpraktis nedenleri	17
4.4.2.	Tıbbi uygulama hata çeşitleri.....	18
4.4.3.	Dünyada ve Türkiye’de malpraktis.....	21
4.4.4.	Ebelerin görevleri.....	22
4.4.5.	Ebelikte malpraktis	25
5.	MATERYAL ve METOT.....	31
5.1.	Araştırmanın Amacı ve Tipi	31
5.2.	Araştırmanın Yapıldığı Tarih.....	31
5.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	32
5.4.	Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	32
5.5.	Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	32
5.6.	Veri Toplama Araçları	32
5.6.1.	Tanıttıcı bilgi formu	33
5.6.2.	Ebelerin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumlarına Yönelik Soru Formu.....	33
5.7.	Ön uygulama	33
5.8.	Uygulama	33
5.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları	34
5.10.	Araştırmanın Etik Yönü	34
5.11.	Verilerin İstatiksel Analizi	34
6.	BULGULAR	37
6.1.	Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Soru Formuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	37
6.2.	Ebelerin Sosyo-Demografik Yapısı	38

6.3.Ebelerin Mesleki Özellikleri.....	41
6.4. Ebelerin Defansif Tıp/Uygulama Kavramına İlişkin Bilgi ve Özellikleri	42
7. TARTIŞMA	50
8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	55
8.1. Sonuçlar.....	55
8.2. Öneriler	56
9. KAYNAKLAR	58
10. EKLER.....	71
11. ETİK KURUL ONAYI.....	84
12. ÖZGEÇMİŞ.....	87

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri.

NMC: Nursing and Midwifery Council (Hemşirelik ve Ebelik Konseyi).

SHKS: Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları.

SPSS: Statistical Package for Social Sciences.

TCK: Türk Ceza Kanunu.

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.



TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.2. Pozitif ve Negatif Defansif Tıp Uygulama Örnekleri	8
Tablo 4.3.3.1. Son Beş Yıl İçinde Sağlık Kuruluşunda Doğum Yapan Kadınların Hastanede Kalma Süresi	16
Tablo 4.4.1. Malpraktis nedenleri.....	18
Tablo 5.2. Araştırmayla ilgili yapılan işlemlerin zaman çizelgesi	31
Tablo 5.11. Güvenirlik ve Normallik İncelemesi	35
Tablo 6.1. Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Soru Formuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	37
Tablo 6.1. Ebelerin Sosyo-Demografik Yapısına Ait Bulgular	38
Tablo 6.2.1. Ebelerin İllere Göre Dağılımı.....	40
Tablo 6.3. Katılımcıların Mesleki Özellikleri	41
Tablo 6.4. Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamaları Kavramına İlişkin Bilgi ve Özellikleri.....	42
Tablo 6.4.2. Ebelerin Çalıştıkları Birimin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi.....	43
Tablo 6.4.3. Ebelerin Mesleki Tecrübelerinin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi	44
Tablo 6.4.4. Daha Önce Açılan Malpraktis Davalarının Ebelerin Klinik Uygulamalarına Etkisi.....	45
Tablo 6.4.5. Ebelerin Şikâyet Edilme Korkularının ve Medyada Yer Alan Malpraktis/Tıbbi Hata Davalarının Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisine İlişkin Bulgular.....	46
Tablo 6.4.6. Ebelerin Sigara veya Alkol Kullanma Durumlarının Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi.....	48
Tablo 6.4.7. Ebelerin Birimdeki Çalışma Pozisyonlarının Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi.....	48
Tablo 6.4.8. Ebelerin Çalışma Şekillerinin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi	49

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.3.3.2. Türkiye’de sezaryen ile doğumun yıllar içindeki değişimi.....16



1.ÖZET

EBELERİN DEFANSİF TIP UYGULAMALARI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ ve TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Defansif uygulamalar ilk olarak hekimlerde ortaya çıkmış olsa da son yıllarda ebeler dahil, sağlık çalışanları arasında giderek yaygınlaşmaktadır. Buna sebep olarak dava açılma korkusu, medyaya yansıyan davalar, şikayet edilme korkusu, iletişim sorunları, madde kullanımı gibi nedenler söz konusudur. Defansif uygulamalar maliyetlerin ve kaynak kullanımının artması, sezaryen oranının yükselmesi gibi sonuçlara neden olmaktadır. Bu çalışma ebelerin defansif uygulamalar hakkında bilgi düzeyinin belirlenmesi ve farkındalık oluşturulması amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı. Araştırmanın örneklemini ülke genelindeki kamu kurumlarının doğumhane ve yataklı servislerinde çalışan 400 ebe oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan tanıtıcı bilgi formu ve ‘‘Ebelerin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumlarına Yönelik Soru Formu’’ ile online toplanarak Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v26 programıyla analiz edildi. Katılımcıların %49,8’inin 0-5 yıl mesleki tecrübesi, %65,3’ü doğumhanede çalışmakta, %92’si klinik ebesi, %58,8’i vardiyalı çalışmakta ve %32’si mesleki derneklere üyedir. Katılımcıların yaş ortalaması $31,608 \pm 6,937$, %77,5’i lisans mezunu, %51,5’i evli, %76,3’ü sigara kullanmamakta, %87’si alkol kullanmamaktadır. Katılımcıların yaş ve mesleki tecrübenin tutumlarını etkilemediği, hakkında 2 ve daha fazla dava açılan ebelerin, sigara ve alkol kullanan ebelerin, doğumhanede çalışan ebelerin daha fazla defansif tutum sergilediği ve %47,5’inin defansif uygulamalar kavramını daha önce duymadığı tespit edildi. Ebeler ayrıca medyada yer alan davaların ve dava açılma korkusunun uygulamalarını etkilediğini bildirdi. Defansif uygulamalar hakkında ebelerin yarısına yakını bilgi sahibi olmamasıyla beraber ebeler arasında giderek yaygınlaşmaktadır.

Anahtar kelimeler: Defansif uygulamalar, ebelik, malpraktis, sezaryen, tıbbi hata.

2.ABSTRACT

EXAMINATION OF MIDWIVES' LEVEL OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT DEFENSIVE MEDICINE PRACTICES

Although defensive practices first appeared in physicians, they have become increasingly common among health professionals, including midwives, in recent years. The reasons for this are the fear of litigation, the lawsuits reflected in the media, the fear of being complained, communication problems, and substance use. Defensive practices cause results such as increased costs and resource use and increased cesarean section rate. This study was conducted in a descriptive type in order to determine the level of knowledge of midwives about defensive practices and to create awareness. The sampling of the study consisted of 400 midwives working in delivery rooms and inpatient services of public institutions throughout the country. The data were collected online with the introductory information form created by the researcher and the "Questionnaire about Midwives' Level of Knowledge and Attitudes about Defensive Medicine Practices" Practices' and analyzed with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v26 program. 49.8% of the participants have 0-5 years of professional experience, 65.3% work in the delivery room, 92% are clinical midwives, 58.8% work shifts and 32% are members of professional associations. The average age of the participants was $31,608 \pm 6,937$, 77.5% were undergraduate graduates, 51.5% were married, 76.3% did not smoke, 87% did not use alcohol. It was found that the age and professional experience of the participants did not affect their attitudes, midwives about whom 2 or more lawsuits were filed, midwives who smoke and drink alcohol, midwives working in the maternity ward exhibited more defensive attitudes, and 47.5% had never heard of the concept of defensive practices before. Midwives also reported that media coverage of lawsuits and the fear of being sued had affected their practices. Although almost half of the midwives do not have knowledge about defensive practices, they are becoming increasingly common among midwives.

Key words: Cesarean section, defensive practices, malpractice, midwifery, medical error.

3.GİRİŞ ve AMAÇ

Defansif uygulamalar sağlık çalışanlarının olası malpraktis davaları ve yasal süreçlere karşı kendilerini çeşitli sebeplerle korumak amacıyla hastaların teşhis, tanı, bakımı ve tedavi süreçlerinde gösterdikleri davranışlardır (1,2). Kavram ilk kez 1970'li yıllarda hekimlerin malpraktis davası riskine karşı hastalara uyguladığı tanı ve tedavilerde kendini korumak amaçlı yapılan ek işlemlerin artması sonucu ortaya çıkmıştır (1). Günümüzde ise hasta hakları kavramıyla beraber konu çeşitli meslek çevrelerinde daha tartışılan ve araştırılan bir durum haline gelmiştir (2). Defansif tıp uygulamaları iki yönde değişim göstermektedir. Birincisi pozitif (garantici) defansif tıp uygulamaları, ikincisi negatif (çekinmeci) defansif tıp uygulamalarıdır. Pozitif (garantici) defansif uygulamalar, tıbbi uygulayıcıların hastaya yararı olmayan uygulamalara medyanın baskısı ve yönlendirmesi, yönetici baskısı, hastanın açacağı davalardan koruma amacıyla yaptığı ve ilave hizmetlerin eklendiği davranışları kapsar (1,2). Negatif (çekinmeci) tıp ise yüksek riskli hastaların bakım ve tedavisinden yasal riskler nedeniyle uzak durmayı, kaçınmayı kapsamaktadır (2,3,10).

Türkiye'de açılan davalara bakıldığında en sık kadın doğum hekimleri ve ebelere açılmaktadır. Açılan davaların %70-80'inde hekimler ve ebeler kusursuz bulunsa da stresli bir süreci barındıran davalar açılmaya devam etmektedir (4). Malpraktis ile ilgili incelenen 1992-2002 yılları arasında meydana gelen 371 malpraktis davasındaki 86 olgu (%23,2) ebelere ait bulunmuştur (4,5). Hastanelerde poliklinik hizmetlerinden sonra en çok şikâyet edilen bölümün doğumhane bölümü olduğu, sonrasında servislerin sıralandığı saptanmıştır (5). Symon (2000)'in ebeler ve hekimlerle yaptığı çalışmada; dava korkusu sonucu yaptığı uygulamalarında değişiklik yaptığını bildirenlerin oranı ebelerde %53, hekimlerde %45 saptanmıştır. Yaptıkları uygulamaların defansif olmaya başladığını düşünenlerin oranını ebelerde %59, hekimlerde %77 olarak bulmuştur (11).

Türkiye'de malpraktis ve uygulama hatalarıyla ilgili özelleşmiş bir mahkeme ve yasaların bulunmaması ve dava edilme riskinden bağımsız bir biçimde dava edilme korkusu da bu uygulamaların artmasına neden olmaktadır (9,11). Malpraktis ile ilgili açılan davaların sebepleri incelendiğinde yanlış iletişim başta olmak üzere, intrauterin ya da postpartum mortalite, nörolojik sekel kalan bebekler, omuz distozisi, uterus rüptürü ve yenidoğanın ölümü gibi komplikasyonlar ile doğum takip sürecinde fetal

kalp hızı izlemeyle ilgili konular, indüksiyon ajanları görülmektedir (5,10). Doğum sürecine yapılan müdahalelerin artması ve malpraktis korkusuyla beraber ebeler, düşük riskli gebeler için dahi sorumluluk almaktan çekinir hale gelmekte yaptıkları uygulamalar riskten kaçma yönünde şekillenerek defansif uygulamalara dönüşmektedir (6,7,8,11). Risk ve korku algısı ebelerde hekimin kararlarını onaylamasa dahi uygulamaya, doğumun doğal süreci göz ardı edilerek tıbbi müdahaleler ile obstetrik ortamlarda yönetilmesinin benimsenmesi ebe liderliğinde bakım modelinin değerinin azalmasına neden olmaktadır. Bu durum, mesleki kimlikleri açısından ebeleri tehlikeye atmaktadır (6,12). Medyaya yansıyan davalar ve uç sınırlarda deneyimlenen mesleki tecrübelerin, ebeler ve diğer sağlık çalışanlarının hizmet sunumunda verdikleri kararları etkilemesi sonucu uygulamalarının savunmacı bir hale gelmemesi önerilmektedir (7).

Defansif uygulamaların sonuçları olarak tanı testlerinde artış, artmış izlem ve sezaryen oranı, kaynakların aşırı ve kötüye kullanımı, müdahale ve mortalitede artma, kadınların alacağı hizmette karar verme ve otonomi sürecini olumsuz etkileyerek verilen bakım niteliğinin kadın merkezli olmaktan çıkararak ebelik uygulamalarının savunmacı ve sınırlı olmasına neden olur (9,11,12).

Çalışmamızla ilgili literatür taramasında defansif uygulamalar ile ilgili çalışmaların büyük çoğunlukla hekimlerle ilgili olduğunu ve ülkemizde ebelere yönelik bilgi düzeyi ve tutumları hakkında birebir çalışmaya rastlanılamaması nedeniyle yapılması planlanan tez çalışmasının özgünlük değerinin yüksek olacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Tüm bu bilgilerin ışığında çalışmamız; ebelerin defansif uygulamalarına karşı bakış açılarını değerlendirmek ve defansif uygulamalar hakkında bir bilinç oluşturmak amacıyla yapılmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Defansif Tıp Terimi

Defansif tıp terimi açılan malpraktis davaları sonucunda hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerinde kendilerini korumak amacıyla yaptıkları işlemlerde fazladan ve gereksiz uygulamalarda bulunması, dava edilme korkusu ya da malpraktis davaları sebebiyle yüksek risk taşıyan, tedavi ve bakım gerektiren hastaların sorumluluğundan kaçınma faaliyetleri olarak tanımlanmıştır (14,15).

Bu kavram Türk Ceza Kanunu (TCK)'nın 1 Haziran 2005'te yürürlüğe girmesiyle yerel kaynaklarda "savunmacı tıp, defansif tıp, temkinli tıp ve çekinik tıp" şekliyle kullanılmaya başlanmıştır (14,15). Defansif tıp kavramı alt başlık halinde incelendiğinde; pozitif (güvence) defansif tıp ve negatif (kaçınmacı) defansif tıp kavramı halinde iki başlığa ayrılmaktadır (16).

Defansif tıp kavramı çeşitli biçimlerde tanımlanmıştır. İlk tanım olarak kişinin yaptığı uygulamalar sonucunda oluşan sorumluluklardan dolayı haksız fiil durumuna karşı güvence oluşturmak istemesidir. Ayrıca toplumun talepleri, yasal iddialar sonucu meslektaşları arasında ya da çevresinde kötü ün veya olumsuz tanıtıma maruz kalma endişesi, medyada yer alma korkusu gibi sebeplerle defansif uygulamaya yönelme şeklinde de tanımlanmıştır. Bu sebeplerle tanımın çerçevesi genişleyerek kavram daha geniş bir alanda değerlendirilmeye başlanmıştır. İki durum arasında oluşan fark incelendiğinde, ikinci durum ilk durumun sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır (16,19). Defansif uygulamaların dava edilmesi riski yüksek riskli uzmanlık alanlarında daha fazla uygulanması beklenmektedir. Sıklıkla görülen uygulamalar gereksiz tanı testleri ve sezaryen uygulamalarıdır (17,18). Defansif uygulamalar sağlık durumunun iyileştirilmesi talebine karşılık sağlık mensuplarının yasal sorumluluğun sınırlandırılması için kaçış yolu olarak görülse de topluma getirdiği maliyet yükü ve önlenebilir riskler konusunda etik dışı olarak görülmektedir (17). Bunun yanında uygulamaların temkinli ya da savunmacı olması arasındaki ayrımın netleştirilememesiyle beraber aşırı prosedür ve defansif uygulamalara yönelen kişiler eleştirilere de maruz kalmaktadır (18).

Bu uygulamaların tartışmalı bir konu olması ve politikacıların bunu engellemek için önderlik etmemesi uygulama oranlarının daha da artmasına neden olmaktadır. Karar verme konusunda bakım alıcılarla yetkinin paylaşılması ve klinik

hata durumlarında cezalandırmaları sınırlandırmak için kültürel değişim önerilmektedir. Günümüzde karar verme yetkisi bakım alıcılara paylaşılarak kısmen çözüm bulmuş olsa da cezalandırmalarda sınırlama olmaması defansif uygulamaların artmasına neden olmaya devam etmektedir (20). En sık uygulanan yöntemler aşırı laboratuvar istemleri (%33), gereksinimden fazla konsültasyon istemleri (%16), komplikasyon gelişmesi muhtemel riskli hastaların tedavisinden kaçınma (%16) olarak karşımıza çıkmaktadır (21). Summerton (1995)'un yaptığı araştırmada pratisyen hekimlerle şikayet edilme korkusu ile %98'i yaptıkları uygulamada değişikliklere gittiklerini belirtmiştir. Bunlardan en sık uygulanan negatif defansif uygulamalar sevk edilme ve takip sayısının artmasıdır. Pozitif defansif uygulamalardan en sık hastalarla ilgili kayıtların daha detaylı tutulması ve hastaya daha detaylı açıklama yapılması yer almaktadır (24).

İtalya'da yapılan bir araştırmaya göre ise doktorların %82,8'sinin hasta kayıtlarını daha ayrıntılı tuttuğunu, %69,8'inin ayaktan tedavi alabilecek bir hastaya yatış önerdiğini; %61,3'ünün teşhis için aşırı tetkik istediğini, %58,6'sı diğer uzmanlara konsültasyon istediğini ve %26,2'sinin yüksek riskli hastaların tedavilerinden kaçındığını belirtmiştir (28).

Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada ise sağlık uygulayıcılarının kendilerini korumak amacıyla bazı hizmetlerden kaçındığını ve acil durumlarda riskli müdahaleden kaçınma gibi defansif faaliyetlerde uzun süredir değişiklik yaptıklarını belirtmişlerdir (18).

4.1.1. Pozitif defansif tıp ve uygulamaları

Sağlık profesyonellerinin kendilerini güvenceye almak amacıyla bakım alıcılara ileri seviyede, tekrarlayan ve daha girişimsel tanı yöntemleri sunulması, gereksiz ilaç önerilmesi, aydınlatılmış onam belgelerine daha fazla önem verilmesini de içeren uygulamaları içeren kavramdır (18,19,22). Sağlık profesyonelleri pozitif defansif tıbbi güvence açısından benimsemiş olsa da bakım alıcılar açısından çok az ya da hiç fayda sağlamamaktadır (23).

4.1.2. Negatif defansif tıp ve uygulamaları

Yüksek risk taşıyan, tedavisi riskli olan ya da komplikasyon gelişme oranı yüksek olan hastaların bakım ve tedavisinden kaçınma nedeniyle yapılan uygulamaları içerir (22). Riskli bir tedavi yöntemi seçimi, bakım alıcıların ihtiyacını karşılama da negatif defansif tıp uygulayıcıları daha az etki sağlayan tedavi uygulamalarına yönelerek bakım alıcıların iyileşme sürecini aksatabilir. Hastaların tedavisinde ikincil sorumlu konumunda olan hizmet veren kurumun yasal açıdan güvenli tedavi yöntemlerine yönlendirmesi ya da riskli tedavileri desteklememesi negatif defansif uygulamaların artmasına neden olabilmektedir. (23).

Ugulayıcılar; bakım alıcıların tanı ve tedavi süreçlerinde prosedürlerle ilgili kararsız kaldıklarında meslektaşları ile durumu tartışarak destek almalı, gereksiz uygulamaları reddetmelidir (18).

Tablo 4.1.2. Pozitif ve Negatif Defansif Tıp Uygulama Örnekleri

Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Negatif Defansif Tıp Uygulamaları
Aşırı tetkik istemi	Yüksek riskli hastaların bakım ve tedavisinde kaçınma
Aşırı görüntüleme talebi	Riskli hastaların başka hastanelere sevk edilmesi
Tıbbi yatış zorunluluğu olmayan hastalara yatış verilmesi ya da yatış sürelerinin uzaması	Olası olumsuz bir durumda hasta ve yakınlarının tepkilerinden kaçınmak için uygulanan girişimlerin riskini abartma
Aşırı konsültasyon istemi	Hastaların riski yüksek inceleme yöntemlerinden kaçınma
Hastalara serviste aşırı ziyaret (vizit) yapılması	Başka sağlık kurumlarını överek yüksek riskli hastaları kaçırma
Gerekmeyen cerrahi girişim uygulama	Cerrahi riski yüksek hastalardan kaçınma
Hasta ve yakınlarını gerekenden fazla bilgilendirme	Riskli tedavisi olan hastaların tedavilerinden kaçınma
Hastaya ait kayıtları ayrıntılı tutma	Yüksek riskli hastaları korkutarak kaçırma
Hastaya ait olumsuz durumlarda ayrıntılı biçimde tutanak tutmak	
Aşırı biçimde aydınlatılmış onam belgeleri kullanmak	
Hasta ve yakınlarının aldığı tedavi ve bakımlara aşırı özen gösterme	
Yanlış uygulama suçlaması ya da olumsuz neonatal sonuç riskine karşı epizyotomi uygulanması (1,35).	

4.2. Defansif Tıp Uygulamalarının Nedenleri

4.2.1. Dava açılma korkusu

Teknolojik gelişmeler neticesinde tedavi ve bakım alıcılarının doğru teşhis ve tedavi alma talepleri, herhangi bir komplikasyon oluşması durumunda sağlık uygulayıcılarının tıbbi uygulama hatası yaptıkları şüphesine itmektedir (25,26).

Defansif tıp uygulamalarının avukat sayısı fazla olan ülkelerde daha fazla uygulanması beklenmektedir. Avrupa ülkeleri içinde tıbbi uygulama hatası davaları en çok İtalya'da görülmektedir. Bu sebeple defansif uygulamaların bireysel etmenlerden çok çevresel etmenlerden etkilendiği düşünülmektedir (17). İtalya'da defansif tıp

uygulamalarının artma nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada doktorların %90,5'i bir ay içinde en az bir kez defansif uygulamada bulunduğunu, %69'u dava edilme korkusu taşıdığını, %50,4'ü tazminat cezası almaktan korktuğunu, %50'si meslektaşlarının malpraktis deneyiminden, %34,3'ü ise kendi dava deneyiminden etkilenerek uyguladığını belirtmiştir (27). Bir başka çalışmada ise doktorların %77,9'unun son bir ay içinde defansif bir uygulamada bulunduğunu, %80'inin dava edilmekten korktuğunu, %60'ının ise tazminat cezasından korktuğunu belirtmiştir (28).

Defansif uygulamaların sınırlandırılabilmesi için kasıtsız yapılan tıbbi uygulama hatalarında uygulayıcıların sorumluluklarının azaltılması gerekmektedir. Bu durum şu şekilde uygulanabilir: ciddi ihmal olamayan davalarda olası tazminat ve ağır ihmal nedeniyle zarar gören hastalara karşı tazminatın daha büyük ihtimal çerçevede dengeli biçimde uygulanmasıdır (17,26).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Almanya'daki malpraktis davaları incelendiğinde en sık ihmal nedeniyle açıldığı belirlenmiş ve bildirilen nedenlerin kanıtlanması hastalara yüklenmiştir. Uygulamalar arasındaki fark açısından ise Almanya'da ihmalin hastada kesin bir zarar neden olması, ABD'de ise davacı hastanın sunduğu zararın olası olması durumunda sağlık profesyonellerinin temize çıkması durumudur. Tazminat yükü ise ABD'de neredeyse on kat daha fazladır (23).

İtalya'da, 1999-2007 yılları içinde yanlış uygulama nedeniyle doktorlara açılan davalar %40 oranında artmıştır. Bu artış yanlış uygulamaların araştırılması amacıyla mesleki kusur grubu komitesinin kurulmasına neden olmuştur. Özel bir araştırma grubu tarafından 2007 yılında yapılan çalışmada en çok malpraktis davası açılan bölümler incelendiğinde kadın hastalıkları ve doğum alanı %12,5 oranında belirlenmiştir (26).

4.2.2. Malpraktis tecrübesi

Malpraktis davası sırasında sağlık profesyonellerini her açıdan etkileyen, bu etkilenme sonucu kişileri hasta bakımından çok yüklenebilecek sorumluluklardan kaçınarak defansif uygulamalara yönlendiren durum "klinik adli sendrom" olarak Elias Hurtado-Hoyo tarafından 1995'te adlandırılmıştır (19,30). Tıbbi hata sonucu zarar gören bakım alıcı birinci mağdur olurken bakım verici sağlık profesyoneli

psikolojik olarak etkilenecek ise ikinci mağdur olmaktadır. Ebe, eczacı, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri bu konuda daha savunmasız durumdadır (29). Dava sürecinin uzamasıyla yaşanan stres, suçluluk hissi ve hayal kırıklığı artar, kişilerde fiziksel ve duygusal sorunlar görülebilir. Tüm bu sorunların görülmesi hatta kronikleşmesiyle birlikte kişilerde verimlilik düşerek defansif uygulamalar artar ve sağlık kurumları zarar görebilir (30).

İtalya'da Federico Stella Merkezi'nin araştırmasında defansif uygulamaların artmasına neden olan faktörlerden kişisel dava tecrübesinin etkisi 51,8 iken meslektaşlarının dava tecrübesinin etkisi %65,7 bulunmuştur. Roma Eyalet Doktor Sistemi'nin çalışmasına katılanların %48,4'ü meslektaşlarının dava tecrübesinden etkilendiğini belirtmiştir. Aynı çalışmaya katılanların %16,45'ü itibarının etkilenmesinden korktuklarını belirtirken Federico Stella Merkezi'nin araştırmasına katılanların %43,5'i itibarının etkilenmesi korkusu belirtmiştir (26).

4.2.3. Şiddet görme korkusu

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında uğradıkları psikolojik, sözlü ve fiziksel şiddet her geçen gün küresel çapta artan bir sorun haline gelmektedir (48,51). Küresel çapta son yıllarda iş ortamında şiddet olayları % 300 oranında artmıştır (51). Bu şiddet olayları incelediğinde fiziksel şiddet yüksek oranda izlenirken tehdit edilmenin de eşlik ettiği psikolojik ve sözlü şiddetin ağırlıkta olduğu benzer tipte olaylar görülmektedir (48-50). Sözlü şiddette bağırma, hakaret, tehdit, korkutma ve tehdit tutumları öne çıkmaktadır. Kadın cinsiyetine karşı; savunmasız olması, fiziksel zayıflık veya kendini beğenmişlik gibi yanlış algılar sonucu erkeklere kıyasla daha fazla şiddete maruz kalmaktadır (48,49). Psikolojik şiddetin baskın görüldüğü ve en riskli grup kadınların yoğunlukta olduğu ebeler ve hemşirelerdir (51). Ebelerin ve hemşirelerin şiddet uygulayıcıları genellikle hastalar, refakatçiler, yöneticiler, meslektaşları ve doktorlardır. Yönetici ve meslektaşları tarafından aşırı iş yükü, saldırgan tavırlar, gücü kötüye kullanmak, aşağılayıcı ses tonu, düşük ücret, düşmanca haksız davranış gibi şiddet görmektedirler (52).

Şiddeti uygulayanların normal hayatlarında da saldırgan kişilikte olması, iş yükünün fazla olması, hizmette yaşanan gecikmeler, hasta haklarının yanlış

anlaşılması, yetersiz sağlık hizmetleri, hizmet alıcıların aşırı talepleri, dil sorunu ve kültürel çeşitlilik gibi durumlar ise şiddetin sebepleri olarak gösterilmiştir. Bildirim yapılmamasının nedenleri ise hastane yönetiminin desteklememesi, bilgisizlik, iş gücü kaybı, raporun gizliliğine dair şüpheler, tepki görme kaygısı olarak bildirilmiştir. Sağlık çalışanlarının şiddet olaylarını işlerinin bir parçası gibi görmesi de raporlamanın en önemli nedenlerinden biridir (48,49). Şiddete uğrayan kişilerin olayı sürekli hatırlaması, tetikte olma ve motivasyon kaybı gibi nedenlerle olayı tekrar yaşamaktan korkarak hastalarla daha mesafeli ilişkiler geliştirmektedir. Tüm bunların sonucunda yaptıkları uygulamaların daha defansif hale gelmesine neden olmaktadır (48). Ülkemizde şiddet olaylarının bildirim ve müdahalesi amacıyla için "1111" numaralı beyaz kod sistemi 2011 yılında kullanıma sunulmuştur (53).

4.2.4. Hastalar ve yakınlarıyla etkin iletişim kurulamaması

Sağlık alanında tedavi kalitesi ve hasta haklarının iyileştirilmesine yönelik atılan adımlarla beraber teknolojideki gelişmeler, sağlıkla ilgili çalışmaların artması bakım alıcılar ve yakınlarının beklentisi de paralel biçimde arttırmıştır (18,19). Bu beklentinin artması bakım alıcı ve yakınlarında yeterli tedavi ve bakımı alamadıkları inancını kuvvetlendirmiştir. Tüm bunlar tıbbi uygulama hatasıyla da birleştiğinde hasta ve hasta yakınlarının tıbbi uygulamalara karşı güvenini azaltmıştır (18). Bakım alıcıların sağlık mensubuna karşı güveni azaldığında anamnezini belirtirken eksik bilgi verebilir ya da tıbbi uygulama yaptırmaktan vazgeçebilir (19).

Sağlık mensuplarına ve tıbbi uygulamalara karşı azalan güven sonucu hastalar bir sorunla karşılaştıklarında bunu araştırmak için interneti kullanmakta ve sonrasında profesyonel yardım için uzmana başvurmaktadır (26). Gebeler ihtiyacı olan bilgiyi %70,6 oranda internetten, %55,1 oranda sosyal medyadan temin ettiğini, %53,7'sinin bu bilgilerin doğruluğundan kuşku duyduğunu, %65,4'ü ise edindiği bilgiyi ebelerden teyit ettiğini bildirmiştir (104).

Gebelerin %75'i bilgi ihtiyacı hissettiklerini, bilgi edinmek için %70,6'sı interneti ve %55,1'i sosyal medyayı kullandıklarını bildirmişlerdir. Bu yollarla bilgi edinen gebelerin %53,7'si bu bilgilere çok da güvenmediklerini ve %65,4'ü de bu bilgileri teyit etmek için ebeleri ile görüşme yaptıklarını bildirmişlerdir (104).

Açılan davaların asıl nedenleri araştırıldığında tıbbi uygulama hatası meydana gelmesinden çok tıbbi hatanın yanlış ele alınması nedeniyle ilgili olduğu bulunmuştur. Yanlış ele alınan konular ise yapılan hatanı kabul edilmemesi, hatayla ilgili şeffaf bir açıklama yapılmaması, zarar gören hastada oluşan psikolojik etkinin anlaşılması ve yapılan hatanın tekrarlaması endişesi olarak açıklanmıştır. Dava açan kişiler yaygın olarak meydana gelen durum karşısında yeterli bir açıklama ve özür dilenmesinin dava açılmasını engelleyebileceğini bildirmiştir (31).

Toplumun tıbbin imkanları, riskleri ve sınırları konusunda bilgilendirilmesi etik iletişimi sağlar (31). Etik ve etkili iletişim kurulmasının temeli ise beklenmeyen bir durum ya da hata nedeniyle hayal kırıklığı oluştursa bile şeffaf bilgi sunarak mümkündür (26,31).

4.2.5. Madde kullanımının etkisi

Dava sürecindeki yasal prosedürler ve adli işlemlerin oluşturduğu kaygı ve depresyon etkisiyle suçluluk duygusu oluşturmaktadır (19,30). Bu durumlar sonucunda kişilerde uyuşturucu madde ve alkol kullanımı gibi etkilere de sebep olabilmektedir (19).

4.2.6. Medyanın etkisi

Kitle iletişim araçları ve medyanın bildirdiği uç sınırdaki vakaları rutinde yapılan bir uygulama olarak göstermesi sonucu tıbbi uygulama hatasıyla zarar gören hastaların kendisini daha fazla mağdur edilmiş olarak görmesine neden olmaktadır. Dava muhatapları dava sonucunda temize çıkması durumunda dahi medyanın gerçek veriler kullanmak yerine olumsuz olayların daha yaygın görüldüğüne dair yayın yapması ve sansasyon haline getirmesi bu durumu daha fazla tetiklemektedir (26).

Malpraktis ve tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili konunun karmaşık olmasına İtalya gibi ülkelerdeki bilimsel literatürün yetersiz olması eklendiğinde konu bilimsel bağlam yerine medyada tartışılarak ele alınmıştır (26). Medyanın bu tutumu aynı zamanda hem mesleklerle ilgili olumsuz tanıtıma hem de bakım alıcı ve bakım vericilerin karşı karşıya gelmesine neden olmuştur (28).

4.3. Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları

Defansif tıp uygulamalarının olumsuz sonuçları yanında olumlu sonuçları da vardır. Olumlu sonuçlarının başında sağlık başvuruçularından aydınlatılmış onam alınırken açıklamaların daha ayrıntılı yapılması ve hasta dosyalarındaki kayıtların daha detaylı tutulması gösterilebilir (18). Tıbbi hata sonucu açılan davalarda, zarar gören hasta ilk kurban olsa da sağlık ekibi üyeleri de ikinci kurban durumunda olarak uygulamalarını defansifleştirmesi ve bunun kronikleşmesi maliyetleri de arttırması nedeniyle olumsuz sonuçlar arasındadır (30).

Defansif tıp uygulamaları, tüm ülkelerde belirlenen standart prosedürlerin altında kalan, önlenebilir yaralanmalara neden olan, yasal kültürlerden etkilenen mesleki ihmal kaynaklı tıbbi hatalara yönelik bir tedavi şeklini almıştır (17,32).

4.3.1. Maliyetlere etkisi

Defansif uygulamaların artması sağlık harcamalarındaki maliyetleri paralel biçimde arttırarak zamanla maliyetlerin artmasının en önemli nedeni haline gelmiştir (17,20). İtalya’da defansif tıp maliyetlerinin tüm sağlık harcamalarının %11,8’ini oluşturduğu bildirilmiştir (33).

Avraham ve Schanzenbach (2010) yaptıkları çalışmada malpraktis ödemelerinin azaltılmasının ve sağlık sigortası primlerinin düşürülmesinin daha düşük sağlık harcamalarının göstergesi olduğu sonucuna varmıştır (37).

4.3.2. Kaynak kullanımına ve hizmete erişime etkisi

Defansif tıp uygulamalarının ana fikri olan ‘‘daha fazlası daha azından iyidir’’ anlayışı sağlık hizmetleri ve kaynaklarının aşırı kullanımına neden olmaktadır (34).

Defansif tıp uygulayıcılarının başka yerlere aktarılacak kaynakların harcanmasına sebep olan kaynakların sınırlı olduğu yerlerdeki aşırı kullanımı maliyetleri etkileyen başka bir konudur (18).

İtalya Bölgesel Sağlık Hizmetlerinin 2014 raporunda, kaynakların aşırı kullanım nedenlerinden birisi olarak ‘‘daha fazlası daha iyidir’’ anlayışıyla teşhis ve tedavide gereksiz test istenmesi gibi defansif uygulamalar olarak açıklanmıştır (21).

İtalya’da sağlık hizmetleri incelendiğinde idari ve siyasi yetersizliklerle birlikte mali açığın büyümesi bölgeler arası hizmette eşitsizliğe ve sağlıkta hizmet kalitesinin azalmasına neden olmuştur. Bu durum bazı bölgelerde temel teşhis ve tedavi hizmetlerine erişimde zorluğa yol açmıştır (26).

4.3.3. Sezaryen ve epizyotomi oranına etkisi

Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği sezaryen oranı %15 olarak bildirilse de İtalya Bölgesel Sağlık Hizmetlerinin 2014 raporuna göre Sicilya bölgesinde %52, Campania’da %60 en yüksek olmak üzere ülkenin ortalama sezaryen oranının %38 ortalamada olduğu yayınlanmıştır (21). Bu yüksek oranın neden olarak defansif tıbbın da içinde olduğu örgütsel sorunlar ve sezaryen doğumun finansal teşviklerinin (geri ödemelerinin) daha fazla olması annenin sezaryen olma talebi gösterilmiştir (21,39,40). Ebeler ve obstetrisyenlerin sezaryene karşı tutumlarının incelendiği bir çalışmada; ebelerin sezaryenin risklerini daha ön planda tuttuğu, vajinal doğumlara karşı daha pozitif yaklaştığı bulunmuştur (39,40). Buna karşın hasta sayısının fazla olması, iş ortamındaki baskılar, şikayet edilme korkusu, vardiya sayısının fazla olması ve tıbbi hata gibi nedenlerin sezaryen konusunda ebelerin olumsuz tavır yerine daha tarafsız tutum sahibi olmasına neden olabilmektedir (40).

Sezaryen kararı alınmasında doğumu takip eden sağlık hizmeti sağlayıcılarının mesleki tecrübesi ve defansif uygulamalar nedeniyle hasta seçiminde temkinli davranmaları etkili olabilir (32,39). Vajinal doğum takibinde ortaya çıkan bazı riskler sezaryen ile doğumun tercih edilmesine neden olabilmektedir. Sezaryen ile doğumda seçim konusunda kayıtsız kalan ve sınırdaki vakalarda sezaryen doğumun getirdiği riskler, vajinal doğumun olağan risklerinden daha ağır basabilmektedir. Ayrıca sezaryen oranı yüksek bölgelerde finansal teşvikle birlikte daha az endikasyon taşıyan gebelere sezaryen uygulamasının artmasına neden olabilmektedir (35,39).

Frakes’in 2012 yılında yaptığı çalışmada malpraktis baskısı azalmasının pozitif defansif uygulamalardan hastanede kalış süresi ve epizyotomi sıklığı ile ilgili olduğunu savunmuştur. Fakat bu çalışmada malpraktis baskısının, uygun olmayacak biçimde sezaryen ile doğuma karşı duyarlı sağlık uygulayıcılarını teşvik ettiğine dair

kanıt bulunamamıştır. Bununla beraber ekonomik konudan bağımsız bir hasar sınırı belirlenmesinin epizyotomi oranını azalttığı gözlenmiştir. (35).

Currie ve MacLeod (2008) yaptıkları çalışmada malpraktis korkusunun, hastanın durumunun değiştiği koşullarda sezaryen ile doğumu teşvik edebileceğini savunmaktadır. Sorumluluk baskısıyla birlikte gereksiz sezaryen uygulama korkusu tam tersi etki ederek daha az sezaryen uygulamayı teşvik edeceği düşünülmüştür (36,38). Ebeler ve kadın doğum uzmanlarıyla yapılan bir çalışmada birimlerindeki sezaryen oranını ebelerin %65'i, obstetrisyenlerin ise %34'ü çok yüksek bulmuştur. Ebelerin obstetrisyenlere göre sezaryenin fekal inkontinansını engellediğini ve pelvik tabanı koruduğunu daha az savunmuştu (39).

Washington'da ebelerin yasal açıdan ve sigorta açısından desteklenmesi, düşük riskli doğumlara katılımı ve gebelerin doğumda ebeleri talebinin artmasını sağlayarak doktorların daha riskli gebelere bakım vermesi şeklinde değişime uğramıştır. Haksız fiil kanunlarının hekimlerin düşük riske sahip gebelerin sezaryen kararında %2,5 artışa neden olabilmektedir. ABD'de yıllık 1,6 milyon düşük riske sahip gebe olduğu düşünüldüğünde bu artış fazladan yıllık 40.000 sezaryen doğuma neden olmaktadır (38). Sezaryen sonrası vajinal doğumun desteklenmesi ve uygulayıcıların tutumunu değiştirmesi de toplam sezaryen sayısının azalmasına yardımcı olabileceği savunulmaktadır (39).

Bakım verilme sırasına bakıldığında ebeler genellikle daha az riskli doğumlara eşlik eder. Doğum sonrası süreçte gereken bakım ve takibi ebeler ile hemşireler yürütür. Sezaryen için kilit kararı hekimler verir (40).

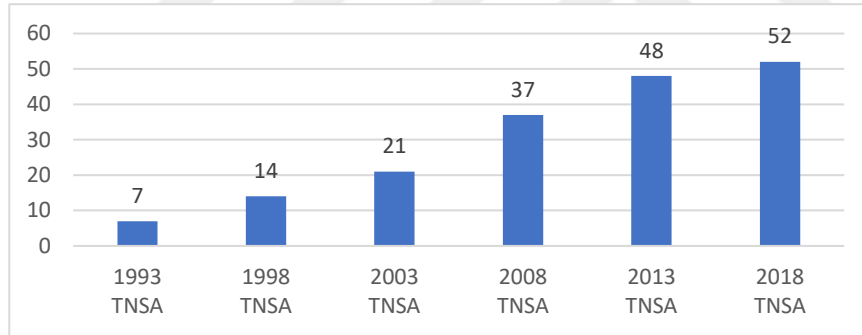
Vajinal doğumlarda herhangi bir yanlış uygulama suçlamasına ve morbidite riskine karşılık epizyotomi uygulaması pozitif defansif uygulama olarak geliştirilebilmektedir. Epizyotomi ya da sezaryen ameliyatı uygulanan kişilerin hastanede kalış süresinin arttığı görülmüştür (35).

Türkiye'de son beş yılda doktorlar %83, ebe ya da hemşireler %16 oranında doğumlara eşlik etmiştir. Sezaryen ile doğum oranları %52 oranına ulaşmıştır. Bu doğumlar incelendiğinde %38'inde karar doğum ağrıları başlamadan verildiği görülmüştür. Ülkemizde doğum şekline göre hastanede kalış süreleri incelendiğinde

üç günden uzun kalma oranı sezaryen ile doğum yapanlarda %27, normal doğum yapan kadınlarda ise %8'dir (42).

Tablo 4.3.3.1. Son Beş Yıl İçinde Sağlık Kuruluşunda Doğum Yapan Kadınların Hastanede Kalma Süresi (41)

Doğum şekli	<6 saat	6-11 saat	12-23 saat	1-2 gün	3+ gün	Toplam	Kadın sayısı
Normal doğum	4,9	4,1	3,3	79,5	8,2	100,0	926
Sezaryen doğum	0,6	0,0	0,1	72,8	26,5	100,0	1.088



Şekil 4.3.3.2. Türkiye’de sezaryen ile doğumun yıllar içindeki değişimi (42).

Sonuç olarak dünya çapında ve ülkemizde artan sezaryen oranına defansif uygulamaların etkisiyle ilgili az sayıda çalışma bulunsa da çoğu çalışma bu ilişkiyi destekler niteliktedir (43-47).

4.4. Malpraktis, Tıbbi Hata, Komplikasyon ve İhmal Kavramları

“İhmal” kavramı belirlenmiş bir standardı yakalayamayan bir davranış olarak tanımlanmaktadır (54). Tıbbi hata ise sağlık çalışanlarının uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr tavır sonucu

hastanın zarar görmesidir (55). Hastalığın tanısından tedavisine giden süreçte meydana gelen istenmeyen olayları (tıbbi hata) tanımlamada malpraktis ve komplikasyon kavramları anlamca uygunsuz biçimde birbirlerinin yerine kullanılmaktadır (54).

Malpraktis; sağlık çalışanlarının ihmali, dikkatsizliği, bilgisizliği, tecrübesizliğinden kaynaklanan sebepler doğrultusunda hastanın mağdur olması ve sağlık çalışanlarına karşı açılan dava sürecini kapsamaktadır (54).

Komplikasyon, bir hastalık ile bağlantılı olarak oluşan hastalık ya da belirtiler olarak tanımlanmaktadır. Komplikasyonda herhangi bir ihmal ya da tıbbi hata sebebiyle oluşan bir durum söz konusu değildir (54).

Türkiye’de 2002 yılına kadar malpraktis ile ilgili bir mevzuat çalışması bulunmamaktadır. Bu tarih itibariyle mevzuat çalışmaları başlatılmış fakat kanunlaşmadan “Tıbbi Yanlış Uygulama Yasa Tasarısı” olarak kalmıştır. Malpraktis kavramı kanunlaşmadan yasa tasarısı olarak kalsa da (56) Türkiye’de en fazla tıp alanında yoğun biçimde konuşulmaya başlaması sağlık hukuku alanını doğurmuştur (57).

Özgönül ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı bir çalışmada 204 hekim ve 212 hukuk mensuplarıyla yaptığı çalışmada malpraktis, tıbbi hata ve komplikasyonun tanımı sorulmuş ve üçünü birden doğru tanımlayan katılımcı oranı %2,06 bulunmuştur. Katılımcıların %74’ü tıbbi hata nedeniyle açılan davalarda hukuki sürecin uygun şekilde işlemediğine inandıklarını belirtmişlerdir (58). Amerika Birleşik Devletlerinde ise ölüm nedenleri sıralandığında kanser ve kalp hastalıkları ardından tıbbi hatalar başta gelmektedir (75).

4.4.1. Malpraktis nedenleri

Malpraktisin meydana gelmesinde birçok etmen söz konusu olsa da genel olarak üç başlıkta toplanmaktadır. Malpraktis nedenleri üç gruba ayrıldığında insana bağlı, teknik faktörler ve kuruma bağlı faktörler şeklinde ele alınabilir (59-61). Maliyet ve hızlı giderilmesi açısından insana bağlı etmenler, kurumsal ve teknik etmenlere göre daha kolay giderilmektedir. Sağlık kurumları ve hizmete olan talebin artmasıyla çalışanların üzerindeki baskı ve stresi arttırarak negatif etki oluşturmaktadır (62). Sağlık çalışanlarının gece 04-06 arasında uykusuzluk, yorgunluk ve performansının

azalması tıbbi uygulama hatalarının artmasına neden olmaktadır. Bu saatlerde işini hızlı bitirmek ve dinlenebilmek amacıyla hızlı hareket ederken aseptik şartlar göz ardı edilebilmekte, ilaç uygulamalarında hatalar artabilmekte ve hastaların gereksinimleri gözden kaçırılabilir (63).

Tablo 4.4.1. Malpraktis nedenleri (59,61). (Araştırmacı tarafından oluşturuldu.)

İnsana Bağlı Faktörler	Kuruma Bağlı Faktörler	Teknik Faktörler
-Eğitim eksikliği, -Bilgisizlik -Tecrübesizlik -Önlem almama -Yorgunluk, dikkatsizlik -İletişim eksikliği -İhmal -Yanlış karar alma	-Kurum yapısı -Kurum politikaları -Finansal ve idari yapı -Sağlık personelinin yanlış yerlerde çalıştırılması -Sorunlara yetersiz çözüm	-Otomasyon eksikliği -Uygun olmayan cihazlar -Kalibrasyon yapılmaması

4.4.2. Tıbbi uygulama hata çeşitleri

Tıbbi uygulama hataları başlıklar altında incelendiğinde; ilaç uygulamasına bağlı hatalar, tanı koyma aşamasındaki hatalar, cerrahi hatalar, laboratuvar testlerinin yanlış yorumlanması, yapılması ya da sistemdeki eksikliğe bağlı hatalar olarak sınıflandırılmaktadır.

- İlaç hataları, (doz, uygulama yolu, etkileşim, alerji öyküsü, vb.),
- Cerrahi hatalar (yanlış cerrahi, malzeme unutulması, yanlış taraf, birden çok organ alınması, vb.),
- Tanı koyma hataları (yanlış tetkik, yanlış yorumlama, vb.),
- Laboratuvar testlerinin yanlış yapılması,
- Sistem yetersizliğine bağlı hatalar,
- Aydınlatılmış onam hataları (ihmal suçu),
- Diğer hatalar (yanlış transfüzyon, hastane enfeksiyonları vb.) (64).

Obstetride yüksek risk grubundaki gebelerin belirlenmemesi ve konjenital anomalilerden kaynaklı tıbbi hata davalarında son yıllarda artış görülmektedir. Açılan davaların ve şikayetlerin nedeni olarak özen eksikliği görülmüştür. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunda hastaların izlem ve kontrollerinin gerekenden az sıklıkla yapılması, en sık rastlanan tıbbi uygulama hata sebeplerinden biridir (5). İzlemler ve kontrollerin gereken sıklıkta yapılarak mutlaka kayıt altına alınmalıdır (5,79). Obstetrik ve jinekolojik alanda tıbbi uygulama hata iddiası bulunan meslek gruplarına bakıldığında en sık hekimler ardından ebeler gelmektedir (65). Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları (SHKS) kapsamında tıbbi hatalarla ilgili olay bildirimlerinin gönüllülük çerçevesinde güvenlik raporlama sistemi aracılığıyla düzenleyici önleyici faaliyet başlatılarak neden olan durumların düzeltilmesi ve tekrar etmemesi açısından oldukça önemlidir (64).

4.4.2.1. Sözlü ilaç talimatı

Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Tebliği"nde, Resmi Gazete'nin 2009 yılında yayınlanan ilaç güvenliğinin geliştirilmesi bölümünün 8. Maddesinde uygulama usulü açıklanmıştır. Bu çerçeveye göre hekimin sterilitesini bozamayacağı durumlarda, serviste ya da hastanede olmadığı hallerde acil müdahale gereken şartlarda sözlü ilaç talimatı verilebilir. Sözlü ilaç talimatı alınırken ilacın adı, doz miktarı, uygulama sıklığı ve uygulama şekli açık ve net biçimde hekim tarafından ifade edilmelidir. Sözlü ilaç talimatı alındığında talimat yazıldıktan sonra tekrar okunarak teyidi yapılır ve doğruluğu hekime onaylatılır. Gereken hallerde uygulama hatası olmaması adına ilaç ismi kodlanarak teyit edilebilir. "Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu" kullanılarak hekim adı ve soyadı, saat, tarih bilgisi doldurulur. Sözlü ilaç talimatı veren hekim tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta dosyasına geçirilir. Sözlü ilaç talimatını veren hekime ulaşılamayan durumlarda servisi devralan hekim imzalar ve hasta dosyasına eklenir. Sözel ilaç talimatları tüm sağlık kurumlarının santral bölümünde kaydedilerek saklanmalıdır. Kemoterapi ilaçları, narkotik ilaçlar ve yüksek riskli ilaçlar sözlü ilaç talimat kapsamı dışındadır (66).

4.4.2.2. İlaç güvenliği

Sağlık Bakanlığı yayınladığı “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Tebliği”nde; kliniğe yatışı yapılan hastaların anamnezi alınırken düzenli kullandığı ilaçlar sorgulanarak dosyasına ayrıntılı biçimde kaydedilmeli ve hekime bilgi verilmedir. Yine hastalar taburcu edilirken hasta ve refakatçisi kullanımına devam edeceği ilaçlar hakkında yazılı ve sözlü bilgilendirilir. Hastanın kullandığı ve kullanacağı tüm ilaçların klinikteki hemşire ya da ebeler tarafından verilmesi için gerekli düzenlemeler sağlanmalıdır (66).

Klinikte bulunan yüksek riskli ilaçların tümü ayrı bir dolapta muhafaza edilmeli, üzeri etiketlenerek ilacın adı ayrıntılı biçimde yazmalıdır. Klinikte Sağlık Bakanlığının ismi ve okunuşu birbirine benzer ilaçlar hakkında yayınladığı uyarıcı formlar asılmalı, hastalara bağımlılık yapabilen ilaçlar ayrı bir kilitli dolapta saklanmalıdır. İlaçların teslim alınması, saklanması ve uygulanması aşamalarında kurumlardaki son zincir olan hemşire ve ebeler sorumludur (66).

4.4.2.3. Transfüzyon güvenliği

Kan transfüzyonunda kanın alınması, hazırlanması, saklanması, teslimi, uygulanması ve kontrol süreçlerinde birçok kişi yer almasına rağmen kan transfüzyonu hastaya uygulayan ebe ve hemşirelere ciddi roller düşmektedir. Hastaya yapılacak transfüzyonda öncelikli olarak uygulamadan sorumlu kişi hemşire ve ebelerdir. Buna rağmen 78.000 kan istemi dosyasının incelendiği bir çalışmada, yapılan bu istemlerin 47'sinde uygulamanın yanlış hastaya yapıldığı bulunmuştur (67). Başka bir çalışmada ise transfüzyondan önce hastaların %85'inin, transfüzyon boyunca %47'sinin ve transfüzyon sonrası %84'ünün vital bulgularının takip edilmediği, yetersiz izlem ve uygulama hatası saptanmıştır (68).

4.4.2.4. İletişim eksikliği ve kayıt hataları

Sağlık çalışanlarının hasta bakımında herhangi bir hukuki süreç söz konusu olduğunda hastaya uygulanan bakım ve tedavileri kanıtlamaları açısından her işlemin

kayıtlarını tam ve doğru tutmaları gerekmektedir. Tutulan bu kayıtlar hem hukuki bir zorunluluk hem de kendilerini savunmada kritik bir delil niteliği taşımaktadır (69).

Hasta güvenliğini riske atan ve tıbbi hataları arttıran durumlar incelendiğinde iletişim eksiklikleri önemli bir konumda ve %70 oranında olduğu bildirilmiştir (65,70,71). İletişim yetersizliği sadece hastalarla olan iletişimi değil, ekip çalışmasını da olumsuz etkilemektedir (70). Hekim istemlerinde iletişim eksikliği kaynaklı ilaç hatalarının oranı hemşireler tarafından %38,2 olarak bildirilmiş ve en sık sözlü ilaç talimatlarında yaşandığı saptanmıştır (73).

4.4.3. Dünyada ve Türkiye’de malpraktis

Tıbbi uygulama hatası ilk defa Eski Mezopotamya’daki kaynaklarda, Hammurabi Kanunlarında (MÖ. 1800) geçmektedir. Bu kanunlara göre “Şayet hekim birisine bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse veya onun gözünü harap ederse iki eli kesilir, şayet hekim bir esire neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse onun yerine bir esir verecektir.” şeklinde belirtilerek tıbbi hata kavramından ilk kez bahsedilmiştir (74).

1950-1960 yıllarında hatalı tıbbi uygulamalar belirlenmiş fakat bu konu üzerinde fazla durulmamıştır. 1990’a gelindiğinde bu alanda yapılan çalışmalar artmış ve birçok ülkede konuyla ilgili daha fazla bulgunun oluşmasına katkı sağlamıştır (70,74).

İngiltere’de ise her sene 40.000 hastanın tıbbi uygulama hataları sebebiyle hayatını kaybettiği, Kanada’da bu hatalar sonucu ölümlerin yaklaşık 5.000-10.000 arasında olduğu bildirilmiştir (76). Japonya’da tıbbi uygulama hataları sonucu açılan dava sayısı batı ülkelerine oranla düşüktür. Buna sebep olarak Japonların kültürel yapısı ve yaşanan çatışmaları uzlaşarak çözüme eğiliminde olmaları gösterilmiştir (70).

Ülkemizde malpraktis boyutu çok sayıda çalışma yapılmasına rağmen tam olarak bilinmemekte fakat son zamanlarda tıbbi uygulama hatası iddiaların arttığı bilinmektedir (65,77). Tıbbi uygulama hatalarına karşı her ülkede farklı sağlık politikaları geliştirilmiştir. Bu politikalar temel olarak hasta haklarını koruma ve güvenliğini sağlama düşüncesiyle, sağlık çalışanlarının ise güvenliğini sağlamaya çalışmak üzerine inşa edilmiştir (77).

Türk Ceza Kanunu'na göre kanunları bilmediğini iddia etmek mazeret olarak kabul edilmemektedir (71). Sağlık alanında yapılan uygulamalar tüm sağlık çalışanlarının paylaştığı sorumluluklarını içermektedir. Bunlardan yola çıkılarak Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde kalite geliştirme ve akreditasyon çalışmaları yapılmaktadır. Bununla beraber sağlık personellerine malpraktis davalarından korunmaları konusunda çeşitli raporlar, değerlendirmeler ve toplantılar yapılarak, hastanelerde kalite rehberleri oluşturulmaktadır. Sağlık personellerine çeşitli hizmet içi eğitimler sağlanarak iletişim konusunda becerilerin geliştirilmesi teşvik edilmektedir. (64).

4.4.4. Ebelerin görevleri

Ülkemizde ebelik mesleğine yönelik “Ebelik Kanunu” şeklinde özel bir kanun düzenlemesi bulunmamaktadır. Ebelik mesleğinin sunulmasına yönelik 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” içeriğinde detaylandırılmış ve 11.04.1923 yılında kabul edilerek 14.04.1923 yılında Resmî Gazetede yayımlanmıştır (78). Sağlık Bakanlığı tarafından 22 Mayıs 2014 tarihinde 29007 sayılı “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” yayımlanarak birinci bölümde görev tanımları düzenlenmiştir. Buna göre,

- Üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetleri kapsamında; doğurganlık dönemindeki kadınlara yönelik üreme sağlığı izlemlerini planlar ve yürütür. Antenatal dönemde kadınların gebeliğe, doğuma ve anne-babalığa hazırlanmasına yönelik programlar düzenleyerek yürütür.
- Gebeliğin teşhis edilmesinde, riskli olmayan gebelerin izleminde gereken muayenelerin yapılmasında ve risk taşıyan durumları belirleyerek gereken önlemlerin alınmasında ya da sevk edilmesinde görevlidir.
- Doğum sürecinde; maternal ve fetal sağlığın izleminde, normal doğumun yönetilmesinde, hekimin olmadığı durumlarda acil makat doğumların yönetilmesinde, gereken hallerde epizyotomi açılması ve onarımında görevlidir. Doğum takibinde; normalden sapan durumları saptayarak

gereken tedbirlerin alınması konusunda ilgili hekime haber verir ve acil müdahale sürecinde hekimin istemi doğrultusunda müdahalede bulunmakla görevlidir.

- Postpartum dönemde; yenidoğanın ilk muayene ve bakımını yaparak acil müdahale gereken durumlarda resüsitasyon uygular. Anneye emzirmeye yönelik eğitim planlar. Postpartum izlem ve bakımlarını yaparak riskli durumları tespit ederek gerektiğinde sevk eder.
- Sağlık bakanlığının belirlediği protokoller çerçevesinde acil durumlarda obstetrik müdahale ve ilaçları uygular.
- Gebelik, doğum ve postpartum dönemde maternal ve fetal sağlığı geliştirmek ve korumak amacıyla gereken danışmanlık ve eğitim verir. Yenidoğan ve kadınlara yönelik tarama programlarında ve aile planlaması hizmetlerinde yer alır.
- 0-6 yaş arasındaki çocukların bakım ve gelişim izlemlerinde, çocuk aşılarının takibi ve uygulamasında, bağışıklama hizmetlerinin yürütülmesinde, sürecinde, bulaşıcı hastalıkların kontrolünün sağlanmasında yer alır (79).

Bakanlığın 10.09.1982 tarihinde aldığı kararla Resmî Gazetede yayımlanan “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”nin 133.maddesinde “Ebelerin Görev ve Yetkileri” başlığında; ebelik yapabilecek kişilerin taşıdığı nitelikleri, ebelerin yetkileri ve bu kapsamda uygulamalarının çerçevesi şu şekilde açıklanmıştır:

“MADDE 133- Ebeler, sağlık meslek okulu mezunu, doğum ve doğum kontrolü ile ilgili kendisine düşen görevleri yapabilecek yeteneklere sahip, gerekli kursları görmüş yardımcı sağlık personelidir. Kurumun yatak adedi azaltılmamak kaydıyla isteyen ebeler gerek görüldüğü takdirde baştabip izniyle kendilerine ayrılan yerlerde topluca kalabilirler.

Kurumlarda doğum işleriyle vazifelendirilmiş ebeler, müracaat eden kadınların fenni olarak doğuma hazırlanmaları için yetkileri dahilinde tedbirleri alır ve hazırlıkları yaparlar. Anne ve çocuğu muayene ederler. Özellikle çocuk kalp seslerini yakından izler, müşahedelerine yazarlar. Gerekli gördükleri hallerde her türlü genital muayeneleri de yaparlar, müşahedelerini bir not halinde de yazarak tespit ederler ve doğumun seyrini dikkatle ve sürekli bir şekilde izlerler.

Normal doğumları kendileri yaptırırlar. Doğum güçlükleri veya arızaları mevcut olan veya durumunu kesin olarak tesbit edemedikleri vakaları uzman tabibe derhal haber verirler.

a) Doğan çocukların cinsiyetini, boy ölçüsünü, kafa çaplarını, göğüs çevresini, beden ağırlığını, yapısında mevcut bütün arızaları ve anormallikleri, kalıtsal belirtileri, plasenta ve kordonun niteliklerini tespit ve kaydederler.

b) İkiz veya daha fazla sayıda doğan çocukların doğum sıralarını, ne kadar ara ile doğduklarını, ölü doğanların; doğumdan sonra bir müddet daha teneffüs edip etmediklerin dikkat ve titizlikle tetkik ve kaydederler.

c) Doğan çocukların birbirlerine karıştırılmamasına son derece dikkat ederler ve bu amaçla her doğan çocuğun bileğine anasının ad ve soyadını, cinsiyetini, doğum tarih ve saatini belirten bir kart bağlamak zorundadırlar. Bu etiket çocuk hastaneden çıkıncaya kadar bileğinde bırakılır. Ayrıca bu hususta kurum idaresince konulmuş usuller varsa onları da uygulatırlar.

d) Doğan çocukların göbeğinin fenni usullere uygun olarak kesilip bağlanması ve sarılması, çocuklar için tedbirlerin alınması ebelerin görevidir.

e) Doğum odalarının doğum ve müdahaleler için gerekli alet ve malzemenin her zaman temiz ve kullanmaya elverişli bir şekilde bulundurulmasını sağlarlar.

f) Ebe ve ebe hemşireler, bu asli görevleri yanında hemşirelerin gördükleri hizmetleri de görmek ve kurumlarda onların uymak zorunda bulunduğu hükümlere uymakla yükümlüdürler.

g) Bu görevleri dışında, aile planlaması kursu görmüşlerse ailelere doğum kontrolü ile ilgili her türlü bilgiyi vermekle yükümlüdür'' (80).

Ayrıca 25/2/1954 tarihinde kabul edilen 6283 sayılı Hemşirelik Kanununda 2012 yılında yapılan değişiklikte; "Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarih itibarıyla, ebeler diplomasına sahip olduğu halde en az üç yıldan beri yataklı tedavi kurumları ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde fiilen hemşirelik görevi yaptığını resmi belge ile belgelendiren ve bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde talepte bulunanlar, hemşirelik yetkisiyle görevlerine devam eder." Geçici maddesi eklenmiştir (91).

4.4.4.1. Ebeler uygulamaları

Ebeler, doğum sürecini takip edilmesinde ve sürecin değerlendirilerek acil uygulamalar dışında doğumu yaptırmakla yetkilidir. Belirlenen izlem ve bakım prosedürlerinin dışına çıkan durumlarda acil müdahaleleri doktor gözetiminde yapmalıdır. Farmakolojik ajanlarla doğum indüksiyonu başlamak hekim sorumluluğundadır. Ebeler hekimin istem yaptığı indüksiyon aracını ve ilaçların etkili biçimde uygulaması, maternal ve fetal sağlığın izlenmesinden sorumludur. Gebenin durumu değerlendirilip gerekli ekipmanlar kullanılarak amniyotomi uygulayabilirler (81). Ebeler ihtiyaç halinde epizyotomi açmada ve doğum sonrası onarılmasında yetkilidir (79,81). Müdahaleli doğumlarda forseps ve vakum uygulamasında ebeler yetkili değildir. Gereken hallerde hekime yardımcı olabilirler. Kadın doğum poliklinikleri, doğumhanelerde ve servislerde görevli ebelerin Elektronik fetal monitörizasyonun değerlendirilmesi ve izleminde yetersiz olduğu durumlarda

maternal ve fetal müdahaleye yönlendirilmesine sebep olabilmektedir. Doğumda fundusa elle ya da kemerle fundal basınç yapabilir (81).

4.4.5. Ebelikte malpraktis

Ebelerin dahil olduğu malpraktis davalarında en sık maternal ve fetal izlemde yetersizlik, gebeliğin getirdiği sorun ve komplikasyonları değerlendirmede yetersizlik, zamanında hekime haber vermemek, doğumda uygun olmayan ve yetkisi dışında müdahaleleri uygulamak, vakum/forseps uygulamak, hatalı epizyotomi, aşırı oksitosin kullanmak ve yanlış uygulamak gibi hatalar görülmektedir (81,102).

Yapılan bir araştırmada 1993-1998 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası kayıtlarındaki 59 tıbbi malpraktis davası incelenmiş ve buna göre ebelerin %52, hekimlerin %29, hemşirelerin %19 oranla sorumlu olduğu saptanmıştır (82).

Elbüken'in (83) yaptığı çalışmada, 2002-2008 yılları arasında karara bağlanan davalar incelendiğinde en sık tıbbi uygulama hatası kadın doğum kliniğinde (% 49,3), en sık dava açılan meslek grubunun %24,6 ile ebeler olduğu belirlenmiş ve %23'ü kusurlu bulunmuştur. Safran (2004)'in yaptığı çalışmada 371 malpraktis davasında en çok dava edilen meslek grubu %23,2 oranı ile ebelerdir (5).

Örnek Vaka

Bir sağlık kabini işleten ebe K.N.'ye sabah başvuran 33 yaşındaki Ş.M.'nin serviksinin 2cm açıklıkta olduğu ve dekstroz mayi desteği verilerek 18.00'e kadar takip edildiği bilinmektedir. 18.00'de serviks tam açık olduğunda gebenin ikindiği fakat bebek başının ilerlememesi sebebiyle vakum uygulandığı, bu sırada fetal kalp atımlarının düzensizleşmesi üzerine uzman hekimle görüşerek hastaneye sevk edilmiştir. Ş.M.'nin 4 kez doğum deneyimlediği, 2. doğumunu sezaryen ile, son doğumunu vajinal yolla ölü doğum yaptığı öğrenilmiştir. Hastane bulgularında nabız 80/dk, tansiyonu 100/50 mmHg, servikal açıklık tama yakın ve efasmanı %80 ölçülmüştür. Uterusun eski sezaryen yerinden rüptüre olduğu bebeğin ise karın boşluğunda ölü biçimde bulunduğu (5000gr, 50cm, kız bebek), rüptür hattının uterin

arterlere de uzandığı ve sol uterin arterin yırtılması suretiyle subtotal histerektomi uygulandığı saptanmıştır (84).

Yüksek Sağlık şurası'nın kararında; ř.M'.nin riskli gebe grubunda olduğu, bebeğin makrozomik ve hastanın önceden geçirdiği sezaryen ameliyatı olması nedeniyle rüptür olasılığının %100 olduğu, bebeğin ölümünün doğum travayı ya da rüptür esnasında olduğu, annenin doğurganlık yeteneğini kaybettiği, yaşam tehlikesi geçirdiği, hasarın uzuv kaybı niteliğinde olduğu, bebeğin uzamış ve güç doğuma bağlı asfiksiden ölmüş olduğu, canlı doğduğunun tıbbi delillerinin bulunmadığı, bebeğin anne karnında iken hangi aşamada öldüğünün var olan verilerle saptanamayacağı ve ebe K.N.'nin olayda tam kusurlu bulunduğu görüşüne varmıştır (85).

4.4.5.1. Ebelerin hukuki açıdan sorumlulukları

Ebelerin uygulamaları tüm mensupları gibi tıbbi müdahale kapsamına girmekte ve hukuka uygunluk konusunda aynı çerçevededir. Tıbbi müdahalelerin hukuka aykırı fiil olmaması için yasal şartlara uygun olmalıdır. Ebe ve hasta arasındaki ilişkinin hukuka aykırı olmaması için sağlanması gereken en önemli şart hastanın rızasının alınmasıdır.

Ebeler, hastanın rızasını hukuka uygun olması, hastanın tedavi sürecine katılımının sağlanması için yapılacak uygulamanın ne olduğu, neden yapıldığı ve hastanın ne için onay vereceğini ayrıntılı bir şekilde bilgilendirerek açıklamalıdır. Bu sorumluluğun yerine getirilmemesi halinde alınan rıza hukuka aykırı ve geçersiz olacaktır (86-89).

Tüm bunların yanında ebeler mesleki açıdan memnuniyetsizlik, iş yükünün fazla olması, yetersiz ekip sayısı, çalışma şartları, değerersizlik hissi, iş yerinde zorbalık, yöneticilerden destek görememeleri, dava açılma ya da suçlanma korkusu nedeniyle tükenmiş hissederek birçok sorun yaşamakta ve mesleğini bırakmayı düşünmektedir (88).

Ebelerin uygulama ve müdahaleleri sırasında sorumluluğun oluşması için dört unsurun olması gerekir. Hukuki sorumluluk oluşması için gereken şartlar (90);

- Hukuka aykırı fiil
- Zarar
- İlliyet bağı
- Kusur.

Ebeler tıbbi müdahalede bulunduğu hastaların iyileşme, ebelerin de iyileştirmeye yönelik kabulü olması ebenin çalıştığı hastane ve hasta arasında ya da ebe ile hasta arasında bir sözleşme var gibi kabul edilir. Ebeler tıbbi müdahalede bulunduğu sırada herhangi bir zarar oluşması durumunda bu zararın tanzim edilmesi hususunda sözleşmeye aykırılık ve hukuka aykırı eylem durumu oluşmaktadır. Fakat ebelik uygulamalarında vücut bütünlüğüyle ilgili durumlarda haksız fiil söz konusu olacağından iki hukuk için de aykırı eylem teşkil etmektedir. Ebelerin doğum takibi sonunda özensiz ve dikkatsiz davranması sonucu yenidoğanda brakial pleksus yaralanması olması durumunda, yenidoğan ve ailesinin (maddi-manevi) zararlarını ödemek zorundadır. Bu zararı karşılama durumu ebenin çalıştığı kurumun özel ya da kamu kurumu olması açısından çok fazla değişiklik göstermemektedir. İki kurumun da tazminatı ödemesi halinde ebenin kusur oranına göre iadesini isteyebilir. Yalnız adli yargıda ebelerin şahsına yönelik dava açılır ve dava kabul edilirse ebeler tazminatı kendisi karşılamak zorunda kalabilmektedir. Tazminatın oluştuğu bu durumda ebeler bağlı olduğu kurumun kusuru oranında kurumdan tazminatın iadesini talep edebilir (90).

Hukuka aykırı fiil sonucu ölüm halinin meydana gelmesi yani meydana gelen zarar ile eylemin sebep sonuç ilişkisi olması durumunda maddi ve manevi zarar söz konusudur. Maddi zarar kapsamına ölen hastanın bakımıyla sorumlu olduğu şahıslara, ölen hastanın desteklediği kadar tazminat maddi destekten yoksun kalmaya dayanarak ödenebilir. Ayrıca hastane, ilaç, defin, ulaşım, bakıcı masrafları ve türlü giderler tazminat olarak istenebilir. Ebelerin doğumdan sonra emzirmesi için anneye bebeğini verdikten sonra, anne bebeğini düşürmesi ve bebeğin bundan zarar görmesi durumunda; ebenin uyguladığı eylem ile bebeğin zarar görmesi arasında illiyet bağı olmadığından ebe oluşan zarardan sorumlu değildir (90).

4.4.5.2. *Ebelerin cezai açıdan sorumlulukları*

Yapılan kasti veya taksirli bir uygulamayla meydana gelen netice, ebelerin ceza hukuku bağlamında sorumluluğunun olmasına neden olmaktadır. Medeni hukuk açısından sorumluluk tazminata mahkûm olma biçiminde belirirken, ceza hukuku bağlamından da işlenen fiilin karşılığı yasal olarak cezaya mahkûm edilme şeklinde gerçekleşir (93,94).

Ebelerin cezai sorumluluğu olabilmesi için fiilin o kişiye ait olmasının dışında yaptığı eylemde kusurlu olması ve eylemin kişiye atfedilmesi gerekir. Ebelerin kusuru oranında cezadan sorumlu olmasının dışında suç iştirakine ait hükümlerden de sorumludur (93).

Türk Ceza Kanunu'na (TCK) göre, olası kast durumunda sonucu öngörme ve kabullenme vardır fakat taksir suçunda öngörülen sonucun dikkatsizlik, özensizlik nedeniyle istenmesi söz konusu değildir. Olası kastta ceza suçun türüne göre azaltılabilirken bilinçli taksirde ceza arttırılabilmektedir. Bilinçli taksir suçu olması halinde hapis cezasının para cezasına veya tedbire çevrilmesi mümkün değildir. TCK'nın "Belli Hakları Kullanmaktan Yoksun Bırakılma" bölümünün 53. Kanununun "*Bir kamu kurumunun veya kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşunun iznine tabi bir meslek veya sanatı, kendi sorumluluğu altında serbest meslek erbabı veya tacir olarak icra etmekten, yoksun bırakılır.*" bendi ebeler için önem taşımaktadır (93).

TCK'nın 280.maddesinde, "*(1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, 1 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.*" denmektedir. (93).

Örnek; "*30 haftalık gebem, gözünde kocaman bir morlukla gelince, ne olduğunu sordum. Düşüm dedi. Yalnızca gözünü çarpmış olamazsın deyince ağlamaya başladı. Kocasından şiddet görmüş, baba evine sığındığında bu seferde babasından koca evine dönmemesi nedeni ile şiddet görmüş. İki çocuğu var. Bu üçüncü gebelik... Onu görünce içim ezildi. Bu dünya haksızlıklarla dolu. Aile hekimime söyledim fakat biz karışmayalım dedi. Yardım etmek istiyorum ama ne yapabilirim*

bilmiyorum. İyilik edeyim derken yaşamını daha da kötüye sürüklemekten korkuyorum” Serpil Ebe, Aile Sağlığı Çalışanı (92).

TCK'nın 99. maddesinin 6. Bendinde, “Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde, süresi 20 haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir.” denmektedir. TCK'nın 279. maddesinde “Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” şeklinde ve 280. maddesinde yine bu durumu destekleyen biçimde açıklama yapılmıştır (93).

Örnek vaka; “Mesleğimi yaparken insanlıktan tiksindiğim bir olay yaşadım. 17 yaşında bir genç kız doğum için gelmişti. Evli değildi. Ailesi biraz tuhaf davranıyordu. Evli olmadığı için, tuhaf davrandıklarını sanmıştık. Bir arkadaşımız, annenin “babanla bu haltı yerken düşünecektin” diye söylendiğini duyunca, olayı kurcaladık ve kızın öz babasından gebe kaldığını, annenin de bu durumu bildiğini, babanın 3 yıl boyunca defalarca öz kızına tecavüz ettiğini öğrendik. Hepimiz şok olmuştuk. Sorumlu doktorumuz sessizce hastane polisine bildirdi. Baba ve anneyi tutukladılar. Götürürlerken baba hepimizi öldürmekle tehdit etti. Doğumdan sonra bebek çocuk esirgeme kurumuna teslim edildi” Melike ebe, 32 yaşında (92).

TCK madde 99'a göre, “ (1) Rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişi, 5 yıldan 10 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kadının beden ve ruh sağlığı zarara uğramışsa ceza 6-12 yıl, ölmesi halinde 15-20 yıl olabilmektedir.” denmiştir. Aynı maddenin 2. bendinde “Tıbbi zorunluluk bulunmadığı halde rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi 10 haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, 2 yıldan 4 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Rıza gösteren kadın hakkında 1 yıla kadar hapis ve adli para cezası (Kadının beden ve ruh sağlığı zarara uğramışsa 3-6 yıl, ölmesi halinde 4-8 yıl)” denilmektedir.

TCK'nın 287. maddesinde, “Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında 3 aydan 1 yıla

kadar hapis cezası verileceği, toplum sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalık muayenesinin bu hükmün dışında tutulacağı” belirtilmektedir (93).

Örnek vaka; “16 yaşındaki genç kızı annesi, sağlık evine getirerek kız olup olmadığını öğrenmek istediğini söyledi. Kız ağlıyordu ve muayene olmak istemiyordu. Kıza bir şey yapmayacağına dair anneden söz aldım ve muayene ettim. Bakire değildi. Annesi sessizce alıp götürdü. Kadın sarsılmıştı ama sakin görünüyordu. Oysa fırtına öncesi sessizlikmiş. Kız o gece kendini astı. O muayeneyi yaptığım için hala pişmanlık duyuyorum, bazen rüyalarımnda bu olayı görüyorum. Pişmanım” Emine Ebe, emekli, 51 yaşında (92).

“12 yıl önceydi. Orta yaşlı bir kadın çalıştığım sağlık evine geldi. 6. çocuğuma hamileyim. Bu bebeği kesinlikle istemiyorum. Zaten ekonomik durumumuz kötü. Sizde düşük yaptıran ilaçlar varmış. Ne olur bana yardım edin dedi. İlçedeki hastaneye gitmesini söyledim fakat ısrar etti. Sonunda benden bir destek göremeyince gitti. Olaydan 1 hafta sonra, çocuğu düşürmek için vajinasına tavuk kanadı koyduğu ve bu nedenle septik şoka girerek hastanede öldüğünü duyduk. Kadının eşi ben yardım etmediğim için bu yolu seçtiğini, ölümüne benim neden olduğumu, çocuklarının ortada kaldığını söyleyerek benden davacı oldu. Neyse ki ben yanlış bir şey yapmamıştım” Semiha Ebe, 39 yaşında (92).

“Göreve başladığım ilk yıllardı. Doğunun bir ilinde çalışıyordum. Çalıştığım doğum hastanesinde, kadınlar istemediği için doktorlar neredeyse 24-25 haftalık gebelikleri bile sonlandırıyorlardı. İndüksiyonla başlatılan doğumlarda doğan bebekler kaderlerine bırakılıyordu. Çok genç ve tecrübesizdim. Korktum ve kimseye bir şey anlatamadım” Zümrüt Ebe, 46 yaşında (92).

“Defansif tıp uygulamaları” terimi ilk olarak hekimlerde ortaya çıkmış olsa da hemşireler, ebeler ve diğer sağlık personelleri arasında da hızla yayılmaktadır (103).

5. MATERYAL ve METOT

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma ebelerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yürütüldü. Bu amaçla araştırma soruları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

1. Ebelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, çalıştıkları birim, mesleki tecrübe vb.) ile defansif tıp uygulamaları arasında fark var mıdır?
2. Daha önce açılan malpraktis davalarının ebelerin uygulamalarına etkisi nedir?
3. Ebelerin şikayet edilme korkusunun defansif tıp uygulamalarına etkisi nedir?
4. Ebelerin malpraktis davası korkusu ile defansif tıp uygulamaları arasında bir fark var mıdır?
5. Medyada yer alan malpraktis/tıbbi hata davalarının ebelerin klinik uygulamalarına etkisi nedir?
6. Ebelerin sigara kullanımıyla defansif tıp uygulamaları arasında ilişki var mıdır?
7. Ebelerin alkol kullanımı ve defansif tıp uygulamaları arasında ilişki var mıdır?

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Tarih

Araştırma 17.06.2021- 03.07.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, araştırmayla ilgili yapılan işlemlerin zaman çizelgesi Tablo 5.2' de gösterildi.

Tablo 5.2. Araştırmayla ilgili yapılan işlemlerin zaman çizelgesi (Araştırmacı tarafından oluşturuldu.)

FAALİYETLER	TARİH
Araştırma konusunun seçimi ve literatür taraması	Şubat-Nisan 2021
Tez önerisi ve tanıtıcı bilgi formunun hazırlanması	Mayıs-Haziran 2021
Tez önerisi sunumu	Haziran 2021
Etik kurul ve kurum izninin alınması	Haziran 2021
Pilot uygulama	Ağustos 2021
Verilerin toplanması	Eylül 2021- Haziran 2022
Veri analizi ve değerlendirme	Mart 2023
Araştırma raporunun yazımı ve teslimi	Eylül 2021- Haziran 2023

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evreni kamu hastanelerinin doğumhane ve yatan hasta servislerinde çalışan ebeler olarak belirlenmiştir. Bu sebeple Sağlık İstatistiği Yıllığı verilerinde ülkemizde toplam 55.972 ebe olduğu, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak 52.076 ebeinin çalıştığı ve bunlardan kamu hastanelerinde çalışan ebe sayısının ise 27.902 olduğu bulundu (13). Symon (2000) çalışmasında dava korkusu nedeniyle uygulamalarında değişiklik yapan ebelerin oranını %53 oranında bildirmiş ve bu oran uygulama sıklığı olarak alınmıştır (11). Bu ebe sayısından %5 hata payı %95 güven aralığında, uygulama sıklığı %53 alınarak <http://www.raosoft.com/samplesize.html> ile hesaplanarak örneklem 378 ebe olarak belirlendi.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri (Neden): Ebelerin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumlarına Yönelik Soru Formu ortalama puanlarıdır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri (Sonuç): yaş, çalışma durumu, mesleki tecrübe, medyanın etkisi, malpraktis davaları, dava korkusu, çalışılan bölgedir.

5.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
2. Hastanenin doğumhane ve yatan hasta servislerinde çalışıyor olmak.

5.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1. Belirlenen hastane birimlerinin dışında çalışılması.
2. Çalışmaya eksik ya da hatalı yanıt verilmesi.

5.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-2) ve ebelerin defansif tıp uygulamalarıyla ilgili bilgi düzeyi ve tutumlarını ölçen bir ölçek bulunmadığından, araştırmacı tarafından

literatür doğrultusunda oluşturulan “Ebelerin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumlarına Yönelik Soru Formu” kullanılmıştır (Ek-3).

5.6.1. Tanıtıcı bilgi formu

Çalışmamızda Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek-1) başta olmak üzere ebelerin defansif tıp uygulamaları ilgili düşüncelerini etkileyebileceği düşünülen; çalışılan kurum, yaş, eğitim durumu, medeni hal, mesleki tecrübe, çalışılan birim, çalışan il, çalışma şekli, mesleki derneklere üyelik, sigara ve alkol kullanma durumu vb. ile ilgili 13 adet bireysel ve demografik soruların yer aldığı Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-2) kullanılmıştır.

5.6.2. Ebelerin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumlarına Yönelik Soru Formu

Defansif tıp uygulamaları hakkında bilgi düzeyi ve tutumu ölçmeye yönelik ölçekler tarandığında ebeler için ölçek bulunmadığı tespit edildi. Literatürde yer alan ölçekler hekimlere yönelik geliştirildiğinden ve ebelere uygulaması yapılamaması nedeniyle; defansif tıp uygulamaları kapsamına giren örnek uygulamalara karşı ebelerin görüşlerine ve bu uygulamalara karşı tutumlarını ortaya koymaya yönelik, 5’li likert tarzda 3 adedi açık uçlu olmak üzere toplam 33 sorudan oluşan Ebelerin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumlarına Yönelik Soru Formu (Ek-3) Google Forms çevrim içi anket yöntemi kullanılarak geliştirildi. (Kaynaklar soru sonlarında belirtilmiştir.) Anket formu oluşturulurken uzman görüşü alındı.

5.7. Ön uygulama

Anket formları 25 ebe ile bir pilot çalışma yapılmıştır. Yapılan pilot çalışma sonucunda anket sorularında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

5.8. Uygulama

İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı sonrası soru formu Google Forms çevrim içi anket kullanılarak oluşturulmuştur. Türkiye’de çalışan ebelere online yollarla (e-posta, WhatsApp ve

Instagram uygulamalarıyla) ulaşılmış, soru formunu gönüllülük esasıyla dolduran ebelerden yine online biçimde araştırmanın örnekleminin şartlarını sağlayan ebelere ulaşılarak tamamlanmıştır. Bu formun doldurulma süresi ortalama 10 dakikadır.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Veri toplama araçlarındaki verilerin güvenilirliği ebelerin verdiği bilgilerin doğruluğu ile sınırlıdır. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı ise Türkiye’de kamu hastanelerinde çalışan ve araştırmayı kabul eden ebeler tarafından örneklem oluşturulduğu ve özel kurumlarda, serbest çalışan ve diğer birimlerde çalışan ebelerin dahil edilmemesi sebebiyle örnekleme ulaşmak zaman almıştır. Bu bağlamda elde edilen veriler sadece araştırmadaki örneklem grubuna genellenebilir.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 17.06.2021 tarihi E-10840098-772.02-2858 sayılı, 663 numaralı karar ile onay alındı.

5.11. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırma süresince toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v26 istatistik programı kullanılmıştır.

Analizlere, araştırmanın kapsamını göstermek amacıyla ebelerin araştırmaya hangi illerden katıldıklarını gösteren frekans tablosu ile başlanmış ve ardından katılımcıların sahip oldukları özellikleri belirlemek amacıyla Tanıtıcı Bilgi Forumu’na verdikleri 33 yanıtta 29’u frekans ve yüzdeleri verilerek irdelenmiştir. 3 soru açık uçlu soru tipidir. Tanıtıcı bilgi formundaki ifadeler “Ebelerin Sosyo-Demografik Yapısı”, “Ebelerin Mesleki Özellikleri” ve “Ebelerin Defansif Tıp Uygulamaları Kavramına İlişkin Bilgi ve Özellikleri” olmak üzere ana başlıklar altında sunulmuştur.

Defansif tıp uygulamalarına yönelik soru formuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler tespit edilip, sunulmuştur.

Araştırma süresince elde edilen verilerin güvenilir olup olmadıkları ve hangi testler (parametrik veya nonparametrik) ile analiz edileceklerinin belirlenmesi adına normal dağılıma uygunlukları kontrol edilmedi. Bu amaçla soru formundan elde edilen yanıtların güvenilirlik açısından Cronbach Alfa değeri, normal dağılıma uygunluk açısından ise çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir.

Güvenirlik ölçümünde yaygın şekilde kullanılan Cronbach Alfa katsayısı, her bir katılımcıyı temsil eden puanların, k soru içeren bir ölçme aracındaki sorulara verilen yanıtların toplanması veya ortalamasının alınmasıyla tespit edildiği durumlarda kullanılmaktadır. Cronbach Alfa katsayısı ölçekte yer alan k sorunun türdeş bir yapıyı açıklamak ya da analiz etmek üzere bir bütün oluşturup oluşturmadığının tespit edilmesini sağlamaktadır. 0 ile 1 arasında değişen Cronbach Alfa katsayısı şu şekilde değerlendirilmektedir:

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise güvenilir değildir,
- $0,41 \leq \alpha < 0,60$ ile güvenilirlik düşük seviyededir,
- $0,61 \leq \alpha < 0,80$ ise güvenilirlik orta seviyededir,
- $0,81 \leq \alpha \leq 1,00$ ise güvenilirlik yüksek seviyededir (114).

Hair, Black ve ark. (2013)'nın bir verinin normal dağılım gösterdiğini iddia edebilmek için çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1, +1 aralığında yer alması gerekmektedir (115).

Tablo 5.11. Güvenirlik ve Normallik İncelemesi

N	Cronbach Alfa	Soru Sayısı	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
400	0,817	29	0,351	0,069

Araştırma sonucunda Cronbach Alfa değerinin 0,817 olduğu bulunarak soru formundan elde edilen verilerin yüksek seviyede güvenilir olduğu belirlendi. Çarpıklık

ve basıklık değerlerinin -1 ile +1 aralığında olması ise verilerin normal dağılıma uygun olduklarını göstererek verilerin analizinde parametrik testlerin kullanılması uygunluğunu ortaya koymaktadır.

Analiz sürecinde iki bağımsız gruptan oluşan değişkenlerin grupları arasında olası anlamlı farklılık incelenirken Bağımsız Gruplar t Testi (Independent Samples t Test), ikiden fazla bağımsız gruptan oluşan değişkenlerin grupları arasındaki olası anlamlı farklılık incelenirken ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) yöntemleri kullanıldı. Tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasında anlamlı farklılıkların tespit edildiği durumlarda bu farklılığa sebep olan grupları belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey's HSD testi kullanıldı.



6. BULGULAR

Çalışmaya ülke genelinden 489 kişi katılım sağladı. Katılım sağlayanlardan 48 kişi kamu hastanelerinde çalışmadığı, 40 kişi ise örnekleme belirtilen birimlerde çalışmaması ya da farklı mesleklerden olması nedeniyle çıkarıldı. Örneklem şartlarını sağlayan 48 şehirden 400 kişi ile elde edilen verilerle çalışma tamamlandı. Bu bölümde araştırmaya sürecinde yapılmış istatistik analizlerden elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuş ve yorumlanmıştır. Araştırmanın bulguları:

1. Ebelerin Sosyo-Demografik Yapısına Ait Bulgular
2. Ebelerin İllere Göre Dağılımına Ait Bulgular
3. Ebelerin Mesleki Özelliklerine Ait Bulgular
4. Ebelerin Defansif Tıp/Uygulama Kavramına İlişkin Bilgi ve Özellikleri
5. Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Soru Formuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler
6. Ebelerin Yaşlarının Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisine İlişkin Bulgular
7. Ebelerin Çalıştıkları Birimin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisine İlişkin Bulgular
8. Ebelerin Mesleki Tecrübelerinin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisine İlişkin Bulgular
9. Daha Önce Açılan Malpraktis Davalarının Ebelerin Klinik Uygulamalarına Etkisine İlişkin Bulgular
10. Ebelerin Şikâyet Edilme Korkularının ve Medyada Yer Alan Malpraktis/Tıbbi Hata Davalarının Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisine İlişkin Bulgular
11. Ebelerin Sigara veya Alkol Kullanma Durumlarının Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisine İlişkin Bulgular

6.1. Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Soru Formuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 6.1. Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Soru Formuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

n	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum
400	2,903	0,458	1,71	4,36

Türkiye çapında ebelerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki tutumlarını belirleyebilmek adına hazırlanan 33 soruluk soru formu hazırlanmış ve katılımcılar bu sorulara, beşli Likert yapısına uygun olarak, “Hiçbir zaman” ile “Her zaman” arasında değişen yanıtlar vermişlerdir. Yanıtların puanlanmasına “Hiçbir zaman” yanıtı 1 puan olacak şekilde başlanmış ve puanlama 1’er puan artarak ilerleyerek “Her zaman” yanıtı 5 puan olacak şekilde sonlandırılmıştır. Puanlamada katılımcılar en yüksek 165, en düşük 33 puan almaktadır. Bu puanlamada değer yükseldikçe katılımcıların defansif tıp tutumları da artmaktadır.

Araştırmaya katılan 400 ebeye ait ortalama puanın 5 üzerinden $2,903 \pm 0,458$ olduğu görülmektedir. Tek bir ebeden elde edilen en düşük ortalama 1,71 olurken en yüksek ortalama ise 4,36 olarak tespit edilmiştir.

6.2. Ebelerin Sosyo-Demografik Yapısı

Tablo 6.1. Ebelerin Sosyo-Demografik Yapısına Ait Bulgular

Değişken	Grup	f	%
Yaş	20-25 yaş	99	24,8
	26-30 yaş	157	39,3
	31-35 yaş	67	16,8
	36-45 yaş	59	14,8
	46-55 yaş	18	4,5
	Ortalama / Std. Sapma	30,608	6,937
Eğitim Durumu	Lise / Ön Lisans	20	5,0
	Lisans	310	77,5
	Yüksek Lisans	70	17,5
Medeni Hal	Evli	206	51,5
	Bekâr	194	48,5
Sigara Kullanma Durumu	Evet	95	23,8
	Hayır	305	76,3
Alkol Kullanma Durumu	Evet	52	13,0
	Hayır	348	87,0

Tablo 6.1’de araştırmaya katılan ebelerin %39,3’ünün 26-30 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının $30,608 \pm 6,937$ olduğu, %77,5’inin eğitim durumlarının lisans düzeyinde olduğu, %51,5’inin evli olduğu, %76,3’ünün sigara kullanmadığı ve %87’sinin alkol kullanmadığı grlmektedir.



Tablo 6.2.1. Ebelerin İllere Göre Dağılımı

Çalışılan İl	f	%	Çalışılan İl	f	%	Çalışılan İl	f	%
Adana	3	0,8	Giresun	4	1	Malatya	2	0,5
Ağrı	1	0,3	Gümüşhane	4	1	Manisa	12	3
Aksaray	1	0,3	Hakkâri	1	0,3	Mersin	2	0,5
Amasya	1	0,3	Hatay	8	2	Muğla	7	1,8
Ankara	8	2	Isparta	1	0,3	Muş	4	1
Antalya	1	0,3	İstanbul	151	37,8	Nevşehir	1	0,3
Artvin	1	0,3	İzmir	7	1,8	Niğde	1	0,3
Aydın	3	0,8	Kahramanmaraş	2	0,5	Sakarya	10	2,5
Bartın	2	0,5	Karabük	4	1	Samsun	5	1,3
Bitlis	14	3,5	Kastamonu	1	0,3	Siirt	11	2,8
Bursa	10	2,5	Kayseri	10	2,5	Şanlıurfa	11	2,8
Çanakkale	5	1,3	Kırklareli	2	0,5	Şırnak	10	2,5
Denizli	2	0,5	Kırşehir	1	0,3	Tekirdağ	1	0,3
Elazığ	1	0,3	Kilis	1	0,3	Tokat	1	0,3
Eskişehir	6	1,5	Kocaeli	36	9	Van	6	1,5
Gaziantep	1	0,3	Konya	19	4,8	Zonguldak	4	1

Tablo 6.2.1’de araştırmaya katılan 400 ebinin %37,8’inin İstanbul’da görevlerini sürdürdüğü, İstanbul’dan sonra en yüksek katılım ise %4,8 ile Konya’dan olduğu görülmektedir.

6.3.Ebelerin Mesleki Özellikleri

Tablo 6.3. Katılımcıların Mesleki Özellikleri

Değişken	Grup	f	%
Mesleki Tecrübe	0-5 yıl	199	49,8
	6-10 yıl	93	23,3
	11-15 yıl	47	11,8
	16 yıl ve üzeri	61	15,3
Çalışılan Birim	Bebek Odası	4	1,0
	Cerrahi Servisi	1	0,3
	Çocuk Servisi	3	0,8
	Doğumhane	261	65,3
	Jinekoloji	25	6,3
	Kadın Doğum Acil	15	3,8
	Kadın Doğum Servisi	42	10,5
	Kardiyoloji Servisi	1	0,3
	Lohusa Servisi	27	6,8
	Pandemi Servisi	3	0,8
	Perinatoloji Servisi	15	3,8
	Yenidoğan Yoğun Bakım	3	0,8
Birimdeki Çalışma Pozisyonu	Klinik Ebesi	368	92,0
	Sorumlu Ebe	32	8,0
Çalışma Şekli	Sürekli Nöbet (16-08)	19	4,8
	Sürekli Gündüz	61	15,3
	Vardiyalı (Gündüz-Nöbet Karışık)	235	58,8
	Tam Gün (08-08)	85	21,3
Mesleğe Yönelik Bir Derneğe Üye Olma Durumu	Evet	128	32,0
	Hayır	272	68,0

Tablo 6.3.'de araştırmaya katılan ebelerin %49,8'inin mesleki tecrübesinin 0-5 yıl aralığında olduğu, %65,3'ünün doğumhane biriminde çalışıyor olduğu, %92'sinin birimindeki çalışma pozisyonunun klinik ebesi olduğu, %58,8'inin çalışma şeklinin

vardiyalı (gündüz – nöbet karışık) ve %68'inin mesleğine yönelik bir derneğe üye olmadığı görülmektedir.

6.4. Ebelerin Defansif Tıp Uygulamaları Kavramına İlişkin Bilgi ve Özellikleri

Tablo 6.4. Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamaları Kavramına İlişkin Bilgi ve Özellikleri

Değişken	Grup	f	%
Defansif Tıp / Defansif Uygulama Kavramını Önceden Duyma Durumu	Evet	210	52,5
	Hayır	190	47,5
Defansif Tıp / Defansif Uygulama Kavramının Öğrenildiği Kaynak	Çevresel kaynaklı	75	35,9
	Görsel-yazılı medyadan	48	23,0
	Tez, çalışma veya makalelerden	56	26,8
	Konferans, seminer veya kongrelerden	30	14,4
Tıbbi Hata İddiası ile Hakkında Dava Açılma Durumu	Hiç olmadı	349	87,3
	1 dava	41	10,3
	2 dava veya üzeri	10	2,5
Resmi Gazete'de Yayınlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği"ni Okuma Durumu	Hiç duymadım	43	10,8
	Duydum, hiç okumadım	150	37,5
	Kısmen okudum	162	40,5
	Tamamını okudum	45	11,3

Tablo 6.4.'e göre ebelerin %52,5'inin daha önce defansif tıp / defansif uygulama kavramını duymuş olduğu, bu kavramı daha önceden duymuş olan 210 ebeinin %35,9'unun bu kavramı çevresel kaynaklı bir yolla duyduğu, %87,3'ünün hakkında daha önce tıbbi hata iddiası ile dava açılmadığı ve %40,5'inin Resmi Gazete 'de yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ni kısmen okuduğu görülmektedir.

Tablo 6.4.1. Ebelerin Yaşlarının Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi

Değişken	Gruplar	n	Ort.	ss	F	p	Anlamlı Fark
Yaş	20-25 yaş	99	2,864	0,466	0,806	0,522	-
	26-30 yaş	157	2,887	0,439			
	31-35 yaş	67	2,965	0,495			
	36-45 yaş	59	2,906	0,433			
	46-55 yaş	18	3,014	0,516			

Tablo 6.4.1.'de ebelerin defansif tıp tutumlarının yaşlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla elde edilen veriler tek yönlü varyans analizi kullanılarak analiz edilmiştir.

Varyans analizi sonucunda yaş gruplarına ait ortalamalar arasında, %5 önem seviyesinde, anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Bu durumda ebelerin defansif tıp tutumlarının yaşlarına göre değişmediği söylenebilir.

Tablo 6.4.2. Ebelerin Çalıştıkları Birimin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi

Değişken	Gruplar	n	Ort.	ss	F	p	Anlamlı fark
Çalışılan Birim	Doğumhane ¹	261	2,955	0,461	4,153	0,000	1 > 3
	Karma Kadın Doğum Servisi ²	42	3,009	0,478			
	Jinekoloji ³	25	2,667	0,276			
	Lohusa Servisi ⁴	27	2,673	0,351			
	Perinatoloji ⁵	15	2,677	0,473			
	Kadın Doğum Acil ⁶	15	2,703	0,429			
	Diğer (bebek odası, ybü, cerrahi servisi, kardiyoloji servisi, çocuk servisi pandemi servisi) ⁷	15	2,933	0,442			

Tablo 6.4.2.'de ebelerin defansif tıp tutumlarının çalıştıkları birime göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla elde edilen veriler tek yönlü varyans analizi kullanılarak analiz edilmiştir.

Varyans analizi sonucunda doğumhanede çalışan ebelerin defansif tıp uygulamalarının jinekoloji ve lohusa servisinde çalışan ebelerden %95 güvenle anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca karma kadın doğum servisinde çalışan ebelerin defansif tıp uygulamalarının jinekoloji ve lohusa servisinde çalışan ebelerden %95 güvenle anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu durumda ebelerin defansif tıp tutumlarının çalıştıkları birime göre değiştiği söylenebilir.

Tablo 6.4.3. Ebelerin Mesleki Tecrübelerinin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi

Değişken	Gruplar	n	Ort.	ss	F	p	Anlamlı Fark
Mesleki Tecrübe	0-5 yıl	199	2,894	0,481	0,31	0,82	-
	6-10 yıl	93	2,881	0,407			
	11-15 yıl	47	2,941	0,466			
	16 yıl ve üzeri	61	2,937	0,454			

Tablo 6.4.3.'e göre ebelerin defansif tıp tutumlarının mesleki tecrübelerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla elde edilen veriler tek yönlü varyans analizi kullanılarak analiz edilmiştir.

Varyans analizi sonucunda mesleki tecrübe gruplarına ait ortalamalar arasında, %5 önem seviyesinde, anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Bu durumda ebelerin defansif tıp tutumlarının mesleki tecrübelerine göre değişmediği söylenebilir.

Tablo 6.4.4. Daha Önce Açılan Malpraktis Davalarının Ebelerin Klinik Uygulamalarına Etkisi

Değişken	Gruplar	n	Ort.	ss	F	p	Anlamlı fark
Tıbbi Hata İddiası ile Hakkında Dava Açılma Durumu	Hiç olmadı ¹	349	2,887	0,446	3,039	0,049	3 > 2
	1 dava ²	41	2,959	0,431			
	2 dava veya üzeri ³	10	3,226	0,784			

Tablo 6.4.4.'de ebelerin defansif tıp tutumlarının daha önce haklarında tıbbi hata iddiasıyla dava açılma durumun tespit edilmesinde veriler tek yönlü varyans analizi kullanıldı.

Varyans analizi sonucunda daha önce haklarında en az 2 tıbbi hata iddiasıyla dava açılan ebelerin defansif tıp tutumlarının, hiç dava açılmamış ebelerden %95 güvenle anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi ($p < 0,05$). Dava sayısı arttıkça ortalamaların da yükseldiği görülmektedir. Bu durumda ebelerin defansif tıp tutumlarının daha önce haklarında tıbbi hata iddiasıyla dava açılıp açılmama durumuna göre değiştiği söylenebilir.

Tablo 6.4.5. Ebelerin Şikâyet Edilme Korkularının ve Medyada Yer Alan Malpraktis/Tıbbi Hata Davalarının Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisine İlişkin Bulgular

Değişken	Grup	f	%	Ortalama	Std. Sapma
Soru 5 - Hakkınızda açılacak bir tıbbi hata davası ya da malpraktis davası çalışma performansınızı azaltır mı?	Hiçbir zaman	9	2,3	4,093	1,040
	Nadiren	30	7,5		
	Bazen	55	13,8		
	Çoğu zaman	127	31,8		
	Her zaman	179	44,8		
Soru 6 - Tıbbi malpraktis iddiaları/ şikâyet edilme korkusu nedeniyle kendinizi korumak için, dava etme/şikâyet etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu?	Hiçbir zaman	111	27,8	2,600	1,280
	Nadiren	73	18,3		
	Bazen	114	28,5		
	Çoğu zaman	69	17,3		
	Her zaman	33	8,3		
Soru 7 - Tıbbi malpraktis iddialarından uygulamalarınızı kanıtlamak için, yüksek riskli hastalarda kayıtları daha detaylı tutuyor musunuz?	Hiçbir zaman	1	0,3	4,565	0,701
	Nadiren	7	1,8		
	Bazen	22	5,5		
	Çoğu zaman	105	26,3		
	Her zaman	265	66,3		
Soru 8 - Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyor musunuz?	Hiçbir zaman	3	0,8	4,622	0,637
	Nadiren	1	0,3		
	Bazen	13	3,3		
	Çoğu zaman	110	27,5		
	Her zaman	273	68,3		
Soru 10 - Medyada yer alan malpraktis/tıbbi hata davaları klinik uygulamalarınızı daha savunmacı yapmanıza neden oluyor mu?	Hiçbir zaman	10	2,5	3,780	0,937
	Nadiren	22	5,5		
	Bazen	103	25,8		
	Çoğu zaman	176	44,0		
	Her zaman	89	22,3		
Soru 16 - Yüksek riskli/Riskli gebelerde malpraktis/şikâyet edilme korkusunun riskten kaçınma nedeniyle sezaryen doğumların artmasına neden olduğunu düşünüyor musunuz?	Hiçbir zaman	24	6,0	3,633	1,089
	Nadiren	33	8,3		
	Bazen	94	23,5		
	Çoğu zaman	164	41,0		
	Her zaman	85	21,3		
Soru 18 - Dava ya da şikâyet edilme korkusuyla yaptığınız bakım ve tedavi uygulamalarını daha detaylı anlatıyor musunuz?	Hiçbir zaman	22	5,5	3,648	1,112
	Nadiren	45	11,3		
	Bazen	75	18,8		
	Çoğu zaman	168	42,0		
	Her zaman	90	22,5		

Tablo 6.4.5.'te araştırmada ebelerin Şikâyet edilme / haklarında malpraktis dava açılması korkularının ve medyada yer alan malpraktis/tıbbi hata davalarının defansif tutumlarını etkileme durumu incelendi.

Katılımcıların 5. Soruya %44,8 oranında “Her zaman” yanıtını verdiği ve en yüksek yüzdeli ikinci yanıtın %31,8 ile “Çoğu zaman olduğu” görölmektedir. 5. Soruya ait ortalama ise 5 üzerinden $4,093 \pm 1,04$ olarak bulunmuştur. Gerek ortalama değerin yüksek olmasından gerekse alınan yanıtlardan, katılımcıların haklarında açılacak bir tıbbi hata ya da malpraktis davasının çalışma performanslarını yüksek ölçüde ve olumsuz yönde etkileyeceği görölmektedir.

Bu sonuca ek olarak 6, 7, 8, 16 ve 18. Sorulara verilen yanıtlar incelenmiştir. Elde edilen değerler incelendiğinde 7. ve 8. sorulara verilen en yüksek yüzdeli yanıtın “Her zaman” olduğu ve ortalamaların sırasıyla 4,565 ve 4,622 olduğu, 16. ve 18. sorulara verilen en yüksek yüzdeli yanıtın “Çoğu zaman” olduğu ve ortalamaların sırasıyla 3,633 ve 3,648 olduğu görölmektedir. Katılımcıların bir Őikâyetten veya malpraktis davasından kendilerini koruyabilmek adına yüksek riskli hastalara ait kayıtları daha ayrıntılı tuttukları, onam formlarına daha fazla önem verdikleri, sezaryen doğumlarında bir artış olduğunu düşündüğu ve uyguladıkları bakım ve tedavileri hastalarında daha detaylı anlattıkları görölmektedir.

6. Soru yanıtları incelendiğinde katılımcıların %28,5'inin “Bazen” olası tıbbi malpraktis iddiaları veya Şikâyet edilme korkusu nedeniyle, kendilerini korumak için, dava açma / Şikâyet etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığı, %27,8'inin ise “Hiçbir zaman” böyle bir tutum sergilemediğini belirttiği görölmektedir. İncelenen diğer sorulara nazaran 6. Sorunun ortalamasının 2,6 ile daha düşük bir değerde olması araştırmaya katılan ebeler Şikâyet edilme/haklarında malpraktis dava açılması korkusuyla uyguladıkları bakım ve tedavi sürecinde defansif bir tavır sergiliyor olsalar bile, yüksek riskli hastalardan kaçınma gibi bir tutum edinmedikleri ancak yine de tedbirli oldukları söylenebilir.

Katılımcılara ayrıca medyada yer alan malpraktis/tıbbi hata davalarının kendi klinik uygulamalarını daha defansif bir hale getirip getirmediği de sorulmuş ve bu içeriğe sahip 10. Soru yanıtları incelendiğinde alınan en yüksek yüzdeli yanıtın %44 ile “Çoğu zaman” olduğu, ortalamasının ise 3,78 olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda

katılımcıların medyada yer alan malpraktis/tıbbi hata davalarından etkilenerek daha defansif bir tutum sergiledikleri söylenebilir.

Tablo 6.4.6. Ebelerin Sigara veya Alkol Kullanma Durumlarının Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi

Değişken	Gruplar	n	Ort.	ss	t	p	Anlamlı fark
Sigara Kullanma Durumu	Evet ¹	95	2,998	0,515	2,121	0,036	1 > 2
	Hayır ²	305	2,874	0,435			
Alkol Kullanma Durumu	Evet ¹	52	3,050	0,507	2,495	0,013	1 > 2
	Hayır ²	348	2,881	0,447			

Tablo 6.4.6.'da ebelerin defansif tıp tutumlarının sigara kullanma ve alkol kullanma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla elde edilen veriler, ayrı ayrı bağımsız gruplar t testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bağımsız gruplar t testi analizi sonucunda sigara kullanan ebelerin defansif tıp uygulamalarının sigara kullanmayan ebelerden %95 güvenle anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu ve alkol kullanan ebelerin defansif tıp tutumlarının uygulamalarının alkol kullanmayan ebelerden %95 güvenle anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Bu durumda ebelerin defansif tıp tutumlarının sigara veya alkol kullanma durumuna göre değiştiği söylenebilir.

Tablo 6.4.7. Ebelerin Birimdeki Çalışma Pozisyonlarının Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi

Değişken	Grup	n	Ort.	ss	t	p	Anlamlı fark
Birimdeki Çalışma Pozisyonu	Klinik Ebesi ¹	368	2,921	0,454	2,676	0,008	1 > 2
	Sorumlu Ebe ²	32	2,697	0,455			

Tablo 6.4.7.'de ebelerin defansif tıp tutumlarının birimdeki çalışma pozisyonlarına göre farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla elde edilen veriler, ayrı ayrı bağımsız gruplar t testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bağımsız gruplar t testi analizi sonucunda klinik ebelerinin defansif tıp tutumlarının sorumlu ebelerden %95 güvenle anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu durumda ebelerin defansif tıp tutumlarının birimdeki çalışma pozisyonlarına göre değiştiği söylenebilir.

Tablo 6.4.8. Ebelerin Çalışma Şekillerinin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi

Değişken	Grup	n	Ort.	ss	F	p	Anlamlı Fark
Çalışma Şekli	Sürekli nöbet (16-08) ¹	19	3,113	0,544	3,102	0,027	1 > 2
	Sürekli gündüz ²	61	2,787	0,479			
	Vardiyalı (gündüz-nöbet karışık) ³	235	2,897	0,433			
	Tam gün (08-08) ⁴	85	2,957	0,471			

Tablo 6.4.8.'de ebelerin defansif tıp tutumlarının çalışma şekillerine göre farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla elde edilen veriler tek yönlü varyans analizi kullanılarak analiz edilmiştir.

Varyans analizi sonucunda çalışma şekilleri sürekli nöbet olan ebelerin defansif tutumlarının çalışma şekli sürekli gündüz olan ebelerden %95 güvenle anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu durumda ebelerin defansif tıp tutumlarının çalışma pozisyonu, çalışma şekli gibi direkt çalışılan ortamı ve yapılan iş ortamının gerginliğe etki eden değişkenlere göre değiştiği söylenebilir.

7. TARTIŞMA

Bu araştırma ebelerin, defansif tıp uygulamaları konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek ve defansif uygulamalar hakkında bir bilinç oluşturmak amacıyla yürütülmüştür. Araştırmamız sonucunda bu konuda önemli veriler ortaya konuldu. Bu çalışma, ebelerin defansif tıp uygulamaları hakkında bilgi ve deneyimlerinin belirlenmesi açısından önemlidir.

Bu çalışmada elde edilen verilerin güvenilirliği ebelerin verdiği bilgilerin doğruluğu ile sınırlıdır. Araştırmamızın kamu hastanelerinin yatan hasta hasta servisleri ve doğumhane bölümünde çalışan ebelerden oluşması ve çalışmanın katılımcılara ulaştırılmasında yaşanan zorluklar diğer sınırlılıklardır. Bu nedenle elde edilen veriler araştırma örnekleme genellenebilir. Literatürde ebelerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili çalışmaların kısıtlılığı nedeniyle çalışmamızdaki bulguların tartışmasında hemşire ve hekimleri içeren çalışmalarla da karşılaştırma yapılarak tartışıldı.

Çom, Üzün ve ark. (2020)'nin çalışmasında riskli vakalara müdahalede bulunan uzman hekimlerden sonra hakkında tıbbi hata iddiası en çok %28,3 oranla ebelerde olduğunu bulmuştur (65). Literatürde bu sonucu destekleyen birçok çalışma mevcuttur (101,102). Tuncer (2014)'in çalışmasına katılan ebelerde dava açılma ve sürecine maruz kalma durumu incelendiğinde %18,7'si bir kez, %6,6'sına ise daha fazla dava sürecine tanık olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada ebelerin %5,3'ünün yasal sürece maruz kaldığı, soruşturma sebepleri olarak atoniye yetersiz müdahale, yenidoğanda klavikula fraktürü ve doğumda anal sfinkter travması olmuştur (81). Gündoğmuş, Özkara ve ark. (2005)'nin 1993-1998 yılları arasında meydana gelen Yüksek Sağlık Şurası'na ait 52 davayı incelediklerinde en çok ebeler (%52), sırasıyla hekimler (%29) ve hemşirelerin (%19) davalardan sorumlu olmuştur (82). Elbüken (2010)'in incelediği Yüksek Sağlık Şurası'na ait 2002-2008 arasındaki 219 davada 160 ebeye (%24,6), 8 ebe-hemşireye (%1,2) tıbbi uygulama iddiasıyla dava açılmıştır (83). Araştırmamızda hakkında tıbbi hata iddiasıyla 2 ve daha fazla dava açılan ebelerin, hakkında hiç dava açılmamış ebelere göre anlamlı biçimde daha fazla defansif tutum gösterdiği tespit edildi. Buna sebep olarak hem önceki kişisel dava deneyimlerinden etkilenmesi hem de mesleki itibarının zarar göreceği endişesi, depresyon, tükenmişlik hissi ve tekrar dava açılması kaygısı gibi psikososyal sorunlar sonucu olabileceği düşünülebilir (19,27-30,45-47,95).

Summerton (1995)'in pratisyen hekimlerle yaptığı çalışmada, şikayet edilme ya da dava açılması korkusuyla uygulamalarının daha defansif hale geldiğini, hastalara daha detaylı açıklama yaptıklarını, hasta dosyalarını daha detaylı doldurduklarını, daha fazla sevk ettiklerini bildirmiştir (24). Surtees (2010) ise bunlara ek olarak daha sık fetal izlem yapıldığını bildirmiştir (111). Küçük (2017)'ün çalışmasında katılımcılar sezaryen oranındaki artışın kadın doğum hekimlerinin mediko-legal endişeleriyle ilişkili olabileceğini, dava korkusu nedeniyle riskli müdahaleler ve enstrümantal (vakum/forseps) doğumdan kaçındıklarını belirtmiştir (9). Literatürde bu sonuçları destekleyen çalışmalar mevcuttur (3,32,35,44-47). Doğumların ebe liderliğinde doğum modeli anlayışından uzaklaşarak tıbbi bakım modeline dönüşmesinin sezaryen oranını ve doğumda defansif uygulamaları arttırdığını savunan çalışmalar mevcuttur (6,8,39). Wier (2017) çalışmasında Birleşik Krallık' ta çalışan ebelerin Hemşirelik ve Ebelik Konseyi (NMC)'den ayrılma endişesi nedeniyle uygulamalarını defansifleştirdiğini bildirmiştir (106). Guidera, McCool ve ark. (2012)'nin çalışmasına katılan 1340 ebenin %3'ü (44 ebe) dava açılma korkusu ya da riski nedeniyle doğum sürecine dahil olmayı bıraktığını ifade etmiştir (113). Araştırmamızdaki ebelerin şikayet edilme ya da haklarında dava açılma korkusuyla hastanın bakım ve tedavi sürecinde defansif uygulamalar gösterecek de yüksek riskli hastalardan kaçınmadıkları fakat yine de tedbirli davrandıkları, haklarında açılacak bir davanın çalışma verimliliğini olumsuz yönde etkileyeceğini, kendilerini korumak için yüksek riskli hastalara bakım sağlarken kayıtlarını daha detaylı tuttuklarını, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiklerini, uyguladıkları bakım ve tedavileri daha detaylı anlattıklarını ve ebelerin defansif sezaryen ile doğumda artış olduğunu düşünmeleri gibi sonuçları Symon (2000)'in çalışma sonuçları ile uyumludur(11).

Küçük (2017)'ün çalışmasında katılımcıların tamamının medyaya yansıyan yüksek tazminatlı davaların motivasyonlarını negatif biçimde etkilediğini bildirmiştir (9). Symon (2006)'a paralel olarak medyaya yansıyan bir dava sonucu, dava edilen ebelerde defansif tutum gelişmesine ve bunun meslektaşları arasında yayılmasına neden olabileceği düşünülmektedir (7). Piperno (2010)'nun ve Rudey, Leal ve Rego (2021)'nin belirttiğine göre yayın kuruluşlarına çıkma korkusu, meslektaşlarının eleştirilerine maruz kalma ve meslektaşlarının dahil olduğu davaların etkisiyle mesleki

pratiklerinin defansif hale gelmesine neden olabilmektedir (33,47). Literatürdeki bilgiler çalışmamızla uyumludur.

Göçen, Yılmaz ve ark. (2018)'nin hekimlerle yaptığı çalışmada çalışmamızla uyumlu olarak sigara içenlerin içmeyenlere göre, alkol kullananlarda kullanmayanlara göre daha defansif tutum sergilediğini bulmuştur (100).

Türk Hemşireler Derneği (2008)'nin yaptıkları çalışmada vardiya süreleri bakımından 12,5 saat çalışan hemşirelerin, 8,5 saat çalışan hemşirelere kıyasla 3 kat daha fazla hata yapma riski olduğu belirtilmiştir. Gece vardiyasında çalışan personel sayısının az olması, kişi başına düşen hasta sayısının artması ve uzun süreli çalışma sonucu yorgunluk, dikkat eksikliği karar verme ve uygulamada güçlüklerle birlikte hastaların yeterli bakım ve uygun tedavi almasının önünde tehdit oluşturarak hasta güvenliğini tehlikeye atmaktadır (63). Leproult, Colecchia ve ark. (2003)'nin yaptıkları çalışmaya göre gece ya da gündüz çalışma saati 12-16 saati bulan kişilerin dikkat ve uyanıklık süresi etkilenmekte, tepki ve karar verme süresinde uzama gibi bilişsel işlevlerde bozulma sonucu performansın düştüğü ortaya koyulmuştur (96). Özellikle gece 04-06 arasında yorgunluk ve performansın en az düzeyde olduğu saatlerde tüm bunların sonucu olarak hastaların ve çalışanların sağlığı etkilenecek tıbbi hata yapma ihtimalini arttırarak yapılan hatayı fark etme ihtimalini azaltmaktadır (63). Dorrien, Lamond ve ark. (2006) ve Toros (2021)'un çalışma sonuçları da bununla uyumludur (97,98). Yıldırım (2019) ise çalışmasında 16 saat ve üzeri gece vardiyasında çalışmanın hemşirelerin tıbbi hata eğilimini arttırdığını, en sık ilaç ve transfüzyon hataları yaptıklarını bildirmiştir (99). Demir, Çakaloz ve ark. (2020)'nin 201 öğrenci ebeyle yaptıkları çalışmada %50,2'si ebe, hekim ve hemşirelerin uygulama hatasına şahit olduğu, bunların %88,1'i hatalarını rapor etmemiş, en sık asepsi kurallarının göz ardı edilmesi (%72,5) hatası olduğu, neden olarak en çok uzun vardiya saatleri ve stres kaynaklı (%22,9) olduğunu belirtmiştir (105). Tıbbi hata ve malpraktis sebepleri olarak dikkatsizlik, yorgunluk, yanlış karar alma ve uygulama, ihmal gibi durumlar olduğu göz önüne alındığında, ebelerin gece vardiyasında ve klinik ebesi olarak çalışmasının klinik uygulamalarının defansif hale gelmesine neden olabileceği düşünülebilir (54,55,59,61).

Janati, montazeriyan, Kassani ve Kianmanesh (2023) yaptıkları çalışmada hekim, hemşire ve ebelerden yaşı küçük olanların vajinal doğumlara karşı daha

olumsuz, yaşı büyük olanların ise daha pozitif tutum sergilediği bulunmuştur. Aynı çalışmada mesleki tecrübe ile normal doğum arasında pozitif tutuma yönelik anlamlı bir ilişki bulunurken, sezaryen ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (40). Ayrıca doğuma yardımcı olan ebe ya da hekimlerin doğum şekline karşı olan tutumunun gebenin doğum seçimine etkisi olduğu bilinmektedir (40,43,87). Daemers, van Limbeek ve ark. (2017)'nin ebelerin karar verme sürecini etkileyen faktörleri incelediği çalışmada aldıkları eğitimlerin, deneyimlerinin, bilgi birikimlerinin ve içgüdüsel olarak sezgilerini kullandıklarını belirtmiştir (108). Bununla beraber ebelerin daha önce karşılaştıkları olumsuz tecrübeleri, benzer durumlarla karşılaştıklarında hatırlamalarına ve daha defansif tutum sergilemelerine neden olabilmektedir (108, 110). Göcen, Yılmaz ve ark. (2018)'nin hekimlerle yaptığı çalışmada katılımcıların mesleki tecrübeleri ve medeni halleri ile defansif tıp uygulamaları arasında çalışmadaki sonuçlarla uyumlu olarak ilişki bulunmamıştır (100). Ebeler ise farklı seviyelerde mesleki eğitim almalarına rağmen yaptıkları işin aynı olmasının da katkısı olabileceği düşünülebilir (72).

Safran (2004) araştırmasında doğumhane biriminin servislere göre daha fazla şikayet edildiğini bunun çalışma koşullarının zorluğu ve yoğun iş yükü sonucu hizmette aksama olması, kanıta dayalı uygulama yerine öğrenilmiş bilgileri kullanma sebebiyle olabileceğini ileri sürmüştür (5). Pakis, Yaycı ve ark. (2009)'nın çalışmasında ebelerde en sık tıbbi hata iddiası nedeninin perinatal ölüm vakalarında görülmesi, doğumhanede çalışan ebelerin hem maternal hem de fetal sağlıktan sorumlu olması bunu desteklemektedir (101,102). Alexander, Bogossian (2018) ebelik mesleğini ve doğumhane bölümünde çalışmayı bırakan ebelerde anksiyete ve duygusal boşalma oranının yüksek olduğunu ve defansif uygulamalarda belirsizlik gösterdiğini bildirmiştir (107). Çankaya, Erkal Aksoy (2021) doğumhanede çalışan ebelerle yaptıkları çalışmada özellikle travmatik doğum tecrübe eden ebelerin korku, suçluluk, üzüntü ev duygusal tükenmişlik gibi duygular yaşadığı ve bunlar sonucu uygulamalarını daha savunmacı hale getirdiklerini gözlemlemiştir (109). Ayrıca ebeler travmatik doğumların göz ardı edildiğini, bu durumla karşılaştıklarında meslektaşlarından destek aldıklarını ve travmatik doğuma karşı hazırlıklı olmadıklarını bildirmişlerdir. Aşırı iş yüküyle birlikte kendi kaynaklarını (yemek molalarının kısıtlanması, ertelenmesi gibi) kullanan ebelerde toplu savunma

tepkilerinin geliştiği ve bunun organizasyon sorunlarına dayanmalarına yardımcı olduğu görüş de mevcuttur (112). Guidera, McCool ve ark. (2012) yaptığı çalışmada ebelerin %70'i olumsuz bir olay sonucu dava sürecine dahil olmuş, davaların %90 oranında yenidoğan ve gebelik bakımıyla ilgili, %65'inin intrapartum dönemde ve %5'ten azı ise jinekolojik bakım kaynaklı olması çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir (113).



8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1.Sonuçlar

Dünyada ve ülkemizde ebelik uygulamalarının tamamını kapsayan kadın sağlığı ve doğum alanında malpraktis ve tıbbi hata davaları giderek artmaktadır. Ebelik alanında hataların temel nedenleri tedbirsizlik, kayıtların yanlış tutulması, yetki sınırının aşılması, ihmal, aşırı müdahalede bulunma, acil durumlarda tanı koyamama ve hekime geç haber vermektir. Artan davalar, şikayet edilme korkusu, medya baskısı, destek görememe gibi durumlar sonucunda ebeler kendini korumak amacıyla daha defansif tutum sergilemeye yönelmektedir. Vajinal doğumların medikalize edilmesiyle beraber bu tutum, ebeleri riskli gebelerin sorumluluğundan çekilme ya da mesleği bırakmaya kadar süren süreçlere sokarak mesleki kimliklerini risk altına sokmaktadır. Çalışmadan elde edilen başlıca sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

- Çalışmaya katılan ebelerin %68'i mesleğe yönelik bir derneğe üye değildir.
- Ebelerin %40,5'i 'Hasta Hakları Yönetmeliği'ni kısmen okumuştur.
- Birimdeki çalışma pozisyonu incelendiğinde klinik ebelerinin sorumlu ebelere göre, sürekli nöbet usulü çalışan ebelerin sürekli gündüz çalışan ebelere göre daha fazla defansif tutum sergiledikleri tespit edilmiştir.
- Ebelerin çalıştıkları birime göre defansif tutumlarının değiştiği; doğumhane bölümünde çalışan ebelerin diğer servislerde çalışan ebelere göre daha fazla defansif tutum sergilediği, karma kadın doğum servisinde çalışan ebelerin ise sadece lohusa ya da jinekoloji servisinde çalışan ebelere göre anlamlı biçimde daha yüksek tutum sergilediği tespit edildi.
- Çalışmaya katılan ebelerin %12,7'sine Tıbbi hata iddiasıyla hakkında dava açılmıştır. Hakkında tıbbi hata iddiasıyla 2 ve daha fazla dava açılan ebelerin daha fazla defansif tutum gösterdiği tespit edildi.
- Çalışmaya katılan ebeler bir dava ile karşı karşıya kaldıklarında çalışma verimlerini olumsuz etkileyeceğini bildirdi.
- Ebeler olası bir şikayet ya da davaya karşı daha detaylı kayıt tuttuklarını, onam formlarına daha fazla önem verdiklerini, bakım ve tedavileri daha detaylı anlattıklarını ayrıca defansif uygulamaların sezaryen ile doğumda artışa neden olduğunu da düşündüklerini bildirdi.

- Sigara ve alkol kullanan ebelerin daha fazla defansif tutum sergiledikleri tespit edildi.
- Klinik ebeleri ve sürekli nöbet sistemiyle çalışan ebelerde defansif tutum daha fazla tespit edildi.
- Yaş ve mesleki tecrübenin defansif tutum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

8.2. Öneriler

Nöbet usulü çalışan ebelerde artan defansif uygulamaları azaltmak için eşitliğe ve iş birliğine dayalı bir çalışma ortamı oluşturulmalıdır. Çalışma ortamı, koşulları ve saatlerini düzenlemede ekip üyelerinin ihtiyacı ve sorunlarını çözmeye yönelik olmasına dikkat edilmelidir. Çalışma koşulları ve ortamının düzenlenmesi öncelikle verimliliği, motivasyonu ve iş memnuniyetini arttırarak hastaların aldığı bakım kalitesini de yükseltecektir. Ebelerin iş yükünün azaltılmasına yönelik çalışan sayısının yükseltilmesi ve meslek tanımı dışındaki işler için ayrıca personeller görevlendirilmesi defansif uygulamaların azalmasına yardımcı olabilir.

Ebeler mesleği itibariyle üstlendikleri rol ve sorumlulukları iyi kavramalı, bilgilerini güncellemeli, literatürü yakından takip etmelidir. Tüm uygulamalarını Sağlık Bakanlığı ve bilimsel otoriteler tarafından oluşturulan kılavuzlar çerçevesinde, görev ve yetkilerinin bilinciyle yapmalıdır. Acil hallerde hekimlere zamanında bilgi vermeli ve bu süreçte iş birliği halinde olmalıdır. Yaptığı uygulamaları ve hasta ile ilgili bilgileri dosyaya yeterli ve net biçimde kaydetmelidir. Hastanın hatalı bir uygulama zarar görmesi halinde hastaya durumu açık ve net biçimde açıklamalı, kaygılarını gidermelidir. Hatalı uygulama ve girişimleri hasta dosyasına kaydetmesi hem olası dava durumunda ebeleri korumak hem de defansif uygulamaların görünür kılınması açısından önemlidir.

Ebelerin defansif uygulamalar hakkında bilgilencmeleri açısından konu ile ilgili kurum içi eğitimlere, okullarda ders müfredatlarına entegrasyon yapılarak duyarlılık kazandırılmalıdır. Defansif uygulamalar sadece hekim, hemşire ve ebeleri kapsayan bir konu olmadığından toplumun da bu konuda bilinçlendirilmesi önerilir.

Hastalar tedavi ve bakım süreçlerine dahil edilmeli, şeffaf ve açık bir iletişim içinde, etik çerçevede açıklama yapılmalıdır.

Artan dava sayısının defansif uygulamaları arttırması nedeniyle, malpraktis ve tıbbi hata davalarının azaltılmasına yönelik kurumlarda cezalandırıcı bir tutum yerine hataların esas nedenleri tespit edilmeli, yapısal eksiklikler varsa düzeltilmelidir. Yasal düzenlemeler planlanırken sağlık hizmet alıcıları ile sağlık ekibinin memnuniyet ve beklentilerinin ön planda tutularak, davalarda tazminat cezalarına bir üst sınır getirilmesi önerilebilir.

Ebelerin görev, yetki ve sorumluluklarının net olarak belirlenmesi; ihtiyaç, sorun ve beklentilerine çözüm üretilmesi için mesleki dernekler birlikte hareket ederek ebelerin çalışma ortamında yaşadıkları sorunları görünür kılmaları önerilir. Ebeler ise mesleki derneklere katılımında özen göstermelidir.

Çalışmamız sonuçlarında ebeler doğumda defansif uygulamaların arttığını ve sezaryen oranını da yükselttiğini bildirdiği üzere; doğumun tıbbileşmesinin vajinal doğumların azalmasına neden olduğu düşünülebilir. Düşük riskli gebeliklerin doğum sorumluluğunun ebelere bırakılması, ebelerin yasal açıdan teşvik edilmesi ve ebelerde de mesleki sigorta uygulamasına geçilmesi önerilir.

9. KAYNAKLAR

1. Yeşiltaş A, Erdem R. Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 10(23):137-150, 2019.
2. Saruhan N, Altındış S, Gojayeva G. Diş hekimlerinin defansif tıp uygulamaları konusunda tutumlarının değerlendirilmesi. Journal of BSHR, 2(3):165-173, 2018.
3. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA, 1;293(21):2609-17, 2005. DOI: 10.1001/jama.293.21.2609.
4. Madazlı R. Adli tıp uygulamaları açısından tıbbi uygulama hatalarına yaklaşım. s.18-24, İçinde Koç S, Can M, editörler. 2. Tıp Hukuku Günleri: Adli Obstetrik ve Jinekoloji, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Oditoryumu. İstanbul, 6-7 Kasım 2012.
5. Safran N. Hemşirelik ve ebelikte malpraktis. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi, s.85-138, İstanbul, 2004.
6. Healy S, Humphreys E, Kennedy C. A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. Women Birth, 30(5):367-375, 2017. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.02.005.
7. Symon A, Midwives must not allow publicity to push them into defensive practice. British Journal of Midwifery, 14(9):542-543, 2006.
8. Barol Kurtoğlu Z, Kaya N. Doğumda defansif tıp uygulamalarının hasta hakları ve ebelik etik kodları yönünden değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6(3):610-20, 2019. DOI: 10.5152/hsp.2019.523978.
9. Küçük M. Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey. J Obstet Gynaecol, 38(2):200-5, 2018. DOI: 10.1080/01443615.2017.1340933.
10. King TL, Summers L. Is collaborative practice a malpractice risk? myth versus reality. J Midwifery Womens Health. 50(6):451-2, 2005. DOI: 10.1016/j.jmwh.2005.09.007.

11. Symon A. Litigation and defensive clinical practice: quantifying the problem. *midwifery*. 16(1):8-14, 2000. DOI: 10.1054/midw.1999.0181.
12. Fowler D. Student midwives and accountability: are mentors good role models? *British Journal of Midwifery*, 16(2):100-104, 2008.
13. Bora Başara B, Soyututan Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Editörler. Sağlıkta İnsan Kaynakları, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, s.210-239, Ankara, 2021.
14. Dedeoğlu AK. Özel hastanelerde çalışan hekimlerin tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeylerinin ölçümü: Ankara ili özel hastaneler uygulaması. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.
15. Özgönül ML. Türkiye’de tıp etiği ve hukuk açısından tıbbi hata kavramı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2010.
16. Dijck VG. Assessing the defensive practices concern in tort law: Bridging the gap between empirical analysis and doctrinal reasoning. *Tilburg Law School Legal Studies Research Paper Series No.012*, 2013. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2286141
17. Garattini L, Padula A, Mannucci PM. Defensive medicine: everything and its opposite. *European journal of internal medicine*. 74, 117–118, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2020.01.015>
18. Coates, J. Defensive medicine. *The New Zealand Medical Journal*, 115(1160), 2002.
19. Pellino IM, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons’ medical practice and on health service. *Updates in surgery*, 67(4),331–337, 2015. <https://doi.org/10.1007/s13304-015-0338-8>
20. Garattini L, Padula A. Defensive medicine in Europe: a ‘full circle’?. *Eur J Health Econ* 21, 165–170 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01144-0>

21. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute 35, 28-39, 2014.

https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Monitor_35.pdf

22. Yan SC, Hulsbergen AFC, Muskens IS, van Dam M, Gormley WB, Broekman MLD, Smith TR. Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: a national survey. *Acta Neurochir* 159, 2341–2350 (2017).

<https://doi.org/10.1007/s00701-017-3323-9>

23. Fees E. Malpractice liability, technology choice and negative defensive medicine. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 13(2), 157–167, 2012. <https://doi.org/10.1007/s10198-010-0294-7>

24. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ (Clinical research ed.)*, 310(6971), 27–29, 1995.

<https://doi.org/10.1136/bmj.310.6971.27>

25. Vento S, Cainelli F, Vallone A. Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World journal of clinical cases*, 6(11), 406–409, 2018.

<https://doi.org/10.12998/wjcc.v6.i11.406>

26. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the “media” in Italy. *Multidiscip Respir Med*, 10(1):12, 2015. Doi:10.1186/s40248-015-0006-3

27. Catino M, Pesenti Campagnoni M, Locatelli C. La medicina difensiva: una ricerca sul pronto soccorso in Italia. *Pratica medica & aspetti legali*, 5(1), pp.35-43, 2010.

<https://doi.org/10.7175/pmeal.v5i1.327>

28. Forti G, Catino M, D’Alessandro F, Mazzucato C and Varraso G. Il problema della medicina difensiva. Una proposta di riforma in materia di responsabilità penale nell’ambito dell’attività sanitaria e gestione del contenzioso legato al rischio clinico, Centro Studi, Federico Stella, sulla Giustizia Penale e la Politica Criminale, (eds.). ETS; Pisa, Italy 2010. ISBN 978-884672594-3.

<https://discrimen.it/wp-content/uploads/Forti-Catino-DAlessandro-Mazzucato-Varraso-II-problema-della-medicina-difensiva.pdf>

29. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*, 320(7237), 726–727, 2000. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
30. Santoro E. Clinical-judicial syndrome: how a doctor becomes a patient through general indifference. *Updates in surgery*, 66(3), 173–175, 2014. <https://doi.org/10.1007/s13304-014-0264-1>
31. Rocke D, Lee WT. Medical errors: teachable moments in doing the right thing. *Journal of graduate medical education*, 5(4), 550–552, 2013. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00110.1>
32. Amaral Garcia S, Bertoli P, Grembi V. Does experience rating improve obstetric practices? Evidence from geographical discontinuities. University of York, York, UK: Health, Econometrics and Data Group (HEDG), c/o Department of Economics. 2014. <https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1423.pdf>
33. Association of Physicians of Rome Chi si difende da chi? E perche'? I dati della prima ricerca nazionale sulla Medicina Difensiva. 2010. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9848861.pdf>.
34. Emanuel EJ, Fuchs VR. The perfect storm of overutilization. *JAMA*. 299(23):2789-2791, 2008. Doi:10.1001/jama.299.23.2789.
35. Frakes, M. Defensive medicine and obstetric practices. *Journal of empirical legal studies*, 9: 457-481, 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1740-1461.2012.01259.x>
36. Currie J, MacLeod WB. First do no harm? Tort reform and birth outcomes. *The Quarterly Journal of Economics*, 123(2), 795–830, 2008. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w12478/w12478.pdf
37. Avraham R, Schanzenbach MM. The impact of tort reform on private health insurance coverage. *American Law and Economics Review*, 12(2), 319-355, 2010. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.995270>
38. Mushinski D, Zahran S, Frazier A. Physician behaviour, malpractice risk and defensive medicine: an investigation of cesarean deliveries. *Health Economics Policy, and Law*, 17(3), 247–265, 2022. <https://doi.org/10.1017/S1744133120000432>

39. Monari F, Di Mario S, Facchinetti F, Basevi V. Obstetricians' and midwives' attitudes toward cesarean section. *Birth (Berkeley)*, 35(2), 129–135, 2008. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00226.x>
40. Janati S, Montazeriyan M, Kassani A, Kianmanesh S. A study of the attitude of health care providers working in ganjavian hospital in dezful city towards normal vaginal delivery and cesarean section. *Mathews J Gynecol Obstet.* 7(1):24, 2023.
41. Türkiye 2018 Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, s. 124, 2019.
42. Türkiye 2018 Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, s. 111-116, 2019.
43. Fineschi V, Arcangeli M, Di Fazio N, Del Fante Z, Fineschi B, Santoro P, Frati P. Associazione consulcesi health and onlus futura ricerca Defensive medicine in the management of cesarean delivery: a survey among italian physicians. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(9), 1097, 2021. <https://doi.org/10.3390/healthcare9091097>
44. Ionescu, C. A., Dimitriu, M., Poenaru, E., Bănaciu, M., Furău, G. O., Navolan, D., & Ples, L. (2019). Defensive caesarean section: A reality and a recommended health care improvement for Romanian obstetrics. *Journal of evaluation in clinical practice*, 25,1 (2019): 111-116. doi:10.1111/jep.13025
45. Schifrin BS, Cohen WR. The effect of malpractice claims on the use of caesarean section. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(2), 269–283, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.10.004>
46. Cheng YW, Snowden JM, Handler SJ, Tager IB, Hubbard AE, Caughey AB. Litigation in obstetrics: does defensive medicine contribute to increases in cesarean delivery? *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 27(16), 1668–1675, 2014. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.879115>

47. Rudey EL, Leal MDC, Rego G. Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. *Medicine*, 100,1 (2021): e24176.

<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024176>

48. Bangueses Rodríguez L, Vázquez-Campo M, Mouriño López Y. Vivencias y percepción de los profesionales sanitarios de las urgencias extrahospitalarias ante las agresiones [Experiences and perception of health professionals of out-of-hospital emergencies in the face of attacks]. *Atencion primaria*, 53(3), 101944, 2021.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.006>

49. Gutiérrez L, Hernández MJ, Molina L. Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012) [Work-related violence among public health professionals (2008-2012)]. *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 19(3), 166–174, 2016.

50. Vicente S, Isabel M, Rodrigo F, Teresa M, Dordá S, José P, Pardo U, Fernando. (2019). Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201910097. Epub 07 de septiembre de 2020. Recuperado en 03 de julio de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100103&lng=es&tlng=es.

51. Mayorca Yancán IA, Lucena García S, Cortés Martínez ME, Lucerna Méndez MA. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas?. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59 (231), 235-258. 2013. Doi:[10.4321/s0465-546x2013000200005](https://doi.org/10.4321/s0465-546x2013000200005)

52. Deeb M. Workplace violence in the health sector Lebanon country case study, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003.

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wpv-lebanon.pdf?sfvrsn=3f64ee7d_2&download=true

53. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta ulusal renkli kodlar (URK). 2013. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/6409/0/ulusal-renk-kodlarpdf.pdf>

54. Kim YK. Malpractice and complications. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.;43(1):1-2, 2017.

<https://synapse.koreamed.org/articles/1091962#B1>

55. Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, Lo B, Micco GP. To tell the truth. J GEN INTERN MED. 12, 770–775, 1997.

<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.07163.x>

56. Ersoy Y. Tıbbi hatanın hukuki ve cezai sonuçları. Türkiye Barolar Birliği Dergisi. 53:162,2004. <http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2004-53-43>

57. Ayvaz A, Ekin İ, Savcı C, Şerbetçi G. Evaluation of physicians in public working of consideration to health law. Turkiye Klinikleri J Med Ethics. 26(2):49-56, 2018.

58. Özgönül M, Arda B, Dedeoğlu N. Tıp etiği ve hukuk açısından tıbbi hata, malpraktis ve komplikasyon kavramlarının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi. 27(1),48-56, 2019. Doi: 10.5336/mdethic.2018-63439

59. Akalın HE. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi. 5(3):141-6, 2005.

60. Korkutan M, Kurt M. (). Hasta güvenliği kültürünün Türkiye’deki mevcut durumu ve önemi. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 7(1):19-31,2021.

61. Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi hata ve çözüm yolları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 17(3):233-236, 2010.

62. Özçetin E. Sağlık alanında malpraktis. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul, 2016.

63. Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. 7 gün-24saat/ hasta başında: Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşulları. Türk Hemşireler Derneği. Ankara, 1-53, 2008.

64. Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S. Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2(2), 2015. DOI: 10.5455/sad.2015131439231160.

65. Çom U, Üzün İ, Gümüş B. Ölümle sonuçlanan kadın hastalıkları ve doğum olgularında tıbbi uygulama hatası iddialarının değerlendirilmesi. *J Contemp Med.* 10(4): 56 7-572, 2020.
66. Sağlık Bakanlığında: Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 29.04.2009. Sayı:27214, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
67. Moore SB, Foss M. Ordering blood or the wrong patient getting inside the minds of ordering physicians. *Mayo Foundation for Medical Education and Research.* 78, s.1338, 2003.
68. Rowley M, Carson D, Cottrell S. 2011. National Comparative Audit of Blood Transfusion 2011 Reaudit of Bedside Transfusion Practice”; [http:// hospital .blood. co.uk /library/ pdf /NCA_2011_bedside_tx_re-audit _report.pdf](http://hospital.blood.co.uk/library/pdf/NCA_2011_bedside_tx_re-audit_report.pdf)
69. Tüzüner Ö, Duymuş E. Yargıtay kararları ışığında hemşirenin hukukî sorumluluğu. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi.* (157); 407- 444, 2021.
70. Özçetin E. Sağlık alanında malpraktis. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul, 2016.
71. Özkaya N, Elbüken B. Sağlık profesyonellerinin hatalı tıbbi uygulamalarından doğan yasal sorumlulukları: Hekim haricindeki sağlık meslekleri özelinde. *Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi.* 2.2,109-128, 2018.
72. Özkan Ş, Saygılı M, Aba G. Doğumhanede çalışan ebeler için iş yükü analizine dayalı insan gücü planlaması. *ACU Sağlık Bil Derg.* 100,97-125, 2019. [https://doi. org/10.31067/0.2018](https://doi.org/10.31067/0.2018)
73. Kim KS, Kwon SH, Kim JA, Cho S. Nurses' perceptions of medication errors and their contributing factors in South Korea. *J Nurs Manag.* 19(3):346-353, 2011. Doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01249.x
74. Altuncan H. Hemşirelik hizmeti sunan sağlık personelinde malpraktis: Konya örneği. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2009.
75. Frellick, M. Medical error is third leading cause of death in US. *Medscape.* 2016.

76. Tütüncü Ö, Küçükusta D, hasta güvenliği kültürü ve hemşirelere yönelik bir uygulama, Hastane Yönetimi Dergisi. 61-68, 2006.
77. Can İ, Özkara E, Can M. Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 25(2): 69-76, 2011.
78. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun.
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>
79. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik.
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm>
80. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği.
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5>
81. Tuncer B. Ebelerin malpraktis hakkında bilgi, düşünce, gözlem ve deneyimlerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2014.
82. Gündoğmuş UN, Özkara E, Mete S. Nursing and midwifery malpractice in turkey based on the higher health council records [published correction appears in Nurs Ethics. 2005 Jan;12(1):2]. Nurs Ethics. 11(5):489-499, 2004. doi:10.1191/096973304ne727oa
83. Elbüken B. Sağlık profesyonellerine yönelik tıbbi uygulama hata iddiası ile yüksek sağlık şurasına gönderilen olguların irdelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2010.
84. Siz olsaydınız ne yapardınız? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 8(11), 1999.
<https://www.ttb.org.tr/STED/sted1199/st119918.html>
85. Siz olsaydınız ne yapardınız? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 9(1):28,2000.
<https://www.ttb.org.tr/STED/sted0100/st010014.html>
86. MacLellan J, Webb SS, Byrne C, Brace E, Glyn-Jones E, Edwards E, et al. Informed consent in episiotomy: Co-analysis with midwives and distillation of best

practice [published online ahead of print, 2023 Mar 20]. *Birth*. 2023;10.1111/birt.12721. Doi:10.1111/birt.12721

87. Kloester J, Willey S, Hall H, Brand G. Midwives' experiences of facilitating informed decision-making- a narrative literature review. *Midwifery*. 109:103322, 2022. doi: 10.1016/j.midw.2022.103322

88. Harvie K, Sidebotham M, Fenwick J. Australian midwives' intentions to leave the profession and the reasons why. *Women Birth*. 32(6):e584-e593, 2019. doi:10.1016/j.wombi.2019.01.001

89. Bakker W, Zethof S, Nansongole F, Kilowe K, van Roosmalen J, van den Akker T. Health workers' perspectives on informed consent for caesarean section in Southern Malawi. *BMC Med Ethics*. 22(1):33, 2021. Published 2021 Mar 29. doi:10.1186/s12910-021-00584-9

90. Savaş H. Ebelerin hukuki sorumluluğu. Ankara barosu 3. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara. 7-8 Mayıs 2010. s.485-90. Ankara Barosu Yayınları, Ankara.

91. Hemşirelik Kanunu.

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.6283.pdf>

92. Karahan N. Ebelerin Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Dönemde Karşılaştıkları Adli Sorunlar. İçinde Sermet Koç S, Can M, (Editörler). 2. Tıp Hukuku Günleri: Adli Obstetrik ve Jinekoloji, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Oditoryumu. s.83-91, İstanbul, Kasım 2012.

93. Türk Ceza Kanunu.

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5237.pdf>

94. Türk Medeni Kanunu.

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf>

95. Sekhar MS, Vyas N. Defensive medicine: a bane to healthcare. *Ann Med Health Sci Res*. 3(2):295-296, 2013. Doi:10.4103/2141-9248.113688.

96. Leproult R, Colecchia EF, Berardi AM, Stickgold R, Kosslyn SM, Van Cauter E. Individual differences in subjective and objective alertness during sleep deprivation

are stable and unrelated. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.*;284(2): R280-R290, 2003. Doi:10.1152/ajpregu.00197.2002

97. Dorrian J, Lamond N, van den Heuvel C, Pincombe J, Rogers AE, Dawson D. A pilot study of the safety implications of Australian nurses' sleep and work hours. *Chronobiol Int.* 23(6):1149-1163, 2006.

98. Toros E, Uzun çalışma saatlerinin hemşirelerin dikkat, yorgunluk ve uyku kalitesine etkisi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.27-57, Edirne, 2021.

99. Yıldırım G, Hemşirelikte mesleki tıbbi hata eğiliminde vardiyalı çalışmanın etkisi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.29-71, Tekirdağ, 2019.

100. Göçen Ö, Yılmaz A, Aslanhan H, Celepkolu T, Tuncay S, Dirican E. Hekimlerin, defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumları, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 12.2:77-87, 2018.

101. Pakis I, Yayci N, Karapirli M, Gunce E, Polat O. Autopsy profiles of malpractice cases. *Journal of Forensic and Legal Medicine.* 16(1), 7-10, 2009.

102. Büken E, Örnek Büken N, Büken B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 11(5), 233–247, 2004. doi:10.1016/j.jcfm.2004.01.005

103. Stearley H. Stearley's slant on nursing. Defensive nursing. *Revolution.* 4(3):43-45, 1994.

104. Öztürk GG, Ünlü N, Uzunkaya EN, Karaçam Z. Gebelerin bilgi kaynağı olarak internet ve sosyal medya kullanım durumları. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 4(3):210-220, 2020.

105. Demir R, Kızılca Çakaloz D, Taşpınar A, Çoban A. Ebelik Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Konusundaki Düşünceleri ve Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri. *CBU-SBED.* 7(2): 148-156, 2020. DOI: 10.34087/cbusbed.629419

106. Wier, J. Protecting the public: an investigation of midwives' perceptions of regulation and the regulator. *Midwifery*, 52. pp. 57-63, 2017. DOI: [10.1016/j.midw.2017.06.001](https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.06.001)
107. Alexander CR, Bogossian F. Midwives and clinical investigation: A review of the literature. *Women Birth*. 31(6):442-452, 2018. doi:10.1016/j.wombi.2018.02.003
108. Daemers DOA, van Limbeek EBM, Wijnen HAA. Ebelerin klinik karar vermesini etkileyen faktörler: niteliksel bir çalışma. *BMC Pregnancy Childbirth*. 17, 345 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1511-5>
109. Çankaya S, Erkal Aksoy Y, Dereli Yılmaz S. Midwives' experiences of witnessing traumatic hospital birth events: a qualitative study. *J Eval Clin Pract*. 27(4): 847- 857, 2021. doi:10.1111/jep.13487
110. Fontein-Kuipers Y, Duivis H, Schamper V, Schmitz V, Stam A, Koster D. Reports of work-related traumatic events: A mixed-methods study. *European Journal of Midwifery*. 2, 18, 2018. doi:10.18332/ejm/100611.
111. Surtees R. 'Everybody expects the perfect baby...and perfect labour...and so you have to protect yourself': discourses of defence in midwifery practice in Aotearoa/New Zealand. *Nurs Inq*. 17(1):82-92, 2010. doi:10.1111/j.1440-1800.2009.00464.x
112. Vieira MLC, Prata JA, Oliveira EB, Rodrigues FAB, Almeida BCDS, Progianti JM. Strategies of nurse-midwives in relation to working conditions in maternity hospitals. *Rev Bras Enferm*.74(1): e20200201, 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0201>
113. Guidera M, McCool W, Hanlon A, Schuiling K, Smith A. Midwives and liability: results from the 2009 nationwide survey of certified nurse-midwives and certified midwives in the United States. *J Midwifery Womens Health*. 57(4):345-352, 2012. doi:10.1111/j.1542-2011.2012.00201.x
114. Özdamar K. Paket Programlar Yoluyla İstatistiksel Veri Analizi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. 1997.
115. Hair JF, Black WC, Babin, BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate Data Analysis*: Pearson Education Limited. 2013.

116. Başer A, Başer Kolcu Mİ, Kolcu G, Gök Balcı U. (2014). Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği: Ön çalışma. Tepecik Eğit Hast Derg. 24 (2): 99-102, 2014.



10.EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ

Tarih:

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Bu çalışma Ebelerin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının İncelenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışma kapsamında sizden edinilen bilgiler bilimsel araştırma kapsamında kullanılacaktır.

Çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz, dolduracağınız anket bilgilerinde kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Çalışmaya katılmadığınızda herhangi bir cezai durumla karşılaşmanız söz konusu değildir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece araştırmanın raporunda ve yayınlanmasında kullanılacaktır. Formdaki bilgiler son derece gizli tutulacak ve lehinizde veya aleyhinizde hiçbir kurumsal veya bireysel yargıda bulunulmayacaktır.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Evet ()

Hayır ()

Ek-2: Tanıtıcı Bilgi Formu

Değerli katılımcılar,

Bu anket formu “**Ebelerin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının İncelenmesi**” adlı araştırmada, ebelerin görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Araştırmanın gerekli yasal izinleri alınmıştır. Lütfen aşağıda yer alan her soruyu okuyarak, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Ankette yer alan veriler sadece bilimsel çalışma amacıyla kullanılacak olup, formdaki bilgiler gizli tutulacak ve katılımcının lehinde veya aleyhinde hiçbir kurumsal veya bireysel yargıda bulunulmayacaktır. Lütfen adınızı yazmayınız. Ayırmış olduğunuz değerli zaman ve kıymetli katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacılar ve Bağlı Buldukları Kurum

Dr. Öğr. Üye. Asiye KOCATÜRK- İstanbul Medipol Üniversitesi Ebelik Bölümü

Kübra Öz- İstanbul Medipol Üniversitesi

İletişim Adresi: kubraoz.41@hotmail.com.tr

Çalıştığınız kurum?

Kamu Hastanesi

Kamu Hastanesi Değil

Çalışmaya gönüllü katılıyor musunuz?

Evet

Hayır

Yaşınız:

Eğitim durumunuz: Lise () nlisans () Lisans () Yüksek Lisans ()

Medeni haliniz: Evli () Bekar () Boşanmış ()

Mesleki tecrübeniz:

Çalıştığınız birim:

Çalıştığınız il:

Çalışma şekliniz:

Sürekli nöbet (16-08)

Sürekli Gündüz

Vardiyalı (Gündüz-nöbet karışık)

Tam gün (08-08)

Sigara kullanım durumu:

Evet

Hayır

Bıraktım

Alkol kullanım durumu:

Evet

Hayır

Bıraktım

Birimde alışma pozisyonunuz nedir?

Yönetici

Sorumlu ebe

Klinik ebesi

Diğer

Mesleğinize yönelik bir derneğe ye misiniz?

Evet

Hayır

Ek-3: Ebelerin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumlarına Yönelik Soru Formu

1. Defansif tıp/ defansif uygulama kavramını daha önce hiç duydunuz mu?

(7,24,28,43116)

Evet

Hayır

Diğer

2. Duyduysanız hangi kaynaktan bilgi edindiniz? (16,19,20,116)

Çevresel kaynaklı

Görsel, yazılı medya

Tez, çalışma, makale

Konferans seminer, kongrelerden

Diğer

3. Tıbbi malpraktis davalarında son yıllarda artma olduğunu düşünüyor musunuz? (2,4,5,9,24,26,27,63)

1. Her Zaman

2. Çoğu Zaman

3. Bazen

4. Nadiren

5. Hiçbir Zaman

4. Tıbbi hatanız olduğu iddiası ile hakkınızda dava açıldığı oldu mu?

(1,4,5,26,33,47,81,113,116)

1. Hiç Olmadı

2. Bir Defa

3. İki Defa

4. Üç Defa

5. Üçten Fazla

5. Hakkınızda açılacak bir tıbbi hata davası ya da malpraktis davası çalışma performansınızı azaltır mı? (1,9,11,19,24,26,27,30,33,47,33,81,113)

1. Her Zaman

2. Çoğu Zaman

3. Bazen

4. Nadiren

5. Hiçbir Zaman

6. Tıbbi malpraktis iddiaları/ şikayet edilme korkusu nedeniyle kendinizi korumak için, dava etme/şikayet etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu? (1,9,11,18,27,28,116)

1. Her Zaman

2. Çoğu Zaman

3. Bazen

4. Nadiren

5. Hiçbir Zaman

7. Tıbbi malpraktis iddialarından uygulamalarınızı kanıtlamak için, yüksek riskli hastalarda kayıtları daha detaylı tutuyor musunuz? (1,9,11,18,24,69,116)

1. Her Zaman

2. Çoğu Zaman

3. Bazen

4. Nadiren

5. Hiçbir Zaman

8. Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyor musunuz? (1,11,18,24,69,116)

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

9. Resmi Gazete 'de yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği’ni okudunuz mu? (1,8,77)

1. Hiç Duymadım
2. Duydum, Hiç Okumadım
3. Kısmen Okudum
4. Tamamını Okudum

10. Medyada yer alan malpraktis/tıbbi hata davaları klinik uygulamalarınızı daha savunmacı yapmanıza neden oluyor mu? (1,7,9,11,18,24,26,28,33,47)

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

11. Hastaları/gebeleri rutin davacı olarak görüyor musunuz? (1,7,8,24,26,27,28,113)

1. Her Zaman

2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

12. Tedavi ve bakım süreçlerinde meydana gelebilecek olumsuz durumları azaltma düşüncesi mesleki uygulamalarınızı etkiliyor mu? (1,6,9,11,18,24,26,28,63,108-110)

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

13. Hastaya bakım ve tedavi süreçlerinde yasal risklerden korunmak amacıyla farklı/çekinceli davrandığınızı düşünüyor musunuz? (1,4,8,11,24,26,28,81,109,110,113)

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

14. Yüksek riskli/riskli hastalara bakım sağlarken kaygılanıyor musunuz? (1,4,6,26,28,63,109,110)

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen

4. Nadiren

5. Hiçbir Zaman

15. ‘‘Bakımı sağlanan kadının sağlığından sadece hekim sorumludur. ‘‘ ifadesine katılıyor musunuz? (4,5,10,46,65,70,82,83,101,102)

1. Her Zaman

2. Çoğu Zaman

3. Bazen

4. Nadiren

5. Hiçbir Zaman

16. Yüksek riskli/Riskli gebelerde malpraktis/şikayet edilme korkusunun riskten kaçınma nedeniyle sezaryen doğumların artmasına neden olduğunu düşünüyor musunuz? (6,8,9,11,12,35,36,38,39)

1. Her Zaman

2. Çoğu Zaman

3. Bazen

4. Nadiren

5. Hiçbir Zaman

17. ‘‘Yüksek riskli/ riskli gebeler risk alınmadan başka bir kuruma sevk edilmeli veya yönlendirilmelidir.’’ ifadesine katılıyor musunuz? (1,24,107)

1. Her Zaman

2. Çoğu Zaman

3. Bazen

4. Nadiren

5. Hiçbir Zaman

18. Dava ya da şikayet edilme korkusuyla yaptığınız bakım ve tedavi uygulamalarını daha detaylı anlatıyor musunuz? (1,11,18,24,111,113)

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

19. “Doğum takibinde rutin olarak oral alımın kısıtlanmalıdır.” ifadesine katılıyor musunuz? (8,107)

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

20. “Doğum takibinde oral alım kısıtlanarak intravenöz mayi desteği yapılmalıdır.” ifadesine katılıyor musunuz? (8,107)

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

21. ‘Doğum eyleminde eylemi yönetmek için rutin litotomi pozisyonu kullanılmalıdır.’ ifadesine katılıyor musunuz? (8,107)

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

22. ‘Doğumun başladığını ve ilerlemesini değerlendirmede gebe sık sık muayene edilmelidir.’ ifadesine katılıyor musunuz? (8,107)

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

23. ‘Aralıksız fetal monitörizasyon aşırı tetkik istemi nedeniyle defansif tıp uygulamaları kapsamına girer.’ ifadesine katılıyor musunuz? (8,11,12,24,111)

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

24. Doğum sürecini kısaltmak için rutin doğum indüksiyonu kullanılmalıdır.’ ifadesine katılıyor musunuz? (8,107,109,110)

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

25. “Doğum eylemini hızlandırmak için rutin amniyotomi yapılmalıdır.” ifadesine katılıyor musunuz? ⁽⁸⁾

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

26. “Doğumda gebenin yanında her zaman refakatçi olmasına gerek yoktur. Ebeler gebenin duygusal ihtiyacını karşılamada yeterlidir.” ifadesine katılıyor musunuz? ⁽⁸⁾

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

27. “Gerekli durumlar haricinde risk almamak için rutin epizyotomi uygulanmalıdır.” ifadesine katılıyor musunuz? ^(7,8,35,109,110)

1. Her Zaman

2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

28. “Doğum takibi sırasında gebeler istediği pozisyonda olmalıdır. Hareket kısıtlamasına gerek yoktur.” ifadesine katılıyor musunuz? ⁽⁸⁾

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

29. “Doğum takibinde rutin lavman uygulanmalıdır.” ifadesine katılıyor musunuz? ⁽⁸⁾

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

30.”Doğumda rutin perine tıraşı yapılmalı ve üriner katater ile idrarı boşaltılmalıdır.” ifadesine katılıyor musunuz? ⁽⁸⁾

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen

4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

31. “Doğum takibinde doğum eylemini hızlandırmak için rutin kas gevşetici ilaçlar kullanılmalıdır.” ifadesine katılıyor musunuz? ⁽⁸⁾

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

32. Kadının doğumdaki konforunun artması malpraktis davalarını azaltarak defansif(savunmacı) uygulamaları azaltır.” ifadesine katılıyor musunuz? ⁽⁸⁾

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

33. “Etik ilkelerin göz ardı edilmesi defansif uygulamaları arttırır.” ifadesine katılıyor musunuz? ^(8,17,82)

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

11.ETİK KURUL ONAYI

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Sayı : E-10840098-772.02-2858

17/06/2021

Konu: Etik Kurulu Kararı

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ebelerin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının İncelenmesi			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	KÜBRA ÖZ			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebe			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakımız <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden C8D3D0ABXD kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Sat



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No:633	Tarih: 17/06/2021				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Kararım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Prof. Dr. Mete UNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. İknur KEŞKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Devrim TARAĞCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Nezha HACİHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur

* :Toplantıda Bulunma

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden C8D3D0ABXD kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

COVID-19 (Pandemi) nedeniyle etik kurulumuz sanal olarak toplanmış olup kurul üyelerimizden uygunluk kararı sanal ortamda alınmıştır. Araştırmacı tarafından talep edilirse, COVID-19 (Pandemi) sonrası ıslak imzalı karar formu ayrıca hazırlanabilir.

Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sekreteri
Bilge KAYA

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden C8D3D0ABXD kodu ile doğrulayabilirsiniz.