



İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TIP HUKUKU ANABİLİM DALI

DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ DİNAMİKLERİ VE
HUKUKİ SONUÇLARI

Yüksek Lisans Tezi

Dr. Hüseyin Alperen GÜLDİKEN

Haziran 2024



İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TIP HUKUKU ANABİLİM DALI

DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ DİNAMİKLERİ VE
HUKUKİ SONUÇLARI

Yüksek Lisans Tezi

Dr. Hüseyin Alperen Güldiken

Danışman

Prof. Dr. Hacı Kara

Haziran 2024

TEZ JÜRİSİ ONAYI

Hüseyin Alperen Güldiken tarafından hazırlanan "Defansif Tıp Uygulamalarının Dinamikleri ve Hukuki Sonuçları" başlıklı bu Yüksek Lisans Tezi, Tıp Hukuku Anabilim Dalı'nda hazırlanmış ve jürimiz tarafından kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Hacı Kara

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Üyeler:

Dr. Öğr. Üyesi Meltem Karatepe Kaya

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Burcu Akbaba

Bursa Uludağ Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 25/ Haziran / 2024

BEYANLAR

Yazım ve Kaynak Gösterme Kılavuzu Beyanı

Danışmanlığımda yazılan bu tezin APA yazım ve kaynak gösterme kılavuzunda belirtilen kurallara uygun olarak yapılandırıldığı ve bu kılavuzun metin içi kaynak gösterme standartlarının bu tezde tutarlı olarak uygulandığı tarafımdan incelenerek teyit edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Hacı Kara

Etik İlkeler Sadakat Beyanı

Hazırladığım bu tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu, akademik ve etik kuralları gözeterek çalıştığımı ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

İmza

Dr. Hüseyin Alperen Güldiken

ÖZET

Defansif Tıp Uygulamalarının Dinamikleri Ve Hukuki Sonuçları

Güldiken, Hüseyin Alperen

Yüksek Lisans Tezi, Tıp Hukuku Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Hacı Kara

Haziran 2024

Bu çalışma hekimleri, sağlık çalışanlarını, halkı, sağlık sisteminin işlerliğini, halkın iyi sağlık alma hakkını doğrudan etkileyen ve sık karşılaşılan defansif tıbbi uygulamalar ile defansif tıbbi uygulamaların nedenleri ve sonuçlarının araştırılması, yaygınlığının tespit edilmesi, hukuki sorumluluğun farkındalığı amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla literatür tarandıktan sonra anket çalışması ile Ankara’da görev yapan 382 hekime defansif tıp tutumları, defansif tıp uygulamalarının muhtemel nedenleri, defansif tıbbi uygulamaların hekimler, hastalar ve sağlık sistemi açısından olumlu ve olumsuz sonuçları konularında katılım düzeyleri sorulmuştur. Araştırmada yer alan değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemek için korelasyon analizi, değişkenlerin birbirleri üzerindeki etkisini tespit etmek için ise regresyon analizi yapılmıştır. Katılımcıların araştırmada yer alan ifadelerle katılım düzeylerini belirlemek için tanımlayıcı analizler gerçekleştirilmiştir. Çalışmamıza göre genç hekimler yaşı büyük olan hekimlerden, mesleki tecrübesi az olan hekimler mesleki tecrübesi fazla olan hekimlerden, asistan hekimler uzman hekimlerden daha fazla defansif tıp uygulamaktadırlar. Çalışma çevresinden kaynaklı baskılar ile şikayet ve dava edilme kaygısı defansif tıbbi uygulamaların sırasıyla en sık sebepleridir. Malpraktis davası ve şikayet süreçlerinin, çalışma koşullarının ve şiddet faktörünün hekimlik performansını negatif yönde etkilediği ve defansif tıbbi uygulamalara sebep olduğu görülmektedir. Çalışmamızda defansif tıbbi uygulamaların hastalara ve hasta-hekim ilişkisine etkisini, kişi ve devlet ekonomisine etkisini ve hukuki sonuçlarını da inceledik. Defansif tıbbi uygulamalar; hasta sağlığını ve hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Aynı zamanda hem hasta hem de devlet ekonomisine zarar verebilmektedir. Bir kaçınma davranışı olan defansif tıbbi uygulamalar sonucunda hekimler için hukuki sorumluluk doğması muhtemeldir. Defansif tıbbi uygulamalar, vekalet sözleşmesinde yer alan hastanın menfaatlerini koruma yükümlülüğünü ve özen yükümlülüğünü geri plana atarak vekalet sözleşmesine ve meslek etiğine zarar vermektedir.

Anahtar Kelimeler: Defansif Tıp, Defansif Tıbbi Uygulamalar, Malpraktis, Defansif Tıbbın Nedenleri, Defansif Tıbbın Sonuçları

ABSTRACT

Dynamics and Legal Consequences of Defensive Medical Practices

Güldiken, Hüseyin Alperen

Master's Thesis, Department of Medical Law, Master of Medical Law

Supervisor: Prof. Dr. Hacı Kara

June 2024

This study was carried out with the aim of investigating the causes and consequences of frequently encountered defensive medical practices, determining their prevalence, and raising awareness of legal responsibility, which directly affect physicians, healthcare professionals, the public, the functionality of the healthcare system, and the public's right to get good healthcare. For this purpose, after scanning the literature, 382 physicians working in Ankara were asked with the help of an interview about their level of participation; in defensive medicine attitudes, possible reasons for defensive medicine practices, and the positive and negative consequences of defensive medical practices for physicians, patients, and the healthcare system. Correlation analysis was used to determine the relationships between the variables in the study and regression analysis was used to determine the effect of the variables on each other. Descriptive analyzes were carried out to determine the participants' level of agreement with the statements in the research. According to this study, young physicians practice defensive medicine more than senior physicians, physicians with less professional experience practice it more than physicians with more professional experience, and assistant physicians practice it more than specialist physicians. Pressures from the work environment and concerns about complaints and being sued are respectively the most common reasons for defensive medical practices. It is seen that malpractice lawsuit, complaint processes, working conditions and violence factor have a negative impact on medical performance and cause defensive medical practices. In this study, the effects of defensive medical practices on patients and the patient-physician relationship, their impact on the individual and state economy, and their legal consequences are also examined. Defensive medical practices negatively affect patient health and the patient-physician relationship. Moreover, it can harm both the patient and the state economy. It is possible that legal liability may arise for physicians as a result of defensive medical practices, which is an avoidance behavior. Defensive medical practices harm the attorney agreement and professional ethics by overriding the obligation to protect the interests of the patient and the duty of care included in the attorney agreement.

Keywords: Defensive Medicine, Defensive Medical Practices, Malpractice, Reasons of Defensive Medicine, Consequences of Defensive Medicine

İÇİNDEKİLER

TEZ JÜRİSİ ONAYI.....	i
BEYANLAR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. KAVRAMLAR VE TANIMLAR	4
2.1.1. Sağlık Kavramı	4
2.1.2. Tıbbi Malpraktis Tanımı	4
2.1.3. Malpraktis Davaları.....	6
2.1.4. Komplikasyon.....	15
2.1.5. Tıbbi Standart Kavramı.....	16
2.2. DEFANSİF TIP	17
2.2.1. Defansif Tıp Türleri	23
2.3. POZİTİF DEFANSİF TIP.....	23
2.3.1. Pozitif Defansif Tıp Uygulama Türleri	24
2.4. NEGATİF DEFANSİF TIP.....	27
2.4.1. Negatif Defansif Tıp Uygulama Türleri.....	29
2.5. DEFANSİF TIP TÜRLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	30
2.6. DEFANSİF TIBBIN NEDENLERİ	31
2.7. MALPRAKTİS İLE DEFANSİF TIP SARMALI (MALPRAKTİS - DEFANSİF TIBBİ UYGULAMA – MALPRAKTİS).....	46
2.8. DEFANSİF TIBBIN YAYGINLIĞI, UYGULAMA ALANLARI VE DEFANSİF TIP ALANINDA YAPILAN ÇALIŞMALAR	48
2.8.1. Uluslararası Literatür	48
2.8.2. Ulusal Literatür	54
2.9. DEFANSİF TIBBIN SONUÇLARI	59
2.10. DEFANSİF TIBBIN HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ	66
2.10.1. Hekimin Hukuki Sorumluluğu	67

2.10.2. Hekimin Tazminat Sorumluluğu	68
2.10.3. Defansif Tıbbi Uygulamalarda Hukuki Sorumluluk.....	69
2.10.4. Hasta Hakları Açısından Defansif Tıbbi Uygulamalar	72
2.10.5. Defansif Tıbbi Uygulamalarda Hekimin Cezai Sorumluluğu	76
2.11. DEFANSİF TIBBIN SOSYAL BOYUTU: HASTALARA VE HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ ÜZERİNE ETKİSİ.....	79
2.12. DEFANSİF TIBBIN EKONOMİK BOYUTU: KİŞİ VE DEVLET EKONOMİSİNE ETKİSİ.....	81
2.13. DEFANSİF TIBBİ UYGULAMALARI AZALTMAK İÇİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....	88
3. YÖNTEM	100
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	100
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	103
3.3. VERİ TOPLAMA ARACI.....	104
3.4. VERİ ANALİZİ.....	105
4. BULGULAR.....	106
4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	106
4.2. GÜVENİRLİK VE NORMALLİK ANALİZLERİ	109
4.3. DEĞİŞKENLER ARASI İLİŞKİLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	110
4.4. ARAŞTIRMADA YER ALAN İFADELERE KATILIM DÜZEYLERİ	114
4.5. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	120
4.5.1. Defansif Tıp Uygulamalarının Defansif Tıp Uygulamalarının Muhtemel Sonuçları Üzerindeki Etkisi	120
4.5.2. Defansif Tıp Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Hekimlerle İlgili Sonuçlar Üzerindeki Etkisi	121
4.5.3. Defansif Tıp Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Hekimlere Fayda Sağlar Boyutu Üzerindeki Etkisi	122
4.5.4. Defansif Tıp Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Hastalar İçin Zararlıdır Boyutu Üzerindeki Etkisi	123
4.5.5. Defansif Tıp Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Hastalara Fayda Sağlar Boyutu Üzerindeki Etkisi	125
4.5.6. Defansif Tıp Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır Boyutu Üzerindeki Etkisi	126
4.5.7. Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi	127

4.5.8. Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin ve Alt Boyutlarının Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi.....	128
4.5.9. Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin ve Alt Boyutlarının Negatif Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi	130
4.6. KATEGORİK DEĞİŞKENLERLE İLGİLİ FARKLILIKLARA İLİŞKİN BULGULAR	132
4.6.1. Ki-Kare Testleri	132
4.6.1.1. Cinsiyete İlişkin Farklılıkların İncelenmesi	132
4.6.1.2. Yaş Grubuna İlişkin Farklılıkların İncelenmesi	133
4.6.1.3. Hekimlik Yılına İlişkin Farklılıkların İncelenmesi	136
4.6.1.4. Çalışılan Sağlık Kurumunun Bulunduğu İlçeye İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	139
4.6.1.5. Çalışılan Sağlık Kurumuna İlişkin Farklılıkların İncelenmesi	142
4.6.1.6. Görev Unvanına İlişkin Farklılıkların İncelenmesi	145
4.6.1.7. Branşa İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	148
4.6.1.8. Uzmanlık Yılına İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	149
4.6.2. Fark Testleri.....	151
4.6.2.1. Cinsiyete İlişkin Farklılıkların İncelenmesi	151
4.6.2.2. Yaş Grubuna İlişkin Farklılıkların İncelenmesi	152
4.6.2.3. Hekimlik Yılına İlişkin Farklılıkların İncelenmesi	155
4.6.2.4. Çalışılan Sağlık Kurumunun Bulunduğu İlçeye İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	157
4.6.2.5. Çalışılan Sağlık Kurumuna İlişkin Farklılıkların İncelenmesi	159
4.6.2.6. Görev Unvanına İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	162
4.6.2.7. Uzmanlık Branşına İlişkin Farklılıkların İncelenmesi	165
4.6.2.8. Branşa İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	167
4.6.2.9. Uzmanlık Yılına İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	169
4.6.2.10. Defansif Tıp Uygulamaları Kavramını Daha Önce Duydunuz mu? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi	170
4.6.2.11. Defansif Tıp Kavramı Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip misiniz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	172
4.6.2.12. Meslek Hayatınız Boyunca Size Daha Önce Malpraktis Nedeniyle Dava Açıldı mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi	174

4.6.2.13. Mesleğinizi İcra Ederken Malpraktis Nedeniyle Size Dava Açılacağından Endişe Ediyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	175
4.6.2.14. Malpraktis Davalarının Hekimlik Performansınıza Etkisi Olacağını Düşünüyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	177
4.6.2.15. Malpraktis Davalarının Artması Uzmanlık Alanı Tercihlerinizi Etkiler/Etkiledi mi? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	179
4.6.2.16. Mesleki Uygulamalarınız Nedeniyle Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Sözlü Şiddete Maruz Kaldınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	181
4.6.2.17. Mesleki Uygulamalarınız Nedeniyle Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Fiziksel Şiddete Maruz Kaldınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	183
4.6.2.18. Hasta ve Hasta Yakınlarının Sözlü ve Fiziksel Şiddet Saldırılarından Korunmak İçin Defansif Tıp Uyguladınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	185
4.6.2.19 Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun Oluşturulmuş Olması ve Tazminatın Sadece Kasıt Durumlarında Hekime Rücu Edilmesi Uygulaması Defansif Tıbbi Yaklaşımlarınızı Etkiledi mi? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	187
4.6.2.20. Tazminatın Size Rücu Edilmesi Durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın Yeterli Teminatı Sağlayacağına Güveniyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi.....	189
4.6.2.21. Alanınızdaki Güncel Gelişmeleri ve Klinik Kılavuzları Takip Ediyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi	191
5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER	193
KAYNAKLAR	203
SÖZLÜK.....	215

KISALTMALAR

BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CİMER	: Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
PT/PTT	: Protrombin Zamanı / Parsiyel Tromboplastin Zamanı. Kan pıhtısı oluşumu için geçen süreyi ölçmek için yapılan kan testleridir.
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Güç Analizi Sonuçları	103
Tablo 2: Kişisel Bilgilere İlişkin Bulgular	106
Tablo 3: Hekimlik ve Defansif Tıp Uygulamalarına İlişkin Bulgular	108
Tablo 4: Güvenilirlik ve Normallik Testi Sonuçları	110
Tablo 5: Korelasyon Analizi Sonuçları	111
Tablo 6: Aritmetik Ortalamaları Derecelendirme Tablosu.....	115
Tablo 7: Defansif Tıp Uygulamaları Ölçeğinin Maddelerinin Betimsel İstatistikleri	115
Tablo 8: Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları Ölçeğinin Maddelerinin Betimsel İstatistikleri	117
Tablo 9: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri Ölçeğinin Maddelerinin Betimsel İstatistikleri	118
Tablo 10: Defansif Tıp Uygulamalarının Defansif Tıp Uygulamalarının Muhtemel Sonuçları Üzerindeki Etkisi	121
Tablo 11: Defansif Tıp Uygulamalarının Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır Boyutu Üzerindeki Etkisi.....	121
Tablo 12: Defansif Tıp Uygulamaları Boyutlarının Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır Boyutu Üzerindeki Etkisi.....	122
Tablo 13: Defansif Tıp Uygulamalarının Hekimlere Fayda Sağlar Boyutu Üzerindeki Etkisi.....	122
Tablo 14: Defansif Tıp Uygulamaları Boyutlarının Hekimlere Fayda Sağlar Boyutu Üzerindeki Etkisi.....	123
Tablo 15: Defansif Tıp Uygulamalarının Hastalar İçin Zararlıdır Boyutu Üzerindeki Etkisi.....	124

Tablo 16: Defansif Tıp Uygulamaları Boyutlarının Hastalar İçin Zararlıdır Boyutu Üzerindeki Etkisi.....	124
Tablo 17: Defansif Tıp Uygulamalarının Hastalara Fayda Sağlar Boyutu Üzerindeki Etkisi	125
Tablo 18: Defansif Tıp Uygulamaları Boyutlarının Hastalara Fayda Sağlar Boyutu Üzerindeki Etkisi.....	125
Tablo 19: Defansif Tıp Uygulamalarının Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır Boyutu Üzerindeki Etkisi	126
Tablo 20: Defansif Tıp Uygulamaları Boyutlarının Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır Boyutu Üzerindeki Etkisi.....	127
Tablo 21: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi.....	127
Tablo 22: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi.....	128
Tablo 23: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Alt Boyutlarının Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi	129
Tablo 24: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Negatif Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi.....	130
Tablo 25: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Alt Boyutlarının Negatif Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi	131
Tablo 26: Cinsiyete İlişkin Farklılıklar	132
Tablo 27: Yaş Grubuna İlişkin Farklılıklar.....	134
Tablo 28: Hekimlik Yılına İlişkin Farklılıklar	137
Tablo 29: Çalışılan Sağlık Kurumunun Bulunduğu İlçeye İlişkin Farklılıklar.....	140
Tablo 30: Çalışılan Sağlık Kurumuna İlişkin Farklılıklar	143
Tablo 31: Görev Unvanına İlişkin Farklılıklar	146
Tablo 32: Branşa İlişkin Farklılıklar	148
Tablo 33: Uzmanlık Yılına İlişkin Farklılıklar	150
Tablo 34: Cinsiyete Göre Farklılıklar.....	151

Tablo 35: Yaş Grubuna Göre Farklılıklar	153
Tablo 36: Hekimlik Yılına Göre Farklılıklar	155
Tablo 37: Çalışılan Sağlık Kurumunun Bulunduğu İlçeye Göre Farklılıklar	157
Tablo 38: Çalışılan Sağlık Kurumuna Göre Farklılıklar	159
Tablo 39: Görev Unvanına Göre Farklılıklar	162
Tablo 40: Uzmanlık Branşına Göre Farklılıklar	165
Tablo 41: Branşa Göre Farklılıklar	168
Tablo 42: Uzmanlık Yılına Göre Farklılıklar	169
Tablo 43: Defansif Tıp Uygulamaları Kavramını Daha Önce Duydunuz mu? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar	170
Tablo 44: Defansif Tıp Kavramı Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip misiniz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar	172
Tablo 45: Meslek Hayatınız Boyunca Size Daha Önce Malpraktis Nedeniyle Dava Açıldı mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar	174
Tablo 46: Meslek Hayatınız Boyunca Size Daha Önce Malpraktis Nedeniyle Dava Açıldı mı? Sorusuna Verilen Cevaplara Göre Farklılıklar	176
Tablo 47: Malpraktis Davalarının Hekimlik Performansınıza Etkisi Olacağını Düşünüyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar	178
Tablo 48: Malpraktis Davalarının Artması Uzmanlık Alanı Tercihlerinizi Etkiler/Etkiledi mi? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar	179
Tablo 49: Mesleki Uygulamalarınız Nedeniyle Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Sözlü Şiddete Maruz Kaldınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar	181
Tablo 50: Mesleki Uygulamalarınız Nedeniyle Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Fiziksel Şiddete Maruz Kaldınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar	183
Tablo 51: Hasta ve Hasta Yakınlarının Sözlü ve Fiziksel Şiddet Saldırılarından Korunmak İçin Defansif Tıp Uyguladınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar	185

Tablo 52: Mesleki Sorumluluk Kurulu’nun Oluşturulmuş Olması ve Tazminatın Sadece Kasıt Durumlarında Hekime Rücu Edilmesi Uygulaması Defansif Tıbbi Yaklaşımlarınızı Etkiledi mi? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar	187
Tablo 53: Tazminatın Size Rücu Edilmesi Durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası’nın Yeterli Teminatı Sağlayacağına Güveniyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara Göre Farklılıklar	189
Tablo 54: Alanınızdaki Güncel Gelişmeleri ve Klinik Kılavuzları Takip Ediyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar	191

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hekimlik kendine has bir yapıya sahip, birçok uzmanlık alanı barındıran, bilgi ve tecrübe ile icra edilen, doğası gereği birçok faktörün etkili olduğu riskli bir meslektir. (Kırtıçoğlu, 2018) Hekimlerin yaptıkları tıbbi uygulamalarda, bilgi ve tecrübesini özenli bir şekilde göstermesi beklenir.

İlk toplumlardan beri iyileştirme sanatını icra eden hekimler, insanların sağlıklarını korumalarına ve yeniden kazanmalarına yardım etmektedirler. Bu sanatı icra ederken takdir ve taltif edildikleri gibi hata yaparak hastalarına zarar verdikleri zamanlarda da sorumlu tutulmuşlardır. (Kırtıçoğlu, 2018) Hammurabi Kanunları, Manu ve Zoraste Kanunları gibi ilk medeniyetlerde yazılmış kanunlar hekimlerin mesleki uygulamaları ve bu uygulamalar sırasında oluşan zararlara ilişkin kuralları içermektedirler. (Kırtıçoğlu, 2018) Roma kanunlarında hekimlerin ihmal ve beceriksizlikleri nedeniyle yaptıkları hatalardan sorumlu oldukları belirtilmiştir. (Kırtıçoğlu, 2018) Eski Mısır'da hekimler için mesleki kuralları içeren bir kitap oluşturulmuş ve bu kuralların dışına çıkmayan hekimler tıbbi hatadan dolayı sorumlu tutulmamışlardır. (Kırtıçoğlu, 2018)

Hekimler, “Hipokrat Yemini” ile öncelikle hastaya zarar vermeyeceklerini deklare etmişlerdir. (Erentuğ, 2022) Ancak bazen ihmal, tedbirsizlik, bilgisizlik ve çeşitli savunma davranışları nedeniyle tıbbi hatalar meydana gelebilmektedir. Tıbbi müdahale sırasında yapılan hatalar hekime, hastaya, toplum sağlığına ve devlete ciddi maliyetler yüklemektedir. Hekimlere ve sağlık çalışanlarına malpraktis iddiasıyla açılan davaların sayısı her geçen gün daha da artmaktadır. Bu iddialar çoğunlukla yersiz olmasına rağmen hekimler açısından önemli bir tehdit ve rahatsızlık oluşturmaktadır. (Erentuğ, 2022)

Hastalık durumlarının tedavi ile iyileşmesinin garanti edilmesi mümkün değildir. Hastalar, tedavi altında iken iyileşebilecekleri gibi durumları daha kötüye de gidebilir. (Akıncı, Sarıcaoğlu, Erden, Köseoğlu ve Aypar, 2013) Doktorların her zaman doğru teşhis koyup doğru tedavi sağlayabileceği varsayımı da doğru değildir. Doğru ve yanlış tıbbi uygulama arasında siyah ile beyaz arasındaki gibi net bir farklılık yoktur. (Cunningham ve Wilson,

2011) Tıp kitaplarında, tedavi kılavuzlarında ifade etmeye yetmeyecek kadar çok ve öngörülemeyen hasta yanıtı olasılığı vardır. Bu durum tıbbın belirsizlik yönünü ifade eder. (Vento, Cainelli ve Vallone, 2018) Tıp tüm teknolojik gelişmelere, bilimde ilerlemelere rağmen hala bir olasılık sanatı olarak kabul edilmektedir. Öngörülemeyen ve olumsuz olaylar kaçınılmazdır. Tanı ve tedavi için klinik deneyim ve sezgi gereklidir. Hekim ve hasta ilişkisi çok önemlidir. Kılavuzlar bir yemek tarifi kitabı gibi değildir, iyi tedaviyi garanti etmemektedir. (Garattini ve Padula, 2020)

İnsan hakları ve hasta hakları kavramlarının gelişmesi hekim davranışlarını ve hasta-hekim ilişkilerini değiştirmektedir. İnsan hakları kavramının dünya çapında daha geniş bir anlam kazanması, haberleşme ve tıbbi teknolojilerdeki ilerleme ile hastaların daha bilinçli hale gelmesi hasta hakları kavramının gelişmesine yol açmıştır. (Yüksel, 2021) Hasta haklarının gelişmesiyle malpraktis davalarının artması ve defansif tıbbın hekimler tarafından uygulanmaya başlanması aynı zamanlara denk gelmektedir. (Yüksel, 2021) Hasta haklarıyla ilgili ilk kayıtlar Hammurabi Kanunları'dır. 1972 yılında ABD'de Hasta Hakları Beyannamesi yayınlanmıştır. Ülkemizde ise 1998 yılında hasta hakları yönetmeliği yayınlanmıştır. (Mutlu, Mutlu ve Ankaralı, 2019)

Hastalıklara ilişkin anlayışın ve farkındalığın artması, sağlık teknolojilerindeki dikkate değer ilerlemelerle birleştiğinde, geleneksel sağlık hizmetleri ve hasta-hekim ilişkisi önemli ölçüde etkilenmiştir. Sonuç olarak hastalar ve ailelerinin artık hekimlerden beklentileri artmaktadır. (Eftekhari, Parsapoor, Ahmadi, Yavari ve Larijani, 2023) Son yıllarda hastaların doktorlara duyduğu güven ciddi şekilde azalma eğilimindedir. Bunun sebeplerinden birisi artan hasta yoğunluğu nedeniyle doktorların hastalarına daha az zaman ayırabilmesi olarak gösterilmektedir. (Aperio Bella, t.y.) Farklı bir sebep olarak da hastaneler artık "Sağlık Şirketleri" olarak adlandırılmaktadır ve sağlık bir meta olarak görülmektedir. Bu durum, doktora duyulan saygıyı azaltmış ve doktor-hasta ilişkisini zayıflatmıştır. (Torald, Vergari ve Torald, 2015)

Eskiden "beyazlar içindeki melekler" olarak anılan doktorların, itibarı yıllar içinde tüm dünyada hızla azaldı. Hastalar ve yakınları doktorlara şüpheyle yaklaşıyor ve herhangi bir olumsuz durumda şikâyet edebiliyorlar. (He, 2014) Geçmişte hastaların birçoğu doktorların tavsiyesine doğrudan uyup sorgulamazlardı. Ancak günümüzde hastaların kendilerine sunulan tedavi seçenekleri hakkında soru sorma olasılıkları daha yüksektir. Tedaviden bekledikleri sonucu almadıklarını düşünürlerse dava açabilirler. (D. Özcan ve Alkan, 2021)

Bu durum doktorların davranışlarını değiştirerek daha savunmacı bir yaklaşım uygulamalarına sebep olmuştur. (D. Özcan ve Alkan, 2021)

Malpraktis davalarının artışı, tazminat miktarlarındaki astronomik artışlar, hasta haklarının gelişmesi, malpraktis davaları konusunda uzmanlaşmış avukatlar ve diğer zorlayıcı gerekçeler hekimleri kendini savunmaya yönlendirmiştir. Klinisyenlerin hasta bakımını geliştirmek yerine algılanan yasal riskleri azaltmak için testler ve prosedürler istemeleri, yönlendirmeler yapmaları ve ilaç yazmaları nedeniyle, yasal sorumluluk korkusu sıklıkla düşük değerli bakımın bir nedeni olarak gösterilmektedir. (Ries ve Jansen, 2021) Tıbbi aşırı kullanım ve düşük değerli bakım, günümüz sağlık politikaları ve uygulamalarında ciddi endişe yaratan konulardır. (Ries ve Jansen, 2021)

Hekimlerin malpraktis davalarından kendilerini koruma isteği başta olmak üzere birçok sebeple yaptıkları tıbbi uygulamalara defansif tıp uygulamaları denilmektedir. Defansif tıp uygulamalarında öncelikli amaç hastanın sağlığı değildir. (Kolcu, 2013)

Defansif tıp uygulamaları dünya genelinde tartışılan, yaygınlığı, nedenleri ve sonuçları araştırılan bir konudur. Yapılan birçok çalışmada defansif tıbbi uygulamaların yaygınlığı gösterilmiştir. Bir davranış kalıbı olduğu için ve hekimler arasında uygulamalar farklı yorumlanabilecek subjektif ölçütlerden oluştuğu için defansif tıbbin net olarak ölçülmesi oldukça zordur.

Ülkemizde de görece yeni tartışılmaya başlanan bir konu olan defansif tıbbi uygulamalar hakkında çalışmalar yaygınlaşsa da henüz maliyet üzerine ve hukuki boyutuna dair yeteri kadar çalışma yapılmamıştır.

Bu çalışmamızda ülkemizde günden güne artan malpraktis davaları, sağlıkta şiddet olayları ve sağlık sistemi içinde karşılaşılan birçok problemin defansif tıbbi uygulamalara etkisini, hekimlerin defansif tıp uygulamalarını, defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin algılarının, defansif tıba yönelik düşünce ve tutumlarının belirlenmesini amaçladık. Defansif tıbbi uygulamaların hukuki boyutunu hasta hakları kavramı ve hekim sorumluluğu açısından inceledik. Ankara ilinde görev yapan hekimlerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki görüşlerini değerlendirdik ve defansif tıbbi uygulamaların azaltılması için çeşitli önerilerde bulunduk.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KAVRAMLAR VE TANIMLAR

2.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık biyolojik ve sosyolojik açıdan birçok farklı şekilde tanımlanmıştır. Sağlığın, biyolojik olmakla beraber kişinin toplumsal çevresine ve yaşadığı ortama bağlı olduğu iddia edilmiştir. (Kaplan, 2016) Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlık kavramı şu şekilde tanımlanmıştır:

“Sağlık sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir.”

Sağlık, çevreye uyum sağlayabilme, insan ömrünün aşamaları olan büyüme, gelişme, yaşlanma ve ölüm süreçlerini olağan şekilde geçirme hali olarak da tanımlanmıştır. (Illich, 1995)

2.1.2. Tıbbi Malpraktis Tanımı

Mesleki kötü uygulamaya ilişkin genel kavram 18. yüzyılın başlarında İngiliz hukuk teorisine iyice yerleşmişti. (Mohr, 2000) İngiliz hukukçu Sir William Blackstone, bu genel kavramı özel olarak hekimlerle ilişkilendirmiştir. (Mohr, 2000) 1765 yılında yazdığı bir makalede "Mala Praxis" kavramını "Bir hekim veya cerrahın ihmali veya başarısız yönetimi" olarak tanımlamıştır. Bu terimden yola çıkarak modern "malpraktis" kelimesi bu şekilde türetilmiştir. (Berlin, 2017)

Tıbbi uygulama hataları olarak bilinen tıbbi malpraktis kavramı Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1992 yılında *“hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar”* şeklinde açıklanmıştır. (Polat ve Pakiş, 2011) Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 13. maddesinde malpraktis ‘bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi,

hekimliğin kötü uygulaması'' olarak tanımlanmıştır. (Türk Tabipleri Birliği, 1999) Hekimin şart ve olanaklara uygun bir tıbbi bakımı verememesi, normal tıbbi uygulamanın gereklerini yerine getirememesi ve bunların sonucunda zararın oluşması tıbbi malpraktis olarak tanımlanmıştır. (Akıncı ve diğerleri, 2013) Tıbbi uygulama hataları, hastanın tanı ve tedavisinin gecikmesinden hastanın zarar görerek ölmesine kadar geniş bir alanda olabilmektedir. (Polat ve Pakiş, 2011) Malpraktis, görevi kötüye kullanmayı da ifade eden bir kavramdır. (Değdaş, 2018) Başka bir tanımda sağlık profesyonelinin sağlık hizmeti verdiği kurumlardaki uygun olmayan davranışları ve tıbbi uygulamalardaki ihmali ile yetersizliği, malpraktis olarak ifade edilmiştir. (Kolcu, 2013) Literatürde, tıbbi uygulama hatası ve tıbbi ihmal kavramları birbirlerinin yerine kullanılabilmektedir.

Çin'de 2002 yılında ''Tıbbi İhmal ve Kötü Uygulama Yönetmeliği'' yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte ''*tıbbi ihmal ve yanlış uygulama, tıbbi bir müdahalede sağlık kurumu ve çalışanlarının bir sağlık yönetimi yasasını, idari bir kararnameyi, departman kural ve düzenlemelerini veya teşhis ve tedavi normlarını ihlal ettiği ve ihmalkâr bir şekilde fiziksel yaralanmalara neden olduğu bir olayı ifade eder*'' şeklinde yorumlanmıştır. (Chen, 2007)

Black's Hukuk Sözlüğü'nde malpraktis kavramı ''*Bir meslek üyesi kimsenin mesleğini; toplumda mesleğin ortalama, basiretli ve saygın bir mensubunun her koşul altında uygulaması gereken bilgi ve beceri ile uygulamaması sonucu hizmetten yararlanan kişiye bir zarar vermesi*'' olarak ifade edilmiştir. (Can, Özkara ve Can, 2011) Malpraktisin sebebi hata veya ihmal olabilir. (Değdaş, 2018) Bir başka tanımda malpraktis; hekimin standart tedaviden sapması, standart tedavide hata yapması, beceri noksanlığı veya ihmal nedeniyle hastaya zarar vermesi olarak da tanımlanmıştır. (İ. H. Hancı, 2005) Tıbbi hata, amaçlanmamış bir eylem veya amaçlanan sonuca ulaşmayan bir eylem olarak tanımlanmıştır. (Makary ve Daniel, 2016)

1992 yılında Dünya Tabipleri Birliği Genel Kurulu'nda tıbbi bilginin artması ve gelişen yeni tanı ve tedavi yöntemleri ile birlikte tıbbi uygulamalarda riskinde artması tıbbi uygulama hatalarını artırdığı ifade edilmiştir. (Uygur, 2019) Tıbbi uygulama hataları; hastanın hayat kalitesini düşüren morbiditeye ve mortaliteye neden olabilirler.

Hekim, mevcut vakanın özelliklerine göre ve imkanlarına göre uygulaması gereken tıbbi müdahale standartlarını sağlayamamışsa tıbbi uygulama hatasından bahsedilebilir. Hastaların, sağlık hizmeti alırken zarar görme ihtimali tahmin edilenin çok üzerindedir. (Null, Feldman, Rasio ve Smith, 2010) Malpraktis, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının

yaptıkları hatalı ve özensiz tıbbi işlemlerin sonucu olarak karşlarına çıkan hukuki ve cezai sorumluluk olarak anlaşılmaktadır. (Yeşiltaş ve Erdem, 2019)

Malpraktise hekim kaynaklı ve çevresel kaynaklı faktörler sebep olabilir. Hekimim aceleciliği, dikkatsizliği, aşırı yorgunluğu malpraktise sebep olabilmektedir. Aynı şekilde tıbbi cihazların bakımsız olması, kalibrasyon ayarlarının olmaması da yanlış tanı ve tedaviye sebep olabilmektedir. (Toraman ve Çarıkçı, 2019)

Hasta memnuniyetsizliği ve doktorların hastalarıyla kişilerarası ilişkileri tıbbi ihmal iddialarının başlıca nedenleri arasında kabul edilmektedirler. (Asher ve diğerleri, 2013) Tıbbi hatalar, hekimlerin yanlış teşhis ve tedavi yaklaşımları, profesyonel deneyimsizlik, tedbirsizlik, ihmal, ekipmanın yanlış kullanımı, dikkat eksikliği, özen eksikliği, bilgi eksikliği, teknik ekipman ve iletişim hataları ile ortaya çıkabilir. (Bakır, Ünal ve Eratiila, 2022) Tıbbi hataların meydana gelmesinde personel eksikliği, hasta sayısının fazlalığı, yorgunluk ve çalışma süresinin uzunluğundan kaynaklanan stres, görev ve yetki dağılımında yaşanan sorunlar, yetersizlik eğitim ve motivasyon da önemli bir rol oynamaktadır. (Bakır ve diğerleri, 2022) Her tıbbi hata zarara sebep olmamaktadır. (Bakır ve diğerleri, 2022)

2.1.3. Malpraktis Davaları

Hastaların tedavi konusunda daha fazla farkındalığı, tazminat seviyelerinde önemli artış malpraktis dava sayılarını artırmaktadır. (Toraldo ve diğerleri, 2015) Özen yükümlülüğüne uygun hareket edilmemesi nedeniyle şikayetler ve malpraktis iddiaları meydana gelmektedir. (Akıncı ve diğerleri, 2013) Anlaşmazlık veya beklenmedik bir durum ortaya çıktığında hastalar veya aileleri sıklıkla tazminat talebinde bulunabilmek için hekimin kusurunu bulmak isterler. (Chen, 2007) Sağlık hukukunun kademeli olarak gelişmesi, hukuk eğitiminin yaygınlaşması ve hastaların malpraktis davalarından alınacak tazminatlar konusunda bilinçlenmesiyle, malpraktis davaları gün geçtikçe artmaktadır. (Chen, 2007)

Sağlık hukuku alanındaki uzman ve bilirkişi eksikliği malpraktis davaları açısından hekimleri endişelendirmektedir. Sağlık hukuku uzmanlarının artmasının bu davaların seyri açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. (Bakır ve diğerleri, 2022) Çin’de rastgele seçilen tıp uzmanlarının görüşleri malpraktis davalarının seyri ve sonucu için oldukça önemlidir ve bu uygulamanın daha adaletli olduğu düşünülmektedir. (Chen, 2007)

Hızlı teknolojik ve bilimsel ilerleme, ölümün artık hastalığın olası sonucu olmadığını, önlenabilir bir komplikasyon olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bu nedenle,

doktorların hatalı bir şekilde klinik vakaları yönettiği düşünülerek yasal tazminat talepleri ortaya çıkmaktadır. (Toraldı ve diğlerleri, 2015) Tıp ve bilim camiaları önemli ilerlemeler kaydetmiş olsa da, tıbbi şikayetlerin yaygınlığı dikkat çekicidir. Bu şikayetler ile ortaya çıkan sonuçlardan biri savunma davranışının benimsenmesidir. (Eftekhari ve diğlerleri, 2023) Malpraktis davalarında en sık rastlanan durumun teşhis konulamaması olduğu ifade edilmiştir. (Berlin, 2017)

İtalya’da yapılan bir çalışmada doktorların %71’i malpraktis davalarının sebebini hasta yoğunluğu olarak görmekte dirler. %50.2’si ise yoğun mesai yapan doktorların yaşadığı yorgunluk ve %32.1’ ise standartlaştırılmış mesleki eğitim eksikliğinden olduğunu düşünmektedirler. (Catino ve Locatelli, 2010; Toraldı ve diğlerleri, 2015)

Teknolojik gelişmeler, yaşam süresi beklentisinin artması, hastaların haklarına dair farkındalıklarının artması malpraktis davalarındaki artışın sebebi olarak gösterilmiştir. (Yeşiltaş ve Erdem, 2019) Araştırmalar, malpraktis davalarının ilk sebebi olarak ihmali değil etkisiz iletişimi göstermektedir. (Obama ve Clinton, 2006) Yoğun iş yükü ve iletişim sorunları malpraktis davalarının önemli sebepleri olarak gösterilmiştir. (Cenger ve Kolcu, 2020) Sağlık hizmetlerinden kaynaklanan zararlar, fiziksel hastalık ve yaralanma durumundan ziyade algı ve mevcut durumu yönetebilmeyle ilgili olarak şikâyete dönüştüğü düşünülmektedir. (Toraldı ve diğlerleri, 2015)

Malpraktis sorumluluk sisteminin tazminat ve adalet sağlayarak hastalara psikolojik faydalar sağlayabileceğinden bahsedilmiştir. (Osti ve Steyrer, 2017) Malpraktis davaları, hekim-hasta ilişkisinin kendisiyle ilgilidir ve hekimin hastasına karşı makul bir özen yükümlülüğü vardır. Bakım standardının belirlenmesi, hekimlerin en iyi yargılarını ve becerilerini kullanarak meslek tarafından kabul edilen test ve prosedürleri izlemelerini gerektirir. Ancak, bu standartlar hekimlerin uzmanlık ve yerel farklılıklarına göre değişebilir. Tıbbi uygulamalarda karşılaşılan birçok durum için tek bir standartın uygulanamayacağı anlaşılmaktadır. Malpraktis davalarındaki anlaşmazlıklar genellikle bakım standardının uygulanmasında ortaya çıkmaktadır. Davacının zarar gördüğünü kanıtlaması, davalının davranışının yakın neden olduğunu göstermesini gerektirir. Bu davaların özünde, hekimlerin tıbbi uygulamalarda kendilerine dayatılan standartlara uygun davranıp davranmadığına ilişkin bir sorgulama bulunmaktadır. (Epstein, 1976)

Avrupa’da 1390 yılında malpraktis davası ile ilgili verilen ilk kararda Fransa’da bir cerrah bilgi yetersizliğinden dolayı sorumlu tutulmuştur. (Kırtışoğlu, 2018) 1794 yılında ABD’de

kayıtlara geçen ilk tıbbi uygulama hatası davası cerrahi komplikasyon sonucu bir hastanın ölümü üzerine açılmıştır. (Berlin, 2017) İlk büyük malpraktis davaları deforme olmuş, yanlış pozisyonda iyileşen ortopedik vakaları içeriyordu. (Mohr, 2000) Malpraktis davaları doktor ihmaline karşı başvuru hakkı tanırken, anlamsız davalar ile hastalar ve avukatlar tarafından suistimal edilebilmektedir. (Nahed ve diğerleri, 2012) İlk malpraktis davalarının ABD’de hekimler ile avukatlar arasında derin bir uçurum yarattığı ve bu durumun devam ettiği belirtilmiştir. (Mohr, 2000)

1840 ve 1860 yılları arasında, Amerika Birleşik Devletleri’nde eyalet temyiz mahkemelerine taşınan malpraktis vakalarının sayısı %950 artmıştır. (Nahed, Babu, Smith ve Heary, 2012) Malpraktis davaları, 19. Yüzyılda ABD’de avukatlar için cazip bir alan olarak görülmüştür. (Berlin, 2017) 1840’lardaki ilk yanlış uygulama vakalarının artmasının ardından 1920’lerde tıbbi suistimal davaları yine ciddi bir artış göstermiştir. 1960’larda tazminat miktarları ciddi bir artış göstermiştir. (Mohr, 2000) İlk malpraktis krizi sigorta maliyetlerindeki keskin bir artış ile kendini göstermiştir. (Quam, Dingwall ve Fenn, 1987)

ABD’de malpraktis davalarını ilk başlarda doktorlarda desteklemiş ve tıp eğitimi almadan doktor olduğunu iddia eden kişilerin engellenmesi için bir çözüm olacağı düşünülmüştür. (Mohr, 2000) Malpraktis davaları ile yerleşik uygulama olmadan kötü uygulama olmayacağı, kabul edilmiş standartlar yoksa hekimlerin standartlardan sapmaktan suçlu bulunamayacağı anlaşılmıştır. (Mohr, 2000) Ve malpraktis davaları alternatif tıpçılar ve şifacıları sabit bir reçeteleri olmadığı için etkilemezken tıp doktorlarını yargılamaya devam etmiştir. (Mohr, 2000)

Doktorlara karşı ihmal iddialarının sayısı sürekli olarak artmaktadır. (Catino, 2011) Malpraktis davalarının artışı iki ana nedene bağlanmıştır. Bunlar; tıbbi ilerlemeler ve sağlık hizmetlerinde iyileşme ile birlikte tedavilerin istenmeyen yan etkileri davalar için uygun bir zemin oluşturdu. Tıp teknolojisinin ve görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi beraberinde radyasyon dozlarına bağlı maligniteler ve görüntülerin yanlış yorumlanmasına bağlı tıbbi hatalar getirdi. Bir diğer neden ise eğitim veren kurumların tek tıp eğitim standartları geliştirmesiyle öngörülen normlardan sapılması tıbbi hata olarak kabul edildi. (Nahed ve diğerleri, 2012) Malpraktis davalarının artışında siyasi söylemler, sosyal medyanın etkisi, basının olumsuz ve taraflı yaklaşımı etkili olmuştur. (Özer ve Aslan, 2020) Malpraktis vakalarının artışının, toplumun sağlık alanındaki hata algısının yanı sıra sağlık hizmetlerinin sayısındaki artışla da ilişkili olduğu belirtilmektedir. Malpraktis vakalarının tıbbi

uygulamayı yeniden yapılandırđıđı ve hastaların sağlık hizmetlerinden zarar gördüğü algısının yaygınlaştığı ifade edilmektedir. (Cernega ve diğerleri, 2023)

"Malpraktis" kelimesi bile su lıluğu ima etmekte ve ilgili hekimi hemen savunmaya itmektedir. (Dove, Brush, Chazal ve Oetgen, 2010) Amerika Doktor Sigortacıları Birliği, malpraktis teriminin olumsuz çağrışımlarından kaçınmak için daha tarafsız bir terim olan "tıbbi mesleki sorumluluk" teriminin kullanılmasını önermiştir. (Dove ve diğerleri, 2010)

Amerika Doktor Sigortacıları Birliği tarafından yaklaşık 22 yıl boyunca ileriye dönük olarak veriler toplanmıştır. Bu  alışma, 230.624 kapanmış davaya ilişkin bilgilerle, malpraktis davalarına ilişkin mevcut en büyük veri kaynaklarından biridir. Bu çalışmada tamamlanmış davaların yaklaşık %30'unda tazminat ödenmesine karar verildiği ve bu oranın kardiyoloji doktorlarında %18 olduğu belirtilmiştir. (Dove ve diğerleri, 2010)  denen tazminat taleplerinin bu düşük oranı yoruma açık olmakla birlikte, hekimlerin birçok talebin anlamsız olduğu ve malpraktis sisteminin acımasız olduğu yönündeki görüşlerini destekleme eğilimindedir. (Dove ve diğerleri, 2010) Tüm uzmanlık alanları için, 22 yıllık süre zarfında ödenen toplam tazminat 13,9 milyar dolardır ve bu da bize malpraktis davalarının tıbbi uygulamaların pahalı ve yaygın bir parçası olduğunu hatırlatmaktadır. (Dove ve diğerleri, 2010) Tıbbi malpraktis, artan sağlık maliyetlerinin önemli bir sebebi olarak gösterilmektedir. Sağlık alanında planlanan düzenlemelerde potansiyel bir tasarruf parametresi olarak kabul edilmektedir. (Congress, 1994)

Hatalar tıbbi uygulamanın kaçınılmaz bir parçasıdır ve tıbbi ihmal yaygın bir olaydır. (Asher ve diğerleri, 2013) Tıbbi uygulama hataları dünya da birçok ülkede ciddi bir sorun haline gelmiştir. (Kessler, Summerton, Graham ve Hospital, 2006) Doktorların  zerindeki, malpraktis baskısının sağlık üzerinde önemli etkilere sahip olduğu ve bu konudaki değişiklik ve düzenlemelerin sağlık hizmetlerinde önemli değişimlere sebep olduğu söylenebilir. Wu'nun 2000 yılında gözlemlediği gibi, hastalar tıbbi hataların ilk ve açık kurbanları olsalarda, doktorlar da aynı hatalardan zarar görmektedirler. (McCay ve Wu, 2012) İkinci bir mağdur olmak doktorları psikolojik, fiziksel ve mesleki açıdan etkilemekte ve diğer hastaların tedavi sürecine zarar verebilmektedir. (McCay ve Wu, 2012)

Hekimlere açılan ihmal ve mesleki hata davalarının sayısı tüm dünyada artış göstermektedir. Japonya'daki davalar diğer ülkelerden daha azdır ancak yine de 1960 yılında 102 olan malpraktis dava sayısı 2003 yılında 1019'a yükselmiştir. (Hiyama ve diğerleri, 2006) ABD'de tıbbi uygulama hataları nedeniyle 180 yıldan fazla bir süredir doktorlar dava

ediliyor. (Berlin, 2017) ABD’de 1960’lardan 2000’li yıllara kadar malpraktis nedeniyle açılan dava sayısı ve dava başına ödenen tazminat miktarındaki artış dikkat çekmektedir. (Kessler, 2011) Hatta tıbbi uygulama hatası davalarının sayısı 1965 ile 1970 arasında %300 arttı. (Berlin, 2017) 1990 yılında yapılan bir araştırmada tıbbi ihmal ve mesleki hata iddiasıyla açılan her 15 davadan 1’inde tazminat ödenmesi kararı verilmektedir ve davaların yaklaşık %85’inde ihmale dair bir kanıt bulunmadığı görülmüştür. (Kessler, 2011) ABD’de yapılan bir çalışmada tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davaların %83’ünde hekimin kusuruna rastlanmamıştır. (Mansur ve Ceylan, 2021)

Tıbbi malpraktis davaları dünya çapında bir problemdir. (Tara F. Bishop; Alex D. Federma; Salomeh Keyhani, 2010) Colorado, Utah ve New York’taki hastanelerde yatan her 100 hastadan 2,9 ila 3,7’sinin hatalı uygulama veya hastalıkla karşılaştığı belirtilmiştir. Ayrıca, bu hatalı uygulamaların %53’ünün önlenabilir olduğu tespit edilmiştir. (Catino, 2011) ABD’de malpraktis tazminat davasıyla karşı karşıya kalan doktorların oranı, göğüs cerrahları ile kalp ve damar cerrahlarında %19, genel cerrahlarda ise %15 seviyesindedir. (Nakamura ve Yamashita, 2015) Japonya Cerrahi Derneği’nin 2012 yılında yaptığı ankette katılımcıların %10’u malpraktis davasıyla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. (Nakamura ve Yamashita, 2015)

Brezilya’da hekimlere karşı açılan davalar giderek artmaktadır ve şu anda tıbbi hata iddialarıyla ilgili olarak saatte üç yeni dava açıldığı iddia edilmiştir. (Do Vale ve De Oliveira Santos, 2019) 2010’dan 2014’e kadar, tıbbi hata vakaları %140 oranında, 2016 ve 2017 yılları arasındaki artış ise %49 oranında olmuştur. Sadece 2017 yılında 1.183.812 yeni vaka. En çok dava açılan uzmanlık alanı kadın hastalıkları ve doğum (vakaların %43’ü), ortopedi (%16), plastik cerrahi (%7) ve genel cerrahi (%7) olmuştur. Davaların çoğu kadın hastalar tarafından açılmaktadır; diğer yandan, en çok kovuşturmayla uğrayan hekimler erkektir. (Do Vale ve De Oliveira Santos, 2019)

1998 yılında İngiltere’de malpraktis şikayetlerinin %28’i tanıdaki başarısızlık veya gecikmeden kaynaklanmıştır; tanısal başarısızlık veya gecikmeyle ilişkili en sık görülen klinik durumun gözden kaçan malignite olduğu belirtilmiştir. (Summerton, 2000)

1991 yılında yapılan başka bir araştırma ise tazminata karar verilen olayların %75’inin ihmalden kaynaklandığını iddia etmiştir. (Berlin, 2017) Birleşik Krallık’ta 2021 sonuna kadar yapılan tüm ihmal iddialarından kaynaklanan toplam potansiyel yükümlülük, yıllık

yaklaşık 5,7 milyar artarak 82,8 milyar Euro olduğu söylenmektedir. (Finucane, Greenhalgh, Mercer ve Selfe, 2022)

İhmal ve mesleki hata nedeniyle şikayetlerin ve davaların sıklığının artması ve mevcut zarar miktarları, tıbbi hizmetlerin sunumunu tehdit edecek kadar artabilmektedir. (McQuade, 1991) İsrail'de yılda yaklaşık 4500 malpraktis davası açılmaktadır. Hasta başına ortalama tazminat 2008-2009'da 62.000 dolar iken bu miktar 2003 yılında 22.000 dolardır. (Asher ve diğerleri, 2013)

ABD'de 2005 yılında yapılan çalışmada örneklemdeki uzman hekimlerin %48'ine önceki 3 yıl içinde dava edilmiştir. (Studdert ve diğerleri, 2005) 2006 yılında ABD'de 12513 tıbbi uygulama hatası davasında yaklaşık 4 milyar Dolar tazminata hükmedilmiştir. (Osti ve Steyrer, 2017) Alman tıbbi sorumluluk sigortası şirketlerinin harcamaları 2000 ile 2009 arasında ikiye katlanarak 120 milyon Euro'ya ulaşmıştır. (Osti ve Steyrer, 2017)

Rodriguez ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı bir çalışma, Kaliforniya'daki acil servislerde çalışan doktorların %50'sine malpraktis davaları açıldığını ortaya koymuştur. (Rodriguez ve diğerleri, 2007) İtalya'da 1999'dan 2007'ye kadar mesleki uygulama hatası iddiasıyla doktorlara açılan dava sayısında %40'lık bir artış görülmüştür. Bunun üzerine Roma'da özel bir mesleki hata çalışma grubu oluşturulmuştur. (Toraldı ve diğerleri, 2015) İtalyan Ulusal Sigorta Şirketleri Birliği verilerine göre yılda sağlık kurumlarına karşı 7.500 ve doktorlara karşı 8.500 dava olmak üzere 2013 yılında toplam 16.000 malpraktis davası açılmıştır. (Toraldı ve diğerleri, 2015) En çok şikâyet edilen uzmanlık alanları sırasıyla %18 ile Ortopedi ve travmatoloji ardından Onkoloji (%13,1), Genel Cerrahi (%12,5), Kadın Doğum ve Jinekoloji (%13), Göz Hastalıkları (%7,1), Diş Hekimliği (%6,1), Anjiyoloji (%4,6), Üroloji (%3,9) ve Pratisyen Hekim (%2,9) olmuştur. (Toraldı ve diğerleri, 2015)

Garland'ın 1959'da yayınlanan bir araştırmasında Miyokardiyal enfarktüs tanısında %34 hata oranı, çocuklarda yetersiz beslenmenin belirlenmesinde çocuk doktorları arasında %93 görüş ayrılığı, elektrokardiyogramların yorumlanmasında %20 hata oranı, laboratuvar testlerinde %28 hata oranı ve akciğer radyografilerinin yorumlanmasında %30 hata oranı olduğu belirlenmiştir. (Berlin, 2017)

ABD'de yılda 50000 yeni malpraktis iddiası olduğu tahmin edilmektedir. (Mello, Chandra, Gawande ve Studdert, 2010) 1999 yılında Tıp Enstitüsü'nün(IOM) yayınladığı bir raporda ABD'de sağlık hizmetlerinin bir yılda 98 bin ölümden sorumlu olduğu iddia edilmiştir. (Berlin, 2017) 2016 yılında yayınlanan bir başka çalışmada ise ABD'de yılda yaklaşık 250

bin ölümün sebebinin tıbbi hatalar olduğu iddia edilmiştir. (Makary ve Daniel, 2016) ABD’de 2000 yılına ait ulusal verilere göre, yılda 33,6 milyon hastane yatışından kaynaklanan 44.000 ila 98.000 arasında hasta tıbbi hatalar sonucu hayatını kaybetmiştir. Tıbbi hatalar, Amerika’da en önemli sekizinci ölüm nedeni olarak kabul edilmekte ve ekonomik olarak yaklaşık 29 milyar dolarlık kayıplara neden olmaktadır. (Catino, 2011) ABD’de 2013 yılında yapılan bir diğer çalışmada en sık 3. ölüm sebebinin kalp hastalıkları ve kanserden sonra gelen tıbbi uygulama hataları olduğu tespit edilmiştir. (Makary ve Daniel, 2016)

Ülkemizde ise 2004 ile 2007 yılları arasında Adli Tıp Kurumu’ndan görüş sorulan tıbbi uygulama hataları incelendiğinde en sık şikâyet edilen uzmanlık alanlarının genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi alanları olduğu görülmüştür. (Sönmez ve diğerleri, 2009) Çalışmalar Cerrahi branşlardaki hekimlerin dava edilme oranı, dahili branşlara göre daha fazla olduğunu göstermektedir. (Göçen ve diğerleri, 2018)

1994-1998 yılları arasında malpraktis iddiasıyla Yüksek Sağlık Şûrası tarafından değerlendirilen 866 vakanın olduğu, 1990-2000 yılları arasında malpraktis iddiasıyla Adli Tıp Kurumu tarafından değerlendirilen 653 vakanın olduğu, 2012-2014 yılları arasında Adli Tıp Kurumu tarafından 1320 vakanın değerlendirildiği saptanmıştır. (Kırtışoğlu, 2018)

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hatalar büyük zararlar verebilmekte hatta ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Mesleki hatalar, hastalara, hasta yakınlarına zarar verdiği gibi doktorlara da zarar verebilmektedir. (McCay ve Wu, 2012) Tıbbi mesleki hatanın sonucunda doktorlarda endişe halinin yanında, kendinden ve mesleki bilgisinden şüphe duyabilir, meslektaşlarına karşı itibar kaybına uğramak gibi endişeleri olabilir. (McCay ve Wu, 2012) Zaman kaybı, itibar kaybı ve stres malpraktis davalarının sonuçları arasında sayılabilir. (Asher ve diğerleri, 2013) Hekimler, dava mağduru olmanın mesleki itibarlarına zarar verdiğini ve hizmetlerine olan talebi azalttığını düşünmektedirler. Davanın psikolojik yansımaları ve özellikle de özsaygı kaybı da çok önemlidir.

Ülkemizde son yıllarda tıbbi uygulama hataları ile ilgili hukuk ve ceza davalarında ciddi bir artış görülmektedir. Bu davaların artışı hekimleri ve sağlık çalışanlarını tedirgin etmekte ve mesleklerini olmasa gerektiği gibi icra etmelerine engel olmaktadır.

Sağlık sisteminde var olan sorunların artması, hekim ile hasta ilişkisinin boyut değiştirmesi gibi birçok gerekçeyle malpraktis davalarının artışı hekimleri kendilerini, kendi can, mal ve huzur güvenliğini korumaya yönlendirmektedir. Bu durum neticesinde defansif tıbbi

uygulamalarda artışlar görülmektedir. Defansif tıbbi uygulamaların artışı, tıbbi standartların ihlal edilmesi ile tıbbi uygulama hatalarını da artıran kısır bir döngü oluşturmaktadır.

ABD’de tıbbi malpraktis sisteminin, sağlık hizmetleri sırasında zarar gören hastaların zararlarının tazmini ve doktorların ihmalinin önüne geçilmesi olmak üzere iki amacı vardır. Ancak bu sistem yavaş, maliyetli ve defansif tıbbın ana sebebidir. (Kessler, 2011) Tıbbi uygulama hatası sistemi, tüm sorunlarına rağmen, ihmalleri caydırarak tıp mesleğini kabul edilebilir bir kalite düzeyinde tutmak için tasarlandığı iddia edilmektedir. (Klingman ve diğerleri, 1996) Ancak mevcut malpraktis sistemlerinin bu amaç doğrultusunda etkili olup olmadığı tartışma konusudur. (Klingman ve diğerleri, 1996) Dünya genelindeki tıbbi uygulama hatası sisteminin hastaların ihmal sonucu zarar görmesinin yeterince önleyemediği, masraflı ve uzun davalara ve büyük tazminat miktarlarına yol açtığı görülmektedir. (Sage, 1997)

Malpraktis davaları sonucu oluşan tazminatlar için hekimler sigorta yaptırmaktadır. Bu sigortaların karşıladıkları miktarlar ve sigorta primleri bölgeye ve uzmanlık alanına göre değişkenlik göstermektedir. (Kessler, 2011) Tıbbi malpraktis sigorta primleri hekimlerin klinik risk kategorisine, gerçekleştirdikleri prosedürlere ve sigorta teminatına göre değişmektedir. (Thomas, Ziller ve Thayer, 2010) Her ne kadar doktorlar mali açıdan tazminatlara karşı sigorta ile kendilerini belli ölçüde koruma altına almış olsalar da zaman kaybı, itibar kaybı ve stres sigortalanması mümkün olmayan maliyetlerdir. (Kessler, 2011)

Malpraktis davalarının doğrudan olduğu gibi dolaylı olumsuz sonuçları da vardır. Hekim ve davacı için zaman kaybı (Mello ve diğerleri, 2010), hekimlerin tıp dışı alanlarda çalışmak istemeleri, uzmanlık alan tercihlerinde daha rahat ve malpraktis iddiasının düşük olduğu bölümlerin tercihi, hizmet verilen alanın daralması örneğin bazı işlemler için farklı bir sağlık merkezine yönlendirme, hekime psikolojik ve duygusal etkisi (Mello ve diğerleri, 2010) Defansif tıbbın psikososyal yükü kolaylıkla bir denkleme yerleştirilemez, ancak böyle bir yükün var olduğunu ve tüm uzmanlık alanlarındaki hekimlerin strese, hekim tükenmişliğine ve bozulmuş yaşam kalitesine maruz kaldıkları biliniyor. (Gomez ve Raimondo, 2013)

Doktorun geçmişte dava edilmiş olması ve gelecekte dava edilme korkusu, sorumluluk duygusu doktorların daha fazla test istemesi için güçlü bir motivasyon kaynağı olarak kabul edilmektedir. (Berlin, 2017) Tıbbi malpraktis davaları defansif tıbbı teşvik eder, doktor ile hasta ilişkilerini zedeler, doktorların iş tatminini azaltır. (McQuade, 1991) Tıbbi işlemler nedeniyle geçmişe göre daha fazla insanın zarar gördüğü iddia edilmiştir. Bu durum tıp

bilimindeki ve biyomedikal ürünlerdeki gelişme ile açıklanmıştır. Daha az ve kısıtlı tıbbi tedavinin daha az zarar vereceği belirtilmiştir. (McQuade, 1991)

Birçok ülkede olduğu gibi Çin’de de artan malpraktis iddialarının sonucunda çeşitli kanuni değişiklikler yapılmıştır. Eskiden hekime dava açtıklarında davacının tıbbi ihmal veya yanlış uygulama kanıtını sunma yükümlülüğü vardı ancak yapılan çeşitli yönetmelik değişiklikleri ile hastane ve doktorlar dava altında tıbbi ihmal veya yanlış uygulamanın meydana gelmediğini gösteren kanıtları sunma yükümlülüğüne sahiptir. Bu durum kanıt oluşturmak için yapılan defansif tıbbi uygulamaları yaygınlaştırmaktadır. (Chen, 2007) American Medical Association’un Genel Danışmanı 1974’te verdiği bir konferansta ‘*malpraktis davalarından uzak durmanın tek yolunun ameliyat yapmamak, ilaç yazmamak, hastalara dokunmamak ve bol bol dua etmek*’ (Berlin, 2017) olduğunu ifade ederek defansif tıbbi uygulamaların malpraktis davalarından korunmanın tek yolu olduğunu belirtmiştir.

ABD’de yanlış uygulama sorumluluğunun yüksek düzeyde olduğu eyaletlerde, sağlık bakım maliyetlerinin de arttığı görülmüştür. (Osti ve Steyrer, 2017) Bu durum artan malpraktis tazminatları ile sağlık harcamaları arasındaki pozitif korelasyonu göstermektedir. (Osti ve Steyrer, 2017) Malpraktis tazminat sorumluluğunun büyük ölçüde doktorda olduğu bu eyaletlerde sağlık bakım maliyetleri %7 oranında, doktor başına harcamalar ise %4,2 oranında artış göstermiştir. (Osti ve Steyrer, 2017) ABD’de doktorların yaklaşık %5-7,4’ü her yıl bir yanlış uygulama iddiasıyla karşı karşıya kalmaktadır. (Ali ve diğerleri, 2016) ABD’de tıbbi uygulama hatası(malpraktis) sisteminin en zarar verici ve maliyetli sonucunun defansif tıbbin uygulanması olduğu iddia edilmiştir. (Klingman ve diğerleri, 1996).

Ortashi ve arkadaşlarının Birleşik Krallık’ta hekimlere yönelik yaptıkları bir çalışma da hekimlerin sadece %14’ü şikâyet ve mesleki hata suçlamasından uzak bir ortamda çalıştıklarını düşündüklerini ve bu durumun kendilerini zorladığını ifade etmişler. (Ortashi, Virdee, Hassan, Mutrynowski ve Abu-zidan, 2013) İsrail’de daha önce malpraktis davasına taraf olmuş hekimlerle yapılan bir çalışmada hekimlerin %62’si endişeli, %56’sı kızgın, %44’ü huzursuz, %27’si güvensiz, %25’i suçlu hissettiklerini ve bu durumların tıbbi uygulamalarını değiştirmeye yönlendirdiğini belirtmişlerdir. (Reuveni, Pelov, Reuveni, Bonne ve Canetti, 2017) Japonya’da yapılan çalışmada katılımcıların büyük bir çoğunluğu malpraktis davalarının zaman kaybına ve duygusal gerginliğe sebep olduğunu ifade etmiştir. (Nakamura ve Yamashita, 2015) Malpraktis davası sonrası tıbbi bakımlarında bilinçli değişiklikler olduğunu söyleyen ve yüksek riskli tedavileri kullanma konusunda tereddüt yaşadıklarını ifade eden hekimlerin oranı %39’dur. (Nakamura ve Yamashita, 2015)

Hekimlerin artan malpraktis davaları ve tazminat miktarları karşısında bundan kaçınması bir gerçeklik olarak kabul edilmelidir. (Asher ve diğerleri, 2013) Artan malpraktis dava tehdidinin sağlık hizmetlerinin çok daha maliyetli ve daha az erişilebilir olmasına neden olduğu ifade edilmektedir. Bu durumun sebebi dava tehdidinin defansif tıbbıya neden olmasıdır. (Sloan ve Shadle, 2009)

ABD’de tıbbi hataların ve tıbbi hata davalarının ne denli büyük bir problem olduğu politikacılar tarafından da farkedilmiştir ve bu konuda çeşitli öneriler getirilmiştir. Bu öneriler; önlenabilir tıbbi hata kaynaklı yaralanmaların azaltılması, doktor ve hasta/hasta yakını arasında açık iletişim, hastaların tıbbi yaralanmalar için adil tazminata erişmesi ve sağlık hizmetlerine ilişkin sorumluluk sigortası primlerinin azaltılması amaçlarını esas almıştır. (Obama ve Clinton, 2006)

Hekimlere açılan malpraktis tazminat davaları, bazı mahkeme süreçlerinde tıbbi işlemler sonucunda meydana gelen komplikasyonların, malpraktis olarak değerlendirilmesi gibi süreçler hekimleri savunmacı davranmaya yöneltmiştir. (Yeşiltaş ve Erdem, 2019)

2.1.4. Komplikasyon

Hukuka uygun olarak, hastanın rızası ile yapılan tıbbi bir müdahale sırasında veya tıbbi müdahalenin sonucunda meydana gelen istenmeyen sonuçlardır. (Saka ve Budak, 2019) Bir diğer tanımda ise bir hastalığın seyri sırasında meydana gelen hastalık ve bozukluklar komplikasyon olarak tanımlanmıştır. (Özgönül, 2010) Komplikasyonlar, öngörülebilir ama önlenemeyen, öngörülemez, öngörülebilir ve kontrol edilmesi göze alınan durumlar şeklinde sınıflandırılabilir. (Saka ve Budak, 2019) Yapılan tıbbi uygulamalar, tıbbi standartlara uygun olarak özenli ve dikkatli bir şekilde yapılmasına ve gerekli tedbirlerin alınmasına karşın meydana gelmesi önlenemeyen sonuçlar olabilir. Bu sonuçlara komplikasyon denilmektedir. (Uygur, 2019) Komplikasyon, tıbbın izin verdiği risk ve kabul edilmiş risk olarak bilinmektedir. Bunlara ek olarak ortaya çıkmasından hekimin ve sağlık çalışanının sorumlu tutulamayacağı bir durum olarak da ifade edilebilir. (Uygur, 2019)

Sağlık hizmetlerinde standartlar ve müdahaleler ne kadar iyi olursa olsun, bazen komplikasyonlar kaçınılmazdır. Bu komplikasyonların oluşması hekim hatası değildir ve hekime atfedilemez. Ancak bazen zamanında fark edilmeyen, önlenemeyen, doğru şekilde yönetilemeyen komplikasyonlar tıbbi hatalara dönüşebilir ve hekimler için hukuki sorumluluk doğurabilir. (Bakır ve diğerleri, 2022) Örneğin; hastane ortamında yapılan bir antibiyotik enjeksiyonu sonrası gelişen alerjik reaksiyon ve nefes darlığı, eğer hastanın etken

maddeye karşı bilinen bir alerjisi yok ise ve doktor bunu enjeksiyon öncesinde sorguladıysa komplikasyon olarak kabul edilmelidir. Ancak anafilaksinin ortaya çıkmasının ardından doktorun bunu doğru şekilde yönetememesi ve gerekli müdahalenin doğru zamanda yapılamaması tıbbi hata olarak kabul edilebilir. Komplikasyon durumlarında hekim sorumlu değildir. Hekimler oluşan komplikasyonu tanıyıp, doğru şekilde müdahale ederek süreci yönetmezlerse malpraktise yol açabilir ve hukuken sorumlu olabilirler. Özen, tecrübe, bilgi eksikliği komplikasyonun yönetilememesine sebep olabilmektedir. (Saka ve Budak, 2019)

Hukuki açıdan malpraktis ve komplikasyon ayrımı önemlidir. Tıbbi müdahale yapılmadan önce hastaların olası riskleri, komplikasyon ihtimallerini bilmesi ve bu riskleri bilerek tıbbi müdahaleye onay vermesi tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getirmektedir ve hekim öngörülen ve önlenemeyen bu gibi durumlar için sorumlu tutulamaz. (Değdaş, 2018) Ancak tüm komplikasyon durumlarında hekim sorumsuz değildir. (Akkanat, 2017) Öngörülebilir ve önlenebilir durumların doğru yönetilememesi malpraktise sebep olmakta ve hukuki sorumluluk doğurmaktadır. (Değdaş, 2018) Komplikasyonun erken fark edilmesi ve doğru zamanda müdahale edilmesi hekimin sorumluluğundadır. (Can ve diğerleri, 2011) Hekimin sorumluluğu komplikasyonu önlenmesinde değil komplikasyona karşı gerekli tedbirleri alması ve doğru yönetmesindedir. (Uygur, 2019)

2.1.5. Tıbbi Standart Kavramı

Tıbbi standart, ülkenin ve sağlık kurumunun imkan ve koşulları göz önüne alınarak ortalama bir hekimin gösterebileceği özeni ve dikkati göstermesi olarak kabul edilebilir. (Değdaş, 2018) Tecrübe edilmiş ve yararlılığı tıp biliminin genel olarak kabul edilmiş tıp kuralları olarak ifade edilmektedir. (Uygur, 2019) Tıp sürekli gelişen ve değişen bir bilim dalı olduğu için tıbbi standartlarında aynı kalmayacağı açıktır. Değişen tıbbi standartları takip etmemekte malpraktise zemin oluşturmaktadır. Tıbbi standartları takip etmek ve uygulamak hekimin mesleki ve hukuki sorumlulukları arasındadır. (Uygur, 2019) Hekim her durumda uzmanlık alanının gerektirdiği özeni göstermekle yükümlüdür ancak hekimin bulunduğu şartlar, sağlık kurumundaki tıbbi araç ve gereçler, teknik imkanlar tıbbi standartları belirleyen faktörlerdendir. (Uygur, 2019) Tıbbi standartların sağlık kurumu imkanları ve ülkedeki sağlık sistemi gereği uygulanmadığı durumlar olabilmektedir. Bu tür durumlarda hekimler sorumlu tutulmamalıdır. (Uygur, 2019)

Tıbbi uygulama hatası alanında, "makul doktor" standardı da dikkate alınır. (Raposo, 2019) Mahkeme, sanığın ortalama bir doktor gibi davranıp davranmadığını değerlendirir. (Raposo,

2019) Hekim, uygulaması gereken tıbbi standartların altında veya üstünde bir tanı veya tedavi yoluna başvurmuşsa buna defansif tıbbi uygulama denebilir. Tıbbi standartların dışına çıkarak hastaya zarar verilmesine tıbbi uygulama hatası denilmektedir. (Uygur, 2019) Örneğin enfekte olduğu tespit edilen bir apandisit vakasını cerrahi yapmak istememek nedeniyle sadece kompres ile tedavi etmeye çalışmak, servikal diskektomi ameliyatını geçerliliğini yitirmiş bir yöntem ile yapmak gibi durumlarda hekimin standartları yerine getiremediği görülmektedir. (Giesen, 1988) Hekim, hasta için gereken uygun tıbbi tedavi yöntemini belirlerken tıbbi standartları da göz önüne alarak hastanın mevcut durumu için en uygun tedavi yöntemini belirlemelidir.

2.2. DEFANSİF TIP

ABD’de 1970’lerde ilk kez literatüre giren defansif tıp kavramı gelişmiş ülkelerde yaklaşık 50 yıldır bilinmesine ve üzerine çalışmalar yapılmasına rağmen, bu olgu ülkemizde dahil olmak üzere gelişmekte olan ülkelerde pek bilinmemektedir. Geçen 50 yılda birçok kez tanımlanmıştır. Bu tanımlar birbirleriyle çok benzeşse de tanımların neden açısından birbirlerinden ayrıldıkları durumlar da mevcuttur. (Ünal, 2020)

Defansif tıp, hastaya teşhis koymak veya tedavi etmek yerine, doktoru eleştiri ve şikayetlerden korumak amacıyla tedavilerin, testlerin ve prosedürlerin uygulanması olarak tanımlanmıştır. (McQuade, 1991; Summerton, 1995, 2000) Defansif tıp, öncelikle koruyucu olarak yürütülen teşhis ve tedavi önlemlerinin uygulanmasıdır. (Asher, Greenberg-dotan, Halevy, Glick ve Reuveni, 2012) Defansif tıp kavramı, temel amacı dava riskini önlemek olan, hastaya olan faydayı arttırmadan hekimler tarafından sağlanan tüm tıbbi bakımları ifade etmektedir. (Kakemam, Arab-Zozani, Raeissi ve Albelbeisi, 2022) Hekimlere yönelik malpraktis iddialarının ve malpraktis davaları sonucunda ödenen büyük tazminatların artış göstermesi defansif tıbbın artmasına sebep olmaktadır. (Şahin ve Alcalı, 2020)

Literatürde temkinli tıp (Yüksel, 2021) olarak geçen defansif tıbbın, modern hekime duyulan güven kriziyle yakından ilişkili olduğu ifade edilmiştir. (Aperio Bella, t.y.)Defansif tıp, hekimlerin kendilerini davalardan, hasta şikayetlerinden, hasta-hasta yakını şiddetinden ve yönetimden koruma yöntemi olarak da tanımlanmıştır. (Yeşiltaş ve Erdem, 2019) Defansif tıp, doktorların kendilerini hukuki sorumluluktan korumak amacıyla üstlenebilecekleri, hastalara marjinal faydası düşük uygulamaları ifade etmektedir. (Ünal ve Akbolat, 2022) Hekimin, mesleğin doğasından kaynaklanan risklere karşı korunmasını amaçlayan önleyici tedbirler olarak anlaşılmıştır. (Ekici, 2021) Tıbbi amaçlardan ziyade hukuki amaçlarla

motive edilen tıbben gerekli olmayan uygulamalar olarak ifade edilmiştir. (Arafa ve diğeri, 2023) Defansif tıbbi net olarak belirlemek mümkün değildir bu yüzden tanımı da esnek ve belirsizdir. (Tancredi ve Barondess, 1978)

Defansif tıp, sağlık hizmetlerinin aşırı tedbirli bir şekilde yönetilmesi anlamına gelir ve gereksiz müdahaleler, ek işlemler, sık vizitler gibi aşırı klinik aktiviteye yol açar. (Finucane ve diğeri, 2022) Defansif tıp, hasta için en iyi tedavi olmamasına rağmen yasal açıdan problem oluşturmayacağı hekimler tarafından düşünülen bir uygulama biçimi olarak tanımlanmıştır. (Yeşiltaş ve Erdem, 2019) Savunmacı uygulama, belirsizlik karşısında klinisyenlere güven verebilir. (Finucane ve diğeri, 2022)

Tıp alanındaki yaygın inanış, hekimlerin malpraktis iddialarından korktukları için hastalara yönelik tedavi önerilerinde aşırı ihtiyatlı davrandıkları yönündedir. (Barkowski, 2015) ABD’de yapılan birçok çalışmada tıbbi malpraktisin en zarar verici ve en çok maliyeti olan sonucunun defansif tıbbi uygulamalar olduğu belirtilmiştir. (Congress, 1994) 1992 yılında ABD’de yapılan başkanlık seçimi için yapılan propaganda sürecinde Başkan George H. W. Bush malpraktis davalarının sonucunda tıbbi bakım maliyetlerinin 25 ile 50 milyar dolar artırdığından bahsetmiştir. (Congress, 1994) 1972 yılında yazılmış olan bir defansif tıp çalışmasında defansif tıp uygulamalarının, hekimlerin tıbbi hatalardan kaçınmak amacıyla başvurdukları yanlış tıbbi uygulamaları tanımladığı belirtilmiştir. Bu çalışmada doktorların, tedavi protokolünden kaynaklanabilecek herhangi bir komplikasyonu önlemek amacıyla istediği gereksiz test veya yaptığı gereksiz işlemlerden bahsedilmektedir ve defansif tıp uygulamaları, kötü tıp uygulamaları olarak tanımlanmaktadır. (Hershey, 1972) Defansif tıp, hekimlerin malpraktis davalarından korunmak için verdikleri davranışsal tepkilerini tanımlamaktadır. (He, 2014)

Hasta memnuniyetsizliğinden kaynaklanan olası geri bildirimler yanlış tedavi eylemleri riskini artırmaktadır. (Hershey, 1972) Defansif tıp, sorumluluk tehdidi ile tetiklenen bir uygulamadır. (Studdert ve diğeri, 2005) Defansif tıp, hastalara fayda sağlamayan veya çok az fayda sağlayan ancak davalardan kaçınmak için yapılan tıbbi uygulamalardır. (Sloan ve Shadle, 2009) Doktorların davalardan kaçınmak amacıyla daha fazla veya farklı tıbbi uygulamalara başvurması ile ilgili bir kavramdır. (Brown, 2007) Basit bir ifadeyle, kendini koruma önlemi olarak normal tıbbi uygulamalardan ayrılmaktır. (Sekhar ve Vyas, 2013) Doktorlar, malpraktis davalarında ve soruşturmalarda kaybedilen zamanın değeri, itibarın zedelenmesi meselesi ve bir yanlış tedavi iddiasına yanıt verirken harcanan duygusal enerji de dahil olmak üzere önemli miktarda parasal olmayan sorumluluk maliyetlerine

katlandıkları için, malpraktis davalarının maliyetinin normalden daha fazla olduğunu düşünebilirler. (Kessler, Summerton, Graham ve Hospital, 2006) Japonya’da defansif tıbbın başlangıç tarihi olarak 1999 yılında Yokohama Üniversite Hastanesi’nde meydana gelen yanlış tanı vakası sebebiyle açılmış olan malpraktis davası gösterilmektedir. (Yahata, 2011)

Defansif tıp uygulayan doktorların birincil amacının hastaların tıbbi ihtiyaçlarını karşılamak değil eleştiri, şikayet ve davalardan kaçınmak olduğu iddia edilmiştir. (Rodriguez ve diğerleri, 2007) Savunmacı tıp, dikkatli tıp demek değildir. Savunmacı tıbbi uygulama hekimi korumayı amaçlarken, dikkatli tıbbi uygulama sonuçta yine de hastanın çıkarlarına hizmet etmeye çalışır.(Bester, 2020)

Hekimin sağlam tıbbi bilgiden sapması(O’Leary ve diğerleri, 2012b) ve tıbbi kar-zarar analizini yok sayarak tıbbi hata sorumluluğundan kaçınma isteğine dayanan tıbbi uygulamalardır. (Cunningham ve Wilson, 2011; Kessler ve Mcclellan, 2002; Studdert, Mello, Phil ve Brennan, 2010) Yine başka bir tanımda hastaların ve hasta yakınlarının şikâyet ve eleştirilerini önlemek için olağan ve iyi uygulama olarak kabul edilen davranışlardan, hastanın iyiliği amacından sapmaları defansif tıp olarak tanımlanmıştır. (Ortashi ve diğerleri, 2013) Doktorların, yanlış tedavi sorumluluğu tehdidine yanıt olarak klinik davranışlarını değiştirdiği çalışmalarda gösterilmiştir. (Adwok, Hope, Surgeon, Hospital ve Box, 2013; Studdert ve diğerleri, 2005)

Algılanan yasal ve sosyal riskleri azaltmak için maliyeti yüksek, değeri düşük, aşırı sağlık hizmeti verilmektedir. Aşırı sağlık hizmeti, tıbbi olarak gerekli olmayan veya tedavinin faydasının risklerinden fazla olmadığı durumlarda oluşur. (Cervellin ve Cavazza, 2016) Hasta yararına olmayan tıbbi işlemlerin aşırı kullanılması ve tıp otoriteleri tarafından beklenen tedavinin uygulanmaması defansif tıbbın uygulanması olarak ifade edilmiştir. (Özer ve Aslan, 2022)

Defansif tıp, dava açılmasını zorlaştırmak ve tazminat riskini azaltmak için sağlam ve doğru tıbbi yaklaşımdan sapmadır. (Do Vale ve De Oliveira Santos, 2019; Hiyama ve diğerleri, 2006) Mesleki açıdan sağlam temellere dayanmayan ancak talep ve baskı nedeniyle gerçekleştirilen eylemler olarak tanımlanmıştır. (Andersen ve diğerleri, 2021) Doktorların algılanan tıbbi hata sorumluluğu tehditlerini azaltmak için gereksiz testleri istemesini ve gereksiz prosedürleri düzenlemesini içerir. (Thomas ve diğerleri, 2010) Yapılan tetkik veya işlem olumlu sonuç almış olsa bile, defansif tıp hastadan çok hekime ekonomik ve psikolojik fayda sağlamayı amaçlamaktadır. (Hermer ve Brody, 2010) Bir hastası hakkında

endişelendiği veya rahatsız edici bir şüphesi olduğu için test yapılmasını isteyen doktor kanıta dayalı tavsiyelere uygunsa doktorun savunma amaçlı uygulama yaptığı söylenemez. (Bester, 2020)

Defansif tıp; sağlık hizmetini artırma, sağlık hizmetini değiştirme ve sağlık hizmetini azaltma şekillerinde uygulanabilir. (Studdert ve diğerleri, 2005) Doktorların malpraktis riskine verdiği tepkilerin belirsizliği göz ardı edilmektedir. Belirsizlik, doktorların yasal sorumluluktan kaçınmak için fazladan hizmet talep etmeleri veya hastalardan ve hizmetlerden kaçınmaları gibi davranışlarla ortaya çıkabilir. Belirsizlik, sağlanan tıbbi hizmetlerin riske karşı nasıl tepki göstereceğinin kesin olarak bilinmemesi nedeniyle daha da artmaktadır. (Barkowski, 2015)

Defansif tıp uygulamaları sağlık kuruluşunun basamağına, teknik imkanlarına, hekimin tıbbi algı ve tecrübesine (Yeşiltaş ve Erdem, 2019), anlık psikolojisine, hastanın davranışlarına göre değişkenlik gösterebilir. Defansif tıp her zaman bilinçli olarak uygulanmamaktadır ancak çalışmalar gösteriyor ki dava korkusuyla verdikleri klinik kararlardan haberdar oldukları durumlar vardır. (Bester, 2020) Defansif tıp, hukuki sorumluluktan kaynaklanan malpraktis endişesi nedeniyle doktorların gereğinden fazla sağlık hizmeti sunması olarak tanımlanabilir. Bu sağlık hizmetleri doktorun daha fazla ziyaret yaparak hastayı kontrol etmesini içerdiği gibi görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerini, girişimsel işlemleri de içerebilir. (Mello ve diğerleri, 2010)

Defansif tıp, sorumluluk tehdidinden kaynaklanmaktadır. (Studdert ve diğerleri, 2005) Tıbbi değeri şüpheli olan veya tıbbi açıdan değeri olmayan ek tanı testleri ve işlemler, ek konsültasyonlardaki amaç öncelikle hastanın ihmal iddiasıyla dava açmasını ve şikâyet etmesini engellemektir. (Elli ve diğerleri, 2013) Defansif tıp konusunda yapılan ilk çalışmalarda defansif tıp uygulamalarının nedeni malpraktis kaynaklı hukuki yaptırımlardan kaçınma olarak ifade edilirken, son yıllarda yapılan çalışmalarda malpraktis iddialarından kaçınmanın yanında farklı dinamiklerde defansif tıp nedenleri arasında yer almıştır. (Project, 1971) Malpraktis davalarından kaçınmak için başvuru defansif tıbbi uygulamaların tanımı genişletilmiş ve farklı nedenlerde eklenmiştir. (Garattini, Padula ve Mannucci, 2020) Office of Technology Assessment, defansif tıbbi şu şekilde tanımlamaktadır; malpraktis sorumluluğu nedeniyle testler ve hasta ziyaretleri istemesi veya riskli hastalardan uzak durması durumları ile ortaya çıkar. Bu tanıma göre defansif tıbbın ilk sebebi malpraktis kaygısı olmalıdır ancak bununla beraber çeşitli sebeplerde savunmacı yaklaşıma sebep olmaktadır. (Congress, 1994)

İşyerinde itibar kaybı, utanç ve tükenmişlik durumu, medya aracılığıyla hedef gösterilme gibi nedenler de defansif tıbbi uygulamalara neden olabilmektedir. (Garattini ve diğerleri, 2020) Medyada, insanların sağlık sistemi içerisinde yaşadıkları problemlerin tek sorumlusu olarak hekimler gösterilmektedir. (Yeşiltaş ve Erdem, 2019) Bu durum hekimleri savunmacı davranışlara yönlendirmekte ve tükenmişliğe sebep olabilmektedir. Tükenmişlik ile malpraktis davaları arasında çift yönlü bir ilişki vardır. (Nakamura ve Yamashita, 2015) Mesleki tükenmişlik, erken emeklilik ile de ilişkilendirilmiştir. (Nakamura ve Yamashita, 2015)

Doktorların; hasta tercihleri, eksiksiz olma arzusu(Paik, Black ve Hyman, 2014), itibar kaybı korkusu(Moosazadeh, Movahednia, Movahednia, Amiresmaili ve Aghaei, 2014) gibi gerekçelerle çeşitli gereksiz prosedürler izledikleri belirtilmiştir. (Paik, Black ve Hyman, 2017) Yerel norm ve alışkanlıklara uygun olma arzusu da defansif tıbbın nedenleri arasında gösterilmiştir. (Paik ve diğerleri, 2014) Defansif tıbbın yorgunluk ve yoğunluk ile ilişkisini gösteren çalışmalar vardır. Nöbet sayısı fazla olan hekimlerde defansif tıbbi uygulamalarında arttığını gösteren çalışmalar vardır. (Göçen ve diğerleri, 2018) Doktorların gelirlerinin yaklaşık yarısının ek ödeme şeklinde olması ve bu ek ödemelerin hastane bütçesinden kaynaklanması doktorları ekstra tetkik, tedavi gibi hizmetler vermeye yönlendirmektedir. (He, 2014)

Defansif tıp, hekimlerin tıbbi gerekliliği olmayan ve hastaya hiçbir fayda sağlamayan eylemleri kapsadığı gibi tıbbi olarak garanti edilen ve hastaya fayda sağlayabilecek yüksek riskli prosedürlerden kaçınmayı da içerir. (Eftekhari ve diğerleri, 2023)

Defansif tıbbi uygulamalara, hastalara fayda sağlamak için değil, artan malpraktis baskısı nedeniyle başvurulduğu ifade edilmiştir. Bu malpraktis kaygısının sağlık hizmetindeki kaliteyi belli bir eşığe kadar artırdığı ve malpraktis baskısının artmasıyla o eşik geçildikten sonra kaliteyi düşürdüğü defansif tıbbın sonuçları arasında belirtilmiştir. (Montanera, 2015)

Doktorların; tıbbi gerekçelerle değil, şikâyet ve dava olasılığını azaltmak için, en azından herhangi bir şikâyet durumunda savunulabilir bir durum oluşması için savunmacı bir şekilde hareket ettikleri ifade edilmiştir. (Ortashi ve diğerleri, 2013) Sağlık hizmeti sunucularının hatalı uygulamalar sonucunda oluşan muhtemel idari, hukuki, cezai ve etik cezaları önlemeyi amaçlayan davranışlarını yansıtır. (Kakemam ve diğerleri, 2022)

Defansif tıp, hem klinik uygulamalara etkisiyle bireysel olarak hastaları hem de sağlık sistemini etkilemektedir. (Studdert ve diğerleri, 2005) Tıbbi tedavinin maliyetini artırır ve

hastaları gereksiz risklere maruz bırakmaktadır. (Catino, 2011) Malpraktis baskısının, tedavi kararlarından ziyade tanısal kararlar üzerinde daha büyük bir etkisi olduğu görülmüştür. (Kessler ve McClellan, 2002)

Çin’de yayınlanan bir ankete göre hastaların yaklaşık %70’i doktorların tanı ve tedavilerinden şüphelenmektedir. Aynı çalışmada hekimlerin sadece %26’sı hastaları tarafından güvenildiğini hissetmektedir. (He, 2014) Bu durum çatışma ortamının ve şiddetin artmasına neden olmaktadır. Defansif tıbbi uygulamalar, hasta-hekim ilişkisine zarar verebilmektedir. Hasta-hasta yakını ve hekim arasındaki ilişkinin bozulması muhtemel şiddet ortamının engellenmesi için hekimleri tekrardan defansif tıbbi davranışlara yöneltmektedir. Tıp mesleğindeki bu olumsuz ortam, tıbbi uyuşmazlık davalarının da artmasına neden olmaktadır.

Duke Üniversitesi’nde yayınlanan bir çalışmada katılımcı hekimlerin %61’i gerekli olmayan tıbbi testler istediklerini, %44’ü ise gereksiz sevkler yaptıklarını beyan etmişlerdir. Aynı çalışmada hekimlerin istedikleri tanı testlerinin yaklaşık %15’inin tıbbi olarak gereksiz olduğu görülmüştür. (Baicker, Wright ve Olson, 2015) X-ray görüntüleme, Bilgisayarlı Tomografi Taramaları, Manyetik Rezonans Görüntüleme, Ultrason ve biyopsi gereksiz istenen tanı testleri arasındadır. (Baicker ve diğerleri, 2015) Jackson Healthcare tarafından ABD’de yapılan bir çalışmada özel sektör hekimlerinin yaklaşık %80’inin defansif tıp uyguladıklarını kabul ettiklerini ortaya koymuştur, bu oran kamuda çalışan doktorlarda %48’dir. (Sekhar ve Vyas, 2013).

Defansif tıbbin pratisyen hekimler arasında yaygınlığının ölçüldüğü bir çalışmada, hekimlerin %98’i hastaların şikâyet etmesi olasılığının sonucu olarak bazı tıbbi uygulamalarda değişiklikler yaptığını belirtmiştir. (Summerton, 1995) Savunma amaçlı yapılan uygulamaların en yaygınları; artan tanı testleri, artan sevkler, artan takip, daha ayrıntılı anamnez alma ve kayıt tutmadır. (Summerton, 1995) Doktorların %30’undan fazlası genellikle kendilerine karşı dava açılmaktan veya kendilerine karşı bir şikâyetle bulunulmasından endişe duyuyor. (Summerton, 1995) Defansif tıp, tüm tıp disiplinlerinde günlük hekimlik uygulamalarında oldukça yaygındır. Gereksiz tetkik ve işlemlerden kaynaklanan komplikasyonlara hastaları maruz bırakır. (Asher, Greenberg-dotan, ve diğerleri, 2012)

Son yıllarda defansif tıbbi uygulamalarda hekimlere açılan malpraktis davalarındaki artış nedeniyle artış görülmektedir. Hekimlerin kazançları ve tazminat miktarı arasındaki

orantısızlık(Delice, Tekin ve Yılmaz, 2019) ve sigortaların tazminatın çok altında bir miktarı karşılması durumu nedeniyle defansif tıbbi uygulamalar artmaktadır. Cerrahi bölüm uzmanlarına açılan malpraktis davası, cerrahi olmayan bölümlere göre daha fazla olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. (D. Özcan ve Alkan, 2021)

Defansif tıbbi uygulamalar, sağlık hizmetlerinin her aşamasında görülebilmektedir. (Göçen ve diğerleri, 2018) Bazı çalışmalar, bilinçsiz defansif tıbbın kültürel olarak derinlemesine yerleşik olduğunu ve yasal düzenlemelerle ilgisinin olmadığını ortaya koymuştur. (Baungaard ve diğerleri, 2022) Sebebi sadece malpraktis kaygısı olmayan, yerleşik bir kural olarak eğitim kliniklerinde öğretilen uygulamalar buna örnek olabilir.

2.2.1. Defansif Tıp Türleri

Literatürde hastalara önemli bir fayda sağlamadan, hekimleri sorumluluktan aklayabilecek tıbbi uygulamalar olarak tanımlanan savunma tıbbı, pozitif ve negatif olarak kategorize edilmektedir.(Sethi MK, Obremskey WT, Natividad H, Mir HR, 2012) Defansif tıp uygulamaları birden çok uygulamayı kapsamaktadır. Malpraktis iddialarıyla karşılaşma olasılığının yüksek olduğu tedavi planlarından ve riskli hastalardan kaçınma davranışı ile malpraktisi önlemek ve ihmal iddialarından kaçınmak amacıyla tıbbi hizmetlerin aşırı kullanımı bu uygulamalardandır. (He, 2014; Moosazadeh ve diğerleri, 2014)

2.3. POZİTİF DEFANSİF TIP

Malpraktisi azaltmak amacıyla ekstra testlere ve ekstra tedavi süreçlerine başvurulması pozitif defansif tıp olarak adlandırılır. (Ortashi ve diğerleri, 2013) Hasta ile yeterince ilgilenildiği, dikkatli ve gayretli bir şekilde tanı, tedavi ve takip sürecinin gerçekleştirildiği, tüm imkanların kullanıldığı düşüncesi oluşturmak ve şikayetlerin önüne geçmek amacıyla pozitif defansif uygulamalara başvurulmaktadır. (Şahin ve Alcalı, 2020)

Güvence davranışı olarak kabul edilen pozitif defansif tıp, tıbbi değeri olmayan ek hizmetler ile malpraktis ve şiddet gibi olumsuz durumlardan uzaklaşmayı, hastaları dava açmaktan vazgeçirmeyi ve açılan dava da mahkemeyi ikna etmeyi amaçlayan davranışlardır. (Hiyama ve diğerleri, 2006; Studdert ve diğerleri, 2005) Güvence davranışları, olumsuz sonuçları azaltma çabasıyla en az değerde ek hizmetlerin sağlanmasını içerir. Hekimler, hastaları kötü uygulama iddialarında bulunmaktan caydırmak ve yasal sisteme standart bakımı sağladıklarını gösterebilmek için güvence davranışları uygular. (O’Leary ve diğerleri, 2012)

Aşırı performans(Rodriguez ve diğerleri, 2007) ile karakterize edilen pozitif defansif tıp hem şikâyeti azaltmak hem şikayeti savunabilme becerisini artırmak için kaynakların ve imkanların aşırı kullanılması olarak açıklanabilir. (Cunningham ve Wilson, 2011) Hastaların eğer doktorun işini iyi yaptığını düşünürlerse, bazı olumsuz sonuçları kabul etmeye hazır oldukları düşünülmektedir. (Raposo, 2019)

Pozitif defansif tıp; hekimler aşırı ve gereksiz tanı testleri, endike olmayan tedavi, hastaneye yatış veya konsültasyon istediğinde ortaya çıkar. (Sethi MK, Obremskey WT, Natividad H, Mir HR, 2012) Bu çoklu muayenelerin veya aşırı tedavilerin klinik olarak etkili olmadığı veya hastaya önemli bir fayda sağlamadığı gösterilmiştir. (Torald ve diğerleri, 2015) Pozitif tıbbi uygulamalarda hastaların güvenliğini riske atmanın yanı sıra, çeşitli yan etkilere de neden olabilir. (Bakır ve diğerleri, 2022)

Pozitif defansif tıp, doktorlar gereksiz testler, prosedürler uyguladığında veya gereksiz hasta ziyaretleri yaptığında gerçekleşir. (Catino, 2011) Hastanın tedavi sürecinin daha detaylı şekilde belgelenmesi de pozitif defansif tıbbi uygulama örnekleri arasındadır. (Moosazadeh ve diğerleri, 2014) ABD’de yapılan çalışmada, pozitif defansif tıbbin en yaygın biçimi olarak, gereksiz notların hasta kayıt metnine eklenmesi doktorların %82,8’i tarafından yaygın olarak benimsenmiştir. Bunu doktorların %68.8’i tarafından benimsenen ayakta tedavi edilebilecek hastaların hastanede tedavi edilmesi, gereksiz teşhis testleri (%61,3), uzman konsültasyonu (%58,6) ve gereksiz ilaç reçete edilmesi (%51,5) takip etmiştir. (Catino, 2011) Negatif defansif tıp uygulaması göz önüne alındığında, katılımcıların %26,2’si riskli hastaları tedavi dışında bıraktığını beyan ederken, %14,0’ı fayda sağlayabilecek hastalar üzerinde riskli işlemleri uygulamaktan kaçınmıştır. (Catino, 2011)

“Defansif tıbbin en fazla görüldüğü senaryo, kaykay kazası sonucu başından hafif şekilde yaralanan 15 yaşındaki bir çocuk vakasıdır. Bu vakada, tüm katılımcıların neredeyse yarısı bilgisayarlı tomografi (BT) taraması isteyeceklerini ve isteyeceklerini söyleyenlerin yüzde 45’i bunu öncelikle malpraktis endişesiyle yapacaklarını bildirmiştir.” (Congress, 1994) ¹

2.3.1. Pozitif Defansif Tıp Uygulama Türleri

Yapılan işlemlerin gereğinden fazla detaylı tutulması, fizik muayene ile tanı konulabilecek durumlarda farklı tanı prosedürlerine başvurmak, gereksiz yoğun bakım kabulleri,

¹ Tıbbi açıdan öncelikle klinik gidişatı gözlemlemek ve semptomatik olarak serebrovasküler olayı gösterecek bulgular varlığında BT görüntülenmesi istemek daha doğru bir yaklaşım olabilir.

endikasyonu olmayan hastaların tarama programlarına dahil edilmesi, hata korkusu nedeniyle radyolojik görüntülemelerde kesin sonuç vermek yerine kontrol görüntüleme istenmesi(Eftekhari ve diğerleri, 2023), endikasyon dışı tanı testi istemek (Studdert ve diğerleri, 2005), endikasyon dışı ilaç reçete etmek (Studdert ve diğerleri, 2005), gereksiz durumlarda konsültasyon istemek, farklı uzmanlık alanlarına yönlendirmek (Studdert ve diğerleri, 2005), mesleki kurallara, kılavuzlara aykırı olarak girişimsel işlem önermek, endike olmayan hasta yatışı(Asher, Greenberg-dotan, ve diğerleri, 2012), uzun süreli hasta yatışı (Reschovsky ve Saiontz-martinez, 2008; Sethi MK, Obremskey WT, Natividad H, Mir HR, 2012) pozitif defansif tıp uygulamaları arasındadır. Endikasyon hali sona ermesine rağmen taburculuk süresinin uzaması pozitif defansif tıbbi uygulamalar arasında kabul edilmektedir. (Ries ve Jansen, 2021) Algılanan yasal riskleri karşılamak için tanısal testler, konsültasyonlar ve görüntüleme çalışmaları (Ünal ve Akbolat, 2022) istenebilmektedir. (Nahed ve diğerleri, 2012) Gereğinden fazla görüntüleme taramaları istemek pozitif defansif tıbbi uygulamalar arasındadır.

Pozitif defansif uygulamalar, iyi bir sağlık hizmeti için yapılmasına gerek olmayan gereksiz işlemlerdir. Gereksiz ilaç ve antibiyotik reçete etmek, gereksiz laboratuvar testleri, görüntüleme tetkikleri, endoskopi, kolonoskopi, biyopsi gibi girişimsel işlemler talep etmek, gereksiz muayene ve vizit yapmak, komplikasyonlardan çekinerek gereksiz konsültasyon talep etmek bu işlemler arasındadır. (Kakemam ve diğerleri, 2022) Geniş spektrumlu ilaç yazılması, bütün detayları belirten abartılı hasta kayıtları alınması, tanıyla uyumlu olsa dahi ileri tetkiklerin sıralı şekilde yapılmaması pozitif defansif tıbbi uygulama kabul edilmektedir. (Saka ve Budak, 2019) 2017 yılında yapılan bir çalışmada yanıt verenlerin hekimlerin %85'i antibiyotik reçetelerken defansif davrandıklarını ifade etmişlerdir. (Tebano ve diğerleri, 2018)

Hasta ile daha fazla zaman geçirme, daha sık hasta ziyareti yapma, hastayı daha detaylı bilgilendirme (Moosazadeh ve diğerleri, 2014; Studdert ve diğerleri, 2005), hasta onayına, aydınlatılmış onama daha fazla önem verilmesi, hasta kayıtlarının daha detaylı tutulması (Ünal ve Akbolat, 2022), ek kontrol tetkikleri istemek(Kakemam ve diğerleri, 2022), takipleri artırmak(Kakemam ve diğerleri, 2022), gerekenden fazla hasta gözlemi(Kakemam ve diğerleri, 2022), aileyle iletişimi artırma(Kakemam ve diğerleri, 2022) gibi durumlar da pozitif defansif tıp uygulamaları arasında kabul edilmektedir. Sık hasta ziyaretleri tedavinin başarısı açısından faydalı olabilir ancak hasta gözünde iyi hekimlik olarak değerlendirildiği için yapılması da bir defansif uygulamadır. (Demir, 2019)

Hastayı daha detaylı bilgilendirme, hasta yakınlarına sık sık bilgi verme, hastaya daha sık ziyaret atmak gibi durumlar zararsız ve hatta olumlu durumlar görülmektedir. Ancak bu uygulamalar sağlık sisteminde aksaklıklara sebep olacak zaman kaybına ve yoğunluğa yol açabilmektedir. (Kakemam ve diğerleri, 2022)

Pozitif defansif tıp; gereksiz reçeteleri, hastaların gereksiz yere uzmanlara konsülte edilmesini, hastalardan daha ayrıntılı anamnez alınmasını içerir. (Moosazadeh ve diğerleri, 2014) Gereksiz vakaların kabulü ve hastaneye yatırılması (Kakemam ve diğerleri, 2022), ayakta tedavi ve takip edilebilecek hastanın hastaneye yatırılması (Kakemam ve diğerleri, 2022), daha fazla tetkik istemek, daha fazla ilaç reçete etmek, hastaları uzmana daha fazla yönlendirmek ve teşhisleri doğrulamak için daha fazla invaziv işlem önermek defansif tıbbi uygulamalar arasındadır. (O'Leary ve diğerleri, 2012)

Daha özel vaka örnekleri üzerinden pozitif defansif tıbbi uygulamaları açıklayacak olursak; Malign olduğundan şüphelenilmeyen deri lezyonlarının çıkarılması defansif uygulamalar arasında gösterilmiştir. (Kakemam ve diğerleri, 2022) Düşük riskli hastalarda atipik göğüs ağrısı için hastaneye yatış da dahil olmak üzere kapsamlı tetkikler, akut apandisit olması muhtemel olmayan semptomlar için abdominal bilgisayarlı tomografi, küçük travmalar için görüntüleme, mamografik bulgulara bakılmaksızın veya belirsiz olduğu durumlarda cerrahi biyopsi istenen meme kitleleri, düşük riskli anormalliklerin sık aralıklarla kontrol görüntülemelerinin yapılması (Studdert ve diğerleri, 2005), oral tedavilere geçmekten kaçınmak, parenteral ilaçları bırakmaktan kaçınmak (Kakemam ve diğerleri, 2022) pozitif defansif tıp uygulamalarındandır.

Dahiliye uzmanlarının hastalarına rutin eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) testi yapılmasına yönelik yapılan bir çalışmada, hastaların sadece %30'unda ESH testlerinin anlamlı olduğu ve bu testin rutin olarak istenmesinin sebeplerinin alışkanlıklar, malpraktis davasıyla ilgili endişeye bağlı defansif tıbbi uygulama olduğu görülmüştür. (Asher, Parag, Zeller, Yerushalmi ve Reuveni, 2007)

Psikiyatristlerde defansif tıp, intihara meyilli hastaların gereksiz yere hastaneye yatırılması, gereksiz takip ziyaretlerinin artması, hamile kadınlar ve yaşlı hastalar için gerekenden daha düşük ilaç dozajlarının reçetelenmesi ile ilişkilendirilmiştir. (Reuveni ve diğerleri, 2017)

Sağlık hizmetleri literatürü, sezaryen doğum oranlarını pozitif savunmacı tıp olarak tanımlayan birçok çalışma içermektedir. (Brown, 2007; Ionescu, 2019) Sezaryen oranlarının yüksek olmasının sebeplerinden birisi anne tercihi olsa da kadın hastalıkları ve doğum

uzmanları da endikasyon dışında sezaryen önerebilmektedirler. (Asher ve diğerleri, 2013) Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, vajinal doğum sırasında bebek ve annede gerçekleşebilecek komplikasyon ve malpraktis riskini olduğundan fazla görerek epizyotomi kullanımını ve sezaryen kullanımını gereğinden fazla yapabilmektedirler. (Yeşiltaş ve Erdem, 2019) Non-Stress Test (NST) fazla kullanımının da malpraktis korkusuyla ilgisi olduğu ifade edilmiştir. (Tussing ve Wojtowycz, 1997)

Ayrıntılı anamnez alınması, hasta kayıtlarının daha detaylı tutulması gibi uygulamaları defansif tıp kapsamına alan birçok yayın bulunsa da bu uygulamaların defansif tıbbi uygulamalara dahil olmayacağını belirten çalışmalar da mevcuttur. (Mansur ve Ceylan, 2021) İstenen tetkik ve yapılan işlemlerinde defansif tıbbi uygulama kapsamında olması için amacına bakmak gerekir. Eğer yapılan işlemin amacı tedavi başarısını artırmayı amaçlayarak hastayı önceliyorsa defansif tıbbi uygulama diyemeyiz. (Bester, 2020)

Hastalardan tedavi yöntemlerinin seçimine katılmalarını isteme de pozitif defansif tıbbi uygulama olarak kabul edilmiştir. (Moosazadeh ve diğerleri, 2014) ABD’de ortopedi uzmanlarına yönelik yapılan çalışmada ultrason istemlerinin %44’ünün, MRI istemlerinin %31’inin ve direkt grafi istemlerinin %19’unun savunmacı kaygılarla istendiği görülmüştür. (Sethi MK, Obremskey WT, Natividad H, Mir HR, 2012) Danimarka’da yapılan çalışma da en sık defansif tıbbi uygulamanın ekstra kan tetkiki istemek olduğu belirtilmiştir. (Andersen ve diğerleri, 2021) Bu durum nispeten basit ve maliyeti az olan işlemlerin defansif olarak daha kolay istendiğini göstermektedir. (Andersen ve diğerleri, 2021)

2.4. NEGATİF DEFANSİF TIP

Negatif defansif tıp, riskli hasta ve zorlayıcı prosedürlerden geri durarak verimli tıbbi hizmetin verilmemesi, tıbbi hizmetlerin geri çekilmesi, azaltılması olarak ifade edilebilir. (Ortashi ve diğerleri, 2013; Solaroglu, Izci, Yeter, Metin ve Keles, 2014)

Hekimler, kendilerini koruma içgüdüğü ile riskli vakalarda tedavi seçeneklerini daraltmışlardır ve bilinçli ya da bilinçsiz olarak defansif tıp uygulamalarını kullanmaya başlamışlardır. (Yüksel, 2021) Hekimler belli bir hastalığın, tedavi yöntemlerinin ve hasta gruplarının kendilerini daha fazla şikâyet alma ihtimali getirdiğini düşünürlerse tıbbi hizmetten geri çekilebilirler, farklı bir yere yönlendirebilirler. Bu azaltılmış ve engellenmiş bir tıbbi uygulama olarak ifade edilebilir. (Cunningham ve Wilson, 2011)

Kaçınma davranışı olarak da adlandırılan negatif defansif tıp hekimlerin hastalarıyla aralarına mesafe koyma çabası olarak tarif edilmiştir. (Hiyama ve diğerleri, 2006) Kaçınma davranışları, yüksek riskli olarak algılanan belirli hastalara hizmet sunmaktan veya bakım vermekten kaçınma çabalarını içerir. (O’Leary ve diğerleri, 2012) Negatif defansif tıp, yüksek riskli tedavilerden ve tanı testlerinden kaçınarak olası risklerden ve bir malpraktis davasına yol açabilecek kötü sonuçlardan kaçınma gibi olumlu sonuçlar doğurabilir. (Rodriguez ve diğerleri, 2007)

Negatif defansif tıbbi uygulamaların hastanın sağlığını en olumsuz şekilde etkileyen ve sağlık hizmet kalitesini düşüren bir tıbbi davranış olduğu ifade edilmiştir. (Yılmaz, Polat ve Kocamaz, 2014) Negatif defansif tıp, sağkalım açısından ve komplikasyon ihtimali açısından yüksek riskli hastalarda prosedürlerden kaçınılması olarak tanımlanır. (Delice ve diğerleri, 2019) Defansif tıp, hekimlerin özel bakıma ihtiyaç duyan yüksek riskli hastaları kabul etme eğilimini azaltır. (Moosazadeh ve diğerleri, 2014) Negatif defansif tıp, hastaları tedavi etmek için riskli işlemleri yapmaktan kaçınmayı ve yüksek riskli hastaları farklı bir sağlık merkezine yönlendirmeyi içerir. (Moosazadeh ve diğerleri, 2014) Ek hastalığı olan, komplike hastalardan kaçınmayı içermektedir. (Kakemam ve diğerleri, 2022) Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının verebildikleri sağlık hizmet standardının altında hizmet verilmesi negatif defansif tıp uygulamalarına bir örnektir. (Mansur ve Ceylan, 2021)

İran’da pratisyen hekimlere yönelik yapılan bir çalışma da negatif defansif tıbbi uygulamaların kadınlarda ve gençlerde daha çok olduğu görülmüştür. (Moosazadeh ve diğerleri, 2014) Genç hekimlerin defansif tıba daha meyilli olması mesleki deneyimin (Moosazadeh ve diğerleri, 2014) ve vaka tecrübesinin defansif tıbbi uygulamalardan &uzaklaştırdığını göstermektedir. Çalışmalarda asistan hekimlerin uzman hekimlerden, mesleki tecrübesi az olan hekimlerin, mesleki tecrübesi fazla olan hekimlerden daha fazla defansif tıp uyguladığı gösterilmiştir. (Banaz ve Yalçın Balçık, 2022) Başka bir çalışmada erkek hastalara sağlık hizmeti verilirken daha az defansif davranıldığı tespit edilmiştir. (Brateanu ve diğerleri, 2014) Japonya’da dava riskinin yüksek olması nedeniyle son 20 yılda cerrahların sayısı azalmıştır, genç doktorlar cerrahi bölümleri tercih etmemektedirler. (Nakamura ve Yamashita, 2015) Tıbbi uygulama hatası davalarının yaygınlığı, cerrahların sayısının azalmasına, yoğunluklarının artmasına yol açmıştır. (Nakamura ve Yamashita, 2015)

Doktorlar tarafından diğer uzmanlara yapılan gereksiz sevklerin defansif tıpta yaygın bir uygulama olduğu iddia edilmektedir. Bir araştırmaya katılan uzmanların %52’si hastalarını

gereksiz durumlarda başka uzmanlara yönlendirdiklerini ifade etmişlerdir. (Adwok ve diğerleri, 2013)

ABD’de beyin cerrahları ile yapılan bir çalışmada, yüksek sorumluluk tazminatları ve davalar nedeniyle bazı beyin cerrahları, daha az riskli omurga operasyonlarına odaklanmayı tercih etmektedir. Bu da beyin cerrahlarının mesleklerinden uzaklaşmasına, beyin cerrahi uzmanı olan hekim sayısının azalmasına ve sağlık hizmetlerinin zayıflamasına neden olmaktadır. (Nahed ve diğerleri, 2012)

2.4.1. Negatif Defansif Tıp Uygulama Türleri

Belirli işlem ve prosedürleri uygulamaktan kaçınmak(Studdert ve diğerleri, 2005), riskli hastalara sağlık hizmeti vermekten kaçınmak(Studdert ve diğerleri, 2005), hastaları gereksiz yere acil servislere yönlendirmek, gereksiz yere farklı hastane ve doktorlara yönlendirmek (Kakemam ve diğerleri, 2022), hastaların ve hasta yakınlarının tedavinin risklerinden dolayı gözünü korkutarak tedaviyi kabul etmemelerini sağlamak veya başka hastaneye gitmelerine sebep olmak (Yorulmaz ve Sabırlı, 2019), cerrahi müdahale endikasyonu olan hastanın cerrahi risklerden kaçınarak ilaçla tedavi edilmeye çalışılması(Şahin ve Alçalı, 2020) negatif defansif tıp uygulamaları arasındadır.

Malpraktis riskini en aza indirmek için bazı cerrahlar yüksek riskli prosedürleri ortadan kaldırmıştır. Bunu tedaviyi gizleyerek veya kullanmayarak yapmaktadırlar. (Delice ve diğerleri, 2019; Nahed ve diğerleri, 2012) Riski fazla olmasına rağmen performans puanı az olan işlemleri yapmamak negatif defansif tıbbi uygulamalardandır. (Toraman ve Çarıkçı, 2019)

Sorumluluk iddiaları nedeniyle doktorların erken emekliliği arzulamaları ve çocuklarına sağlık alanında kariyer yapmamalarını tavsiye etmeleri (Osti ve Steyrer, 2017) negatif defansif tıbbi uygulama örneği olarak verilmiştir.

Hastanın sağlık durumunun ciddiyetini abartarak daha donanımlı bir sağlık merkezinde tedaviye devam etmesini teşvik etmek veya asistan veya öğrenciler tarafından tedavi yapılması, tedavi sürecinin yavaş olması gibi yanlış bilgiler vererek hastaları tedaviye devam etmekten vazgeçirmek negatif defansif tıp örneğidir. (Eftekhari ve diğerleri, 2023) Sağlık durumunun ciddiyetini abartmak, hasta ve hasta yakınlarının klinik sonuçlara ilişkin beklentilerini azaltarak şikayet ve şiddet gibi olumsuz sonuçların yaşanma olasılığını önleyeceği iddia edilmiştir. (Eftekhari ve diğerleri, 2023)

Hastayı bir sonraki vardiyada çalışan hekime devretmek için zaman kazanmaya çalışmak, yoğun bakım yataklarının düşük riskli hastalar ile doldurulması ile yüksek riskli hastaların kabul edilmemesi ve dava açılması olasılığının düşürülmesi(Eftekhari ve diğerleri, 2023), uygulama alanının yüksek riskli tıbbi prosedürlerden kozmetik önlemler gibi daha az riskli faaliyetlere kaydırılması (Eftekhari ve diğerleri, 2023) negatif defansif tıbbi uygulama örnekleri olarak gösterilmiştir.

2.5. DEFANSİF TIP TÜRLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Defansif tıbbın tüm biçimlerindeki ortak özellik, yanlış uygulamalardan kaçınmak olarak ifade edilmiştir. (Raposo, 2019) Her iki defansif tıp türünü karşılaştıracak olursak; pozitif defansif tıp, verimsiz sağlık hizmetini ifade ederken negatif defansif tıp ise doktorların, hastalar için verimli olan sağlık hizmetini sağlamayı kabul etmediklerinde ortaya çıkar. (He, 2014) Pozitif defansif tıp, hekimlerin yasal sorumluluklarını azaltmak amacıyla ekstra testler isteyerek hastaları tedavi etmeyi, negatif defansif tıp ise riskli prosedürler uygulamak gibi durumlardan kaçınmayı ifade eder. (Thomas ve diğerleri, 2010)

Pozitif defansif tıp, sağlık hizmeti sırasında ihmal iddialarının önüne geçmek için tıbbi hizmetlerin fazla kullanımı iken negatif defansif tıp ise mesleki hata iddialarından karşılaşma ihtimalinin yüksek olduğu hastalardan kaçınma olarak tanımlanabilir. (Montanera, 2015) Negatif defansif tıbbi uygulamalar hekimleri, hastaları ve sağlık sistemini olumsuz etkilemektedir. Bu negatif yaklaşımlar sonucunda hastaların, sağlığa erişimi zorlaşmaktadır. (Montanera, 2015)

Pozitif defansif tıp, maliyet etkin olmayan, verimsiz(Kessler ve diğerleri, 2006) ve hatta zararlı olabilecek sağlık hizmetini ifade eder. Negatif defansif tıp ise faydalı olabilecek sağlık hizmetini vermeyi reddetmeyi, hekimlik alan tercihini ve meslekten ayrılmaya karar vermeyi içerir. (Kessler, 2011)

Pozitif defansif tıp, ihmal iddialarını önlemek için tıbbi hizmetlerin aşırı kullanılmasıdır. Negatif defansif tıp ise hatalı tedavi iddialarıyla sonuçlanabileceğine inanılan riskli hastalardan veya prosedürlerden kaçınılmasıdır. (Montanera, 2015) Çalışmalar, hekimlerin yanlış tedavi baskısına negatif defansif tıp ile yanıt verdiğini göstermektedir. (Montanera, 2015)

Negatif defansif tıbbın, yaygınlığı son zamanlarda hızla artmış olsa da pozitif savunmacı tıp kadar yaygın değildir. Çalışmalarda genellikle negatif defansif tıp uygulamalarının gerçek

boyutu olduğundan daha düşük çıkmıştır. Daha düşük çıkmasının sebebi hekimlerin tıbbi davalara konu olabilecek davranışları bildirme konusunda daha isteksiz olmaları olabilir. (Catino, 2011)

Negatif defansif tıbbın, hastaya zarar verme olasılığı daha yüksektir. (Bakır ve diğerleri, 2022) Negatif savunma tıbbı, pozitif defansif uygulamalara göre maliyeti daha az etkiler (Mansur ve Ceylan, 2021) ama yetersiz ve standart altı hizmet hastalara sunulmaktadır. (Ünal ve Akbolat, 2022) Negatif defansif tıp uygulamaları hasta sağlığını ve hasta memnuniyetini olumsuz etkileyebilir (Tancredi ve Barondess, 1978), ihmal nedeniyle hukuki sorumluluğa sebep olabilir. Dava edilme korkusuyla yapılan sevk işlemlerinde, sevk sırasında ortaya çıkabilecek problemler ve gecikmeler hekimi zor durumda bırakmaktadır. (Tancredi ve Barondess, 1978) Negatif defansif tıp uygulamaları, pozitif defansif tıp uygulamalarına göre daha fazla malpraktis davalarına sebep olmaktadır. (Yeşiltaş ve Erdem, 2019) Dava açma, negatif savunmacı tıpta daha yaygın olma eğilimindedir çünkü hastalar genellikle bir tıbbi hizmetin eksik olduğundan şüphelenirler. (Raposo, 2019)

Hekimin özen yükümlülüğüne ve aldığı eğitimin gerekliliklerine göre oluşan standartlar ve yapması gereken asgari tıbbi işlemler bellidir. Bu asgari tıbbi işlemlerin olması gerekenden daha az yapıldığı durumda, daha fazla yapıldığı duruma göre tespit edilmesi daha kolay olmaktadır. Dolayısıyla negatif defansif uygulamaların tespit edilmesi pozitif defansif uygulamalara göre daha kolay olmaktadır. (Mansur ve Ceylan, 2021)

2.6. DEFANSİF TIBBIN NEDENLERİ

Savunmacı tıbbın kökenleri, hukuki, ekonomik ve kültürel nedenlere dayanmaktadır. (Zhu, Li ve Lang, 2018) Defansif tıp, hekimin şikâyet, dava ve soruşturmalarla karşılaşmamak, malpraktis davasından kurtulmak (Yeşiltaş ve Erdem, 2019), tazminat ödememek, sigorta poliçe primlerini artırmamak amacıyla başvurduğu çekinik uygulamalar olarak tanımlanabilir. (Yeşiltaş, 2018) Hastalar tarafından yapılan şikâyetler birçok doktorun kendi kariyerlerini tehlikeye atmamak için savunmacı bir "strateji" benimsemesine neden olmuştur. Tıbbi uygulama hatası davası tehdidi, sağlık hizmetlerinin güvenilirliğinin artırılması önünde ciddi bir engel teşkil etmektedir. (Catino, 2011)

Defansif tıp, doktorların hastalar tarafından şikâyet veya eleştirileri önlemek amacıyla gereğinden fazla tedbir almalarını ifade eder. Bu durum, tıbbi hatalardan kaynaklanan davalara karşı oluşan korku ve endişe nedeniyle ortaya çıkmaktadır. (Toker, Shvarts, Perry, Doron ve Reuveni, 2004) Defansif tıbbın ana nedeninin olarak pahalı ve haksız malpraktis

davalarından korunmak olduğu birçok çalışmada ifade edilmiştir. (Erentuğ, 2022; Reschovsky ve Saiontz-martinez, 2008; Studdert ve diğerleri, 2005) Defansif tıp, her ülkenin tıbbi malpraktise yönelik yasal kültüründen açıkça etkilenir. (Garattini ve diğerleri, 2020) Defansif tıbbın, ihmal davaları ve mesleki hata davalarının çok olduğu ABD’de başlamış olması tesadüf değildir. (Garattini ve diğerleri, 2020) Doktorlar itirazları hafifletmek, şikayetlerden kaçınmak, uzun ve uğraştırıcı tedavi süreçlerinden kaçınmak, diğer potansiyel tehditlerden uzak durmak için savunma uygulamalarını benimsemektedirler. (Eftekhari ve diğerleri, 2023)

Doktorlar malpraktis davaları neticesinde yetersiz sigortalar, maddi olmayan sorumluluk masrafları ve itibar kaybı gibi nedenlerle mali risklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. (Kessler ve diğerleri., 2006) Malpraktis tazminatlarının ve hekimlik sigortasının artan maliyeti sağlık hizmetleri politikasında önemli tartışmalara yol açmış ve defansif tıp olgusunun ortaya çıkmasına neden olmuştur. (Rodriguez ve diğerleri, 2007) Yapılan birçok çalışmada doktorlar, malpraktis dava olasılığını defansif tıp uygulamalarının ana nedeni olarak görmektedir. (Asher ve diğerleri, 2013; Asher, Greenberg-Dotan, Halevy, Glick ve Reuveni, 2012; Elli ve diğerleri, 2013; Ortashi, Virdee, Hassan, Mutrynowski ve Abu-zidan, 2013; Panella ve diğerleri, 2017; Studdert ve diğerleri, 2005) Her yıl, 100 hekimden 2-3 tanesi malpraktis davası nedeniyle tazminat ödemektedir. (Tara F. Bishop; Alex D. Federma; Salomeh Keyhani, 2010) Malpraktis nedeniyle açılan davaların büyük bir kısmı, hekimlerin kılavuza uygun tedavi uygulamasına rağmen veya ihmal nedeniyle açılmaktadır. Hekimler malpraktis iddialarına karşı kendilerini savunmasız hissetmektedirler. (Tara F. Bishop; Alex D. Federma; Salomeh Keyhani, 2010) Tıbbi malpraktis davaları, hekimlerin ařırđ önlemler almasına ve sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır. (Kessler, 2011)

Sorumluluk riskinin daha yüksek olduğu bölgelerde çalışan hekimlerin algılanan daha büyük bir dava edilme tehdidi nedeniyle defansif tıba daha sık başvurmaktadır. (Din, Yan, Cote, Acosta ve Smith, 2017) Yazarlara göre defansif tıp, hekimlerin yasal sorumluluğunu sınırlandırmak için gereklidir. (Bean, 2016; Coates, 2002) ve bu nedenle modern tıbbın ve hukukun kaçınılmaz bir gerçeğidir. (Garattini ve diğerleri, 2020; Ortashi ve diğerleri, 2013)

Malpraktis davalarında ödenen tazminatlar, doktorların mikroekonomik kaygılarını artırdığından, çoğu doktor, hataları azaltmak için operasyonlarını ve uygulama standartlarını iyileştirmeye çalışmaktadır. (Adwok ve diğerleri, 2013)

Son 20 yılda ABD’de malpraktis davalarının sayısı azalmış olsa da, savunmacı tıp uygulaması devam etmektedir. Bu da gereksiz muayene ve testlerin, hastaların aşırı teşhis ve tedavisinin artmasına yol açan farklı sebeplerinde olduğu anlamına geliyor. (Berlin, 2017) Defansif tıp, bireysel faktörlerden çok çevresel faktörlerden etkileniyor gibi görünmektedir. (Garattini ve diğerleri, 2020) Danimarka gibi malpraktis davalarının hekimler için sorun olmadığı bir ülkede, pratisyen hekimlerin ABD’de ve İtalya’da çalışan pratisyen hekimler tarafından bildirilenle aynı ölçüde defansif tıp uyguladıklarını bildirmişlerdir. (Andersen ve diğerleri, 2021)

Malpraktis davalarının yokluğunda hekimlerin en iyi uygulamalara bağlı kalacağı varsayımı şüphelidir. (Brown, 2007) Çoğu dava tehdidinin mahkemeye sonuçlanmadığı doğrudur ve dava konusu olsa bile davaların büyük çoğunluğunda doktorlar kazanmaktadır. (McQuade, 1991) Bu durum bize doktorların asıl korkusunun davayı kaybetmek ve tazminat ödemek değil, davanın kendisi olduğunu göstermektedir. (McQuade, 1991) Malpraktis davası korkusu defansif tıbbi doğurmuşken, defansif tıp uygulaması kendi başına bir hayat sürmeye devam etmektedir. (Berlin 2017)

Defansif tıp uygulamaları, doktorların tıbbi açıdan gereksiz testler ve tedaviler talep etmesine neden olan bir endişe ve dava korkusuyla ortaya çıkmıştır. Bu uygulamaların artmasının nedenleri arasında, medyada yer alan tıbbi hataların hastaların güvensizlik duygularını tetiklemesi de yer almaktadır. (Catino, 2011) Televizyon ve gazetelerin tıbbi olayları sensasyonelleştirme eğilimi olduğu ve bu durumun sağlık çalışanlarının suçlu bulunmasına yol açtığı ifade edilmektedir. (Toraldı ve diğerleri, 2015) Tıbbi uygulama hatalarına ilişkin sensasyonel haberlerin, hekimlerin defansif tıbbi uygulamalara yönelimini artırdığı gösterilmiştir. (Hiyama ve diğerleri, 2006)

Kitle iletişim araçları ve sosyal medyada hekimlerin ve hekimlerin tıbbi uygulamalarının kötü, taraflı ve baskı altında bırakacak şekilde olması defansif tıbbi uygulamalara neden olabilmektedir. (Elli ve diğerleri, 2013) Japonya’da defansif tıp uygulamalarının artışı medyada yer alan birkaç vakadan kaynaklandığı iddia edilmiştir. Japonya’da bir kadının sezaryen doğum sırasında ölmesinin ardından malpraktis iddialarının medyada uzun süre gündem olması hekimleri malpraktis iddialarından kaçınmak için defansif tıp uygulamaya yönlendirmiştir. (Yahata, 2011)

Doktorların mükemmel olarak anılma içgüdüğü ve hastaya daha fazla yardım etme isteği de defansif uygulamalara sebep olabilmektedir. (Kolcu, 2013) Sağlık hizmetinin kalitesi ile

hastalardan gelen şikâyet ve açılan malpraktis davası arasındaki ilişki orantılı değildir. Bazen olumsuz bir durum şikâyete yol açmazken örnek teşkil edecek kadar kaliteli bir sağlık hizmeti şikâyete sebep olabilir. Hem mesleki hataların hem de şikâyetlerin doktorlar üzerindeki etkisini inceleyen birçok çalışma vardır. (Cunningham ve Wilson, 2011) Öfke, suçluluk ve depresyon, meslek pratiğinden alınan tatminin azalması ve daha sonra aynı duyguları tecrübe etmemek için daha çekinik davranma şikâyetlerin hekim üzerindeki sonuçlarındandır. (Cunningham ve Wilson, 2011) Yasal takibe maruz kalan sağlık çalışanları "klinik yargı sendromu" olarak bilinen bir dizi semptom yaşayabilirler. Malpraktis davaları ile öfke ve savunmacı davranışlar arasında bir ilişki olduğu da birçok çalışmada gösterilmiştir. (Reuveni ve diğerleri, 2017) Hastanın menfaatinin gözetilen tek menfaat olmasına rağmen dava edilme korkusu sadece paniğe değil, aynı zamanda hayal kırıklığına, strese ve endişeye yol açmaktadır. (Gomez ve Raimondo, 2013) Defansif tıbbın bir gerekçesi olarak da dava riskini abartma eğilimi kabul edilebilir. (Baicker ve diğerleri, 2015) Malpraktis davaları azaldıkça defansif tıbbın da azalması beklenebilir, ancak bunun olduğuna dair bir gösterge bulunmamaktadır. (Berlin, 2017)

ABD’de 1548 doktor ile yapılan çalışmada, defansif tıbbın nedenleri araştırılmıştır. Doktorların %78’i davalardan kaçınmak amacıyla defansif tıba başvurduklarını ifade etmişlerdir. Defansif tıbbın yeni bakım standardı haline geldiğini belirten doktorların oranı %61, hasta ve hasta yakınlarının aşırı isteklerinin defansif tıbbi uygulamalarda etkili olduğunu belirten hekimlerin oranı %59’dur. Çalışmada defansif tıbbın diğer nedenleri olarak mükemmel olma arzusu; bir tanıyı kaçırma korkusu, itibarın korunma arzusu, meslektaş baskısı belirtilmiştir. (Gamble, 2012) Meslektaşları tarafından itibarının hasar görmesi korkusu hekimler için defansif tıba motive eden etkenlerden biridir. (Assing Hvidt ve diğerleri, 2017) Hekime malpraktis nedeniyle dava açılmış olması, sorumluluk durumundan bağımsız olarak itibarı olumsuz etkilemektedir. (Keren-Paz, 2010; McQuade, 1991)

Malpraktis davalarının, anksiyete; depresyon, davranış veya kişilik değişikliklerine yol açabileceği ve mesleki kariyerlerini ve saygınlıklarını zedeleyebileceği iddia edilmiştir. (Sekhar ve Vyas, 2013) Malpraktis davalarının oluşturduğu stres bozuklukları, anksiyete ve depresyonla birlikte, uyusukluk hissi, uykusuzluk, huzursuzluk, konsantrasyon bozukluğuna sebep olabilir (McCay ve Wu, 2012) ve bazı hekimler mesleği bırakmayı bile düşünmektedir. (Ortashi ve diğerleri, 2013) Defansif tıp, stresli çalışma ortamının getirdiği tükenmişlik sendromu ile de ilişkilendirilmiştir. (Elli ve diğerleri, 2013) Meslektaşlarına açılan

malpraktis davasının olması da hekimleri defansif tıba yaklaştırır. (Moosazadeh ve diğerleri, 2014)

Defansif tıp, doktorların ve sağlık çalışanlarının güven eksikliği ile doğrudan ilişkilidir. (Studdert ve diğerleri, 2005) Hekim ile hasta ve hasta yakını arasında olan güven krizi defansif tıbbi artırmaktadır. (Garattini ve diğerleri, 2020) Hekim ile hasta arasında güven eksikliği oluştuğunda olası şikayetler konusunda endişeler artmakta ve sonuçta defansif tıp uygulamalarına yol açmaktadır. (Eftekhari ve diğerleri, 2023) Şikayetler ile defansif tıp arasındaki ilişkinin doktorların verdiği içsel tepkilerin yansıması olarak utanç duygusunda yattığını iddia eden araştırmalar vardır. (Cunningham ve Wilson, 2011)

Suçlama ve şikayet kültürü de en önemli nedenlerdendir. Suçlama kültürü, kazaya neden olan kişileri tespit etmek ve cezalandırmak üzerine odaklanırken, kazaların gerçek nedenlerini göz ardı etmektedir. Bu durum, öğrenmeyi engeller ve sağlık hizmetlerinin kalitesine zarar verir. Adil bir kültür ise hekimin kabul edilebilir ve kabul edilemez eylemler arasında ayırım yapabilmesine olanak sağlar. Suçlama kültürü yerine adil bir kültürün benimsenmesi önemlidir. (Catino, 2011) Hekimlerin defansif tıp uygulamasına neden olan faktörler arasında şikâyet edilme ve dava açılma korkusu, tazminat korkusu, psikolojik sebepler, özgüven eksikliği ve bazı hekimlerde bilgi ve tecrübe eksikliği yer almaktadır. (Moosazadeh ve diğerleri, 2014)

Şikâyet süreçleri sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi amaç edinse de istenmeyen bir sonuç olarak bazı doktorlar şikâyet edilmelerinin ardından savunmacı tıbbi uygulamalara başvurmaktadır. Bu tepki, malpraktis davalarının çok görüldüğü tazminat temelli ülkelerde görülmekle birlikte mesleki sorumluluğun olmadığı ülkelerde de görülmektedir. (Cunningham ve Wilson, 2011) Tıbbi uygulamalardan kaynaklanan şikâyet ve davaların, doktorların belirsizliği tolere etme becerilerini azalttığını ve klinik yargılarına olan güvenlerinin azaldığını belirtmektedirler. (Cunningham ve Wilson, 2011)

İşyerlerinde kınama ve suçlama kültürü, meslektaşları ve birlikte çalıştığı sağlık çalışanları tarafından suçlanacağı korkusu, mahkeme sürecinin uzun ve uğraştırıcı olması, önceki olumsuz mahkeme deneyimleri, tıbbi şikayetlerde tekdüze uygulama eksikliği, şikayet ve davaların bu davalar konusunda yetkin kurum ve mahkemeler tarafından değerlendirilmemesi, şikayetlerin birincil değerlendirmesinde sistem eksikliği, doktorların bilimsel olarak temelsiz ve haksız olarak suçlanması, hekimlerin hukuki süreçler hakkında

yeterince bilgi sahibi olmaması, (Eftekhari ve diğ erleri, 2023) defansif tıbbi uygulamaların yaygınlaşmasının nedenlerindendir.

Hekimlerin çoğı zaman yapmadıkları veya eksik yaptıkları işlerle, vermedikleri tedaviler ile suçlanması( ncel, 2022) hekimleri pozitif defansif tıba yani daha fazlasını yapmaya yönlendirmektedir. Ülkemizde şikayetler mahkemeler aracılığıyla ve SAB M, C MER gibi uygulamalar üzerinden alınabilmektedir. SAB M ve C MER iletişim merkezleri olmasına rağımen daha çok şikayetler için kullanılmaktadır. SAB M'e gelen şikayetlerin incelendiğı çalışmalarda en çok şikayet edilen meslek grubunun hekimler olduğı ve şikayetlerin konuları incelendiğinde tıbbi uygulama hatası iddiasının en sık şikayet konusu olduğı görülmüştür. (Yeşiltaş ve Erdem, 2019)

1972 yılında yapılan defansif tıp konusunda yapılan ilk çalışmalardan birinde toplanan veriler, hekimlerin büyük bir çoğunluğunun, dava a maya daha meyilli olduğunu düşündükleri bir hastayla, muhtemelen en azından sınırlı  l de çalışmaya ve hizmet vermeye başlayacağını göstermektedir. (Hershey, 1972)

Bazı doktorlar, hastaların kişiliklerinin veya sosyal ilişkilerinin belli yönlerinin, sorumluluk değıerlendirmelerini etkileyebileceğini düşünmektedir. Bazı doktorlar nevrotik olarak tanımladıkları hastaları daha riskli olarak değıerlendirebilir ve tedavilerini hastanın ruhsal durumuna göre değıistirebilir. (Hershey, 1972) Doktordan doktora dolaşan hastalar veya psikonevrotik hastalara yönelik endişeler bu hastalardan uzaklaşmaya neden olmaktadır. (Hershey, 1972) Sorumluluk konusunda endişe uyandıran diğıer bir hasta grubu, saldırgan, talepkâr, kavgacı ve düşmanca olarak tanımlanan hastalardır. (Hershey, 1972) Bazı doktorlar belirli etnik gruplara ve sosyal sınıflara karşı temkinli olurken, azınlık grupların genel olarak şüpheli g r ld ğı iddia edilmiştir. (Hershey, 1972)

 nceki deneyimlere dayanarak şiddetin muhtemel olduğı alanlarda ve bölgelerde hekimlik yapmaktan kaçınmak, kamuoyunun önemli  l de ilgisini çeken ünlüler ve siyasetçiler gibi hastaların kabul edilmemesi defansif tıp örneklerindendir. (Eftekhari ve diğıerleri, 2023) Agresif ve şiddete meyilli hastalar ile muhatap olmamak içinde hasta talepleri yerine getirilmekte ve defansif tıba başvurulmaktadır. (şahin ve Alcalı, 2020) Oldukça yaygın görülen sağııkta sözlü şiddetin ve fiziksel şiddetin defansif tıbbi uygulamaların önemli bir sebebi olduğı belirtilmiştir. (Kara, 2020; Yeşiltaş ve Erdem, 2018)

Doktorlardan beklentilerin artması, dini inançların zayıflaması ve bunun sonucunda ölümün normal bir süreç olarak kabul edilmesine dair düşüncelerin zayıflaması, hastaların sağıık

okuryazarlığı ve farkındalık düzeyindeki göreceli bir artış, yanlış bilginin hızla yayılması, avukatların hastaları şikayet etmeye yönlendirmeleri, tazminat almak için şikayetlerin artması, özellikle taşrada, küçük şehirlerde, kırsalda yanlış uygulama karşısında toplum baskısı ile yüzleşme, sosyal medyada ve ulusal medyada hekimlerle ve sağlık hizmetleri ile ilgili konuların yanlış, eksik, çarpıtılarak yayınlanması, medyada görünürlüğü olan, etki alanı olan insanlara yapılacak tıbbi işlemlerde ekstra hassasiyet gösterilmesi defansif tıbbın hasta ve toplum kaynaklı nedenlerindendir. (Eftekharî ve diğerkleri, 2023)

Defansif tıbbın sosyal sebepleri, hasta-hekim ilişkili sebepleri bulunmaktadır. Hekimlerin iletişim becerilerinin yetersiz olması, hasta-hekim ilişkisinde paternalist yaklaşımın kaybolması ve her tıbbi prosedür için aydınlatılmış onam alınması gerekliliğı, hastaların klinik kararlara müdahale eden talepleri, bilimsel yetersizliğı ile suçlanmaya ilişkin endişeler bunlardandır. (Eftekharî ve diğerkleri, 2023)

Malpraktis davalarıyla karşı karşıya kalma korkusuyla uygulanan defansif tıp, dava tazminatlarının yanı sıra itibarlarının zedelenmesi ve kariyerlerinin tehlikeye girmesi nedeniyle de başvuruolan bir davranıştır. (Catino, 2011) Hekimler stresli çalışma koşulları nedeniyle tıbbi uygulama hatalarının 'ikinci kurbanları' olarak tanımlanmaktadır. (Garattini ve diğerkleri, 2020) Defansif tıp, tıbbi hata yapmaktan endişe duyan hekimlere bazı psikolojik faydalar sağlayabilir. (Garattini ve diğerkleri, 2020) Hastaların farkındalığı ve olumsuz eleştiri ve reklam korkusu da defansif tıp nedenleri arasında olduğı doktorlar tarafından belirtilmiştir. (Moosazadeh ve diğerkleri, 2014)

Hastaların farkındalığı ve olumsuz eleştiri ve reklam korkusu da defansif tıp nedenleri arasında olduğı doktorlar tarafından belirtilmiştir. (Moosazadeh ve diğerkleri, 2014) Sağlık kurumunun bulunduğı konumun sosyolojik yapısı hekimleri defansif tıba yönlendiren etkenlerdendir. (Cervellin ve Cavazza, 2016) Özellikle kırsal bölgelerde ve küçük şehirlerde, insanların tıbbi hatalara veya komplikasyonlara karşı aşırı tepkiler vermesi de kültürle bağlantılıdır. Hekimlerin kişisel özellikleri, risk almaktan kaçınmalarına ve savunmacı uygulamalara yönelmelerine neden olabilir. (Epstein, 1976)

Modern toplumun ölüm ve hastalıklara karşı tolerans eksikliği olduğı iddia edilmiştir. Ölüm artık bir hastalığın sonucu değil, önlenebilir bir komplikasyon olarak görölmektedir. (Vento ve diğerkleri, 2018) Bu durum hasta beklentilerinin ve hasta davranışlarını değiştirmiştir. Doktorun bir hasta için gerekli testlerin türünü belirleme konusundaki eski mutlak otoritesi, hastaların kendi sağlık bakım ihtiyaçlarına karar verme konusunda giderek daha fazla

yetkilendirilmesiyle bozulmuş olabilir. (Adwok ve diğerleri, 2013) Pek çok hasta, doktorlarından randevu almadan önce şikayetleri, tanı ve muhtemel tedavileri hakkında internette araştırmalar yapmakta ve hastalıkları ya da rahatsızlıkları için gerekli testler ve tedaviler hakkında yanlış veya eksikte olsa bir takım bilgilerle donanmış olarak kliniğe gelebilmektedir. (Adwok ve diğerleri, 2013) Hollanda’da yapılan çalışmada sırasıyla hasta talebi, dava korkusu ve klinik belirsizlik defansif tıbbın en sık nedenleri olarak görülmüştür. (Veldhuis, Wigersma ve Okkes, 1998) Zorlayıcı hastaların defansif tıba yönlendirdiği düşünülmektedir. İyi eğitilmiş, kendini ifade edebilen ve küçük sağlık sorunu olan genç hastaların sorunları özellikle zorlu bir hastayı oluşturmaktadır. (Assing Hvidt ve diğerleri, 2017) Doktorlar, "muhtemelen bakımımızı standartların altında olarak algılayacak ve şikâyet edecek" kaygısıyla gereğinden fazla tanı testlerine ve tedavilere başvurabilmektedir. (Berlin, 2017)

Mesleki standartlardan sapmalar sıklıkla hastalara iyilik yapma isteğiyle (Veldhuis ve diğerleri, 1998) ve doktor-hasta ilişkisindeki sorunları önlemeye yönelik genel bir istekle açıklanmıştır. (Andersen ve diğerleri, 2021) Daha önce komplikasyonları meydana gelmiş hastaların, eski doktorundan memnuniyetsizliğini ifade eden hastaların, adli vakaların, uyumsuz ve talepkâr görülen hastaların ve hasta yakınlarının hekimleri daha defansif davranmaya yönlendirdiği belirtilmiştir. (Studdert ve diğerleri, 2005) Her zaman zor ve talepkar hastalar ve hiç şüphesiz aynı derecede zor doktorlar olmuştur. Ancak zor hastaların defansif tıbbi artırdığı da bilinen bir durumdur. (McQuade, 1991)

Yapılan defansif işlemin birçok sebebi olabilir. Bunlardan birisi de hastane geliridir. Özellikle özel hastanelerde hastane gelirini artırmak için tıp etiğini yok sayarak gereksiz tetkikler istenebilmektedir. Kamu hastanelerinde de benzer bir durum olabilir. (Studdert, Mello, Phil ve Brennan, 2010) Maliyetlerin yüksek olması nedeniyle bazı tanı testlerinin ve bazı damar içi uygulanan ilaçların yatış verilerek yapılması pozitif bir defansif tıp uygulamasıdır. (Demir, 2019) Defansif tıp uygulanmasının buradaki sebebi hastanenin tedavi kaynaklı oluşan masrafını azaltmaktır.

Hasta yoğunluğunun arttığı yerlerde gün geçtikçe daha fazla hastayı, daha kısa sürede teşhis ve tedavi etmeye çalışmak düşük iş tatminine ve defansif tıbbi uygulamalara sebep olmaktadır. (Garattini ve Padula, 2020) Yoğun çalışma saatleri, hasta yoğunluğunun fazla olması, muayene sürelerinin kısıtlı olması ve hastalara yeteri kadar zaman ayrılamaması, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerinde doktor ihtiyacından dolayı

yeterliliği olmayan asistan hekimlerin tek başına hasta bakmak durumunda kalmaları defansif tıbbi uygulamaları artırmaktadır.

Mesleki sorumluluk sigortasının hekimler için bir güvence oluşturduğu ve defansif tıp uygulamalarının azalmasını sağladığı ifade edilmiştir. (Savaşkan ve Korkmaz, 2023) Ancak ABD'de tıbbi mesleki sorumluluk sigortası primleri 2000 sonrası hızla artmıştır. Bu da doktorların tıbbi hatalardan kaçınmak için savunma amaçlı tıbbi uygulamalara yönelmelerine neden olabilir. (Kessler ve diğerleri, 2006) Zorunlu mesleki sorumluluk sigortaları için ödenen miktarın artırılmamak istenmesi de defansif tıbbi uygulamaların nedenleri arasında gösterilmiştir. (Mansur ve Ceylan, 2021) Pennsylvania'da sorumluluk sigortası için en çok ödeme yapan hekimler arasında defansif tıbbin oldukça yaygın olduğu gösterilmiştir. (Studdert ve diğerleri, 2005)

Hooe ve arkadaşları çalışmalarında akademisyen olan cerrahların daha az tetkik istediklerini göstermişlerdir. (Hooe ve diğerleri, 2014) Akademisyen olmayan ortopedistlerin defansif nedenlerle USG isteme olasılığı %19,6, BT isteme olasılığı ise %12,9 daha fazla olduğu görülmüştür. (Hooe ve diğerleri, 2014) Bu veriler, daha deneyimli ve daha bilgili hekimlerin defansif tıbbi uygulamaları daha az kullandığını göstermektedir. Doktorların yeterliliğe ulaşması ve bunu sürdürmesi oldukça zordur. Zamanla, eğitim ve deneyimle klinik ve teknik becerileri gelişir. (McQuade, 1991) Kendini yetersiz hissetme durumu kontrol edilemez bir kaygı ve strese neden olabilir. (McQuade, 1991) Mesleki tecrübesi az olan doktorlar, acil servis gibi yüksek riskli ortamlarda çalışan doktorlar malpraktise karşı koruyucu bir kalkan olarak defansif tıbbi uygulamalara başvurumaktadırlar. (Adwok ve diğerleri, 2013) Yüksek riskli uzmanlık alanlarındaki hekimlerin, daha düşük riskli uzmanlık alanlarındakilere kıyasla tıbbi açıdan gereksiz tedaviyi daha sık kullandığı farklı çalışmalarda da ortaya çıkmıştır. (Baicker ve diğerleri, 2015) Özellikle kadın doğum, radyoloji ve beyin cerrahisi gibi yüksek riskli uzmanlık alanlarındaki hekimlerin, gereksiz tedavi uygulama konusunda daha aktif olduğu aynı çalışmada görülmüştür. Bu uzmanlık alanlarındaki hekimlerin %69'u gereksiz tanı ve tedavi yöntemlerine başvurduklarını yazdıklarını bildirmiştir. (Baicker ve diğerleri, 2015) Obstetrik alanında, malpraktis sorumluluğuna ilişkin endişeler sağlık hizmeti sunumundaki değişikliklere neden olmaktadır. ABD'de eyaletlerin malpraktis tazminatlarının 100.000 doları aştığı durumlarda sezaryenle doğum insidansı daha yüksektir. (Nahed ve diğerleri, 2012) Sezaryen oranının sorumluluk reformuyla azaldığını gösteren çalışmalarda mevcuttur. (Sloan ve Shadle, 2009) Malpraktis davalarının artması, sezaryen doğumların artmasına sebep olabilir. (Brown, 2007) Ancak gereksiz ya da istenmeyen sezaryenlerin sadece küçük bir yüzdesi dava baskısından kaynaklanmaktadır. (Brown, 2007)

Sezaryen oranlarında bölge farkı da ön plana çıkmaktadır ve hasta talebi ile yapılan sezaryen sayısı da oldukça fazladır. (Brown, 2007)

ABD’de beyin cerrahi uzmanları ile yapılan bir çalışmada hekimlerin %89.2’si, defansif tıp uyguladıklarını belirtmişlerdir. (Din ve diğerleri, 2017) Bu oran Hollanda’da çalışan beyin cerrahları arasında ise sadece %6,7 olarak kaydedilmiştir. (Yan ve diğerleri, 2017) Bu farklılık, uzmanlık alanlarının farklı ülkelerde, farklı çalışma şartlarında, farklı yasalar altında defansif tıbbi uygulama oranlarının değiştiğini göstermektedir.

Gelenekselleşmiş klinik alışkanlıkları o kadar yerleşik hale gelmiştir ki, hekimler bunları yaparken asıl motivasyonun artık farkında değildirler ve bu tür uygulamaların tıbben doğru olduğuna inanmaya başladıkları belirtilmiştir. (Asher ve diğerleri, 2007; Congress, 1994)

Dava edilme korkusu, Malpraktis davalarını önlemek için hekimleri yazılı olmayan klinik standartları benimsemeye sevk edebilir. Bu standartlar tıp fakültesi ve ihtisas programlarında öğrenilebilir ya da bir klinisyenden diğerine gayri resmi olarak yayılabilir. (Brilla, Evers, Deutschländer ve Wartenberg, 2006) Savunmacı uygulama ihtiyacı bir kez yerleştiğinde hekimlerin davranışlarında, savunmacı uygulamaların benimsenmesi nispeten rutin olarak gerçekleşebilir. (Brilla ve diğerleri, 2006) Birkaç doktor defansif tıbbin dayattığı gibi davranmaya başlar ise geri kalanı bu davranışı uygulamak için kendilerini baskı altında hissedeceklerdir. Makul davranışlar yerine alışlagelmiş yanlış davranışlar geçerli olacaktır. (Raposo, 2019) Tıp öğrencileri ve asistanları genellikle kurumun resmi müfredatının dışında bilgi edinir, becerilerini geliştirir ve tutumlarını şekillendirir. Resmi olmayan müfredat, öğretim üyeleri ve öğrenciler arasında gerçekleşen, yazılı olmayan, ağırlıklı olarak geçici ve kişilerarası usta-çırak ilişkisi içerisinde öğrenme biçimini temsil eder. (O’Leary ve diğerleri, 2012) Defansif tıp, nesilden nesile eğitim yoluyla aktarılmıştır. Genç hekimlerin eğitiminde erken dönemde tanıtılmaktadır ve rutin bir uygulama gibi gösterilmektedir. (Berlin, 2017) Ne kadar çok doktor tahmin değerleri olmayan testleri isterse, bu tür defansif uygulamaların yasal bakım standardı haline gelme olasılığı artacaktır. (Berlin, 2017). Çalışmalar bu yeni özen standardının kötü sonuçlara yol açtığını göstermektedir. (Raposo, 2019) Öğrenci ve asistanlara klinik kararlar verirken malpraktis sorumluluğunu da dikkate alması gerektiği öğretilmektedir. (Vento ve diğerleri, 2018)

Tıbbi hata açısından yüksek riskli uzmanlık alanlarındaki hekimler tıbbi-yasal riski azaltmak için tıbbi uygulamalarını değiştirmişlerdir. (Nahed ve diğerleri, 2012) ABD’deki çalışmada cerrahi bölüm asistanları, dahili bölüm asistanlarına kıyasla daha fazla negatif defansif tıp

uygulamasını deneyimlediklerini bildirmiştir. (O'Leary ve diğerleri, 2012) Cerrahi bölüm asistanlarının, dahili bölüm asistanlarına göre daha fazla hocalarının kendilerine açık bir şekilde tıbbi uygulama endişelerini dikkate almayı öğrettiğini bildirmiştir. (O'Leary, Choi, Watson ve Williams, 2012) Asistan hekimlerle yapılan bir çalışmada, asistan hekimlerin çoğunun mesleklerinden ve uzmanlık alan seçimlerinden memnun olmadıkları görülmüştür. Aynı zamanda yüksek tükenmişlik düzeylerine sahip oldukları ve bu psikolojik yorgunluğun defansif tıbbi uygulamalara neden olduğu tespit edilmiştir. (Göçen ve diğerleri, 2018) Ülkemizde yapılan çalışmada hekimlerin pozitif defansif tıp uygulama oranı %98, negatif defansif tıp uygulama oranı ise %92 olarak bulunmuştur. (Göçen ve diğerleri, 2018)

Genç hekimler hastaları veya meslektaşları tarafından baskı altında hissedebilirler. (Arafa ve diğerleri, 2023) Türkiye'de spor hekimleri ile yapılan bir çalışmada daha genç ve deneyimsiz hekimlerin defansif tıp hakkında daha çok bilgi sahibi olduğunun gösterilmesi (Ercan, Canbulut, Tolga Acar, Arslan ve Çetin, 2021) de bununla ilgili olabilir. Hekimlerin eğitimi ve çalıştıkları sağlık sistemleri de savunmacı uygulamalara neden olabilir. (Brateanu ve diğerleri, 2014)

Defansif tıbbın tıp eğitimi kaynaklı sebepleri bulunmaktadır. Yeterli teorik ve pratik becerinin yetersiz oluşu, kanıta dayalı eğitimlerin ve klinik akıl yürütmenin yetersiz olması hastalıklara ilişkin tanı ve tedavi kılavuzlarının bulunmaması ya da güncel olmayışı, eğitim materyallerinde ve bölüm kitaplarında sosyal endikasyon adı altında defansif yaklaşımların önerilmesi, yoğunluk nedeniyle hasta muayenesine yeterli zaman ayrılamaması, eğitim kliniklerinde defansif yaklaşımların rutin haline gelmesi tıp eğitimi kaynaklı defansif tıp sebepleri arasındadır. (Eftekhari ve diğerleri, 2023) Yoğun çalışma saatleri, hasta yoğunluğunun fazla olması, muayene sürelerinin kısıtlı olması ve hastalara yeteri kadar zaman ayrılamaması, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerinde doktor ihtiyacından dolayı yeterliliği olmayan asistan hekimlerin tek başına hasta bakmak durumunda kalmaları defansif tıbbi uygulamaları artırmaktadır.

ABD'de tıp fakültesi öğrencilerine ve uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlere yönelik yapılan çalışmada öğrencilerin %92'si ve asistan hekimlerin %96'sı defansif davranışlara tanık olmuş ve öğrencilerin %34'ü ve asistanların %43'ü hekimlerin tıbbi sorumluluk riski korkusuyla hastalara hizmet vermekten kaçındığını belirtmiştir. (Berlin, 2017; O'Leary ve diğerleri, 2012b) Aynı çalışmada 121 tıp öğrencisinden 50'si (%41) ve 68 asistan doktordan 36'sı (%53), kendilerine klinik kararlar verirken güvenilirliği hesaba katmayı öğrettiklerini bildirmiştir. (O'Leary ve diğerleri, 2012b) Hastaların beklentileri ve eleştirileri doktorlar için

büyük bir kaygı sebebidir. Tıp eğitiminin ve tıpta uzmanlık eğitiminin yetersizliği de bu kaygıyı artıran sebeplerden biridir. Kaygı ve stres durumu defansif tıbbi uygulamalara yönlendirmektedir. (McQuade, 1991) Hastaların beklentilerini karşılama, güvenlerini koruma ve tartışmadan kaçınma isteği defansif tıba yönlendirir. Çalışmalar birçok hastanın doktora giderken belirli testler yaptırma beklentisi içinde olduğunu göstermiştir. (Merenstein, Daumit ve Powe, 2006)

İstenen gereksiz testler bazen hastaları yatıştırmak için yapılmaktadır. (Merenstein ve diğerleri, 2006) Bazen zaman kazanmak için yapılan tanısal testler de olabilmektedir. Ancak bu durum bilgi ve tecrübe eksikliği kaynaklı olabilir. Hekimlerin kötü tıbbi uygulamayı öğrendikleri yerlerden birinin de ihtisas programları olduğu iddia edilmiştir. (Brateanu ve diğerleri, 2014) Savunmacı tıp artık her eğitim ve deneyim seviyesindeki hekimin karar verme sürecini etkilemektedir. (Gomez ve Raimondo, 2013) Bulunduğu klinik ortam ve bu kliniklerde şef konumunda olan doktorların yaklaşımları diğer doktorları defansif davranmaya itebilir. (Studdert ve diğerleri, 2010) Eğer daha fazla doktor bir yerine iki muayene yapmaya başlarsa, bu yeni bakım standardı haline gelecektir. (Raposo, 2019)

Danimarka'da pratisyen hekimlerle yapılan çalışma da en sık defansif tıbbi uygulama nedenleri %37 ile hasta etkisi ve hasta talebi, %31,9 ile ciddi bir hastalığı gözden kaçırma endişesi olarak belirtilmiştir. (Andersen ve diğerleri, 2021) Hekimler, biyomedikal ürün üreticilerinin agresif pazarlama faaliyetlerinin ve sağlık konularında giderek daha bilgili hale gelen hastaların taleplerinin baskısı altındadır. (Adwok ve diğerleri, 2013) Bazı tıbbi hizmetler daha fazlasını almaya hevesli hastalar tarafından talep edilmektedir, çünkü onlar daha fazla sağlık hizmetinin daha iyi bakım anlamına geldiğini düşünmektedirler. (Raposo, 2019) Doktorlar görüntüleme testleri konusunda çok fazla baskı altında olduklarını düşünmektedirler ve bu sebeple yanlış olduklarını düşündükleri birçok testi istediklerini belirtmişlerdir. Bu bireysel olarak hekimin probleminden ziyade sistemin bir sorunudur. (Kanzaria ve diğerleri, 2015)

Tanı ve tedavi seçeneklerindeki gelişmelerle birlikte hastalıklarla ilgili kamuoyunun artan bilgisi, toplumun, hastaların ve hasta yakınlarının sağlık sisteminden ve sağlık hizmetinden beklentilerinin artmasına yol açmış olabilir. Hekimler genellikle tıbbi olarak gerekli görülmeyen belirli eylemlere yönelik beklentilerle karşılaşır. (Andersen ve diğerleri, 2021) Pozitif defansif tıp vakalarında, hastalar kendileriyle ilgilenildiğine inandırılmaya çalışılmaktadır. (Raposo, 2019)

Doktorların neden defansif tıba başvurduklarını anlamak için öncelikle modern tıp uygulamalarının altında yatan kuralları ve bu kuralların hekimler ve toplum tarafından nasıl anlaşıldığını göz önünde bulundurmak gereklidir. (Cunningham ve Wilson, 2011)

ABD’de acil servislerde hastaya tanı koyma oranlarında anlamlı bir artış olmamasına rağmen ileri görüntülemenin kullanımında ciddi bir artış olmuştur. Bunun nedenleri çok boyutludur. Yanlış tedavi korkusu, kesin teşhis arzusu, klinik kararın ve rutin uygulamanın olmaması, muayene yoğunluğunun artması ve çeşitli mali teşvikler nedenler arasındadır. (Kanzaria ve diğerleri, 2015) Bir hekimin, hastalarını müşteri olarak gören kâr amacı güden işletmelerle ekonomik bağları varsa, hastalarına güvenilir bir hekim olarak hizmet vermesi zorlaşmaktadır. (Furrow, 1987) Bazı kurumlardaki teşvik sistemleri, hekimin istediği tetkiklere ve yaptığı işlemlere bağlıdır. (Furrow, 1987)

Çin’de defansif tıp konusunda yapılan bir araştırma hastalardan gelen şiddet tehditlerinin hekimlerin defansif uygulamalarının başlıca nedenlerinden biri olabileceğinden bahsetmektedir. (He, 2014) Sağlık işyerlerinde sözlü şiddet ve fiziksel şiddet dünya çapında sağlık sistemleri için endişe verici bir sorundur. (Arafa ve diğerleri, 2023) Şiddet olayları sağlık çalışanlarının hem fiziksel hem psikolojik refahını engellemektedir ve sağlık hizmetlerini sağlama imkanlarını azaltmaktadır. (Arafa ve diğerleri, 2023) Şiddet olayları ve şiddetten kaçınma isteği doktorları defansif davranmaya yönlendirmektedir.

Çin’de hastaneler gelirlerini artırmak için doktorları daha fazla tanısal test istemeye, gereksiz ilaçlar reçete etmeye teşvik etmektedirler ve birçok hastane doktorlara komisyon teklif etmektedir. (He, 2014) Doktorların gelirlerinin yaklaşık yarısının ek ödeme şeklinde olması ve bu ek ödemelerin hastane bütçesinden kaynaklanması doktorları ekstra tetkik, tedavi gibi hizmetler vermeye yönlendirmektedir. (He, 2014) Hizmet karşılığı ücret sistemi doktorları defansif tıbbi uygulamalar konusunda teşvik etmektedir. (Congress, 1994) Muayene edilen hasta sayısının artırılması ve hastaya yapılan tıbbi işlemlerin artması ile doktorlara verilen primlerin ve ek ödemelerin artması şeklindeki performans odaklı sistem defansif tıp uygulama nedenleri arasında kabul edilmektedir. (Sekhar ve Vyas, 2013) Doktorlar bazen gereksiz testler istediklerinde ve gereksiz işlemler yaptıklarında mali olarak ödüllendirilmektedirler. (Klingman ve diğerleri, 1996) Hekimlerin kararlarında ekonomik çarpıklıklar da dünya çapında meydana geliyor. Hekimler iyi para kazandıran faaliyetlerle meşgul olma ve gelirlerini düşüren faaliyetlerden kaçınma eğiliminde oldukları iddia edilmiştir. (Chen, 2007) Hastanelerin çoğunun devlete ait olduğu Çin’de doktorların temel maaşı oldukça düşüktür buna karşılık doktorlara yaptıkları işlemler karşılığında maaşlarının

birkaç katına varan ciddi ek ödemeler yapılmaktadır. Özellikle yüksek teknoloji BT ve MRI gibi görüntülemeler doktorların gelirleri açısından oldukça fayda sağlamaktadır. (Chen, 2007) Doktorları, ek ve gereksiz testler istemeye, işlemler yapmaya teşvik eden bu tıp etiğini yok sayan tutumdur. Doktorları bu yöntemi kullanmaya yönlendiren sağlık sistemi hekimlik mesleğinin itibar ve saygınlığına zarar vermektedir. (Chen, 2007) Hizmet başına ücret sistemleri sağlık sistemlerinin kalitesinde bozulmayı artıran bir etkidir. (Garattini ve Padula, 2020) Doğru ve kaliteli sağlık hizmetini vermek hekimlerin temel motivasyonu olmalıdır, mevcut performans sistemlerinin tıp etiğine zarar verdiği iddia edilmektedir. (Garattini ve Padula, 2020)

Türkiye’de performansa dayalı teşvik sistemi defansif tıbbi uygulamaların nedenleri arasında sayılabilir. Bu teşvik puan sistemi hesaplanırken işin niteliği ve süresi çoğunlukla önemli değildir. Ve özellikle cerrahi bölümlerde zor, uzun süren, yorucu ve az teşvik puanı getiren cerrahi işlemler yerine daha kısa süren ve kolay işlemler tercih edilebilir. Böylece hekimler uzun süren ve karmaşık ameliyatlardan kaçınarak negatif defansif tıp uygulayabilirler. (Solaroglu ve diğerleri, 2014) Aynı şekilde fazla teşvik puanı getirecek işlemleri gereksiz olarak uygulayarak ve tıp etiği ile hasta haklarını yok sayarak pozitif defansif tıp uygulayabilirler.

Hastanın kapsamlı bir sağlık sigortasına sahip olduğu durumda, hekim genel olarak maliyetlere bakılmaksızın hastalık ve ölüm risklerinde azalma sağlayan tüm teşhis ve tedavi müdahalelerini yapmaya motive olacağı düşünülmektedir. (Chen, 2007) Hastaların sigortalılık durumu da sağlık kaynaklarını kullanma isteğini artırmıştır. Yapılan araştırmalarda özel sigortalı hastaların hastanelerde daha uzun süre kaldıkları ve tıbbi tanı testi yapıldığı görülmüştür. (Sekhar ve Vyas, 2013) Bununla beraber harcamaları azaltmaya ve kaynakların etkili kullanımını en üst düzeye çıkarmaya yönelik ekonomik kaygı, klinik karara etki edebilir ve bu durum hastanın en iyi sağlık hizmeti almasına engel olabilir. (Chen, 2007)

Klinik kılavuzların olmaması veya hekimlerin klinik kılavuzlara güvenmemesi de defansif uygulamaların nedenleri arasında gösterilmiştir. İsrail’de KBB uzmanı hekimlerle yapılan bir çalışma da hekimlerin %76’sını klinik kılavuzları takip etmediklerini söylemişlerdir. Bu çalışmada KBB uzmanı hekimlere sağlıklı olan ve tedaviye uyumu yüksek olan hastalara yapılacak tonsillektomi ve adenoidektomi öncesi PT/PTT(kan pıhtılaşma zamanı) laboratuvar testlerini neden istedikleri sorulmuş. Hekimlerin yaklaşık %45’i defansif gerekçelerle bu testleri istediklerini ifade etmişlerdir. (Toker, Shvarts, Perry, Doron ve

Reuveni, 2004) Özellikle dava sayısındaki artış, doktorların savunmacı davranış sergilemelerine ve kılavuz uyumunun azalmasına yol açmaktadır. (Toker ve diğerleri, 2004) Kılavuzların hekim davranışlarını değiştirmedeki etkisinin sınırlı olduğu görülmüştür. (Cabana ve diğerleri, 1999) Kılavuzları takip etmenin ve kılavuz önerilerini uygulamamanın sebebi hekimlerin kılavuzlara uymanın malpraktise yol açabileceği düşüncesinden kaynaklanmaktadır. (Tara F. Bishop; Alex D. Federma; Salomeh Keyhani, 2010) Bir başka çalışmada ise katılımcı olan hekimlerin %41'i klinik kılavuzlara uymanın hekimleri yasal sorunlardan koruyacağını düşünürken %37'si klinik kılavuzların malpraktis ihtimalini artıracığını düşünmektedir. (Pelly, Liza, Fiona, Sally ve Adrian, 1998) Klinik muhakeme yerine listeler, kılavuzlar ve diğer yaklaşımların kullanılması, hastaların karmaşık sunumunu ve klinik yargının doğasını anlamama riskini taşıyacağı iddia edilmiştir. (Finucane ve diğerleri, 2022) Kılavuzlarda sıkı bir şekilde belirlenmiş prosedürler doktorları prosedürlerden sapma konusunda savunmasız bıraksa da, en iyi olduğu kanıtlanmış tıbbi işlemlerin belirlenmiş olması kamu yararınadır. (Mohr, 2000)

Malpraktis davalarına bakan avukatlar ile yapılan bir çalışma da ise davaların sadece %6'sında klinik kılavuzların önemli olduğu ve referans olarak kullanıldığı görülmüştür. (Pelly ve diğerleri, 1998) Klinik kılavuzlara uygun hareket etmenin dava açılmasını engellemediği iddia edilmiştir. (Pelly ve diğerleri, 1998) Doktorların kılavuzlara uymamasının sebepleri arasında farkındalık eksikliği, yetersizlik, aşinalık eksikliği, anlaşma eksikliği, sonuç beklentisi eksikliği, önceki uygulamaların ataleti gibi çeşitli engellerden bahsedilmiştir. (Cabana ve diğerleri, 1999)

Hasta şikâyeti sonrasında hekimlerde utanç ve başarısızlık duygusu oluşabilmektedir. Bu durum şikâyetin oluşmaması için hastadan kaçınma davranışı ile sonuçlanabilmektedir. (Andersen ve diğerleri, 2021) Aynı zamanda meslektaşlarının şikâyet edilmesi ve dava süreçlerinin olması da hekimleri daha tedbirli davranmaya ve defansif tıbbi uygulamalara yönlendirmektedir. (Moosazadeh, Movahednia, Movahednia, Amiresmaili ve Aghaei, 2014)

Teknolojinin fiziki muayenenin yerini alması, hastaların doğru şekilde yönlendirileceği yeterli bir sevk sisteminin olmaması, mevzuatta tıbbi sorumluluğun net sınırlarının gösterilmemesi, toplumun beklentilerinin yüksekliği, donanımlı hastanelerdeki eğitim sürecinden sonra taşrada düşük imkanlarla hekimlik tecrübesi, meslektaşlar arasındaki suçlama kültürü, önceki dava tecrübeleri veya bu tecrübeyi dinlemek, adli makamların malpraktis konusunda tecrübesiz olmaları, kılavuzlara güvenmemek, hasta ve hasta yakınları ile doktorlar arasındaki karşılıklı güvenin zayıflaması, doktorun takıntılı ve şüpheli kişiliğe

sahip olması, tıbbi müdahalenin sonuçları ve test sonuçlarının güvenilirliği konusundaki belirsizlik defansif tıbbi uygulama nedenlerindendir. (Eftekhari ve diğerleri, 2023)

2.7. MALPRAKTİS İLE DEFANSİF TIP SARMALI (MALPRAKTİS - DEFANSİF TIBBİ UYGULAMA – MALPRAKTİS)

Defansif tıbbi uygulamalar, malpraktis davalarından korunmak amacıyla yapılmasına rağmen hekime hukuki sorumluluk yüklemektedir. (Şahin ve Alcalı, 2020) Defansif tıp, malpraktis davalarının artışı ile ilişkilendirilmiştir. (Zhu ve diğerleri, 2018) Dünya Tabipler Birliği, Marbella Bildirgesi ile *“Artan davalar karşısında defansif tıp uygulamalarının dolaylı olmayan sonuçlarının dava konusu olduğunu ve defansif tıp uygulamalarının çeşitli yönleri konusunda tarafların uyarılması”* gerektiği ifade edilerek defansif tıbbın malpraktis davalarını artıran bir etken olduğu belirtilmiştir. (Kahyaoğlu Khalil, 2022)

Defansif tıp, hekimlerin kendini koruma ve öncelikle kendi yararına iş yapma içgüdüleriyle yapılan uygulamalar olarak kabul edilebilir. (Baungaard ve diğerleri, 2022) Doktorların hastaları koruduğu görülmezse birçok hasta kendini koruma ihtiyacı hissedecektir. Bu potansiyel olarak daha az dava yerine daha fazla davaya yol açabilir. (Bester, 2020)

Dava korkusu, doktorları ek davalar açılmasına sebep olacak uygulamalara teşvik etmektedir. (Brilla ve diğerleri, 2006) Artan uygulama hatası vakaları ile defansif tıp uygulamalarında mesleki sorumlulukları etkileyen faktörleri birbirinden ayırmak oldukça zordur. (D. Özcan ve Alkan, 2021) Modern teknoloji bize o kadar çok farklı muayene türü sunmuştur ki, eğer bir doktor yanlış uygulamadan kaçınmak için hepsini uygulamak zorunda olsaydı, her bir vakanın sistematik olarak yanlış uygulamaya yol açması mümkündür.

Tıp camiası uzun süredir dava riskinin daha yüksek sağlık riskine yol açtığını savunmaktadır. (Barkowski, 2015) Eleştirilere rağmen, pozitif defansif tıp artıyor. Çünkü doktorlar daha fazla tıbbi bakım sağladıkları takdirde kendilerini daha iyi koruyacaklarını düşünüyorlar. (Raposo, 2019) Dava riskini azaltmak için vajinal doğum yerine sezaryen doğum tercih edilebilir. (Thomas ve diğerleri, 2010) Ancak sezaryen gibi prosedürlerin ardından daha ciddi tıbbi komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bu tür ameliyatlar, normal doğumda aksilikler yaşandığında dava açılması endişesi nedeniyle bir savunma önlemi olarak artmıştır. (Adwok ve diğerleri, 2013; Sethi ve Aseltine, 2008)

Gereksiz invaziv prosedürler gibi bakım standartları ve malpraktis davası için temel oluşturabilir. (Solaroglu, Izci, Yeter, Metin ve Keles, 2014) Gastroenterologlar arasında

yapılan çalışmada en sık defansif uygulamanın tanıyı doğrulamak amaçlı girişimsel işlemin önerilmesi olduğu görülmüştür. Girişimsel işlemlerin muhtemel komplikasyon nedeniyle riski fazladır ve malpraktise sebep olabilirler. (Hiyama ve diğerleri, 2006)

Daha az zamanda daha fazla hastayı tedavi etmek, bir vakayı atlamamak ve malpraktis davalarına, hasta şikayetlerine maruz kalmamak için harcanan zamandaki artışların kaçınılmaz bir sonucudur. (Garattini ve diğerleri, 2020) Kısa sürede yapılan tıbbi müdahalelerde tıbbi hata ihtimali artmaktadır. En sık pozitif defansif tıp uygulamalarından olan ayrıntılı kayıt tutma, zaten kısıtlı olan muayene süresinin büyük bir kısmının kayıt tutmaya ayrılması nedeniyle hasta memnuniyetsizliğine sebep olabilir. (Mutlu ve diğerleri, 2019) Hasta memnuniyetsizliği şikâyet ve şiddet olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Savunma tıbbi ters etki yapabilir ve aslında yanlış uygulama riskini artırır. (Berlin, 2017) Yüksek savunma tıbbi seviyeleri sosyal maliyetin bir kısmı olan malpraktisin nedenlerinden biridir. Defansif tıbbin en yaygın şekli olan yüksek maliyetli görüntüleme tetkikleri, savurganlık yaratmanın yanı sıra bakıma erişimi azaltabilir ve hatta fiziksel zarar riski oluşturabilir. (Studdert ve diğerleri, 2005) Gereksiz ve fazladan istenen test sonuçlarının genellikle göz ardı edildiğini ve sonuçların takip edilmemesinin tanı hatalarının yaygın bir nedeni olduğu gösterilmektedir. (O’Leary ve diğerleri, 2012)

Normal doğumda, vajinal tuşeler doğumun başlangıcını ve ilerleme sürecini takip etmek için yapılmaktadır. Ancak defansif kaygılarla sık yapılan vajinal tuşe muayenelerinin hasta sağlığı ve doğum süreci açısından olumlu etkisi gösterilmediği gibi enfeksiyon riskini artırdığı ve doğumun olağan akışını bozduğu bilinmektedir. Bu durum hastaya zarar vermeme temel ilkesiyle çelişmektedir. (Barol Kurtoğlu ve Kaya, 2020) Bebeğin kalp hızını ve kasılmaları takip etmek için yapılan fetal monitörizasyonun sürekli olması durumunda aralıklı takibe göre vakum kullanımını ve sezaryen insidansını artırdığı gösterilmiştir. Defansif tıbbi uygulama olarak yapılan sürekli fetal izlemin bahsettiğimiz şekillerde hastaya zarar verebileceği bilinmektedir. (Barol Kurtoğlu ve Kaya, 2020) Rutin epizyotominin, sınırlı epizyotomiye göre komplikasyon ihtimalini artırdığı gösterilmiştir. (Barol Kurtoğlu ve Kaya, 2020)

Defansif tıp uygulamalarının, malpraktis oranları üzerinde önemli bir etkisi olmadığı da iddia edilmiştir. (Cervellin ve Cavazza, 2016)

2.8. DEFANSİF TIBBIN YAYGINLIĞI, UYGULAMA ALANLARI VE DEFANSİF TIP ALANINDA YAPILAN ÇALIŞMALAR

Defansif tıp, hekimlerin öznel yaklaşımlarına bağlı olduğu (Hermer ve Brody, 2010) ve yapılan araştırmalarda hekimlere uyguladıkları defansif tıbbi yöntemler sorulduğu için gerçek defansif tıbbi uygulama miktarını ve yaygınlığını tespit etmek mümkün olmasa da araştırmalar, defansif tıbbin hekimler arasında oldukça yaygın olduğunu belgelemektedir. (O’Leary ve diğerleri, 2012)

Doktorlar kendi bakım standartlarını belirleme yetkisine sahiptir. (Raposo, 2019) Defansif yaklaşımların subjektif ölçekleri olduğu ve bir doktor için iyi tıp örneği olan bir uygulamanın başka bir doktor için defansif sayılabileceği belirtilmektedir. (Summerton, 1995)

2.8.1. Uluslararası Literatür

2005 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada malpraktis açısından ve defansif tıp uygulama açısından yüksek riskli uzmanlık alanları acil tıp, genel cerrahi, beyin ve sinir cerrahisi, ortopedi, kadın hastalıkları ve doğum ve radyoloji olarak belirlenmiş ve bu alanlardaki uzman hekimlerin defansif tıp tutumları belirlenmeye çalışılmıştır. (Studdert ve diğerleri, 2005) Aynı çalışmada gereksiz tanısal test istemi en fazla acil tıp uzmanlarında, gereksiz konsültasyon istemi ve riskli işlemlerden kaçınma en fazla kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarında, gereksiz ilaç reçete edilmesi en fazla ortopedi uzmanlarında, gereksiz girişimsel işlemlerin önerilmesi ve uygulanması en fazla genel cerrahi uzmanlarında olduğu görülmüştür. (Studdert ve diğerleri, 2005) Katılımcıların %59’u sıklıkla tıbbi olarak endike olandan daha fazla tanısal test istediklerini bildirmiştir; bu oran acil servis hekimleri için daha yüksektir. (Studdert ve diğerleri, 2005) Psikiyatri ise %1’den az risk oranıyla düşük riskli uzmanlıklar arasında sayılmaktadır. (Morena ve diğerleri, 2023) Bu düşük riske rağmen İtalya’da psikiyatri uzmanlarına yönelik yapılan çalışmada katılımcıların, gereksiz hastaneye yatışlar yapma, daha sık takipler yapma, deneyimli bir psikiyatriste yönlendirme, endikasyon olmadan ilaç yazma gibi defansif uygulamalara başvurdıkları görülmüştür. (Morena ve diğerleri, 2023) Psikiyatristlerin bu defansif tıbbi uygulamalarının sebebi olarak sorumluluk katılımı nedeniyle psikiyatristlerin, intihara meyilli hastalarla, şiddet uygulayanlarla veya intihara eğilimli kişilerle uğraşmak gibi diğer faktörlerle bağlantılı güçlü stres yükü altında olması gösterilmiştir. (Morena ve diğerleri, 2023)

Batı ülkelerinde sunulan sağlık hizmetinin yaklaşık %30’unun aşırı ve gereksiz olduğu iddia edilmiştir. (Cervellin ve Cavazza, 2016) 2008’de dahiliye uzmanları ile yapılan çalışmada

hastaların bilgisayarlı tomografik taramaların %27'si, laboratuvar testlerinin %16'sı ve hastaneye yatışların yüzde 14'ü endişe nedeniyle savunma amaçlı yapıldığı belirtilmiştir. (Rothberg ve diğerleri, 2014)

ABD'de yapılan çalışmaya katılan hekimlerin %88'i kendilerine daha önce malpraktis davası açıldığını belirtmiştir. (Studdert ve diğerleri, 2005) Savunmacı tıp uygulamalarını destekler nitelikte, malpraktis davalarının genellikle doktorların uygun tanı testleri istememesinden ya da hastalarını yeterince takip etmemesinden kaynaklandığını gösteren araştırma kanıtları bulunmaktadır. (Adwok, Hope, Surgeon, Hospital ve Box, 2013) 2010 yılında yapılan çalışmada ABD'li hekimlerin %92'sinin defansif tıp uyguladığı tahmin edilmiştir. (Brateanu ve diğerleri, 2014) Küçük ölçekli bir başka araştırma, hastane kararlarının yüzde 20 ile yüzde 60'ının kısmen savunma amaçlı olduğunu göstermektedir. (Rothberg ve diğerleri, 2014)

ABD'de acil tıp uzmanları ile yapılan bir çalışmada ise ileri görüntüleme isteklerinin %22'sinin defansif olduğu görülmüştür. (Kanzaria ve diğerleri, 2015) Aynı çalışmada gereksiz görüntüleme taramalarının önüne geçmek için malpraktis reformu, artan hasta yoğunluğunun eğitim yolu ile azaltılması, test isteme ölçütleri konusunda doktorlara geri bildirim yapılması gibi öneriler doktorlardan gelmiştir. (Kanzaria ve diğerleri, 2015)

ABD ve Almanya'daki nöroloji uzmanlarını karşılaştıran bir çalışmada ABD'de hekimlerin davalardan kaçınmak için hekim-hasta ilişkisine daha çok önem verdiği görülmüştür. (Brilla ve diğerleri, 2006) Ayrıca Almanya'da çalışan hekimler de dava tehdidi algılasa da ABD'de çalışan hekimlerin birçoğu yanlış tedavi nedeniyle tazminata mahkum kalacağını düşünmektedir. (Brilla ve diğerleri, 2006)

ABD'de beyin cerrahları ile yapılan bir çalışmada hekimlerin %72'si defansif amaçlarla gerekli olmayan görüntüleme tanı testlerini, hekimlerin %67'si laboratuvar testlerini gereksiz kullandıklarını, %66'si gereksiz konsültasyon yaptığını, %40'ı gereksiz ilaç reçete ettiklerini ifade etmişlerdir. (Nahed ve diğerleri, 2012) Aynı çalışmada hekimlerin %41'i kendilerine daha önce malpraktis davası açıldığını ifade etmişlerdir. (Nahed ve diğerleri, 2012) ABD'de beyin cerrahları ile yapılan başka bir çalışmada omurga cerrahisi yapan cerrahların %89,2'si, omurga cerrahisi dışı cerrahi yapan cerrahların %84,6'sı defansif tıp uyguladıklarını ifade etmişlerdir. (Din ve diğerleri, 2017)

ABD'de ortopedi uzmanları ile yapılan çalışmada, katılımcılar defansif amaçlı ek görüntüleme tetkikleri istediklerini belirtmişlerdir. Defansif amaçlarla istenen

radlyografilerin oranı %19, bilgisayarlı tomografi taramalarının oranı %23, manyetik rezonans görüntülemelerin oranı %27, ultrasonun oranı %42'dir. Biyopsilerin %16'sı, laboratuvar testlerinin %23'  defansif amaçlarla istenmiştir. (Sathiyakumar ve diğ rleri, 2013)

2009 yılında ABD'de hekimlerle yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların %91'i hekimlerin kendilerini malpraktis davalarından korumak için gerekli olandan daha fazla tanı testi istediğini ve prosedür uyguladığını inandığını belirtmiştir. Aynı çalışmaya katılan hekimlerin %90.7'i ise yersiz malpraktis davalarına karşı hekimleri koruyan bir unsur olmasının gerekli olmayan tanı testlerinin kullanımını azaltacağını belirtmiştir. (Tara F. Bishop; Alex D. Federma; Salomeh Keyhani, 2010)

2003 yılında Pensilvanya'da yapılan bir anket çalışmasına katılan hekimlerin yaklaşık %93'  ankette sorulan savunma türlerinden en az birisini yaptığını söylemiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı ise sorumluluk hissettikleri için klinik uygulamalarının kapsamını daralttıklarını ve önümüzdeki yıllarda da bu kısıtlamaya devam edeceklerini söylemişlerdir. (Studdert ve diğ rleri, 2005)

Japonya'da yapılan bir araştırma doktorların yalnızca %2'sine malpraktis iddiasıyla dava açılmış olmasına rağmen doktorların %98'i defansif tıp uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan doktorların %96'sı yüksek riskli hastalardan ve zorlu tedavi planlarından kaçındıklarını belirtmişlerdir. (Ali ve diğ rleri, 2016; Hiyama ve diğ rleri, 2006) Bir başka çalışmada katılımcıların %91'i doktorların kendilerini malpraktis davalarından korumak için gereğinden fazla tetkik istediklerine inandıklarını belirtmiştir. (Tara F. Bishop; Alex D. Federma; Salomeh Keyhani, 2010)

Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada ankete katılan hekimlerin %78'i defansif tıbbi yaklaşıma sahip olduklarını belirtmişlerdir. En sık uygulama şekli olarak da %59.3 ile gerekli olmayan testlerin istenmesi seçeneği seçilmiştir. (Ortashi ve diğ rleri, 2013)

ABD'de yaklaşık 10000 doktor ile yapılan bir çalışmada, ankete katılan doktorların %49'u tükenmişlik duygusu yaşadıklarını ifade etmiştir. %49'u mesleği çocuklarına tavsiye etmediklerini belirtirken, %48'i çalışma saatlerini azaltmayı veya emekli olmayı planlamaktadır. Katılımcıların sadece %37'si mesleğin geleceği hakkında olumlu duygulara sahiptir. (Vento ve diğ rleri, 2018) Massachusetts'te yapılan bir çalışmada katılımcılar kendi kurumlarında, yaralanma sonrası çekilen kafatası röntgenlerinin %43'ünün tıbbi olarak

doğru, %30'unun savunmacı tıp, %16'sının plasebo ve %11'inin de doktorun yanlış değerlendirmesi olduğunu düşünmektedir. (Thompson ve King, 1984)

Defansif tıp uygulayan doktorların bazı uzmanlıklar için daha yüksek olduğu, özellikle Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarında (%97), gastroenteroloji uzmanlarında (%94-98), beyin cerrahi uzmanlarında (%75-83), ortopedi ve travmatoloji uzmanlarında (%96) olduğu görülmüştür. (Panella, Leigh, Donnarumma ve Rinaldi, 2016; Sathiyakumar ve diğerleri, 2013)

Brezilya'da defansif tıbbi uygulama yaygınlığını ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada hekimlerin %75'i defansif tıbbi uygulamalara başvurduklarını, %54'ü ise defansif tıp kavramı hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmişlerdir. (Do Vale ve De Oliveira Santos, 2019) Bu çalışmada dikkat çeken husus, hekimlerin nöbet tuttukları saatlerde daha fazla defansif tıbbi uygulamaya başvurduklarını beyan etmeleridir. (Do Vale ve De Oliveira Santos, 2019) Ankete katılan doktorların çoğu, dava korkusu nedeniyle test taleplerinin ve tıbbi uygulamaların etkilendiğini dile getirmiştir. Ayrıca, dava açılmış birini tanıyan doktorların çoğunluğu, bu durumun klinik davranışlarını etkilediğini ifade etmektedir. (Do Vale ve De Oliveira Santos, 2019)

Yapılan bir çalışmada ortopedi ve travmatoloji uzmanlarının diğer uzmanlık alanlarına göre daha fazla malpraktis iddiasına sahip şikayetlere maruz kaldıkları görülmüştür. Bu nedenle, ortopedi uzmanlarının savunma amaçlı olarak daha fazla test ve prosedür talep etmeleri beklenmektedir. Ancak, ortopedik travma cerrahları ile diğer uzmanlar arasında savunma amaçlı harcamalar açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Sathiyakumar ve diğerleri, 2013)

İtalya'da defansif tıp uygulaması doktorlar arasında oldukça yaygındır. Doktorların yaklaşık %75'i defansif tıp uyguladığını beyan etmektedir. (Catino, 2011) İtalya'da 1300 hekimle yapılan bir çalışmada hekimlerin %95'i defansif tıbbin malpraktis davalarını azaltacağına inandığını belirtmiştir. (Panella ve diğerleri, 2017) Defansif tıp uygulamaları, İtalya'daki toplam yıllık sağlık maliyetinin %10'unu oluşturduğu iddia edilmiştir. (Panella ve diğerleri, 2017) Katılımcı hekimlerin %59'u defansif tıbbin bir türünü veya bunların bir kombinasyonunu uyguladıklarını belirtmişlerdir. Defansif tıp uygulayan hekimlerin %28.3'ü malpraktis dava korkusunu gerekçe olarak göstermiştir. (Panella ve diğerleri, 2017) Aynı çalışmada hekimlerin %14'ü defansif tıbbin hastalar üzerinde olumlu etkisine olduğuna inanıyor. (Panella ve diğerleri, 2017) İtalya'da cerrahlar ve anestezi uzmanlarına

yönelik yapılan çalışmaya katılan hekimlerin %86'sı defansif tıbbi davranışlarda bulduklarını belirtmişlerdir. (Ortashi ve diğerleri, 2013) İtalya'da 2012 yılında gastroenterologlarla yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %94'ü defansif tıp uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan endoskopilerin %18'inin, istenen abdominal USG'lerin 8,9'nun, abdominal BT ve MRI'ların 4,9'unun, yapılan konsültasyonların %12'sinin defansif nedenlerle istendiği belirtilmiştir. (Elli ve diğerleri, 2013)

İtalya'da acil tıp uzmanları ile yapılan bir çalışmada vakaların %70'inde tıbbi endikasyon dışında tanı testi istenmiş, %30'unda endikasyon dışında ilaç reçete edilmiş, %52'sinde ise gereksiz durumlarda konsültasyon istenmiş, %19'unda ise biyopsi gibi invaziv işlemler endikasyon dışı olarak yapılmıştır. (Cervellin ve Cavazza, 2016)

Tancredi ve Barondess'in, 1978 yılında doktorların yaklaşık %70'inin defansif tıp uyguladıklarını tespit ettikleri belirtilmiştir. (Catino, 2011) İtalya'da yapılan bir çalışmada anestezi uzmanlarında, defansif tıbbi uygulama cerrahlara göre daha fazla görülmüştür. Medya baskısı da önemli bir defansif tıp nedeni olarak görülmüştür. (Catino, 2011; Vento ve diğerleri, 2018) Hastaların beklentilerini artıran yeni ve olağanüstü tedaviler hakkında yapılan haberler (Toraldı ve diğerleri, 2015), yanlış uygulama, tıbbi hata konularında yapılan sansasyonel ve yanıltıcı haberler hekimleri defansif tıba yönlendirmektedir. (Cervellin ve Cavazza, 2016)

Danimarka'da pratisyen hekimlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %12'si defansif tıp uyguladıklarını ifade etmişlerdir. (Andersen ve diğerleri, 2021) Aynı çalışmada defansif tıp uygulayan hekimlere defansif tıbbin nedenleri sorulduğunda %37'si hastaların etkisi, %32'si ciddi hastalığı gözden kaçırma kaygısı ve %12'si hasta yakınlarının etkisi cevabını vermiştir. Konsültasyonların %12'si en az bir defansif tıbbi eylemi içeriyordu. (Andersen ve diğerleri, 2021) Danimarka'da yapılan çalışmada genç hekimlerin şikayet almaktan daha fazla endişe duydukları görülmüştür. (Assing Hvidt ve diğerleri, 2017) Mesleki tecrübenin artmasıyla defansif yaklaşımın azaldığını gösteren çalışmalar vardır. (Ortashi ve diğerleri, 2013)

Çin'de de yanlış tedavi risklerine ilişkin artan endişe nedeniyle defansif tıpta artış olduğu ifade edilmiştir. (Chen, 2007) 2017 yılında Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %62,9'u defansif tıp uyguladıklarını ifade etmişlerdir. (Zhu ve diğerleri, 2018) 1971 yılında Duke Law Journal dergisinde medikal malpraktisin defansif tıbbi uygulamaların nedeni olduğundan bahsedilmiştir. (Project, 1971)

Çin’de defansif yaklaşımlar temel olarak tanısal testlerin aşırı istenmesi, gerekmeven prosedürlerin işletilmesi ve ilaçların aşırı reçetelendirilmesi şeklinde pozitif defansif tıp örnekleriyle ortaya çıkmaktadır. (He, 2014) Küresel ölçekte sağlık bakım maliyetlerinin artmasının önemli önemli sebeplerinden birisi olarak defansif tıbbi yaklaşımlar görülmektedir. (He, 2014)

Kakemam ve arkadaşlarının defansif tıp alanında dünyada yapılan çalışmalara ilişkin yaptıkları bir derlemede farklı ülkelerde görülen defansif tıbbi uygulama oranları ve uzmanlık alanları arasında karşılaştırma yapılmıştır. 27 çalışmanın incelendiği derlemede defansif tıp uygulamasının görülme sıklığı %6,7 ile %99,8 arasında değişmektedir. (Kakemam ve diğerleri, 2022)

Orta Doğu ülkelerindeki psikiyatristler arasında savunmacı uygulamaların yaygınlığının ölçüldüğü bir çalışmada psikiyatristlerin %30’u son bir ay içerisinde en az bir kez defansif tıbbi uygulamalara başvurduklarını ifade etmişlerdir. (Al-Atram, 2018) Mısır’da yapılan çalışmada hekimlerin %89,6’sı yüksek riskli işlemlerden kaçındığını, %87,8’i yüksek riskli hastaları tedavi etmekten kaçındığını, %86,8’i gereksiz sevk ve yönlendirmeler yaptığını, %84,9’u gereksiz tanı testleri istediğini belirtmiştir. Katılımcı hekimler arasında en çok defansif tıp uygulayan doktorlar, Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları ve Genel Cerrahi uzmanları olmuştur. (Arafa ve diğerleri, 2023)

Defansif tıp, İsrail’de de oldukça yaygındır. İsrail’de yapılan bir çalışmada doktorların %60’ı defansif tıp uyguladıklarını, %40 ise her hastayı potansiyel bir dava tehdidi olarak gördüğünü belirtmiştir. Katılımcı doktorların %25’i ise meslek hayatları boyunca en az bir kez dava açıldığını ifade etmiştir. (Asher, Greenberg-Dotan, ve diğerleri, 2012) Gereksiz test istemek, gerekli olmayan konsültasyonlara başvurmak ve hastaneye yatırmak en sık defansif tıp uygulamalarındandır. (Asher, Greenberg-Dotan, ve diğerleri, 2012) İsrail’de psikiyatristlere yönelik yapılan bir çalışmada hekimlerin %62’si defansif tıbbi uygulamalara başvurduklarını ifade etmişlerdir. (Reuveni ve diğerleri, 2017) İsrail’de kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile yapılan çalışmada hekimlerin %93’ü defansif tıp uyguladığını belirtmiştir. Hekimlerin %87’sinde açık bir tıbbi endikasyon olmasa bile sezaryen önerme olasılığı daha yüksektir. (Asher ve diğerleri, 2013) Hekimlerin %60’sı tıbbi uygulama hatası mahkeme kararlarını takip ettiklerini beyan etmişlerdir. (Asher ve diğerleri, 2013) Ayrıca hekimlerin %78’i günlük çalışmaları sırasında potansiyel bir yasal iddia konusunda endişe etmektedirler. (Asher ve diğerleri, 2013)

İran’da pratisyen hekimlerin defansif tıp tutumlarını ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada, katılan hekimlerin %99,8 ‘i pozitif defansif tıp kapsamına giren uygulamalarda bulunduklarını ve %79,2 ‘si negatif defansif tıp kapsamına giren uygulamalarda bulunduklarını belirtmişlerdir. (Moosazadeh ve diğerleri, 2014)

Sudan’da Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarına yönelik yapılan çalışmada doktorların %71,8’i defansif tıbbi uygulamalardan en az birisini uyguladığını belirtmiştir. (Ali ve diğerleri, 2016) Katılımcıların %41’i pozitif defansif tıp, %30,8’i ise negatif defansif tıp uyguladığını belirtmiştir. (Ali ve diğerleri, 2016)

2.8.2. Ulusal Literatür

Ülkemizde defansif tıp kavramının çok eski bir geçmişi yoktur. Hekimler arasında defansif tıp kavramının bilinirliği her geçen gün daha da artmaktadır. Özellikle 2019 yılından sonra bu alanda yapılan çalışmalar önemli ölçüde artmıştır. Adli Tıp, Aile Hekimliği, Halk Sağlığı alanlarında uzmanlık tezleri, Sağlık Yönetimi alanında yüksek ve doktora tezleri bulunmakla beraber Tıp Hukuku alanında da yazılmış tezler bulunmaktadır. Ülkemizde defansif tıp kavramı, Prof. Dr. Oğuz Polat’ın 2001’de yayınladığı “Adli Tıp” isimli kitabında ilk kez literatürde yer almıştır. (Yılmaz ve diğerleri, 2014) Yusuf Aynacı 2008 yılında Tıpta Uzmanlık Bitirme Tezinde “Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması” isimli çalışmasıyla defansif tıp konusundaki ilk kapsamlı çalışmayı yapmıştır. (Aynacı, 2008)

Ülkemizde defansif tıbbi uygulamaların hukuki boyutunun detaylı şekilde incelendiği ilk çalışma Yılmaz’ın yüksek lisans tezidir. (Yılmaz, 2012) Selçuk’un 2015 yılında yazdığı tez de defansif tıbbi uygulamaların hukuki boyutunu ayrıntılı şekilde incelemiştir. (Selçuk, 2015) Uluslararası literatürde, defansif tıbbi uygulamaların hukuki boyutundan ziyade ekonomik ve sosyal boyutu incelenmiştir.

2013 yılında Kolcu’nun yaptığı çalışmada ”Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği” kullanılmıştır ve hekimlerin %74,3’ünün çok iyi ve iyi düzeyde defansif tıp uyguladıkları gösterilmiştir. (Kolcu, 2013) Akdur’un yazmış olduğu “Tıp Fakülteleri ve Eğitim Araştırma Hastaneleri Acil Servislerinde Çalışan Acil Tıp Uzmanları ve Araştırma Görevlilerinin Çekinik Tıp Uygulamaları Hakkındaki Görüşleri” uzmanlık tezinde hekimlerin %44,8’i, sık

sık tıbben gerekli olmayan tetkikleri istediklerini, %37,2'si tıbben gerekli olmayan konsültasyonları istediklerini belirtmişlerdir. (Akdur, 2013) 2014 yılında Karşıyaka'da görev yapan 81 aile hekimine yönelik yapılan bir çalışmada hekimlerin %70,3'ü çok iyi ve iyi düzeyde defansif tıp uyguladıkları beyan etmişlerdir. (Başer, Kolcu, Çığırıl, Kadıncı ve Öngel, 2014) 2017 yılında "Tıp Etiği Bağlamında Defansif Tıp Uygulamaları" isimli bir yüksek lisans tezinde defansif tıp uygulamaları sonucunda meydana gelen etik ve hukuk problemler incelenmiştir. (Akkanat, 2017)

2018 yılında 165 hekim ile yapılan çalışmada yaş ve mesleki tecrübenin defansif tıp tutumu ve karar verme algısını etkilediği görülmüştür. (Pirol, 2018) 2018 yılında "Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey" isimli bir çalışmada Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarının defansif tıbbi yaklaşımları incelemiştir. Çalışmada hekimlerin hukuki kaygılarla her geçen gün daha fazla defansif tıp uyguladığı görülmüştür. (Küçük, 2018) Defansif tıbbın en önemli sebeplerinden olan malpraktis ile defansif tıbbın ilişkisini inceleyen çeşitli çalışmalar yapılmıştır. (Aydaş, 2014; Barlıoğlu, 2018) 2018 yılında "Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Çalışma" isimli bir çalışma yapılarak defansif tıbbın nedenleri ve sonuçları araştırılmıştır. Çalışmada defansif tıp ile şiddet arasında iki yönlü bir ilişkinin var olduğu ve birbirlerine sebep oldukları görülmüştür. (Yeşiltaş, 2018) 2018 yılında "Defansif Tıp Uygulamalarında İdarenin Sorumluluğu" isimli doktora tezinde defansif tıbbi uygulamalardan doğan kusur ve idarenin sorumluluğu ile defansif tıbbi uygulamayı önlemek için yapılan çalışmaları detaylı şekilde incelenmiştir. (Karakuş Işık, 2018)

Asistan hekimlerin defansif tıp tutumlarının ölçüldüğü bir uzmanlık tezinde katılımcı hekimlerin büyük bir çoğunluğu defansif tıp uyguladıklarını belirtmiştir. Hekimlerin %50'si hukuki sorunlardan korunmak amacıyla görüntüleme tekniklerini daha sık kullandıklarını, %47'si daha fazla konsültasyon istediklerini ifade etmişlerdir. Çalışmada malpraktis ve defansif tıp konularında tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi süreçlerinde daha fazla eğitim verilmesinin defansif tıbbi uygulamaları azaltabileceği iddia edilmiştir. (Biçen, 2018)

2019 yılında Konya'da özel hastanelerde görev yapan hekimler ile "Sağlık Hizmetleri Arzında Defansif Tıp ve Hekimlerin Karar Verme Algısı" isimli bir çalışma yapılmıştır. (Yorulmaz ve Sabırlı, 2019) Çalışmada karar verme algısı ile defansif tıbbi uygulamalar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 2019 yılında "Defansif Tıbbın Nedenlerinin Hekim Gözüyle Değerlendirilmesi" isimli nitel bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada sağlık politikaları, şiddet, medya dili, şikayetler, malpraktis davaları, zorunlu mesleki sigortalar,

tıp eğitim sistemi, performans sistemi, bilirkişilere olan güvensizlik gibi makro nedenlerle birlikte iletişim eksikliği, güven eksikliği, kendini koruma isteği, tükenmişlik ve memnuniyetsizlik gibi mikro nedenler belirlenmiştir. (Toraman ve Çarıkçı, 2019)

2010 ve 2017 yılları arasında bilirkişiler tarafından kusurlu bulunan hata türleri incelendiğinde toplam 165 hatanın 8'i endikasyon dışı, gereksiz işlem nedeniyle, 11'i yatarak tedavi olması gereken hastayı yatırmama veya erken taburcu etme nedeniyle gerçekleşmiştir. (Kırtışoğlu, 2018)

2019 yılında İzmir'de "İlimiz ve Çevre İllerde Eğitim Kliniği Olan Acil Servislerde Acil Tıp Asistanlarının Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Değerlendirilmesi" isimli bir çalışma yapılmıştır. 153 acil tıp asistanın katıldığı çalışmada hekimlerin tamamı değişen sıklıklarda gereksiz tanı testleri, ekstra konsültasyonlar istediklerini belirtmiştir. (Kumtepe, 2019) 2019 tarihli başka bir yüksek lisans tezinde "Hekimlerin Karşılaştıkları Problemlerin Defansif Tıp Açısından Araştırılması" konusu çalışılmıştır. (Demir, 2019) "Defansif Tıp Uygulamalarına İlişkin Hekim Görüşleri Ve Maliyetin Belirlenmesi" isimli doktora tezi defansif tıp uygulamalarının maliyete etkisini incelemiştir. (Özer, 2019)

2020 yılında "Defansif Tıp Uygulamaları, Öncülleri ve Sonuçları" isimli bir doktora çalışması yapılmıştır. Çalışmada 1724 hekim ile anket ve 21 hekim ile mülakat yapılan çalışmada defansif tıba sebep olan öncüller belirlenmiştir. Hekimlerin defansif tıbbi uygulamalara çok sık olarak yöneldiği ve defansif tıbbi uygulamaların olumsuz sonuçlarının oldukça fazla olduğu görülmüştür. (Ünal, 2020) Banaz, 2020 yılında "Hekimlerin Defansif Tıp ve Tıbbi Hata Tutumlarının İncelenmesi" isimli bir çalışma yapmıştır. 207 hekime uygulanan "Defansif Tıp uygulamaları Tutum Ölçeği" hekimlerin defansif tıbbi uygulamalara ortalamanın üzerinde yöneldiğini göstermiştir. (Banaz, 2020) 2020 yılında yapılan bir başka çalışmada Kara, "Sağlıkta Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Araştırma" isimli çalışma yaparak sağlık hizmetleri sırasında maruz kalınan şiddetin yaygınlığını ve bu şiddet görme korkusunun defansif tıbbi uygulamalara etkisini göstermiştir. Çalışmada, defansif tıbbin en sık nedenlerinden birinin sağlıkta şiddet olduğu ortaya çıkmıştır. Yine defansif tıbbin sonuçları arasında da sağlık harcamalarının artması, uzmanlık alan tercihlerinin değişmesi, iş yükünün artması, hastanelerde yoğunluğun artması gibi bir sonuç ile birlikte şiddet de görülmektedir. (Kara, 2020)

2021 yılında "Ordu İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması" isimli 287 hekimin katıldığı bir çalışmada hekimlerin

defansif tıbbi uygulama oranı yüksek bulunmuştur. (Gerçeker, 2021) Budak'ın "Tekirdağ İlinde Görev Yapan Hekimlerin Hekim Sorumluluğu Malpraktis ve Defansif Tıp Konuları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi" isimli çalışmasında 216 hekimin %3,7'si her zaman, %34,7'si ise çoğu zaman olmak üzere malpraktisten korunmak için gereğinden fazla tetkik istediklerini ifade etmişlerdir. Çalışma hekimlerin önemli bir kısmının malpraktis davalarından korunmak için çeşitli defansif tıbbi uygulamalara yöneldiklerini göstermektedir. (Budak, 2021)

Ercan ve arkadaşları 2021 yılında "Spor Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Konusundaki Tutumları" isimli bir çalışma yapmıştır. (Ercan ve diğerleri, 2021) 2021 yılında yapılan "Samsun İl Merkezinde Görev Yapan Aile Hekimleri Ve Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışları" isimli çalışmaya 222 hekim katılmıştır. Çalışmaya katılan hekimlerin %9'u çok iyi, %42,3'ü iyi, %35,1'i orta düzeyde defansif tıp uyguladıklarını belirtmişlerdir. (Öztürk, 2021)

2022 yılında "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulama Durumları, Nedenleri Ve Sonuçları; Karma Araştırma" isimli bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada hekimlerin %67,5'i çok iyi ve iyi düzeyde defansif tıp uyguladıklarını beyan etmişlerdir. (Aktaş, 2022) 2022 yılında yapılan "Kardiyoloji Ve Kalp Damar Cerrahisi Hekimlerinde Malpraktis Davaları İle Defansif Tıpa Yönelim Arasındaki İlişki" isimli çalışmada mesleki sorumluluğun ve riskin üst düzeyde olduğu kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi hekimlerinin defansif tıba yönelimleri incelenmiştir. (Erentuğ, 2022) Aynı yıl yapılan bir başka çalışmada "Dahili Ve Cerrahi Branş Hekimlerinin Defansif Tıp İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları" konusu çalışılmıştır. 127 hekimin katıldığı çalışmada hekimlerin %96,8'i kendilerine malpraktis davasına açılması halinde hekimlik performanslarının düşeceğini ifade etmişlerdir. (Alkan, 2022)

2023 yılında "Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hekimlerinin Tıbbi Hata Ve Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği" isimli çalışmada 57 kadın hastalıkları ve doğum uzmanından veri toplanmıştır. Çalışmada hekimler üzerinde bir malpraktis baskısının olduğu ve bu baskının hekimleri defansif tıba yönlendirdiği tespit edilmiştir. (Erdem, 2023)

"İstanbul İli Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Tutumu Ve Bunun Sürücü Raporu Düzenleme Uygulamalarına Etkisinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmada 396

hekimin defansif tıp tutumları incelenmiş ve defansif tıp tutum puanı yüksek olan hekimlerin sürücü raporları için başvuran hastaları daha çok sevk ettikleri görülmüştür. (Kartal, 2023) “Edirne İlinde 1-2-3. Basamak Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Görüşlerinin Değerlendirilmesi” isimli çalışmada “Defansif Tıp Tutum Ölçeği” kullanılmıştır. 390 hekimin katıldığı çalışma hekimlerin kendilerini kurmak için defansif tıba yöneldiklerini açık şekilde göstermektedir. (Öz Nalbant, 2023)

Türkiye’de acil tıp uzmanları ile yapılan bir çalışmada katılımcı hekimlerin %92,2’si acil servis hekimlerinin ve konsültan hekimlerin defansif eğilimde olduklarını düşünmektedirler. (Delice ve diğerleri, 2019) Katılımcıların %88,1’i malpraktis davalarından kaçınmak için hastalardan daha fazla test ve konsültasyon istediğini belirtmiştir. Katılımcı hekimlerin %39,6’sı ise laboratuvar ve görüntüleme testleri, konsültasyon, acil serviste kalış süresi ve tedavi açısından daha fazla iş yükü içeren komplike hastalara bakmaktan kaçınmaya çalıştığını ifade etmiştir. (Delice ve diğerleri, 2019)

Türkiye’de beyin cerrahlarına yönelik yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların %72’si defansif tıp uyguladıklarını bildirmişlerdir. Bu uygulama deneyimsiz beyin cerrahları arasında daha yaygındır. (Solaroglu ve diğerleri, 2014) Sırasıyla yüksek riskli ameliyatlardan kaçınma, ek görüntüleme çalışmaları ve laboratuvar testleri isteme, hastaları farklı sağlık merkezlerine yönlendirme en sık uygulanan defansif tıbbi uygulamalar arasındadır. (Solaroglu ve diğerleri, 2014) Katılımcıların %68’i her hastayı potansiyel bir tehdit olarak görmektedir. (Solaroglu ve diğerleri, 2014) Mahkemelerin malpraktis ile komplikasyonları birbirinden ayırabileceğine inanmayan cerrahların oranı ise %89,6’dır. (Solaroglu ve diğerleri, 2014)

Türkiye’de bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan hekimlere yönelik yapılan çalışmada, hekimlerin yaklaşık %80’i tıbben endike olmayan testleri isteme eğiliminde olduğu ve %78,13’ünün yüksek riskli tıbbi işlemleri yapmaktan kaçındıkları görülmüştür. (Altındış ve diğerleri, 2019)

2019 yılında Türkiye’de göz doktorları ile yapılan bir çalışmada doktorların %57,7’si defansif amaçlı ek tanı testleri istediklerinin, %67,5’i tanı ve tedavisi zor vakalardan kaçındıklarını, %68,6’sı yüksek riskli ameliyatlardan kaçındıklarını belirtmiştir. Hekimlerin %6,2’si daha önce malpraktis davası ile karşı karşıya kaldıklarını ifade etmişlerdir. (D. Özcan ve Alkan, 2021)

Ülkemizde Ağız ve Çene Cerrahları ile yapılan bir çalışmada katılımcı hekimlerin %80.5'i orta ve yüksek düzeyde defansif tıp uyguladıklarını belirtmişlerdir. (Ekici, 2021) Konya'da görev yapan diş hekimleri ile yapılan bir çalışmada hekimlerin %88,6'sı defansif tıp kavramı hakkında yeterince bilgisi olmadığını belirtmiştir. Katılımcı hekimlerin %57'si gereğinden daha fazla görüntüleme tetkiki istediğini ifade etmiştir. (Özata, Terlemez, Özer ve Akkoca, 2019) Türkiye'de diş hekimleri ile yapılan başka bir çalışmada genç ve tecrübesi az olan hekimlerde defansif tıbbın daha yaygın olduğu görülmüştür. Tıbbi deneyim arttıkça defansif uygulamalar azalmaktadır. (Bakır ve diğerleri, 2022) Aynı çalışmada defansif tıp amacıyla karmaşık tıbbi sorunları olan hastalardan kaçınan ve en çok görüntüleme isteyen Ortodonti ve Periodontoloji uzmanları olmuştur. (Bakır ve diğerleri, 2022)

2.9. DEFANSİF TIBBIN SONUÇLARI

Sorumluluk hissetme, mesleki hata davasından kaçınma veya diğer sebeplerle yapılan tıbbi işlemler tanı ve tedavi açısından başarı ile sonuçlanmaz ise iyi ve doğru tıbbın bittiği yer ile defansif tıbbın başladığı yer arasında fark kalmayacaktır. (He, 2014; Hershey, 1972) Defansif tıbbın genel düzeyini, kişisel ve ulusal boyuttaki etkilerini ve maddi sonuçlarını doğru bir şekilde ölçmek ve değerlendirmek oldukça zordur. (Congress, 1994; Studdert ve diğerleri, 2005) Mümkün olan en iyi değerlendirme, defansif tıbbın belirli dinamiklerinin içeriğinin üst sınırlarına ilişkin tahmin geliştirmektir. (Congress, 1994) Bazı yazarlar tarafından savunmacı tıp hem olumlu (hastalar için yararlı) hem de olumsuz (hastalar için zararlı) olarak tanımlansa da genellikle olumsuz bir davranış olarak kabul edilir. (Rodriguez ve diğerleri, 2007; Zhu ve diğerleri, 2018) Bazı akademisyenler az da olsa iyi sonuçlar elde edildiği içi defansif tıbbın faydalarını övmüştür. (Raposo, 2019) Ancak defansif tıbbın hastalar üzerinde herhangi bir olumlu etkisi olmadığını iddia eden çalışmalarda mevcuttur. (Panella ve diğerleri, 2017)

Defansif tıp, detaylı bir araştırma sağladığı için nadiren de olsa erken tanı konulmasını sağlayabilir. (Mansur ve Ceylan, 2021) Kan testleri gibi teşhis testleri zaman kaybına ve maddi kayıplara sebep olabilir ancak çoğu hastaya zararlı değildir. Ancak invazif prosedürler, Bilgisayarlı tomografi gibi radyasyon içeren işlemler radyasyona maruz kalmaya ve ciddi sonuçlara neden olabilir. (Asher, Greenberg-dotan, ve diğerleri 2012) Aşırı ilaç kullanımı ve düşük kaliteli bakım gibi defansif tıp uygulamaları, sağlık sektöründe önemli bir endişe olarak ortaya çıkmaktadır. (Kakemam ve diğerleri, 2022) Defansif tıp uygulamasının ek test veya tedavi yoluyla sağlık hizmetini artırmak, doktorlar hastaları başka doktorlara veya sağlık merkezlerine yönlendirdiğinde bakımın yerini değiştirmek ve

tedaviyi reddederek bakımı azaltmak yoluyla sağlık hizmetlerini çeşitli şekillerde etkilediği belirtilmektedir. (Adwok ve diğerleri, 2013)

2019 yılında Avustralya’da yapılan bir araştırma, gereksiz yere hastaneye kabul edilen hastalar arasında hastane kaynaklı komplikasyonları araştırmıştır. Bu çalışma hastaların gereksiz ve aşırı sağlık hizmetinin zararları için hastaların tazminat talep edebileceğine ve gereksiz hasta yatışı ile oluşturulan yoğunluğun sisteme zarar vereceğine dikkat çekmektedir. (Badgery-Parker, Pearson, Dunn ve Elshaug, 2019; Ries ve Jansen, 2021) Hastanelerde gereksiz test ve işlemlerle defansif tıbbi uygulamalarda bulunulması özellikle acil servislerde yoğunluk nedeniyle geciken hasta kabullerine, hastane poliklinik ve servislerinin gereksiz işgaline, kısıtlı kaynakların israfına ve artan morbidite ve mortalite oranlarına sebep olabilmektedir. (Delice ve diğerleri, 2019) Doktorlar yüksek riskli ameliyatlardan ve tedavilerden kaçınarak, gereksiz tanısal testler isteyerek ve hastaları konsültanlara yönlendirerek, malpraktis riskini en aza indirmeye ve kendilerini yasal risklerden korumaya çalışırlar. Bu durum daha uzun tedavi sürelerine neden olmaktadır. (Solaroglu ve diğerleri, 2014)

Defansif tıp, hem klinik kararlar ile hastaları hem de sistematik kapsam değişiklikleri ile sağlık sistemini etkilemektedir. (Studdert ve diğerleri, 2005) Sağlık hizmetini iyileştirme sürecini desteklemekten ziyade engellemektedir. (Adwok ve diğerleri, 2013) Doktorların yanlış tedavi riskini azaltmaya çalışarak yaptıkları uygulamalar, daha uzun tanı ve tedavi süreçleri ile sonuçlanabilmektedir. (Solaroglu ve diğerleri, 2014) Hastalar için zaman kaybı, tanı konulmasının gecikmesi ve bu nedenle tedavinin gecikmesi, hastanelerde yoğunluk ve diğer hastaların bu yoğunluk nedeniyle sağlık hizmetine geç ulaşabilmesi gibi sağlık sistemini ve hastaları olumsuz etkileyen sonuçları olabilir.

Doktorlar, malpraktis davalarının artışı nedeniyle savunmacı tıp uygulamalarını benimsemektedir. Bu davalar, doktorların kariyerlerine ve itibarlarına zarar verebilecek sonuçlara yol açabilir. Ancak, tıbbi davaların artması, sağlık hizmetlerinin kalitesinde veya hasta güvenliğinde bir iyileşmeye yol açmaz. (Catino, 2011) Defansif yaklaşımlar, ihmalkâr bir tıbbi yaralanmanın kanıtı olsa bile hastaların malpraktis davası açmasını ve şikayette bulunmasını engelleyebilir. (Kessler ve diğerleri, 2006)

Detaylı tanı testlerinin hata riskini azalttığını, hasta kayıtlarının detaylı tutulması gibi uygulamaların faydalı olduğuna dair görüşler vardır. (Şahin ve Alcalı, 2020) Defansif tıbbi uygulamaların hekimin ihmal ve tıbbi uygulama hatası açısından suçlanma ihtimalini

azalttığını düşünen yayınlar mevcuttur. (Yeşiltaş ve Erdem, 2019) Ancak defansif uygulamaların birçok olumsuz sonucu bulunmaktadır. Özellikle gereksiz yapılan çok sayıda direkt grafi, Bilgisayarlı Tomografi, nükleer tıp uygulamaları, girişimsel radyoloji uygulamaları, Pozitron Emisyon Tomografi (PET) gibi görüntüleme işlemleri sırasında zararlı radyoaktif ışınlar maruz kalınması ve doz birikimi sonucu ciddi problemlere sebep olabilmektedir. Bu görüntüleme işlemleri sırasında görüntülerin tanınabilir kalitesini artırmak, kan damarları gibi yapıları daha net görüntüleyebilmek için kontrast madde verilmesi gerekebilir. Kontrast maddenin de gereksiz ve yüksek dozda kullanılması sonucu böbrek fonksiyonları etkilenebilir. (Acar, Akçay, Aslan, Köroğlu ve Oyar, 2005)

2007 yılında ABD’de 72 milyon Bilgisayarlı Tomografi tetkiki yapılmıştır ve bu tomografi taramaları bu yoğunlukta devam ederse tomografinin yaydığı zararlı ışınların her yıl yaklaşık 29000 yeni kanser vakasına doğrudan sebep olacağı tahmin edilmektedir. ABD’de her yıl teşhis edilen 1,4 milyon kanserin yaklaşık %2’sinin geçmiş BT taraması kullanımıyla ilgili olabileceği aynı çalışmada belirtilmiştir. (Berrington De González ve diğerleri, 2009) Radyasyon yayan tıbbi görüntüleme cihazlarının kullanımının sonuçlarını inceleyen bir çalışmada Hiroşima ve Nagazaki’de atom bombası atılmasından sonra hayatta kalanların 10 ila 100 milisievert (mSv) radyasyona maruz kalarak kanser risklerinin önemli ölçüde arttığı tespit edilmiştir. Tek bir BT taraması eşdeğer bir radyasyona maruz bırakabilmektedir ve hastalara çoğunlukla birden fazla BT görüntülemesi yapılmaktadır. (Smith-Bindman ve diğerleri, 2009) Aynı çalışmada 40 yaşında koroner anjiyografi yapılan her 270 kadından birinde ve 600 erkekte birinde, beyin BT taraması yapılan her 8100 kadından birinde bu nedenle kanser gelişeceği tespit edilmiştir. (Smith-Bindman ve diğerleri, 2009)

Aşırı ve gereksiz olarak uygulanan tanı testleri yanlış-pozitif, yanlış-negatif sonuç oranlarını artıracaktır ve doktor açısından sorumluluğu artıracaktır. (Zhu ve diğerleri, 2018) Laboratuvar testleri, görüntüleme tetkikleri kadar tehlikeli değildir. Birçok tanı laboratuvar testleri ile konulabilmektedir. Ancak tanı koymak için laboratuvar testlerine gereğinden fazla güvenmek ve yönelmek asıl tanının atlanmasına, yanlış tanı konulmasına da sebep olabilir. Sağlıklı bir insanda bazı laboratuvar tanı test sonuçlarının yaklaşık %5 oranında referans aralığı dışında çıkma ihtimali gösterilmiştir. (Blanckaert, 2010) Referans aralığı dışında çıkan test sonucu ile konulan yanlış tanı sonrasında başlayan tedavi süreci hastayı psikolojik ve maddi açıdan olumsuz etkileyebilmektedir. Aynı zamanda sağlık sisteminin yoğunluğunu artıracaktır ve kamu maliyesine de zarar verecektir.

Düşük duyarlılıklı tanısal testlerin yanlış pozitif sonuçlarının da kalite üzerinde olumsuz etkisi vardır. Tanının belirsizliği hastayı duygusal olarak etkiler (Studdert ve diğerleri, 2005) ve hekimin üzerindeki baskıyı artırır. Bu durum, ek testler ve riskli girişimsel riskli yöntemler gerektirebilir. İstenen gereksiz testler ve yapılan gereksiz işlemler hastaneden bekleme sürelerini artırmakta ve doktorlar ile diğer sağlık çalışanlarının da yoğunluğunu artırmaktadır. (Yeşiltaş ve Erdem, 2019) Gereksiz girişimsel işlem kaynaklı bir yaralanma, o tanıyı kaçırmaktan daha tehlikeli olabilir. (Ortashi ve diğerleri, 2013) Gerekli olmayan radyasyon maruziyetleri ciddi hastalıklara neden olabilir.

Defansif tıbbın en sık görülen biçimlerinden olan yüksek maliyetli görüntüleme tetkikleri istemek sadece mali bir külfet değil, diğer hastalar için sağlık hizmetine ulaşımı zorlaştıran ve sağlık sistemini aksatan ve yavaşlatan bir davranıştır. (Studdert ve diğerleri, 2005) Gerekli olmayan tıbbi testlerin istenmesi, invazif işlemlerin uygulanması sadece maliyetli olmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmetine erişimi kısıtlayabilir. (Adwok ve diğerleri, 2013)

Defansif tıp uygulamalarının hem bireysel hastalar hem de toplum sağlığı açısından olumsuz sonuçları vardır. (Summerton, 2000) Savunmacı tıp uygulamaları, hekim-hasta ilişkisini daha da zorlaştırma eğilimindedir. Hastanın hekime olan güveninde azalma ve teşhis koyma süresinde uzamaya neden olmaktadır. (Do Vale ve De Oliveira Santos, 2019) Defansif tıp uygulamaları, doktor-hasta ilişkisinde karşılıklı anlayış ve güven yerine sözleşmeye dayalı ilkelerin benimsendiği bir yapıya dönüşmüştür. Bu durum, tıbbın gerçek amacına ihanet etmektedir ve doktorları fırsatçı davranmaya teşvik etmektedir. (Toraldo ve diğerleri, 2015) Ekonomik açıdan hastalara, sigorta şirketlerine ve devlete ağır bir yük oluşturmaktadır. (Aktaş, 2022)

Dünyada yapılan birçok çalışmada katılımcı doktorların çoğu, defansif tıbbın hasta bakımını olumsuz etkilediğini ve karar verme yeteneklerini engellediğini belirtmektedir. Ayrıca defansif tıp, yeni tıbbi gelişmelerin benimsenmesini de geciktirmektedir. (Catino, 2011)

Her ne kadar defansif tıbbın daha bilinçli bir bakıma yol açtığı iddia edilse de bunu genelleştirecek bir kanıt bulunmamaktadır. (Rodriguez ve diğerleri, 2007) Defansif tıp, mutlaka kötü değildir, kalite artırıcı olabilmektedir. (Reschovsky ve Saiontz-martinez, 2008) Tanısal testlerin istenmemesi ve uygun tedavinin başlatılmaması hastalara zarar verebilir, ancak bunun tersi de doğrudur. Çok fazla test istemek ve çok fazla tedavi uygulamak,

hastalar için sorun yaratabilir. Testlerin ve tedavilerin riskleri ve zararları faydalarından daha ağır basabilir. (Berlin, 2017)

Defansif tıp sağlık hizmeti kalitesini düşürebilir veya marjinal bir fayda sağlayarak artırabilir. Riskli ve zor vakaların farklı doktorlara ve daha donanımlı hastanelere yönlendirilmesi zaman kaybetmeksizin doğru tanı ve doğru tedaviyi sağlayabilir. Aynı zamanda nadiren de olsa endikasyon dahilinde olmayan bir test doğru tanı konulmasını sağlayabilir. (Studdert ve diğerleri, 2005) Hastaların zamanında daha donanımlı bir sağlık merkezine sevk edilmesi, tedavi planı hakkında detaylı açıklamalar yapmak, hastalardan daha ayrıntılı bilgi istemek, verileri daha detaylı tutmak gibi bazı defansif tıp uygulamaları tatmin edicidir; tedavinin doğruluğunu artırır. Hastaya ve sağlık sistemine herhangi bir maliyet getirmez ve fayda sağlar. (Moosazadeh ve diğerleri, 2014) Negatif defansif tıp, doktorları daha güvenli tedavi vermeye, hastaları da daha iyi sağlık imkanlarına ulaştırabilir. (Garattini ve Padula, 2020) Riskten kaçınmanın, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmek yerine daha nitelikli hekimlere ve donanımlı hastanelere yönlendireceği için artırabileceği de söylenmektedir. (Summerton, 1995)

Hasta kayıtlarının gereğinden fazla olması ve giderek uzaması, netliği azaltan ve önemli yerlerin ayrıntıların arasında kaybolmasına sebep olan bir durumdur. Assing Hvidt ve diğerleri, 2017) Ancak hasta kayıtlarının daha detaylı tutulması ve hastaya daha detaylı bilgi verilmesi olumlu sonuçları olan defansif tıbbi uygulamalar arasındadır. (Passmore ve Leung, 2002)

Çekinik tıbbın yaygın olarak uygulandığı ve çekinik tıbbi uygulamaların maliyeti artırıp bakım kalitesini düşürdüğü iddia edilmiştir. (Adwok ve diğerleri, 2013; Studdert ve diğerleri, 2005) Dünyada, gerçekçi olmayan ve bazen karşılanamayan malpraktis davaları ve tazminatları nedeniyle moral bozukluğu, erken emeklilik ve doktorların muayenehanelerinin kısıtlanması, halkın temel sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlıyor olabilir. (Adwok ve diğerleri, 2013) Doktorların eskiden emekli olmaktan şikayet ederken, hasta profilinin değişmesi ve davalar sonrası artık emekli olmayı sabırsızlıkla bekledikleri yönünde haberler duyulmaktadır. (McQuade, 1991)

Bir çalışma da hekimlerin %90'ı malpraktis davalarından rücu edilen tazminat için sigorta yaptırdıklarını ifade etmişlerdir. (Ortashi ve diğerleri, 2013) Çekinik davranışın sağlık sistemi üzerinde büyük bir ekonomik yük oluşturduğu ve sigorta primlerinin artmasına neden olduğu belirtilmektedir. (Toker ve diğerleri, 2004)

İsrail’de yapılan çalışmada cerrahi uzmanlarının daha fazla defansif tıp uyguladıkları görülmüştür. (Asher, Greenberg-dotan ve diğerleri, 2012) Türkiye’de genel cerrahi uzmanları ile yapılan bir çalışmada vaka tecrübesi arttıkça defansif uygulamalarda azalma, mesleki tatminin yerini alandan soğuma ve uzaklaşma aldıkça defansif uygulamalarda artma görülmüştür. (Kebabçı ve Ekizoglu, 2021) Çalışmada hekimlerin %77’si genel cerrahi bölümünü seçtiği içinde kısmen de olsa pişman olduğunu belirtmiştir. (Kebabçı ve Ekizoglu, 2021) Bu ciddi oran ülkemizde TUS yerleşme oranları ile düşünüldüğünde belli problemlerin çözülmemesi ve hekimler için bir risk faktörü olarak görülmeye devam etmesi durumunda nitelikli cerrah sayısındaki düşüş olarak bir halk sağlığı problemine dönüşecektir.

Malpraktis davalarının ve malpraktis reformlarının bazı uzmanlık alanlarında doktor arzını etkilediği, sigorta primlerini artırdığı ve şehirler arası yer değiştirmeye zorladığı belirtilmiştir. (Kessler ve diğerleri, 2006) Malpraktis vakalarındaki artış ülkemizdeki doktorlar üzerinde özellikle etkili olmuştur. Uzmanlık tercihleri belirlenirken de defansif yaklaşım etkisini göstermektedir. (Bakır ve diğerleri, 2022)

Tıpta Uzmanlık Sınavı’nda yüksek puan alan hekimler malpraktis riski yüksek olan, yoğun bölümler yerine hasta ile ilişkinin daha az olduğu (Yeşiltaş, 2018), daha yüksek performans puanı yapılan, hasta takibinin yapılmadığı bölümleri tercih etmektedirler. 2023 Eylül TUS’unda en az tercih edilen bölümler Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bölümü olmuştur. Bu bölümü Beyin Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi ve Kalp Damar Cerrahisi bölümleri takip etmektedir. En çok tercih edilen bölümler ise Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Radyoloji, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Göz Hastalıkları bölümleri olmuştur.²

Savunmacı tıp uygulamaları, doktorların tedavi kararlarını etkileyebilir ve hastaların yan etkilere veya yanlış tedavilere maruz kalma riskini artırabilir. (Reuveni ve diğerleri, 2017) Pozitif defansif uygulamalar, ilaç ve sağlık bakım masraflarını artırabilir. Hastaları gereksiz test ve işlemlere tabi tutarak potansiyel olarak onlara zarar verebilir.

Ayrıca gereksiz hastaneye yatışlar ve yakın gözlemler hastaların bağımsızlığı ve özerkliği üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. (Passmore ve Leung, 2002) Negatif defansif uygulamalar ise yüksek riskli hastaların uygun sağlık hizmeti ve tedavi almasını

² Eylül 2023 TUS Yerleştirmeleri İle İlgili Bilgi Notu, Ankara Tabip Odası, <https://ato.org.tr/haberler/2024-haberleri/2612-eylul-2023-tus-yerlestirmeleri-ile-ilgili-bilgi-notu.html> (Erişim Tarihi : 20.04.2024)

engelleyebilir. (Arafa ve diğeri, 2023) Hastaların aşırı araştırılması uygulaması doktor için bir koruma unsuru ve hasta için marjinal bir fayda sağlamaktadır, ancak ezici kanıtlar bunun bakım maliyetini artırdığını ve tıbbi hata riski artırabileceğini göstermektedir. (Adwok ve diğeri, 2013)

Gereksiz ve tedavi planına uymaksızın kullanılan antibiyotikler nedeniyle birçok antibiyotiğe karşı direnç gelişmiştir. (Tebano ve diğeri, 2018) Gereksiz yere geniş spektrumlu antibiyotik reçete edilmesi, antibiyotik kullanım süresinin uzatılması sık karşılaşılan defansif uygulamalar arasındadır. (Tebano ve diğeri, 2018) Örneğin enfeksiyonlu bir hastada defansif tıp uygulayan bir doktor antibiyotik süresini uzatabilir, gereksiz geniş spektrumlu antibiyotikler reçete edebilir veya gereksiz antibiyotik tedavilerini reçete eder ve bu da antibiyotiğe direnç oluşmasına neden olabilir. (Vento ve diğeri, 2018)

Hastalar muayene olduklarında, yatış sonrası taburcu olurken çoğunlukla reçete almayı beklerler ve reçete edilen ilaç sayısı ne kadar fazlaysa o kadar memnun olurlar. (Epstein, 1976) Ancak gereksiz ilaç reçete etmek, gereksiz konsültasyon yapmak, gereksiz hastane ve daha üst sağlık hizmet basamaklarına sevk etmek, gereksiz laboratuvar ve görüntüleme testlerine başvurmak, hastaların ihtiyaçlarına rağmen hastaları tedavi etmek için riskli tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınmak ve yüksek riskli hastaları kabul etmemek gibi diğer bazı defansif tıbbi uygulamalar hastalara ve sağlık sistemine zarar veren uygulamalardır. Bu uygulamalar hastalar için hastalığın daha ileri komplikasyonları, yapılan işlemin doğrudan ve dolaylı olumsuz etkileri hastanelerde ortalama kalış süresinin artması, aileler için sağlık maliyetlerinin artması, hastalar ve aileleri için psikolojik ve zihinsel sorunlar gibi birçok soruna neden olmaktadır. (Moosazadeh ve diğeri, 2014)

Defansif tıbbi uygulamalar, sağlık hizmeti sunumunun kalitesini bozar ve kendini koruyucu, riskten kaçınan ve ihtiyatlı bir davranışın benimsenmesine sebep olur. (Osti ve Steyrer, 2017) Riskli hastaların başka uzmanlara yönlendirilmesi ve tedavi etmekten kaçınılması, savunmacı tıbbın yalnızca sağlık hizmetlerinin maliyetini yükseltmekle kalmayıp aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimi de sınırlamaktadır. (Adwok ve diğeri, 2013; Cernega ve diğeri, 2023) Çalışmalar, tıbbi sorumluluk meselesinin, defansif uygulamaların yol açtığı önemli maliyetlerin yanı sıra kalite ve bakıma erişim üzerindeki olumsuz etkisi nedeniyle tüm sağlık sistemini etkilediğini açıkça göstermektedir. (Nahed ve diğeri, 2012; Sekhar ve Vyas, 2013)

Malpraktis davaları ve bu davalardan kaçınmak için başvuru defansif uygulamalar hekimlerin motivasyonlarını da olumsuz etkilemektedir ve bu durum akademik başarının düşmesine neden olabilir. (Solaroglu ve diğeri, 2014) Sonuç olarak, savunma tıbbi uygulamak hastalar için de hekimler için de iyi değildir. (Sekhar ve Vyas, 2013)

2.10. DEFANSİF TIBBIN HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Literatür incelendiğinde defansif tıbbi uygulamaların hekimler arasında yaygın olarak kullanılan bir kavram olduğu görülmektedir. (Al-Atram, 2018; Ali ve diğeri, 2016; Hooe ve diğeri, 2014; Nakamura ve Yamashita, 2015; Solaroglu ve diğeri, 2014; Yan ve diğeri, 2017; Yılmaz, 2012; Zhu ve diğeri, 2018) Bazı araştırmacılar defansif tıbbi uygulamaların faydalı olabileceği ve iyi tıbbi işaret edeceğine dair görüş belirtmiş olsalar da genel görüş defansif tıbbi uygulamaların kötü tıbbi ifade ettiği ve sağlık sistemi, hastalar ve hekimler için büyük bir sorun olduğunu ifade etmektedir. (Yılmaz, 2012) Sağlık sisteminin tüm bileşenleri için bu denli büyük bir sorunun hukuki açıdan da incelenmesi gerekmektedir. (Şahin ve Alçalı, 2020; Yılmaz, 2012)

2005 yılında Türk Ceza Kanunu'nun "Hayata Karşı Suçlar ve Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar" başlığı içeriğinde yapılan değişikliklerde trafik suçu ve sağlık çalışanlarının taksirli suçları beraber değerlendirilmiş ve yaptırımlar ağırlaştırılmıştır. (Aktaş, 2022) Defansif tıbbi uygulamalar bu düzenlemeler sonrasında bir şekilde ülkemiz hekimlerinin gündeminde yer bulmaya başlamıştır. (Aktaş, 2022; Aynacı, 2008)

Hekimlerin yaptıkları işlemlerin hukuka uygunluğu işlemin endikasyon dahilinde olması, hastadan aydınlatılmış onam alınması ve hekim müdahalesinin uzmanlık yetkisi dahilinde ve özen yükümlülüğüne uygun şekilde gerçekleştirilmesi şartlarına bağlıdır. (Akıncı ve diğeri, 2013) Defansif tıbbi uygulamalar, tıbbi endikasyon dahilinde yapılması gerektiği halde yapılmayan ve yapılması gerekenden fazla yapılan işlemler olduğu için sorumluluk doğurmaktadır. (Aktaş, 2022) Hekimler, yaptıkları defansif tıbbi uygulamalar ile ihmal ve kusurlu olabilirler ve hata ihtimalini artırabilirler. Defansif tıbbi uygulamalar sonucunda oluşan zararlardan hem hukuki hem cezai açıdan sorumludurlar. (Yılmaz ve diğeri, 2014)

Hekimin hasta ile ilk karşılaştığı andan son ana kadar geçen süreçte hastanın beden ve ruh sağlığını korumak ve yeniden kazandırmak için yaptığı işlemler tıbbi müdahale olarak kabul edilmektedir. (Yavuz İpekyüz, 2015) Hekimin yaptığı tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için tedavinin hasta rızası ile yapılması gerekmektedir. Yapılan müdahale tıp bilimine uygun olmalı, endikasyon dahilinde, özenle yapılmalı ve müdahalenin amacı hastayı tedavi

etmek olmalıdır. (Yavuz İpekyüz, 2015) Hukuken uygunluk için endikasyon dahilinde olan ve kanuna aykırı olmayan işlemi yapmaya yetkili doktor hastadan aydınlatılmış onam almalıdır. (Aktaş, 2022)

Endikasyon, bir tanı aracının veya tedavi şeklinin tıbbi olarak uygunluk ve zaruret halidir. Endikasyonun bulunmadığı bir tıbbi müdahale haksız fiil niteliğindedir ve hekime hukuki sorumluluk yükler. (Şahin ve Alçalı, 2020) Haksız fiilin gerçekleşmesi için fiilin hukuka aykırı olması gerekmektedir. Kusur ile zarar arasında illiyet bağı bulunmalıdır. (Kurtulan, 2017) Hekimler, kusurları nedeniyle hastaya verdikleri zarardan ve zararı tazmin etmekten yükümlü tutulabilirler. (Yavuz İpekyüz, 2015)

Hekimin hasta ile ilişkisinden doğan hukuki sorumluluğun amacı hastanın iradesi dışında ve hukuka aykırı olarak gerçekleşen zararını tazmin etmektir. (Şahin ve Alçalı, 2020) Hekimin hukuki sorumluluğunun oluşmasının ön şartı zararın meydana gelmesi ve zararın hekimin kusuru ile ilişkili olmasıdır. (Şahin ve Alçalı, 2020)

Defansif tıp ile ilişkili invaziv testlerin yapılması, hasta için sonuçta tıbbi komplikasyonlara ve davalara yol açabilecek önemli riskleri beraberinde getirebilir. (Adwok ve diğerleri, 2013) Hasta için sağlık riskleri oluşturma potansiyeli nedeniyle zarar vericidir. (Sekhar ve Vyas, 2013) Defansif tıbbi uygulamalar, endikasyon dışında yapılan müdahaleler olduğu için ve hastanın zararına sebep olabileceği hem hasta hakları açısından hem de sorumluluk hukuku açısından incelenmelidir.

2.10.1. Hekimin Hukuki Sorumluluğu

Hekimlerin tıbbi müdahale süreçlerinin kusur açısından değerlendirilmesi için belirlenmiş tıbbi kurallar ve standartlar kullanılmaktadır. Defansif tıp ile bu standartların dışında uygulamalar yapılmaktadır. Hekim tıbbi kuralların dışında, tedavi açısından fayda sağlamayacak ekstra bir uygulama yaparak ya da yapması gereken bir işlemi yerine getirmeyerek bir tıbbi uygulama hatasına yol açabilir ve hukuken sorumlu tutulabilir. Hekim, hukuka aykırı hareket etmesi sonucunda oluşan maddi veya manevi zararı gidermekle sorumludur. (Özpınar, 2008) Hekimin özen yükümlülüğüne aykırı olarak davranması, dikkatsizliği ve ihmali sonucu hastanın zarar görmesi hekimi kusurlu duruma düşürmektedir. (Akkanat, 2017)

Haksız fiil, kusur, zarar ve illiyet bağı hekimin hukuki sorumluluğunun şartlarıdır. Haksız fiil, bir kimsenin hakkını ihlal ederek verilen zarardan sorumlu olunma halidir. (Akkanat,

2017) Hukuka aykırı bir eylem sonucunda zarar oluşmuş ise haksız fiilden bahsedilebilir. (Akkanat, 2017)

Benzer durumlarda kişilerden beklenen normal davranıştan sapılması ise kusur olarak tanımlanmaktadır. (Ayan, 1991) Zararın kasten veya ihmalen verilmesine göre kusurun derecesi belirlenir. (Yavuz İpekyüz, 2015) Kast, istenerek verilen zarardır. (Yavuz İpekyüz, 2015) Örneğin gereksiz yapılan bir cerrahi işlem sonrası komplikasyon gelişmesi, hekimin bir sonraki vardiyadaki hekime devretmek için tedavi süresini uzatması, sevk ihtiyacı olmayan hastanın başka bir sağlık kuruluşuna sevk ve bu sebeple tedavinin gecikmesi gibi davranışlar kasıtlı davranışlardır. (Yavuz İpekyüz, 2015) Failin kusuru ile oluşan hukuka aykırı eylem sorumluluk doğurur. (Akkanat, 2017)

Bir kimsenin kusuru sonucu diğer kişinin mal varlığı ve kişilik haklarındaki değişiklik ve eksilmeler zarar olarak adlandırılmaktadır. Zarar ile kusur arasında anlamlı ve makul bir ilişkinin varlığı nedensellik yani illiyet bağına işaret etmektedir.

2.10.2. Hekimin Tazminat Sorumluluğu

Hekimin tıbbi müdahalesinin hukuka aykırı olması ve tıbbi müdahalenin sonucunda zarar oluşması durumunda hekimin tazminat sorumluluğu oluşmaktadır. Tazminat sorumluluğunun oluşması için tıbbi müdahale *hukuka aykırı* olmalıdır. Bu tıbbi müdahale sonucunda oluşan *zarar* ile *kusur* arasında *illiyet bağı* bulunmalıdır. (Yavuz İpekyüz, 2015) Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için tıbbi müdahale öncesinde hastanın rızası veya daha üstün bir kamu yararı ve doktorun yetkisi bulunmalıdır. (Yavuz İpekyüz, 2015) Yapılan tıbbi müdahale ahlaka ve kamu düzenine aykırı olmamalıdır. (Yavuz İpekyüz, 2015)

Türk Borçlar Kanunu'nun 49. Maddesine göre kusurlu ve hukuka aykırı bir eylemde bulunarak başkasına zarar veren kişi bu zararı gidermekle yükümlüdür. Türk Borçlar Kanunu'nun 49. Maddesinde “*Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür...*” ifadesi yer almaktadır. Bu madde haksız fiil sorumluluğunun dayanağını oluşturmaktadır. (Yavuz İpekyüz, 2015) Tıbbi uygulama hatalarında, kusur nedeniyle oluşan tazminat yükümlülüğünün dayanağı bu maddedir. Hasta ile hekim arasında sözleşmenin bulunmadığı durumlarda ve sözleşmenin bulunduğu bazı durumlarda zararın oluşması halinde sorumluluk haksız fiil nedeniyle oluşmaktadır. (Polat ve Pakiş, 2011)

Türk Borçlar Kanunu'nun 56. Maddesi ve 58. Maddeleri manevi tazminat için hukuki dayanak oluşturmaktadır. (Yavuz İpekyüz, 2015) Hekimlerin çalıştıkları sağlık kurumlarının özel veya devlet kurumu olmasına göre tazminat davalarında yargılama usulleri değişebilmektedir. (Akkanat, 2017) Kamuya bağlı sağlık kurumlarında çalışan hekimin hatası iddiasıyla açılan tazminat davası idareye açılmakta ve idare hekime rücu etmektedir. Burada idarenin kusursuz sorumluluğundan bahsedilebilir. Özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan tazminat davası ise hem idareye hem hekime karşı açılabilir. (Aktaş, 2022; Kırtışoğlu, 2018) Borçlar kanunu'nun 116. Maddesi hasta ve sağlık kurumu arasında tedavi nedeniyle oluşan ilişkinin hukuki zeminini oluşturmaktadır. (Aktaş, 2022)

2.10.3. Defansif Tıbbi Uygulamalarda Hukuki Sorumluluk

Hekim mesleğini icra ederken meslek etiğine ve hukuk kurallarına riayet etmek durumundadır. (Kırtışoğlu, 2018) Sorumluluk kavramı, hukuka aykırı olarak işlenilen fiilin sonucunda verilen zararı tazmin etme yükümlülüğü olarak ifade edilmektedir. (Değdaş, 2018) Hekimin zarardan sorumlu olması için meydana gelen zarar ile kusur arasında bir nedensellik bağının bulunması gereklidir. (Kırtışoğlu, 2018)

Hekimin hukuki sorumluluğu, hekim ile hasta arasında ilk karşılaştıkları anda oluşan ve süreç boyunca var olan vekalet sözleşmesine veya haksız fiile dayanmaktadır. (Polat ve Pakiş, 2011; Yılmaz ve diğerleri, 2014) Hukuki sorumluluk haksız fiil, kusur, zarar ve illiyet bağı unsurlarından oluşur. (Akkanat, 2017)

Vekalet sözleşmesi ile hekim özen yükümlülüğüne riayet ederek bilgi ve tecrübesini hastanın sağlığını korumak ve düzeltmek için kullanacağını beyan etmiş olur. (Polat ve Pakiş, 2011) Vekalet sözleşmesi, Türk Borçlar Kanunu 502. Maddede "*Vekâlet sözleşmesi, vekilin vekâlet verenin bir işini görmeyi veya işlemi yapmayı üstlendiği sözleşmedir.*" şeklinde açıklanmıştır. Hasta iradesi dışındaki tıbbi müdahaleler vekaletsiz iş görme kapsamındadır. (Akkanat, 2017)

Hekim, sözleşme ile oluşan vekillik görevinin yerine getirirken hastanın faydasını, tıbbi standartları çerçevesinde korumakla yükümlüdür. Bu yükümlülüğünü yerine getirmediğinde oluşan zararı tazmin etmekle sorumludur. (Aktaş, 2022) Vekalet sözleşmesi ile vekil, vekalet verenin faydasını koruma sorumluluğunu üstlenmiştir.

Borçlar Kanunu 506. Maddede açıklandığı üzere hekime düşen sorumluluk hastanın iyileşmesi değil tıp bilimine uygun şekilde, özen yükümlülüğü çerçevesinde hastanın menfaatlerini düşünerek müdahalede bulunmaktır. (Ayan, 1991; Z. Özcan ve Özcanoglu, 2020) TBK 506. Maddesinin 2. Ve 3. fıkralarında “*Vekil üstlendiği iş ve hizmetleri, vekâlet verenin haklı menfaatlerini gözeterek, sadakat ve özenle yürütmekle yükümlüdür. Vekilin özen borcundan doğan sorumluluğunun belirlenmesinde, benzer alanda iş ve hizmetleri üstlenen basiretli bir vekilin göstermesi gereken davranış esas alınır.*” şeklinde düzenlenmiştir. Özen yükümlülüğü Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nde ve Hasta Hakları Yönetmeliği’nde de vurgulanmıştır.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nin 2. maddesinin 2. Fıkrası; “*Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlâki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda âzami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.*” şeklindedir.

Hasta Hakları Yönetmeliği 14. Maddesi; “*Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.*” şeklindedir.

Vekalet veren ile vekilin menfaatlerinin çatışması ile defansif tıbbi uygulamalar ortaya çıkmaktadır. (Aktaş, 2022) Defansif tıbbi uygulamalarında hasta ile hekimin menfaatlerinin çoğunlukla çatışması, yukarıda bahsettiğimiz maddelerde üzerinde durulan özen yükümlülüğü ve basiretli bir vekilin göstermesi gereken davranış örneklerine ters düşmektedir. Pozitif defansif tıp ile tıbbi endikasyon olmamasına rağmen yapılan tıbbi işlemler, negatif defansif tıp ile ise tıbbi endikasyon olmasına rağmen yapılmayan işlemler hekime hukuki sorumluluk yüklemektedir. (Şahin ve Alçalı, 2020)

Hekimin malpraktis davalarından kaçınmak amacıyla talep ettiği gereksiz görüntüleme ve laboratuvar testleri, gereksiz kullanılan ve reçete edilen ilaçların yan etkiler, toksik etkileri, çapraz reaksiyonları nedeniyle oluşan durumlar hastalara zarar verebilmektedir. (Akkanat, 2017) Hekimin normalden fazla ve uzun vizitler yapması, hasta kayıtlarını olması gerekenden daha detaylı tutması sonucunda oluşan zaman kısıtlılığı nedeniyle diğer hastalara daha az vakit ayırmak zorunda kalınması ve bu zaman kısıtlılığı nedeniyle hatalı tıbbi kararlar verilmesi de hukuki sorumluluk oluşturmaktadır. Riskli hastalardan, riskli tedavilerden kaçınan hekimlerde çoğunlukla hastanın tedavisinin gecikmesine ve görmesi gereken standart tedaviye ulaşamamasına sebep olmaktadır. Hekimin teknik imkan ve

personel açısından yeterliliğe sahip olduğu halde hastayı başka bir sağlık kurumuna sevk etmesi hastayı belli risklerle karşı karşıya getirmektedir. Görüldüğü gibi hem pozitif hem negatif defansif tıp uygulamalarında özen eksikliği, dikkatsizlik ve kusur nedeniyle hastalar maddi ve manevi zarara uğrayabilmekte (Aktaş, 2022) ve bu durum nedeniyle hekime ve kamuda çalışan hekimlerin defansif yaklaşımları sonucu idareye mali ve hukuki sorumluluk yüklenmektedir. (Akkanat, 2017) Oluşan zararın giderilmesi konusunda sağlık kurumunun ve hekimin hukuki sorumluluğu vardır. (Aktaş, 2022)

Negatif defansif tıp uygulamaları, Türk Borçlar Kanunu'nun 41. Maddesinde yer alan *“Gerek kasten gerek ihmal ve teseyyüp yahut tedbirsizlik ile haksız bir surette diğer kimseye bir zarar ıka eden şahıs, o zararın tazminine mecburdur.”* ibaresine göre tedbirsizlik ve ihmal başlıklarından sorumluluk doğurabilmektedir. Hekimin, hastayı tedavi etmekten kaçınarak tedavinin gecikmesi nedeniyle hastanın zarar görmesine sebep olduğu durumda hekim kasten yaralamanın veya öldürmenin ihmali davranışla oluşmasından sorumlu olacaktır. (Değdaş, 2018) İhmal özel hukukta; dikkat, özen ve tedbir eksikliği olarak açıklanabilir. (Uygur, 2019)

Defansif tıbbi uygulamalar, vekalet sözleşmesinde yer alan hastanın menfaatlerini koruma yükümlülüğünü geri plana atarak vekalet sözleşmesine ve meslek etiğine zarar vermektedir. (Şahin ve Alcala, 2020) Hekimler, vekalet sözleşmesinden doğan görevlerini ifa ederken özen yükümlülüğü altındadırlar ve başka bir hekimin gösterdiği ortalama özeni göstermekle mükelleflerdir. (Yılmaz ve diğerleri, 2014) Kendini korumak amacıyla yapılan defansif tıbbi uygulamaların, hastanın menfaatleri ile ters düşmesi, tıbbi gerekliliklerin dışında olması, hastanın tanı ve tedavi süreçlerini olumsuz etkilemesi bu tür uygulamaların hukuka aykırı olduğunu göstermektedir. (Yılmaz ve diğerleri, 2014)

Hekim endikasyon dışında reçete ettiği ilaç veya tıbbi gereklilik dışında talep ettiği tanı testi ile hastanın üzerindeki mali yükü artırıyor ve vekili olduğu hastanın maddi menfaat ve çıkarlarını gözetme sorumluluğunu göz ardı etmiştir. Hastanın bu ilaçlar veya tanı testleri ile vücut bütünlüğü bozulmuşsa, tıbben öngörülebilir bir komplikasyon meydana gelmişse dolaylı zararlar nedeniyle maddi ve manevi tazminat sorumlulukları gündeme gelecektir. (Yılmaz ve diğerleri, 2014)

Hastaların hekim seçme hakkı olduğu gibi hekimin de Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 18. Ve 19. Maddelerine göre hastaya bakmayı reddetme, hasta seçme hakkı vardır. Ancak bu hakkını acil durumlar ve hastanın hayatının tehlikeye düşmeyeceği durumlar dışında

kullanabilir. Hastanın hayatının tehlikeye düşmesinin, sıhhatinin zarar görmesinin muhtemel olduğu durumlarda başka bir hekim hastayı devralmadıkça hekim hastaya bakmayı reddedemez. Negatif defansif tıbbi uygulamalar arasında bulunan riskli hastadan kaçınma, hastayı başka doktor veya başka sağlık merkezine yönlendirme gibi defansif durumlarda arada geçen süreden dolayı hastanın zarar görmesi halinde hekim özen yükümlülüğüne ve hastanın menfaatlerine aykırı hareket ettiği için hekimin tazmin sorumluluğu söz konusu olacaktır. (Yılmaz ve diğerleri, 2014)

İlaç tedavisi ile şifaya kavuşabilecek bir hastaya son seçenek olması gereken cerrahi müdahaleye ilk başta başvurulması durumunda tıp standartlarına, kabul edilen kurallarına aykırı hareket edildiği için hekim hukuken sorumlu olacaktır. (Uygur, 2019) İngiltere’de bir yüksek mahkeme kararında, hastaya gereksiz yere mastektomi yapılması malpraktis olarak değerlendirilmiştir. (H. Hancı, 2008)

Negatif defansif tıbbi uygulamalarında ihmal ve özen yükümlülüğü ihlali daha net tespit edileceği için pozitif uygulamalara göre hekimler daha fazla sorumlu tutulmaktadırlar. (Akkanat, 2017)

2.10.4. Hasta Hakları Açısından Defansif Tıbbi Uygulamalar

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Mesleği Etik Kuralları’nın 5. Maddesinde hekimlerin görevleri, bilimsel gerekleri yerine getirerek hastalıkları önlemek ve iyileştirmek olarak tarif edilmiştir. Savunmacı tıp, hekimlerin hastalara ve topluma karşı etik yükümlülükleriyle bağdaşmaz. (Bester, 2020) Tıp etiği belgelerine göre hekimler, hastaların çıkarlarını kendi çıkarlarının önünde tutmakla sorumludurlar. (Williams, 2015)

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 11. Maddesi hastanın tıbbi gereklere uygun şekilde teşhis, tedavi ve bakım isteme hakkına sahip olduğunu belirtmektedir. Yine Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 14. Maddesi hekimin ve sağlık çalışanlarının hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni göstermekle yükümlü olduğunu ifade etmektedir.

Hekimin hastanın sağlığını düşünmek yerine kendini malpraktis davasından korumak istemesi, itibarını korumak istemesi gibi nedenlerle başvurduğu defansif tıbbi uygulamalar hekimin hastanın durumu için gösterilmesi gereken özeni göstermek konusunda da engeller oluşturmaktadır. (Yılmaz ve diğerleri, 2014) Hekimler tanı, tedavi ve takip aşamasında gerekli özeni göstermekle yükümlüdürler. (Yavuz Ipekyüz, 2015) Hekimin tıbben gerekli

olmadığı halde girişimsel işlem yapması, endikasyon dahilinde olmayan ilacı reçete etmesi, endikasyon dahilinde olmasına rağmen riskli olduğu için tıbbi işlemlerden kaçınması gibi pozitif ve negatif tıbbi işlemler özen yükümlülüğü ile ters düşmektedir. (Yılmaz ve diğerleri, 2014)

Defansif tıbbi uygulamalar, hasta haklarını ve tıp etiğini de ihlal etmektedir. Hekimler savunmacı davranarak, yasal sorumluluklarını görmezden gelmektedirler. (Delice ve diğerleri, 2019) Savunma tıbbının hasta özerkliğine zarar verdiği ve hasta çıkarlarının doktor çıkarlarının gerisinde kalmasına sebep olduğu, güven yükümlülüklerine zarar verdiği ve hekimlere olan güvene zarar verdiği belirtilmiştir. (Bester, 2020) Hekimlerin klinik kararlarını hasta çıkarları yönlendirmelidir. Ancak defansif tıbbi uygulamalarda hastanın sağlık durumunun gereklilikleri dışındaki faktörler belirli olmaktadır. (Bester, 2020)

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 6. Maddesinde hastaların, sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkı olduğundan bahsetmektedir. Sağlık hizmetinde görev alan personelin, hastaların sağlık ihtiyaçlarına uygun şekilde hizmet verme gerekliliği vurgulanmıştır. Hekimin kendini savunmak amacıyla istediği ve tıbben endike olmayan tanı testleri ve tıbbi işlemler, riskli hastalardan kaçınmak gibi defansif tıbbi işlemler hasta hakları yönetmeliğinde belirtilen adalet ve hakkaniyete uygun sağlık hizmeti verme sorumluluğuna aykırıdır. (Yılmaz ve diğerleri, 2014)

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 15. Ve 18. Maddelerine göre hasta, hastalığının muhtemel sebepleri, hastalığın tanı ve tedavi süreçleri, bu süreçlerin nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalelerin muhtemel komplikasyonları, fayda ve zararları hususlarında sade ve sosyal seviyesine uygun bilgiyi tereddüte yer vermeyecek şekilde alma hakkına sahip olduğundan bahsedilmektedir. Defansif tıp uygulayan hekimin bunu hastasından saklayacağı varsayıldığında hasta eksik bilgilendirildiği için hastadan alınan rıza hukuka ve etik kurallara aykırı olur. (Kumtepe, 2019) Hekim, olağan tıbbi süreçten çıkarak savunmacı yaklaştığında, hastasından defansif tıp uyguladığını saklayarak ve sürecin rutin bir şekilde ilerlediğinden bahsederek hasta hakları yönetmeliğinde geçen hastanın sağlık durumu ile ilgili doğru ve şüpheye yer vermeyecek bilgiyi alma hakkını ihlal etmiş olacaktır. (Yılmaz ve diğerleri, 2014)

Hasta sağlık durumu, hastalığının tanı ve tedavi süreci ile ilgili doğru bilgiyi aldıktan sonra yapılacak tıbbi işlemlere dair onayının alınması gerekmektedir. Tıbbi müdahalenin hukuka uygun hale gelmesi için hastanın rıza vermesi gerekmektedir. Biyotıp Sözleşmesi'nin 5.

Maddesi hasta rızasının hukuki boyutunu açıklamaktadır. Biyotıp Sözleşmesi 5. Maddesi; *“Sağlık alanında herhangi bir girişim, ilgili kişinin bu girişime özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde rıza(onam) vermesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, girişimin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir.”* şeklindedir.

İlgili kişi, verdiği onamı her zaman, serbestçe geri çekebilir. Hekim, kendini şikayet ve davalardan korumak için hastasını normalden daha uzun süre hastanede yatırmaya devam etmek istediğinde, tıbben gerekli olmayan görüntüleme testleri talep ettiğinde, endikasyon haricinde biyopsi gibi girişimsel işlemler istediğinde hastasına bu işlemin tıbben gerekli olmadığını ve hukuki olarak kendini korumak amacıyla bunları yapmak istediği bilgisini muhtemelen hastaya doğru ve sade bir şekilde ifade etmeyecektir. Bu durumda hastanın vereceği rıza hukuka ve ahlaka aykırı olacaktır. (Yılmaz ve diğerleri, 2014) Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 28. Maddesinde de belirtildiği gibi *“... Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.”*

Hasta, defansif tıbbi uygulama sonucunda zarar görürse hastanın yaşama, sağlık hizmetlerinden faydalanma, sağlık kurumlarında güvenlik içinde olma gibi hakları elinden alınmış olacaktır. (Yılmaz ve diğerleri, 2014)

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 17. Maddesinde *“Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.”* ibaresi yer almaktadır. Yine Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nin 13. Maddesinin 3. Fıkrasında *“Tabip ve dış tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın, hastanın arzusuna uyararak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak herhangi bir şey yapamaz.”* hükmü yer almaktadır. Aynı doğrultuda Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 12. Maddesi tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağından bahseder. Madde *“Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.”* şeklinde düzenlenmiştir.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nin 12. Maddesinin 1. fıkrasında tabip ve dış tabiplerinin *“Hastalara, herhangi bir suretle olursa olsun, haksız bir menfaat teminini istihdaf eden fiil ve hareketlerde bulunmaları; caiz değildir.”* hükmü yer almaktadır. Defansif tıbbi

uygulamalarda hekimin amacı öncelikle kendini korumaktır. Defansif tıbbi uygulamalar, bazı durumlarda haksız menfaat temini için aracı olarak kullanılabilir. Bu nedenle uygulanması Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'ne uygun değildir.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 13. Maddesinin 1. Ve 2. Fıkralarında tabip ve dış tabiplerinin tıp ilmi kurallarına ve gerekliliklerine göre teşhis ve tedavi yapması gerektiğinden ve tıp ilmine aykırı olarak yapılan işlemlerin yasak olduğundan bahsetmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 11. Maddesinde “*Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir. Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.*” ifadesi yer almaktadır. Hastanın şikayet etmesini engellemek veya haksız kazanç sağlamak amacıyla yapılan işlemler modern tıbaa aykırı ve aldatıcı mahiyette kabul edilebilecektir. (Şahin ve Alcalı, 2020) Hastanın modern tıbbın gereklerine uygun, endikasyon dahilinde olan tanı ve tedavi işlemlerini isteme hakkı olduğu bu madde de açıkça ifade edilmiştir.

Yine Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 13. Maddesinin 3. Fıkrasında “*Tabip ve dış tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın, hastanın arzusunun uyararak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak herhangi bir şey yapamaz.*” hükmü yer almaktadır. Bu maddede de hastayı korumak ve tedavi etmek amacı dışında gerçekleştirilen eylemlerin hasta talebiyle olsa bile uygun olmadığından bahsedilmiştir.

Bu maddeler tıbbi zorunluluklar yani endikasyon dışında yapılan müdahalelerin hukuken hatalı olduğunu göstermektedir. Ancak endikasyon sınırları oldukça geniş ve belirsizdir. Hekimler hastalıkla ilgili tüm süreçlerde hastanın da onayını almak suretiyle yetkilidir. Hekimin takdir yetkisi, tıbbi standartlar çerçevesinde geçerlidir. (Şahin ve Alcalı, 2020) Endikasyona tıbbi standartlar çerçevesinde karar verilir. Tıbbi standartlar ise sabit, statik değildir, gelişmeye ve değişmeye devam etmektedir. (Hakeri, 2021) Hastanın durumunu mevcut şartlar içerisinde anlık olarak değerlendirme ve gerekli tıbbi işlemleri yapma yetkisi doktora aittir. Dolayısıyla endikasyona da karar veren hekimdir.

Defansif tıp uygulamalarında hekimler hukuka aykırı işlem yaptıkları gibi tıp etiğine de aykırı davranmaktadırlar. (Aktaş, 2022) 1996 yılında kabul edilen İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 4. Maddesi sağlık alanında yapılan tüm müdahalelerin mesleki standartlara uygun olması gerektiğine değinmiştir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 13. Maddesinde “*Tabip ve dış tabibi, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik*

eder.” Hükümü yer almaktadır. Bu maddelerde göstermektedir ki tıbbi standartlardan sapılan her defansif tıp uygulaması hekimi sorumlu kılabilir.

Defansif tıp, hastalara önlenabilir durumlarda riskler yüklediği için ve toplum ile devlete maliyet yüklediği için de etik değildir. (Garattini ve diğerleri, 2020; Ortashi ve diğerleri, 2013) Bu sonuçlar, defansif tıbbi uygulamaların ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

2.10.5. Defansif Tıbbi Uygulamalarda Hekimin Cezai Sorumluluğu

Defansif tıbbi uygulamalar sonucunda hastada bir zarar oluşması halinde, defansif tıbbi uygulamaların tıbbi uygulama hatalarına sebep olması durumunda hekimin cezai sorumluluğu gündeme gelecektir.

Tıbbi müdahale sonucunda, zarar gördüğü iddiasıyla hekimden şikayetçi olarak cezalandırılmasını istediğinde, kusurun varlığının ve zarar ile ilişkisinin netleştirilmesi gerekmektedir. (Yılmaz ve diğerleri, 2014) Burada komplikasyon ile malpraktis ayrımı net olarak yapılmalıdır. Komplikasyon, hekimin kusuru olmaksızın, hastalığın seyri boyunca tanı ve tedavi sürecinde ortaya çıkan öngörülebilir ancak engellenemeyen patolojik durumlardır. (Yılmaz ve diğerleri, 2014) Bu patolojik durumlara kullanılan ilaca bağlı oluşan yan etkiler de dahildir. Komplikasyon, izin verilen ve kabul edilen risk olarak hukuk dilinde kabul edilir. (Yılmaz ve diğerleri, 2014) Hekimin ceza sorumluluğu, ortaya çıkan zarar hekimin kusuru ile doğrudan ilişkili ise doğacaktır. (Yılmaz ve diğerleri, 2014)

Tıbbi uygulama hataları sonucunda doğan ceza yükümlülüğü olayın taksir, ihmal ve kast ile gerçekleşmesine göre özellik kazanmaktadır. Bunlar 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu’nda çeşitli maddelerde belirtilmiştir. Hekim, tıbbi prosedürden ve standartlardan saptığında meydana gelebilecek zararı öngörür fakat bu muhtemel zararı göze alarak tıbbi standartlardan saparsa olası kastla yaralama veya öldürme suçları gündeme gelir. Almanya’da endikasyon dışı çekilen röntgen görüntülemelerinin uzun süreli zararlara neden olabileceği gerekçesiyle kasten yaralama suçunu oluşturduğuna dair verilmiş karar bulunmaktadır. (Şahin ve Alçalı, 2020)

Türk Ceza Kanunu 21. Maddede kast, “...suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesi” olarak açıklanmıştır. Kasıtlı bir şekilde hastaya zarar vermenin, başka fail ve mağdurlardan farklılık gösterecek kendine has bir yanı bulunmamaktadır.

(Yılmaz ve diğerleri, 2014) Türk Ceza Kanunu'nun 22. maddesinde, taksir kavramı basit taksir ve bilinçli taksir olarak iki farklı şekilde tanımlamıştır. (Yılmaz ve diğerleri, 2014)

Basit taksirde; hekim, yaptığı tıbbi müdahalelerde, tanı ve tedavi süreçlerinde gereken dikkat ve ihtimamı göstermeyerek hastanın zarar görmesine neden olmakta ve bu zararın meydana gelmesini öngörememektedir. Bilinçli taksir durumunda ise; hekim yaptığı işlem sonucunda ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları ve hastaya vereceği zararı öngörebilmektedir. İhmal durumuna örnek olarak ise hekimin, negatif defansif tıp uygulayarak başvuran hasta ile bilerek ilgilenmemesi, başka bir hekimin ilgilenmesini beklemesi veya hastadan kaçınması verilebilir. (Yılmaz ve diğerleri, 2014)

Hekimin özen yükümlülüğüne aykırı hareket ederek hastanın zarar görmesine sebep olması halinde taksir niteliğinde kusur gündeme gelecektir. (Değdaş, 2018)

Pozitif defansif tıbbi uygulama örnekleri olarak gösterilen hastaları olması gerekenden daha fazla bilgilendirme, hasta kayıtlarını daha detaylı tutma, hasta ziyaretlerini daha sık yapma gibi durumların hastaya bir zararının olması beklenmemektedir ve dolayısıyla cezai açıdan sorumluluk oluşmamaktadır. Hatta bu davranışların sağlıkta hizmet kalitesini artırabileceği ifade edilmiştir. (Yılmaz ve diğerleri, 2014) Pozitif defansif tıp uygulamalarına göre negatif defansif tıp uygulamaları daha çok ceza davalarına konu olmaktadır. (Aktaş, 2022) Çünkü negatif defansif tıp uygulamalarında bir ihmal söz konusudur ve ihmalin sonuçları daha kısa sürede, net olarak ortaya çıkabilmektedir. (Aktaş, 2022)

Ekstra konsültasyon istenmesi de etik açıdan doğru olmasa da hukuki açıdan hastanın tedavi sürecini aksatmayacak seviyede ise sorumluluk oluşturmayacaktır. Gerekli olmadığı halde hasta yatışı, endikasyon haricinde hasta yatış süresini uzatmak gibi pozitif defansif davranışlar hastada hastane kaynaklı dirençli enfeksiyonlara sebep olabilir. Bu enfeksiyonlar ölüm dahil birçok olumsuz sonuca yol açarak hekimi cezai açıdan sorumlu bırakabilmektedir. Gereksiz ilaç reçete edilmesi ve bu ilacın hasta tarafından kullanılmasıyla, ilacın yan etki göstermesi veya diğer ilaçlarla etkileşime girmesi sonucunda hasta zarar görebilir. Böyle bir durumda hekim tıbbi gereklilik dışında, fazladan ilaç reçete ettiği için durum, tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilecektir ve hekimin ceza sorumluluğu ortaya çıkacaktır. (Yılmaz ve diğerleri, 2014)

Tetik için yapılan girişimsel işlemlerin hekimin bir savunma davranışı olarak olarak yapılması durumunda oluşması muhtemel komplikasyon ve zarar, tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilebilecektir. Burada hukuka uygunluk açısından hastanın rızası alınmış olsa

dahi, hastaya yapılan bilgilendirmenin gerçek durumu ve amacı yansıtip yansıtmadığına bakılması gerekir. Hekim, tıbben bir endikasyon bulunmamasına rağmen tıbbi bir gereklilikmiş gibi göstererek alınan irade beyanı geçersiz olacaktır. (Yılmaz ve diğerleri, 2014)

Gereksiz tetkik istenmesi, gereksiz görüntüleme tetkikleri yapılması, gereksiz girişimsel işlem yapılması, gereksiz ilaç reçete edilmesi, gereksiz hastane yatışı gibi pozitif defansif tıp uygulamaları endikasyon olmaksızın yapılan tıbbi müdahaleler kapsamında olması sebebiyle, bu tür uygulamaların hukuken uygun olmadığı söylenebilir. (Şahin ve Alçalı, 2020) Tedavi için gerekli mesleki ve donanımsal yeterliliğe sahip olunmasına rağmen hastaların sevk edilmesi, başka bir hekime yönlendirilmesi gibi hastadan kaçınılan negatif defansif tıbbi uygulamalarda zaman kaybı nedeniyle hastanın tedavisinin gecikmesi ve zarar görmesi ihtimal dahilindedir. Hekimin gerekli dikkat ve özeni göstermeyerek hastanın zarar görmesine neden olduğu bu tür durumlarda hekimin ihmali ve taksirli davranışı söz konusu olacaktır. (Yılmaz ve diğerleri, 2014) Hastanın tanı, tedavi ve takip süreçlerinde hekimin dikkatsizliği, tedbirsizliği, meslekte acemiliği, özen eksikliği gibi kusurları nedeniyle oluşan zararlar taksirli suç kapsamındadır. (Sönmez ve diğerleri, 2009)

Türk Ceza Kanunu'nun 257. Maddesinde görevinin gereklerine aykırı hareket eden ve bu sebeple kişilerin mağduriyetine ve kamunun zararına neden olan kişilerin cezalandırılmasından bahsetmektedir. (Gökçen ve diğerleri, 2005) Pozitif defansif tıp uygulamalarına başvurmak özel hukuk alanlarını ilgilendirse de görevi kötüye kullanma amacı dışında olduğu sürece ve doğrudan zarara sebep olmadığı sürece ceza hukuku kapsamına girmeyebilir ancak hastadan kaçınarak, tedavisinin gecikmesine neden olmak kamuda çalışan hekimler için görevlerini yerine getirmeme ve görevlerinin gereklerine aykırı hareket etme davranışı olarak kabul edilebilecektir. Dolayısıyla bu davranışlarda hekimin 257. Maddeye göre sorumluluğu gündeme gelebilecektir. (Yılmaz ve diğerleri, 2014) Bu negatif defansif uygulamalar sonucunda oluşan tıbbi hatalar, hukuki olarak vekalet sözleşmesine aykırılık ve haksız fiil sorumluluğu doğuracaktır.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 12. Maddesi *"Hastaneler, sağlık ocaklarından veya sağlık merkezlerinden veya diğer hastanelerden gönderilen veya durumları acil müdahaleyi icabettiren veya 13 üncü madde hükümlerine göre müracaat eden hastaları ayakta veya yatarak tedavi etmek ve uhdelere verilen koruyucu ve sosyal sağlık hizmetlerini yapmakla mükelleftirler..."* şeklindedir. Özel hastanelere de 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu ile benzer sorumluluklar

yüklenmiştir.³ Bu maddelerde de açıkça belirtildiği üzere kamu hastanelerinde ve özel sağlık hastanelerde çalışan hekimler, sevk ile ya da doğrudan başvuran ve acil müdahale gerektiren hastaları tedavi etmekle yükümlüdürler. Farklı gerekçelerle hastadan kaçınma davranışının sonucunda hastanın zarar görmesi hekime cezai sorumluluk doğuracaktır.

2.11. DEFANSİF TIBBIN SOSYAL BOYUTU: HASTALARA VE HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ ÜZERİNE ETKİSİ

Savunmacı tıp uygulamalarının görülme sıklığındaki artış sağlık sisteminin sosyal maliyetinin bir parçasıdır. (Hiyama ve diğerleri, 2006) Hipokrat Yemini, hastalara zarar verilmemesini ister ve sağlık hizmetlerinin sunumunda onların refahının öncelikli olmasından bahseder. (Adwok ve diğerleri, 2013) Ancak defansif uygulamaların sonucunda hastaların zarar görme ihtimali vardır. Zarar vermeme ilkesi, yararlılık ilkesinin aşırı ve gereksiz bir şekilde uygulanmasıyla da ihlal edilebilir. (Adwok ve diğerleri, 2013) Bu yönüyle tıp etiği ile defansif tıp ters düşmektedir.

Defansif tıbbi uygulamalar sonucunda doktor-hasta ilişkileri bozulmaktadır. (Catino, 2011; Sekhar ve Vyas, 2013) Defansif tıp, hastalar arasında güvensizlik ve memnuniyetsizliğe yol açmaktadır. (Delice ve diğerleri, 2019) Danimarka’da pratisyen hekimlerle yapılan nitel bir araştırmada doktorların bir çoğu hastaların kendilerine eskisi kadar güvenmediğini ifade etmiştir. (Assing Hvidt ve diğerleri, 2017) Hekimler tarafından da hasta ve hasta yakınları potansiyel bir davacı olarak görülmekte ve yapılan bir hatanın kabul edilerek özür dilenmesine uzak bakılmaktadır. (Dove ve diğerleri, 2010)

Hekimlerin uzun süreli hastane yatışları istemesi, sık kontroller talep etmesi, zaman ve maddi açıdan hastayı zorlayacak aşırı tetkikler istemesi gibi gereksiz prosedür ve davranışlar, sosyal bir sorun olarak kabul edilmekte ve toplumun güvenini sarsmaktadır. (He, 2014) Uzun süreli hastane yatışları, hasta ve hasta yakınlarını iş gücü kaybı, tıbbi işlem masrafları, sosyal hayattan uzaklaşma, psikolojik olarak olumsuz etkileme gibi sonuçları olabilir. Defansif tıp uygulamaları hastaların tedaviye geç ulaşmalarına sebep olabilmektedir. (Yeşiltaş, 2018) Bu durum hem hastanın zarar görmesine hem de bekleme sürecindeki gerginlikten dolayı şiddet gibi olumsuz durumlara neden olabilmektedir.

Defansif tıp uygulamalarının artması sağlık hizmeti memnuniyet düzeyinin düşmesine ve sağlık kurumları ile hekimlerin etiketlenmesine sebep olabilir. (Yeşiltaş, 2018) Hekimlerin

³ Resmi Gazete Tarihi: 05.06.1933, www.mevzuat.gov.tr

erken emekli olmak istemesi, kamu kurumlarında çalışmak istememesi de defansif tıbbi uygulamalar arasındadır. Bu durum hastaların basit sayılabilecek tıbbi imkanlara bile ücretle ulaşmasına sebep olacaktır. (Yeşiltaş, 2018)

Hem pozitif hem negatif defansif tıbbi uygulamalar tıbbi gerekliliklere ve endikasyonlara aykırı olduğu için sağlık hizmetini kalitesizleştiren ve hasta ile hekim ilişkisine zarar veren uygulamalardır. (Studdert ve diğerleri, 2005; Yılmaz ve diğerleri, 2014) Bazı defansif tıp uygulamaları hasta açısından faydalı olabilirken bir çoğu zararlı olarak olabilmektedir. Hasta ve hasta yakınına yapılan açıklamaların daha detaylı ve anlaşılır olması, daha detaylı not alma gibi bazı defansif uygulamalar açıkça faydalıdır. (Summerton, 1995) Hasta ve hasta yakını ile hekim arasındaki ilişkiyi güçlendirecek ve hekime güveni arttıracak bir durum olabilir. Bunlarla beraber taramaların artırılması, hasta memnuniyetinin artabilmesi de defansif tıbbın iyi sonuçlarındandır ve hasta sağlığını olumlu etkilemektedir. (Summerton, 1995) Gereksiz ilaçların reçete edilmesi, tanı testlerinin ve sevk oranlarının artması da kötü sonuçlardandır ve çoğunlukla hasta sağlığı açısından yararsız hatta zararlı sonuçlara neden olabilmektedir. (Summerton, 1995)

Defansif tıp uygulamalarının, yalnızca bireysel olarak hasta bakımının kalitesi açısından değil, aynı zamanda kısıtlı sağlık kaynaklarının kullanımı açısından da halk sağlığı açısından sonuçları vardır. (Summerton, 1995) Görüntüleme cihazlarının ve laboratuvar testlerinin gereğinden fazla kullanılması nedeniyle oluşan yoğunluk, aşırı ilaç kullanımı, hastaların bekleme sürelerinin artması nedeniyle sağlık hizmetine geç ulaşılması gibi durumlar maddi kaynaklarda azalmaya sebep olmakla beraber hastaların sağlığını da doğrudan etkileyebilen durumlardır.

Malpraktis davalarında ve hasta taleplerindeki artış doktorların uzmanlık alan tercihlerini etkilemiştir. Artık doktorlar cerrahi bölümlerden ve yaşamı tehdit edebilecek risklere sahip bölümlerden uzak durmayı tercih etmektedirler. (D. Özcan ve Alkan, 2021) Acil tıp asistanları ile yapılan bir çalışmada malpraktis korkusunun, asistanların acil servisten aldıkları mesleki tatmini önemli ölçüde azalttığı görülmüştür. (Rodriguez ve diğerleri, 2007) Defansif tıbbi uygulamalar, başarılı hekimlerin tatminini azaltmakta ve mesleği bırakma ihtiyacı uyandırmaktadır. Yetenekli ve başarılı kişiler tıp mesleğini seçmekten ve uzmanlık tercihlerinde riskli bölümleri seçmekten uzaklaştırılmamalıdır. (McQuade, 1991) Keyif almama ve mesleki tatminin azalması durumlarının birçok uzmanlık branşı için benzer olduğunu düşünürsek istifaların artacağını ve hasta ile birebir iletişimin az olduğu, malpraktis kaygısının düşük olduğu bölümlere geçişin artacağını öngörebiliriz.

Bu durumda bir hastanede, bir branşta hekim ihtiyacının artması o branştaki diğer hekimlerin iş yükünü ve yoğunluğu artıracaktır. Böylece defansif tıbbi uygulamalara yönelim artacak ve vatandaşların randevu bulabilmesi zorlaşacaktır aynı zamanda iyi sağlık hizmetine ulaşacak kadar muayene süresi olmayacağı için hasta memnuniyeti azalmaya devam edecektir. Hasta memnuniyetinin ve hekim memnuniyetinin birlikte azalması iletişim problemleri, şiddet, sıhhat bulamayan hastalar gibi birçok sonuç doğuracaktır ve birey ve toplum huzursuzluğuna sebep olacaktır.

Dava korkusu ve bu korku neticesinde defansif tıba yönelimlerin olması sağlık kuruluşundaki doktor ile sağlık çalışanları arasında da bir güvensizlik ortamı yaratır ve işler ters gittiğinde birbirini suçlamaya teşvik eder. (Adwok ve diğerleri, 2013) Suçlama kültürünün gelişmesi iş barışını zedeleyecektir. İş barışının bozulması, sağlık hizmet kalitesinin düşmesine ve çeşitli iletişim problemlerine sebep olabilmektedir.

2.12. DEFANSİF TIBBIN EKONOMİK BOYUTU: KİŞİ VE DEVLET EKONOMİSİNE ETKİSİ

Defansif tıbbın, sağlık sisteminin genel maliyetini artıran önemli bir faktör olduğuna inanılmaktadır. (Brateanu ve diğerleri, 2014) Ekonomistlerin defansif tıp için farklı bir tanımı bulunmaktadır. Optimal bakım kavramı, mevcut kaynaklar göz önüne alındığında tüketici refahını en üst düzeye çıkaracak düzeyi ifade etmektedir. Bu görüşe göre, beklenen maliyeti aşan bakım aşırı ve savunmacı bir yaklaşımdır. (Sloan ve Shadle, 2009) Defansif tıbbın ekonomik sonuçlarına ilişkin yapılmış araştırma sayısı azdır. Ancak birçok çalışmada defansif tıp uygulamalarının sağlık maliyetlerinin önemli bir bileşeni olabileceği belirtilmiştir.(He, 2014; Mark ve Kessler, 1996; Mello ve diğerleri, 2010; Osti ve Steyrer, 2017; Sathiyakumar ve diğerleri, 2013; Sethi MK, Obremskey WT, Natividad H, Mir HR, 2012; Studdert ve diğerleri, 2005)

Maliyet çalışmaları, hastanın harcamalarını, sigorta ücretlerini ve psikolojik maliyetleri hesaplayamadığı için yetersizdir. (Aperio Bella, t.y.) Defansif tıpla ilişkili gerçek tıbbi maliyet bilinmemekte ve sadece dolaylı olarak tahmin edilebilmektedir. (Brateanu ve diğerleri, 2014) Ancak sağlık bakım maliyetleri üzerindeki etkisi inkâr edilemez bir şekilde gerçektir. (Rodriguez ve diğerleri, 2007)

Defansif tıbbın ekonomik etkisi, dolaylı maliyetleri içeren teorik modeller kullanılarak analiz edilebilir. (Garattini ve diğerleri, 2020) Defansif tıbbi uygulamalar ile ilgili veri eksikliği olması, klinik açıdan net bir ayırım yapılamaması gibi nedenlerle tam olarak maliyet

hesabı yapmak mümkün değildir. Bazı çalışmalarda defansif tıbbi uygulama maliyetlerinin sağlık harcamalarının yaklaşık %10'u kadar olduğu tahmin edilmiştir. (Andersen ve diğerleri, 2021; Elli ve diğerleri, 2013) Defansif tıbbın maliyetleri artmaktadır ve gelişmekte olan ve gelişmiş birçok ülkede önemli bir sorun haline gelmektedir. (Garattini ve diğerleri, 2020)

Bazıları defansif tıbbın sağlık harcamalarının büyük bir nedeni olduğunu savunurken, diğerleri bu durumun harcamalar üzerinde sınırlı bir etkisi olduğunu iddia etmektedir. (Frakes ve Gruber, 2019) Başkan Barack Obama, defansif tıbbın sağlık hizmetlerinin maliyetinin artmasına neden olacağını kabul ederek ve malpraktis davalarıyla ilgili bir reformdan bahsetmiştir. (Mello ve diğerleri, 2010)

Çalışmalar, mesleki hata kaynaklı sorumluluk endişelerinin, sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımının artmasına odaklanmıştır. Defansif tıbbi uygulamaların, sağlık hizmetlerinin ve kıt ekonomik kaynakların israfına neden olduğu üzerine çalışmalar yoğunlaşmıştır. (Studdert ve diğerleri, 2005) Defansif tıbbi uygulamalardan sağlık hizmetlerinin maliyetinin yanı sıra erişilebilirliği ve kalitesi de etkilenmektedir. (Studdert ve diğerleri, 2005) Defansif tıp, sağlık hizmetlerinde ekonomik kayıpların bir nedenidir ve maliyetini ölçen çalışmalar birbiriyle çelişen sonuçlar ortaya koymuştur. (Brateanu ve diğerleri, 2014) Defansif tıbbın maliyetini ölçmek için çeşitli girişimlerde bulunulmuş olsa da, bu hesaplamalar beklenen marjinal fayda ile beklenen marjinal maliyetin karşılaştırılmasına dayanmamaktadır. (Sloan ve Shadle, 2009)

Defansif tıbbi ekonomik bir yolsuzluk ile eşdeğer tutan ve karşılaştıran çalışmalar mevcuttur. (Chen, 2007) Defansif tıp olarak adlandırılan bu olgunun, tıbbi ihtiyacın gerektirmediği tanı testleri ve tedaviler için yapılan harcamaların artmasına neden olduğu düşünülmektedir. (Barkowski, 2015)

Defansif tıp pahalıdır, yapılan tıbbi işlemlerin kanıta dayalı temeli yoktur. (Asher, Greenberg-dotan, ve diğerleri, 2012) Son yıllarda hekimler, hasta merkezli yaklaşım yerine test merkezli yaklaşımı uygulamaktadırlar. (Akdur, 2013) Algılanan yasal riski karşılamak için teşhis testleri, konsültasyonlar ve görüntüleme çalışmaları istenir ve bu da sağlık harcamalarının artmasına neden olur. (Zhu ve diğerleri, 2018) Sağlık bakım hizmetlerinin ekonomik boyutunu ve gereksiz yapılan işlemlerin oranı hesaplansa da bu hesaplanan miktar doğrudan defansif tıbbi uygulamaların ekonomik yükünü göstermeyecektir. Çünkü defansif tıp, gereksiz sağlık hizmetinin nedenlerinden sadece birisidir. (Hermer ve Brody, 2010)

Defansif tıbbın maliyetine dair yapılan çalışmalar farklı veriler ortaya çıkarmıştır ve veriler arasında tutarsızlıklar mevcuttur. 1975 yılında ABD sağlık bakanı, defansif tıbbi uygulamalara yılda 7 milyar doların harcanabileceğine inandığını belirtmiştir. (Tancredi ve Barondess, 1978) 2003 yılında yapılan çalışmada bazı tahminlere göre ABD'de defansif tıp uygulamaları her yıl sağlık hizmeti maliyetlerini 100 milyar dolar daha artırmakta olduğu iddia edilmiştir ve tüm sağlık hizmetlerinin %12'sini oluşturmaktadır. (Catino, 2011) ABD'de yapılan farklı bir araştırmada gereksiz testler, işlemler ve tedaviler nedeniyle yıllık önlenebilecek sağlık hizmeti maliyetinin yaklaşık 210 milyar dolar olduğu tahmin edilmiştir. (Kanzaria ve diğerleri, 2015; Redberg, 2013) ABD'de defansif tıbbın maliyetinin 2007 yılında yıllık 50 milyar dolar kadar olduğu tahmin edilmektedir; bu miktar hipertansiyon ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı tedavisinin toplam maliyetinden daha fazladır. (Asher, Greenberg-dotan, ve diğerleri, 2012)

Defansif tıp olarak bilinen yanlış tedavi davası korkusu nedeniyle testlerin ve prosedürlerin aşırı kullanılmasının Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık 46 milyar dolara mal olduğu tahmin edilmektedir, ancak bu maliyetler yalnızca dolaylı olarak ölçülmüştür. (Rothberg ve diğerleri, 2014) Maliyetlerin büyük bir kısmının sağlık kuruluşlarına gereksiz başvuru kaynaklı olduğu aynı çalışmada belirtilmiştir. (Rothberg ve diğerleri, 2014) ABD'de 3 farklı hastaneden çalışan doktorlar ile yapılan çalışmada istenen tanı testlerinin %28'inin ve maliyetlerin %13'ünü en azından kısmen defansif amaçlarla olduğu belirlenmiştir. (Rothberg ve diğerleri, 2014)

1993 yılında yapılan bir çalışmada uzmanların tahminlerine göre ABD'de defansif tıbbın maliyetinin yıllık 9 ila 18 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir. (Rodriguez ve diğerleri, 2007) Farklı çalışmalarda ise defansif tıbbın yıllık ulusal maliyetinin 20 milyar dolardan 100 milyar dolara kadar değişebileceği tahmin edilmektedir. (Klingman ve diğerleri, 1996) 2009 yılında ABD'de sağlık hizmetlerindeki israfın yaklaşık 750 milyar dolar olduğu ve bu rakamın 2004 yılındaki toplam altyapı harcamalarını 1.5 katına tekabül ettiği iddia edilmiştir. (Redberg, 2013) Defansif tıp özellikle beyin cerrahisi gibi yüksek riskli alanlarda yaygındır ve sadece ABD'de sağlık harcamalarına yılda 60,2 milyar dolar kadar katkıda bulunduğu tahmin edilmektedir. (Yan ve diğerleri, 2017)

ABD'de ortopedistlere yönelik yapılan bir ankette, ankete katılan hekimlerin %96'sı malpraktis davalarından çekindikleri için görüntüleme, ekstra laboratuvar tetkiki, hastane yatışı ve farklı bir doktora sevk gibi yollarla defansif tıp uyguladıklarını belirtmişlerdir. Tüm tetkiklerin yaklaşık %24'ünün defansif gerekçelerle istendiği anlaşılmıştır. Bu veriler göz

önüne alınarak ABD’de bulunan tüm ortopedi doktorlarının uygulamış olduğu defansif tıbbi uygulamaların ulusal maliyetinin yaklaşık olarak yıllık 2 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. (Sethi MK, Obremskey WT, Natividad H, Mir HR, 2012) ABD’de ortopedi ve travmatoloji cerrahları ile yapılan farklı bir çalışmadan çıkan verilere göre, katılımcı başına defansif tıp maliyetinin yaklaşık olarak aylık 7800 ABD doları veya yıllık 94.000 ABD doları olduğu hesaplanmıştır; bu, her doktorun toplam sağlık hizmeti harcamasının %20’sidir. 2010 yılında ABD’de faaliyet gösteren 2724 ortopedi ve travma cerrahı göz önüne alındığında, ortopedik travma cerrahisi için savunma tıbbının ulusal maliyetinin yıllık 256,3 milyon dolar olduğu tahmin edilmektedir. (Sathiyakumar ve diğerleri, 2013)

ABD’de defansif tıbbın maliyetinin, ülkenin toplam sağlık harcamalarının %26 ila %34’ü arasında olduğu tahmin edilmektedir. Defansif tıbbın maliyetlerinin sadece hastane harcamalarıyla sınırlı olmadığı ve yıllık hastane harcamalarındaki defansif tıp katkısının ise %5.4 olduğu tahmin edilmiştir. (He, 2014) 2010 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada defansif tıpla ilişkili maliyetlerin yılda yaklaşık 650 milyar doları ila 850 milyar dolar arasında olduğu yani yıllık sağlık hizmeti maliyetlerinin yaklaşık %30’unu temsil edebileceğini tahmin etmektedir. (Brateanu ve diğerleri, 2014) 2010 yılında ABD’de yayınlanan bir çalışmada defansif tıbbi uygulamaların neden olduğu önlenebilir sağlık maliyetlerinin yılda 17-29 milyar dolar olduğundan bahsedilmiştir. (Mello, Chandra, Gawande ve Studdert, 2010)

2008 yılında defansif tıbbın maliyetlerinin araştırılması amacıyla yapılan bir çalışmada, hekimlerin çalıştıkları yerlerin ve uzmanlık alanlarının, defansif yaklaşımlarına ve bu yaklaşımların mali sonuçlarına etki ettiği görülmüştür. Birinci basamak hekimlerinin, cerrahların ve acil servis hekimlerinin maliyete etkisinin en fazla olduğu görülmüştür. (Reschovsky ve Saiontz-martinez, 2008)

Panella ve arkadaşlarının İtalya’da 2017 yılında yaptıkları bir çalışmada defansif tıbbın maliyetinin yıllık kişi başı 165.40 Euro olduğu tahmin edilmiştir. Yıllık kişi başına sağlık harcamalarının 1847,36 Euro olduğu, defansif tıbbi uygulamaların toplam sağlık harcamaları içindeki oranının yaklaşık %8,9 olduğu tahmin edilmiştir. Yıllık toplam defansif tıbbi uygulama maliyetinin ise yaklaşık 9,69 milyar Euro olduğu tahmin edilmiştir. (Panella ve diğerleri, 2017)

İtalya’da 2016 yılında yapılan çalışmada görüşülen doktorların çoğu defansif tıp uygulamasının malpraktis nedeniyle dava edilme risklerini azaltacağını ayrıca defansif

tıbbın hastaları için zararlı olmadığına inandıklarını belirtmişlerdir. Doktorların %52'si defansif tıbbi uygulamalara başvurduklarını ifade etmişlerdir. (Panella, Leigheb, Donnarumma ve Rinaldi, 2016) Defansif tıbbi uygulamalar İtalya'da yıllık ilaç maliyetinin %14,6'sını, laboratuvar testleri maliyetinin %22,9'unu ve diğer tanı testi maliyetlerinin %24,8'ini oluşturmaktadır. (Panella ve diğerleri, 2017) Verona Üniversitesi'nin Ekim 2014'te rapor ettiği son tahminlere göre, İtalya'da savunma tıbbının maliyeti şu anda genel sağlık harcamalarının %10'una, yani yaklaşık 13 milyar Euro'ya eşdeğer olduğu belirtilmiştir. (Toraldı ve diğerleri, 2015) 2019 yılında yapılan bir çalışmada İtalya'da savunma tıbbının kamu sağlık sistemine maliyeti yılda 10 milyar Euro'dan daha fazla olduğu ve bu rakamın genel sağlık harcamalarının %10,5'inden fazlasına karşılık geldiği belirtilmiştir. (Antoci, Maccioni, Galeotti ve Russu, 2019)

Ülkemizde 2019 yılında yapılan bir çalışmada defansif tıbbi uygulamaların oluşturduğu maliyetin toplam maliyetin %1,63'üne karşılık geldiği ve vakaların yaklaşık %12'sinde defansif prosedürler uygulandığı görülmüştür. (Özer ve Aslan, 2022)

Avusturya'da yalnızca ortopedi ve travma cerrahlarının defansif uygulamalarının kamu sağlık sistemine maliyeti yılda yaklaşık 420.8 milyon Euro, ortopedi ve travmatoloji cerrahlarının talep ettiği radyolojik tetkiklerin kamu sağlık sistemine maliyeti yılda yaklaşık 270.4 milyon Euro olduğu ve genel sağlık harcamalarının %1.62'sine karşılık geldiği tahmin edilmektedir. (Osti ve Steyrer, 2017) Miller ve arkadaşlarının 2012'de ABD'de yaptıkları çalışmada ortopedi cerrahlarının görüntüleme tetkik taleplerinin %19'unun defansif olduğu ve toplam maliyetin %34,7'sinin defansif tıbbi uygulamalar nedeniyle olduğu görülmüştür. (Miller, Sampson ve Flynn, 2012)

2010 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada defansif tıbbi da içeren tıbbi sorumluluk maliyetlerinin 55,6 milyar dolar olabileceği ve toplam sağlık harcamalarının %2,4'ü kadar yüksek olabileceği ileri sürülmüştür. (Mello ve diğerleri, 2010) Artan sağlık hizmeti giderlerinin sebeplerinden birisi, doktorların malpraktis davası korkularından kaynaklanan gereksiz tıbbi işlemlerin maliyetidir. (Sethi MK, Obremskey WT, Natividad H, Mir HR, 2012)

Gastroenterologlar arasında yapılan çalışmada en sık defansif uygulamanın tanıyı doğrulamak amaçlı girişimsel işlemin önerilmesi olduğu görülmüştür. Girişimsel işlemlerin ve görüntüleme tetkiklerinin komplikasyon ve fiziksel zarar riski fazla olduğu gibi mali açıdan da büyük bir yüküdür. (Hiyama ve diğerleri, 2006)

Defansif uygulamalar sınırlı sağlık kaynaklarına da zarar vermektedir. Defansif tıbbi uygulamalar ile sağlık hizmetlerinin maliyetine karşı bir tür duyarsızlık meydana gelmektedir. Bu durum çoğu hastanın günde birkaç dolarla hayatta kaldığı, kaynakların sınırlı olduğu ülkelerde felaket olabilir. (Adwok ve diğerleri, 2013)

Gereksiz tanı testleri, gereksiz ve marjinal tedavi yöntemleri, gereksiz yazılan reçeteler sağlık maliyetlerini artırmaktadır. (Thomas ve diğerleri, 2010) Çin’de sağlık maliyetlerindeki hızlı artışın temelinde hekimlerin aşırı ilaç reçete etmesi ve pahalı tanı testlerinin aşırı kullanımı olduğu iddia edilmiştir. (He, 2014) 2008 yılında yapılan bir çalışmada Çin ilaç harcamalarının üçte birinden fazlası gereksiz yere reçete edilen ilaçlara gittiği belirtilmiştir. (He, 2014) Gereksiz antibiyotik reçete etme oranının da çok yüksek olduğu çalışmalarda ifade edilmektedir. (Saks ve Landsman, 2020)

Bir hekime karşı alınan ek bir önlemin, ortalama devlet hastanesi harcamalarını yaklaşık %1,6 azalttığı tahmin edilmektedir. Reçeteli ilaçlar için yapılan harcamalarda ise bu azalma %1,8'e kadar çıkmaktadır. Malpraktis tazminat ödemelerinin ise genellikle bu miktarın çok daha altında olduğu tahmin edilmektedir. (Barkowski, 2015)

Teknolojinin gelişmesiyle doktorlar daha defansif davranmaya yönelmişlerdir. (Studdert ve diğerleri, 2005) ABD’de yılda 100 milyar dolardan fazla görüntüleme tetkikleri için harcama yapılmaktadır ve bu görüntüleme tetkiklerinin yüzde 10 ila yüzde 15’inin gereksiz olduğu düşünülmektedir. (Baicker ve diğerleri, 2015) Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) gibi pahalı görüntüleme yöntemleri, bazı uzmanlık alanlarında defansif olarak en sık istenen testler arasındadır. Benzer şekilde X-Ray grafiği, Bilgisayarlı Tomografi taramaları, MRI ve ultrason çalışmaları öncelikle savunma amaçlı olarak istenmiştir. (Ortashi ve diğerleri, 2013; Sethi MK, Obremskey WT, Natividad H, Mir HR, 2012; Studdert ve diğerleri, 2005) Sağlık İstatistikleri Yıllığı’ndan alınan verilere göre 2022 yılında ülkemizde her 1000 kişiye düşen MR görüntüleme sayısı 207, her 1000 kişiye düşen BT görüntüleme sayısı ise 295’tir. 2021 yılında her 1000 kişiye düşen MR görüntüleme sayısı 180 ve her 1000 kişiye düşen BT görüntüleme sayısı 292’dir Her iki yılda da Hem BT hem de MR görüntüleme sayısında ülkemiz OECD ülkeleri arasında ilk sıradadır. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri ve özel sağlık kurumlarının ortalaması alındığında her 1000 muayenenin 35,3’ünde MR görüntüleme, 50,3’ünde BT görüntüleme istendiği görülmüştür. (Bora Başara ve diğerleri, 2024) ‘Makul doktor’ teorisiyle baktığımızda ortalamanın üzerinde görüntüleme tetkiki istenmiş olduğu ve ülkemizdeki defansif tıp çalışmalarını incelediğimizde defansif tıbbın yaygınlığı görülecektir ve istenen bu görüntüleme

tekniklerinin maliyetlerinin önemli bir kısmının defansif nedenlerle ortaya çıktığı anlaşılabacaktır.

Kontrolsüz ve fazla olan sağlık harcamalarının asıl sebebi sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımıdır. Sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımının birçok sebebi bulunmaktadır, ancak özellikle malpraktis davalarının yaygın olması defansif tıbbi uygulamalara neden olmaktadır. (Tara F. Bishop; Alex D. Federma; Salomeh Keyhani, 2010) Tıbbi sorumluluk tehdidinin yol açtığı uygulamaların toplam sağlık harcamalarını artırması beklenmektedir. (Garattini ve diğerleri, 2020)

Hasta talebiyle yazılan(Baicker ve diğerleri, 2015), klinik açıdan gerekli olmayan ilaçları reçete etmek de mali açıdan hastayı ve sağlık sigorta sistemini zorlayan bir durumdur. Hasta talepleri nedeniyle testlerin fazla istenmesi normal bir uygulama değildir ve genel olarak artan sağlık hizmetleri maliyetleri göz önüne alındığında kabul edilebilir değildir. (Adwok ve diğerleri, 2013) Hastaların tanı testi talepleri, sevk istekleri, gereksiz ilaç, özellikle gereksiz antibiyotik talepleri doktorlar tarafından kabul edilerek uygulanabilmektedir. Uygulamak, bunların gerekli olmadığını açıklamaktan daha kolay ve hızlıdır. (Torald, Vergari, and Toraldo 2015)

Doktorlar, kendileri ile hasta ve hasta yakını arasında sorun olmaması ve çatışma ortamının oluşmaması için defansif tıbbi davranışlarda bulunabilmektedirler. (He, 2014) Hekimin hastaya karşı olumlu duygular beslediği için kendi iyi uygulama normlarından biraz sapmayı seçtiği durum ve hastayla ilişkide olumsuz sonuçlardan kaçınmanın tek yolu olarak gördüğü durum olmak üzere hasta talebi iki farklı durum oluşturur. (Veldhuis ve diğerleri, 1998) Hollanda'da pratisyen hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada yaygın kanının aksine, pratisyen hekimler genellikle hasta taleplerine kendilerini mecbur hissettikleri için değil, istedikleri için uydukları görülmüştür. (Veldhuis ve diğerleri, 1998). Başka bir çalışmada doktorların yüzde 80'i, daha az tanı testi istedikleri için kolayca dava edilebileceklerini düşünmektedirler. (Berlin, 2017)

Çalışmalar göstermiştir ki yapılan ekstra işlemlerin bireysel ve kamusal açıdan mali yük oluşturmaktadır. (Mansur ve Ceylan, 2021) Defansif tıp, sadece sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmekle kalmaz, aynı zamanda kısıtlı olan sağlık kaynaklarını da israf eder. (Moosazadeh ve diğerleri, 2014) Defansif tıp, sağlık hizmetlerinin; maliyetini, kalitesini ve erişilebilirliğini de etkilemiştir. (Studdert ve diğerleri, 2005) Yapılan çalışmalar, sağlık hizmetlerinde mesleki hata konusunda yapılacak reformların maliyetleri büyük ölçüde

azaltılabileceği görülmüştür. (Thomas ve diğerleri, 2010) Tahminlere göre, defansif tıbbi uygulamaların belli ölçüde kontrol altına alınmasıyla her uzmanlık alanında yaklaşık %10'luk bir tasarruf sağlanacağı tespit edilmiştir. (Thomas ve diğerleri, 2010) Yersiz müdahalenin daha az yapılması muhtemelen sağlık hizmetlerindeki israfı azaltacak ve sağlık hizmetinin daha verimli kullanılmasını sağlayacaktır. (Merenstein ve diğerleri, 2006)

2.13. DEFANSİF TIBBİ UYGULAMALARI AZALTMAK İÇİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Defansif tıp giderek büyüyen küresel bir fenomendir. (Delice ve diğerleri, 2019) Defansif tıp, sağlık çalışanları için hâkim profesyonel davranış haline gelmektedir. (Catino, 2011) Savunmacı tıp uygulamalarının nasıl önlenilebileceği veya sınırlanabileceği önemli bir sorundur ve hem doktorlar hem de halk sağlığı için kritik bir konudur. (Zhu ve diğerleri, 2018) Ülkemizde henüz mevcut yaygınlığı ve maliyeti tam olarak anlaşılmamış olsa da birçok ülkede politikacılar, defansif tıbbın ortadan kaldırılmasını uzun zamandır sağlık maliyetlerini azaltmak ve tasarruf etmek için bir kaynak olarak görmektedirler. (Paik ve diğerleri, 2014) ABD'de davaların sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi en az kırk yıldır tartışma konusudur ve son zamanlarda bu konuya olan ilgi artmaktadır. (Brilla ve diğerleri, 2006) 2006 yılında Senatör Barack Obama, Hillary Clinton ile 2008 yılında New England Journal of Medicine'da yayınlanan ve tıbbi hataların bildirilmesi ve iletişim yollarının açılması için Ulusal Tıbbi Hata İfşa ve Tazminat programının oluşturulması çağrısında bulunan bir makale kaleme almıştır. (Obama ve Clinton, 2006)

Sağlık hizmetlerinde tasarruf sağlamanın potansiyel yollarından biri, defansif tıbbi uygulamaların azaltılmasıdır. (Sathiyakumar ve diğerleri, 2013) Defansif tıbbın, Hipokrat yeminini ve tıp etiğini yok saydığı, hekim-hasta ilişkisine zarar verdiği için kullanımının azaltılmasına yönelik bir gündem gereklidir. (Cervellin ve Cavazza, 2016) Reformlar, hastalarımızı gereksiz prosedürlere maruz bırakmadan ve en yüksek riskli bireylerin bakımını tehlikeye atmadan onlara en iyi bakımı sağlamaya yardımcı olmak için gereklidir. Bilimsel kanıtlara ve sağlam tıbbi yargılara dayalı tıp uygulamalarına geri dönebilmemiz için temel bir kötü uygulama reformuna ihtiyacımız vardır. (Dove ve diğerleri, 2010) Defansif tıba yönelik potansiyel çözümler makro (yasa, politika, sistem), mezo (organizasyon, meslek) ve mikro (uygulayıcı, hekim) düzeylerde değerlendirilmelidir. (Ries ve Jansen, 2021)

Makro düzeyde sorumluluklara ilişkin reformlar, tazminat sistemlerine ilişkin düzenlemeler gerekmektedir. Sorumluluk ve tazminat sistemlerinde reform, kanıta dayalı uygulama kılavuzları, gereksiz bakımdan kaçınmaya yönelik halk eğitim kampanyaları defansif tıbbi uygulamaların önüne geçebilecek sistemsel çözüm önerileridir. Tazminata tavan sınır getirilmesi, tıbbi şikayetlerin uzman mahkemelerde değerlendirilmesi, tazminatın kurum tarafından karşılanması, kanıta dayalı kılavuzların geliştirilerek teşvik edilmesi, aşırı tedaviden uzaklaşmak için tıp kültürünün vurgulanması ve kamusal kampanyalar ile tıp kültürünün ve sağlık okuryazarlığının artırılması gibi öneriler makro düzeyde sisteme ve yargıya yönelik önerilerdir. (Ries ve Jansen, 2021)

Mezo düzeyde organizasyonel boyutta özellikle şikayetlerin ve yasal taleplerin iyileştirilmesine odaklanan, verimliliği, şeffaflığı artırmak, uygulayıcılara yönetimden, meslektaşlarından desteği artırmak ve sağlıkta kalite artırımını teşvik eden, cezalandırıcı değil ödüllendirici bir organizasyona ihtiyaç vardır. (Ries ve Jansen, 2021) Çalışma koşullarının iyileştirilmesi, iş yükünün azaltılarak yönetilebilir düzeylere indirilmesi, ekip ruhunun ve ekip çalışmasının güçlendirilmesi defansif tıbbi uygulamaları azaltabilecek önerilerdendir. (Ries ve Jansen, 2021)

Mikro düzeyde teorik ve pratik eğitimin iyi olması, hastalarla etkili iletişimin sağlanması defansif tıbbi uygulamaları azaltacaktır. (Ries ve Jansen, 2021) Yapılan çalışmalarda şikayetlerin önemli bir kısmının iletişim kaynaklı olduğu görülmüştür. (Toraman ve Çarıkçı, 2019)

Gelecekte bazı uzmanlık alanlarında doktor bulunmasının devam etmesi için ciddi malpraktis yasası değişiklikleri yapılması gerektiği ifade edilmiştir. (Mohr, 2000) Dava yükünün azaltılması cerrahlar için olduğu kadar cerrahi tedavi gören hastalar için de gerekli olacaktır. (Nakamura ve Yamashita, 2015)

Defansif tıbbi uygulamalardan ve bu uygulamaların sonuçlarından korunmak için yapılan çalışmalarda malpraktis reformunun gerekliliğinden bahsedilmiştir. Malpraktis reformu, hekimlere standart bakımı yetkin bir şekilde uyguladıkları takdirde malpraktise karşı korunacaklarına dair güvence sunmanın yollarına odaklanmalıdır. (Tara F. Bishop; Alex D. Federma; Salomeh Keyhani, 2010) Malpraktis davaları konusunda yapılacak reformlar sağlık sisteminin mali yükünü azaltacağı gibi, doktor ve sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltabilir. Ayrıca stresli ve verimsiz çalışmanın önüne de geçebilecektir. (Brilla ve diğerleri, 2006) Ülkelerde hukuk sistemi, defansif tıbbi uygulamalardan doğrudan sorumlu olmasa

bile, sorunların artmasına katkıda bulunmayacak ve onları daha da kötüleştirmeyecek şekilde mümkün olduğunca yeniden yapılandırılması gerekmektedir. (McQuade, 1991) Malpraktis nedeniyle davalar açılmadan önce olayın tıbbi yanlış uygulama sonucu geliştiği bilirkşi olan hekimler tarafından kesinleştirilmelidir. (McQuade, 1991) Olayın ihmal nedeniyle değil, kasıtlı olduğunun düşünüldüğü belirli durumlarda zarar hekimden tazmin edilebilir. (McQuade, 1991)

Dava ve şikayetler için olayın gerçekleştiği tarihten itibaren geçerli olacak bir süre sınırı konulması tıbbi müdahale ve sonuç arasında daha sağlıklı illiyet bağının kurulması için faydalı olabilir. (McQuade, 1991) Davaların kısa sürede adalet ile sonuçlanması doktorların dava takip sürecindeki yorgunluğunu ve yoğunluğunu azaltacaktır. (McQuade, 1991) Mağdur olan kişilere tazminat ödenmelidir ancak bu tazminat maliyetleri, tıbbi tedavinin maliyetini ve kullanılabilirliğini makul olmayan bir şekilde etkilememelidir. (McQuade, 1991)

Sağlık hizmetlerinde harcamaları azaltmak ve hekimlerin gereksiz tıbbi bakımı azaltması için politika reformları tartışılmaktadır. (Baicker ve diğerleri, 2015) ABD’de yapılacak malpraktis reformunun, maliyetleri iki şekilde azaltabileceği iddia edilmiştir. Birincisi, yargı kararlarının ve uzlaşmaların malpraktis sigorta primleri üzerindeki baskısını azaltarak (Baicker ve diğerleri, 2015); ikincisi ise defansif tıbbi ya da öncelikle sorumluluk korkusunun neden olduğu sağlam tıbbi uygulamalardan sapmayı azaltarak (Baicker ve diğerleri, 2015; Studdert ve diğerleri, 2010) bunu yapacağı belirtilmiştir. Sorumluluğu azaltan reformların defansif tıbbi uygulamaları ve bu uygulamaların mali sonuçlarını azaltacağı ifade edilmiştir. (Baicker ve diğerleri, 2015) Ancak defansif tıbbin yaygınlığı ve maliyeti net olarak hesaplanamadığı için defansif tıbbi azaltacak politika değişikliklerinin de nasıl bir tasarruf sağlayacağı tahminden öteye gidememektedir. (Baicker, Wright, and Olson 2015)

Hekimlerin çoğunluğu, gereksiz tetkik istenmesinin ve diğer defansif uygulamaların önüne geçmek için haksız malpraktis davalarına karşı korumaya ihtiyaç olduğunu düşünmektedir. (Tara F. Bishop; Alex D. Federma; Salomeh Keyhani, 2010) Defansif tıbbin, haksız fiil reformunun sonucu olarak ortadan kalkmayacağı ancak azalacağı tahmin edilmektedir. (Hermer ve Brody, 2010) Çalışmalarda haksız fiil reformlarının, tıbbi uygulamaları azalttığı ancak hastaların sonuçlarını olumsuz etkilemediği görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada ise doğrudan ve dolaylı malpraktis reformlarının sağlık harcamalarında, tıbbi kararlarda,

hastanın hayatta kalma olasılığında önemli bir etkisi olmadığı görülmüştür. (Sloan ve Shadle, 2009)

Yapılan bir çalışmada, malpraktis tazminatlarında artışın, sağlık hizmeti harcamalarında ve görüntüleme hizmetlerinde artışla ilişkili olduğu bulunmuştur. (Sloan ve Shadle, 2009) Genel olarak tıbbi uygulama hatasının doktor tarafından ödenmesinin önüne geçecek bir sigorta bulunmasının defansif tıbbi uygulamaları azaltacağı düşünülmektedir. (Antoci ve diğerleri, 2019) ABD’de yapılan araştırmalar, malpraktis nedeniyle hekime rücu edilecek tazminatlara üst sınırlar getirilmesi gibi hukuk düzenlemelerinin hastane harcamalarını %5-9 oranında azalttığını göstermektedir. (Kessler ve diğerleri, 2006) Tazminatlara üst sınırlar getirilmesi aynı zamanda sigorta primlerini azaltmaktadır. (Paik ve diğerleri, 2017) Malpraktis sigorta maliyetleri toplam sağlık harcamalarının sadece %0,3’üne karşılık gelmektedir. (Paik ve diğerleri, 2017) Meslek sorumluluk sigortalarında yoğunluğa göre ve vaka sayısına göre primin ve teminatın güncellenmesi, senaryolara göre teminat miktarlarının değiştirilmesi, tazminatların sigorta üst limitleriyle uyumlu olması gibi değişikliklerin defansif tıbbi uygulamaları azaltacağı tahmin edilmektedir. (Savaşkan ve Korkmaz, 2023)

Sağlık sisteminin, mevcut tıbbi sorumluluk sisteminde büyük bir politika değişikliği yaparak defansif tıp uygulamasını ortadan kaldırmasa bile iyileştirmenin yollarını ve araçlarını bulması gerektiği açıktır. (Adwok ve diğerleri, 2013) Defansif tıbbi uygulamaların tek sebebini malpraktis davaları olarak gören bazı yazarlar, doktorları tıbbi malpraktis tazminat sisteminden tamamen çıkarmak, defansif tıbbi ortadan kaldırmanın bir yolu olabileceğini iddia etmişlerdir. (Adwok ve diğerleri, 2013) Doktorların şikâyet edilme süreçleri daha zor olup, verdikleri klinik kararlardaki özgürlükleri artırılsa doktorlar tarafından istenen gereksiz testlerin sayısı azalacak ve onları tıbbi açıdan riskli prosedürleri de uygulamaya teşvik edeceği iddia edilmiştir. (Adwok ve diğerleri, 2013) Doktorların, gösterdikleri çabanın sorumluluğunu üstlenmeden, daha yüksek sağlık hizmeti standartları için çabalamasına izin verilmelidir. (Adwok ve diğerleri, 2013) Örneğin Danimarka’da hekimler malpraktis tazminatlarından sorumlu değildir. Bunun yerine tazminatın kamu tarafından finanse edildiği hastanın zararını telafi etmeye yönelik kapsamlı bir ulusal program olan ‘hasta tazminat programı’ uygulanmaktadır. (Assing Hvidt ve diğerleri, 2017) İtalya’da yapılan çalışmada hekimlerin %53’ü malpraktis reformunun defansif tıbbi uygulamaları azaltmak için en etkili yol olacağını belirtmiştir. (Panella ve diğerleri, 2017)

Tıbbi uygulamaların cezai sorumluluk dışında bırakılması da çalışmalarda tartışılmıştır. (Epstein, 1976) Tıbbi hataların suç olmaktan çıkarılması özellikle pozitif defansif tıbbi uygulamaları azaltacağı iddia edilmiştir. (Garattini ve Padula, 2020) Tıbbi uygulama hatası iddialarına karşı tarafların mahkeme dışı uzlaşmacılar ile çözülmesini savunanlarda vardır. (Kessler, 2011) Sağlık mahkemeleri kurulması ve bu konuda özel eğitim almış nitelikli hakimlerin karar vermesinin sağlanmasının da malpraktis davalarının hekimler üzerindeki olumsuz etkisini azaltacağı iddia edilmektedir. (Kessler, 2011) Çalışmalar komplikasyon ile malpraktisin ayrımının zor olduğunu ve bu konularda adil kararlar verilebilmesi için özel tıbbi malpraktis mahkemelerinin kurulmasını önermektedir. (Solaroglu ve diğerleri, 2014) Bu reformun, tıbbi bilgisi olmayan jüriler tarafından verilen keyfi ve duygusal kararları önleyeceği iddia edilmiştir. (Dove ve diğerleri, 2010) Ayrıca dava sayısını azaltmak için başvuruları tarama sisteminin olması (Dove ve diğerleri, 2010) asılsız iddiaların hem doktorları meşgul etmesi engellenecek hem de adliyelerin yoğunluğunu azaltacaktır.

Malpraktis davaları ile yüksek cezalar vermenin insanların kazara suç işlemesini önlemede etkisiz olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. (D. Özcan ve Alkan, 2021) Cezalandırıcı yaklaşım savunmacı davranışları teşvik etmekte ve doktorların sorumluluk almalarını, hatalarıyla yüzleşmelerini ve öğrenmelerini engellemektedir. (D. Özcan ve Alkan, 2021) Doktorların kasıtsız hatalarından dolayı cezalandırılmayacakları bir alan yaratmak doktorların daha rahat ve verimli şekilde çalışmalarını sağlayacak hem de gelişimlerine katkıda bulunacaktır. İhmal ve yanlış seçimler için ceza verilmemelidir. Sadece büyük ihmallere, kötü niyetli kural ihlalleri durumlarında cezalar verilmelidir. (D. Özcan ve Alkan, 2021)

Ülkemizde malpraktis ile ilgili yeni bir yasa 27 Mayıs 2022 tarihinde yürürlüğe girmiştir. (Kurtaş ve Yılmaz, 2022) 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenen madde ile Mesleki sorumluluk Kurulu oluşturulmuştur. 15.06.2022 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan "Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem Ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına Ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" ile Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun çalışma esasları belirlenmiştir.

Mesleki Sorumluluk Kurulu, kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşları ile Devlet ve vakıf üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarına, mesleklerini icra ederken yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlemler sırasında oluşan zararlar nedeniyle ilgisine soruşturma izni verilip verilmemesine ve sağlık

meslek mensubunun tazminata konu olaydaki kusur oranına göre rücu edilmesine karar verir.

Yönetmelikte madde 12'nin 2. fıkrasında sadece kasten görevin kötüye kullanılması durumunda tazminatın rücu edileceğinden bahsetmektedir. *“Rücu istemi, kamu kurum ve kuruluşları ve Devlet üniversitelerinde görev yapan sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar sebebiyle idare aleyhine açılan davada mahkeme kararına göre idarece ödenen meblağın; ancak kasten görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullandığı kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı ile tespit edilmesi halinde ilgili sağlık meslek mensubundan tazminata konu olaydaki kusur oranı gözetilerek Kurul tarafından belirlenen miktarının ödenmesinin istenilmesidir.”* Bu yönetmelik ile malpraktis kaygısının azalacağı, hekimlerin büyük tazminatlara ve gereksiz soruşturmalara maruz kalmasının azalacağı tahmin edilmektedir.

Klinik iş birliği ortamının oluşturulması sağlık hizmetlerinde çalışanların en verimli ve iyi şekilde çalışmasına olanak sağlar. Bu durum defansif tıbbi uygulamaları azaltacaktır. (Garattini ve Padula, 2020) Türkiye’de yapılan nitel bir çalışmada üniversite hastanesinde çalışan bir hekim, 3. Basamakta hastadan kaçınma davranışının daha zor olduğunu ve konsey ile verilen kararların hata payını azaltarak doktorlara güven verdiğini belirtmiştir. (Özer ve Aslan, 2020) Hekimlerin hatalı olduğuna karar verilen malpraktis davaları incelendiğinde mesleki deneyim eksikliğinin, acemiliğin malpraktis davalarının ciddi bir sebebi olduğu görülmüştür. (Yeşiltaş ve Erdem, 2019) Mesleğin ilk yıllarında olan pratisyen hekimlerin, vaka tecrübesi az olan cerrahların, asistan olmasına rağmen primer olarak hasta bakan hekimlerin defansif tıbbi uygulamalara daha çok yönelmesi beklenebilir. Bu durum meslektaş dayanışmasının ve çalışırken öğrenmeye devam etmenin önemini göstermektedir. Meslektaş danışma kültürünün yaygınlaşmasını sağlayacak online platformlar oluşturulması gereksiz tetkik isteminin önüne geçebilir.

Maliyet etkin ve güvenli sağlık hizmeti sunumu sağlamak için doktorları ve sağlık personellerini desteklemek ve dava korkularını yatıştırmanın sağlık idarecilerinin görevi olduğunu ifade eden çalışmalar vardır. (Adwok ve diğerleri, 2013) Özellikle riskli alanlarda kıdemli doktorun bulunması, genç meslektaşların deneyim eksiklikleri nedeniyle teşhis olanaklarını aşırı kullanmamalarını sağlayacaktır. (Adwok ve diğerleri, 2013) Tüm hekimler meslektaşlarıyla da iş birliği yapmalıdır. Konsülte edilen hekim, konsültasyon yapan meslektaşlarını, sevk edilen hekim, sevk eden meslektaşlarını eğitmeye yardımcı olabilir.

Reçete edilen testlerin yararları ve riskleri hakkında bir klinik iş birliği sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde kullanılması için yardımcı olacaktır.

Tıp eğitimi içinde ve hizmet içi eğitimler ile verilecek sağlık hukuku eğitimleri hekimlere yasal ve etik sorumluluklarını hatırlatmalı ve yasal riskler hakkında gerçekçi bir farkındalık oluşmasını sağlamalıdır. (Ries ve Jansen, 2021) Meslek odaları, sendikalar ve uzmanlık dernekleri hukukçular ile iş birliğini artırmalıdır. Bu durum hukuk bilgisini artıracaktır ve defansif tıbbi uygulamaları azaltabilmek için bir yöntem olabilir. (McQuade, 1991) Tıp fakülteleri ve uzmanlık programları, hasta güvenliği müfredatına malpraktis sorumluluğu ve defansif tıp uygulamalarını dahil etmelidir. Sağlam klinik karar verme becerilerini pekiştirmek amacıyla hasta güvenliği ile ilgili politika ve prosedürleri yeniden gözden geçirmelidir. (O'Leary ve diğerleri, 2012)

Hasta şikayetlerini sadece elde edilen sonuçlara göre değil, taahhüt, görev ve sorumluluklara göre ele almak gerekmektedir. (Epstein, 1976) Şikayetleri ele alan kuruluşlarda tıbbi hatalara yönelik sistematik bakış açısının güçlendirilmesi gerekmektedir. (Epstein, 1976) Şikayetlerin sağlık kurumlarında oluşturulan kurullarca ele alınması ve mahkemelerde dava açılmasının önlenmesi bu konuda zaman problemini de, hekim açısından yıpratıcılığı da azaltacak bir öneridir. (Epstein, 1976) Ülkemizde SABİM ve CİMER üzerinden hasta talep ve şikayetleri alınmaktadır. Bu şikayetlerin önemli bir kısmı asılsız ve gerçek bir tıbbi uygulama hatasından uzaktır. (Mutlu ve diğerleri, 2019) Bu tür asılsız şikayetlerde hekimlerden bilgi ve savunma istenmesi hekimlerde huzursuzluğa sebep olmaktadır. (Mansur ve Ceylan, 2021) Bu şikayetlerin öncelikle yönetici hekimler tarafından değerlendirilmesi, gerekirse bu şikayetleri bir kurulun değerlendirilmesi ve haksız hasta şikayetlerinin hekime yansıtılmaması defansif uygulamaları azaltacaktır.

Malpraktis davalarının birçoğunda hekim suçlu bulunmamıştır; daha önce yapılan bir araştırma, üçüncü basamak bir akademik merkezde beyin cerrahlarına karşı açılan davaların %85'inin haksız olduğu ve davanın geri çekildiği görülmüştür. (Yan ve diğerleri, 2017) Anlamsız davalar açarak sistemi meşgul edip aynı zamanda doktorların gereksiz stres yaşamalarına sebep olanlara da cezalar verilmesi gerektiği ifade edilmiştir. (Garattini ve Padula, 2020) Bu konuda Hollanda örneği malpraktis dava sayısını azaltabilecektir. Hollanda'nın sağlık hizmetleri sistemi, hastaların hekimleriyle ilgili şikayetlerini yönetir. Şikayetler birçok adımda ele alınır. Hastalar, memnun olmadıkları durumlarda bir şikayet arabulucusuna başvurabilirler. Bu arabulucu, hastane çalışanları arasında anlaşma ve uzlaşma sağlamak için çalışır. Eğer bu adımda sorun çözülemezse, bir sonraki adım

hastanenin şikayet komitesidir. Komite, şikayetlerin resmi bir şekilde ele alındığı bir kurumdur. (Yan ve diğerleri, 2017)

ABD’de yayınlanan bir yazıda çoğu eyaletteki yasaların anlamsız bir davayı caydırmak için hiçbir şey yapmadığından ve bir doktorun tamamen masum olsa ve her şeyi bakım standardına göre yapmış olsa bile, yine de dava edilebilir ve sadece masumiyetini kanıtlamaya çalışırken iki ila üç yıllık zaman kaybı, gelir kaybı, yasal masraflar ve stresle karşı karşıya kalacağından bahsedilmiştir. (Dyrda, 2022) Avustralya’da artan ve suiistimal edilen malpraktis davalarına kanıt standardı getirilmiş ve iddiaların "güçlü, inandırıcı veya ikna edici" kanıtlara dayanmasını şart koşulmuştur. (Kessler ve diğerleri, 2006)

Defansif tıbbi uygulamaları azaltabilmek için farklı yöntemler önerilmiştir. Mahkeme yerine mahkeme dışında bir anlaşmazlık masası kurulması önerilmiştir. (Asher ve diğerleri, 2013) Ancak bu yöntem doktorların talebini karşılamamaktadır. Çünkü sadece mahkemeler değil, şikâyet ve soruşturma prosedürleri de defansif tıbbi yönlendirmektedir. Diğer bir öneri ise sorumluluğu hekimin üzerinden tamamen alıp tıp merkezine sorumluluk yüklemektir. Bu durum doktorların kaygısını azaltabilir.

Yapılan bir çalışmada akşam saatleri ve hafta sonları bakılan hastaların malpraktis davası açma oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. (Akdur, 2013) Hekim sayısının artması ve var olan hekim gücünün doğru kullanılması malpraktis davalarını azaltacağı gibi defansif tıbbi uygulamaları da azaltacaktır. Hasta şikayetleri açısından triyaj sisteminin daha etkin kullanılması ve hasta yoğunluğunun artmasının engellenmesi hekimin motivasyonunu koruyacaktır. (Kara, 2020)

Hekimler maliyet – etkin bakıma teşvik edilmelidir. (Tara F. Bishop; Alex D. Federma; Salomeh Keyhani, 2010) Anamnez ve fizik muayenenin daha etkin kullanılması laboratuvar testlerinin ve görüntüleme yöntemlerinin daha az ve sadece ihtiyaç halinde kullanılmasını sağlayacaktır. Ayrıca hastalardan sağlık hizmeti masraflarından bir kısmını paylaşmalarını talep etmesine olanak tanıyan uygulama kılavuzları oluşturularak hasta talepleri belli ölçüde engellenebilir ve defansif tıbbın sağlık sistemine olan mali yükü kısıtlanabilir. (Adwok ve diğerleri, 2013) Sağlık okuryazarlığı artırılmalıdır ve anne adaylarına normal doğumun daha sağlıklı bir çözüm olduğu anlatılmalıdır. Hasta talebi ve çeşitli defansif sebepler ile gereksiz sezaryen oranları yüksektir. ABD’de ilk kez yapılacak doğumlarda sezaryen oranının %15’e düşürülmesi önerilmektedir. Gereksiz sezaryenlerin azaltılmasının sağlayacağı maliyet tasarrufu önemli olabileceği ifade edilmiştir. (Brown, 2007)

Tıbbi gözetim ile malpraktis sınırlamalarının dengelenmesi yüksek kaliteli tıbbi bakım standartlarını korumak için önemlidir ve bu durum hekimlerin sadece dava korkusuyla karar vermemelerini sağlayacaktır. (Nahed ve diğerleri, 2012) Sağlık kuruluşları, sağlık çalışanı ile hasta arasında açık iletişimi teşvik eden ve kanıta dayalı tıp uygulamasıyla bağlantılı olarak gözden kaçan ve kaçmaya yakın her tıbbi hatanın tartışılmasına olanak tanıyan bir güvenlik kültürü geliştirmelidir. (Adwok ve diğerleri, 2013) Hastaya karşı daha fazla şeffaflık ve daha detaylı bilgilendirme, hastalar ile beklentilerin uyumu, finansal kaygıların azaltılması, uzlaşma için verilen tazminat miktarlarının kısıtlanması ve hekim haklarını koruyan bir mevzuat değişikliği defansif tıbbi uygulamaları azaltabilir. (Asher ve diğerleri, 2013)

Defansif tıbbın çözümü için verilecek en faydalı tepki iletişimi teşvik etmek olmalıdır. (Garattini ve diğerleri, 2020) Hastalar, iyi bir doktor-hasta ilişkisine sahip oldukları doktorlara güvenirler ve tıbbi hatalar meydana geldiğinde onları dava etme eğilimleri daha azdır. Ancak hastayla kurulan iyi bir ilişki, kanıta dayalı tıbbi uygulama kılavuzlarına bağlı kalması gereken doktorun rahat davranmasına yol açmamalıdır. (Adwok ve diğerleri, 2013)

Sağlık hizmetleri hakkındaki yanlış ve yanıltıcı bilgilerin sosyal medyada dolaşımı engellenmelidir. (Epstein, 1976) Her olumsuz hasta sonucunun hekime atfedilmesi uygulamasından vazgeçilmelidir. (Delice ve diğerleri, 2019) Suçluları aramak yerine, iyi sağlık hizmetlerinin olumlu örneklerini mümkün olduğunca kamuoyuna duyurmak baskıyı azaltacağı için defansif tıbbi da azaltabilir. (Toraldo ve diğerleri, 2015) Doktorlar hakkında daha olumlu bir kamuoyu iklimini teşvik etmek, hekimlere yönelik olarak, iyi uygulamalara daha fazla vurgu yapılması ve hekim haklarına dikkat edilmesi, haksız fiil reformunun yapılması ve kanıta dayalı kılavuz ilkelerin sistematik bir şekilde kullanılması defansif tıbbın azaltılmasına katkıda bulunabilir. (Panella ve diğerleri, 2017)

Hekimlerin tıbbi hatalardan kaynaklanan yasal konularla ilgili gereksiz endişelerinin ve istenmeyen defansif tıp uygulamalarının klinik standartlar geliştirilerek ve bu standartlar hekimlere öğretilerek azaltılabileceği öne sürülmektedir. (Tara F. Bishop; Alex D. Federma; Salomeh Keyhani, 2010) Kılavuz tabanlı bir sistem, malpraktis davalarının ve defansif tıp uygulamaların önüne geçilmesi için bir alternatif olabilir. Bu sistemde bir klinik uygulama kılavuzuna bağlı olarak tanı ve tedavi sürecini yürüten hekim ihmalkar ve hatalı olmayacaktır. Doktorlara eğitim ve performans geri bildirimi sağlanması, klinik kılavuzların güncellenmesi ve klinik güncellemelerin uygulama ortamının desteklenmesi defansif uygulamaları azaltacaktır. (Toker ve diğerleri, 2004). Klinik kılavuzların geliştirilmesi ve

onaylanması süreçlerinde tıp uzmanlarının yanında hukukçulardan da destek alınması önerilmiştir. (Pelly ve diğerleri, 1998) Kılavuzlara uymayan hekimlerin gerekçelerini belgелеmeleri de önerilmiştir. (Pelly ve diğerleri, 1998)

Klinik kılavuzların yaygınlaştırılması ve tıbbi hata ve ihmali önlemek ve tespit edebilmek için klinik kararların tek tipleştirilmesi önerilmiştir. (Asher ve diğerleri, 2013) Bu konuda yapılacak bir reform ulusal olarak yayınlanan kılavuzlara göre çalışan hekimler için bir "güvenli liman" yaratılmasını öngörmektedir. Kabul edilmiş klinik uygulama kılavuzlarına göre hareket eden hekimlerin bakım standardı dahilinde hareket ettiğine dair çürütülebilir bir karine yaratacağı düşünülmektedir. (Dove ve diğerleri, 2010) Bu öneri sadece tıbbi uygulama hatası davalarının adilliğini artırmakla kalmayacak, kanıta dayalı tıbbın önemini artıracak ve klinik uygulama kılavuzlarının, uygun kullanım kriterlerinin ve karşılaştırmalı etkinlik araştırmalarının sonuçlarının etkisini artıracaktır. (Dove ve diğerleri, 2010) Bu öneri, beklenmeyen kötü sonuçların ihmal anlamına gelmediği yönündeki önemli kavramı vurgulayacaktır. Sonunda hangi reform ve değişiklikler yapılırsa yapılsın hukuk sistemlerinin bu önemli farkı net bir şekilde tanımlaması gerekmektedir. (Dove ve diğerleri, 2010)

Meslek örgütleri, defansif tıbbi engellemek için uygulama kılavuzları geliştirmeli (Studdert ve diğerleri, 2005) ve meslek içi eğitimlerle bilgiyi güncel tutmalıdır. Klinik kılavuzların defansif tıbbi azaltmanın en etkili yolu olduğu iddia edilmiştir. (Panella ve diğerleri, 2017) Klinik kılavuzları savunanlar olduğu gibi hastalar arası farklılıkları göz ardı ettiğini söyleyerek reddeden hekimlerde vardır. (Kessler, 2011) Hekimler kararlarını verirken sadece kılavuzları takip etmekle kalmamalı, aynı zamanda her zaman hastalarının bireysel özelliklerini analiz etmelidir. (Garattini ve diğerleri, 2020)

Yeni Zelanda'da, doktorların kendilerini stresli ve başarısız hissettikleri zamanlarda onlara destek olmak amacıyla bir danışmanlık hizmeti oluşturulmuştur. Bir şikâyet durumundan aşırı etkilenen doktorların duygusal ihtiyaçlarına cevap vermek üzere oluşturulmuş bu hizmet, doktorlar için hızlı ve ulaşılabilir profesyonel bir hizmet modeli olarak tasarlanmıştır. (Cunningham ve Wilson, 2011) Defansif tıbbi uygulamaların bir refleks olduğu ve bazı durumlara karşı kendini korumak amacıyla uygulandığı düşünülürse kolay ulaşılabilir ve etkin bir danışmanlık hizmeti defansif yaklaşımların bir kısmını engelleyecektir.

Yüksek riskli alanlarda çalışan hekimlere psikolojik destek verilmesi gerekebilir. (Studdert ve diğerleri, 2005) Defansif tıbbi azaltma çabaları, hastaların ve hekimlerin uygun bakım konusunda klinik kılavuzlara dayanmalarını teşvik etmek, yaygın savunma uygulamalarını hedef almak ve yüksek riskli uzmanlık alanlarındaki hekimlerin finansal ve psikolojik kırılganlıklarını azaltmak için eğitimlere odaklanmalıdır. (Studdert ve diğerleri, 2005) Yüksek risk taşıyan bir meslekte doktorların sürekli bir dava riskiyle karşı karşıya olduğu gerçeği sağlıklı bir şekilde çalışmalarını imkansız hale getirir. (D. Özcan ve Alkan, 2021)

İş stresi ile defansif tıbbi uygulamalar arasındaki çift yönlü ilişkinin mevcut olduğu bilinmektedir. (Göçen ve diğerleri, 2018) Hekimlerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışma ve dinlenme ortamlarının iyi tesis edilmesi iş stresini ve dolayısıyla defansif uygulamaları azaltabilir. Çalışma şartlarının iyileştirilmesi ve daha güvenli olması defansif tıbbi yaklaşımları azaltacaktır. (Bakır ve diğerleri, 2022) Randevu sistemleri hastaların muayene olabilecekleri yeterli zaman aralıklarını dikkate almalıdır. (Epstein, 1976) Sağlık tesislerinde yoğunluğun artmasıyla hastayı yeterince dinlemek, anamnez almak ve fiziki muayene yapmak için zaman yeterli olmamaktadır. Bu durumlar doktorlar herhangi bir tanıyı atlamamak için gereksiz tetkikler isteyebilmektedirler. (Mansur ve Ceylan, 2021) Defansif tıba yönelimi azaltmak için hekimlerin çalışma saatleri azaltılmalıdır. (Epstein, 1976)

Tıbbi hataların raporlanmasında, hekimlerin objektif geri bildirimler yapabilmesi gerekmektedir. (Yüksel, 2021) Hekimlerin uygulamalarını ve reçetelerini değerlendirmek için uygun izleme sistemlerinin kurulması, hekimlerin faaliyetlerini izlemek ve yönlendirmek üzere her hastanede bir sağlık ekonomisi komitesinin kurulmasının defansif tıbbi azaltacağı iddia edilmiştir. (Epstein, 1976) Tanı testlerinin istem gerekçelerinin yeniden sorgulanması ile gereksiz tanı testi isteme oranında ciddi düşüşler olduğu görülmüştür. (May ve diğerleri, 2006) Hastanelerde defansif tıp izleme sistemi olmalıdır. (Özata ve diğerleri, 2019), defansif tıbbi azaltmak için tetkiklere süre ve zaman aralığı sınırlaması getirilebilir.

Performans kriterlerine göre yapılan ödemeler yerine sabit ödemelerin olduğu sisteme geçilmesi gerektiği çalışmalarda ifade edilmiştir. (Epstein, 1976) Ancak bu çeşitli gerekçelerle mümkün olmamaktadır yine de teşvik ve performans merkezli suistimale açık sistemler yeniden düzenlenmelidir (Kakemam ve diğerleri, 2022) ve doktorların maaşları arttırılarak maddi kaygıları yok edilmelidir. Yapılan işlem başına performans puanı alınan sistem yerine vaka başına performans puanı alınan sistemin defansif uygulamaları azaltacağı iddia edilmiştir. (Mansur ve Ceylan, 2021) Doktorların performans kriterleri arasında

defansif tıbbi uygulamaları yani aşırı tetkikleri ve işlemleri isteme oranlarının da eklenmesi defansif tıbbi uygulamaları azaltmak için bir yöntem olabilir.

Sağlıkta şiddet, önemli defansif tıp sebepleri arasındadır. Şiddet olaylarının önüne geçecek düzenlemeler yapılmalıdır. Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı ve YÖK gibi kurumlar ile protokoller imzalanarak eğitimin tüm aşamalarında şiddet olaylarının, sağlıkta şiddet vakalarının yanlış olduğu net olarak aşılmalı, verilen sağlık hizmetlerinin ve sağlık hizmetinin verenlerin kıymetli oldukları vurgulanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği, Adli Tıp Kurumu, Sağlık alanında hizmet veren sendikalar, uzmanlık dernekleri, sağlık alanında çalışan sivil toplum kuruluşları defansif tıbbi uygulamalarını önlemeye yönelik işbirliği yapmalıdır. Ülke genelinde seferberlik başlatılarak şiddete karşı duruş tüm kamu otoritesi tarafından net olarak ifade edilmelidir.

Sağlık bilgi sistemlerinin gelişmesi ile tutulan elektronik sağlık kayıtlarının artmasının malpraktis davaları açısından hekimi desteklediği ortaya konmuştur. (Virapongse ve diğerleri, 2008) Sağlık bilgi sistemlerinin gelişmesinin yaygınlaşmasının hekimlere tanı konusunda destek olabileceği ve ihmal iddialarını azaltacağı söylenebilir. Bu durum defansif uygulamaları azaltabilecektir.

Sağlık sisteminde ve sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasına yönelik uygun yapısal reformların tasarlanması sürecinde önerilerimizin incelenmesi ve dikkate alınması gerekmektedir.

3.YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır. Tarama modellerinde amaç, seçilen örneklem üzerinde var olan durumu olduğu şekliyle tespit etmektir. İlişkisel tarama yöntemi, iki ya da daha fazla değişken arasındaki kovaryansın varlığını belirlemeyi amaçlayan bir yöntemdir. İlişkisel tarama yönteminde değişkenlerin birlikte değişip değişmediği ve değişiklikler mevcutsa nasıl olduğu incelenmektedir (Bahtiyar ve Can, 2016). Araştırmanın test edilecek hipotezleri aşağıda belirtilmektedir;

H1: Defansif tıp uygulamaları hekimler, hastalar ve sağlık sistemi ile ilgili muhtemel sonuçlar üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H2: Defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutu üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H2a: Pozitif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutu üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H2b: Negatif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutu üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H3: Defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar boyutu üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H3a: Pozitif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar boyutu üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H3b: Negatif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar boyutu üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H4: Defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlıdır boyutu üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H4a: Pozitif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlıdır boyutu üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H4b: Negatif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlıdır boyutu üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H5: Defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının hastalara fayda sağlar boyutu üzerinde negatif etkiye sahiptir.

H5a: Pozitif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının hastalara fayda sağlar boyutu üzerinde negatif etkiye sahiptir.

H5b: Negatif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının hastalara fayda sağlar boyutu üzerinde negatif etkiye sahiptir.

H6: Defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutu üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H6a: Pozitif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutu üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H6b: Negatif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutu üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H7: Defansif tıp uygulamalarının öncülleri defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H8: Defansif tıp uygulamalarının öncülleri pozitif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H8a: Şikayet ve dava edilme kaygısı pozitif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H8b: Medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı pozitif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H8c: Çalışma çevresinden kaynaklanan baskılar pozitif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H8d: Hekimlerin itibarını koruma kaygısı pozitif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H8e: Şikayet edilme kaygısı pozitif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H8f: Alınan tıp eğitimi pozitif defansif tıp uygulamaları üzerinde negatif etkiye sahiptir.

H8g: Hekimlerin hasta odaklı davranma çabası pozitif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H89: Defansif tıp uygulamalarının öncülleri negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H9a: Şikayet ve dava edilme kaygısı negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H9b: Medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H9c: Çalışma çevresinden kaynaklanan baskılar negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H9d: Hekimlerin itibarını koruma kaygısı negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H9e: Şikayet edilme kaygısı negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

H9f: Alınan tıp eğitimi negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde negatif etkiye sahiptir.

H9g: Hekimlerin hasta odaklı davranma çabası negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırma evrenini Ankara'daki sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimler oluşturmaktadır. Örneklemi belirlemek için kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. TÜİK'in 2021 yılında paylaştığı son verilere göre Ankara'da 20950 hekim görev yapmaktadır (TÜİK, 2022). Hatalı ve eksik doldurulabilecek anketler de göz önünde bulundurularak 416 kişi üzerinde uygulama gerçekleştirilmiş ve hatalı ve eksik doldurulan 18 anket çıkarıldıktan sonra 398 anket analize alınmıştır. Anacak analiz aşamasında bazı verilerin uç değerlere sahip oldukları tespit edilmiş ve 16 ankete ait veri analiz dışında bırakılarak toplam 382 veri değerlendirmeye alınmıştır. G*Power 3.1. programı kullanılarak yapılan Güç (Power) analizlerinde çalışmada kullanılacak olan istatistiksel analizlerde gerekli olan örneklem büyüklüğü, çeşitli etki büyüklüklerine göre tespit edilen farklılıkların, en az %80 güç ve 0,05 1. Tip Hata seviyesinde istatistik önem içerecek şekilde hesaplanmaya çalışılmıştır. Bu sonuçlara göre 5 grup için olan Tek Yönlü Varyans analizinde, gruplar arası 0,30 puanlık bir etki büyüklüğünün istatistik önem içerebilmesi için en az 140 kişi; çoklu regresyon analizlerinde ise 7 tahmin ediciden oluşan modellerde, varyans açıklama ve artık varyans değerlerine göre hesaplanan 0,16 etki büyüklüğü değerinin %80 güç ve 0,05 1. Tip hata seviyesinde istatistiki açıdan önemli olabilmesi için her modelde yaklaşık 52 kişiye ihtiyaç bulunmaktadır. Çalışmada yer alan 382 kişi bu sonuçlara göre yeterli olabilecek düzeydedir. Güç analizine ilişkin sonuçlar Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1: Güç Analizi Sonuçları

F testi - ANOVA: Tek Yönlü Analiz: Deneme Öncesi: Gerekli Örneklem Hacminin Hesaplanması Girdi: Etki Büyüklüğü $f=0.30$ α Hata Miktar=0.05	t testleri – Doğrusal Çoklu Regresyon: Sabit model, Tek Regresyon Katsayısı Analiz: Deneme Öncesi: Gerekli Örneklem Hacminin Hesaplanması Çıktı: Hipotez Yönü=Çift
--	---

Güç (1-β Hata Miktarı)=0.80 Grup Sayısı=5 Çıktı: Merkezi Dağılım parametresi $\lambda=12.6000000$ F Tablo Kritik Değeri= 2.4387392 Pay Serbestlik Derecesi=4 Payda Serbestlik Derecesi=135 Toplam Örneklem Hacmi=140 Güç Seviyesi= 0.8085268	Etki Büyüklüğü $f^2=0.16$ α Hata Miktarı=0.05 Güç (1-β Hata Miktarı)=0.80 Bağımsız Değişken Sayısı=7 Girdi: Merkezi Dağılım parametresi $\delta=$ 2.8844410 t Tablo Kritik Değeri= 2.0153676 Serbestlik Derecesi=44 Toplam Örneklem Hacmi=52 Güç Seviyesi= 0.8053820
---	---

3.3. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırma kapsamında “Kişisel Bilgi Formu”, “Defansif Tıp Uygulamaları Ölçeği”, “Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları Ölçeği” ve “Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri Ölçeği” olmak üzere dört ayrı veri toplama aracı kullanılmıştır. Aşağıda veri toplama araçlarının içerikleri sıralanmıştır.

- **Kişisel Bilgi Formu:** Kişisel bilgi formu, konuyla ilgili çalışmalar incelenerek araştırmacı tarafından hazırlanmış olup katılımcıların bazı kişisel bilgilerini elde etmek amacıyla sorulan 9 madde ve defansif tıp uygulamalarıyla ilgili bilgi, farkındalık ve fikirlerini belirlemeye yönelik 12 madde olmak üzere toplam 21 maddeden oluşmaktadır.
- **Defansif Tıp Uygulamaları Ölçeği:** Kolcu (2013)’ün çalışmasından alınarak kullanılan defansif tıp uygulamaları ölçeği iki boyut altında toplanan 14 ifadeden oluşmaktadır. Pozitif defansif tıp uygulamaları boyutu dokuz, negatif defansif tıp uygulamaları ise dört ifadeden oluşmaktadır. Ölçek beşli likert tipinde hazırlanmıştır. Ölçekte yer alan ifadeler 1-Kesinlikle Katılmıyorum ... 5- Kesinlikle Katılıyorum şeklinde puanlanmıştır.
- **Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları Ölçeği:** Ünal (2020) tarafından geliştirilen ölçek beş boyut altında toplanan 23 ifadeden oluşmaktadır. Hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutu yedi ifadeden; sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutu beş ifadeden; hastalar için zararlıdır boyutu altı ifadeden; hastalara fayda sağlar boyutu üç ifadeden; hekimlere fayda sağlar boyutu ise 2 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek beşli likert tipinde hazırlanmıştır. Ölçekte yer alan ifadeler 1-Kesinlikle Katılmıyorum ... 5- Kesinlikle Katılıyorum şeklinde puanlanmıştır.
- **Defansif Tıp Uygulamaları Öncülleri Ölçeği:** Ünal (2020) tarafından geliştirilen ölçek yedi boyut altında toplanan 28 ifadeden oluşmaktadır. Şikayet ve dava edilme kaygısı

boyutu yedi ifadeden; medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı boyutu beş ifadeden; çevreden kaynaklanan baskılar boyutu dört ifadeden; hekimin itibarını koruma kaygısı boyutu dört ifadeden; şiddet görme kaygısı boyutu ise üç ifadeden; alınan tıp eğitimi boyutu iki ifadeden; hekimlerin hasta odaklı davranma çabası üç ifadeden oluşmaktadır. Ölçek beşli likert tipinde hazırlanmıştır. Ölçekte yer alan ifadeler 1-Kesinlikle Katılmıyorum ... 5-Kesinlikle Katılıyorum şeklinde puanlanmıştır.

3.4. VERİ ANALİZİ

Araştırma kapsamında toplanan veriler SPSS 23 paket programı ile analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlilikleri daha önce test edildiği için ölçeklere faktör analizi uygulanmamıştır. Analizlere ilk olarak katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla frekans analizleri yapılarak başlanmıştır. Daha sonra elde edilen verilerin dağılımını belirlemek için normallik testi yapılmıştır. Ölçeklerin ve boyutların güvenilirliklerini ölçmek için güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Araştırmada yer alan değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemek için korelasyon analizi, değişkenlerin birbirleri üzerindeki etkisini tespit etmek için ise regresyon analizi yapılmıştır. Katılımcıların araştırmada yer alan ifadelere katılım düzeylerini belirlemek için tanımlayıcı analizler gerçekleştirilmiştir. Son olarak katılımcıların araştırmada yer alan değişkenlere katılım düzeylerinin demografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için fark testleri yapılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde saha araştırmasında toplanan verilerin analizleri gerçekleştirilmiş ve hipotezlerin sırası ile alt başlıklar halinde sunulmuştur.

4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılım sağlayan 382 hekimin kişisel bilgi formuna vermiş oldukları yanıtlara ilişkin bulgular Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2: Kişisel Bilgilere İlişkin Bulgular

Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	193	50,5
Erkek	189	49,5
Yaş		
25-34	183	47,9
35-44	74	19,4
45-54	77	20,2
55 ve üzeri	48	12,6
Hekimlik Yılı		
9 yıl ve altı	176	46,1
10-18	85	22,3
19-27	68	17,8
28 yıl ve üzeri	53	13,9
Çalışılan Sağlık Kurumunun Bulunduğu İlçe		
Çankaya	91	23,8
Keçiören	67	17,5
Yenimahalle	108	28,3
Diğer	116	30,4
Çalışılan Sağlık Kurumu		
Aile Sağlığı Merkezi	124	32,5
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	24,1
Şehir Hastanesi	60	15,7
2. Basamak Devlet Hastanesi	39	10,2
Diğer	67	17,5
Görev Unvanı		
Asistan Dr.	122	31,9
Pratisyen Hekim	112	29,3

Tablo 2: Kişisel Bilgilere İlişkin Bulgular (Devamı)

Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Uzman Dr.	117	30,6
Diğer	31	8,1
Uzmanlık Branşı		
Aile Hekimliği	43	23,0
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	11,8
Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	9,1
Diğer	105	56,1
Branş		
Dahili	120	64,2
Cerrahi	67	35,8
Uzmanlık Yılı		
10 yıl ve altı	119	63,6
11 yıl ve üzeri	68	36,4

Tablo 2 incelendiğinde araştırmaya katılan hekimlerin kadın (%50,5) ve erkek (%49,5) oranının birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin yaklaşık yarısı 24-34 yaş aralığındadır (%47,9). Aynı şekilde araştırmaya katılan hekimlerin yarıya yakını 9 yıl ve daha kısa süreden (%46,1) beri hekimlik yapmaktadır. Hekimlerin görev yaptığı sağlık kurumunun bulunduğu ilçeler incelendiğinde çoğunluğun Çankaya (%23,8), Keçiören (%17,5) ve Yenimahalle’de (%28,3) bulunan sağlık kurumlarında görev yaptıkları görülmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğu aile sağlığı merkezinde (%32,5) görev yapmaktadır. Eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hekimlerin (%24,1) oranı da oldukça yüksektir. Araştırmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun unvanı asistan doktor (%31,9), pratisyen hekim (%29,3) veya uzman doktordur (%30,6). Görev unvanı verileri incelendiğinde asistan dr., uzman dr. ve akademisyenler olmak üzere toplam 270 doktorun uzmanlık branşının olduğu görülmektedir. Ancak daha sonraki uzmanlık branşları incelendiğinde toplam sayının 187 olduğu tespit edilmiştir. Bunun sebebi uzman olduğunu belirten bazı doktorların ve bazı asistan doktorların uzmanlık branşı ile ilgili soruyu boş bırakmasıdır. Bu nedenle çalışmanın sonraki bölümlerinde uzman doktor sayısı 187 olarak kabul edilmiş ve fark testleri yapılırken bu sayı dikkate alınmıştır. Tablonun devamında 187 uzman doktorun branşları incelendiğinde büyük çoğunluğunun uzmanlık branşının aile hekimliği (%23), çocuk sağlığı ve hastalıkları (%11,8) ve kadın hastalıkları ve doğum (%9,1) olduğu görülmektedir. Genel olarak branşlar incelendiğinde dahili branşların (%64,2) cerrahi branşlardan (%35,8) fazla olduğu görülmektedir. Uzman doktorların önemli bir kısmı 10 yıl ve altı bir süre (%63,6) uzmanlık deneyimine sahiptir.

Araştırmaya katılan hekimlerin hekimlik ve defansif tıp uygulamalarına ilişkin görüşleri Tablo 3’de gösterilmektedir.

Tablo 3: Hekimlik ve Defansif Tıp Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?		
Evet	302	79,1
Hayır	80	20,9
Defansif tıp kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?		
Evet	125	32,7
Hayır	257	67,3
Meslek hayatınız boyunca size daha önce Malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?		
Evet	26	6,8
Hayır	356	93,2
Mesleğinizi icra ederken Malpraktis nedeniyle size dava açılacağından endişe ediyor musunuz?		
Evet	210	55,0
Hayır	22	5,8
Kısmen	150	39,3
Malpraktis davalarının hekimlik performansınıza etkisi olacağını düşünüyor musunuz?		
Evet	358	93,7
Hayır	24	6,3
Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?		
Evet	272	71,2
Hayır	110	28,8
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kaldınız mı?		
Evet	324	84,8
Hayır	58	15,2
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?		
Evet	72	18,8
Hayır	310	81,2
Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladınız mı?		
Evet	252	66,0
Hayır	130	34,0
Mesleki Sorumluluk Kurulu’nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulaması defansif tıbbi yaklaşımlarınızı etkiledi mi?		
Evet	153	40,1
Hayır	229	59,9
Tazminatın size rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası’nın yeterli teminatı sağlayacağına güveniyor musunuz?		
Evet	17	4,5
Hayır	241	63,1

	Kısmen	124	32,5
Alanınızdaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip ediyor musunuz?			
	Evet	301	78,8
	Hayır	81	21,2

Tablo 3 incelendiğinde araştırmaya katılan doktorların önemli bir kısmının daha önce defansif kavramını duymuş olduğu (%79,1), fakat defansif tıp hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmektedir (%67,3). Katılımcıların büyük çoğunluğuna daha önce malpraktis nedeniyle dava açılmamıştır (%93,2). Katılımcıların önemli bir kısmı mesleklerini icra ederken kendilerine dava açılmasından kısmen (%39,3) veya tamamen (%55) endişe etmekte ve malpraktis davalarının hekimlik performansına etki edeceğini düşünmektedir (%93,7). Çoğunluk malpraktis davalarının sayısının artmasının uzmanlık alan tercihlerinde etkili olacağını düşünmektedir (%71,2). Hekimlerin büyük çoğunluğu mesleki uygulamaları nedeniyle hastalar tarafından sözlü şiddete uğradığını (%84,8) ancak fiziksel şiddete uğramadığını (%81,2) belirtmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin çoğu hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uygulamıştır (%66). Hekimlerin çoğu Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulamasının defansif tıbbi yaklaşımları etkilemediğini düşünmektedir (%59,9). Hekimlerin çoğu tazminatın kendilerine rücu edilmesi durumunda hekim sorumluluk sigortasının yeterli teminatı sağlamayacağını (%63,1) veya kısmen sağlayacağını (%32,5) ifade etmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin çoğu güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip etmektedir (%78,8).

4.2. GÜVENİRLİK VE NORMALLİK ANALİZLERİ

Çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan Defansif Tıp Uygulamaları, Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları ve Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri Ölçeklerinin normallik dağılımlarının belirlemek için çarpıklık ve basıklık değerleri dikkate alınmıştır. Literatür incelendiğinde verilerin normal dağılım gösterdiğine karar verilebilmesi için çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ve +2 değerleri arasında olması gerektiği tespit edilmiştir. (George ve Mallery, 2010) Ölçeklerin güvenilirlikleri belirlenirken Cronbach Alpha değeri dikkate alınmıştır. Cronbach Alpha değerinin 0,70 ve üzerinde olması ölçeklerin güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeklere ait çarpıklık ve basıklık değerleri ile Cronbach Alpha değerleri Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4: Güvenilirlik ve Normallik Testi Sonuçları

Ölçek		Cronbach's Alpha	N	Çarpıklık	Basıklık
Defansif	Tıp	0,884	14	-0,817	0,704
Uygulamaları Ölçeği					
Pozitif Defansif	Tıp	0,827	9	-0,845	0,789
Uygulamaları					
Negatif Defansif	Tıp	0,879	5	-0,554	-0,521
Uygulamaları					
Defansif	Tıp	0,883	23	-0,820	1,609
Uygulamalarının					
Sonuçları Ölçeği					
Hekimlik Mesleğini		0,837	7	-0,799	0,640
Zorlaştırır					
Hastalar İçin Zararlıdır		0,848	6	-0,754	0,345
Sağlık Sistemini		0,887	5	-1,120	1,438
Verimliliğini, Etkililiğini ve					
Kalitesini Azaltır					
Hastalara Fayda Sağlar		0,766	3	0,144	-0,658
Hekimlere Fayda Sağlar		0,781	2	-0,482	-0,170
Defansif	Tıp	0,908	28	-0,115	-0,020
Uygulamalarının					
Öncülleri Ölçeği					
Şikayet ve Dava Edilme		0,815	7	-0,391	-0,510
Kaygısı					
Medya ve Sosyal İletişim		0,810	5	-0,938	1,191
Kanallarının Baskısı					
Çalışma Çevresinden		0,782	4	-0,302	-0,590
Kaynaklanan Baskılar					
Hekimin İtibarını Koruma		0,761	4	-0,269	-0,533
Kaygısı					
Şiddet Görme Kaygısı		0,843	3	-1,129	1,955
Alınan Tıp Eğitimi		0,909	2	-0,006	-0,967
Hekimlerin Hasta Odaklı		0,728	3	-0,365	-0,268
Davranma Çabası					

Tablo 4'te görüldüğü üzere her üç ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik düzeyleri 0,70'in üzerindedir ve bu düzey ölçeklerin yüksek güvenilirlik düzeyinde olduklarını göstermektedir. Bunun yanı sıra çarpıklık ve basıklık değerleri de -2 ve +2 aralığındadır. Bu değerler verilerin normal dağıldığını göstermektedir. Bu bağlamda araştırmada belirlenen hipotezlerin test edilmesi için parametrik test tekniklerinin kullanımına devam edilmiştir.

4.3. DEĞİŞKENLER ARASI İLİŞKİLERE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmada yer alan değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini incelemek amacıyla korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen değerler $0,00 < r \leq 0,29$ arasında

olması düşük düzeyde ilişki, $0,30 \leq r \leq 0,69$ arasında olması orta düzeyde ilişki, $0,70 \leq r < 1,00$ arasında olması ise yüksek düzeyde ilişkiyi göstermektedir (Büyüköztürk, 2020) Analiz sonuçları Tablo 5’te gösterilmektedir.

Tablo 5: Korelasyon Analizi Sonuçları

	DT	PDT	NDT	DTS	HMZ	HİZ	HEF	HAF	SS	DTN	ŞEK	MSB	ÇÇB	HİK	ŞGK	ATE	HOD
DT	1																
PDT	.92*	1															
NDT	.85*	.57*	1														
DTS	.21*	.15*	.23*	1													
HMZ	.12*	.08	.15*	.78*	1												
HİZ	.12*	.07	.16*	.83*	.49*	1											
HEF	.32*	.25*	.33*	.30*	.12*	.09	1										
HAF	.06	.08	.01	.21*	-.07	-.01	.18*	1									
SS	.14*	.10	.16*	.82*	.57*	.72*	.05	-.07	1								
DTN	.32*	.27*	.30*	.28*	.22*	.15*	.21*	.19*	.16*	1							
ŞEK	.28*	.24*	.25*	.31*	.28*	.22*	.16*	-.01	.27*	.78*	1						
MSB	.26*	.20*	.28*	.28*	.25*	.21*	.25*	-.01	.19*	.69*	.47*	1					
ÇÇB	.18*	.14*	.18*	.29*	.27*	.19*	.08	.01	.28*	.62*	.62*	.44*	1				
HİK	.27*	.23*	.26*	.09	.01	.01	.12*	.28*	.01	.72*	.43*	.27*	.19*	1			
ŞGK	.24*	.17*	.26*	.26*	.26*	.26*	.21*	.03	.15*	.68*	.47*	.65*	.50*	.28*	1		
ATE	.03	.06	-.01	-.01	-.04	-.04	.03	.30*	-.11*	.47*	.16*	.07	.04	.50*	.14*	1	
HOD	.18*	.18*	.14*	.06	-.02	-.02	.11*	.35*	-.06	.69*	.38*	.31*	.22*	.62*	.30*	.39*	1

*p<0,01, (DT: Defansif Tıp Uygulamaları, PDT: Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları, NDT: Negatif Defansif Tıp Uygulamaları, DTS: Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları, HMZ: Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır, HAS: Hastalar İçin Zararlıdır, HEF: Hekimlere Fayda Sağlar, HAF: Hastalara Fayda Sağlar, SS: Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır, DTN: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri, ŞEK: Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı, MSB: Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı, ÇÇB: Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar, HİK: Hekim İtibarını Koruma Kaygısı, ŞGK: Şiddet Görme Kaygısı, ATE: Alınan Tıp Eğitimi, HOD: Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası)

Tablo 5 incelendiğinde defansif tıp uygulamalarının alt boyutları olan pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları ile yüksek düzeyde pozitif ilişkiye, defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar boyutu ve defansif tıp uygulamalarının öncülleri ile orta düzeyde pozitif ilişkiye, defansif tıp uygulamalarının sonuçları, hekimlik mesleğini zorlaştırır, hastalar için zararlıdır, sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır ve defansif tıp uygulamaları nedenlerinin alınan tıp eğitimi dışındaki alt boyutlarıyla düşük

düzeyde pozitif ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Hastalar için faydalıdır boyutu ve defansif tıp uygulamalarının alınan tıp eğitimi boyutuyla arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Pozitif defansif tıp uygulamaları, negatif defansif tıp uygulamaları ile yüksek düzeyde pozitif ilişkiye, defansif tıp uygulamalarının sonuçları ve hekimlere fayda sağlar boyutuyla düşük düzeyde pozitif ilişkiye defansif tıp uygulamalarının öncülleri ve alınan tıp eğitimi dışındaki alt boyutlarıyla düşük düzeyde pozitif ilişkiye sahiptir. Pozitif defansif tıp uygulamalarının hekimlik mesleğini zorlaştırır, hastalar için zararlıdır, hastalara fayda sağlar, sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır ve alınan tıp eğitimi boyutlarıyla arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Negatif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının sonuçları ve hekimler mesleğini zorlaştırır, hastalar için zararlıdır, sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutları ile düşük düzeyde pozitif ilişkiye ve defansif tıp uygulamalarının öncülleri ve hekimlere fayda sağlar boyutu ile orta düzeyde pozitif bir ilişkiye ve defansif tıp uygulamalarının alınan tıp eğitimi dışındaki alt boyutlarıyla düşük düzeyde pozitif ilişkiye sahiptir. Negatif defansif tıp uygulamalarının hastalara fayda sağlar ve alınan tıp eğitimi boyutuyla arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Defansif tıp uygulamalarının sonuçlarının hekimlere fayda sağlar ve hastalara fayda sağlar dışındaki kendi alt boyutlarıyla arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki, hekimlere fayda sağlar boyutu ve şikayet ve dava edilme kaygısı ile arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki, hastalara fayda sağlar, defansif tıp uygulamalarının öncülleri, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı, çalışma çevresinden kaynaklanan baskılar ve şiddet görme kaygısı alt boyutlarıyla arasında düşük düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır. Defansif tıp uygulamalarının sonuçları ile hekim itibarını koruma kaygısı, alınan tıp eğitimi ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Defansif tıp uygulamalarının sonuçlarından hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutu ile hastalar için zararlıdır ve sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutları arasında orta düzey pozitif bir ilişki, hekimlere fayda sağlar, defansif tıp uygulamalarının öncülleri, şikayet ve dava edilme kaygısı, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı, çalışma çevresinden kaynaklanan baskılar ve şiddet görme kaygısı arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Defansif tıp uygulamalarının sonuçlarından hekimlik

mesleğini zorlaştırır boyutu ile hastalara fayda sağlar, hekimin itibarını koruma kaygısı, alınan tıp eğitimi ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası arasında ilişki bulunmamaktadır.

Defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlıdır boyutu ile sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutu arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki, defansif tıp uygulamalarının öncülleri, şikayet ve dava edilme kaygısı, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı, çevreden kaynaklanan baskılar ve şiddet görme kaygısı boyutlarıyla arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlıdır boyutu ile hekimlerin itibarını koruma kaygısı, alınan tıp eğitimi ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar boyutu ile hastalara fayda sağlar, defansif tıp uygulamalarının öncülleri, şikayet ve dava edilme kaygısı, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı, hekimlerin itibarını koruma kaygısı, şiddet görme kaygısı ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası arasında düşük düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır. Defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar boyutu ile sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır, çevreden kaynaklanan baskılar ve alınan tıp eğitimi boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Defansif tıp uygulamalarının hastalara fayda sağlar boyutu ile defansif tıp uygulamalarının öncülleri, hekimlerin itibarını koruma kaygısı, alınan tıp eğitimi ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası arasında düşük düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır. Defansif tıp uygulamalarının hastalara fayda sağlar boyutu ile sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır, şikayet ve dava edilme kaygısı, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı ve şiddet görme kaygısı boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemi ile ilgili sonuçları ile defansif tıp uygulamalarının nedenleri ile arasında düşük düzeyde pozitif ilişki, alınan tıp eğitimi, hekim itibarını koruma kaygısı ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası dışındaki alt boyutlarıyla arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemi ile ilgili sonuçları ile alınan tıp eğitimi boyutu arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki bulunmaktadır. Defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemi ilgili sonuçları ile hekim itibarını koruma kaygısı ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Defansif tıp uygulamalarının Öncülleri ile şikayet ve dava edilme kaygısı ve hekim itibarını koruma kaygısı boyutları arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki, diğer boyutlarıyla arasında ise orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Şikayet ve dava edilme kaygısı boyutu ile alınan tıp eğitimi boyutu arasında düşük düzeyde pozitif ilişki, diğer defansif tıp uygulama nedenleri ile arasında ise orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı boyutu ile çalışma çevresinden kaynaklanan baskılar ve şiddet görme kaygısı boyutları arasında orta düzey pozitif bir ilişki, hekim itibarını koruma kaygısı ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutları arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı boyutu ile alınan tıp eğitimi boyutu arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Çalışma çevresinden kaynaklanan baskılar boyutu ile şiddet görme kaygısı boyutu arasında orta düzey pozitif bir ilişki, hekim itibarını koruma kaygısı ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutları arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Çalışma çevresinden kaynaklanan baskılar boyutu ile alınan tıp eğitimi boyutu arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Hekim itibarını koruma kaygısı boyutu ile şiddet görme kaygısı boyutu arasında düşük düzey pozitif bir ilişki, alınan tıp eğitimi ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutları arasında ise orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Şiddet görme kaygısı boyutu ile alınan tıp eğitimi boyutu arasında düşük düzey pozitif bir ilişki, hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutları arasında ise orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Alınan tıp eğitimi boyutu ile hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

4.4. ARAŞTIRMADA YER ALAN İFADELERE KATILIM DÜZEYLERİ

Araştırmada defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının sonuçları ve defansif tıp uygulamalarının Öncülleri ölçekleri kullanılmıştır. Defansif tıp uygulamaları ölçeği pozitif defansif tıp uygulamaları ve negatif defansif tıp uygulamaları olmak üzere iki boyuttan; defansif tıp uygulamalarının sonuçları ölçeği hekimlerle ilgili sonuçlar, hastalarla ilgili sonuçlar ve sağlık sistemi ile ilgili sonuçlar olmak üzere üç boyuttan; defansif tıp

uygulamalarının muhtemel nedenleri ölçeği; şikayet ve dava edilme kaygısı, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı, çalışma çevresinden kaynaklanan baskılar, hekim itibarını koruma kaygısı, şiddet görme kaygısı, alınan tıp eğitimi ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası olmak üzere yedi boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeklere ait boyutların aritmetik ortalamalarının derecelendirilmesinde aralık hesaplaması Tablo 6’da yer almaktadır.

Tablo 6: Aritmetik Ortalamaları Derecelendirme Tablosu

Hizmetkar Liderlik ve Maneviyat Ölçeği	Aralık Sınırları	Düzy
Kesinlikle Katılıyorum	4.20-5.00	Çok Yüksek
Katılıyorum	3.40-4.19	Yüksek
Kararsızım	2.60-3.39	Orta
Katılmıyorum	1.80-2.59	Düşük
Kesinlikle Katılmıyorum	1.00-1.79	Çok Düşük

Araştırmada kullanılan ölçeklerle elde edilen verilerin aritmetik ortalamalarının sınıflandırılmasında aralıklar $4/5=0,80$ aralığında hesaplanmıştır(Baş, 2010). Defansif tıp uygulamaları ölçeğindeki ifadelerin aritmetik ortalaması Tablo 7’de yer almaktadır.

Tablo 7: Defansif Tıp Uygulamaları Ölçeğinin Maddelerinin Betimsel İstatistikleri

BOYUT VE İFADELER	Toplam Puan		
	Min.	Max.	Ort.
Defansif Tıp Uygulamaları	1,00	5,00	3,60
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	1,00	5,00	3,63
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.	1,00	5,00	3,47
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.	1,00	5,00	3,56
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.	1,00	5,00	3,77
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.	1,00	5,00	2,93

Tablo 7: Defansif Tıp Uygulamaları Ölçeğinin Maddelerinin Betimsel İstatistikleri (Devamı)

BOYUT VE İFADELER	Toplam Puan		
	Min.	Max.	Ort.
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.	1,00	5,00	3,75
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımaya daha detaylı açıklıyorum.	1,00	5,00	3,95
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımaya daha fazla zaman ayırıyorum.	1,00	5,00	3,33
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.	1,00	5,00	3,98
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.	1,00	5,00	3,92
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	1,00	5,00	3,55
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.	1,00	5,00	3,51
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.	1,00	5,00	3,41
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.	1,00	5,00	3,54
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.	1,00	5,00	3,38

Tablo 7 incelendiğinde katılımcıların defansif tıp uygulamaları ölçeğine verdikleri cevapların genel olarak orta üst düzeyde olduğu görülmektedir. Aynı şekilde pozitif defansif tıp uygulamaları ve negatif defansif tıp uygulamaları ölçeklerine verilen cevapların ortalamaları da orta üst düzeydedir. Pozitif defansif tıp uygulamaları boyutu incelendiğinde en yüksek ortalamaya sahip ifadenin “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum” ifadesi, en düşük ortalamaya sahip ifadenin ise “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum” ifadesi olduğu görülmektedir. Negatif defansif tıp uygulamaları boyutunda ise en yüksek ortalamaya sahip ifade “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum” ifadesi, en düşük ortalamaya sahip ifade “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum” ifadesidir.

Defansif tıp uygulamalarının sonuçları ölçeğindeki ifadelerin aritmetik ortalaması Tablo 8’de yer almaktadır.

Tablo 8: Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları Ölçeğinin Maddelerinin Betimsel İstatistikleri

BOYUT VE İFADELER	Toplam Puan		
	Min.	Max.	Ort.
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	1,43	5,00	3,72
Hekimlere Fayda Sağlar	1,00	5,00	3,52
Hekimlerin karşılaşacağı olası tıbbi riskleri azaltır.	1,00	5,00	3,61
Hekimleri hukuki açıdan korur.	1,00	5,00	3,44
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	1,29	5,00	3,91
Hekimlerin mesleki gelişimini olumsuz etkiler.	1,00	5,00	3,91
Hekimlerin hastanın tedavisine odaklanmasını zorlaştırır.	1,00	5,00	4,00
Hekimler için iş stresi oluşturur.	1,00	5,00	4,09
Hekimlerin iş yoğunluğunu artırır.	1,00	5,00	3,99
Hekimlerin hata yapma riskini artırır.	1,00	5,00	3,42
Hekimler için zaman kaybına neden olur.	1,00	5,00	3,92
Hekimlerin klinik verimliliğini azaltır.	1,00	5,00	4,03
Hastalara Fayda Sağlar	1,00	5,00	2,80
Hastalıkların erken teşhisine yardımcı olur.	1,00	5,00	2,53
Hastaların memnuniyetini artırır.	1,00	5,00	3,07
Hastaların hekime güvenini artırır.	1,00	5,00	2,81
Hastalar İçin Zararlıdır	1,00	5,00	3,74
Hastalara gereksiz maliyetler yükler (ulaşım, muayene, tetkik, vb.)	1,00	5,00	3,97
Hastalarda strese neden olur	1,00	5,00	3,48
Hastalara zarar verebilir (Gereksiz tetkik ve görüntülemeler)	1,00	5,00	3,66
Hastaların hekime ulaşmasını zorlaştırır.	1,00	5,00	3,57
Hastaların tedavi süresini uzatır.	1,00	5,00	3,96
Tedavinin gecikmesine neden olur.	1,00	5,00	3,79
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	1,00	5,00	4,05
Sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkiler	1,00	5,00	3,96
Sağlık hizmetlerinin verimliliğini azaltır	1,00	5,00	3,98
Sağlık hizmetlerinin etkililiğini azaltır	1,00	5,00	3,95
Ülkenin sağlık harcamalarını artırır	1,00	5,00	4,24
Hasta bekleme sürelerini uzatır	1,00	5,00	4,10

Tablo 8 incelendiğinde katılımcıların defansif tıp uygulamalarının sonuçları ölçeğine verdikleri cevapların genel olarak orta üst düzeyde olduğu görülmektedir. Aynı şekilde defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar, hekimlik mesleğini zorlaştırır, hastalar için zararlıdır ve sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutlarına verilen cevapların ortalamaları da orta üst düzeydedir. Hastalara fayda sağlar boyutuna verilen cevapların ortalaması ise orta düzeydedir. Defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar boyutunda en yüksek ortalamaya sahip ifade “Hekimlerin karşılaşacağı olası

tıbbi riskleri azaltır” ifadesi olurken, en düşük ortalamaya sahip ifade ise “Hekimleri hukuki açıdan korur” ifadesidir. Defansif tıp uygulamalarının hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutu incelendiğinde en yüksek ortalamaya sahip ifadenin “Hekimler için iş stresi oluşturur” ifadesi, en düşük ortalamaya sahip ifadenin ise “Hekimlerin hata yapma riskini arttırır” ifadesi olduğu görülmektedir. Defansif tıp uygulamalarının hastalara fayda sağlar boyutunda ise en yüksek ortalamaya sahip ifade “Hastaların memnuniyetini arttırır” ifadesi, en düşük ortalamaya sahip ifade “Hastalıkların erken teşhisine yardımcı olur” ifadesidir. Defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlıdır boyutunda ise en yüksek ortalamaya sahip ifade “Hastalara gereksiz maliyetler yükler (ulaşım, muayene, tetkik, vb.)” ifadesi, en düşük ortalamaya sahip ifade “Hastalarda strese neden olur” ifadesidir. Defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutu incelendiğinde en yüksek ortalamaya sahip ifadenin “Ülkenin sağlık harcamalarını arttırır” ifadesi, en düşük ortalamaya sahip ifadenin ise “Sağlık hizmetlerinin etkililiğini azaltır” ifadesi olduğu görülmektedir.

Defansif tıp uygulamalarının Öncülleri ölçeğindeki ifadelerin aritmetik ortalaması Tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 9: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri Ölçeğinin Maddelerinin Betimsel İstatistikleri

BOYUT VE İFADELER	Toplam Puan		
	Min.	Max.	Ort.
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	2,14	5,00	3,94
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	2,71	5,00	4,20
Diğer hekimlerin yaşadıkları şikâyet/dava süreçleri	1,00	5,00	4,29
Hata yapma veya bir şeyleri gözden kaçırma korkusu	1,00	5,00	4,11
Olası risklerden ve kötü sonuçlardan kaçınma isteği	1,00	5,00	4,23
Hakkında malpraktis davası açılması kaygısı	1,00	5,00	4,24
Şikâyet edilme kaygısı	1,00	5,00	4,11
Tazminat ödeme kaygısı	1,00	5,00	4,27
Başından daha önce şikâyet/dava süreci geçmesi	1,00	5,00	4,09
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	1,00	5,00	4,08
Hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları	1,00	5,00	4,23

Tablo 9: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri Ölçeğinin Maddelerinin Betimsel İstatistikleri (Devamı)

BOYUT VE İFADELER	Toplam Puan		
	Min.	Max.	Ort.
Hastaların internetten elde ettiği, doğruluğu kanıtlanmamış bilgiler	1,00	5,00	3,77
Medyanın hasta hekim iletişimini olumsuz etkilemesi	1,00	5,00	4,17
Medyada yer alan doğruluğu kanıtlanmamış haberler	1,00	5,00	4,09
Değişen hasta hekim ilişkisinde hastanın daha baskın hale gelmesi	1,00	5,00	4,16
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	2,50	5,00	4,28
Yönetimin desteğini hissetmemesi	1,00	5,00	4,25
Rahat çalışmasını öngören politikaların eksikliği	1,00	5,00	4,35
Hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı	1,00	5,00	4,30
Sağlık hukuku konusunda yetkin olmayan bilirkişilerin varlığı	1,00	5,00	4,21
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	1,00	5,00	3,54
Diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı	1,00	5,00	3,09
Diğer hekimlerin yaptıkları uygulamaları yapma güdüsü	1,00	5,00	3,21
Diğer hekimlerin paylaştıkları olumsuz deneyimler	1,00	5,00	4,14
İtibarını koruma kaygısı	1,00	5,00	3,71
Şiddet Görme Kaygısı	1,00	5,00	4,24
Kurumsal iletişim hatlarının baskısı (SABİM, CİMER, vb.)	1,00	5,00	4,25
Fiziksel şiddete maruz kalma korkusu	1,00	5,00	4,26
Sözel şiddete maruz kalma korkusu	1,00	5,00	4,23
Alınan Tıp Eğitimi	1,00	5,00	2,97
Alınan teorik tıp eğitimi	1,00	5,00	2,91
Alınan pratik tıp eğitimi	1,00	5,00	3,02
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	1,00	5,00	3,55
Hasta güvenini sağlama çabası	1,00	5,00	3,82
Hasta beklentilerini karşılama arzusu	1,00	5,00	3,68
Hasta yararına davranma arzusu	1,00	5,00	3,16

Tablo 9 incelendiğinde katılımcıların defansif tıp uygulamalarının Öncülleri ölçeğine verdikleri cevapların genel olarak orta üst düzeyde olduğu görülmektedir. Aynı şekilde

medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı, hekim itibarını koruma kaygısı ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutlarına verilen cevapların ortalamaları da orta üst düzeydedir. Alınan tıp eğitimi boyutuna verilen cevaplar orta düzey; şikâyet ve dava edilme kaygısı, çalışma çevresinden kaynaklanan baskılar ve şiddet görme kaygısı boyutlarına verilen cevapların ise üst düzeyde olduğu görülmektedir. Şikâyet ve dava edilme kaygısı boyutu incelendiğinde en yüksek ortalama sahip ifadenin “Diğer hekimlerin yaşadıkları şikâyet/dava süreçleri” ifadesi, en düşük ortalama sahip ifadenin ise “Başından daha önce şikâyet/dava süreci geçmesi” ifadesi olduğu görülmektedir. Medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı boyutunda ise en yüksek ortalama sahip ifade “Hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları” ifadesi, en düşük ortalama sahip ifade “Hastaların internetten elde ettiği, doğruluğu kanıtlanmamış bilgiler” ifadesidir. Çalışma çevresinden kaynaklanan baskılar boyutu incelendiğinde en yüksek ortalama sahip ifadenin “Rahat çalışmasını öngören politikaların eksikliği” ifadesi, en düşük ortalama sahip ifadenin ise “Sağlık hukuku konusunda yetkin olmayan bilirkişilerin varlığı” ifadesi olduğu görülmektedir. Hekimin itibarını koruma kaygısı boyutunda ise en yüksek ortalama sahip ifade “Diğer hekimlerin paylaştıkları olumsuz deneyimler” ifadesi, en düşük ortalama sahip ifade “Diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı” ifadesidir. Şiddet görme kaygısı boyutu incelendiğinde en yüksek ortalama sahip ifadenin “Fiziksel şiddete maruz kalma korkusu” ifadesi, en düşük ortalama sahip ifadenin ise “Sözel şiddete maruz kalma korkusu” ifadesi olduğu görülmektedir. Alınan tıp eğitimi boyutunda ise en yüksek ortalama sahip ifade “Alınan pratik tıp eğitimi” ifadesi, en düşük ortalama sahip ifade “Alınan teorik tıp eğitimi” ifadesidir. Hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutu incelendiğinde en yüksek ortalama sahip ifadenin “Hasta güvenini sağlama çabası” ifadesi, en düşük ortalama sahip ifadenin ise “Hasta yararına davranma arzusu” ifadesi olduğu görülmektedir.

4.5. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.5.1. Defansif Tıp Uygulamalarının Defansif Tıp Uygulamalarının Muhtemel Sonuçları Üzerindeki Etkisi

Defansif tıp uygulamalarının defansif tıp uygulamalarının sonuçları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucu Tablo 10’da gösterilmektedir.

Tablo 10: Defansif Tıp Uygulamalarının Defansif Tıp Uygulamalarının Muhtemel Sonuçları Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	0,15	4,108	0,04	0,21	0,00
F=16,878; p=0,00; R ² =0,04						

Tablo 10’da görüldüğü gibi defansif tıp uygulamalarının muhtemel sonuçlar üzerinde anlamlı pozitif bir etkisi bulunmaktadır. Bu bağlamda hekimlerin defansif tıp uygulamaları arttıkça bu uygulamaların olumsuz sonuçları da artacaktır. Bu nedenle H1 hipotezi kabul edilmektedir. Hekimlerin defansif tıp uygulamaları olumsuz sonuçların %4’ünü açıklamaktadır (R²= 0,4).

4.5.2. Defansif Tıp Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Hekimlerle İlgili Sonuçlar Üzerindeki Etkisi

Defansif tıp uygulamalarının hekimlerle ilgili sonuçlar üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucu Tablo 11’de gösterilmektedir.

Tablo 11: Defansif Tıp Uygulamalarının Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır Boyutu Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	0,12	2,437	0,05	0,12	0,01
F=5,937; p=0,01; R ² =0,01						

Tablo 11’de görüldüğü gibi defansif tıp uygulamalarının hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutu üzerinde anlamlı pozitif bir etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle H2 hipotezi kabul edilmektedir. Hekimlerin defansif tıp uygulamaları hekimlik mesleğinin zorlaşmasının %1’ini açıklamaktadır (R²= 0,1).

Defansif tıp uygulamalarının hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutu üzerindeki etkisi belirlendikten sonra defansif tıp uygulamaları alt boyutlarının hekimlik mesleğini zorlaştırır

boyutu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 12’de gösterilmektedir.

Tablo 12: Defansif Tıp Uygulamaları Boyutlarının Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır Boyutu Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Pozitif Defansif Tıp	Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	-0,01	-0,072	0,06	-0,01	0,94
Negatif Defansif Tıp		0,11	2,442	0,04	0,15	0,00
F=4,297; p=0,01; R ² =0,02						

Tablo 12 incelendiğinde negatif defansif tıp uygulamaları boyutunun hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi olduğu görülmektedir ($p<0,05$; $F=4,297$). Pozitif defansif tıp uygulamaları boyutunun ise hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p>0,05$). Analiz sonuçlarına göre negatif defansif tıp uygulamalarında gerçekleşen bir birimlik değişim hekimlik mesleğini zorlaşması üzerinde 0,11 oranında bir değişime yol açmaktadır. Defansif tıp uygulamaları boyutları hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutunda gerçekleşen değişimin %2’sini açıklamaktadır. Bu doğrultuda H2a hipotezi reddedilirken H2b hipotezi kabul edilmiştir.

4.5.3. Defansif Tıp Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Hekimlere Fayda Sağlar Boyutu Üzerindeki Etkisi

Defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar boyutu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucu Tablo 13’de gösterilmektedir.

Tablo 13: Defansif Tıp Uygulamalarının Hekimlere Fayda Sağlar Boyutu Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Hekimlere Fayda Sağlar	0,43	6,659	0,06	0,32	0,00
F=44,344; p=0,00; R ² =0,10						

Tablo 13’de görüldüğü gibi defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar boyutu üzerinde anlamlı pozitif bir etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle H3 hipotezi kabul edilmektedir. Hekimlerin defansif tıp uygulamaları hekimlere sağlanan faydanın %10’unu açıklamaktadır ($R^2= 0,10$).

Defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar boyutu üzerindeki etkisi belirlendikten sonra defansif tıp uygulamaları alt boyutlarının hekimlere fayda sağlar boyutu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 14’te gösterilmektedir.

Tablo 14: Defansif Tıp Uygulamaları Boyutlarının Hekimlere Fayda Sağlar Boyutu Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Pozitif Defansif Tıp	Hekimlere Fayda	0,12	1,610	0,08	0,09	0,11
Negatif Defansif Tıp	Sağlar	0,28	4,731	0,06	0,28	0,00
F=25,106; p=0,00; $R^2=0,12$						

Tablo 14 incelendiğinde negatif defansif tıp uygulamaları boyutunun hekimlere fayda sağlar boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi olduğu görülmektedir ($p<0,05$: F=25,106). Pozitif defansif tıp uygulamaları boyutunun ise hekimlere fayda sağlar boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p>0,05$). Analiz sonuçlarına göre negatif defansif tıp uygulamalarında gerçekleşen bir birimlik değişim hekimlerin sağladığı fayda 0,28 oranında bir değişime yol açmaktadır. Defansif tıp uygulamaları boyutları hekimlere fayda sağlar boyutunda gerçekleşen değişimin %12’sini açıklamaktadır. Bu doğrultuda H3a hipotezi reddedilirken H3b hipotezi kabul edilmiştir.

4.5.4. Defansif Tıp Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Hastalar İçin Zararlıdır Boyutu Üzerindeki Etkisi

Defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlıdır boyutu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucu Tablo 15’te gösterilmektedir.

Tablo 15: Defansif Tıp Uygulamalarının Hastalar İçin Zararlıdır Boyutu Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Hastalar İçin Zararlıdır	0,13	2,339	0,06	0,12	0,02
F=5,471; p=0,02; R ² =0,01						

Tablo 15'te görüldüğü gibi defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlıdır boyutu üzerinde anlamlı pozitif bir etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle H4 hipotezi kabul edilmektedir. Hekimlerin defansif tıp uygulamaları hastalarla ilgili olumsuz sonuçların %1'ini açıklamaktadır (R²= 0,1).

Defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlıdır boyutu üzerindeki etkisi belirlendikten sonra defansif tıp uygulamaları alt boyutlarının hastalar için zararlıdır boyutu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 16'da gösterilmektedir.

Tablo 16: Defansif Tıp Uygulamaları Boyutlarının Hastalar İçin Zararlıdır Boyutu Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken		Bağımlı Değişken		B	t	S.H.	(β)	p
Pozitif Tıp	Defansif	Hastalar İçin Zararlıdır		-0,03	-0,484	0,05	-0,03	0,63
Negatif Tıp	Defansif		0,14	2,801	0,05	0,17	0,00	
F=4,861; p=0,01; R ² =0,02								

Tablo 16 incelendiğinde negatif defansif tıp uygulamaları boyutunun hastalar için zararlıdır boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi olduğu görülmektedir (p<0,05: F=4,861). Pozitif defansif tıp uygulamaları boyutunun ise hastalar için zararlıdır boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır (p>0,05). Analiz sonuçlarına göre negatif defansif tıp uygulamalarında gerçekleşen bir birimlik değişim hastalarla ilgili olumsuz sonuçlar üzerinde 0,14 oranında bir değişime yol açmaktadır. Defansif tıp uygulamaları boyutları hastalarla ilgili olumsuz sonuçlarda gerçekleşen değişimin %2'sini açıklamaktadır. Bu doğrultuda H4a hipotezi reddedilirken H4b hipotezi kabul edilmiştir.

4.5.5. Defansif Tıp Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Hastalara Fayda Sağlar Boyutu Üzerindeki Etkisi

Defansif tıp uygulamalarının hastalara fayda sağlar boyutu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucu Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17: Defansif Tıp Uygulamalarının Hastalara Fayda Sağlar Boyutu Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Hastalara Fayda Sağlar	0,08	1,193	0,07	0,06	0,23
F=1,423; p=0,23; R ² =0,01						

Tablo 17’de görüldüğü gibi defansif tıp uygulamalarının hastalara fayda sağlar boyutu üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu nedenle H5 hipotezi reddedilmiştir.

Defansif tıp uygulamalarının hastalara fayda sağlar boyutu üzerindeki etkisi belirlendikten sonra defansif tıp uygulamaları alt boyutlarının hastalara fayda sağlar boyutu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 18’de gösterilmektedir.

Tablo 18: Defansif Tıp Uygulamaları Boyutlarının Hastalara Fayda Sağlar Boyutu Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Pozitif Defansif Tıp	Hastalara Fayda Sağlar	0,15	1,867	0,08	-0,12	0,06
Negatif Defansif Tıp	Hastalara Fayda Sağlar	-0,05	-0,877	0,06	0,05	0,38
F=1,771; p=0,17; R ² =0,01						

Tablo 18 incelendiğinde defansif tıp uygulamaları alt boyutlarının hastalara fayda sağlar boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Bu doğrultuda H5a ve H5b hipotezleri reddedilmiştir.

4.5.6. Defansif Tıp Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır Boyutu Üzerindeki Etkisi

Defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemi ile ilgili sonuçlar üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucu Tablo 19’da gösterilmektedir.

Tablo 19: Defansif Tıp Uygulamalarının Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır Boyutu Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	0,15	2,714	0,04	0,14	0,01
F=7,366; p=0,00; R ² =0,02						

Tablo 19’da görüldüğü gibi defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutu üzerinde anlamlı pozitif bir etkisi bulunmaktadır. Bu bağlamda defansif tıp uygulamaları arttıkça bu uygulamaların sağlık sistemi ile ilgili olumsuz sonuçları da artacaktır. Bu nedenle H6 hipotezi kabul edilmektedir. Hekimlerin defansif tıp uygulamaları sağlık sistemi ile ilgili olumsuz sonuçların %2’sini açıklamaktadır (R²= 0,2).

Defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutu üzerindeki etkisi belirlendikten sonra defansif tıp uygulamaları alt boyutlarının sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 20: Defansif Tıp Uygulamaları Boyutlarının Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır Boyutu Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Pozitif Defansif Tıp	Sağlık Sistemini Verimliliğini,	0,01	0,167	0,06	0,01	0,87
Negatif Defansif Tıp	Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	0,12	2,450	0,05	0,15	0,01
F=4,842; p=0,00; R ² =0,02						

Tablo 20 incelendiğinde negatif defansif tıp uygulamaları boyutunun sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi olduğu görülmektedir ($p<0,05$: $F=4,842$). Pozitif defansif tıp uygulamaları boyutunun ise sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p>0,05$). Analiz sonuçlarına göre negatif defansif tıp uygulamalarında gerçekleşen bir birimlik değişim sağlık sistemi ile ilgili olumsuz sonuçlar üzerinde 0,12 oranında bir değişime yol açmaktadır. Defansif tıp uygulamaları boyutları sağlık sistemi ile ilgili olumsuz sonuçlarda gerçekleşen değişimin %2'sini açıklamaktadır. Bu doğrultuda H6a hipotezi reddedilirken H6b hipotezi kabul edilmiştir.

4.5.7. Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi

Defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucu Tablo 21'de gösterilmektedir.

Tablo 21: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Defansif Tıp Uygulamalarının Nedenleri	Defansif Tıp Uygulamaları	0,49	6,530	0,07	0,32	0,00
F=42,640; p=0,00; R ² =0,10						

Tablo 21’de görüldüğü gibi defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin defansif tıp uygulamaları üzerinde anlamlı pozitif bir etkisi bulunmaktadır. Bu bağlamda defansif tıp uygulamasına neden olan değişkenlerin şiddeti veya miktarı arttıkça hekimlerin defansif tıp uygulama olasılıkları da artacaktır. Bu nedenle H7 hipotezi kabul edilmektedir. Defansif tıp uygulamalarının öncülleri hekimlerin defansif tıp uygulamalarında gerçekleşen değişimin %10’unu açıklamaktadır ($R^2= 0,10$).

4.5.8. Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin ve Alt Boyutlarının Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi

Defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin pozitif defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucu Tablo 22’de gösterilmektedir.

Tablo 22: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Defansif Tıp Uygulamalarının Nedenleri	Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	0,42	5,453	0,08	0,27	0,00
F=29,736; p=0,00; $R^2=0,07$						

Tablo 22’de görüldüğü gibi defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin pozitif defansif tıp uygulamaları üzerinde anlamlı pozitif bir etkisi bulunmaktadır. Bu bağlamda defansif tıp uygulamasına neden olan değişkenlerin şiddeti veya miktarı arttıkça hekimlerin pozitif defansif tıp uygulama olasılıkları da artacaktır. Bu nedenle H8 hipotezi kabul edilmektedir. Defansif tıp uygulamalarının öncülleri hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarında gerçekleşen değişimin %7’sini açıklamaktadır ($R^2= 0,07$).

Defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin pozitif defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkisi belirlendikten sonra defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin alt boyutlarının pozitif defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 22’de gösterilmektedir.

Tablo 23: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Alt Boyutlarının Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	0,19	1,983	0,10	0,14	0,04
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı		0,09	1,270	0,07	0,09	0,20
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar		-0,03	-0,326	0,09	-0,02	0,74
Hekim İtibarını Koruma Kaygısı		0,14	2,272	0,06	0,16	0,02
Şiddet Görme Kaygısı		0,02	0,247	0,08	0,02	0,80
Alınan Tıp Eğitimi		-0,04	-1,051	0,04	-0,06	0,29
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası		0,02	0,299	0,06	0,02	0,76
F=5,103; p=0,00; R ² =0,09						

Tablo 23 incelendiğinde şikayet ve dava edilme kaygısı boyutu ve hekim itibarını koruma kaygısı boyutunun pozitif defansif tıp uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi olduğu görülmektedir ($p < 0,05$; $F = 5,103$). Diğer boyutların ise pozitif defansif tıp uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Analiz sonuçlarına göre hekimlerin şikayet ve dava edilme kaygılarında gerçekleşen bir birimlik değişim pozitif defansif tıp uygulamaları üzerinde 0,19; hekim itibarını koruma kaygılarında gerçekleşen bir birimlik değişim ise 0,14 oranında bir değişime yol açmaktadır. Dolayısıyla pozitif defansif tıp uygulamaları üzerindeki en etkili boyut şikayet ve dava edilme kaygısı boyutu olurken, diğer etkili boyut ise hekim itibarını koruma kaygısı boyutudur. Defansif tıp uygulamalarının Öncüllerinin alt boyutları, hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarında gerçekleşen değişimin %9'unu açıklamaktadır. Bu doğrultuda H8a ve H8d hipotezleri kabul edilirken H8b, H8c, H8e, H8f ve H8g hipotezleri reddedilmiştir.

4.5.9. Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin ve Alt Boyutlarının Negatif Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi

Defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin negatif defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucu Tablo 24’te gösterilmektedir.

Tablo 24: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Negatif Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Defansif Tıp Uygulamalarının Nedenleri	Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	0,61	6,151	0,10	0,30	0,00
F=37,836; p=0,00; R ² =0,09						

Tablo 23’te görüldüğü gibi defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde anlamlı pozitif bir etkisi bulunmaktadır. Bu bağlamda defansif tıp uygulamasına neden olan değişkenlerin şiddeti veya miktarı arttıkça hekimlerin negatif defansif tıp uygulama olasılıkları da artacaktır. Bu nedenle H9 hipotezi kabul edilmektedir. Defansif tıp uygulamalarının öncülleri hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarında gerçekleşen değişimin %9’unu açıklamaktadır (R²= 0,9).

Defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin negatif defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkisi belirlendikten sonra defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin alt boyutlarının negatif defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 25’te gösterilmektedir.

Tablo 25: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Alt Boyutlarının Negatif Defansif Tıp Uygulamaları Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	t	S.H.	(β)	p
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	0,13	1,102	0,12	0,07	0,27
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı		0,19	2,035	0,09	0,13	0,04
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar		-0,04	-0,310	0,12	-0,02	0,76
Hekim İtibarını Koruma Kaygısı		0,33	4,326	0,08	0,29	0,00
Şiddet Görme Kaygısı		0,16	1,714	0,10	0,11	0,08
Alınan Tıp Eğitimi		-0,14	-3,049	0,05	0,17	0,00
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası		-0,08	-1,154	0,07	-0,07	0,25
F=9,529; p=0,00; R ² =0,15						

Tablo 25 incelendiğinde medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı boyutu, hekim itibarını koruma kaygısı boyutu ve alınan tıp eğitimi boyutunun negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi olduğu görülmektedir ($p<0,05$; $F=9,529$). Diğer boyutların ise negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p>0,05$). Analiz sonuçlarına göre hekimlerin medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısına yönelik algılarında gerçekleşen bir birimlik değişim negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde 0,19; hekim itibarını koruma kaygılarında gerçekleşen bir birimlik değişim 0,33 ve alınan tıp eğitiminde gerçekleşen bir birimlik değişim -0,14 oranında bir değişime yol açmaktadır. Dolayısıyla negatif defansif tıp uygulamaları üzerindeki en etkili boyut hekim itibarını koruma kaygısı boyutu olurken diğer boyutlar sırasıyla medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı ve alınan tıp eğitimi boyutlarıdır. Defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin alt boyutları, hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarında gerçekleşen değişimin %15'ini açıklamaktadır. Bu doğrultuda H9b, H9d ve H9f hipotezleri kabul edilirken H9a, H9c, H9e ve H9g hipotezleri reddedilmiştir.

4.6. KATEGORİK DEĞİŞKENLERLE İLGİLİ FARKLILIKLARA İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıları araştırmada yer alan değişkenlere verdikleri cevapların demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla fark testleri yapılmıştır. Öncelikle demografik değişkenlerin kendi içerisindeki farklılıkları belirlemek amacıyla ki-kare testi yapılmış, daha sonra araştırma değişkenlerine yönelik farklılıkları incelemek amacıyla Bağımsız örneklem T-Testi ve ANOVA yapılmıştır. İki kategoriden oluşan değişkenlere yönelik farklılıkları belirlemek için Bağımsız örneklem T-Testi, ikiden fazla kategoriden oluşan değişkenlere yönelik farklılıkları belirlemek için ise ANOVA gerçekleştirilmiştir.

4.6.1. Ki-Kare Testleri

Katılımcıların demografik özelliklerine göre defansif tıp uygulamalarına yönelik bilgi ve düşünceleri arasındaki farkları tespit etmek amacıyla ki-kare analizi yapılmıştır.

4.6.1.1. Cinsiyete İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların cinsiyetlerine göre defansif tıp uygulamalarına yönelik bilgi ve düşünceleri arasındaki farkları tespit etmek amacıyla ki-kare testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 26'da gösterilmektedir.

Tablo 26: Cinsiyete İlişkin Farklılıklar

Soru	Kadın			Erkek		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	144 (%73,5)	52 (%26,5)		158 (%84,9)	28 (%15,1)	
Defansif tıp kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	52 (%26,5)	144 (%73,5)		74 (%39,8)	112 (%63,2)	
Meslek hayatınız boyunca size daha önce Malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?	14 (%7,1)	182 (%92,9)		14 (%7,5)	172 (%92,5)	
Mesleğinizi icra ederken Malpraktis nedeniyle size dava açılacağından endişe ediyor musunuz?	104 (%53,1)	12 (%6,1)	80 (%40,8)	102 (%54,8)	12 (%6,5)	72 (%38,7)
Malpraktis davalarının hekimlik performansınıza etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	172 (%87,8)	24 (%12,2)		178 (%95,7)	8 (%4,3)	
Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?	134 (%68,4)	62 (%31,6)		136 (%73,1)	50 (%26,9)	

Tablo 26: Cinsiyete İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Soru	Kadın			Erkek		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kaldınız mı?	170 (%86,7)	26 (%13,3)		154 (%82,8)	32 (%17,2)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	32 (%16,3)	164 (%83,7)		44 (%23,7)	142 (%76,3)	
Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladınız mı?	118 (%60,2)	78 (%39,8)		120 (%64,5)	66 (%35,5)	
Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulaması defansif tıbbi yaklaşımlarınızı etkiledi mi?	66 (%33,7)	130 (%66,3)		80 (%43)	106 (%57)	
Tazminatın size rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güveniyor musunuz?	10 (%5,1)	132 (%67,3)	54 (%27,6)	8 (%4,3)	106 (%57)	72 (%38,7)
Alanınızdaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip ediyor musunuz?	150 (%76,5)	46 (%23,5)		146 (%78,5)	40 (%21,5)	

Tablo 26 incelendiğinde genel olarak erkeklerin ortalamalarının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Sadece “Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kaldınız mı?” ve “Tazminatın size rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güveniyor musunuz?” sorularına kadınların “evet” cevabını verme oranı daha fazladır. Diğer sorularda erkeklerin “evet” cevabını verme oranı kadınlara kıyasla daha fazladır.

4.6.1.2. Yaş Grubuna İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların yaş grubuna göre defansif tıp uygulamalarına yönelik bilgi ve düşünceleri arasındaki farkları tespit etmek amacıyla ki-kare testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 27’de gösterilmektedir.

Tablo 27: Yaş Grubuna İlişkin Farklılıklar

Soru	25-34			35-44			45-54			55 ve Üzeri		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyduunuz mu?	138 (%84,1)	26 (%15,9)		64 (%78)	18 (%22)		58 (%70,1)	24 (%29,3)		42 (%77,8)	12 (%22,2)	
Defansif tıp kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	60 (%36,6)	104 (%63,4)		18 (%22)	64 (%78)		22 (%26,8)	60 (%73,2)		26 (%48,1)	28 (%51,9)	
Meslek hayatınız boyunca size daha önce Malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?	6 (%3,7)	158 (%96,3)		6 (%7,3)	76 (%92,7)		10 (%12,2)	72 (%87,8)		6 (%11,1)	48 (%88,9)	
Mesleğinizi icra ederken Malpraktis nedeniyle size dava açılacağından endişe ediyor musunuz?	88 (%53,7)	10 (%6,1)	66 (%40,2)	38 (%46,3)	2 (%2,4)	42 (%51,2)	54, (%65,9)	6 (%7,3)	22 (%26,8)	26 (%48,1)	6 (%11,1)	22 (%40,7)
Malpraktis davalarının hekimlik performansınıza etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	154 (%93,9)	10 (%6,1)		76 (%92,7)	6 (%7,3)		74 (%90,2)	8 (%9,8)		46 (%85,2)	8 (%14,8)	
Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?	110 (%67,1)	54 (%32,9)		56 (%68,3)	26 (%31,7)		68 (%82,9)	14 (%17,1)		36 (%66,7)	18 (%33,3)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kaldınız mı?	136 (%82,9)	28 (%17,1)		74 (%90,2)	8 (9,8)		68 (%82,9)	14 (%17,1)		46 (%85,2)	8 (%14,8)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	22 (%13,4)	142 (%86,6)		12 (%14,6)	70 (%85,4)		26 (%31,7)	56 (%68,3)		16 (%29,6)	38 (%70,4)	
Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladınız mı?	114 (%69,5)	50 (%30,5)		56 (%68,3)	26 (%31,7)		46 (%56,1)	36 (%43,9)		22 (%40,7)	32 (%59,3)	

Tablo 27: Yaş Grubuna İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Soru	25-34			35-44			45-54			55 ve Üzeri		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulaması defansif tıbbi yaklaşımlarınızı etkiledi mi?	60 (%36,6)	104 (%63,4)		22 (%26,8)	60 (%73,2)		32 (%39)	50 (%61)		32 (%59,3)	22 (%40,7)	
Tazminatın size rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güveniyor musunuz?	8 (%4,9)	110 (%67,1)	46 (%28)	4 (%4,9)	44 (%53,7)	34 (%41,5)	4 (%4,9)	48 (%58,5)	30 (%36,6)	2 (%3,7)	36 (%66,7)	16 (%29,6)
Alanınızdaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip ediyor musunuz?	128 (%78)	36 (%22)		58 (%70,7)	24 (%29,3)		68 (%82,9)	14 (%17,1)		42 (%77,8)	12 (%22,2)	

Tablo 27 incelendiğinde 25-34 yaş aralığındaki hekimlerin diğer yaş aralıklarındaki hekimlere göre “Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?”, “Malpraktis davalarının hekimlik performansınıza etkisi olacağını düşünüyor musunuz?” ve “Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladınız mı?” sorusuna “evet” cevabını verme oranı daha fazladır. 55 ve üzeri yaş aralığındaki hekimler “Mesleki Sorumluluk Kurulu’nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulaması defansif tıbbi yaklaşımlarınızı etkiledi mi?” sorusuna diğer yaş aralığındaki hekimlere göre “evet” cevabını verme oranı ciddi oranda daha fazladır.

4.6.1.3. Hekimlik Yılına İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların hekimlik yılına göre defansif tıp uygulamalarına yönelik bilgi ve düşünceleri arasındaki farkları tespit etmek amacıyla ki-kare testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 27’de gösterilmektedir.

Tablo 28: Hekimlik Yılına İlişkin Farklılıklar

Soru	9 Yıl ve Altı			10-18			19-27			28 ve Üzeri		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	130 (%83,3)	26 (%16,7)		74 (%78,7)	20 (%21,3)		50 (%71,4)	20 (%28,6)		48 (%77,4)	14 (%22,6)	
Defansif tıp kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	58 (%37,2)	98 (%62,8)		22 (%23,4)	72 (%76,6)		22 (%31,4)	48 (%68,6)		24 (%38,7)	38 (%61,3)	
Meslek hayatınız boyunca size daha önce Malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?	6 (%3,8)	150 (%96,2)		6 (%6,4)	88 (%93,6)		10 (%14,3)	60 (%85,7)		6 (%9,7)	56 (%90,3)	
Mesleğinizi icra ederken Malpraktis nedeniyle size dava açılacağından endişe ediyor musunuz?	84 (%53,8)	8 (%5,1)	64 (%41)	44 (%46,8)	4 (%4,3)	46 (%48,9)	48 (%68,6)	6 (%8,6)	16 (%22,9)	30 (%48,4)	6 (%9,7)	26 (%41,9)
Malpraktis davalarının hekimlik performansınıza etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	148 (%94,9)	8 (%5,1)		86 (%91,5)	8 (%8,5)		62 (%88,6)	8 (%11,4)		54 (%87,1)	8 (%12,9)	
Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?	104 (%66,7)	52 (%33,3)		64 (%68,1)	30 (%31,9)		60 (%85,7)	10 (%14,3)		42 (%67,7)	20 (%32,3)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kaldınız mı?	130 (%83,3)	26 (%16,7)		82 (%87,2)	12 (12,8)		62 (%88,6)	8 (%11,4)		50 (%80,6)	12 (%19,4)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	22 (%14,1)	134 (%85,9)		12 (%12,8)	82 (%87,2)		20 (%28,6)	50 (%71,4)		22 (%35,5)	40 (%64,5)	

Tablo 28: Hekimlik Yılına İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Soru	9 Yıl ve Altı			10-18			19-27			28 ve Üzeri		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladınız mı?	108 (%69,2)	48 (%30,8)		64 (%68,1)	30 (%31,9)		40 (%57,1)	30 (%42,9)		26 (%41,9)	36 (%58,1)	
Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulaması defansif tıbbi yaklaşımlarınızı etkiledi mi?	58 (%37,2)	98 (%62,8)		28 (%29,8)	66 (%70,2)		28 (%40)	42 (%60)		32 (%51,6)	30 (%48,4)	
Tazminatın size rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güveniyor musunuz?	8 (%5,1)	106 (%67,9)	42 (%26,9)	4 (%4,3)	50 (%53,2)	40 (%42,6)	4 (%5,7)	42 (%60)	24 (%34,3)	2 (%3,2)	40 (%64,5)	20 (%32,3)
Alanınızdaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip ediyor musunuz?	122 (%78,2)	34 (%21,8)		70 (%74,5)	24 (%25,5)		58 (%82,9)	12 (%17,1)		46 (%74,2)	16 (%25,8)	

Tablo 28 incelendiğinde 9 yıl ve altı süre mesleki tecrübeye sahip hekimlerin diğer tecrübe yılı gruplarındaki hekimlere nazaran “ Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?” ve “Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladınız mı?” sorularına “evet” yanıtını verme oranı daha fazladır. 19-27 mesleki tecrübe yılına sahip olan hekimlerin “Mesleğinizi icra ederken Malpraktis nedeniyle size dava açılacağından endişe ediyor musunuz?” ve “Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?” sorularına “evet” yanıtını verme oranı diğer gruplara göre daha fazladır. 28 ve üzeri hekimlik yılına sahip hekimler “Mesleki Sorumluluk Kurulu’nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulaması defansif tıbbi yaklaşımlarınızı etkiledi mi?” mesleki tecrübesi daha az olan hekimlere göre “evet” cevabını verme oranları daha fazladır.

4.6.1.4. Çalışılan Sağlık Kurumunun Bulunduğu İlçeye İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların çalışılan sağlık kurumunun bulunduğu ilçeye göre defansif tıp uygulamalarına yönelik bilgi ve düşünceleri arasındaki farkları tespit etmek amacıyla ki-kare testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 28’de gösterilmektedir.

Tablo 29: Çalışılan Sağlık Kurumunun Bulunduğu İlçeye İlişkin Farklılıklar

Soru	Çankaya			Keçiören			Yenimahalle			Diğer		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	69 (%75,8)	22 (%24,2)		50 (%74,6)	17 (%25,4)		81 (%75)	27 (%25)		102 (%87,9)	14 (%12,1)	
Defansif tıp kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	34 (%37,4)	57 (%62,6)		20 (%29,9)	47 (%70,1)		28 (%25,9)	80 (%74,1)		43 (%37,1)	73 (%62,9)	
Meslek hayatınız boyunca size daha önce Malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?	10 (%11)	81 (%89)		6 (%9)	61 (%91)		6 (%5,6)	102 (%94,4)		4 (%3,4)	112 (%96,6)	
Mesleğinizi icra ederken Malpraktis nedeniyle size dava açılacağından endişe ediyor musunuz?	57 (%62,6)	2 (%2,2)	32 (%35,2)	36 (%53,7)	8 (%11,9)	23 (%34,3)	55 (%50,9)	9 (%8,3)	44 (%40,7)	62 (%53,4)	3 (%2,6)	51 (%44)
Malpraktis davalarının hekimlik performansınıza etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	89 (%97,8)	2 (%2,2)		62 (%92,5)	5 (%7,5)		103 (%95,4)	5 (%4,6)		104 (%89,7)	12 (%10,3)	
Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?	59 (%64,8)	32 (%35,2)		41 (%61,2)	26 (%38,8)		83 (%76,9)	25 (%23,1)		89 (%76,7)	27 (%23,3)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kaldınız mı?	75 (%82,4)	16 (%17,6)		53 (%79,1)	14 (%20,9)		101 (%93,5)	7 (%6,5)		95 (%81,9)	21 (%18,1)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	11 (%12,1)	80 (%87,9)		11 (%16,4)	56 (%83,6)		24 (%22,2)	84 (%77,8)		26 (%22,4)	90 (%77,6)	

Tablo 29: Çalışılan Sağlık Kurumunun Bulunduğu İlçeye İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Soru	Çankaya			Keçiören			Yenimahalle			Diğer		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladınız mı?	55 (%60,4)	36 (%39,6)		42 (%62,7)	25 (%37,3)		64 (%59,3)	44 (%40,7)		91 (%78,4)	25 (%21,6)	
Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulaması defansif tıbbi yaklaşımlarınızı etkiledi mi?	38 (%41,8)	53 (%58,2)		19 (%28,4)	48 (%71,6)		47 (%43,5)	61 (%56,5)		49 (%42,2)	67 (%57,8)	
Tazminatın size rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güveniyor musunuz?	4 (%4,4)	58 (%63,7)	29 (%31,9)	0 (%0)	54 (%80,6)	13 (%19,4)	3 (%2,8)	66 (%61,1)	39 (%36,1)	10 (%8,6)	63 (%54,3)	43 (%37,1)
Alanınızdaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip ediyor musunuz?	76 (%83,5)	15 (%16,5)		55 (%82,1)	12 (%17,9)		81 (%75)	27 (%25)		89 (%76,7)	27 (%23,3)	

Tablo 29 incelendiğinde Yenimahalle ilçesinde görev yapan hekimlerin diğer ilçelerdeki hekimlere göre ‘‘Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kaldınız mı?’’, ‘‘Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?’’ ve ‘‘Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?’’ sorularına ‘‘evet’’ cevabını verme oranları daha fazladır. Diğer sorularda anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır.

4.6.1.5. Çalışılan Sağlık Kurumuna İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların çalışılan sağlık kurumuna göre defansif tıp uygulamalarına yönelik bilgi ve düşünceleri arasındaki farkları tespit etmek amacıyla ki-kare testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 30’da gösterilmektedir.

Tablo 30: Çalışılan Sağlık Kurumuna İlişkin Farklılıklar

Soru	Aile Sağlığı Merkezi			Eğitim ve Araştırma Hastanesi			Şehir Hastanesi			2. Basamak Devlet Hastanesi			Diğer		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	97 (%78,2)	27 (%21,8)		76 (%82,6)	16 (%17,4)		40 (%66,7)	20 (%33,3)		33 (%84,6)	6 (%15,4)		56 (%83,6)	11 (%16,4)	
Defansif tıp kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	34 (%27,4)	90 (%72,6)		28 (%30,4)	47 (%70,1)		28 (%30,4)	64 (%69,6)		14 (%35,9)	25 (%64,1)		26 (%38,8)	41 (%61,2)	
Meslek hayatınız boyunca size daha önce Malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?	8 (%6,5)	116 (%93,5)		12 (%13)	80 (%87)		0 (%0)	60 (%100)		0 (%0)	39 (%100)		6 (%9)	61 (%91)	
Mesleğinizi icra ederken Malpraktis nedeniyle size dava açılacağından endişe ediyor musunuz?	83 (%66,)	6 (%4,8)	35 (%28,2)	81 (%55,4)	8 (%8,7)	33 (%35,9)	30 (%50)	2 (%3,3)	28 (%46,7)	19 (%48,7)	2 (%5,1)	18 (%46,2)	27 (%40,3)	4 (%6)	36 (%53,7)
Malpraktis davalarının hekimlik performansınıza etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	117 (%94,4)	7 (%5,6)		85 (%92,4)	7 (%7,6)		60 (%100)	0 (%0)		35 (%89,7)	4 (%10,3)		61 (%91)	6 (%9)	
Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?	116 (%93,5)	8 (%6,5)		48 (%52,2)	44 (%47,8)		32 (%53,3)	28 (%46,7)		27 (%69,2)	12 (%30,8)		49 (%73,1)	18 (%26,9)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kaldınız mı?	116 (%93,5)	8 (%6,5)		83 (%90,2)	9 (%9,8)		51 (%85)	9 (%15)		29 (%74,4)	10 (%25,6)		45 (%67,2)	22 (%32,8)	

Tablo 30: Çalışılan Sağlık Kurumuna İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Soru	Aile Sağlığı Merkezi			Eğitim ve Araştırma Hastanesi			Şehir Hastanesi			2. Basamak Devlet Hastanesi			Diğer		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	34 (%27,4)	90 (%72,6)		22 (%23,9)	70 (%76,1)		4 (%6,7)	56 (%93,3)		8 (%20,5)	31 (%79,5)		4 (%6)	63 (%94)	
Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladınız mı?	78 (%62,9)	46 (%37,1)		75 (%81,5)	17 (%18,5)		29 (%48,3)	31 (%51,7)		26 (%66,7)	13 (%33,3)		44 (%65,7)	23 (%34,3)	
Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulaması defansif tıbbi yaklaşımlarınızı etkiledi mi?	49 (%39,5)	75 (%60,5)		44 (%47,8)	48 (%52,2)		22 (%36,7)	38 (%63,3)		12 (%30,8)	27 (%69,2)		26 (%38,8)	41 (%61,2)	
Tazminatın size rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güveniyor musunuz?	7 (%5,6)	75 (%65,5)	42 (%33,9)	2 (%2,2)	74 (%80,4)	16 (%17,4)	2 (%3,3)	39 (%65)	19 (%31,7)	0 (%0)	25 (%64,1)	14 (%35,9)	6 (%9)	28 (%41,8)	33 (%49,3)
Alanınızdaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip ediyor musunuz?	97 (%78,2)	27 (%21,8)		73 (%79,3)	19 (%20,7)		50 (%83,3)	10 (%16,7)		27 (%69,2)	12 (%30,8)		54 (%80,6)	13 (%19,4)	

Tablo 31 incelendiğinde aile sağığı merkezlerinde görev yapan hekimlerin diğerkurumlarda görev yapan hekimlere göre daha fazla ‘‘Mesleğinizi icra ederken Malpraktis nedeniyle size dava açılacağından endiŖe ediyor musunuz?’’, ‘‘ Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?’’ sorularına ‘‘evet’’ yanıtını verme oranları diğerkurumlarda çalışan hekimlere göre daha fazladır. Aynı zamanda aile sağığı merkezi hekimlerinin ‘‘ Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü Ŗiddete maruz kaldınız mı?’’ ve ‘‘Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel Ŗiddete maruz kaldınız mı?’’ sorularına ‘‘evet’’ yanıtı verme oranları daha fazladır. Ancak Eğitim ve AraŖtırma Hastanelerinde görev yapan hekimlerin ‘‘ Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel Ŗiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladınız mı?’’ sorusuna ‘‘evet’’ yanıtını verme oranları diğerkurumlara oldukça fazladır. Ŗehir hastanelerinde çalışan hekimler ‘‘Alanınızdaki güncel geliŖmeleri ve klinik kılavuzları takip ediyor musunuz?’’ sorusuna diğerkheimlere göre daha fazla oranda ‘‘evet’’ yanıtını vermiŖlerdir.

4.6.1.6. Görev Unvanına İliŖkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların görev unvanına göre defansif tıp uygulamalarına yönelik bilgi ve düşünceleri arasındaki farkları tespit etmek amacıyla ki-kare testi yapılmıŖtır. Testin sonuçları Tablo 30’da gösterilmektedir.

Tablo 31: Görev Unvanına İlişkin Farklılıklar

Soru	Asistan Dr.			Pratisyen Hekim			Uzman Dr.			Akademisyen		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyduunuz mu?	94 (%77)	28 (%23)		86 (%76,8)	26 (%23,2)		91 (%77,8)	26 (%22,2)		31 (%100)	0 (%0)	
Defansif tıp kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	44 (%36,1)	78 (%63,9)		30 (%26,8)	82 (%73,2)		36 (%30,8)	81 (%69,2)		15 (%48,4)	16 (%51,6)	
Meslek hayatınız boyunca size daha önce Malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?	6 (%4,9)	116 (%95,1)		8 (%7,1)	104 (%92,9)		6 (%5,1)	111 (%94,9)		6 (%19,4)	25 (%80,6)	
Mesleğinizi icra ederken Malpraktis nedeniyle size dava açılacağından endişe ediyor musunuz?	60 (%49,2)	8 (%6,6)	54 (%44,3)	67 (%59,8)	8 (%7,1)	37 (%33)	66 (%56,4)	6 (%5,1)	45 (%35,5)	17 (%54,8)	0 (%0)	14 (%45,2)
Malpraktis davalarının hekimlik performansınıza etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	118 (%96,7)	4 (%3,3)		106 (%94,6)	6 (%5,4)		105 (%89,7)	12 (%10,3)		29 (%93,5)	2 (%6,5)	
Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?	73 (%59,8)	49 (%40,2)		103 (%92)	9 (%8)		79 (%67,5)	38 (%32,5)		17 (%54,8)	14 (%45,2)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kaldınız mı?	95 (%77,9)	27 (%22,1)		105 (%93,8)	7 (%6,2)		103 (%88)	14 (%14)		21 (%67,7)	10 (%32,3)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	18 (%14,8)	104 (%85,2)		26 (%23,2)	86 (%76,8)		20 (%17,1)	97 (%82,9)		8 (%25,8)	23 (%74,2)	
Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladınız mı?	81 (%66,4)	41 (%33,6)		70 (%62,5)	42 (%37,5)		80 (%68,4)	37 (%31,6)		21 (%67,7)	10 (%32,3)	

Tablo 31: Görev Unvanına İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Soru	Asistan Dr.			Pratisyen Hekim			Uzman Dr.			Akademisyen		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulaması defansif tıbbi yaklaşımlarınızı etkiledi mi?	46 (%37,7)	76 (%62,3)		46 (%41,1)	66 (%58,9)		44 (%37,6)	73 (%62,4)		17 (%54,8)	14 (%45,2)	
Tazminatın size rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güveniyor musunuz?	0 (%0)	87 (%71,3)	35 (%28,7)	3 (%2,7)	68 (%60,7)	41 (%36,6)	12 (%10,3)	70 (%59,8)	35 (%29,9)	2 (%6,5)	16 (%51,6)	13 (%41,9)
Alanınızdaki gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip ediyor musunuz?	95 (%77,9)	27 (%22,1)		80 (%71,4)	32 (%28,6)		95 (%81,2)	22 (%18,8)		31 (%100)	0 (%0)	

Tablo 31 incelendiğinde ‘‘Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?’’ sorusuna pratisyen hekimlerin ‘‘evet’’ yanıtı verme oranı diğer hekimlere göre daha fazladır. Akademik ünvana sahip hekimlerin tamamı ‘‘ Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?’’ ve ‘‘Alanınızdaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip ediyor musunuz?’’ sorularına ‘‘evet’’ yanıtı vermişlerdir. Pratisyen hekimlerin ‘‘Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kaldınız mı?’’ ve ‘‘Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?’’ sorularına ‘‘evet’’ yanıtı verme oranları diğer unvanlara sahip hekimlere göre daha yüksektir.

4.6.1.7. Branşa İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların branşlarına göre defansif tıp uygulamalarına yönelik bilgi ve düşünceleri arasındaki farkları tespit etmek amacıyla ki-kare testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 32’de gösterilmektedir.

Tablo 32: Branşa İlişkin Farklılıklar

Soru	Dahili			Cerrahi		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	92 (%76,7)	28 (%23,3)		53 (%79,1)	14 (%20,9)	
Defansif tıp kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	44 (%36,7)	76 (%63,3)		22 (%32,8)	45 (%67,2)	
Meslek hayatınız boyunca size daha önce Malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?	11 (%9,2)	109 (%90,8)		6 (%9)	61 (%91)	
Mesleğinizi icra ederken Malpraktis nedeniyle size dava açılacağından endişe ediyor musunuz?	61 (%50,8)	9 (%7,5)	50 (%41,7)	36 (%53,7)	5 (%7,5)	26 (%38,8)
Malpraktis davalarının hekimlik performansınıza etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	105 (%87,5)	15 (%12,5)		66 (%98,5)	1 (%1,5)	
Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?	76 (%63,3)	44 (%36,7)		47 (%70,1)	20 (%29,9)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kaldınız mı?	100 (%83,3)	20 (%16,7)		55 (%82,1)	12 (%17,9)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	23 (%19,2)	97 (%80,8)		13 (%19,4)	54 (%80,6)	

Tablo 32: Branşa İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Soru	Dahili			Cerrahi		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladınız mı?	72 (%60)	48 (%40)		43 (%64,2)	24 (%35,8)	
Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulaması defansif tıbbi yaklaşımlarınızı etkiledi mi?	42 (%35)	78 (%65)		22 (%32,8)	45 (%67,2)	
Tazminatın size rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güveniyor musunuz?	13 (%10,8)	68 (%56,7)	39 (%32,5)	1 (%1,5)	46 (%68,7)	20 (%29,9)
Alanınızdaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip ediyor musunuz?	107 (%89,2)	13 (%10,8)		57 (%85,1)	10 (%14,9)	

Tablo 32 incelendiğinde cerrahi. Branş hekimlerinin “ Malpraktis davalarının hekimlik performansınıza etkisi olacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna “evet” yanıtı verme oranları dahili branş hekimlerine göre daha fazladır. Diğer sorularda dahili branş ve cerrahi branş hekimleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır.

4.6.1.8. Uzmanlık Yılına İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların uzmanlık yılına göre defansif tıp uygulamalarına yönelik bilgi ve düşünceleri arasındaki farkları tespit etmek amacıyla ki-kare testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 32’te gösterilmektedir.

Tablo 33: Uzmanlık Yılına İlişkin Farklılıklar

Soru	10 yıl ve altı			11 yıl ve üzeri		
	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	91 (%76,5)	28 (%23,5)		56 (%82,4)	12 (%17,6)	
Defansif tıp kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	42 (%35,3)	77 (%64,7)		26 (%38,2)	42 (%61,8)	
Meslek hayatınız boyunca size daha önce Malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?	8 (%6,7)	111 (%93,3)		8 (%11,8)	60 (%88,2)	
Mesleğinizi icra ederken Malpraktis nedeniyle size dava açılacağından endişe ediyor musunuz?	54 (%45,4)	11 (%9,2)	54 (%45,4)	44 (%64,7)	4 (%5,9)	20 (%29,4)
Malpraktis davalarının hekimlik performansınıza etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	107 (%89,9)	12 (%11,1)		64 (%94,1)	4 (%5,9)	
Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?	72 (%60,5)	47 (%39,5)		50 (%73,5)	18 (%26,5)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kaldınız mı?	97 (%81,5)	22 (%18,5)		58 (%85,3)	10 (%14,7)	
Mesleki uygulamalarınız nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	17 (%14,3)	102 (%85,7)		22 (%32,4)	46 (%67,6)	
Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladınız mı?	74 (%62,2)	45 (%37,8)		40 (%58,8)	28 (%41,2)	
Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulaması defansif tıbbi yaklaşımlarınızı etkiledi mi?	38 (%31,9)	81 (%68,1)		26 (%38,2)	42 (%61,8)	
Tazminatın size rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güveniyor musunuz?	10 (%8,4)	72 (%60,5)	37 (%31,1)	4 (%5,9)	44 (%64,7)	20 (%29,4)
Alanınızdaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip ediyor musunuz?	109 (%91,6)	10 (%8,4)		54 (%79,4)	14 (%20,6)	

Tablo 33 incelendiğinde genel olarak uzmanlık yılı 11 yıl ve üzeri olan hekimlerin “evet” yanıtı oranı daha fazladır. “Alanınızdaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip ediyor musunuz?” ve “Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladınız mı?” sorularına uzmanlık yılı 10 yıl ve altı olan hekimlerin “evet” yanıtını verme oranı anlamlı şekilde daha fazladır.

4.6.2. Fark Testleri

Katılımcıların araştırma değişkenlerine yönelik algı ve tutumlarının demografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için Bağımsız Örneklem T-Testi ve ANOVA yapılmıştır.

4.6.2.1. Cinsiyete İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız örneklem T-Testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 34’te gösterilmektedir.

Tablo 34: Cinsiyete Göre Farklılıklar

Puan	Cinsiyet	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Kadın	193	3,5629	,76745	,05524	0,33
	Erkek	189	3,6421	,83208	,06052	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Kadın	193	3,6252	,77110	,05550	0,93
	Erkek	189	3,6320	,84878	,06174	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Kadın	193	3,4508	1,05678	,07607	0,05
	Erkek	189	3,6603	1,05587	,07680	
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	Kadın	193	3,7274	,55808	,04017	0,74
	Erkek	189	3,7076	,60393	,04393	
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	Kadın	193	3,9571	,75188	,05412	0,23
	Erkek	189	3,8632	,78824	,05734	
Hekimlere Fayda Sağlar	Kadın	193	3,4689	1,04536	,07525	0,31
	Erkek	189	3,5794	1,07017	,07784	
Hastalar İçin Zararlıdır	Kadın	193	3,7332	,83665	,06022	0,89
	Erkek	189	3,7451	,91393	,06648	
Hastalara Fayda Sağlar	Kadın	193	2,7858	1,01560	,07310	0,73
	Erkek	189	2,8236	1,09455	,07962	
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Kadın	193	4,0674	,79571	,05728	0,64
	Erkek	189	4,0265	,89368	,06501	

Tablo 34: Cinsiyete Göre Farklılıklar (Devamı)

Puan	Cinsiyet	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	Kadın	193	3,9014	,53442	,03847	0,13
	Erkek	189	3,9817	,50598	,03680	
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Kadın	193	4,1554	,60762	,04374	0,24
	Erkek	189	4,2268	,57802	,04204	
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	Kadın	193	3,9959	,81137	,05840	0,02
	Erkek	189	4,1704	,63108	,04590	
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	Kadın	193	4,3407	,56786	,04088	0,03
	Erkek	189	4,2130	,61070	,04442	
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	Kadın	193	3,4482	,95670	,06886	0,05
	Erkek	189	3,6349	,90414	,06577	
Şiddet Görme Kaygısı	Kadın	193	4,2746	,74691	,05376	0,43
	Erkek	189	4,2152	,72251	,05255	
Alınan Tıp Eğitimi	Kadın	193	2,9145	1,29369	,09312	0,40
	Erkek	189	3,0238	1,26142	,09175	
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	Kadın	193	3,4542	,98619	,07099	0,03
	Erkek	189	3,6543	,86183	,06269	

Tablo 34 incelendiğinde medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı, çalışma çevresinden kaynaklanan baskılar ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası dışındaki tüm boyutlarda cinsiyete göre anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutları incelendiğinde erkek hekimlerin algılarının kadın hekimlere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışma çevresinden kaynaklanan baskılar boyutunda ise kadın hekimlerin algıları erkek hekimlere kıyasla daha yüksektir.

4.6.2.2. Yaş Grubuna İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 34'te gösterilmektedir.

Tablo 35: Yaş Grubuna Göre Farklılıklar

Boyutlar	Yaş Grubu	N	X	S.S.	F	p	Fark
Defansif Tıp Uygulamaları	a-25-34	183	3,6690	,71625	4,245	0,01	a>d
	b-35-44	74	3,6467	,78602			
	c-45-54	77	3,6364	,78479			
	d-55 Üzeri ve	48	3,2232	1,03778			
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	a-25-34	183	3,7268	,72269	4,566	0,00	a>d
	b-35-44	74	3,6306	,77070			
	c-45-54	77	3,6306	,78473			
	d-55 Üzeri ve	48	3,2477	1,08824			
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	a-25-34	183	3,5650	,97173	2,559	0,05	
	b-35-44	74	3,6757	1,04407			
	c-45-54	77	3,6468	1,15207			
	d-55 Üzeri ve	48	3,1792	1,19733			
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	a-25-34	183	3,7534	,56544	1,790	0,15	
	b-35-44	74	3,7374	,48594			
	c-45-54	77	3,5822	,67127			
	d-55 Üzeri ve	48	3,7681	,60027			
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	a-25-34	183	3,9664	,78439	1,253	0,29	
	b-35-44	74	3,9421	,65312			
	c-45-54	77	3,7699	,86125			
	d-55 Üzeri ve	48	3,8750	,72162			
Hekimlere Fayda Sağlar	a-25-34	183	3,4945	1,06000	0,210	0,89	
	b-35-44	74	3,6081	,98018			
	c-45-54	77	3,5065	1,10171			
	d-55 Üzeri ve	48	3,5313	1,11759			
Hastalar İçin Zararlıdır	a-25-34	183	3,8097	,83738	1,931	0,12	
	b-35-44	74	3,6914	,80839			
	c-45-54	77	3,5498	1,02315			
	d-55 Üzeri ve	48	3,8472	,82716			
Hastalara Fayda Sağlar	a-25-34	183	2,7213	1,04743	1,859	0,14	
	b-35-44	74	2,9369	1,05073			
	c-45-54	77	2,7186	1,05695			
	d-55 Üzeri ve	48	3,0556	1,05260			
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	a-25-34	183	4,1104	,82745	1,057	0,37	
	b-35-44	74	4,0378	,73180			
	c-45-54	77	3,9065	,94512			
	d-55 Üzeri ve	48	4,0458	,89940			

Tablo 35: Yaş Grubuna Göre Farklılıklar (Devamı)

Boyutlar	Yaş Grubu	N	X	S.S.	F	p	Fark
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	a-25-34	183	3,9500	,51703	0,064	0,98	
	b-35-44	74	3,9445	,49048			
	c-45-54	77	3,9193	,54127			
	d-55 Üzeri ve	48	3,9368	,56586			
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	a-25-34	183	4,1928	,57139	0,215	0,89	
	b-35-44	74	4,2220	,57540			
	c-45-54	77	4,1911	,60945			
	d-55 Üzeri ve	48	4,1339	,68633			
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	a-25-34	183	4,0787	,70597	0,233	0,87	
	b-35-44	74	4,1297	,61705			
	c-45-54	77	4,0857	,84257			
	d-55 Üzeri ve	48	4,0167	,81667			
Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	a-25-34	183	4,3074	,62027	0,357	0,78	
	b-35-44	74	4,2297	,58631			
	c-45-54	77	4,2532	,51697			
	d-55 Üzeri ve	48	4,2760	,61506			
Hekim İtibarını Koruma Kaygısı	a-25-34	183	3,5956	,95489	1,029	0,38	
	b-35-44	74	3,5709	,95041			
	c-45-54	77	3,3766	,93947			
	d-55 Üzeri ve	48	3,5469	,81322			
Şiddet Görme Kaygısı	a-25-34	183	4,2441	,71436	0,024	0,99	
	b-35-44	74	4,2387	,67240			
	c-45-54	77	4,2381	,87502			
	d-55 Üzeri ve	48	4,2708	,67602			
Alınan Tıp Eğitimi	a-25-34	183	2,9672	1,24102	0,831	0,48	
	b-35-44	74	2,8581	1,31514			
	c-45-54	77	2,9221	1,36465			
	d-55 Üzeri ve	48	3,2188	1,21562			
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	a-25-34	183	3,5264	,93781	0,242	0,87	
	b-35-44	74	3,5360	,91797			
	c-45-54	77	3,6320	1,03532			
	d-55 Üzeri ve	48	3,5556	,75115			

Tablo 35 incelendiğinde defansif tıp uygulamaları ve pozitif defansif tıp uygulamaları boyutlarında yaş grubuna göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise yaş grubuna göre anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). Defansif tıp

uygulamaları ve pozitif defansif tıp uygulamaları boyutlarında 25-34 yaş arasındaki hekimlerle 55 yaş ve üzerindeki hekimler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. 25-34 yaş arasındaki hekimler hem genel olarak defansif tıp uygulamalarını hem de pozitif defansif tıp uygulamalarını 55 yaş ve üzerindeki hekimlere kıyasla daha fazla kullanmaktadır.

4.6.2.3. Hekimlik Yılına İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 36'da gösterilmektedir.

Tablo 36: Hekimlik Yılına Göre Farklılıklar

Boyutlar	Hekimlik Yılı	N	X	S.S.	F	p	Fark
Defansif Tıp Uygulamaları	a-9 Yıl ve Altı	176	3,6640	,72193	6,213	0,00	d<a d<b d<c
	b-10-18	85	3,6731	,77461			
	c-19-27	68	3,6891	,74576			
	d-28 ve Üzeri	53	3,1712	1,01445			
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	a-9 Yıl ve Altı	176	3,7298	,72919	6,913	0,00	d<a d<b d<c
	b-10-18	85	3,6706	,74840			
	c-19-27	68	3,6683	,77445			
	d-28 ve Üzeri	53	3,1740	1,04061			
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	a-9 Yıl ve Altı	176	3,5455	,97827	3,419	0,02	d<b d<c
	b-10-18	85	3,6776	,99527			
	c-19-27	68	3,7265	1,12762			
	d-28 ve Üzeri	53	3,1660	1,24822			
Defansif Uygulamalarının Sonuçları	a-9 Yıl ve Altı	176	3,7784	,53808	3,532	0,01	c<a
	b-10-18	85	3,7171	,55876			
	c-19-27	68	3,5185	,68004			
	d-28 ve Üzeri	53	3,7719	,57224			
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	a-9 Yıl ve Altı	176	3,9821	,78686	1,734	0,16	
	b-10-18	85	3,9244	,65524			
	c-19-27	68	3,7353	,88727			
	d-28 ve Üzeri	53	3,8760	,70657			
Hekimlere Fayda Sağlar	a-9 Yıl ve Altı	176	3,5114	1,06094	0,244	0,87	
	b-10-18	85	3,6059	,98227			
	c-19-27	68	3,4706	1,14241			
	d-28 ve Üzeri	53	3,5000	1,07417			
Hastalar İçin Zararlıdır	a-9 Yıl ve Altı	176	3,8428	,79716	4,441	0,00	c<a c<d
	b-10-18	85	3,6882	,85557			
	c-19-27	68	3,4240	1,07181			
	d-28 ve Üzeri	53	3,8805	,78268			
Hastalara Fayda Sağlar	a-9 Yıl ve Altı	176	2,7424	1,05497	1,035	0,38	
	b-10-18	85	2,9020	1,03103			
	c-19-27	68	2,7157	1,04026			
	d-28 ve Üzeri	53	2,9686	1,10412			

Tablo 36: Hekimlik Yılına Göre Farklılıklar (Devamı)

Boyutlar	Hekimlik Yılı	N	X	S.S.	F	p	Fark
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	a-9 Yıl ve Altı	176	4,1443	,78782	2,456	0,06	
	b-10-18	85	3,9953	,80296			
	c-19-27	68	3,8294	,99447			
	d-28 ve Üzeri	53	4,0868	,85080			
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	a-9 Yıl ve Altı	176	3,9485	,51783	0,062	0,98	
	b-10-18	85	3,9496	,48821			
	c-19-27	68	3,9280	,57034			
	d-28 ve Üzeri	53	3,9198	,53332			
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	a-9 Yıl ve Altı	176	4,1956	,56969	0,428	0,73	
	b-10-18	85	4,2185	,57125			
	c-19-27	68	4,2080	,59567			
	d-28 ve Üzeri	53	4,1078	,70372			
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	a-9 Yıl ve Altı	176	4,0841	,71536	0,130	0,94	
	b-10-18	85	4,1012	,59970			
	c-19-27	68	4,0971	,89476			
	d-28 ve Üzeri	53	4,0264	,76665			
Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	a-9 Yıl ve Altı	176	4,3054	,62059	0,483	0,69	
	b-10-18	85	4,2118	,59575			
	c-19-27	68	4,2794	,54212			
	d-28 ve Üzeri	53	4,2877	,55772			
Hekim İtibarını Koruma Kaygısı	a-9 Yıl ve Altı	176	3,5881	,94343	0,497	0,68	
	b-10-18	85	3,5588	,97334			
	c-19-27	68	3,4375	,94373			
	d-28 ve Üzeri	53	3,4858	,83697			
Şiddet Görme Kaygısı	a-9 Yıl ve Altı	176	4,2292	,72059	0,143	0,93	
	b-10-18	85	4,2627	,66685			
	c-19-27	68	4,2255	,91865			
	d-28 ve Üzeri	53	4,2956	,62927			
Alınan Tıp Eğitimi	a-9 Yıl ve Altı	176	2,9574	1,24426	1,064	0,36	
	b-10-18	85	3,0176	1,35279			
	c-19-27	68	2,7721	1,29705			
	d-28 ve Üzeri	53	3,1792	1,23294			
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	a-9 Yıl ve Altı	176	3,5303	,94702	0,328	0,80	
	b-10-18	85	3,5490	,88746			
	c-19-27	68	3,6520	1,05635			
	d-28 ve Üzeri	53	3,5094	,77791			

Tablo 36 incelendiğinde defansif tıp uygulamaları, pozitif defansif tıp uygulamaları, negatif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının sonuçları ve hastalarla ilgili sonuçlar boyutlarında hekimlik yılına göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise hekimlik yılına göre anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). Defansif tıp uygulamaları ve pozitif defansif tıp uygulamaları boyutlarında 28 yıl ve daha uzun süreden beri görev yapan hekimlerle 9 yıl ve altı, 10-18 yıl arası ve 19-27 yıl arası süreden beri görev yapan hekimler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. 28 yıl ve daha uzun süreden beri görev yapan hekimler hem genel olarak defansif tıp uygulamalarını hem de pozitif defansif tıp uygulamalarını diğer hekimlere kıyasla daha az kullanmaktadır. Negatif

defansif tıp uygulamaları boyutlarında 28 yıl ve daha uzun süreden beri görev yapan hekimlerle 10-18 yıl arası ve 19-27 yıl arası süreden beri görev yapan hekimler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. 28 yıl ve daha uzun süreden beri görev yapan hekimler hem genel olarak defansif tıp uygulamalarını hem de pozitif defansif tıp uygulamalarını 10-18 yıl arası ve 19-27 yıl arası süreden beri görev yapan hekimlere kıyasla daha az kullanmaktadır.

Defansif tıp uygulamalarının sonuçları boyutunda 19-27 yıl arası süreden beri görev yapan hekimlerle 9 yıl ve daha kısa süreden beri görev yapan hekimler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. 19-27 yıl arası süreden beri görev yapan hekimler defansif tıp uygulamalarının olumsuz sonuçlara yol açtığına 9 yıl ve daha kısa süreden beri görev yapan hekimlere kıyasla daha az katılmaktadır. Hastalarla için zararlıdır boyutunda 19-27 yıl arası süreden beri görev yapan hekimlerle 9 yıl ve daha kısa süreden beri görev yapan ve 28 yıl ve daha uzun süreden beri görev yapan hekimler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. 19-27 yıl arası süreden beri görev yapan hekimler defansif tıp uygulamalarının hastalarla ilgili olumsuz sonuçlara yol açtığına 9 yıl ve daha kısa süreden beri görev yapan ve 28 yıl ve daha uzun süreden beri görev yapan hekimlere kıyasla daha az katılmaktadır.

4.6.2.4. Çalışılan Sağlık Kurumunun Bulunduğu İlçeye İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin çalışılan sağlık kurumunun bulunduğu ilçeye göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 37’de gösterilmektedir.

Tablo 37: Çalışılan Sağlık Kurumunun Bulunduğu İlçeye Göre Farklılıklar

Boyutlar	İlçe	N	X	S.S.	F	p	Fark
Defansif Tıp Uygulamaları	a-Çankaya	91	3,4859	,85112	1,036	0,38	
	b-Keçiören	67	3,5928	,76589			
	c-Yenimahalle	108	3,6217	,87106			
	d-Diğer	116	3,6804	,70254			
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	a-Çankaya	91	3,5556	,85987	0,366	0,79	
	b-Keçiören	67	3,6352	,81554			
	c-Yenimahalle	108	3,6389	,85395			
	d-Diğer	116	3,6724	,72481			
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	a-Çankaya	91	3,3604	1,09350	1,776	0,15	
	b-Keçiören	67	3,5164	1,08385			
	c-Yenimahalle	108	3,5907	1,09182			
	d-Diğer	116	3,6948	,97605			

Tablo 37: Çalışılan Sağlık Kurumunun Bulunduğu İlçeye Göre Farklılıklar (Devamı)

Boyutlar	İlçe	N	X	S.S.	F	p	Fark
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	a-Çankaya	91	3,7009	,54435	0,987	0,40	
	b-Keçiören	67	3,7034	,56491			
	c-Yenimahalle	108	3,7955	,53131			
	d-Diğer	116	3,6664	,65590			
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	a-Çankaya	91	3,8493	,75454	0,818	0,48	
	b-Keçiören	67	4,0171	,66194			
	c-Yenimahalle	108	3,9444	,76092			
	d-Diğer	116	3,8658	,84763			
Hekimlere Fayda Sağlar	a-Çankaya	91	3,4780	1,05122	0,147	0,93	
	b-Keçiören	67	3,5896	1,00350			
	c-Yenimahalle	108	3,5139	1,06002			
	d-Diğer	116	3,5302	1,10195			
Hastalar İçin Zararlıdır	a-Çankaya	91	3,7582	,84337	0,463	0,71	
	b-Keçiören	67	3,7090	,88874			
	c-Yenimahalle	108	3,8086	,78466			
	d-Diğer	116	3,6767	,97065			
Hastalara Fayda Sağlar	a-Çankaya	91	2,7766	1,09325	1,904	0,13	
	b-Keçiören	67	2,6866	1,07760			
	c-Yenimahalle	108	3,0031	1,04568			
	d-Diğer	116	2,7098	1,00389			
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	a-Çankaya	91	4,0681	,79399	1,319	0,27	
	b-Keçiören	67	3,9134	,92849			
	c-Yenimahalle	108	4,1593	,76207			
	d-Diğer	116	4,0034	,90062			
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	a-Çankaya	91	3,8289	,53297	2,860	0,04	d>a
	b-Keçiören	67	4,0048	,55248			
	c-Yenimahalle	108	3,9087	,49589			
	d-Diğer	116	4,0225	,50443			
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	a-Çankaya	91	4,0989	,63091	2,192	0,09	
	b-Keçiören	67	4,3390	,53094			
	c-Yenimahalle	108	4,1693	,58630			
	d-Diğer	116	4,1970	,59476			
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	a-Çankaya	91	4,0484	,72623	0,178	0,91	
	b-Keçiören	67	4,0716	,88469			
	c-Yenimahalle	108	4,0759	,74619			
	d-Diğer	116	4,1207	,62686			
Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	a-Çankaya	91	4,1703	,62347	2,094	0,10	
	b-Keçiören	67	4,3993	,58559			
	c-Yenimahalle	108	4,2593	,56672			
	d-Diğer	116	4,3082	,58547			
Hekim İtibarını Koruma Kaygısı	a-Çankaya	91	3,4066	,94989	3,915	0,01	d>a d>c
	b-Keçiören	67	3,4590	1,02303			
	c-Yenimahalle	108	3,4421	,89691			
	d-Diğer	116	3,7845	,86659			
Şiddet Görme Kaygısı	a-Çankaya	91	4,0513	,86912	4,045	0,01	d>a
	b-Keçiören	67	4,2388	,82635			
	c-Yenimahalle	108	4,2407	,66328			
	d-Diğer	116	4,4052	,58286			
Alınan Tıp Eğitimi	a-Çankaya	91	2,8297	1,27414	1,232	0,30	
	b-Keçiören	67	3,1716	1,22954			
	c-Yenimahalle	108	2,8796	1,25837			
	d-Diğer	116	3,0431	1,31970			
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	a-Çankaya	91	3,3846	,97995	1,695	0,17	
	b-Keçiören	67	3,6368	,95475			
	c-Yenimahalle	108	3,5309	,82665			
	d-Diğer	116	3,6580	,96054			

Tablo 37 incelendiğinde defansif tıp uygulamalarının Öncülleri, hekim itibarını koruma kaygısı ve şiddet görme kaygısı boyutlarında çalışılan sağlık kurumunun bulunduğu ilçeye göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise çalışılan sağlık kurumunun bulunduğu ilçeye göre anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). Defansif tıp uygulamalarının Öncülleri ve şiddet göreme kaygısı boyutlarında Çankaya ilçesindeki sağlık kurumlarında görev yapan hekimlerle diğer kategorisi içerisinde bulunan ilçelerde görev yapan hekimler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Diğer kategorisi içerisinde bulunan ilçelerdeki sağlık kurumlarında görev yapan hekimler Çankaya ilçesindeki sağlık kurumlarında görev yapan hekimlere kıyasla genel nedenlerin ve şiddet görme kaygısının defansif tıp uygulamasına neden olduğunu daha fazla düşünmektedir. Hekimlik itibarını koruma kaygısı boyutunda diğer kategorisi içerisinde bulunan ilçelerde görev yapan hekimlerle Çankaya ve Yenimahalle ilçelerindeki sağlık kurumlarında görev yapan hekimler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Diğer kategorisi içerisinde bulunan ilçelerdeki sağlık kurumlarında görev yapan hekimler Çankaya ve Yenimahalle ilçelerindeki sağlık kurumlarında görev yapan hekimlere kıyasla hekimlik itibarını koruma kaygısının defansif tıp uygulamasına neden olduğunu daha fazla düşünmektedir.

4.6.2.5. Çalışılan Sağlık Kurumuna İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin çalışılan sağlık kurumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 38’de gösterilmektedir.

Tablo 38: Çalışılan Sağlık Kurumuna Göre Farklılıklar

Boyutlar	Kurum	N	X	S.S.	F	p	Fark
Defansif Tıp Uygulamaları	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	3,5323	,85080	1,236	0,29	
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	3,6242	,78224			
	c-Şehir Hastanesi	60	3,4893	,77578			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	3,6996	,81790			
	e-Diğer	67	3,7452	,72867			
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	3,4875	,86667	1,786	0,13	
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	3,7029	,77719			
	c-Şehir Hastanesi	60	3,6333	,78841			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	3,6239	,81952			
	e-Diğer	67	3,7861	,73253			

Tablo 38: Çalışılan Sağlık Kurumuna Göre Farklılıklar (Devamı)

Boyutlar	Kurum	N	X	S.S.	F	p	Fark
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	3,6129	1,10689	2,537	0,04	c<d
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	3,4826	1,09551			
	c-Şehir Hastanesi	60	3,2300	,95940			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	3,8359	,99881			
	e-Diğer	67	3,6716	,99130			
Defansif Uygulamalarının Sonuçları	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	3,6876	,62414	1,873	0,11	
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	3,7226	,49358			
	c-Şehir Hastanesi	60	3,8826	,49270			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	3,5808	,68662			
	e-Diğer	67	3,6982	,59777			
Hekimlik Zorlaştırır Mesleğini	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	3,9147	,82033	2,310	0,06	
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	3,9612	,70975			
	c-Şehir Hastanesi	60	4,0738	,62047			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	3,6154	,86721			
	e-Diğer	67	3,8593	,78699			
Hekimlere Fayda Sağlar	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	3,5685	1,04829	0,299	0,88	
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	3,5326	1,06854			
	c-Şehir Hastanesi	60	3,5167	,96536			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	3,5769	1,10345			
	e-Diğer	67	3,4030	1,13230			
Hastalar İçin Zararlıdır	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	3,6626	,89827	1,554	0,19	
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	3,6884	,88199			
	c-Şehir Hastanesi	60	3,9361	,75170			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	3,6111	,98255			
	e-Diğer	67	3,8483	,84074			
Hastalara Fayda Sağlar	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	2,7876	1,01509	0,606	0,66	
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	2,7826	1,08878			
	c-Şehir Hastanesi	60	2,9722	1,21400			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	2,6496	,90466			
	e-Diğer	67	2,8060	1,01529			
Sağlık Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır Sistemini	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	3,9871	,87038	1,225	0,30	
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	4,0696	,83202			
	c-Şehir Hastanesi	60	4,2433	,74569			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	4,0564	,89789			
	e-Diğer	67	3,9463	,85959			

Defansif Uygulamalarının Öncülleri	Tıp	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	3,9182	,53960	0,683	0,60
		b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	3,9697	,52146		
		c-Şehir Hastanesi	60	3,9982	,54764		
		d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	3,9817	,53445		
		e-Diğer	67	3,8694	,45612		

Tablo 38: Çalışılan Sağlık Kurumuna Göre Farklılıklar (Devamı)

Boyutlar	Kurum	N	X	S.S.	F	p	Fark
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	4,1417	,65364	1,006	0,40	
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	4,2795	,54033			
	c-Şehir Hastanesi	60	4,2095	,56195			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	4,2271	,58967			
	e-Diğer	67	4,1215	,57480			
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	4,1065	,74982	0,817	0,51	
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	4,0196	,79893			
	c-Şehir Hastanesi	60	4,2000	,69380			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	4,1128	,72227			
	e-Diğer	67	4,0000	,63913			
Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	4,2802	,57434	1,160	0,33	
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	4,2880	,62561			
	c-Şehir Hastanesi	60	4,3708	,53380			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	4,3141	,61430			
	e-Diğer	67	4,1530	,61075			
Hekim İtibarını Koruma Kaygısı	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	3,4819	,92513	0,383	0,82	
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	3,5190	,98074			
	c-Şehir Hastanesi	60	3,5792	,95613			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	3,6795	,76509			
	e-Diğer	67	3,5634	,97248			
Şiddet Görme Kaygısı	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	4,3199	,78652	1,338	0,25	
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	4,2428	,73147			
	c-Şehir Hastanesi	60	4,2556	,64182			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	4,2991	,63428			
	e-Diğer	67	4,0697	,76219			
Alınan Tıp Eğitimi	a-Aile Sağlığı Merkezi	124	2,7903	1,25927	2,992	0,02	b>a b>d b>e c>a
	b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi	92	3,2500	1,28281			
	c-Şehir Hastanesi	60	3,2333	1,31635			
	d-2. Basamak Devlet Hastanesi	39	2,7564	1,30218			
	e-Diğer	67	2,7985	1,17441			

Hekimlerin Odaklı Çabası	Hasta Davranma	a-Aile Merkezi	Sağlığı	124	3,5323	,95132	0,259	0,90
		b-Eğitim ve Araştırma Hastanesi		92	3,5471	,89849		
		c-Şehir Hastanesi		60	3,4833	1,06374		
		d-2. Basamak Devlet Hastanesi		39	3,6496	,93330		
		e-Diğer		67	3,6070	,82251		

Tablo 38 incelendiğinde negatif defansif tıp uygulamaları ve alınan tıp eğitimi boyutlarında çalışılan sağlık kurumuna göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise çalışılan sağlık kurumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). Negatif defansif tıp uygulaması boyutunda 2. basamak devlet hastanelerinde görev yapan hekimlerle şehir hastanelerinde görev yapan hekimler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. 2. basamak devlet hastanelerinde görev yapan hekimler, şehir hastanelerinde görev yapan hekimlere kıyasla daha fazla defansif tıp uygulamaktadır. Alınan tıp eğitimi boyutunda eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hekimlerle aile sağlığı merkezi, 2. basamak devlet hastanesi ve diğer kategorisindeki kurumlarda görev yapan hekimler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hekimler, aile sağlığı merkezi, 2. basamak devlet hastanesi ve diğer kategorisindeki kurumlarda görev yapan hekimlere kıyasla alınan tıp eğitiminin defansif tıp uygulamasına neden olduğunu daha fazla düşünmektedir. Aynı zamanda şehir hastanesinde görev yapan hekimlerle aile sağlığı merkezinde görev yapan hekimler arasında da anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Şehir hastanesinde görev yapan hekimler, aile sağlığı merkezinde görev yapan hekimlere kıyasla alınan tıp eğitiminin defansif tıp uygulamasına neden olduğunu daha fazla düşünmektedir.

4.6.2.6. Görev Unvanına İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin görev unvanlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 39'da gösterilmektedir.

Tablo 39: Görev Unvanına Göre Farklılıklar

Boyutlar	Unvan	N	X	S.S.	F	p	Fark
Defansif Uygulamaları	Tıp	a-Asistan Dr.	122	3,6060	,75225	1,128	0,34
		b-Pratisyen Hekim	112	3,6722	,78449		
		c-Uzman Dr.	117	3,5006	,85450		
		d-Diğer	31	3,7166	,82054		
		a-Asistan Dr.	122	3,6576	,78757	1,525	0,21

Pozitif Defansif Uygulamaları	Tıp	b-Pratisyen Hekim	112	3,6845	,80546	0,509	0,68	
		c-Uzman Dr.	117	3,5043	,84173			
		d-Diğer	31	3,7814	,76092			
		a-Asistan Dr.	122	3,5131	1,00346			
Negatif Defansif Uygulamaları	Tıp	b-Pratisyen Hekim	112	3,6500	1,03018	2,673	0,04	c<a c<b
		c-Uzman Dr.	117	3,4940	1,14968			
		d-Diğer	31	3,6000	1,05704			
		a-Asistan Dr.	122	3,7684	,51851			
Defansif Uygulamalarının Sonuçları	Tıp	b-Pratisyen Hekim	112	3,7880	,54289			
		c-Uzman Dr.	117	3,5938	,63593			
		d-Diğer	31	3,7307	,67285			
		a-Asistan Dr.	122	3,7684	,51851			

Tablo 39: Görev Unvanına Göre Farklılıklar (Devamı)

Boyutlar	Unvan	N	X	S.S.	F	p	Fark
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	a-Asistan Dr.	122	4,0094	,68296	3,447	0,02	c<a
	b-Pratisyen Hekim	112	3,9860	,71183			
	c-Uzman Dr.	117	3,7228	,89023			
	d-Diğer	31	3,9585	,72016			
Hekimlere Fayda Sağlar	a-Asistan Dr.	122	3,6557	,97294	2,923	0,03	d<a
	b-Pratisyen Hekim	112	3,5938	1,03221			
	c-Uzman Dr.	117	3,4359	1,09375			
	d-Diğer	31	3,0806	1,22540			
Hastalar İçin Zararlıdır	a-Asistan Dr.	122	3,7746	,85197	2,158	0,09	
	b-Pratisyen Hekim	112	3,8438	,80205			
	c-Uzman Dr.	117	3,5741	,92238			
	d-Diğer	31	3,8441	,97652			
Hastalara Fayda Sağlar	a-Asistan Dr.	122	2,7404	1,08459	0,509	0,68	
	b-Pratisyen Hekim	112	2,8988	1,02603			
	c-Uzman Dr.	117	2,7692	1,02410			
	d-Diğer	31	2,8495	1,16695			
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	a-Asistan Dr.	122	4,0852	,84772	0,239	0,88	
	b-Pratisyen Hekim	112	4,0554	,76886			
	c-Uzman Dr.	117	3,9949	,89461			
	d-Diğer	31	4,0645	,93007			
Defansif Uygulamalarının Öncülleri	a-Asistan Dr.	122	3,9409	,53145	0,273	0,84	
	b-Pratisyen Hekim	112	3,9595	,49932			
	c-Uzman Dr.	117	3,9106	,52287			
	d-Diğer	31	3,9908	,57143			
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	a-Asistan Dr.	122	4,1862	,57140	1,274	0,28	
	b-Pratisyen Hekim	112	4,1926	,60661			
	c-Uzman Dr.	117	4,1441	,62790			
	d-Diğer	31	4,3779	,47459			
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	a-Asistan Dr.	122	4,1066	,74753	0,500	0,68	
	b-Pratisyen Hekim	112	4,1286	,71929			
	c-Uzman Dr.	117	4,0359	,72284			
	d-Diğer	31	3,9935	,76852			
Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	a-Asistan Dr.	122	4,3566	,63386	1,255	0,29	
	b-Pratisyen Hekim	112	4,2701	,57749			
	c-Uzman Dr.	117	4,2244	,57271			
	d-Diğer	31	4,1935	,53506			
Hekim İtibarını Koruma Kaygısı	a-Asistan Dr.	122	3,4898	,97986	0,964	0,41	
	b-Pratisyen Hekim	112	3,5290	,88579			
	c-Uzman Dr.	117	3,5342	,93190			
	d-Diğer	31	3,8065	,93477			
Şiddet Görme Kaygısı	a-Asistan Dr.	122	4,2514	,69540	2,367	0,07	
	b-Pratisyen Hekim	112	4,3601	,68319			
	c-Uzman Dr.	117	4,1966	,77947			
	d-Diğer	31	3,9892	,83659			
Alınan Tıp Eğitimi	a-Asistan Dr.	122	2,9836	1,26611	0,270	0,85	
	b-Pratisyen Hekim	112	2,9018	1,24813			
	c-Uzman Dr.	117	2,9744	1,26601			
	d-Diğer	31	3,1290	1,49982			
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	a-Asistan Dr.	122	3,4672	,96748	0,539	0,66	
	b-Pratisyen Hekim	112	3,5982	,85733			
	c-Uzman Dr.	117	3,5783	,95230			
	d-Diğer	31	3,6344	,97887			

Tablo 39 incelendiğinde defansif tıp uygulamalarının sonuçları, hekimlik mesleğini zorlaştırır ve hekimlere fayda sağlar boyutlarında görev unvanına göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise görev unvanına göre anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). Defansif tıp uygulamalarının sonuçları boyutunda uzman doktorlarla pratisyen hekimler ve asistan doktorlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Uzman doktorlar pratisyen hekimlere ve asistan doktorlara kıyasla defansif tıp uygulamalarının sonuçlarının daha az olduğunu düşünmektedir. Hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutunda uzman doktorlarla asistan doktorlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Uzman doktorlar asistan doktorlara kıyasla defansif tıp uygulamalarının hekimlik mesleğini zorlaştırdığını daha az düşünmektedir. Hekimlere fayda sağlar boyutunda diğer kategorisine dahil olan doktorlarla asistan doktorlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Diğer kategorisine dahil olan doktorlar asistan doktorlara kıyasla defansif tıp uygulamalarının hekimlik mesleğini zorlaştırdığını daha az düşünmektedir.

4.6.2.7. Uzmanlık Branşına İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin uzmanlık branşına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 40'da gösterilmektedir.

Tablo 40: Uzmanlık Branşına Göre Farklılıklar

Boyutlar	Branş	N	X	S.S.	F	p	Fark
Defansif Uygulamaları	a-Aile Hekimliği	43	3,5880	,85825	1,128	0,80	
	b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	3,4513	,61815			
	c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	3,3571	,88244			
	d-Diğer	105	3,4986	,90117			
Pozitif Defansif Uygulamaları	a-Aile Hekimliği	43	3,4677	,85606	1,525	0,91	
	b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	3,5455	,67186			
	c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	3,4771	,74821			
	d-Diğer	105	3,5693	,90395			
Negatif Defansif Uygulamaları	a-Aile Hekimliği	43	3,8047	1,08539	0,509	0,09	
	b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	3,2818	,94347			
	c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	3,1412	1,32809			
	d-Diğer	105	3,3714	1,13829			

Tablo 40: Uzmanlık Branşına Göre Farklılıklar (Devamı)

Boyutlar	Unvan	N	X	S.S.	F	p	Fark
Defansif Uygulamalarının Sonuçları	Tıp	a-Aile Hekimliği	43	3,5774	,68898	2,673	0,60
		b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	3,6008	,79137		
		c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	3,8082	,24837		
		d-Diğer	105	3,6638	,59024		
Hekimlik Zorlaştırır	Mesleğini	a-Aile Hekimliği	43	3,7409	1,01746	1,209	0,31
		b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	3,7013	,81041		
		c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	4,1429	,66432		
		d-Diğer	105	3,8558	,74875		
Hekimlere Fayda Sağlar		a-Aile Hekimliği	43	3,5465	1,13816	0,702	0,55
		b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	3,5455	1,13294		
		c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	3,4706	1,25587		
		d-Diğer	105	3,2952	1,08019		
Hastalar İçin Zararlıdır		a-Aile Hekimliği	43	3,6202	,88141	0,121	0,95
		b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	3,6364	,97133		
		c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	3,7647	,81662		
		d-Diğer	105	3,6873	,95874		
Hastalara Fayda Sağlar		a-Aile Hekimliği	43	2,4264	,92389	3,633	0,01 b>a b>c
		b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	3,1667	1,16269		
		c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	2,2353	,82297		
		d-Diğer	105	2,7492	1,09074		
Sağlık Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Sistemini	a-Aile Hekimliği	43	4,0000	,87831	0,239	0,07
		b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	3,7000	1,00806		
		c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	4,4706	,56983		
		d-Diğer	105	4,0629	,92915		
Defansif Uygulamalarının Öncülleri	Tıp	a-Aile Hekimliği	43	3,9269	,55624	0,273	0,78
		b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	3,9172	,60029		
		c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	3,7899	,58233		
		d-Diğer	105	3,9313	,48865		
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı		a-Aile Hekimliği	43	4,1561	,64101	1,274	0,44
		b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	4,0974	,67351		
		c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	4,3782	,43431		
		d-Diğer	105	4,2367	,57514		
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	ve Sosyal Kanallarının	a-Aile Hekimliği	43	4,1581	,71522	0,500	0,18
		b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	4,1909	,45972		
		c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	3,8353	1,08912		
		d-Diğer	105	3,9371	,73449		

Tablo 40: Uzmanlık Branşına Göre Farklılıklar (Devamı)

Boyutlar	Unvan	N	X	S.S.	F	p	Fark
Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	a-Aile Hekimliği	43	4,3023	,48045	1,255	0,39	
	b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	4,0795	,64266			
	c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	4,3676	,61946			
	d-Diğer	105	4,2690	,58290			
Hekim İtibarını Koruma Kaygısı	a-Aile Hekimliği	43	3,5233	1,02617	0,964	0,10	
	b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	3,6591	1,03667			
	c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	2,9706	1,11412			
	d-Diğer	105	3,5476	,85842			
Şiddet Görme Kaygısı	a-Aile Hekimliği	43	4,3023	,87534	2,367	0,51	
	b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	4,0000	,63413			
	c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	4,1961	1,00041			
	d-Diğer	105	4,1492	,73668			
Alınan Tıp Eğitimi	a-Aile Hekimliği	43	2,6628	1,29431	0,270	0,06	
	b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	3,0909	1,27836			
	c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	2,5294	1,29265			
	d-Diğer	105	3,1762	1,26715			
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	a-Aile Hekimliği	43	3,5116	1,10398	0,539	0,29	
	b-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22	3,6364	,94790			
	c-Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	3,0980	1,12277			
	d-Diğer	105	3,5556	,86931			

Tablo 40 incelendiğinde defansif tıp uygulamaları hastalara fayda sağlar boyutunda uzmanlık branşına göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda uzmanlık branşına göre anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hastalara fayda sağlar boyutunda uzmanlık branşı çocuk sağlığı ve hastalıkları olan hekimlerle aile hekimliği ve kadın hastalıkları ve doğum olan hekimler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Uzmanlık branşı çocuk sağlığı ve hastalıkları olan hekimler, uzmanlık branşı aile hekimliği ve kadın hastalıkları ve doğum olan hekimlere kıyasla defansif tıp uygulamalarının hastalara fayda sağladığına daha fazla katılmaktadır.

4.6.2.8. Branşa İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin branşlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız örneklem T-Testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 41’de gösterilmektedir.

Tablo 41: Branşa Göre Farklılıklar

Puan	Uzmanlık Branşı	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Dahili	120	3,4119	,91312	,08336	0,06
	Cerrahi	67	3,6599	,72557	,08864	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Dahili	120	3,4546	,93585	,08543	0,08
	Cerrahi	67	3,6783	,65367	,07986	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Dahili	120	3,3350	1,1370	,10380	0,09
	Cerrahi	67	3,6269	1,1140	,13610	
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	Dahili	120	3,6623	,68756	,06277	0,71
	Cerrahi	67	3,6269	,47230	,05770	
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	Dahili	120	3,7343	,75473	,06890	0,88
	Cerrahi	67	3,7496	,59281	,07242	
Hekimlere Fayda Sağlar	Dahili	120	3,5843	,67938	,06202	0,55
	Cerrahi	67	3,5240	,65157	,07960	
Hastalar İçin Zararlıdır	Dahili	120	3,4028	,70730	,06457	0,09
	Cerrahi	67	3,2305	,62535	,07640	
Hastalara Fayda Sağlar	Dahili	120	3,5639	,78265	,07145	0,84
	Cerrahi	67	3,5423	,65863	,08046	
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Dahili	120	4,0000	,99275	,09062	0,35
	Cerrahi	67	4,1194	,74513	,09103	
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	Dahili	120	3,9982	,52446	,04788	0,00
	Cerrahi	67	3,7681	,49410	,06036	
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Dahili	120	4,2345	,59114	,05396	0,54
	Cerrahi	67	4,1791	,59598	,07281	
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	Dahili	120	4,0617	,73555	,06715	0,20
	Cerrahi	67	3,9134	,76295	,09321	
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	Dahili	120	4,2750	,56267	,05136	0,71
	Cerrahi	67	4,2425	,59188	,07231	
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	Dahili	120	3,6583	,93369	,08523	0,00
	Cerrahi	67	3,2239	,92946	,11355	
Şiddet Görme Kaygısı	Dahili	120	4,2333	,74673	,06817	0,16
	Cerrahi	67	4,0597	,84273	,10296	
Alınan Tıp Eğitimi	Dahili	120	3,2958	1,2858	,11738	0,00
	Cerrahi	67	2,4403	1,11641	,13639	
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	Dahili	120	3,6583	,93531	,08538	0,01
	Cerrahi	67	3,2537	,96241	,11758	

Tablo 41 incelendiğinde defansif tıp uygulamalarının öncülleri, hekimlerin itibarını koruma kaygısı, alınan tıp eğitimi ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutlarında branşa göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda branşa göre anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). Söz konusu boyutların tümünde dahili branşlardaki hekimlerin ortalamaları cerrahi branşlardakilere kıyasla daha yüksektir.

4.6.2.9. Uzmanlık Yılına İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin uzmanlık yılına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız örneklem T-Testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 42’de gösterilmektedir.

Tablo 42: Uzmanlık Yılına Göre Farklılıklar

Puan	Uzmanlık Yılı	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamaları	10 Yıl ve Altı	119	3,5996	,79301	,07270	0,04
	10 Yıl ve Üzeri	68	3,3277	,94004	,11400	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	10 Yıl ve Altı	119	3,6611	,79571	,07294	0,01
	10 Yıl ve Üzeri	68	3,3137	,90307	,10951	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	10 Yıl ve Altı	119	3,4891	1,0916	,10007	0,43
	10 Yıl ve Üzeri	68	3,3529	1,2094	,14667	
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	10 Yıl ve Altı	119	3,6964	,57161	,05240	0,17
	10 Yıl ve Üzeri	68	3,5678	,68851	,08349	
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	10 Yıl ve Altı	119	3,9412	,75808	,06949	0,03
	10 Yıl ve Üzeri	68	3,6555	,89546	,10859	
Hekimlere Fayda Sağlar	10 Yıl ve Altı	119	3,4748	1,0732	,09839	0,23
	10 Yıl ve Üzeri	68	3,2647	1,1764	,14267	
Hastalar İçin Zararlıdır	10 Yıl ve Altı	119	3,6835	,89211	,08178	0,84
	10 Yıl ve Üzeri	68	3,6544	,98552	,11951	
Hastalara Fayda Sağlar	10 Yıl ve Altı	119	2,6359	1,0558	,09679	0,48
	10 Yıl ve Üzeri	68	2,7500	1,0826	,13129	
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	10 Yıl ve Altı	119	4,0941	,86508	,07930	0,33
	10 Yıl ve Üzeri	68	3,9529	,98776	,11978	
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	10 Yıl ve Altı	119	3,9043	,51430	,04715	0,69
	10 Yıl ve Üzeri	68	3,9359	,54453	,06603	
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	10 Yıl ve Altı	119	4,2461	,55793	,05115	0,34
	10 Yıl ve Üzeri	68	4,1597	,64765	,07854	
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	10 Yıl ve Altı	119	3,9748	,69602	,06380	0,44
	10 Yıl ve Üzeri	68	4,0676	,83047	,10071	
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	10 Yıl ve Altı	119	4,2416	,59208	,05428	0,48
	10 Yıl ve Üzeri	68	4,3015	,53699	,06512	
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	10 Yıl ve Altı	119	3,5063	,97232	,08913	0,94
	10 Yıl ve Üzeri	68	3,4963	,92488	,11216	
Şiddet Görme Kaygısı	10 Yıl ve Altı	119	4,1345	,78632	,07208	0,40
	10 Yıl ve Üzeri	68	4,2353	,78345	,09501	
Alınan Tıp Eğitimi	10 Yıl ve Altı	119	2,9832	1,2366	,11337	0,93
	10 Yıl ve Üzeri	68	3,0000	1,3929	,16892	
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	10 Yıl ve Altı	119	3,4538	,99597	,09130	0,25
	10 Yıl ve Üzeri	68	3,6176	,89825	,10893	

Tablo 42 incelendiğinde defansif tıp uygulamaları, pozitif defansif tıp uygulamaları ve defansif tıp uygulamalarının hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutlarında uzmanlık yılına

göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda uzmanlık yılına göre anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). 10 yıl ve daha kısa süreden beri uzman olan hekimler, genel olarak defansif tıp uygulamalarını ve pozitif defansif tıp uygulamalarını 10 yıl ve daha uzun süreden beri uzman olan hekimlere kıyasla daha fazla uygulamaktadır. Aynı şekilde 10 yıl ve daha kısa süreden beri uzman olan hekimler, 10 yıl ve daha uzun süreden beri uzman olan hekimlere kıyasla defansif tıp uygulamalarının hekimlik mesleğini zorlaştırdığına daha fazla katılmaktadır.

4.6.2.10. Defansif Tıp Uygulamaları Kavramını Daha Önce Duydunuz mu? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin defansif tıp uygulamaları kavramını duyma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız örneklem T-Testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 42’de gösterilmektedir.

Tablo 43: Defansif Tıp Uygulamaları Kavramını Daha Önce Duydunuz mu? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	302	3,6209	,78045	,04491	0,40
	Hayır	80	3,5313	,87148	,09743	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	302	3,6380	,79186	,04557	0,68
	Hayır	80	3,5931	,87684	,09803	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	302	3,5901	1,0579	,06088	0,21
	Hayır	80	3,4200	1,0643	,11899	
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	Evet	302	3,7450	,54835	,03155	0,12
	Hayır	80	3,6141	,68268	,07633	
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	Evet	302	3,9376	,75827	,04363	0,20
	Hayır	80	3,8089	,81193	,09078	
Hekimlere Fayda Sağlar	Evet	302	3,4785	1,0937	,06294	0,07
	Hayır	80	3,6938	,89476	,10004	
Hastalar İçin Zararlıdır	Evet	302	3,8030	,83984	,04833	0,01
	Hayır	80	3,4979	,96292	,10766	

Tablo 43: Defansif Tıp Uygulamaları Kavramını Daha Önce Duydunuz mu? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Hastalara Fayda Sağlar	Evet	302	2,7307	1,0280	,05916	0,01
	Hayır	80	3,0833	1,1106	,12417	
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Evet	302	4,1212	,79216	,04558	0,00
	Hayır	80	3,7675	,97485	,10899	
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	Evet	302	3,9438	,51712	,02976	0,85
	Hayır	80	3,9308	,54051	,06043	
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Evet	302	4,2025	,57800	,03326	0,48
	Hayır	80	4,1464	,65049	,07273	
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	Evet	302	4,1020	,71374	,04107	0,34
	Hayır	80	4,0075	,79775	,08919	
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	Evet	302	4,2831	,58332	,03357	0,73
	Hayır	80	4,2563	,62765	,07017	
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	Evet	302	3,5364	,93470	,05379	0,87
	Hayır	80	3,5563	,93961	,10505	
Şiddet Görme Kaygısı	Evet	302	4,2439	,74839	,04306	0,94
	Hayır	80	4,2500	,68436	,07651	
Alınan Tıp Eğitimi	Evet	302	2,9288	1,2955	,07455	0,22
	Hayır	80	3,1188	1,2019	,13438	
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	Evet	302	3,5442	,93301	,05369	0,71
	Hayır	80	3,5875	,92814	,10377	

Tablo 43 incelendiğinde defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlıdır, hastalara fayda sağlar ve sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutlarında defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyup duymama durumuna göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyup duymama durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyan hekimler, duymayanlara kıyasla defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlı olduğunu ve sağlık sistemini verimliliğini,

etkililiğini ve kalitesini azalttığını daha çok düşünmektedir. Bunun yanı sıra defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyan hekimler, duymayanlara kıyasla defansif tıp uygulamalarının hastalara fayda sağlayacağını da daha az düşünmektedir

4.6.2.11. Defansif Tıp Kavramı Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip misiniz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin defansif tıp hakkında bilgi sahibi olup olmamalarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem T-Testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 44'te gösterilmektedir.

Tablo 44: Defansif Tıp Kavramı Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip misiniz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	125	3,6691	,84693	,07575	0,27
	Hayır	257	3,5695	,77577	,04839	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	125	3,6898	,87105	,07791	0,32
	Hayır	257	3,5988	,77769	,04851	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	125	3,6320	1,0985	,09825	0,33
	Hayır	257	3,5167	1,0410	,06494	
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	Evet	125	3,7871	,57659	,05157	0,10
	Hayır	257	3,6838	,58056	,03621	
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	Evet	125	4,0000	,75767	,06777	0,11
	Hayır	257	3,8671	,77441	,04831	
Hekimlere Fayda Sağlar	Evet	125	3,4040	1,1389	,10187	0,14
	Hayır	257	3,5817	1,0131	,06320	
Hastalar İçin Zararlıdır	Evet	125	3,8507	,88896	,07951	0,09
	Hayır	257	3,6848	,86408	,05390	
Hastalara Fayda Sağlar	Evet	125	2,6853	1,0552	,09438	0,12
	Hayır	257	2,8625	1,0508	,06555	
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Evet	125	4,2272	,76257	,06821	0,02
	Hayır	257	3,9595	,86994	,05427	

Tablo 44: Defansif Tıp Kavramı Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip misiniz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	Evet	125	3,9306	,54744	,04896	0,79
	Hayır	257	3,9462	,50929	,03177	
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Evet	125	4,1680	,60909	,05448	0,61
	Hayır	257	4,2018	,58659	,03659	
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	Evet	125	4,0672	,80720	,07220	0,78
	Hayır	257	4,0895	,69412	,04330	
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	Evet	125	4,3020	,58656	,05246	0,57
	Hayır	257	4,2656	,59560	,03715	
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	Evet	125	3,5320	,93755	,08386	0,90
	Hayır	257	3,5447	,93486	,05832	
Şiddet Görme Kaygısı	Evet	125	4,2453	,81336	,07275	0,99
	Hayır	257	4,2451	,69472	,04334	
Alınan Tıp Eğitimi	Evet	125	2,9240	1,2952	,11585	0,64
	Hayır	257	2,9903	1,2705	,07925	
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	Evet	125	3,5413	,97059	,08681	0,86
	Hayır	257	3,5590	,91292	,05695	

Tablo 44 incelendiğinde defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemi ile ilgili sonuçları boyutunda defansif tıp kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmama durumuna göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda defansif tıp kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmama durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). Defansif tıp kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip olan hekimler, olmayanlara kıyasla defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemi ile ilgili olumsuz sonuçları olduğunu daha çok düşünmektedir.

4.6.2.12. Meslek Hayatınız Boyunca Size Daha Önce Malpraktis Nedeniyle Dava Açıldı mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin kendilerine daha önce malpraktis nedeniyle dava açılıp açılmaması durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem T-Testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 45'te gösterilmektedir.

Tablo 45: Meslek Hayatınız Boyunca Size Daha Önce Malpraktis Nedeniyle Dava Açıldı mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	26	3,7912	,70939	,13912	0,21
	Hayır	356	3,5883	,80538	,04269	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	26	3,8162	,75027	,14714	0,22
	Hayır	356	3,6149	,81284	,04308	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	26	3,7462	1,0000	,19613	0,32
	Hayır	356	3,5404	1,0643	,05641	
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	Evet	26	3,7458	,44910	,08808	0,75
	Hayır	356	3,7156	,58944	,03124	
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	Evet	26	3,8352	,90864	,17820	0,66
	Hayır	356	3,9161	,76064	,04031	
Hekimlere Fayda Sağlar	Evet	26	3,2692	1,2266	,24056	0,28
	Hayır	356	3,5421	1,0439	,05533	
Hastalar İçin Zararlıdır	Evet	26	3,8846	,71144	,13953	0,30
	Hayır	356	3,7285	,88524	,04692	
Hastalara Fayda Sağlar	Evet	26	2,8333	,92976	,18234	0,87
	Hayır	356	2,8024	1,0638	,05638	
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Evet	26	4,1923	,76206	,14945	0,33
	Hayır	356	4,0365	,85046	,04507	
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	Evet	26	4,0151	,55789	,10941	0,49
	Hayır	356	3,9357	,51907	,02751	

Tablo 45: Meslek Hayatınız Boyunca Size Daha Önce Malpraktis Nedeniyle Dava Açıldı mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Evet	26	4,3791	,48646	,09540	0,05
	Hayır	356	4,1770	,59878	,03174	
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	Evet	26	4,0923	,96703	,18965	0,96
	Hayır	356	4,0815	,71364	,03782	
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	Evet	26	4,2596	,51225	,10046	0,86
	Hayır	356	4,2788	,59816	,03170	
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	Evet	26	3,7115	,99170	,19449	0,37
	Hayır	356	3,5281	,93046	,04931	
Şiddet Görme Kaygısı	Evet	26	3,9744	1,0621	,20831	0,05
	Hayır	356	4,2650	,70278	,03725	
Alınan Tıp Eğitimi	Evet	26	3,3462	1,4406	,28253	0,17
	Hayır	356	2,9410	1,2624	,06691	
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	Evet	26	3,6026	,78327	,15361	0,74
	Hayır	356	3,5496	,94166	,04991	

Tablo 45 incelendiğinde tüm boyutlarda daha önce malpraktis nedeniyle dava açılıp açılmaması durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$).

4.6.2.13. Mesleğinizi İcra Ederken Malpraktis Nedeniyle Size Dava Açılacağından Endişe Ediyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin kendilerine daha önce malpraktis nedeniyle dava açılıp açılmaması durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 45'te gösterilmektedir.

Tablo 46: Meslek Hayatınız Boyunca Size Daha Önce Malpraktis Nedeniyle Dava Açıldı mı? Sorusuna Verilen Cevaplara Göre Farklılıklar

Boyutlar		Branş	N	X	S.S.	F	p	Fark
Defansif Uygulamaları	Tıp	a-Evet	210	3,7561	,73402	11,565	0,00	a>b
		b-Hayır	22	3,0714	,96564			a>c
		c-Kısmen	150	3,4643	,80947			
Pozitif Defansif Uygulamaları	Tıp	a-Evet	210	3,7656	,75283	8,396	0,00	a>b
		b-Hayır	22	3,1919	1,09468			a>c
		c-Kısmen	150	3,5007	,80017			
Negatif Defansif Uygulamaları	Tıp	a-Evet	210	3,7390	1,00530	10,054	0,00	a>b
		b-Hayır	22	2,8545	1,12153			a>c
		c-Kısmen	150	3,3987	1,06500			
Defansif Uygulamalarının Sonuçları	Tıp	a-Evet	210	3,7366	,57922	4,788	0,01	b<a
		b-Hayır	22	3,3498	,66095			b<c
		c-Kısmen	150	3,7449	,55533			
Hekimlik Zorlaştırır	Mesleğini	a-Evet	210	3,9340	,78235	1,304	0,27	
		b-Hayır	22	3,6558	,93798			
		c-Kısmen	150	3,9152	,72468			
Hekimlere Fayda Sağlar		a-Evet	210	3,5167	1,09848	0,906	0,40	
		b-Hayır	22	3,2500	,90960			
		c-Kısmen	150	3,5733	1,01893			
Hastalar İçin Zararlıdır		a-Evet	210	3,7595	,87251	5,181	0,01	b<a
		b-Hayır	22	3,1667	1,12570			b<c
		c-Kısmen	150	3,7944	,81086			
Hastalara Fayda Sağlar		a-Evet	210	2,8143	1,02126	0,068	0,93	
		b-Hayır	22	2,7273	1,16217			
		c-Kısmen	150	2,8022	1,08964			
Sağlık Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Sistemini	a-Evet	210	4,0743	,83729	4,035	0,02	b<a
		b-Hayır	22	3,5545	1,22813			b<c
		c-Kısmen	150	4,0813	,76854			
Defansif Uygulamalarının Öncülleri	Tıp	a-Evet	210	3,9736	,52790	0,949	0,39	
		b-Hayır	22	3,8718	,60586			
		c-Kısmen	150	3,9057	,49910			
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı		a-Evet	210	4,2381	,58583	1,493	0,23	
		b-Hayır	22	4,1234	,71264			
		c-Kısmen	150	4,1343	,58358			
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı		a-Evet	210	4,1048	,77403	0,221	0,80	
		b-Hayır	22	4,0545	,70151			
		c-Kısmen	150	4,0547	,67750			
Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar		a-Evet	210	4,2810	,58968	0,013	0,99	
		b-Hayır	22	4,2614	,68347			
		c-Kısmen	150	4,2750	,58559			
Hekim İtibarını Koruma Kaygısı		a-Evet	210	3,5702	,94217	1,088	0,34	
		b-Hayır	22	3,2614	,98946			
		c-Kısmen	150	3,5400	,91505			
Şiddet Görme Kaygısı		a-Evet	210	4,2746	,78343	0,376	0,69	
		b-Hayır	22	4,1970	,83355			
		c-Kısmen	150	4,2111	,64670			
Alınan Tıp Eğitimi		a-Evet	210	2,9976	1,29454	0,514	0,60	
		b-Hayır	22	3,1591	1,03953			
		c-Kısmen	150	2,9000	1,28752			
Hekimlerin Odaklı Çabası	Hasta Davranma	a-Evet	210	3,6159	,92778	1,097	0,33	
		b-Hayır	22	3,4242	1,06001			
		c-Kısmen	150	3,4844	,91519			

Tablo 46 incelendiğinde defansif tıp uygulamaları, pozitif defansif tıp uygulamaları, negatif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının sonuçları, defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlıdır boyutu ve defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutlarında mesleği icra ederken malpraktis davası açılması konusunda endişe duyulup duyulmaması durumuna göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise mesleği icra ederken malpraktis davası açılması konusunda endişe duyulup duyulmaması durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). Defansif tıp uygulamaları, pozitif defansif tıp uygulamaları ve negatif defansif tıp uygulamaları boyutlarında mesleğini icra ederken kendisine malpraktis davası açılması konusunda endişe duyanlarla kısmen endişe duyanlar ve bu konuda endişesi olmayanlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Mesleğini icra ederken kendisine malpraktis davası açılması konusunda endişe duyanlar, kısmen endişe duyanlara ve bu konuda endişesi bulunmayanlara kıyasla daha fazla defansif tıp, pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp uygulamaktadır.

Defansif tıp uygulamalarının sonuçları, defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlıdır boyutu ve defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutlarında mesleğini icra ederken kendisine malpraktis davası açılması konusunda endişesi bulunmayanlarla bu konuda endişeli olanlar ve kısmen endişesi bulunanlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Mesleğini icra ederken kendisine malpraktis davası açılması endişesi bulunmayanlar, bu konuda endişeli olanlar ve kısmen endişesi bulunanlara kıyasla defansif tıp uygulamalarının olumsuz sonuçları olduğunu, hastalar için zararları olduğunu ve sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azalttığını daha az düşünmektedir.

4.6.2.14. Malpraktis Davalarının Hekimlik Performansınıza Etkisi Olacağını Düşünüyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin kendilerine daha önce malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüp düşünmeme durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem T-Testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 46’da gösterilmektedir.

Tablo 47: Malpraktis Davalarının Hekimlik Performansınıza Etkisi Olacağını Düşünüyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	358	3,6097	,80263	,04242	0,46
	Hayır	24	3,4881	,76690	,15654	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	358	3,6285	,80821	,04272	0,99
	Hayır	24	3,6296	,84472	,17243	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	358	3,5760	1,0682	,05646	0,08
	Hayır	24	3,2333	,88988	,18165	
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	Evet	358	3,7236	,57431	,03035	0,51
	Hayır	24	3,6286	,67417	,13761	
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	Evet	358	3,9158	,76213	,04028	0,66
	Hayır	24	3,8333	,90121	,18396	
Hekimlere Fayda Sağlar	Evet	358	3,5349	1,0509	,05555	0,47
	Hayır	24	3,3542	1,1654	,23789	
Hastalar İçin Zararlıdır	Evet	358	3,7588	,86654	,04580	0,13
	Hayır	24	3,4444	,95890	,19573	
Hastalara Fayda Sağlar	Evet	358	2,7793	1,0541	,05571	0,07
	Hayır	24	3,1806	1,0023	,20460	
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Evet	358	4,0542	,84739	,04479	0,52
	Hayır	24	3,9417	,81396	,16615	
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	Evet	358	3,9472	,51924	,02744	0,41
	Hayır	24	3,8497	,55638	,11357	
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Evet	358	4,2019	,58404	,03087	0,24
	Hayır	24	4,0238	,71325	,14559	
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	Evet	358	4,1039	,72856	,03851	0,03
	Hayır	24	3,7583	,72226	,14743	
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	Evet	358	4,2884	,58765	,03106	0,21
	Hayır	24	4,1146	,64681	,13203	
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	Evet	358	3,5377	,92883	,04909	0,83
	Hayır	24	3,5833	1,0364	,21157	
Şiddet Görme Kaygısı	Evet	358	4,2477	,73724	,03896	0,80
	Hayır	24	4,2083	,70753	,14442	
Alınan Tıp Eğitimi	Evet	358	2,9637	1,2839	,06786	0,76
	Hayır	24	3,0417	1,1970	,24435	
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	Evet	358	3,5382	,94393	,04989	0,12
	Hayır	24	3,7778	,68572	,13997	

Tablo 47 incelendiğinde medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı boyutunda malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceğini düşünenlerle düşünmeyenler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceğini düşünenlerle düşünmeyenler arasında anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). Malpraktis davalarının hekimlik performansını

etkileyeceğini düşünenler, düşünmeyenlere kıyasla medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısının defansif tıp uygulamalarına neden olacağını daha fazla düşünmektedir.

4.6.2.15. Malpraktis Davalarının Artması Uzmanlık Alanı Tercihlerinizi Etkiler/Etkiledi mi? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin malpraktis davalarının artmasının uzmanlık alanı tercihlerini etkileyeceğini düşünüp düşünmeme durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem T-Testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 48’de gösterilmektedir.

Tablo 48: Malpraktis Davalarının Artması Uzmanlık Alanı Tercihlerinizi Etkiler/Etkiledi mi? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	272	3,6880	,74331	,04507	0,00
	Hayır	110	3,3896	,89412	,08525	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	272	3,6642	,76368	,04630	0,18
	Hayır	110	3,5404	,91048	,08681	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	272	3,7309	1,0120	,06137	0,00
	Hayır	110	3,1182	1,0545	,10055	
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	Evet	272	3,6870	,59399	,03602	0,09
	Hayır	110	3,7933	,54103	,05159	
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	Evet	272	3,8918	,79355	,04812	0,43
	Hayır	110	3,9571	,71167	,06786	
Hekimlere Fayda Sağlar	Evet	272	3,5974	1,0338	,06269	0,04
	Hayır	110	3,3409	1,0982	,10471	
Hastalar İçin Zararlıdır	Evet	272	3,6942	,91296	,05536	0,11
	Hayır	110	3,8500	,76425	,07287	
Hastalara Fayda Sağlar	Evet	272	2,7451	1,0170	,06167	0,10
	Hayır	110	2,9515	1,1322	,10796	
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Evet	272	3,9926	,87622	,05313	0,03
	Hayır	110	4,1818	,74811	,07133	

Tablo 48: Malpraktis Davalarının Artması Uzmanlık Alanı Tercihlerinizi Etkiler/Etkiledi mi? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	Evet	272	3,9630	,49559	,03005	0,23
	Hayır	110	3,8870	,57923	,05523	
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Evet	272	4,2311	,57669	,03497	0,04
	Hayır	110	4,0909	,62457	,05955	
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	Evet	272	4,1331	,68667	,04164	0,04
	Hayır	110	3,9564	,82368	,07853	
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	Evet	272	4,3061	,56768	,03442	0,16
	Hayır	110	4,2068	,64596	,06159	
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	Evet	272	3,5395	,90994	,05517	0,97
	Hayır	110	3,5432	,99705	,09506	
Şiddet Görme Kaygısı	Evet	272	4,3076	,70183	,04255	0,01
	Hayır	110	4,0909	,79230	,07554	
Alınan Tıp Eğitimi	Evet	272	2,9063	1,2320	,07470	0,15
	Hayır	110	3,1227	1,3767	,13126	
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	Evet	272	3,5208	,96281	,05838	0,26
	Hayır	110	3,6333	,84587	,08065	

Tablo 48 incelendiğinde defansif tıp uygulamaları, negatif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar, defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır, şikayet ve dava edilme kaygısı, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı ve şiddet görme kaygısı malpraktis davalarının artmasının uzmanlık alan tercihlerini etkileyeceğini düşünenlerle düşünmeyenler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise malpraktis davalarının artmasının uzmanlık alan tercihlerini etkileyeceğini düşünenlerle düşünmeyenler arasında anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). Malpraktis davalarının artmasının uzmanlık alan tercihlerini etkileyeceğini düşünenler, düşünmeyenlere kıyasla defansif tıp uygulamalarını ve negatif defansif tıp uygulamalarını daha fazla uygulamaktadır. Malpraktis davalarının artmasının uzmanlık alan tercihlerini etkileyeceğini düşünenler, düşünmeyenlere

kıyasla defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltacağını daha az düşünmektedir. Malpraktis davalarının artmasının uzmanlık alan tercihlerini etkileyeceğini düşünenler, düşünmeyenlere kıyasla defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlayacağını daha fazla düşünmektedir. Malpraktis davalarının artmasının uzmanlık alan tercihlerini etkileyeceğini düşünenler, düşünmeyenlere kıyasla şikayet ve dava edilme kaygısı, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı ve şiddet görme kaygısının defansif tıp uygulamalarına neden olduğuna daha fazla katılmaktadır.

4.6.2.16. Mesleki Uygulamalarınız Nedeniyle Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Sözlü Şiddete Maruz Kaldınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kalıp kalmama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem T-Testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 49’da gösterilmektedir.

Tablo 49: Mesleki Uygulamalarınız Nedeniyle Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Sözlü Şiddete Maruz Kaldınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	324	3,6197	,76667	,04259	0,31
	Hayır	58	3,5037	,96728	,12701	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	324	3,6437	,77532	,04307	0,39
	Hayır	58	3,5441	,98190	,12893	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	324	3,5765	1,0473	,05819	0,34
	Hayır	58	3,4310	1,1306	,14846	
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	Evet	324	3,7228	,57576	,03199	0,68
	Hayır	58	3,6889	,61097	,08022	
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	Evet	324	3,9206	,77963	,04331	0,53
	Hayır	58	3,8547	,72126	,09471	
Hekimlere Fayda Sağlar	Evet	324	3,5386	1,0575	,05875	0,52
	Hayır	58	3,4397	1,0640	,13972	

Tablo 49: Mesleki Uygulamalarınız Nedeniyle Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Sözlü Şiddete Maruz Kaldınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Hastalar İçin Zararlıdır	Evet	324	3,7269	,86412	,04801	0,54
	Hayır	58	3,8075	,93596	,12290	
Hastalara Fayda Sağlar	Evet	324	2,8117	1,0569	,05872	0,75
	Hayır	58	2,7644	1,0466	,13744	
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Evet	324	4,0611	,83431	,04635	0,44
	Hayır	58	3,9690	,90442	,11876	
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	Evet	324	3,9602	,51733	,02874	0,10
	Hayır	58	3,8344	,53572	,07034	
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Evet	324	4,2112	,59104	,03284	0,12
	Hayır	58	4,0764	,59909	,07866	
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	Evet	324	4,1019	,72385	,04021	0,24
	Hayır	58	3,9724	,77364	,10158	
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	Evet	324	4,2948	,57246	,03180	0,24
	Hayır	58	4,1810	,68951	,09054	
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	Evet	324	3,5633	,92368	,05132	0,29
	Hayır	58	3,4138	,99180	,13023	
Şiddet Görme Kaygısı	Evet	324	4,2634	,73061	,04059	0,27
	Hayır	58	4,1437	,75474	,09910	
Alınan Tıp Eğitimi	Evet	324	2,9830	1,2871	,07151	0,59
	Hayır	58	2,8879	1,2284	,16131	
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	Evet	324	3,5700	,93672	,05204	0,37
	Hayır	58	3,4598	,90014	,11819	

Tablo 49 incelendiğinde tüm boyutlarda mesleki uygulamalar nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kalıp kalmama durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

4.6.2.17. Mesleki Uygulamalarınız Nedeniyle Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Fiziksel Şiddete Maruz Kaldınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalıp kalmama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem T-Testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 50’de gösterilmektedir.

Tablo 50: Mesleki Uygulamalarınız Nedeniyle Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Fiziksel Şiddete Maruz Kaldınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	72	3,4246	,87366	,10296	0,05
	Hayır	310	3,6433	,77763	,04417	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	72	3,4460	,86740	,10222	0,04
	Hayır	310	3,6710	,79078	,04491	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	72	3,3861	1,1778	,13881	0,17
	Hayır	310	3,5935	1,0290	,05844	
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	Evet	72	3,6250	,63450	,07478	0,16
	Hayır	310	3,7391	,56621	,03216	
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	Evet	72	3,6964	,87996	,10370	0,01
	Hayır	310	3,9604	,73548	,04177	
Hekimlere Fayda Sağlar	Evet	72	3,6111	1,0754	,12674	0,44
	Hayır	310	3,5032	1,0543	,05988	
Hastalar İçin Zararlıdır	Evet	72	3,6134	,97858	,11533	0,18
	Hayır	310	3,7683	,84771	,04815	
Hastalara Fayda Sağlar	Evet	72	2,8287	1,0977	,12937	0,83
	Hayır	310	2,7989	1,0455	,05938	
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Evet	72	4,0222	,91285	,10758	0,79
	Hayır	310	4,0529	,82958	,04712	
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	Evet	72	4,0332	,52178	,06149	0,10
	Hayır	310	3,9197	,51983	,02952	

Tablo 50: Mesleki Uygulamalarınız Nedeniyle Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Fiziksel Şiddete Maruz Kaldınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Evet	72	4,2282	,65341	,07700	0,58
	Hayır	310	4,1820	,57945	,03291	
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	Evet	72	4,1556	,70589	,08319	0,33
	Hayır	310	4,0652	,73806	,04192	
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	Evet	72	4,3194	,55542	,06546	0,48
	Hayır	310	4,2677	,60077	,03412	
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	Evet	72	3,6146	,95307	,11232	0,46
	Hayır	310	3,5234	,93089	,05287	
Şiddet Görme Kaygısı	Evet	72	4,4120	,56362	,06642	0,01
	Hayır	310	4,2065	,76443	,04342	
Alınan Tıp Eğitimi	Evet	72	3,1319	1,3991	,16489	0,26
	Hayır	310	2,9306	1,2466	,07081	
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	Evet	72	3,7731	,90526	,10669	0,02
	Hayır	310	3,5022	,93081	,05287	

Tablo 50 incelendiğinde pozitif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamaları sonuçlarının hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutu, şiddet görme kaygısı ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutlarında mesleki uygulamalar nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalıp kalmama durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise mesleki uygulamalar nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalıp kalmama durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Mesleki uygulamalar nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalan hekimler maruz kalmayanlara kıyasla daha fazla pozitif defansif tıp uygulamalarına başvurmaktadır. Mesleki uygulamalar nedeniyle hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalan hekimler maruz kalmayanlara kıyasla defansif tıp uygulamalarının hekimlik mesleğini zorlaştırdığını daha az düşünmektedir. Aynı şekilde mesleki uygulamalar nedeniyle hasta

veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalan hekimler maruz kalmayanlara kıyasla şiddet görme kaygısı ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabasının defansif tıp uygulamalarına neden olduğuna daha fazla katılmaktadır.

4.6.2.18. Hasta ve Hasta Yakınlarının Sözlü ve Fiziksel Şiddet Saldırılarından Korunmak İçin Defansif Tıp Uyguladınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin hasta veya hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uygulayıp uygulamama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem T-Testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 51’de gösterilmektedir.

Tablo 51: Hasta ve Hasta Yakınlarının Sözlü ve Fiziksel Şiddet Saldırılarından Korunmak İçin Defansif Tıp Uyguladınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	252	3,7044	,70189	,04421	0,00
	Hayır	130	3,4038	,93364	,08189	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	252	3,7037	,72015	,04537	0,01
	Hayır	130	3,4829	,94521	,08290	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	252	3,7056	,96956	,06108	0,00
	Hayır	130	3,2615	1,1658	,10225	
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	Evet	252	3,7604	,58535	,03687	0,04
	Hayır	130	3,6348	,56413	,04948	
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	Evet	252	3,9637	,75149	,04734	0,07
	Hayır	130	3,8077	,79901	,07008	
Hekimlere Fayda Sağlar	Evet	252	3,5873	1,0554	,06648	0,10
	Hayır	130	3,4000	1,0554	,09257	
Hastalar İçin Zararlıdır	Evet	252	3,7659	,89393	,05631	0,40
	Hayır	130	3,6872	,83682	,07339	
Hastalara Fayda Sağlar	Evet	252	2,8148	1,0414	,06561	0,79
	Hayır	130	2,7846	1,0822	,09492	

Tablo 51: Hasta ve Hasta Yakınlarının Sözlü ve Fiziksel Şiddet Saldırılarından Korunmak İçin Defansif Tıp Uyguladınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Evet	252	4,1056	,82942	,05225	0,06
	Hayır	130	3,9338	,86567	,07592	
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	Evet	252	3,9865	,51148	,03222	0,02
	Hayır	130	3,8530	,53112	,04658	
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Evet	252	4,2540	,54114	,03409	0,00
	Hayır	130	4,0681	,66893	,05867	
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	Evet	252	4,1175	,71979	,04534	0,20
	Hayır	130	4,0138	,75336	,06607	
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	Evet	252	4,3016	,57748	,03638	0,28
	Hayır	130	4,2308	,61915	,05430	
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	Evet	252	3,5903	,92929	,05854	0,15
	Hayır	130	3,4442	,94072	,08251	
Şiddet Görme Kaygısı	Evet	252	4,2857	,73092	,04604	0,13
	Hayır	130	4,1667	,73810	,06474	
Alınan Tıp Eğitimi	Evet	252	3,0238	1,2809	,08069	0,24
	Hayır	130	2,8615	1,2683	,11124	
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	Evet	252	3,5952	,92776	,05844	0,22
	Hayır	130	3,4718	,93527	,08203	

Tablo 51 incelendiğinde defansif tıp uygulamaları, pozitif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının sonuçları, defansif tıp uygulamalarının öncülleri ve şikayet ve dava edilme kaygısı boyutlarında mesleki uygulamalar nedeniyle hasta veya hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uygulayıp uygulamama durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise hasta veya hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uygulayıp uygulamama durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Hasta veya hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uygulayan hekimler

uygulamayanlara kıyasla daha fazla defansif tıp, pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp uygulamalarına başvurmaktadır. Aynı şekilde hasta veya hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uygulayan hekimler uygulamayanlara kıyasla defansif tıp uygulamalarının olumsuz sonuçları olduğunu daha fazla düşünmektedir. Hasta veya hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uygulayan hekimler uygulamayanlara kıyasla genel olarak defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin ve şikayet ve dava edilme kaygısının defansif tıp uygulamalarına neden olduğuna daha fazla katılmaktadır.

4.6.2.19 Mesleki Sorumluluk Kurulu’nun Oluşturulmuş Olması ve Tazminatın Sadece Kasıt Durumlarında Hekime Rücu Edilmesi Uygulaması Defansif Tıbbi Yaklaşımlarınızı Etkiledi mi? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin Mesleki Sorumluluk Kurulu’nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulamasının defansif tıbbi yaklaşımları etkileyip etkilememesi durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem T-Testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 52’de gösterilmektedir.

Tablo 52: Mesleki Sorumluluk Kurulu’nun Oluşturulmuş Olması ve Tazminatın Sadece Kasıt Durumlarında Hekime Rücu Edilmesi Uygulaması Defansif Tıbbi Yaklaşımlarınızı Etkiledi mi? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	153	3,6443	,75980	,06143	0,39
	Hayır	229	3,5739	,82622	,05460	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	153	3,6797	,77295	,06249	0,31
	Hayır	229	3,5944	,83278	,05503	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	153	3,5804	1,0282	,08313	0,69
	Hayır	229	3,5371	1,0828	,07156	
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	Evet	153	3,7863	,60577	,04897	0,06
	Hayır	229	3,6717	,55971	,03699	

Tablo 52: Mesleki Sorumluluk Kurulu’nun Oluşturulmuş Olması ve Tazminatın Sadece Kasıt Durumlarında Hekime Rücu Edilmesi Uygulaması Defansif Tıbbi Yaklaşımlarınızı Etkiledi mi? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	Evet	153	3,8686	,68771	,05560	0,30
	Hayır	229	3,7952	,65587	,04334	
Hekimlere Fayda Sağlar	Evet	153	3,5091	,69209	,05595	0,06
	Hayır	229	3,3731	,66596	,04401	
Hastalar İçin Zararlıdır	Evet	153	3,9486	,81187	,06564	0,44
	Hayır	229	3,8852	,74232	,04905	
Hastalara Fayda Sağlar	Evet	153	3,5882	1,0777	,08713	0,33
	Hayır	229	3,4803	1,0443	,06901	
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Evet	153	3,8257	,88137	,07125	0,11
	Hayır	229	3,6812	,86717	,05730	
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	Evet	153	2,8758	1,0442	,08442	0,28
	Hayır	229	2,7569	1,0603	,07007	
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Evet	153	4,1905	,57166	,04622	0,99
	Hayır	229	4,1909	,60883	,04023	
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	Evet	153	4,1268	,61420	,04965	0,33
	Hayır	229	4,0524	,80113	,05294	
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	Evet	153	4,2190	,58512	,04730	0,11
	Hayır	229	4,3166	,59483	,03931	
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	Evet	153	3,6078	,89257	,07216	0,24
	Hayır	229	3,4956	,96085	,06349	
Şiddet Görme Kaygısı	Evet	153	4,2505	,61923	,05006	0,91
	Hayır	229	4,2416	,80376	,05311	
Alınan Tıp Eğitimi	Evet	153	3,1340	1,2367	,09999	0,04
	Hayır	229	2,8581	1,2946	,08555	
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	Evet	153	3,6187	,87226	,07052	0,25
	Hayır	229	3,5095	,96757	,06394	

Tablo 52 incelendiğinde alınan tıp eğitimi boyutunda Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulamasının defansif tıbbi yaklaşımları etkileyip etkilememesi durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulamasının defansif tıbbi yaklaşımları etkileyip etkilememesi durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulamasının defansif tıbbi yaklaşımları etkilediğini düşünen hekimler düşünmeyenlere kıyasla alınan tıp eğitiminin defansif tıp uygulamaları üzerinde etkili olduğuna daha fazla katılmaktadır.

4.6.2.20. Tazminatın Size Rücu Edilmesi Durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın Yeterli Teminatı Sağlayacağına Güveniyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin tazminatın kendilerine rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güvenip güvenmemeleri durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 52'de gösterilmektedir.

Tablo 53: Tazminatın Size Rücu Edilmesi Durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın Yeterli Teminatı Sağlayacağına Güveniyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara Göre Farklılıklar

Boyutlar	Branş	N	X	S.S.	F	p	Fark
Defansif Tıp Uygulamaları	a-Evet	17	3,5210	,64026	0,097	0,91	
	b-Hayır	241	3,6091	,84897			
	c-Kısmen	124	3,5997	,72236			
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	a-Evet	17	3,8105	,70685	0,481	0,62	
	b-Hayır	241	3,6279	,85191			
	c-Kısmen	124	3,6048	,73693			
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	a-Evet	17	3,0000	,87178	2,460	0,09	
	b-Hayır	241	3,5751	1,08415			
	c-Kısmen	124	3,5903	1,02199			
Defansif Uygulamalarının Sonuçları	a-Evet	17	3,6010	,53432	2,435	0,09	
	b-Hayır	241	3,7673	,57226			
	c-Kısmen	124	3,6371	,59547			
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	a-Evet	17	3,8571	,96097	0,600	0,55	
	b-Hayır	241	3,9437	,72969			
	c-Kısmen	124	3,8537	,82105			
Hekimlere Fayda Sağlar	a-Evet	17	3,0294	,92653	1,952	0,14	
	b-Hayır	241	3,5477	1,05119			
	c-Kısmen	124	3,5444	1,07826			

Tablo 53: Tazminatın Size Rücu Edilmesi Durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın Yeterli Teminatı Sağlayacağına Güveniyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara Göre Farklılıklar (Devamı)

Boyutlar	Branş	N	X	S.S.	F	p	Fark
Hastalar İçin Zararlıdır	a-Evet	17	3,3725	,87506	4,004	0,02	b>a b>c
	b-Hayır	241	3,8278	,85308			
	c-Kısmen	124	3,6169	,89488			
Hastalara Fayda Sağlar	a-Evet	17	3,3333	1,08012	2,317	0,10	
	b-Hayır	241	2,7939	1,09140			
	c-Kısmen	124	2,7527	,96166			
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	a-Evet	17	3,9059	,86925	2,419	0,09	
	b-Hayır	241	4,1195	,82643			
	c-Kısmen	124	3,9258	,86690			
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	a-Evet	17	3,8908	,61955	0,194	0,82	
	b-Hayır	241	3,9342	,53705			
	c-Kısmen	124	3,9614	,47809			
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	a-Evet	17	3,9916	,61750	1,027	0,36	
	b-Hayır	241	4,1950	,59361			
	c-Kısmen	124	4,2097	,58984			
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	a-Evet	17	3,6941	,81889	2,551	0,08	
	b-Hayır	241	4,1071	,78528			
	c-Kısmen	124	4,0871	,58947			
Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	a-Evet	17	4,0882	,39470	2,107	0,12	
	b-Hayır	241	4,3205	,60785			
	c-Kısmen	124	4,2198	,57699			
Hekim İtibarını Koruma Kaygısı	a-Evet	17	3,7206	1,34304	1,258	0,28	
	b-Hayır	241	3,4844	,92788			
	c-Kısmen	124	3,6250	,87913			
Şiddet Görme Kaygısı	a-Evet	17	4,1176	,90478	0,649	0,52	
	b-Hayır	241	4,2752	,77241			
	c-Kısmen	124	4,2043	,62860			
Alınan Tıp Eğitimi	a-Evet	17	3,4412	1,35649	1,439	0,24	
	b-Hayır	241	2,9149	1,28210			
	c-Kısmen	124	3,0081	1,25261			
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	a-Evet	17	4,0196	,95358	4,367	0,01	a>b
	b-Hayır	241	3,4606	,94694			
	c-Kısmen	124	3,6694	,86953			

Tablo 53 incelendiğinde defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlıdır boyutu ve hekimlerin hasta odaklı davranma çabası boyutunda tazminatın kendilerine rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güvenip güvenmemeleri durumuna göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise tazminatın kendilerine rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güvenip güvenmemeleri durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$). Tazminatın kendilerine rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güvenen hekimler, güvenmeyenlere kıyasla hekimlerin hasta odaklı davranma çabalarının defansif tıp

uygulamalarına neden olduğuna daha fazla katılmaktadır. Tazminatın kendilerine rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağına güvenmeyen hekimler, güvenenlere ve kısmen güvenenlere kıyasla defansif tıp uygulamalarının hastalar için zararlı olduğuna daha fazla katılmaktadır.

4.6.2.21. Alanınızdaki Güncel Gelişmeleri ve Klinik Kılavuzları Takip Ediyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıkların İncelenmesi

Katılımcıların araştırma değişkenlerine katılım düzeylerinin alandaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip edip etmeme durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem T-Testi yapılmıştır. Testin sonuçları Tablo 53'te gösterilmektedir.

Tablo 54: Alanınızdaki Güncel Gelişmeleri ve Klinik Kılavuzları Takip Ediyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	301	3,5816	,79681	,04593	0,34
	Hayır	81	3,6781	,81223	,09025	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	301	3,6286	,80706	,04652	0,99
	Hayır	81	3,6283	,82312	,09146	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Evet	301	3,4970	1,0576	,06096	0,04
	Hayır	81	3,7679	1,0485	,11651	
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	Evet	301	3,7045	,59064	,03404	0,37
	Hayır	81	3,7665	,54206	,06023	
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	Evet	301	3,8980	,78738	,04538	0,51
	Hayır	81	3,9577	,70691	,07855	
Hekimlere Fayda Sağlar	Evet	301	3,4635	1,0771	,06209	0,02
	Hayır	81	3,7469	,95565	,10618	
Hastalar İçin Zararlıdır	Evet	301	3,7243	,88203	,05084	0,51
	Hayır	81	3,7942	,84954	,09439	
Hastalara Fayda Sağlar	Evet	301	2,8029	1,0615	,06119	0,95
	Hayır	81	2,8107	1,0327	,11475	

Tablo 54: Alanınızdaki Güncel Gelişmeleri ve Klinik Kılavuzları Takip Ediyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara İlişkin Farklılıklar (Devamı)

Puan	Cevap	N	X	ss	sh	p
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	Evet	301	4,0472	,85137	,04907	0,99
	Hayır	81	4,0469	,82479	,09164	
Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri	Evet	301	3,9362	,51790	,02985	0,73
	Hayır	81	3,9594	,53713	,05968	
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Evet	301	4,1879	,57906	,03338	0,87
	Hayır	81	4,2011	,64791	,07199	
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	Evet	301	4,0532	,74483	,04293	0,12
	Hayır	81	4,1901	,67594	,07510	
Çalışma Çevresinden Kaynaklanan Baskılar	Evet	301	4,2832	,56691	,03268	0,74
	Hayır	81	4,2562	,68119	,07569	
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	Evet	301	3,5374	,95680	,05515	0,89
	Hayır	81	3,5525	,85213	,09468	
Şiddet Görme Kaygısı	Evet	301	4,2259	,75664	,04361	0,28
	Hayır	81	4,3169	,64528	,07170	
Alınan Tıp Eğitimi	Evet	301	3,0166	1,2818	,07388	0,16
	Hayır	81	2,7901	1,2521	,13913	
Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası	Evet	301	3,5460	,95210	,05488	0,77
	Hayır	81	3,5802	,85274	,09475	

Tablo 54 incelendiğinde negatif defansif tıp uygulamaları ve defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar boyutlarında alandaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip edip etmeme durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise alandaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip edip etmeme durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Alandaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip eden hekimler, takip etmeyenlere kıyasla negatif defansif tıp uygulamalarını daha az uygulamaktadır. Alandaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip eden hekimler, takip etmeyenlere kıyasla defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlayacağına daha az katılmaktadır.

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu çalışma hekimleri, sağlık çalışanlarını, halkı, sağlık sisteminin işlerliğini, halkın iyi sağlık alma hakkını doğrudan etkileyen ve sık karşılaşılan defansif tıbbi uygulamaları, defansif tıbbi uygulamaların nedenleri ve sonuçlarının araştırılması, yaygınlığının tespit edilmesi, hukuki sorumluluğun farkındalığı amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla öncelikle literatür taranmıştır. Daha sonra anket çalışması ile Ankara’da görev yapan hekimlere defansif tıp tutumları, defansif tıp uygulamalarının muhtemel nedenleri, defansif tıbbi uygulamaların hekimler, hastalar ve sağlık sistemi açısından olumlu ve olumsuz sonuçları konularında katılım düzeylerini sorarak, elde edilen sonuçlar tartışılmıştır.

Çalışmamıza 193 kadın hekim (%50,5) ve 189 erkek hekim (%49,5) olmak üzere toplam 382 hekim katılmıştır. Çalışmamızda, hekimlerin önemli bir kısmının daha önce defansif tıp kavramını duyduğu (%79,1) görülmüştür. 25-34 yaş grubundaki hekimlerin defansif tıp kavramını daha önce duymuş olma oranı diğer yaş gruplarına göre daha fazladır. Bu durum defansif tıbbi uygulamaların genç hekimler arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir ve son yıllarda yapılan defansif tıbbi uygulamalar konusunda yapılan akademik çalışmaların bu oranda etkili olduğu söylenebilir. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyduğunu beyan eden hekimlerin oranı ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde görülmüştür. 2008 yılında Aynacı’nın yaptığı çalışmada defansif tıp kavramını duymuş olduğunu belirten hekimlerin oranı sadece %6,11’dir. (Aynacı, 2008) Ancak daha sonra yapılan çalışmalarda bu oran yükselmiştir. Kolcu’nun yaptığı çalışmada bu oran %82,3(Kolcu, 2013), Alkan’ın çalışmasında %83,9(Alkan, 2022), Öztürk’ün çalışmasında %77,5(Öztürk, 2021) çıkmıştır.

Defansif tıp uygulamaları kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu söyleyen hekimlerin oranının sadece %32,7 olduğu görülmüştür. Defansif tıp hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirten hekimlerin oranı yapılan diğer çalışmalara göre benzer ve kısmen yüksek çıkmıştır. (Başer ve diğerleri, 2014; Öztürk, 2021) Aynacı’nın çalışmasında defansif tıbbin içeriğini bildiğini söyleyen hekimlerin oranı ise sadece %4,11’dir. (Aynacı, 2008)

Defansif tıp kavramı hakkındaki bilgi düzeyinin çok düşük olduğu ve ülkemizde defansif tıp konusunda yapılan ilk detaylı çalışma olan Aynacı'nın çalışmasının üzerinden geçen yaklaşık 16 yılda defansif tıp kavramını duyan hekim sayısının oldukça arttığı söylenebilir. Ancak defansif tıbbi uygulamaların içeriğine dair yeterli bilgi sahibi olduğunu söyleyen hekimlerin oranı hala çok düşük düzeydedir. Defansif tıbbın sonuçları düşünüldüğünde hekimlerin defansif tıbbi uygulamalar hakkındaki bilgi seviyesinin yeterli düzeye gelmesi için eğitim faaliyetlerinin artırılması gerektiği açıktır.

Malpraktis nedeniyle dava açılan hekim oranı çok düşük(%6,8) olmasına rağmen malpraktis davası açılacağından endişe eden hekim oranı oldukça yüksektir. Hekimlerin sadece %5,8'i kendisine dava açılacağından endişe etmemektedir. Aynı zamanda malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceğini ifade eden hekimlerin oranı %93,7'dir. Genç hekimlerde malpraktis davalarından etkileneneğini ifade eden hekim oranı daha fazlayken yaş ilerledikçe bu oran düşme eğilimindedir. Bu sonuçlar, meslektaşlara açılan davaların ve bu davaların medyada abartılarak yer bulmasının hekimleri etkilediğini göstermektedir. Aynı zamanda malpraktis davalarından duyulan endişenin defansif tıp uygulamalarının ciddi bir öncülü olduğu söylenebilir.

Defansif tıp uygulamaları ve pozitif defansif tıp uygulamaları genç hekimlerde daha fazla kullanılmaktadır. Ancak negatif defansif tıp uygulamaları 55 yaş ve üzerinde daha az kullanılsa da 55 yaşa kadar olan hekimlerde anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır. Genç hekimlerin daha fazla defansif tıbbi uygulamalara yöneldiği ve özellikle pozitif defansif tıp uyguladıkları görülmüştür. Aynı zamanda mesleki tecrübesi daha fazla olan hekimlerin daha az defansif yaklaştığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde de genç hekimlerin ve mesleki tecrübesi az olan hekimlerin daha fazla defansif tıp uyguladıkları görülmektedir. (Kartal, 2023; Kolcu, 2013; Ortashi ve diğerleri, 2013) Mesleki tecrübenin, ne derece önemli olduğu ve defansif yaklaşımların önüne geçtiği görülmektedir.

Cerrahi branşlarda pozitif ve negatif defansif tıp uygulama oranı dahili branşlara göre daha fazladır. Literatürde cerrahi branş hekimlerinin daha fazla defansif davrandığını gösteren bir çok çalışma vardır. (Banaz ve Yalçın Balçık, 2022; Din ve diğerleri, 2017; D. Özcan ve Alkan, 2021)

Malpraktis davalarının uzmanlık alan tercihinin etkilediğini veya etkileyeceğini ifade eden hekimlerin oranı da oldukça yüksektir. (%71,2) Aile hekimleri "Malpraktis davalarının artması uzmanlık alan tercihinizi etkiler/etkiledi mi?" sorusuna %93,5 oranında evet

yanıtını vermişlerdir. Hekimlerin aile sağlığı merkezlerinde çalışmalarının önemli sebeplerinden birinin diğer kurum ve çalışma ortamlarına göre aile sağlığı merkezlerinde malpraktis riskinin daha düşük olması olabilir. Bu yüksek oran TUS ve YDUS tercihlerinin malpraktis kaygısından etkilendiğini ve defansif bir uygulama olarak malpraktis davasına muhatap olma ihtimalinin yüksek olduğu bölümlerin daha az tercih edildiğini göstermektedir. Eğer ülkemizdeki hekimlerin malpraktis kaygılarının önüne geçilemezse gelecek yıllarda özellikle cerrahi bölümlerde ciddi sıkıntıların yaşanacağı ve nitelikli doktora ulaşımın zorlaşacağı söylenebilir.

Çalışmamızda sözlü şiddete maruz kaldığını belirten hekimlerin oranı %84,8 ve fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade eden hekimlerin oranı %18,8 olmak üzere her iki oranda oldukça yüksektir. Şiddete maruz kalma oranları literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumludur. Nitekim Kara'nın çalışmasında hekimlerin %83,3'ü sözel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. (KARA, 2020) Hekimlerin %66'sı şiddet olaylarından kendilerini koruyabilmek için defansif tıp uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Mesleki deneyimi daha az olan hekimlerin şiddetten korunmak için defansif tıp uygulamalarına başvurma oranları daha yüksektir.

Sağlıkta şiddet olaylarının oldukça yaygın olduğunu ve hekimlerin birçoğunun maruz kaldığını gösteren bu veriler, şiddet olaylarının hekimler için ciddi bir problem olduğunu ve defansif tıbbi uygulamalara yönelmelerine sebep olduğunu göstermektedir. Sağlıkta şiddet olaylarının önüne geçecek kalıcı politikaların hayata geçirilmesi ve kamu otoritesinin sağlıkta şiddetin karşısında olduğunu net olarak ifade etmesi defansif tıbbi uygulamaları azaltacaktır.

Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun işlevinin ne derece bilindiği ve hekimleri nasıl etkilediğini öğrenmek amacıyla sormuş olduğumuz "Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olması ve tazminatın sadece kasıt durumlarında hekime rücu edilmesi uygulaması defansif tıbbi yaklaşımlarınızı etkiledi mi?" sorusuna hekimlerin %59,9'u hayır cevabını vermiştir. 15.06.2022 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan yönetmelik ile çalışma usul ve esasları belirlenen Mesleki Sorumluluk Kurulu, sadece kasten görevinin gereklerine aykırı hareket ederek görevi kötüye kullandığı mahkeme kararı ile kesinleşen sağlık meslek mensuplarına kusur oranı ölçüsünde tazminatın rücu edilip edilmeyeceğine karar vermektedir. Sağlık Bakanı Fahrettin Koca 17.05.2023 tarihinde yaptığı açıklamada " 27 Mayıs 2022'den bu

yana Mesleki Sorumluluk Kurulu'na 7 bin 430 dosya intikal ettiğini, rücuya ilişkin 652 dosyadan hiçbirinde sağlık personeline rücuya gidilmediğini'' açıklamıştır.⁴

Çalışmamızda ortaya çıkan sonuç ile Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun oluşturulmuş olmasının defansif tıbbi uygulamaların azalmasında etkili olduğu söylenebilir. Ancak etkisinin kısıtlı olmasının sebebi kurulun amacının ve yetkilerinin hekimler tarafından tam olarak bilinmemesi olabilir. Mesleki Sorumluluk Kurulu hakkında ve sağlık hukukuna dair diğer konularda eğitimlerin olması defansif tıbbi uygulamalara sebep olan ve bazen abartılabilen kaygıların azalmasını sağlayacaktır.

Hekimlerin sadece %4,5'i tazminatın kendilerine rücu edilmesi durumunda Hekim Sorumluluk Sigortası'nın yeterli teminatı sağlayacağını düşündüğünü ifade etmişlerdir. Bu düşük oran, hekimlerin sigorta sistemine güvenmediğini ve tazminatların sigortanın karşıladığı miktarın çok üzerinde olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Tazminatlara üst sınır getirilmesi ve tazminatların sigortanın ödediği miktar ile sınırlanması gibi uygulama örnekleri bulunmaktadır. (Kessler ve diğerleri, 2006; Paik, Black ve Hyman, 2017)

Katılımcıların defansif tıp uygulamaları ölçeğine verdikleri cevaplar incelendiğinde pozitif defansif tıp uygulamalarının (3,63) negatif defansif tıp uygulamalarına (3,55) göre ortalama puanının daha yüksek olduğu ve daha çok uygulandığı görülmüştür. Ulusal literatür ve uluslararası literatürde de birçok çalışmada pozitif defansif tıbbi uygulamalar daha yaygındır. (Catino, 2011; Montanera, 2015; Öztürk, 2021) En çok uygulanan defansif tıbbi uygulamanın daha detaylı kayıt tutmak (3,98) olduğu görülmüştür. Bunu tıbbi uygulamaları hastalara daha detaylı açıklama (3,95) ve aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verme (3,92) takip etmektedir.

Kolcu'nun çalışmasında çıkan sonuçlara göre ise en çok uygulanan defansif tıbbi uygulama görüntüleme tekniklerinin daha sık kullanılması olmuştur. "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum" sorusuna hekimlerin %90,3'ü orta ve üzeri düzeyde katıldığını ifade etmiştir. Bu uygulamayı %87,1 ile "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum" ve "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum" ifadeleri takip etmiştir. (Kolcu, 2013) Bizim çalışmamızda ise hekimler "Hukuki sorunlardan

⁴ TRT HABER, 2023, "Bakan Koca'dan 'malpraktis yasası'na ilişkin açıklama", <https://www.trthaber.com/haber/saglik/bakan-kocadan-malpraktis-yasasina-iliskin-aciklama-768140.html> (Erişim Tarihi: 05.05.2024)

korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum” ifadesine %75 (3,75) oranında katıldıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda, hastaların yararına olabilecek ve literatürde defansif tıbbın olumlu yönleri olarak bahsedilen hasta kayıtlarının daha detaylı tutulması(Rodriguez ve diğerleri, 2007), tıbbi uygulamaların hastalara daha detaylı anlatılması ve aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verilmesi gibi ek maliyet getirmeyen ve hukuki sorumluluk doğurmayacak uygulamaların daha fazla tercih edildiği görülmektedir.

Hekimlerin, defansif tıp uygulamalarının sonuçları ölçeğine verdikleri cevapları inceleyecek olursak; en düşük ortalama puana sahip olan madde ‘‘Hastalıkların erken teşhisine yardımcı olur.’’ ifadesidir. (2,53) Literatürde defansif tıbbi uygulamaların nadiren de olsa erken teşhisi sağladığından bahsedilmiştir. (Mansur ve Ceylan, 2021) Hekimler, defansif tıbbi uygulamaların hastalar ve hekimler için zararının yararından daha fazla olduğunu, sağlık sisteminin kalitesini, verimliliğini, etkililiğini olumsuz etkilediğini düşünmektedirler. Uluslararası literatür ve ulusal literatür ile uyumlu şekilde ülkenin ve hastalar sağlık harcamalarını artırdığı konusunda hekimlerin birçoğu hemfikirdir. (4,24) (Asher, Greenberg-Dotan, ve diğerleri, 2012; Barkowski, 2015; Mello ve diğerleri, 2010; Özer, 2019)

Defansif tıbbi uygulamaların, hekimler için iş stresi oluşturduğu (4,09) ve hekimlerin klinik verimliliğini azalttığı (4,03) görülmektedir. Malpraktis korkusuyla oluşan stres ve kaygının defansif tıbbi uygulamaları artırdığı bilinmektedir(Aydaş, 2014; Congress, 1994; Epstein, 1976) Çalışmamıza göre hekimler, defansif tıbbi uygulamaların sonucunda da iş stresi oluştuğunu ifade etmişlerdir. Stres ve defansif tıbbi uygulamalar arasında iki yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda yaptığımız çoklu doğrusal regresyon analizi ile negatif defansif tıbbi uygulamaların hekimlik mesleğini zorlaştırdığı görülmüştür. Bu durum hekimlerin dava etme olasılığı yüksek, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınması, komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınması ve girişimsel işlemler yerine girişimsel olmayan işlemleri uygulaması gibi defansif tıbbi uygulamaları mesleği zorlaştıran ve mesleğin olması gerektiği yapılmadığını gösteren davranışlar olarak gördüklerini göstermektedir. Negatif defansif tıbbi uygulamaların mesleki gelişimi olumsuz etkilediği, hastanın tedavisine odaklanmayı zorlaştırdığı ve zaman kaybına neden olduğu

söylenbilir. Pozitif defansif tıp uygulamaları ile hekimlik mesleğinin zorlaşması arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda negatif defansif tıp uygulamaları ile hekimlere fayda sağlar boyutu üzerinden istatistiksel olarak anlamlı pozitif etki görülmüştür. Hekimler, hastadan kaçınma ve başka bir merkeze ve daha yetkin bir hekime yönlendirmenin hekimleri karşılaşacağı olası tıbbi riskleri azaltacağını ve hukuki açıdan koruyacağını düşünmektedirler.

Negatif defansif tıbbi uygulamalar ile hastalar için zararlıdır boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Hastadan kaçınarak farklı bir sağlık merkezine yönlendiren negatif defansif tıbbi uygulamaların, hastalara ulaşım gibi gereksiz masraflar yükleyeceği, hastalarda strese neden olacağı, hastalara zarar verebileceği, hastaların hekim ulaşmasını zorlaştıracığı, hastaların tedavi süresini uzatarak tedavinin gecikmesine neden olabileceği söylenbilir.

Defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin pozitif defansif tıbbi uygulamalara etkisi incelendiğinde özellikle şikayet ve dava edilme kaygısının ve hekim itibarını koruma kaygısının miktarı veya şiddetindeki artış pozitif defansif tıbbi uygulamalara daha fazla yönlendireceği görülmektedir. Pozitif defansif tıp uygulamalarındaki en etkili öncül şikayet ve dava edilme kaygısıdır. Negatif defansif tıbbi uygulamaların en önemli nedeni ise hekimin itibarını koruma kaygısıdır. Medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı ve alınan tıp eğitimi diğer önemli nedenlerdir. Bilgi eksikliğinin hastadan kaçınma ve başka merkeze yönlendirme konusunda etkili olduğu görülmektedir.

Defansif tıp uygulamalarının nedenlerini sorguladığımız ölçekte, hekimler çalışma çevresinden kaynaklanan baskıları defansif tıbbi uygulamaların en önemli sebebi olarak belirtmişlerdir. Özellikle hekimlerin rahat çalışmasını öngören politikaların eksikliği (4,35) ve hasta yoğunluğu (4,30) defansif tıbbi uygulamaların önemli öncülleri olarak ilk sıradadırlar. Çalışmamız, Ünal'ın çalışması ile uyumluluk göstermektedir. Ünal'ın çalışmasında da hekimlerin ‘‘Rahat çalışmasını öngören politikaların eksikliği’’ (4,43) ilk sıradadır. (Ünal, 2020) Bu maddeyi ‘‘Hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı’’ (4,41) takip etmektedir.

Öncelikle hekimlerin çalışma çevresinden ve hasta yoğunluğundan bahsedilmiş olması sağlık sistemini birçok açıdan olumsuz etkileyen defansif tıbbi uygulamaların en önemli sebebinin de sağlık sistemi ilişkili konular olduğunu göstermektedir. Bu durum sağlık sisteminde bozulma arttıkça defansif tıbbi uygulamaların artacağını göstermektedir. Sağlık politikalarındaki bozulma nedeniyle oluşan iş stresinin defansif tıbbi artıran bir faktör

olduğunu ifade eden çok sayıda yayın mevcuttur. (Garattini ve Padula, 2020; McQuade, 1991) Sağlık sisteminin daha iyi bir hal alması, sağlık hizmetlerinin daha verimli ve ekonomik olması için sağlık yöneticileri, politikacılar, hastalar, medya, sosyal bilimciler ve hukukçular bir araya gelmelidir. (Vento ve diğerleri, 2018)

Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre ülkemizde 2022 yılında hekime toplam müracaat sayısı 854.328.324'tür ve kişi başı hekime müracaat sayısı 10'dur. Kişi başı hekime müracaat sayısı OECD ülkeleri ortalaması ise 5,8'dir. Aynı zamanda ülkemizde 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 228 iken AB ortalaması 402, OECD ortalaması ise 372'dir. Ülkemizde kişi başı hekime müracaat sayısı OECD ortalamasının çok üzerindedir. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı da OECD ülkeleri ve AB ülkeleri ortalamasının oldukça gerisindedir.

Görüldüğü gibi ülkemizde kişi başı hekime müracaat sayısı oldukça yüksektir. Bu fazla başvurunun sebeplerinden biri sağlık okuryazarlığının düşük olmasıdır. Sevk zincirinin olmaması ve hastaların aynı hastalık için birden fazla kez farklı basamaktaki sağlık kuruluşlarına başvurması kaynaklı olması bir diğer sebep olabilir. Hasta yoğunluğu nedeniyle muayene sürelerinin kısalması, hastaların iyi sağlık hizmeti almasına engel olabilmektedir. Bu birden fazla başvurunun sebebi hastaların iyi sağlık hizmeti almamaları ve aldıklarını düşünmemeleri olabilir. Bununla beraber ülkemizde hekim sayısının da ortalamanın oldukça altında olması hekim başına düşen hasta sayısını artırmakta ve defansif uygulamaların önemli bir sebebi olarak ön plana çıkmaktadır. (Bora Başara ve diğerleri, 2024) Hekimlerin çalışma şartlarını iyileştirecek ve hasta yoğunluğunu azaltacak değişikliklerin defansif tıbbi uygulamaları azaltacağı söylenebilir.

Diğer hekimlerin yaşadıkları şikayet ve dava süreçleri (4,29), tazminat ödeme kaygısı (4,27), malpraktis davası açılma kaygısı(4,24) ve olası kötü sonuçlardan kaçınma isteği(4,23) hekimleri defansif tıbbi uygulamalara yönlendiren önemli nedenler olarak ortaya çıkmıştır.

Şiddete maruz kalma korkusu (4,26), kurumsal iletişim hatlarının baskısı (4,25) ve hastaların ısrarcı tutumları (4,23) hekimlerin birçoğu için defansif tıbbi yönlendiren önemli maddeler olarak görülmektedir. Hekimler tıp eğitimi kaynaklı, eğitim eksikliği gibi gerekçelerle defansif tıbbi yönlenmektedir. Ancak bu maddenin defansif tıbbi neden olduğunu düşünen hekim sayısı diğer maddelere nazaran daha düşüktür. (2,97) Ünal'ın çalışmasında da en düşük ortalama puana sahip olan madde tıp eğitimi olmuştur. (2,77) (Ünal, 2020)

Çalışmamızda defansif tıbbi uygulamaların öncelikli sebebi hekimlerin yönetimin desteğini hissetmemesi (4,25), rahat çalışmasını öngören politikaların eksikliği (4,35), hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı (4,30), sağlık hukuku konusunda yetkin olmayan bilirkişilerin varlığı (4,21) maddelerinden oluşan “çalışma çevresinden kaynaklanan baskılar” olarak görülmüştür. Kadın hekimler, erkek hekimlere göre çalışma çevresinden kaynaklanan baskılardan daha çok etkilenmektedir. Şehir hastanelerinde görev yapan hekimlerin çalışma çevresinden daha fazla etkilendiği ve defansif tıbbi uygulamalara bu nedenle daha fazla yöneldiği görülmektedir.

Çalışmamızda defansif tıbbi uygulamalara neden olan ikinci en sık sebep olarak “şikayet ve dava edilme kaygısı” görülmüştür. Şikayet ve dava edilme kaygısı hekimlerin tıbbi standartlardan uzaklaştıran başlıca faktörlerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde defansif tıbbi uygulamalar kavramı tanımlanırken malpraktis kaygısı nedeniyle ortaya çıkan savunmacı davranışlar olduğundan bahsedilmektedir ve bir çok çalışmada öncelikli nedenin şikayet ve dava süreci olduğu anlatılmıştır. (ALTINDIŞ ve diğerleri, 2019; Andersen ve diğerleri, 2021; Coates, 2002b; Moosazadeh ve diğerleri, 2014)

Ülkemizde sağlıkta şiddet vakalarının devam etmesi hekimleri defansif tıbbi uygulamalara motive eden önemli bir faktördür. Literatürde birçok çalışmada agresif ve şiddete meyilli olan hastaların ısrarcı taleplerinin şiddetin önüne geçmek için yapıldığı ve bu taleplerin defansif tıbbi uygulamalar kapsamında değerlendirildiği görülmüştür. (Kara, 2020; Yeşiltaş ve Erdem, 2018) Ayrıca SABİM ile CİMER gibi iletişim merkezlerinin şikayet hattı olarak kullanılmasının hekimleri olumsuz etkilediği ve hekimler üzerinde baskı oluşturduğu görülmektedir. Şikayetler, amaçlanmayan bir sonuç olarak savunmacı yaklaşımla sonuçlanmaktadır. (Cunningham ve Wilson, 2011)

Hasta ve hasta yakınlarının ısrarcı tutumları (4,23), medyanın hasta-hekim iletişimini olumsuz etkilemesi (4,17), değişen hasta-hekim ilişkisinde hastanın daha baskın hale gelmesi (4,16) ve medyada yer alan doğruluğu kanıtlanmamış haberler (4,09) hekimleri defansif davranmaya yönelten sebeplerdendir. Medya ve sosyal medyada yer alan ve sansasyonelleştirme kaygısıyla doğru bilgiden sapan içeriklerin hasta hekim iletişimini olumsuz etkilediği, hastaların medyada yer alan abartılmış ve yanlış haberlerin etkisiyle hekimlere güveninin azaldığı çeşitli çalışmalarda da gösterilmiştir. (Catino, 2011; Elli ve diğerleri, 2013; Toraldo ve diğerleri, 2015)

2. Basamak Devlet Hastanesi'nde görev yapan hekimler Şehir hastanelerinde görev yapanlara hekimlere göre daha fazla negatif defansif tıp uygulamaktadırlar. Bunun şehir hastaneleri gibi eğitim veren hastanelerde akademisyen hekimlerin bulunması ve danışma desteği alınması ile ilişkili olması muhtemeldir. Klinik dayanışmasının defansif tıp uygulamasını azalttığını gösteren yayınlar vardır. (Özer ve Aslan, 2020) Aynı zamanda 2. Basamak Devlet Hastanesi'nin sevk edebilme ve daha yetkili bir merkeze hastayı yönlendirebilme imkanı mevcuttur. Bu nedenlerle negatif defansif uygulamaların 2. Basamak Devlet Hastanesi'nde daha fazla çıktığını düşünmekteyiz.

Alandaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip eden hekimler, takip etmeyenlere kıyasla defansif tıp uygulamalarını ve negatif defansif tıp uygulamalarını daha az uygulamaktadır. Alandaki güncel gelişmeleri ve klinik kılavuzları takip eden hekimler, takip etmeyenlere kıyasla defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlayacağına daha az katılmaktadır. Bu veriler mesleki gelişimi önemseyen, güncel tanı ve tedavi yöntemlerini takip ederek bilgilerini güncelleyen hekimlerin defansif davranmadığını göstermektedir. Tıp eğitiminin ve asistanlık eğitiminin iyileştirilmesi, meslek içi tıbbi eğitimlere önem verilmesi, mesleki gelişimi devam ettirecek programlara hekimlerin katılımının desteklenmesi, tıbbi standartların yaygınlaşarak hekimlerin bu standartları takip etmesinin sağlanması defansif tıbbi uygulamaların eğitim kaynaklı eksiklik ile ortaya çıkmasını engelleyecektir.

Defansif tıp uygulamasının ölçümü ve kendini tanımlaması zordur çünkü uygunsuz bakım ve doğru bakım arasındaki ayrımlar net değildir. (Panella ve diğerleri, 2016) Doğası gereği, bilinçsizce yapılan defansif yaklaşımlar rapor edilemeyecek ve gerçek defansif tıbbi uygulama sıklığı bilinemeyecektir. Ancak yine de doktorlara yapılan anketler, defansif tıp tahminlerinin ve defansif tıbbi uygulamalara ilişkin verilerin en önemli kaynağıdır. (Garattini ve diğerleri, 2020)

Defansif tıp, hekimlerin klinik ve mesleki geleceklerine dair kararlarını verme süreçlerini etkileyen yerleşik bir olgudur. Defansif uygulamaların gerçek maliyeti yıllık sağlık harcamalarının sadece bir kısmı olsa bile, bu gereksiz işlemlerin engellenmiş olması önemli bir tasarruf oluşturacaktır. Kaliteli, sürdürülebilir ve maliyet etkin bir sağlık sistemi için defansif tıp uygulamalarını engelleyecek düzenlemelere ihtiyaç vardır.

Defansif tıp, bir halk sağlığı, bir kamu ekonomisi, bir hukuk sorunudur. Defansif tıp, hekimlerin kendileri için oluşturduğu bir konfor alanıdır. Hekimin tıbbi müdahalelerinde ideal hekimlikten uzaklaşması defansif tıp olarak adlandırılmıştır. Hekimler hastalarını

karşıladıkları andan, tedavi edip taburcu ettikleri ana kadar olan tanı ve tedavi sürecinde dava korkusu, şiddet korkusu ve maddi kaygı duymazlarsa defansif tıp oldukça azalacaktır. Bu durum sağlık hizmetinin çok daha az maliyetli ve çok daha kaliteli olmasını sağlayacaktır. Defansif tıbbı tamamen ortadan kaldırmak imkansız olabilir, ancak etkilerini kontrol altına alabiliriz.

Hekimlerin malpraktis kaygısının giderilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması ve bu kaygının abartılmasının önüne geçmek için psikolojik ve hukuki danışmanlık hizmeti verilmesi, sağlıkta şiddet olaylarının engellenmesi, hasta yoğunluğunun azaltılması ve hekimlerin daha rahat çalışma ortamına sahip olmasının sağlanması, şikayet hatlarından gelen şikayetlerin filtrelenmesi ve medya aracılığıyla hekimin itibarsızlaşmasının engellenmesi gibi düzenlemeler hekimleri defansif tıbbi uygulamalardan uzaklaştıracaktır. Hekim dayanışmasının artırılması, sağlık kurumlarında defansif tıp komisyonlarının kurulması gereksiz işlemlerin önüne geçecektir. Bunlara ek olarak hekim haklarının güçlendirilmesi için gerekli mekanizmalar güçlendirilmelidir. Defansif tıp, defansif tıp sonuçları, sağlık ekonomisi ve sağlık hukuku gibi konular tıp eğitim müfredatına dahil edilmelidir. Bu düzenlemeler sonucunda hekimler daha iyi sağlık hizmeti verirken hastalarda daha iyi sağlık hizmeti alacaklardır. Sağlık hizmetleri üzerindeki gereksiz mali yük azalacak ve hasta-hekim ilişkisi düzelecektir.

Defansif tıp kavramının ve öneminin anlaşılması gerekmektedir. Defansif tıbbın ve defansif tıbaa yol açan toplumsal ve kültürel faktörlerin daha iyi anlaşılması, sağlık uzmanlarının savunmacı davranışlarının nedenlerini daha iyi anlamalarına yardımcı olabilir.

KAYNAKLAR

- Acar, G., Akçay, S., Aslan, S. M., Köroğlu, M. ve Oyar, O. (2005). Kontrast madde nefropatisi. *S.D.Ü Tıp Fak. Dergisi*, 12(3), 62-68.
- Adwok, J., Hope, E., Surgeon, C., Hospital, N. ve Box, P. O. (2013). Defensive Medicine : Effect on Costs , Quality , and Access to Healthcare, 3(6), 29-35.
- Akdur, G. (2013). *Tıp Fakülteleri ve Eğitim Araştırma Hastaneleri Acil Servislerinde Çalışan Acil Tıp Uzmanları ve Araştırma Görevlilerinin Çekinik Tıp Uygulamaları Hakkındaki Görüşleri*. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
- Akıncı, S. B., Sarıcaoğlu, F., Erden, İ. A., Köseoğlu, A. ve Aypar, Ü. (2013). Anesteziyologlarda Defansif Tıp Uygulamalarının Araştırılması. *Anestezi Dergisi*, 21(1), 151-156.
- Akkanat, N. Z. (2017). *Tıp Etiği Bağlamında Defansif Tıp Uygulamaları*. Gaziantep.
- Aktaş, S. (2022). *Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulama Durumları, Nedenleri ve Sonuçları; Karma Araştırma*. T.C. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay.
- Al-Atram, A. (2018). Defensive practice among psychiatrists in middle East Countries: A questionnaire survey. *Journal of Health Specialties*, 6(1), 30.
- Ali, A. A. A., Hummeida, M. E., Elhassan, Y. A. M., Wisal, W. O., Ahmed, M. A. A. ve Adam, G. K. (2016). Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynecology. *BMC Medical Ethics*, 17(1). doi:10.1186/s12910-016-0095-3
- Alkan, S. (2022). *Dahili ve Cerrahi Branş Hekimlerinin Defansif Tıp İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları*. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi , Ankara.
- Altındış, S., Coşar, E., Atasoy, A. R., Akbaba, B., Şimşir, İ. ve Öz, S. (2019). Sağlık uygulamalarında defansif tıp. *Balıkesir Medical Journal*, 3, 12-19. doi:10.33716/bmedj.480177
- Andersen, M. K., Hvidt, E. A., Pedersen, K. M., Lykkegaard, J., Waldorff, F. B., Munck, A. P. ve Pedersen, L. B. (2021). Defensive medicine in Danish general practice. Types of defensive actions and reasons for practicing defensively. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39(4), 413-418. doi:10.1080/02813432.2021.1970945

- Antoci, A., Maccioni, A. F., Galeotti, M. ve Russu, P. (2019). Defensive medicine, liability insurance and malpractice litigation in an evolutionary model. *Nonlinear Analysis: Real World Applications*, 47, 414-435. doi:10.1016/j.nonrwa.2018.08.012
- Aperio Bella, F. (t.y.). Defensive Medicine and Defensive Bureaucracy. doi:10.32049/RTSA.2023.3.02
- Arafa, A., Negida, A., Elsheikh, M., Emadeldin, M., Hegazi, H. ve Senosy, S. (2023). Defensive medicine practices as a result of malpractice claims and workplace physical violence: a cross-sectional study from Egypt. *Scientific Reports*, 13(1). doi:10.1038/s41598-023-47720-6
- Asher, E., Dvir, S., Seidman, D. S., Greenberg-dotan, S., Kedem, A. ve Sheizaf, B. (2013). Defensive Medicine among Obstetricians and Gynecologists in Tertiary Hospitals, 8(3), 1-5. doi:10.1371/journal.pone.0057108
- Asher, E., Greenberg-Dotan, S., Halevy, J., Glick, S. ve Reuveni, H. (2012). Defensive medicine in Israel - a nationwide survey. *PLoS ONE*, 7(8). doi:10.1371/journal.pone.0042613
- Asher, E., Parag, Y., Zeller, L., Yerushalmi, R. ve Reuveni, H. (2007). Unconscious defensive medicine: The case of erythrocyte sedimentation rate. *European Journal of Internal Medicine*, 18(1), 35-38. doi:10.1016/j.ejim.2006.07.021
- Assing Hvidt, E., Lykkegaard, J., Pedersen, L. B., Pedersen, K. M., Munck, A. ve Andersen, M. K. (2017). How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. *BMJ Open*, 7(12). doi:10.1136/bmjopen-2017-019851
- Ayan, M. (1991). *Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk*. İstanbul: Kazancı Hukuk Yayınları.
- Aydaş, S. (2014). *Hekimlerde malpraktis kaynaklı defansif tıp davranışları*. Beykent Üniversitesi.
- Aynacı, Y. (2008). *Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması*. T.C. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya.
- Badgery-Parker, T., Pearson, S. A., Dunn, S. ve Elshaug, A. G. (2019). Measuring Hospital-Acquired Complications Associated with Low-Value Care. *JAMA Internal Medicine*, 179(4), 499-505. doi:10.1001/jamainternmed.2018.7464
- Baicker, K., Wright, B. J. ve Olson, N. A. (2015). Reevaluating reports of defensive medicine. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(6), 1157-1177. doi:10.1215/03616878-3424462
- Bakır, Ş., Ünal, S. ve Eratiila, V. (2022). Effects of defensive medicine practices on health care in southeast Turkey. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 5(2), 399-409. doi:10.32322/jhsm.1035672
- Banaz, M. (2020). *Hekimlerin defansif tıp ve tıbbi hata tutumlarının incelenmesi*. Hacettepe Üniversitesi.
- Banaz, M. ve Yalçın Balçık, P. (2022). *Hekimlerin Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* (C. 25). <https://orcid.org/0000-0002-8117-1519> adresinden erişildi.

- Barkowski, S. (2015). Does Defensive Medicine Reduce Health Care Spending? *SSRN Electronic Journal*. doi:10.2139/ssrn.2627439
- Barlıoğlu, H. C. (2018). *Defansif tıp unsuru olarak tıbbi malpraktis*. T.C. Gaziantep Üniversitesi.
- Barol Kurtoğlu, Z. ve Kaya, N. (2020). Evaluation of Defensive Medicine Practices in Birth According to Patient Rights and Code of Ethics for Midwives. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(3), 610-620. doi:10.5152/hsp.2019.523978
- Baş, T. (2010). *Anket Nasıl Hazırlanır? Nasıl Uygulanır? Nasıl Değerlendirilir?* (7. Baskı.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Başer, A., Kolcu, G., Çığırıl, Y., Kadıncı, B. ve Öngel, K. (2014). İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 77, 16-24.
- Baungaard, N., Skovvang, P. L., Assing Hvidt, E., Gerbild, H., Kirstine Andersen, M. ve Lykkegaard, J. (2022, 20 Ocak). How defensive medicine is defined in European medical literature: A systematic review. *BMJ Open*. BMJ Publishing Group. doi:10.1136/bmjopen-2021-057169
- Bean, J. R. (2016). Defensive Medicine: A Game in Which Perception Trumps Reality. *World Neurosurgery*, 1-2. doi:10.1016/j.wneu.2016.01.083
- Berlin, L. (2017). Medical errors , malpractice , and defensive medicine : an ill-fated triad, 4(3), 133-139. doi:10.1515/dx-2017-0007
- Berrington De González, A., Mahesh, M., Kim, K.-P., Bhargavan, M., Lewis, R., Mettler, F. ve Land, C. (2009). Projected Cancer Risks From Computed Tomographic Scans Performed in the United States in 2007. *Archives of internal medicine*, 169(22), 2071-2077. <http://archinte.jamanetwork.com/> adresinden erişildi.
- Bester, J. C. (2020). Defensive practice is indefensible: how defensive medicine runs counter to the ethical and professional obligations of clinicians. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 23(3), 413-420. doi:10.1007/s11019-020-09950-7
- Biçen, E. (2018). *Tipta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması*. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi , İzmir.
- Blanckaert, N. (2010). Clinical pathology services: remapping our strategic itinerary. *Clinical chemistry and laboratory medicine*, 48, 919-925.
- Bora Başara, B., Soyutun Çağlar, İ., Özdemir, T. A., Kulali, B., Ünal, G., Birge Kayış, B., ... Yentür, G. K. (2024). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022*. Ankara.
- Brateanu, A., Schramm, S., Hu, B., Boyer, K., Nottingham, K., Taksler, G. B., ... Rothberg, M. B. (2014). Quantifying the defensive medicine contribution to primary care costs. *Journal of Medical Economics*, 17, 810-816. doi:10.3111/13696998.2014.959125
- Brilla, R., Evers, S., Deutschländer, A. ve Wartenberg, K. E. (2006). Are Neurology residents in the United States being taught defensive medicine? *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 108(4), 374-377. doi:10.1016/j.clineuro.2005.05.013

- Brown, H. S. (2007). Lawsuit activity, defensive medicine, and small area variation: The case of cesarean sections revisited. *Health Economics, Policy and Law*, 2(3), 285-296. doi:10.1017/S1744133107004136
- Budak, H. (2021). *Tekirdağ İlinde Görev Yapan Hekimlerin Hekim Sorumluluğu Malpraktis Ve Defansif Tıp Konuları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*. T.C. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tekirdağ.
- Büyüköztürk, Ş. (2020). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı* (C. 27. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P.-A. C. ve Rubin, H. R. (1999). Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *Journal of American Medical Association*, 282(15), 1458-1465.
- Can, İ. Ö., Özkara, E. ve Can, M. (2011). *Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi*. CİLT (C. 25).
- Catino, M. (2011). Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side-Effects Of Medical Litigation. *Safety Science Monitor*, 15(1), 1-12.
- Catino, M. ve Locatelli, C. (2010). Il problema della medicina difensiva nell'urgenza. Dipartimento di sociologia e ricerca sociale. *Università degli studi di Milano–Bicocca*.
- Cenger, C. D. ve Kolcu, G. (2020). Surgeons' Views about Defensive Medicine. *Journal of Surgery*, 6(4), 166-174. doi:10.36347/sasjs.2020.v06i04.002
- Cernega, A., Meleşcanu Imre, M., Ripszky Totan, A., Arsene, A. L., Dimitriu, B., Radoi, D., ... Pițuru, S. M. (2023). Collateral Victims of Defensive Medical Practice. *Healthcare (Switzerland)*, 11(7). doi:10.3390/healthcare11071007
- Cervellin, G. ve Cavazza, M. (2016). Defensive medicine in the emergency department. The clinicians' perspective. *Emergency Care Journal*, 1(1). doi:10.4081/ecj.2016.5615
- Chen, X. Y. (2007, Kasım). Defensive medicine or economically motivated corruption? A Confucian reflection on physician care in China today. *Journal of Medicine and Philosophy*. doi:10.1080/03605310701681021
- Coates, J. (2002). Defensive Medicine. *The New Zealand Medical Journal*, 115(1160), 1-2.
- Congress, U. S. (1994). Defensive Medicine and Medical Malpractice. *Office of Technology Assessment*, 13(15).
- Cunningham, W. ve Wilson, H. (2011). Republished original viewpoint : Complaints , shame and defensive medicine. *Postgraduate Medical Journal*, 87, 837-840. doi:10.1136/pgmj.2011.051722rep
- Değdaş, U. C. (2018). Hatalı Tıbbi Uygulamadan (Malpraktis) Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk. *Hukuk Fakültesi Dergisi*, 1(6), 41-65. www.mevzuat.gov.tr. adresinden erişildi.
- Delice, O., Tekin, E. ve Yılmaz, S. (2019). Defensive Medicine in the Emergency Department: A Cross-sectional Study from the Perspective of Emergency Medical

- Specialists. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, 18(4), 178-184.
doi:10.4274/eajem.galenos.2019.49404
- Demir, Y. (2019). *Hekimlerin Karşılaştıkları Problemlerin Defansif Tıp Açısından Araştırılması*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Din, R. S., Yan, S. C., Cote, D. J., Acosta, M. A. ve Smith, T. R. (2017). Defensive medicine in U.S. Spine neurosurgery. *Spine*, 42(3), 177-185.
doi:10.1097/BRS.0000000000001687
- Do Vale, H. M. ve De Oliveira Santos, M. C. (2019). Defensive medicine: A practice in whose defense? *Revista Bioetica*, 27(4), 747-755. doi:10.1590/1983-80422019274358
- Dove, J. T., Brush, J. E., Chazal, R. A. ve Oetgen, W. J. (2010, 22 Haziran). Medical Professional Liability and Health Care System Reform. *Journal of the American College of Cardiology*. doi:10.1016/j.jacc.2010.03.028
- Dyrda, L. (2022, 4 Mart). Defensive medicine is costing healthcare billions. *2024 Becker's Healthcare*. 11 Ocak 2024 tarihinde <https://www.beckersasc.com/asc-news/defensive-medicine-is-costing-healthcare-billions.html> adresinden erişildi.
- Eftekhari, M. H., Parsapoor, A., Ahmadi, A., Yavari, N. ve Larijani, B. (2023). Exploring defensive medicine: examples , underlying and contextual factors , and potential strategies - a qualitative study. *BMC Medical Ethics*, 24-82, 1-21.
doi:10.1186/s12910-023-00949-2
- Ekici, Ö. (2021). Evaluation of the Knowledge, Attitudes and Behaviors of Oral and Maxillofacial Surgeons About Defensive Dentistry in Turkey. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences*, 18(1), 28-37.
doi:10.5336/forensic.2020-79300
- Elli, L., Tenca, A., Soncini, M., Spinzi, G., Buscarini, E. ve Conte, D. (2013). Defensive medicine practices among gastroenterologists in Lombardy : Between lawsuits and the economic crisis. *Digestive and Liver Disease*, 45(6), 469-473.
doi:10.1016/j.dld.2013.01.004
- Epstein, R. A. (1976). Medical Malpractice: The Case for Contract. *American Bar Foundation Research Journal*, 1(1), 87-149.
- Ercan, S., Canbulut, A., Tolga Acar, H., Arslan, E. ve Çetin, C. (2021). Attitudes of sports medicine physicians about defensive medicine practices. *Turkish Journal of Sports Medicine*, 56(1), 38-43. doi:10.47447/tjism.0478
- Erdem, E. (2023). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Tıbbi Hata ve Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Erentuğ, V. (2022). *Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi Hekimlerinde Malpraktis Davaları ile Defansif Tıp Yönelim Arasındaki İlişki*. T.C. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Finucane, L. M., Greenhalgh, S. M., Mercer, C. ve Selfe, J. (2022). Defensive medicine: A symptom of uncertainty? *Musculoskeletal Science and Practice*, 60.
doi:10.1016/j.msksp.2022.102558

- Frakes, M. ve Gruber, J. (2019). Defensive medicine: Evidence from military immunity. *American Economic Journal: Economic Policy*, 11(3), 197-231. doi:10.1257/pol.20180167
- Furrow, B. R. (1987). The Ethics of Cost-Containment: Bureaucratic Medicine and the Doctor as Patient-Advocate. *Notre Dame JL Ethics & Pub*, 3(2), 187-225. <http://scholarship.law.nd.edu/ndjlepp> adresinden erişildi.
- Gamble, M. (2012). Top 10 reasons physicians practice defensive medicine. <https://www.beckershospitalreview.com/legal-regulatory-issues/top-10-reasons-physicians-practice-defensive-medicine.html>.
- Garattini, L. ve Padula, A. (2020, 1 Mart). Defensive medicine in Europe: a ‘full circle’? *European Journal of Health Economics*. Springer. doi:10.1007/s10198-019-01144-0
- Garattini, L., Padula, A. ve Mannucci, P. M. (2020). Defensive medicine: Everything and its opposite. *European Journal of Internal Medicine*, 74(January), 117-118. doi:10.1016/j.ejim.2020.01.015
- George, D. ve Mallery, P. (2010). *SPSS For Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 17.0 Update* (10. Baskı.). Boston: Pearson.
- Gerçekker, F. (2021). *Ordu İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması*. T.C. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ordu.
- Giesen, D. (1988). *International Medical Malpractice Law, Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care*. BRILL.
- Gomez, V. ve Raimondo, M. (2013, Haziran). “Primum Non Nocere”: Are we getting carried away? *Digestive and Liver Disease*. doi:10.1016/j.dld.2013.03.011
- Göçen, Ö., Yılmaz, A., Aslanhan, H., Celepkolu, T., Tuncay, S. ve Dirican, E. (2018). Hekimlerin, Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(2), 77-87. doi:10.21763/tjfmmpc.432454
- Gökçen, A., Artuk, M. E. ve Yenidünya, C. (2005). *5237 Sayılı Kanuna Göre Hazırlanmış Ceza Hukuku Özel Hükümler*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- Hakeri, H. (2021). *Tıp Hukuku El Kitabı* (24. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hancı, H. (2008). Hekimin Tıbbi Kötü Uygulamadan Kaynaklanan Sorumluluğu. *Ankara Barosu-AÜHF Sağlık Hukuku Kurultayı*.
- Hancı, İ. H. (2005). *Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu* (2. Baskı.). Ankara: Seçkin Yayınevi.
- He, A. J. (2014). The doctor-patient relationship , defensive medicine and overprescription in Chinese public hospitals : Evidence from a cross-sectional survey in Shenzhen city. *Social Science & Medicine*, 123, 64-71. doi:10.1016/j.socscimed.2014.10.055
- Hermer, L. D. ve Brody, H. (2010). Defensive medicine, cost containment, and reform. *Journal of General Internal Medicine*, 25(5), 470-473. doi:10.1007/s11606-010-1259-3
- Hershey, N. (1972). The defensive practice of medicine: myth or reality. *Milbank Memorial Fund*, 50(1), 69-97.

- Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., Urabe, Y., Ikegami, Y. ve Fukuhara, T. (2006). Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World Journal of Gastroenterology*, 12(47), 7671-7675.
- Hooe, B. S., Thakore, R. V, Issar, N., Sathiyakumar, V., Obremskey, W. T. ve Sethi, M. K. (2014). Do Practice Settings Influence Defensive Medicine in Orthopedic Surgery? *The American Journal of Orthopedics*, 43(8), E175-E180. www.amjorthopedics.com adresinden erişildi.
- Illich, I. (1995). *Sağlığın Gasplı*. İstanbul: Ayrıntı.
- Ionescu, C. A. (2019). Defensive caesarean section : A reality and a recommended health care improvement for Romanian obstetrics, (July 2018), 111-116. doi:10.1111/jep.13025
- Kahyaoğlu Khalil, E. (2022). 2015-2020 Yılları Arasında Yargıtay'a İntikal Etmiş *Malpraktis Dosyalarının Sağlık Yönetimi Açısından Analizi*. T.C. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu.
- Kakemam, E., Arab-Zozani, M., Raeissi, P. ve Albelbeisi, A. H. (2022). The occurrence, types, reasons, and mitigation strategies of defensive medicine among physicians: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(1). doi:10.1186/s12913-022-08194-w
- Kanzaria, H. K., Hoffman, J. R., Probst, M. A., Caloyeras, J. P., Berry, S. H. ve Brook, R. H. (2015). Emergency physician perceptions of medically unnecessary advanced diagnostic imaging. *Academic Emergency Medicine* içinde (C. 22, ss. 390-398). doi:10.1111/acem.12625
- Kaplan, M. (2016). Kültürel Bir İnşa Süreci Olarak Sağlık- Kavramsal ve Tarihsel Bir Bakış. *Dört Öge*, 5(10).
- Kara, G. (2020). *Sağlıkta Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Araştırma*. T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü , Samsun.
- Karakuş Işık, Z. (2018). *Defansif Tıp Uygulamalarında İdarenin Sorumluluğu*. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü , Ankara.
- Kartal, S. (2023). *İstanbul İli Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Tutumu Ve Bunun Sürücü Raporu Düzenleme Uygulamalarına Etkisinin Değerlendirilmesi*. TT.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi , İstanbul.
- Kebabçı, E. ve Ekizoglu, O. (2021). Defensive Medicine in general surgery: a questionnaire study in Turkey. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 35(3), 0-0. doi:10.5505/deutfd.2021.81488
- Keren-Paz, T. (2010). Liability regimes, reputation loss, and defensive medicine. *Medical Law Review*, 18(3), 363-388. doi:10.1093/medlaw/fwq015
- Kessler, D. P. (2011). Evaluating the Medical Malpractice System and Options for Reform. *Journal of Economic Perspectives*, 25(2), 93-110.
- Kessler, D. P. ve Mcclellan, M. B. (2002). How liability law affects medical productivity. *Journal of Health Economics*, 21(April), 931-955.

- Kessler, D. P., Summerton, N., Graham, J. R. ve Hospital, S. (2006). Effects of the medical liability system in Australia , the UK , and the USA. *Lancet*, 368, 240-246.
- Kırtıçoğlu, M. (2018). *Yargıtay'da 2010-2017 yılları arasında karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) dava kararlarının değerlendirilmesi* .
- Klingman, D., Localio, A. R., Sugarman, J., Wagner, J. L., Polishuk, P. T., Wolfe, L. ve Corrigan, J. A. (1996). Measuring Defensive Medicine Using Clinical Scenario Surveys. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 21(2), 185-218.
- Kolcu, G. (2013). *T.C.S.B. İzmir Ege Doğumevi Ve Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı Hekimler İle Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Genel Sekreterliği İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi , İzmir.
- Kumtepe, V. (2019). *İlimiz ve Çevre İllerde Eğitim Kliniği Olan Acil Servislerde Acil Tıp Asistanlarının Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Değerlendirilmesi*. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İzmir.
- Kurtaş, Ö. ve Yılmaz, R. (2022). Is the New Medical Malpractice Law Sufficient to Prevent Physicians from Practicing Defensive Medicine in Turkey. *Balkan Medical Journal*, 39(5).
- Kurtulan, G. (2017). Haksız Fiilde Hukuka Aykırılık Unsuru. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 465-504.
- Küçük, M. (2018). Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38(2), 200-205. doi:10.1080/01443615.2017.1340933
- Makary, M. A. ve Daniel, M. (2016). Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353(i2139), 1-5. doi:10.1136/bmj.i2139
- Mansur, F. ve Ceylan, Ö. (2021). Defansif Tıp ve Defansif Tıp Konusunda Yapılan Akademik Çalışmalar Üzerine Bir Derleme. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(3), 721-744. doi:10.26745/ahbvuibfd.994079
- Mark, M. ve Kessler, D. P. (1996). Do doctors practice defensive medicine? *National Bureau of Economic Research*. <http://www.nber.org/papers/w5466.pdf> adresinden erişildi.
- May, T. A., Clancy, M., Critchfield, J., Ebeling, F., Enriquez, A., Gallagher, C., ... Ng, V. L. (2006). Reducing unnecessary inpatient laboratory testing in a teaching hospital. *American Journal of Clinical Pathology*, 126(2), 200-206. doi:10.1309/WP59YM73L6CEGX2F
- McCay, L. ve Wu, A. W. (2012). Medical error: The second victim. *British Journal of Hospital Medicine*, 73(SUPPL. 10), 146-148. doi:10.12968/hmed.2012.73.Sup10.C146
- McQuade, J. S. (1991). The Medical Malpractice Crisis - Reflections On The Alleged Causes and Proposed Cures: Discussion Paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84(7), 408-411. doi:10.1177/014107689108400710

- Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. A. ve Studdert, D. M. (2010). National Costs Of The Medical Liability System. *Health Aff (Millwood)*, 29(9), 1569-1577. doi:10.1377/hlthaff.2009.0807
- Merenstein, D., Daumit, G. L. ve Powe, N. R. (2006). Use and Costs of Nonrecommended Tests During Routine Preventive Health Exams. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 521-527. doi:10.1016/j.amepre.2006.02.003
- Miller, R. A., Sampson, N. R. ve Flynn, J. M. (2012). The prevalence of defensive orthopaedic imaging: A prospective practice audit in Pennsylvania. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 94(3), e18(1). doi:10.2106/JBJS.K.00646
- Mohr, J. C. (2000). American Medical Malpractice Litigation in Historical Perspective. *Journal of American Medical Association*, 283(13), 1731-1737. <http://jama.jamanetwork.com/> adresinden erişildi.
- Montanera, D. (2015). The importance of negative defensive medicine in the effects of malpractice reform. *The European Journal of Health Economics*. doi:10.1007/s10198-015-0687-8
- Moosazadeh, M., Movahednia, M., Movahednia, N., Amiresmaili, M. ve Aghaei, I. (2014). Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. *International Journal of Health Policy and Management*, 2(3), 119-123. doi:10.15171/ijhpm.2014.28
- Morena, D., Fazio, N. Di, Scognamiglio, P., Delogu, G., Baldari, B., Cipolloni, L., ... Fineschi, V. (2023). Predictors of Defensive Practices among Italian Psychiatrists : Additional Findings from a National Survey, 1-13.
- Mutlu, H. H., Mutlu, H. H. ve Ankaralı, H. (2019). Hasta Şikayetlerinin Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Davranışına Etkisi: İkincil Mağdurlar Aile Hekimleri mi? *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, Eylül, 24(3). doi:10.21673/anadoluklin.547289
- Nahed, B. V., Babu, M. A., Smith, T. R. ve Heary, R. F. (2012, 1 Eylül). Malpractice Liability and Defensive Medicine: A National Survey of Neurosurgeons. *PLoS ONE*. Elsevier Masson SAS. doi:10.1371/journal.pone.0039237
- Nakamura, N. ve Yamashita, Y. (2015). Malpractice lawsuits and change in work in Japanese surgeons. *Journal of surgical research*, 193(1), 210-216., 193(1), 210-216.
- Null, G., Feldman, M., Rasio, D. ve Smith, D. (2010). Death by Medicine. *Edinburg: Praktikos books*. <http://www.lef.org/LEFCMS.aspx/PrintVersionMagic.aspx?CmsID=111570> adresinden erişildi.
- Obama, B. ve Clinton, H. R. (2006). Making Patient Safety the Centerpiece of Medical Liability Reform. *The New England Journal of Medicine*, 354(21), 2205-2208. www.nejm.org adresinden erişildi.
- O'Leary, K. J., Choi, J., Watson, K. ve Williams, M. V. (2012). Medical Students' and Residents' Clinical and Educational Experiences With Defensive Medicine. *Academic Medicine*, 87(2), 142-148. doi:10.1097/ACM.0b013e31823f2c86
- Ortashi, O., Virdee, J., Hassan, R., Mutrynowski, T. ve Abu-zidan, F. (2013). The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Medical Ethics*, 14-42. doi:10.1186/1472-6939-14-42

- Osti, M. ve Steyrer, J. (2017, 1 Mayıs). A perspective on the health care expenditures for defensive medicine. *European Journal of Health Economics*. Springer Verlag. doi:10.1007/s10198-016-0848-4
- Öncel, S. (2022, 1 Mayıs). Rational Defensive Medicine: Putting an End to the Nationwide Favipiravir Debate. *Turkish Archives of Pediatrics*. AVES. doi:10.5152/TurkArchPediatri.2022.22014
- Özata, M., Terlemez, A., Özer, K. ve Akkoca, Y. (2019). Defensive Dentistry: The Example of Konya. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 4(2), 179-188. doi:10.5336/healthsci.2018-63278
- Özcan, D. ve Alkan, A. A. (2021). Defensive Medicine Practices Among Ophthalmologists in Turkey. *Turkiye Klinikleri Journal of Ophthalmology*, 30(1), 30-35. doi:10.5336/ophthal.2020-76552
- Özcan, Z. ve Özcanoglu, B. (2020). Yargıtay İçtihatları Işığında Malpraktis Komplikasyon Ayrımına Bağlı İspat Sorunları. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*, 8(16), 289-315.
- Özer, K. (2019). *Defansif Tıp Uygulamalarına İlişkin Hekim Görüşleri ve Maliyetlerin Belirlenmesi*. (Yayımlanmamış doktora tezi). T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Konya.
- Özer, K. ve Aslan, Ş. (2020). Defansif tıp uygulamalarının belirlenmesi: karma yönetim araştırması, 23(4), 639-663.
- Özer, K. ve Aslan, Ş. (2022). Determining the Cost of Defensive Medicine Applications: Retrospective Study. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 7(1), 194-202. doi:10.5336/healthsci.2021-81016
- Özgönül, M. L. (2010). *Türkiye’de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı*. Ankara.
- Özpınar, B. (2008). Tıbbi Müdahalede Kötü Uygulamadan Doğan Hukuki Sorumluluğun Sebepleri. *Ankara Barosu Dergisi*, 66(3).
- Öztürk, E. (2021). *Samsun İl Merkezinde Görev Yapan Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları*. T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi , Samsun.
- Paik, M., Black, B. ve Hyman, D. A. (2014). *Do Doctors Practice Defensive Medicine? Revisited*. <http://papers.ssrn.com/sol3/> adresinden erişildi.
- Paik, M., Black, B. ve Hyman, D. A. (2017). Damage caps and defensive medicine, revisited. *Journal of Health Economics*, 51, 84-97. doi:10.1016/j.jhealeco.2016.11.001
- Panella, M., Leigh, F., Donnarumma, C. ve Rinaldi, C. (2016). Defensive medicine in Italy : a nationwide survey, 6-10.
- Panella, M., Rinaldi, C., Leigh, F., Knesse, S., Donnarumma, C., Kul, S., ... Stanislao, F. Di. (2017). Prevalence and costs of defensive medicine : a national survey of Italian physicians, 22(4), 211-217. doi:10.1177/1355819617707224
- Passmore, K. ve Leung, W. C. (2002). Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. *Postgraduate Medical Journal*, 78(925), 671-673. <http://pmj.bmj.com/> adresinden erişildi.

- Pelly, J. E., Liza, N., Fiona, T., Sally, R. ve Adrian, A. M. (1998). Clinical practice guideines before the law: sword or shield?, 169, 330-332.
- Pirol, M. (2018). *Hekimlerin Karar Verme Algılarının Defansif Tıp Tutumları Üzerine Etkisinin Araştırılması*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Polat, O. ve Pakiş, I. (2011). Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2(3), 119-125.
- Project. (1971). The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine. *Duke Law Journal*, 1971(5), 939-993. doi:10.2307/1371772
- Quam, L., Dingwall, R. ve Fenn, P. (1987). Medicine and the Law I-The American experience, 294(June), 1529-1532.
- Raposo, V. L. (2019). Defensive Medicine and the Imposition of a More Demanding Standard of Care. *The Journal of legal medicine*, 39(4), 401-416. doi:10.1080/01947648.2019.1677273
- Redberg, R. F. (2013, 28 Ocak). Getting to best care at lower cost. *JAMA Internal Medicine*. American Medical Association. doi:10.1001/jamainternmed.2013.1271
- Reschovsky, J. D. ve Saiontz-martinez, C. B. (2008). Malpractice Claim Fears and the Costs of Treating Medicare Patients : A New Approach to Estimating the Costs of Defensive Medicine, 1-19. doi:10.1111/1475-6773.12660
- Resmi Gazete. (1933, 5 Haziran). Hususi Hastaneler Kanunu . www.mevzuat.gov.tr/.
- Reuveni, I., Pelov, I., Reuveni, H., Bonne, O. ve Canetti, L. (2017). Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists, 1-7. doi:10.1136/bmjopen-2016-014153
- Ries, N. M. ve Jansen, J. (2021). Physicians' views and experiences of defensive medicine: An international review of empirical research. *Health Policy*, 125(5), 634-642. doi:10.1016/j.healthpol.2021.02.005
- Rodriguez, R. M., Anglin, D., Hankin, A., Hayden, S. R., Phelps, M., McCollough, L. ve Hendey, G. W. (2007). A Longitudinal Study of Emergency Medicine Residents' Malpractice Fear and Defensive Medicine. *Academic Emergency Medicine*, 14(6), 569-573. doi:10.1197/j.aem.2007.01.020
- Rothberg, M. B., Class, J., Bishop, T. F., Friderici, J., Kleppel, R. ve Lindenauer, P. K. (2014). The Cost of Defensive Medicine on 3 Hospital Medicine Services. *Journal of American Medical Association*, 174(11), 1867-1868. doi:10.1136/medhum-2013-010463
- Sage, W. M. (1997). Enterprise Liability and the Emerging Managed Health Care System. *Texas A&M Law Scholarship Faculty*, 60.
- Saka, N. E. ve Budak, H. (2019). Malpraktis ve Defansif Tıp.
- Smith-Bindman, R., Lipson, J., Marcus, R., Kim, K. P., Mahesh, M., Gould, R., ... & Miglioretti, D. L. (2009). Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. *Archives of internal medicine*, 169(22), 2078-2086.

- Tussing, A. D., & Wojtowycz, M. A. (1997). Malpractice, defensive medicine, and obstetric behavior. *Medical care*, 35(2), 172-191.
- TÜİK (2022). Sağlık personeli sayılarının illere göre dağılımı, 2002-2021, <https://data.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 15.04.2024)

SÖZLÜK

Anamnez: Doktorun hastaya teşhis koymak amaçlı sorduğu sorular sonucu elde edilen öyküdür.

Adenoidektomi: Geniz Eti Ameliyatı, adenoid bezlerini çıkarmak için yapılan cerrahi bir operasyondur.

Apandisit: Apandiksin iltihaplanmasıdır.

Elektrokardiyogram: EKG, kalpte bulunan elektriksel aktivitenin ve kalbin atış dalgalarının kaydedilmesi işlemidir.

Endoskopi-Kolonoskopi: Ucunda ışıklı küçük bir kamera bulunan cihaz yardımıyla yemek borusu, mide, onikiparmak bağırsağı ve kalın bağırsağı kapsayan gastrointestinal sistemin incelenmesine olanak veren işlemlerdir.

Epizyotomi: Doğumun kolay gerçekleşmesi için vajinal açıklığı genişletme amacıyla yapılan ve planlı olarak gerçekleştirilen cerrahi kesi işlemidir.

İnvaziv işlem: Girişimsel işlem

Kompres: Ameliyat sırasında veya yara pansumanında kullanılan bez, soğuk veya sıcak uygulama yöntemidir.

Konsültasyon: Bir hastanın durumu hakkında hekimlerin bilgi alışverişinde bulunmasıdır.

Mastektomi: Meme dokusunun ameliyatla çıkartılması işlemidir.

Miyokardiyal Enfarktüs: Kalp krizi, kalbin damarlarının tıkanması sonrasında oluşan bir klinik tablodur.

Morbidite: Hastalık, hasta olma durumu

Mortalite: Ölüm

Nevrotik: Sinirsel. Kaygı ve duygudurum bozukluğu.

Non-Stress Test (NST): Hamilelik sırasında Elektronik bir monitör yardımı harekete ve kasılmalara yanıt olarak fetal kalp atış hızını ölçen bir testtir.

Radyografi: X ışınlarından yararlanarak görüntü elde etme yöntemidir.

Servikal diskektomi: Boyun fıtığının çıkartılması ameliyatıdır.

Tonsillektomi: Bademciklerin cerrahi yöntemlerle çıkarılması işlemidir.