

2005 YILINDA YÜRÜRLÜĞE GİREN TÜRK CEZA KANUNU'NUN (TCK) CERRAHİ BRANŞ HEKİMLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Ahmet Yılmaz¹, Gökhan Demiral², Gürol Şahin³, Oktay Yener⁴,
Ali Kocataş⁵, Salih Bölük⁴

¹ Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

² Yusufeli Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Artvin, Türkiye

³ Özel Ethica Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁴ Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁵ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Alındı: 11.07.2012 / Kabul: 20.11.2013

Sorumlu Yazar: Gökhan Demiral

Yusufeli İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği 08800 Artvin - Türkiye, e-posta: drgokhandemiral@yahoo.com

ÖZET

Amaç:

TCK'nın cerrahi branş hekimleri üzerindeki etkisini ve defansif tıbbın hangi boyutta uygulandığını tespit etmek amaçlanmıştır.

Yöntemler:

Hekimler hakkında yaş, cinsiyet, branş, dava edilme durumu, TCK'nın ilgili maddelerini bilme düzeyi, ülkemizde defansif tıbbın geliştiğini düşünme, 2005 öncesi döneme göre tetkik-konsültasyon artışı, hastadan onam alma, hasta ve yakınlarını bilgilendirme, hukuki durum endişesi, endişeye bağlı gerginlik, sıkıntı, mutsuzluk, depresyon yaşama, acil ve elektif riskli vakaların sorumluluğunu üstlenme parametreleri değerlendirildi.

Bulgular:

Hekimlerin 310'u erkek, 92'si kadındı. Sorulan sorular ve cerrahi branş hekimlerinin yanıtları şöyledir: "Türkiye'de defansif tıbbın geliştiğini düşünüyor musunuz?", 212 hekim (%53,5) "evet", 4 hekim (%1) "hayır"; "Son beş yılda tetkik isteminizde artış var mı?", 130 hekim (%32,7) "fazlasıyla artış var", 196 hekim (%49,2) "artış var", 4 hekim (%1) "azaldı"; "Son beş yılda konsültasyon isteminizde artış var mı?", 106 hekim (%26,8) "fazlasıyla artış var", 216 hekim (%54,5) "artış var", 6 hekim (%1,5) "azaldı"; "Acilde riskli vakaların sorumluluğunu alır mısınız?", 2005 öncesi için 168 hekim (%41,7) "her zaman" ve 8 hekim (%1,9) "hayır"; 2005 sonrası için 98 hekim (%24,3) "her zaman" ve 44 hekim (%10,9) "hayır"; "Elektif riskli vakaların sorumluluğunu alır mısınız?", 2005 öncesi için

158 hekim (%39,3) "her zaman" ve 28 hekim (%6,9) "hayır"; 2005 sonrası için 100 hekim (%24,8) "her zaman" ve 82 hekim (%20,3) "hayır".

Sonuç:

2005 öncesi veriler elimizde olmasa da bu çalışmada cerrahi branş hekimleri arasında tespit edilen belirgin defansif tıp eğilimi artış şeklinde yorumlanabilecek ölçüde dikkate değerdir.

Anahtar Kelimeler: defansif tıp, malpraktis, Türk Ceza Kanunu

THE IMPACT OF TURKISH PENAL CODE (TPC) WHICH ENTERED INTO FORCE IN 2005 ON SURGEONS

Ahmet Yılmaz¹, Gökhan Demiral², Gürol Şahin³, Oktay Yener⁴,
Ali Kocataş⁵, Salih Bölük⁴

¹ Department of General Surgery, Medical Faculty, Medipol University, Istanbul, Türkiye

² Department of General Surgery, Yusufeli State Hospital, Artvin, Türkiye

³ Department of General Surgery, Private Ethica Hospital, Istanbul, Türkiye

⁴ Department of General Surgery, Goztepe Training and Research Hospital, Medeniyet University, Istanbul, Türkiye

⁵ Department of General Surgery, Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital, Istanbul, Türkiye

Received: July 11, 2012 / Accepted: November 20, 2013

Correspondence to: Gökhan Demiral

Yusufeli İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği 08800 Artvin - Türkiye, e-posta: drgokhandemiral@yahoo.com

ABSTRACT

Objective:

Determining the impact of TPC on surgeons and the extent of defensive medicine application has been aimed.

Methods:

Parameters of age, gender, specialization, being sued, knowledge level of relevant TPC articles, being agree that in our country defensive medicine has developed, increase in examination-consultation when compared to the period before 2005, requesting informed consent, informing patients and relatives, anxiety of legal status, experiencing stress-trouble-unhappiness-depression due to anxiety, taking responsibility for elective and emergency cases about physicians were evaluated.

Results:

310 phsicians were males and 92 were females. The questions asked and the responses of surgeons are as follows: "Do you think defensive medicine has developed in Turkey?", 212 surgeons (53.5%) "yes", 4 surgeons (1%) "no"; "Is there an increase in medical workups that you demand in last 5 years?", 130 surgeons (32.7%) "extremely increased", 196 surgeons (49.2%) "increased", 4 surgeons (1%) "decreased"; "Is there an increase in your consultation requests in last 5 years?", 106 surgeons (26.8%) "extremely increased", 216 surgeons (54.5%) "increased", 6 surgeons (1.5%) "decreased"; "Do you take the responsibility of risky emergency cases?", for the period before 2005 168 surgeons (41.7%) "always", 8 surgeons (1.9%) "no", for the period after 2005 98 surgeons (24.3%) "always" and 44 surgeons (10.9%) "no"; "Do you have take the responsibility of elective cases?", for the period be-

fore 2005 158 surgeons (39.3%) "always" and 28 surgeons (6.9%) "no", for the period after 2005 100 surgeons (24.8%) "always" and 82 surgeons (20.3%) "no".

Conclusion:

Although we do not have the data before 2005, significant tendency of defensive medicine determined among surgeons in an extent which can be interpreted as an increase is well worth to consider.

Key words: defensive medicine, malpractice, Turkish Penal Code

GİRİŞ

Defansif tıp, olası bir malpraktis suçlamasıyla karşılaşmamak için hekimlerin daha fazla yardımcı tanı yöntemi kullanması olarak tanımlanmaktadır. Hekim, muayene bulguları ve tanı için yeterli olacak incelemeleri istedikten sonra tanıyı koymuş olsa bile, malpraktis kaygısıyla gereğinden fazla inceleme isteyerek bir biçimde kendini koruma eğiliminde olabilmektedir. Hastaya faydalı olmaktan ziyade yasal sorumluluktan kurtulmak amaçlanır (1). Gelişmiş ülkelerde malpraktis üzerine yapılan tartışmalar genel olarak hatanın önlenmesi yönünde gerçekleşirken, yasal düzenlemelerin

yetersiz ve tıbbi standartların tam olarak belirlenmemiş olduğu ülkemizde tartışma daha çok malpraktis ve komplikasyon ayırımı çerçevesinde yürütülmektedir (2).

Resmi gazetede 12 Ekim 2004 tarihinde yayınlanarak 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren yeni Türk Ceza Kanunu'nda (TCK), eski TCK'de bulunan kişi hak ve özgürlüklerini kısıtlayan kanun maddelerinin ceza miktarları belirgin derecede artırılmış ve kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi (TCK Madde 83), bilinçli taksir (TCK Madde 22) gibi kavramlar eklenmiştir (3). 2005 yılında yürürlüğe giren TCK'de hekim hatası durumunda uygulanacak olan cezalar ince-

lendiği zaman ceza oranlarının yüksek olduğu gözlenmektedir. Bununla birlikte doğası gereği mesleki riskler ile dolu olan hekimlikte, doktorların risk almaktan çekinecekleri bir ortam yaratılmasından ve defansif tıp eğilimi gelişeceğinden korkulmaktadır (1).

Bu çalışmada 2005 yılında yürürlüğe giren TCK'nin cerrahi branş hekimleri üzerindeki etkisini ve ABD ile Avrupa ülkelerinde yaygın biçimde uygulanan defansif tıbbın ülkemizde cerrahi branş hekimleri arasında hangi boyutta uygulandığını tespit etmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

2005 yılında yürürlüğe giren TCK'nin cerrahi branş hekimleri üzerindeki etkisini ve defansif tıba olan eğilimi tespit etmek amacıyla İstanbul ili Anadolu yakasındaki eğitim araştırma hastaneleri, devlet hastaneleri ve özel hastanelerde çalışmakta olan cerrahi branş hekimlerinden tesadüfi yöntemle seçilen ve gönüllü olarak katılmayı kabul eden 402 branş hekimi ile birebir görüşme tekniği kullanılarak 28 soruluk anket uygulandı.

Bu anket ile hekimlerin yaş, cinsiyet, uzmanlık dalı, kaç yıllık hekim oldukları, çalıştıkları sağlık kuruluşları, mesleki bir konu ile ilgili dava edilip edilmedikleri, meslek seçiminden ve çalıştıkları kurum ile klinikten memnuniyet durumları, 2005 yılında yürürlüğe giren TCK'nin hekimlerle

Tablo 2: Mesleki çalışma süresi

Çalışma süresi	n	%
Bir yıldan az	2	0,5
1-10 yıl	112	27,9
11-20 yıl	150	37,3
21-30 yıl	98	24,3
31 yıl üzeri	28	7,0
Cevaplamayan	12	3,0
Toplam	402	100,0

ilgili maddelerini bilip bilmedikleri, ülkemizde defansif tıbbın geliştiğini düşünme durumları,

son 5 yıldır önceki yıllara oranla tetkik ve konsültasyon istem artışı durumları sorgulandı.

Ayrıca 2005 yılı öncesi ve sonrası hastadan müdahale veya tedavi öncesi onam alma, hasta ve yakınlarını hastalık ve ameliyatı ile ilgili bilgilendirme, teşhis ve tedavi sırasında veya sonrasında hukuki durum gelişme endişesi taşıma, endişeye bağlı gerginlik ve sıkıntı, endişeye bağlı mutsuzluk ve depresyon yaşama, acil ve elektif riskli vakaların sorumluluğunu üstlenme durumlarına ait verilere ulaşıldı.

İstatistiksel Değerlendirme

Bu çalışmada istatistiksel analizler SPSS 15.0 paket programı ile yapıldı. Sonuçlara 2 testi uygulandı. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Tablo 3: Cerrahi branşlara göre dava edilme durumu

Cerrahi branşlar	Dava						
	Hayır	%	Evet (kaç kez)			%	Toplam
			1	2	3		
Kadın hastalıkları ve doğum	74	71	18	8	4	29	104
Genel cerrahi	46	59	30	0	2	41	78
Üroloji	44	92	4	0	0	8	48
Ortopedi	38	90	2	2	0	10	42
Göz hastalıkları	38	90	4	0	0	10	42
Beyin cerrahisi	26	72	10	0	0	28	36
Kulak, burun ve boğaz	30	94	2	0	0	6	32
Diğer (PC, ÇC, GC, KDC)	14	70	4	0	2	30	20
Toplam	310		74	10	8		402
%	77		18,5	2,5	2		100

Ki-kare test, $p=0,007$

BULGULAR

Çalışmaya katılan 402 cerrahi branş hekiminin 310'u (%77,1) erkek, 92'si (%22,9) kadındır. Hekimlerin yaşları 29 ile 64 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 42,7'dir. Hekimlerin 136'sı (%33,8) devlet hastanelerinde, 134'ü (%33,3) özel hastanelerde ve 132'si (%32,8) eğitim araştırma hastanelerinde görev yapmaktadır.

Cerrahi branş dağılımına bakıldığında kadın hastalıkları ve doğum 104 (%25,9), genel cerrahi 78 (%19,4), üroloji 48 (%11,9), ortopedi 42 (%10,4), göz hastalıkları 42 (%10,4), beyin cerrahisi 36 (%9), kulak burun boğaz hastalıkları 32 (%8), diğer branşlar 20 (%5)'dir (Tablo 1). Meslekte

geçirilen hizmet süresine bakıldığında 150 hekim (%37,3) 11-20 yıldır, 112 hekim (%27,9) 1-10 yıldır bu mesleği yaptığını belirtmektedir (Tablo 2).

Katılımcıların mesleki bir konu ile ilgili dava edilme durumuna bakıldığında 310 hekim (%77,1) hiç dava edilmez iken, 74 hekimin (%18,4) meslekleri boyunca bir kez, 10 hekimin (%2,5) iki kez, 8 hekimin (%2) ise üç kez dava edildiği görülmektedir. Cerrahi branşa göre dava edilme durumu değerlendirildiğinde genel cerrahi, kadın hastalıkları doğum ve beyin cerrahi branşlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha çok dava edildiği gözlemlendi (p<0,05) (Tablo 3). Çalışılan kurumlara göre ve meslekteki çalışma süresine göre dava edilme

durumları değerlendirildiğinde istatistiksel farklılık gözlemlenmedi (p>0,05).

Hekimlik mesleğini seçmekten ötürü memnun olup olmadıkları sorusuna hekimlerden 46'sının (%11,4) çok memnun, 208'inin (%51,8) memnun, 70'inin (%17,4) kararsız, 54'ünün (%13,4) memnun değil ve 24'ünün (%6) hiç memnun değil şeklinde cevap verdiği gözlemlendi. Cerrahi branşa göre meslek memnuniyeti değerlendirildiğinde beyin cerrahisi ve kadın hastalıkları doğum branşında meslek memnuniyetinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu gözlemlendi (Tablo 4) (p=0,017).

Kurumlara göre meslek memnuniyeti değerlendirildiğinde, eğitim araştırma ve devlet has-

Tablo 4: Cerrahi branşlara göre meslek memnuniyeti

Cerrahi branşlar	Meslek memnuniyeti										Toplam
	ÇM	%	M	%	K	%	MD	%	HMD	%	
Genel cerrahi	8	10	50	64,1	4	5,1	10	12,8	6	7,6	78
Ortopedi	12	28,5	16	38,1	14	33,3	0	0	0	0	42
Beyin cerrahisi	10	27,7	10	27,7	4	11,1	8	22,2	4	11,1	36
Kadın hastalıkları ve doğum	6	5,7	50	48	16	15,3	20	19,2	12	12,5	104
Üroloji	0	0	26	54,1	12	25	10	20,8	0	0	48
KBB	0	0	20	62,5	10	31,2	0	0	2	6,2	32
Göz hastalıkları	6	14,2	24	57,1	8	19	4	9,5	0	0	42
Diğer (PC, ÇC, GC, KDC)	4	20	12	60	2	10	2	10	0	0	20
Toplam	46	11,4	208	51,7	70	17,4	54	13,4	24	5,9	402

Ki-kare test, p=0,017

(ÇM: çok memnun, M: memnun, K: kararsız, MD: memnun değil, HMD: hiç memnun değil)

Tablo 5: Kurumlara göre meslek memnuniyet durumu

Kurumlar	Meslek memnuniyeti					Toplam
	ÇM	M	K	MD	HMD	
Eğitim araştırma	28	54	14	22	14	132
Devlet hastanesi	6	80	24	22	4	136
Özel hastane	12	74	32	10	6	134
Toplam	46	208	70	54	24	402

Ki-kare test, p=0,008

(ÇM: çok memnun, M: memnun, K: kararsız, MD: memnun değil, HMD: hiç memnun değil)

tanesi hekimlerinin mesleklerinden memnun olmama durumunun özel hastane hekimlerine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu gözlemlendi (p=0,008) (Tablo 5). Meslek memnuniyeti ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlılık gözlemlenmedi (p>0,05). Dava edilme durumu ile meslek memnuniyeti arasında ise anlamlı ilişki gözlemlendi (p=0,043). Mesleklerinde bir kez dava edilen hekimlerin 20'si (%27) meslekten memnuniyet durumunu memnun değil, 8'i (%10,8) hiç memnun değil şeklinde yanıtladı (Tablo 6).

Çalışılan kurumdaki memnuniyet durumu değerlendirildiğinde, bu soruya cevap veren 398 hekimin 194'ü (%48,7) memnun şeklinde yanıtladı. Çalışılan kurumlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde özel hastane çalışanlarının memnuniyet durumu anlamlı şekilde yüksek bulundu (p=0,003) (Tablo 7).

Hekimlere 2005 yılında yürürlüğe giren TCK'nin hekimlerle ilgili maddelerini ne ölçüde bildikleri sorulduğunda; 38 hekim (%9,5) tamamen biliyorum, 296 hekim (%73,6) kısmen biliyorum, 66 hekim (%16,4) bilmiyorum ve 2 hekim (%0,5) konuyu hiç duymadım şeklinde yanıtladı. Kurumlar arasında 2005 yılında yürürlüğe giren TCK'nin bilinme durumu değerlendirildiğinde istatistiki olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0,05) (Tablo 8). Cerrahi branş, meslekteki çalışma süresi ve dava edilme durumu ile TCK'nin bilinme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmedi.

Hekimlerin 2005 yılında yürürlüğe giren TCK'yi öğrenme şekli sorgulandığında, bu soruya ce-

vap veren 292 hekimden çoğunluğun kendi çabasıyla öğrendiği (%56,2; n=164) gözlemlendi (Tablo 9). TCK'nin öğrenilme şekli kurumlara, cerrahi branşa ve dava edilme durumuna göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Meslekteki çalışma süresine göre yapılan değerlendirmede ise çalışma süresinin artmasıyla kendi çabasıyla öğrenen hekimlerin de anlamlı sayıda arttığı gözlemlendi.

"Türkiye'de defansif tıbbın geliştiğini düşünüyor musunuz?" sorusuna cevap veren 396 hekimin 212'si (%53,6) evet, 162'si (%40,9) kısmen, 18'i (%4,5) endişelerim var, 4'ü (%1) hayır şeklinde cevap verdi. "Son beş yılda önceki yıllara oranla tetkik isteminizde artış var mı?" sorusuna cevap veren 398 hekimin 130'u (%32,7) fazlasıyla artış var, 196'sı (%49,2) artış var, 68'i (%17,1) aynı kaldı, 4'ü (%1) azaldı şeklinde cevap verdi. "Son beş yılda önceki yıllara oranla konsültasyon isteminizde artış var mı?" sorusuna cevap veren 396 hekimin 106'sı (%26,8) fazlasıyla

artış var, 216'sı (%54,5) artış var, 68'i (%17,2) aynı kaldı, 6'sı (%1,5) azaldı şeklinde cevap verdi (Tablo 10). Farklı cerrahi branşlar, çalışılan kurum, meslekteki çalışma süresi ve dava edilme durumu ile defansif tıbbın geliştiğini düşünme, son beş yılda tetkik isteminde artış ve son beş yılda konsültasyon isteminde artış arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmedi.

Hastadan müdahale veya tedavi öncesi aydınlatılmış onam alma durumu ile hasta ve yakınlarını hastalık ve ameliyat ile ilgili bilgilendirme durumları 2005 yılı öncesi ve sonrasında ayrı ayrı değerlendirildiğinde, 2005 yılı sonrasında hekimlerin büyük çoğunluğunda davranış değişikliği olduğu gözlemlendi (Tablo 11).

"Teşhis ve tedavi sırasında veya sonrasında hukuki durum gelişmesi endişesi taşır mısınız?" sorusuna 2005 yılı öncesi durumu değerlendiren 70 hekim (%17,7) hayır cevabını verirken, 2005 sonrası bu sayı 10'a (%2,5) inmiştir (Tablo 12).

Tablo 6: Dava edilme durumu ile meslek memnuniyeti ilişkisi

Dava durumu	Meslek memnuniyeti					Toplam
	ÇM	M	K	MD	HMD	
Hayır	34	166	166	166	14	310
Bir kez	8	30	30	30	8	74
İki kez	0	8	8	8	2	10
Üç kez	4	4	4	4	0	8
Toplam	46	208	208	208	24	402

Ki-kare test, p=0,043

[ÇM: çok memnun, M: memnun, K: kararsız, MD: memnun değil, HMD: hiç memnun değil]

“Hukuki durum gelişme endişesi gerginlik ve sıkıntıya yol açar mı?” sorusuna 2005 yılı öncesi durumu değerlendiren 94 hekim (%24,2) hayır cevabını verirken, 2005 sonrası bu sayı 22’ye (%5,5) inmiştir (Tablo 13). “Hukuki durum gelişme endişesine bağlı mutsuzluk ve depresyon yaşar mısınız?” sorusuna 2005 yılı öncesi için 40 hekim her zaman, 44 hekim genellikle, 162 hekim bazen ve 142 hekim hayır derken, 2005 yılı sonrasında neredeyse yarıya yakın hekimin düşüncesi tersi yönde değişmiştir (Tablo 13).

“Acilde riskli (kompleks) vakaların sorumluluğunu alırmısınız?” sorusuna 2005 yılı öncesi durum için 168 hekim (%42,4) her zaman ve 8 hekim (%2) hayır derken, 2005 yılı sonrası için 98 hekim (%24,5) her zaman ve 44 hekim (%11) hayır demiştir (Tablo 14).

TARTIŞMA VE SONUÇ

İnsan hakları ile birlikte hasta haklarının da hızlı bir şekilde gelişmesi tıp hukukunun başta ABD ve Batı Avrupa’da gelişmesine neden olmuştur. Tıp hukukunun gelişmesi, 18. yüzyılın başlarında İngiliz hukuk teorisinin içine girmiş olan malpaktis kavramına “tıbbi malpraktis” boyutu kazandırmıştır. Özellikle ABD ve Batı Avrupa’da tıp hukuku alanında 1970 yıllarından sonra yapılan değişiklikler, yasal düzenlemelerin tıp biliminin işleyişi üzerindeki etkisini gittikçe artırmıştır. Bu etki birçok sebebe bağlı olarak ortaya çıksa da, sağlık hukukunun dengesiz gelişmesinin istenilmeyen yan etkileri ortaya çıkmıştır. ABD’de, bu yasal düzenlemelerin etkisi ve beraberinde “tıbbi malpraktis hukuku, sigorta, tazminat” dinamiklerinin iyi yönetilememesi nedeniyle tıbbi malpraktis davaları artmıştır. Artan davalar tıbbi malpraktis

Tablo 7: Çalışılan kuruma göre memnuniyet durumu

Kurum	Kurum memnuniyeti					Toplam
	ÇM	M	K	MD	HMD	
Eğitim araştırma	4	54	36	22	16	132
Devlet hastanesi	4	56	24	48	4	136
Özel hastane	4	84	24	14	4	130
Toplam	12	194	84	84	24	398

Ki-kare test, p=0,003

[ÇM: çok memnun, M: memnun, K: kararsız, MD: memnun değil, HMD: hiç memnun değil]

krizlerine neden olmuştur (4). Bu süreç sonunda hekimler tıbbi malpraktis dava endişeleri, sigorta güvenceleri hakkındaki tedirginlikleri ve yüksek tazminat ödeme korkuları nedeniyle defansif tıba yönelmiş ve “defansif tıp” uygulamaya başlamışlardır (4). Dünya Tabipler Birliği’nin 1992 yılında yapılan 44. Genel Kurulu’nda kabul edilen bildirgesine göre “malpraktis hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlanmıştır. Bu durumun tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülebilen ve hekim hatası olmayan komplikasyondan ayırt edilmesi gerektiği de özellikle vurgulanmıştır (5). Malpraktis kavramı özellikle gelişmiş ülkelerde son 30 yıldır pek çok yönüyle tartışılmaktadır. Ülkemizde ise son 10 yıldır yasal, etik ve tıbbi yönleriyle tartışma konusu olmuştur. Ülkemizde 1987 yılında başlamış olan TCK çalışmaları 12 Ekim

2004 tarihinde sonuçlanmış ve resmi gazetede yayımlanarak 1 Haziran 2005 tarihinde 5237 sayılı kanun yürürlüğe girmiştir. Bu kanunun 1. maddesi ceza hukukunun amacının kişi hak ve özgürlüklerini korumak olduğunu belirterek, 765 sayılı eski TCK’ye göre büyük bir değişiklik getirmiştir. Yürürlüğe 2005 yılında giren TCK’deki en önemli değişiklikler, kişilere karşı uygulanan suçlarda ceza miktarının artırılması ve bir birey olarak kişinin mal ve can güvenliğini sağlayacak kanun maddelerindeki yeniliklerdir. ABD’de tıp, hukuk, ekonomi ve sosyoloji alanlarında 1970’li yılların başlarında kullanılmaya başlayan ve günümüzde de aynı alanlarda kullanılan “defansif tıp” teriminin bilinen ilk tanımlarından birisi, “hekimin kendisini dava tehdidine karşı korumak amacıyla tanı ve tedaviye yönelik işlemleri gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan faaliyetlerin sorumluluğunu reddetme uygulamaları” (6) şeklinde yapılmıştır.

Defansif tıp uygulamalarının gerçekleştirilmesindeki en güçlü etken dava edilme korkusudur. Tanımlamalarda defansif tıp, dava edilme korkusu ile ilişkilendirilmiş ve defansif tıp uygulamalarının yasal riskler konusundaki endişelerle direk bağlantısı olduğu bildirilmiştir. Var olan görüşlerden birisi malpraktis davalarının hekimleri standart tedavinin gereklerini yerine getirmeye ve böylece tıbbi kazaları önlemeye ittiği yönündedir. Malpraktis davalarının kalite uygulamalarına sahip olmasının diğer bir yönü de defansif tıp uygulamalarına neden olmasıdır (7,8). Defansif tıbbin sosyal, ekonomik, hukuki, tıbbi ve özellikle de adli boyutu olmasına rağmen, ülkemizde bu alanda yapılmış çalışma sayısı oldukça azdır. Yürürlüğe 2005 yılında giren TCK’de yer alan ve hekimleri tedirgin eden maddeler nedeniyle ülkemizde de defansif tıp eğiliminin yaygınlaşacağından korkulmaktadır. Hekimlik etiği ile bağdaşmayan, hem hastanın karşılaşılabileceği

Tablo 8: Çalışılan kuruma göre yeni TCK’nın bilinme durumu

Kurum	TCK bilinme durumu				Toplam
	Tamamen	Kısmen	Bilmiyorum	Konuyu hiç duymadım	
Eğitim araştırma	10	114	8	0	132
Devlet hastanesi	26	76	34	0	136
Özel hastane	2	106	24	2	134
Toplam	38	296	66	2	402

Ki-kare test, p<0,05

riskleri, hem de sağlık harcamalarını ciddi biçimde artıracak olan bu durumun oluşmaması için ciddi çaba gösterilmesi gerekmektedir.

Tıbbi uygulamaları düzenleyen yasalar ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Yasaların hekimlerin tıbbi uygulamalarını negatif yönde etkilediği iyi düzenlenmemiş sistemlerde ve hukuka karşı hekimlerin kendilerini güvende hissetmedikleri durumlarda defansif tıbbin uygulamaya konulduğu bildirilmektedir (8,9). Ülkemizde de 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren TCK sonrası zaman zaman defansif tıbbin gelişebileceği uyarıları yapılmıştır (10,11). Odabaşı, 2005 yılında yürürlüğe giren TCK'de yer alan ve hekimleri tedirgin eden maddeler nedeniyle hekimlerde defansif tıp eğilimi gelişeceğinden korkulduğunu, 2005 yılında yürürlüğe giren TCK de hekimlik mesleğinin yerine getirilmesinde kavram kargaşasına yol açacak,

hatalı yorumlara açık ve hekimlik uygulamalarını olumsuz yönde etkileyecek maddelerin bulunduğunu, bu maddeler nedeniyle hekimlerin kendilerini zor durumda hissettiklerini, mesleklerini özgürce yapmalarına engel olunduğunu, bu nedenle de hekimlerin tıbbi girişimlerdeki temel yaklaşım kurallarını ve istenmeyen bir sonuçla karşılaşıldığında, bu durumun kusur mu, yoksa kaçınılmaz bir sonuç mu olduğunun saptanmasında kullanılacak temel ölçütleri belirleyen bir düzenlemeye gereksinim duyulduğunu belirtmiştir (1).

Çalışmamızda, 402 cerrahi branş hekiminden 310'u (%77,1) hiç dava edilmez iken 92'sinin (%22,9) en az bir kere mesleki bir konu ile ilgili dava edildiği tespit edilmiştir (Tablo 3). Aynacı'nın tüm branş hekimlerini kapsayan 762 kişilik tez çalışmasında mesleki bir konu ile ilgili en az bir kere dava edilme oranı %12,3 olarak belirtilmiştir (4). JAMA'da

yayınlanan yüksek riskli uzmanlık alanlarındaki 1333 hekim ile yapılan çalışmada, hekimlerin %88'inin (7), bir diğer çalışmada ise %75'inin (12) en az bir defa dava edildiği tespit edilmiştir. Aynacı'nın çalışmasında ve bizim çalışmamızda yurt dışı yayınlara kıyasla dava edilen hekim sayısının azlığının, malpraktis kavramının ve tıbbi malpraktis hukukunun ülkemizde yeni gelişmekte olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Literatürde sıra verilmeksizin dava edilme oranı en yüksek beş uzmanlık dalı acil tıp, genel cerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum olarak belirtilmiştir (7). Pakiş'in çalışmasında dava riski yüksek ilk altı uzmanlık sırasıyla acil tıp, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, çocuk hastalıkları, beyin cerrahisi ve ortopedi olarak belirtilmiştir (13). Aynacı'nın çalışmasında ise en yüksek dava edilme oranları ortopedi

Tablo 9: Meslekteki çalışma süresiyle TCK öğrenme arasındaki ilişki

Çalışma süresi	TCK'yı bilenler nasıl öğrendi				Toplam
	Kendi çabası	Hastane içi eğitim	Türk Tabipler Birliği	Medya	
Bir yıldan az	0	2	0	0	2
1-10 yıl	32	8	14	10	64
11-20 yıl	69	10	20	10	109
21-30 yıl	61	10	20	4	95
31 yıl üzeri	2	4	10	6	22
Toplam	164	34	64	30	292

Ki-kare test, p=0,031

Tablo 10: Son beş yılda önceki yıllara oranla tetkik ve konsültasyon isteminde artış var mı?

Artış durumu	Tetkik istemi		Konsültasyon istemi	
	n	%	n	%
Fazlasıyla	130	32,7	106	26,8
Artış var	196	49,2	216	54,5
Aynı	68	17,1	68	17,2
Azaldı	4	1,0	6	1,5
Toplam	398	100	396	100

%15,9, kadın hastalıkları ve doğum %15,9, pratisyen acil servis hekimliği %14,8, genel cerrahi %7,4, dahiliye %7,4, çocuk hastalıkları %6,3'tür. Aynı çalışmada ortopedistlerin %38,4'ü, psikiyatri uzmanlarının %38'4'ü, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının %36,5'i, beyin cerrahlarının %20,8'i, çocuk cerrahlarının %20

'si ve plastik cerrahların %20'sinin en az bir kez dava edildiği bildirilmiştir (4). Çalışmamızda tüm dava edilenler içindeki dava edilme oranları genel cerrahi %34,7, kadın hastalıkları ve doğum %32,6, beyin cerrahi %10,8, ortopedi %9,5, göz hastalıkları %9,5'tir. Diğer yandan ankete katılan genel cerrahların %41'i,

kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının %29'u, beyin cerrahlarının %28'i, ortopedistlerin %10'u ve göz hastalıkları uzmanlarının %10'unun en az bir kez dava edildikleri tespit edildi. Yıldırım ve ark.'nın çalışmasında katılımcılar tıbbi uygulama hatalarına ilişkin yasal düzenlemeler hakkındaki bilgilerini %22,2 ile en fazla oranda kongre ve sempozyum etkinliklerinden, %20,4 oranında meslektaşlarından ve %8,3 oranında tıp eğitimi sürecinde öğrendiklerini ifade etmişlerdir (2). Odabaşı ve ark. tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %80,9'unun konu hakkında herhangi bir eğitim almadıkları görülmektedir (14). Teke ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise hekimlerin %22,5'inin çalıştığı kurumca bilgilendirildiği görülmektedir (15). Yıldırım ve ark.'nın çalışmasında kurum tarafından bilgilendirilen hekim oranı %5,6 olarak tespit edilmiş-

Tablo 11: Hastadan müdahale veya tedavi öncesi aydınlatılmış onam alma, hasta ve yakınlarını hastalık ve ameliyat ile ilgili bilgilendirme

Onam alma	Aydınlatılmış onam				Bilgilendirme			
	2005 öncesi		2005 sonrası		2005 öncesi		2005 sonrası	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Her zaman	88	22,2	338	84,5	208	52,2	326	81,5
Genellikle	80	20,2	58	14,5	122	30,7	74	18,5
Bazen	142	35,9	4	1	54	13,6	0	0
Hayır	86	21,7	0	0	14	3,5	0	0
Toplam	396	100	400	100	398	100	400	100
p değeri	p=0,006		p<0,001		p<0,001		p<0,001	

Tablo 12: Teşhis ve tedavi sırasında veya sonrasında hukuki durum gelişmesi endişesi taşır mısınız?

Endişe durumu	Hukuki durum endişesi			
	2005 öncesi		2005 sonrası	
	n	%	n	%
Her zaman	78	19,7	192	48,0
Genellikle	52	13,1	98	24,5
Bazen	196	49,5	100	25,0
Hayır	70	17,7	10	2,5
Toplam	396	100	400	100
p değeri	p<0,001		p<0,001	

tir (2). Çalışmamızda 2005 yılında yürürlüğe giren TCK'nın öğrenilme şekli sorgulandığında hekimlerin %56,2'sinin (n=164) kendi çabasıyla, %21,9'unun (n=64) meslek örgütünden, %11,6'sının (n=34) hastane içi eğitimle, %10,3'ünün (n=30) medyadan öğrendiği gözlemlendi (Tablo 8). 2005 yılında yürürlüğe giren TCK'nın hekimlerle ilgili maddeleri sorgulandığında 66 hekimin (%16,4) konuyu bilmediği, 2 hekimin (%0,5) ise konuyu hiç duymadığı saptandı (Tablo 7). Hekimlerin yoğun çalışma temposu içinde tıbbi uygulama hataları ve tıp hukuku konularına yeterince zaman ayıramadıkları ve eğitimleri sırasında da bu konuda yeterli bilgilendirmenin yapılmadığı anlaşılmaktadır. Mevcut yasalar göz önüne alındığında tıbbi uygulama hataları konusunda hekimlerin gerek meslek örgütleri gerekse de kurumları tarafından bilgilendirilmesi hem

yaşanacak sorunların azalmasını sağlayacak hem de hekimlerin daha bilinçli davranmasına yol açacaktır. Yıldırım ve ark.'nın çalışmasında hekimlerin %10,8'i hastalardan tıbbi işlem için onam almadıkları alanların %37,7'sinin yazılı ve sözlü onam aldığı, %27,7'sinin ise çalıştığı kurum tarafından hazırlanan onam formunu kullandığı, sözlü onam alanların oranının ise %16,2 olduğu görülmüştür. Teke ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise, hekimlerin %39,4'ünün tıbbi işlem öncesi aydınlatılmış onam almadıkları, %31'inin çalıştığı kurumca düzenlenmiş onam formlarını doldurdukları tespit edilmiştir (15). Turla ve ark.'nın ameliyat geçiren 306 hastada uyguladıkları ankette hastaların %89,9'u "kendisine niçin ameliyat olması gerektiğinin açıklandığını", ancak bunların %74,2'si "bu açıklama-

yı tatmin edici düzeyde bulmadıklarını" ifade etmişlerdir (16). Çalışmamızda 2005 yılı öncesi ve sonrasında hastadan müdahale veya tedavi öncesi aydınlatılmış onam alma durumu ile hasta ve yakınlarını hastalık ve ameliyat ile ilgili bilgilendirme durumları ayrı ayrı değerlendirildiğinde 2005 yılı sonrasında hekimlerin tamamına yakınında davranış değişikliği gözlemlendi. Aydınlatılmış onamı her zaman alırım diyenler %22,2'den %84,5'e yükselmiştir. Benzer şekilde hasta ve yakınlarını her zaman bilgilendirme durumu %52,2'den %81,5'e yükselmiştir (Tablo 11). Bu pozitif değişimin 2005 yılında yürürlüğe giren TCK ile ilişkisi açıkça ortadadır.

Yıldırım ve ark.'nın çalışmasında, hekimlerin %66,7'sinin malpraktis nedenli dava açılma endişesinin sağlık hizmetine zarar vereceği düşüncesinde oldukları, hekimlerin %69,7'sinin ise malpraktis endişesi nedeniyle hastalara müdahalede çekinik davrandıkları (2), Tümer'in "1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi vakaların komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması" başlıklı tez çalışmasında özellikle cerrahi branşlarda mesleki tükenmişlik ve hastaya çekinik (defansif) yaklaşım tespit edildiği belirtilmiştir (17). Aynacı tarafından 762 hekimin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada ise %78,3 oranında defansif tıp uygulaması yapıldığı, aynı çalışmada malpraktis iddialarından korunmak için her zaman ve çoğu zaman fazladan tetkik istediğini bildirenlerin %30,3, her zaman

ve çoğu zaman tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladıklarını bildirenlerin %71,2, her zaman ve çoğu zaman kayıtları daha detaylı tuttuklarını bildirenlerin %79,4, her zaman ve çoğu zaman fazladan ilaç yazdıklarını bildirenlerin %9, her zaman ve çoğu zaman fazladan konsültasyon istediklerini bildirenlerin %36,1, her zaman ve çoğu zaman görüntüleme tetkiklerini daha sık istediklerini bildirenlerin %39,1 oranında olduğu tespit edilmiştir (4). Çalışmamızda, "Türkiye'de defansif tıbbın geliştiğini düşünüyor musunuz?" sorusuna 212 hekim (%53,6) evet, 162 hekim (%40,9) kısmen, 18 hekim (%4,5) endişelerim var, 4 hekim (%1) hayır şeklinde, "Son beş yılda önceki yıllara oranla tetkik isteminizde artış var mı?" sorusuna 130 hekim (%32,7) fazlasıyla artış var, 196 hekim (%49,2) artış var, 68 hekim (%17,1) aynı kaldı, 4 hekim (%1) azaldı şeklinde cevap verdi

(Tablo 10). "Son beş yılda önceki yıllara oranla konsültasyon isteminizde artış var mı?" sorusuna 106 hekim (%26,8) fazlasıyla artış var, 216 hekim (%54,5) artış var, 68 hekim (%17,2) aynı kaldı, 6 hekim (%1,5) azaldı şeklinde cevap verdi (Tablo 10). Benzer çalışmalar ile paralel olan bu rakamlar ülkemiz hekimlerinin pozitif defansif tıp uygulamalarına hiç de uzak olmadığını göstermektedir. Konu hakkında tartışmaların devam ettiği benzer çalışmalarda defansif tıp uygulamaları hekimler tarafından açık şekilde ifade edilmektedir (1,4,14,15). Bu durumun sağlık ve ülke ekonomisi üzerindeki olumsuz etkileri dikate alındığında çözüm arayışında vakit kaybetmememiz gerektiğini düşünüyoruz. Aynacı'nın çalışmasında hekimlerin %84,2'si haklarında açılacak tıbbi malpraktis davasının hekimlik performanslarını azaltacağını, %78,8'i ise kesinlikle

evet ve evet diyerek 2005 yılında yürürlüğe giren TCK'nın yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissettiklerini belirtmişler, 2005 yılında yürürlüğe giren TCK'dan sonra tedirginlik hissettiklerini belirtenlerin belirtmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde fazla olduğunu; hekimlik performanslarının daha fazla azalacağını, dava ile karşılaşma risklerini daha yüksek gördüklerini, hata yapmaktan daha fazla çekindiklerini, pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarının tamamını daha fazla gerçekleştirdiklerini bildirmişlerdir (4). Çalışmamızda "Teşhis ve tedavi sırasında veya sonrasında hukuki durum gelişmesi endişesi taşır mısınız?" sorusuna 2005 yılı öncesi durumu değerlendiren 70 hekim (%17,7) hayır cevabını verirken, 2005 sonrası sayı 10'a (%2,5) inmiştir (Tablo 12). "Hukuki durum gelişme endişe-

Tablo 13: Hukuki durum gelişme endişesi gerginlik ve sıkıntıya yol açar mı? Hukuki durum gelişme endişesine bağlı mutsuzluk ve depresyon yaşar mısınız?

Sıklık	Gerginlik sıkıntı				Mutsuzluk depresyon			
	2005 öncesi		2005 sonrası		2005 öncesi		2005 sonrası	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Her zaman	54	13,9	150	37,6	40	10,3	90	22,6
Genellikle	59	15,2	106	26,6	44	11,3	76	19,1
Bazen	182	46,8	120	30,2	162	41,8	168	42,2
Hayır	94	24,1	22	5,5	142	36,6	64	16,1
Toplam	389	100	398	100	388	100	398	100
p değeri	p=0,006		p<0,001		p<0,001		p<0,001	

si gerginlik ve sıkıntıya yol açarmı?” sorusuna 2005 yılı öncesi durumu değerlendiren 94 hekim (%24,2) hayır cevabını verirken, 2005 sonrası sayı 22'ye (%5,5) inmiştir. “Hukuki durum gelişme endişesine bağlı mutsuzluk ve depresyon yaşar mısınız?” sorusuna 2005 öncesi için 142 hekim (%36,6) hayır cevabını verirken 2005 sonrası sayı 64'e (%16,1) inmiştir (Tablo 13). “Acilde riskli (kompleks) vakaların sorumluluğunu alır mısınız?” sorusuna 2005 öncesi durum için 168 hekim (%42,4) her zaman ve 8 hekim (%2) hayır cevabını verirken, 2005 yılı sonrası için 98 hekim (%24,5) her zaman ve 44 hekim (%11) hayır cevabını vermiştir. “Elektif riskli (kompleks) vakaların sorumluluğunu alır mısınız?” sorusuna 2005 yılı öncesi durum için 158 hekim (%39,7) her zaman ve 28 hekim (%7) hayır cevabını verirken, 2005 yılı sonrası için 100 hekim (%25) her zaman

ve 82 hekim (%20,5) hayır cevabını vermiştir (Tablo 14). Bu alanda yapılmış çalışma sayısının azlığı ortadadır. Ancak rakamlar 2005 yılı sonrası ülkemiz hekimlerinde belirgin şekilde mesleki duygu durum bozukluğu geliştiğini ve negatif defansif tıp uygulamalarının da artık kabul gördüğünü göstermektedir. TCK'deki düzenlemeler sonrası oluşan bu tablonun hekimlik etiği ve mesleği ile bağdaşmadığı çok açık olup, çözümün de yine sadece hukuki düzenlemeler ile olacağına inanıyoruz. Defansif tıp tek başına temel bir problem olarak görülmebilir ama tıbbi malpraktis probleminin iyi yönetilemediğini gösteren çok önemli bir belirtiçidir. Bu nedenle sadece defansif tıbbin kendisinin önlenmesi için yapılacak çalışmaların hiçbirinin problemi çözmeyeceği ve mevcut uygulamayı daha da yaygınlaştıracığı açıktır. Defansif tıbbin önlenme-

si adına yapılacak her şeyin tıbbi malpraktis sisteminin işleyebilir ve iyi düzenlenmesi kapsamında yapılması bir zorunluluktur. Defansif tıbbin hekimlerce yaygın olarak uygulandığı ülkeler de defansif tıp verileri tıbbi malpraktis sisteminin iyi yönetilebilmesi için yol gösterici olarak kullanılmıştır. Yürürlüğe 2005 yılında giren TCK'de hekimlik mesleğinin yerine getirilmesinde kavram kargaşasına yol açacak, hatalı yorumlara açık, hekimlik uygulamalarını olumsuz yönde etkileyecek maddeler bulunmaktadır (1). Bu maddeler nedeniyle, hekimler kendilerini zor durumda hissetmekte, mesleklerini özgürce yapmalarına engel olunmaktadır. Bu nedenle, hekimlerin tıbbi girişimlerdeki temel yaklaşımları, kuralları ve istenmeyen bir sonuçla karşılaşıldığında, bu durumun kusur mu, yoksa kaçınılmayan sonuç mu

Tablo 14: Acilde riskli (kompleks) vakaların sorumluluğunu alır mısınız?
Elektif riskli (kompleks) vakaların sorumluluğunu alır mısınız?

Sıklık	Acil vaka				Elektif vaka			
	2005 öncesi		2005 sonrası		2005 öncesi		2005 sonrası	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Her zaman	168	42,4	98	24,5	158	39,7	100	25,0
Genellikle	158	39,9	140	35,0	150	37,7	118	29,5
Bazen	62	15,7	118	29,5	62	15,6	100	25,0
Hayır	8	2,0	44	11,0	28	7,0	82	20,5
Toplam	396	100	400	100	398	100	400	100
p değeri	p=0,006		p<0,001		p<0,001		p=0,35	

olduğunun saptanmasında kullanılacak temel ölçütleri belirleyen bir düzenlemeye gereksinim duyulmaktadır. Bu düzenlemenin bizim en temel yasamız olan, tıp ve hekimlik alanına ilişkin temel kuralları düzenleyen 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da hekimler ile ilgili bölümdeki uygulamaların yapılması ile, hekimler Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddelerinin baskısı olmadan mesleklerinin gereğini yerine getirebileceklerdir. Bunun yanı sıra gelişmiş ülkelerde yaşanan deneyimlerin ışığında “suçlayıcı-cezalandırıcı model”in tıbbi hataları önlemede yetersiz kaldığı ve hekimlik uygulamalarında defansif tıbbın yaygınlaştığı görülmektedir. Gerek bizim çalışmamız gerekse de benzer çalışmalar ülkemizde hekimler tarafından defansif tıbbın uygulandığını göstermektedir. Her ne kadar 2005 yılında yürürlüğe giren TCK öncesine ait defansif tıp verileri elimizde olmasa da cerrahi branş hekimleri arasında uygulanan bu çalışmada, 2005 sonrası defansif tıp yaklaşımındaki belirgin artış ortadadır. Bulgularımız “2005 yılında yürürlüğe giren TCK sonrası defansif tıbbın gelişebileceği” öngörülerinin çoktan gerçekleştiğini desteklemektedir. Bu durum, ülkemizde tıbbi hatalarla ilgili yasal düzenlemeler yapılırken suçlayıcı-cezalandırıcı model ile arttırılan ceza uygulamaları yerine tazminat baskısından kurtulmuş hatayı azaltmaya odaklanmış bir yapılanmanın

tartışılması ve defansif tıp uygulamalarının ele alındığı yeni çalışmaların yapılması gerektiğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Odabaşı AB, Tümer AR. Çekinik (defansif) hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun uygulanma aşamasında toplumu bekleyen tehlike. STED 2006;15(4):55-9.
2. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan AG. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Cumhuriyet Med J 2009;31(4):356-66.
3. Eralp TC. Karşılaştırmalı açıklamalı içtihatlı ve gerekçeli Yeni Türk Ceza Kanunu ile 765 sayılı Türk Ceza Kanunu. Batıkent: 2005;39-44,173-202.
4. Aynacı Y. Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya, 2008.
5. Koç S. Yasal düzenlemeler çerçevesinde hekim sorumluluğu. Türkderm 2007;41(2):33-8.
6. Bergen RP. Defensive medicine is good medicine. JAMA 1974 May 27;228(9):1188-9.
7. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA; 2005 Jun 1;293(21):2609-17.
8. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: A questionnaire study of general practitioners. BMJ 1995 Jan 7;310(6971):27-9.
9. Volpintesta EJ. Defensive medicine. Conn Med 1993 Jan;57(1):51
10. 2. Sağlık Hukuku Sempozyumu, <http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=19191>, Erişim tarihi: 11.11.2013.
11. <http://www.istabip.org.tr/icerik/etik-kurul-toplanti-tutanaklari/>. Erişim tarihi: 11.11.2013.
12. ACOG committee opinion. Coping with the stress of malpractice litigation. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2001;74(1):65-6.
13. Pakiş I. Ölüm ya da ölü doğumla sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına yaklaşımda adli otopsinin rolü. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2006.
14. Odabaşı AB, Tümer AR, Odabaşı O. Bir grup hekimin 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu ile ilgili değerlendirmeleri: Anket çalışması. Adli Tıp Bülteni 2008;13:49-56.
15. Teke HY, Alkan HA, Başbulut AZ, Cantürk G. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili kanuni düzenlemelere hekimlerin bakışı ve bilgilendirme düzeyi: Anket çalışması. Türkiye Klinikleri Adli Tıp 2007;4:61-7.
16. Turla A, Karaarslan B, Kocakaya M, Peksen Y. Hastalara yeterince aydınlatma yapılıp-yapılmadığı ve onam alınması durumunun saptanması. Türkiye Klinikleri J Foren Med 2005;2(2):33-8.
17. Tümer AR. 1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi vakalarının komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması. Ankara Ü. T. F. Adli Tıp AD, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2002.