



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEKİMLERİN DEFANSİF TIP UYGULAMA
DURUMLARININ MALPRAKTİS KORKUSU AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

FATİH DEMİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Berna Eren

İSTANBUL-2025



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEKİMLERİN DEFANSİF TIP UYGULAMA DURUMLARININ
MALPRAKTİS KORKUSU AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

FATİH DEMİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Berna Eren

İSTANBUL-2025

BEYAN

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

27/06/2025

FATİH DEMİR

(İmza)

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca ve lisans döneminden itibaren bilgi birikimi ve deneyimleriyle bana rehberlik eden değerli tez danışmanım ve hocam Dr. Öğr. Üyesi Berna Eren'e katkılarından dolayı en içten teşekkürlerimi sunarım. Eğitim sürecimdeki değerli katkıları için bölüm başkanımız Prof. Dr. Mesut Çimen'e teşekkür ederim. Tezimle ilgili araştırmayı yürütebilmem için veri toplamama izin veren Dr. Efe Onganer'e ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

Akademisyenlik hedefim ve hayalim doğrultusunda her zaman desteğini hissettiğim değerli hocam Prof. Dr. Oğuz Polat'a minnetlerimi özellikle ifade etmek isterim.

Son olarak, sevgileri, inançları ve destekleriyle her zaman yanımda olan aileme ve en büyük destekçim olan eşim Ayça Demir'e gönülden teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMA LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2 GENEL BİLGİLER	6
2.1 Defansif Tıp Kavramı	8
2.2 Defansif Tıp Türleri	9
2.2.1 Pozitif defansif tıp.....	9
2.2.2 Negatif defansif tıp	11
2.3 Defansif Tıbbın Tarihsel Gelişimi.....	12
2.4 Defansif Tıbbın Yaygınlığı.....	14
2.5 Defansif Tıp Uygulama Nedenleri.....	15
2.6 Defansif Tıbbın Sağlık Hizmetlerine Etkisi.....	17
2.6.1 Sağlık harcamaları üzerine etkisi.....	17
2.6.2 Hizmet kalitesi ve hasta güvenliğine etkisi	19
2.6.3 Hekim-hasta ilişkisine etkisi	20
2.6.4 Hekim iyi hali ve mesleki tatmine etkisi	21
2.7 Malpraktis Kavramı.....	22
2.8 Malpraktis Türleri.....	25
2.8.1 İletişim eksiklikleri ve kayıt hataları	25
2.8.2 Yetki sınırlarının aşılması ve konsültasyonda hatalar	26
2.8.3 Aydınlatılmış onam hataları	26
2.8.4 Tanı hataları	27
2.8.5 Hatalı karar.....	28
2.8.6 Girişim hataları ve teknik hatalar	29
2.8.7 Terk etme ve özen eksikliği.....	30
2.8.8 Malpraktisin hukuki boyutu.....	31
2.8.8.1 Ceza hukuku boyutu	31
2.8.8.2 Özel hukuk (tazminat) sorumluluğu	32
2.8.8.3 Disiplin hukuku boyutu	32
2.8.9 Aydınlatılmış onamın hukuki niteliği	32
2.8.10 Yargı uygulamaları.....	33
2.8.11 Malpraktis sigortası.....	33
2.9 Dünyada ve Türkiye’de Malpraktis Davaları.....	34
2.10 Malpraktis Korkusu	36
2.10.1 Malpraktis korkusunun kaynakları.....	38

2.10.1.1	Hukuki belirsizlik ve cezai sorumluluk riski.....	38
2.10.1.2	Hastaların artan bilinç düzeyi ve beklentileri	39
2.10.1.3	Kurumsal destek eksikliği.....	39
2.10.1.4	Medya ve toplumsal baskı.....	40
2.10.1.5	Mesleki özgüven eksikliği ve eğitim yetersizliği.....	41
2.10.1.6	Tıbbi belgelerde yetersizlik ve belgelendirme kaygısı	42
2.11	Malpraktis Korkusunun Mesleki Etkileri ve Psikolojik Yansımaları	43
2.11.1	Malpraktis korkusunun defansif tıpla ilişkisi	44
3	GEREÇ VE YÖNTEM	46
3.1	Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	46
3.2	Evren ve Örneklem.....	46
3.3	Veri Toplama Yöntemi	46
3.4	Verilerin Analizi	48
3.5	Araştırmanın Etik Yönü	49
4	BULGULAR	50
4.1	Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	50
4.2	Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Bilgi Durumları.....	52
4.3	Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları	54
4.4	Katılımcıların Malpraktis Korku Durumları	55
4.5	Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	56
4.6	Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumlarının Yaşa Göre Değerlendirilmesi.....	58
4.7	Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumlarının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	60
4.8	Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumlarının Uzmanlık Bilim Alanına Göre Değerlendirilmesi.....	62
4.9	Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Değerlendirilmesi.....	64
4.10	Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumlarının Günlük Ortalama Hasta Sayısına Göre Değerlendirilmesi.....	66
4.11	Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	68
5	TARTIŞMA	70
6	SONUÇ ve ÖNERİLER.....	89
7	KAYNAKLAR.....	93
8	EKLER.....	106
EK 1.	Etik Kurul (ATADEK) Kararı.....	106
EK 2.	Anket Formu	108
EK 3.	Ölçek İzni.....	112

EK 4. Kurum İzni.....	113
9 ÖZGEÇMİŞ.....	115



KISALTMA LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
EKG	Elektrokardiyografi
NHS	National Health Service
TCK	Türk Ceza Kanunu
WMA	World Medical Association (Dünya Tabipler Birliği)



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hekimlerin defansif tıp uygulama nedenleri	16
Tablo 2. Verilerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	48
Tablo 3. Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri.....	48
Tablo 4. Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	50
Tablo 5. Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	50
Tablo 6. Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	50
Tablo 7. Hekimlerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	51
Tablo 8. Hekimlerin Ünvanlarına Göre Dağılımı.....	51
Tablo 9. Uzman Hekimlerin Uzmanlık Bilim Alanlarına Göre Dağılımı	51
Tablo 10. Hekimlerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	52
Tablo 11. Hekimlerin Kurumda Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	52
Tablo 12. Hekimlerin Günlük Ortalama Hasta Sayılarına Göre Dağılımı	52
Tablo 13. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Bilgi Durumları	53
Tablo 14. Hekimlerin çalıştıkları kurumda hekimlik uygulamaları için aydınlatılmış onam alınması konusundaki görüşleri	53
Tablo 15. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği'nin tanımlayıcı istatistikleri	54
Tablo 16. Hekimlerin Pozitif Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları	54
Tablo 17. Hekimlerin Negatif Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları.....	55
Tablo 18. Malpraktis Korku Ölçeği'nin tanımlayıcı istatistikleri.....	56
Tablo 19. Hekimlerin Malpraktis Korku Durumları	56
Tablo 20. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Malpraktis Korkusu Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	58
Tablo 21. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Malpraktis Korkusu Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı.....	60
Tablo 22. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Malpraktis Korkusu Puanlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı	61
Tablo 23. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Malpraktis Korkusu Puanlarının Uzmanlık Bilim Alanına Göre Dağılımı	63
Tablo 24. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Malpraktis Korkusu Puanlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Dağılımı	66

Tablo 25. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Malpraktis Korkusu Puanlarının Kurumda Baktıkları Günlük Ortalama Hasta Sayısına Göre Dağılımı.....	68
Tablo 26. Hekimlerin Defansif Tıp Tutumları ile Malpraktis Korkuları arasındaki ilişkiyi açıklayan Pearson Korelasyon analizi	69



ÖZET

Hekimlerin Defansif Tıp Uygulama Durumlarının Malpraktis Korkusu Açısından Değerlendirilmesi

Defansif tıp, hekimlerin malpraktis nedeniyle karşılaşabilecekleri hukuki risklerden korunmak amacıyla, hasta yararından çok kendi güvenliğini önceleyerek tıbbi uygulamalardan sapmaları şeklinde tanımlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'deki özel bir sağlık grubuna bağlı hastanelerde görev yapan hekimlerin defansif tıp uygulama durumlarını malpraktis korkusu bağlamında değerlendirmektir. Kesitsel ve nicel desenle yürütülen çalışma, tanımlayıcı istatistikler ve ilişkisel analiz yöntemleriyle gerçekleştirilmiştir. Veriler, yapılandırılmış bir anket formu aracılığıyla toplanmış ve SPSS yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcı hekimlerin demografik özellikleri, malpraktis deneyimleri, defansif tutum düzeyleri ve malpraktis korkusu ile olan ilişkileri değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, hekimlerin büyük çoğunluğu en az bir defansif davranış sergilemektedir. Malpraktis korkusunun, özellikle negatif defansif tıp uygulamalarında anlamlı düzeyde etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca geçmişte dava edilme deneyimi yaşayan hekimlerin defansif uygulamalara daha sık başvurduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın bulguları, defansif tıp davranışlarının yalnızca bireysel hekim tutumlarıyla değil; aynı zamanda sistemsal, kurumsal ve toplumsal faktörlerle de şekillendiğini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda, malpraktis sisteminin yeniden yapılandırılması, sağlık çalışanlarının desteklenmesi ve hasta güvenliğini önceleyen politikaların geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Defansif tıp, Malpraktis korkusu, Hekim davranışı, Sağlık hukuku, Sağlık yönetimi

ABSTRACT

Assessment of Physicians' Defensive Medicine Practices in the Context of Malpractice Fear: A Case Study from a Private Healthcare Group in Turkey

Defensive medicine refers to physicians' deviation from standard medical practices by prioritizing legal protection over patient benefit, typically due to fear of malpractice claims. This study aims to evaluate the defensive medical practices of physicians working in hospitals affiliated with a private healthcare group in Turkey, in relation to their fear of malpractice. This cross-sectional and quantitative research was conducted using descriptive statistics and correlational analysis methods. Data were collected via a structured questionnaire and analyzed using SPSS software. The study examined physicians' demographic characteristics, malpractice experiences, levels of defensive behavior, and their association with malpractice fear. Findings indicate that a significant majority of physicians engage in at least one form of defensive practice. Malpractice fear was found to be particularly influential in passive defensive behaviors. Physicians with prior experiences of being sued were more likely to adopt defensive medical strategies. The results suggest that defensive medicine is shaped not only by individual physician concerns but also by broader systemic, institutional, and societal factors. Based on these insights, the study recommends reforms in malpractice legislation, implementation of institutional support mechanisms for healthcare workers, and development of patient safety-oriented policies to reduce defensive practices.

Keywords: Defensive medicine, Malpractice fear, Physician behavior, Health law, Health management

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Defansif tıp, 1960'ların sonlarından bu yana tıbbi araştırma literatüründe kullanılan bir terim olup, hekimlerin sorumluluk iddiaları ve dava edilme korkusu nedeniyle standart tıbbi uygulamalardan sapmaları olarak tanımlanmaktadır. Literatürde savunmacı tıp, çekinik tıp olarak adlandırılan defansif tıpta amaç, sağlık hizmet sunucularının tıbbi uygulama hataları (malpraktis) nedeniyle karşılaşabilecekleri idari, hukuki, cezai ve etik yaptırımlardan korunmak için, sağlık hizmetinin tüm aşamalarında, hizmet alanların yararından ziyade, kendilerini düşünerek davranış göstermeleridir (1-5).

Günümüzde toplumda hastalıkların nedenleri ve süreçleri konusundaki bilgi birikiminin ve farkındalığın artması, hasta hakları yaklaşımı, hasta ve hasta yakınlarının hekimlerden beklentilerinin artması hasta-hekim ilişkisini önemli ölçüde etkilemiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında, görevli sağlık personelinin kusurlu davranışları sonucunda tıbbi uygulama hataları (malpraktis) ortaya çıkmakta; bu da hastalığın normal seyrinden sapması, iyileşme sürecinin gecikmesi, yaşam kalitesinin düşmesi, çeşitli morbiditelerin gelişmesi ve hatta hastanın sakat kalması ya da hayatını kaybetmesi ile sonuçlanabilmektedir (6-9). Hasta ve hasta yakınları malpraktis ile komplikasyon arasındaki farkı net olarak algılayamadıkları için sağlık hizmetleri sürecindeki istenmeyen sonuçları malpraktis olarak değerlendirebilmektedir. Bu ayrım yapılamadığı için hekimler malpraktis iddiaları ve davalarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Hekimlerin mesleklerini icra ederken malpraktis iddiasıyla dava edilme veya suçlanma olasılığından dolayı duydukları kaygı, malpraktis korkusu olarak tanımlanmaktadır (10-12).

Son on yıllarda giderek artan malpraktis davaları, hekimlerin defansif tıp uygulamalarını benimsemelerine neden olmuştur. Dünya genelinde yaklaşık her dört hekimden üçünün benimsediği ifade edilen defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı ülkelere ve uzmanlık alanlarına göre farklılık göstermektedir. Bu uygulamalar tüm uzmanlık alanlarında gözlemlenebilmekle birlikte; doğası gereği yüksek risk taşıyan genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi, nöroşirürji ve anesteziyoloji gibi

uzmanlık alanlarında daha sık görülmektedir (10-13).

Malpraktis iddiaları ve davaları, hekimler açısından zaman, itibar ve hasta kaybına ve sigortasız maliyetlere yol açmanın yanı sıra, moral ve motivasyon kaybı, depresyon, tükenmişlik ve iş tatminsizliği yaşamaya daha yatkın hale getirmektedir (14,15). Hekimler, hatalı tıbbi uygulamalara (malpraktis) karşı hukuki yaptırımlara maruz kalma korkusu nedeniyle, kendi hukuki güvenliklerini önceliklendirme ve risk oluşturabilecek durumları ortadan kaldırarak kendilerini koruma altına alma ihtiyacı duymaktadır (16-21).

Defansif tıp davranışı, pozitif defansif tıp (güvence davranışı) ve negatif defansif tıp (kaçınma davranışı) olmak üzere iki farklı şekilde ortaya çıkmaktadır. Pozitif defansif tıp; hekimin tıbbi açıdan gerekli olmayan ya da hastaya herhangi bir faydası bulunmayan tıbbi işlemler gerçekleştirmesi; negatif defansif tıp ise; hekimin sunulması gerekli olan tıbbi hizmetleri sunmaması, gerekli olan işlemleri yapmaması, riskli gördüğü hastalardan ve riski yüksek tanı ve tedavi yöntemlerinden kaçınmasıdır (1-3, 11,16,21-23).

Defansif tıp uygulamalarının kısa vadede hasta memnuniyetini artırdığı ve dava açılma olasılığını azaltarak hekim açısından hukuki koruma sağladığı düşünülse de, uzun vadede hasta güvenliği, sağlık sistemi ve ülke ekonomisi üzerinde olumsuz etkiler yarattığı çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu tür uygulamaların; sağlık hizmetlerinin maliyetlerini artırdığı, sağlık hizmetlerine erişimi kısıtladığı, hastalar açısından gereksiz riskler oluşturarak zarar görmelerine neden olduğu, hizmet kalitesini düşürdüğü ve hekim-hasta ilişkisini zedeleyerek hastaların hekimlerin güdülerine güvenmemesine, hekimlerin ise hastaları potansiyel davacılar olarak görmesine yol açtığı bildirilmektedir. Tıpta genel kabul görmüş etik standartlara aykırı olan bu uygulamalar, aynı zamanda hekimlerin yenilikçi tedavi yöntemlerini benimsemesini ve tıbbi inovasyon sürecini engellemekte; tıbbi otoritenin zayıflamasına, mesleki doyumun azalmasına ve sağlık hizmetlerinde eşitsizliğin artmasına neden olmaktadır (1-3,13,16,24).

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’deki bir özel sağlık grubunun hastanelerinde görev yapan hekimlerin tıbbi hizmet sunumunda defansif tıp uygulama durumlarının malpraktis korkusu açısından değerlendirilmesidir. Defansif tıp hakkında Türkiye’de yapılan çalışmalar son yıllarda artış göstermekle birlikte, çalışmaların çoğunlukla hekimlerin bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik olduğu; hekimlerin defansif tıp uygulamalarını malpraktis korkusu ile ilişkilendiren çalışma olmadığı görülmüştür. Bu açıdan, çalışmanın konuya yeni bir perspektif getireceği; çalışmanın yürütüleceği özel sağlık grubunun yönetimine bu konuda girdi ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



2 GENEL BİLGİLER

Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmakta ve bireyin en temel insan haklarından biri olarak kabul edilmektedir (25). Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. Maddesi, herkesin sağlıklı yaşama ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olduğunu açıkça belirtmektedir (26). Toplumun sağlığı ve ülke ekonomisi açısından büyük öneme sahip olan sağlık hizmetleri, bireyin en temel hakları arasında yer almakta olup, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. Maddesi bireyin yaşam hakkını, 56. Maddesi ise sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını güvence altına almıştır (27).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık sistemlerini, birincil amacı sağlığı geliştirmek, iyileştirmek ve sürdürmek olan tüm faaliyetler; temel amacını ise, her bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için gerekli koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici hizmetleri sunmak olarak tanımlamaktadır. Bu açıdan sağlık sistemleri, sağlık kurumlarının, insan kaynaklarının, finansman mekanizmalarının, bilgi sistemlerinin ve organizasyon ve yönetim yapılarının bir bileşiminden oluşmaktadır (28).

Sağlık hizmetleri aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır:

- Etkili: İhtiyacı olanlara kanıta dayalı sağlık hizmeti sunulması;
- Güvenli: Hizmetin sunulduğu bireylere zarar vermekten kaçınılması;
- İnsan merkezli: Bireysel tercihlere, ihtiyaçlara ve değerlere yanıt veren sağlık hizmeti sunulması;
- Zamanında: Bekleme sürelerinin ve gecikmelerin azaltılması;
- Hakkaniyetli: Hiçbir ayrımcılık göstermeyen sağlık hizmeti sunulması;
- Entegre: Sağlık hizmetlerinin tamamının yaşam boyu sunulması;
- Verimli: Var olan kaynaklardan en üst düzeyde faydalanılması ve israfın önlenmesi (29).

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında sağlık profesyonellerinin etik ve yasal sorumluluğu, genel kabul görmüş, bilimsel ve kanıta dayalı normlarla tutarlı tanı ve tedavi standartları sağlamaktır. Hastalar ile sağlık hizmet sunucuları arasında iletişim kurulması; standartlaştırılmış bakım sunulması; hastanın sağlık ve iyilik durumuna öncelik verilmesi; aydınlatılmış onam alınması ve bakım sürekliliğinin sağlanması bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında görevli sağlık personelinin kusurlu hareket etmesi sonucu ortaya çıkan tıbbi uygulama hataları, son onyıllarda tüm dünyada tartışılan bir konu haline gelmiştir. Tıbbi uygulama hataları, insan faktörü, çevresel faktörler ve tıbbi ekipman gibi birden fazla faktörün karşılıklı ilişkisi sonucunda ortaya çıkmakla birlikte; temel bileşenler hasta, sağlık personeli- özellikle hekimler- ve sağlık kuruluşudur. Tıbbi uygulama hataları, tıbbın “önce zarar verme” temel ilkesine aykırı tüm davranışları kapsamakta ve hekimin tanı ve tedavi sürecinde standart uygulamayı yapmaması veya yanlış yapması, mesleki deneyimsizlik, bilgi, beceri veya özen eksikliği, tedbirsizlik ve ihmal, ekipman ve donanımın eksikliği ya da yanlış kullanımı gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır (6,30,31).

Herhangi bir hastalık sürecinde zarar (istenmeyen sonuç) gelişebilmektedir. Tıbbi uygulamanın bakım standartlarına uygun olmasına ve her türlü önlemin alınmasına rağmen kaçınılamayan zararlar komplikasyon olarak adlandırılmakta ve hekime atfedilemediği gibi yasal sorumluluk getirmemektedir. Diğer yandan, hatalı olduğu kabul edilen tıbbi uygulamalar sonucu gelişen zararlar tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilmekte ve öngörülebilir ve önlenabilir olmasına rağmen sağlık çalışanı tarafından gereken yapılmadığı için hastaya zarar verilmesi ve karşılığında cezai/yasal yaptırımların uygulanması söz konusu olmaktadır (6,30,31). Ancak, hasta ve hasta yakınları komplikasyon ile hatalı tıbbi uygulama arasındaki farkı algılayamadıkları ve bazı durumlarda hekim tarafından komplikasyon olarak kabul edilen bir sonuç hasta ve yakınları tarafından malpraktis olarak algılanabildiği için hekimler hukuki sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Malpraktis şikayetleri ve davalarında son onyıllarda görülen artış, hekimlerin mesleklerini icra ederken kendilerini korumaya yönelik olarak defansif tıp uygulamalarına yönelmelerine yol açmıştır (31,32).

2.1 Defansif Tıp Kavramı

Defansif tıp kavramı, 1960'lı yılların sonlarında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ortaya çıkmıştır. Zaman içerisinde farklı anlamlar kazanarak tıp literatüründe yerini almış ve dünya genelinde kullanılmaya başlanmıştır (1,2,32-34). Hekimlerin aşırı ve gereksiz tanısal testler, prosedürler veya sevkler isteme ve belirli hastalardan ve prosedürlerden kaçınma eğilimi ile belirginleşen defansif tıp uygulamaları, çağdaş sağlık hizmetlerinde önemli bir sorun haline gelmiştir (4,12).

Defansif tıbbın birden fazla tanımı vardır. Defansif tıp, en basit ifadeyle, 'davalardan korunmak amacıyla normal tıbbi uygulamalardan uzaklaşmak' olarak tanımlanmaktadır (3).

En yaygın kullanılan tanıma göre defansif tıp, hekimlerin sorumluluk iddiaları ve davalardan korkmaları nedeniyle doğru ve güvenilir tıbbi uygulamalardan sapmalarıdır (1,2,5,32,35).

Daha kapsamlı bir tanıma göre defansif tıp, hasta yararı beklentisinden ziyade, hekimin yasal kişisel çıkar algısı- özellikle, hekimin kişisel dava veya yasal sorumluluk riskine maruz kalmaktan kaçınması- tarafından yönlendirilen klinik uygulamalardır (3,11,12,36-38).

Tüm bu tanımlar ışığında, defansif tıp, hekimlerin olası tıbbi uygulama hatası iddiaları ve davaları nedeniyle karşılaşılabilecekleri idari, hukuki, cezai ve etik risk ve yaptırımlardan korunmak amacıyla, hastaya artan fayda sağlamaktan ziyade kendilerini düşünerek, sağlık hizmetinin tüm aşamalarında doğru, güvenilir ve standart tıbbi uygulamalardan sapmaları olarak ifade edilmektedir.

Defansif tıbbın tıbbi bir eylem ve defansif davranmanın altında yatan bir neden olmak üzere iki bileşenden oluştuğu; eylemin hastayı doğrudan etkilediği ve hekimi korumayı amaçladığı görülmektedir. Bu açıdan defansif tıp, kendine özgü bir çıkar çatışması olarak değerlendirilmektedir (1,39).

Defansif tıp, hekimin ek test veya tedavi istemesi gibi sunulan hizmeti destekleyici/tamamlayıcı olabileceği gibi; başka bir hekime veya sağlık tesisine sevk etmesi gibi hizmetin yerini alabilmekte, ya da belirli hastaları tedavi etmeyi reddetmesi gibi sunulan hizmeti sınırlandırabilmektedir (35). Bununla birlikte, hekimlerin kanıta dayalı uygulamalardan sapma gösteren her eylemi defansif tıp olarak kabul edilmemektedir. Hekimin hastayla ilgili tanı ve tedavi süreçlerinde karşılaştığı belirsizliği gidermek ya da bir tanıyı doğrulamak için uzman klinik yargısına dayanarak genellikle istenmeyen bir testi istemesi; hastasının tercihlerine ve değerlerine duyarlı olması ve kanıta dayalı uygulamalardan farklı klinik kararlar alması; tıbbi kayıtları özenli ve ayrıntılı olarak tutması gibi durumlar defansif tıp tanımına girmemekte; hastaya fayda sağlamayı amaçlayan iyi ve profesyonel uygulamanın bileşenleri olarak kabul edilmektedir (39).

2.2 Defansif Tıp Türleri

Defansif tıp, duruma bağlı olarak, güvence davranışı ve kaçınma davranışı olarak adlandırılan iki farklı şekilde ortaya çıkmaktadır. Hekimlerin malpraktis sorumluluğuna maruz kalmalarını azaltmayı amaçlayan bu riskten kaçınma davranışları aktif ya da pasif olabilmekte ve sırasıyla pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp olarak adlandırılmaktadır (1,5).

2.2.1 Pozitif defansif tıp

Pozitif defansif tıp, hekimin hasta yararından ziyade, kendi yasal güvenliğini ön plana alarak, tıbbi gerekçelere dayanmayan, hastaya doğrudan tıbbi bir yarar sağlamayan, fazladan ve çoğu zaman tıbbi gereklilikten yoksun ve tanı ve tedavi uygulamalarına yönelmesidir (1-3,11,16,21,40).

‘Güvence davranışı’ olarak da adlandırılan pozitif defansif tıp, olumsuz tıbbi sonuçları azaltmak, hekimin geçerli sağlık bakım standardını yerine getirmede ihmalkar davrandığı yönündeki hasta iddialarını önlemek, hastaları malpraktis iddialarında bulunmaktan caydırmak, olası denetimlere karşı belge oluşturmak ve

yasal sistemi bakım standardının karşılandığına ikna etmek amacıyla gereksiz ve tıbbi değeri olmayan ek hizmetlerin sunulmasını kapsamaktadır (35,41).

Yapılan farklı çalışmalarda belirtilen pozitif tıp uygulamaları aşağıda sıralanmıştır:

- Tıbben gerekli olmayan ya da gereğinden fazla tanısal laboratuvar ve görüntüleme testi istenmesi;
- Hastanın tıbben gerekenden daha uzun süreyle gözlem altında tutulması;
- Tıbben gerekli olmayan ya da gereğinden fazla tıbbi/girişimsel işlem uygulanması;
- Endikasyon olmadığı halde hasta için yatarak tedavi kararı alınması;
- Hastanın hastanede yatış süresinin tıbben gerekenden daha uzun tutulması
- Tıbben gerekli olmayan ya da gereğinden fazla konsültasyon istenmesi;
- Tıbben gerekli olmayan ya da endikasyona ek olarak fazla ilaç reçete edilmesi;
- Hasta bilgilendirmesi ve takibinin gereğinden fazla yapılması;
- Tıbbi kayıtların aşırı detaylı tutulması (1-3, 5,11,16,22,32,35,36, 40).

Pozitif defansif tıp yalnızca bireysel bir klinik karar biçimi olarak değil, aynı zamanda sağlık sistemlerinde öne çıkan hukuki güvenlik kaygılarının bir yansıması olarak ele alınmalıdır. Pozitif defansif tıp uygulamaları, her ne kadar yasal açıdan savunulabilir olsa da, çoğu zaman klinik karar alma süreçlerini etkilemekte ve hastaya doğrudan tıbbi bir yarar sağlamamaktadır. Aksine sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmakta, kaynakların verimsiz kullanılmasına neden olmakta; gereksiz işlem hacmi yaratmakta ve sağlık hizmetlerinin kalite, etkinlik ve etik temellerine yönelik önemli bir tehdit olarak değerlendirilmektedir (1,2,41,43,45).

2.2.2 Negatif defansif tıp

Negatif defansif tıp, hekimin belirli hasta gruplarını kabul etmekten kaçınmasını veya karmaşık müdahalelerden uzak durmasını kapsamaktadır. Bu yaklaşım, çoğu zaman klinik kararlardan ziyade olası hukuki sorumluluklardan kaçınma kaygısıyla şekillenmektedir. ‘Kaçınma davranışı’ olarak da adlandırılan negatif defansif tıp, hekimin tıbbi açıdan gerekli olan ve hastaya fayda sağlayabilecek komplikasyon riski yüksek tıbbi prosedürlerden; yüksek riskli veya dava açma potansiyeli olan hastalardan veya tıbbi sorunlardan bilinçli olarak kaçınmasını; hastaları tedaviden ve hastaneye yatıştan mahrum bırakmasını içermektedir (1-3,5,11,16,22,35,36,40).

Gerekli tıbbi işlemlerin bilinçli olarak yapılmaması ya da bazı hastaların tedavisinin reddedilmesi yönündeki negatif defansif tıp uygulamaları, hastaların sağlık hizmeti alma hakkını ihlal etmekte ve hastaya zarar verme olasılığı en yüksek uygulamalar olarak kabul edilmektedir (40,46).

Yapılan farklı çalışmalarda belirtilen negatif tıp uygulamaları şunlardır:

- Yaşamsal riske sahip ya da komplikasyon ihtimali yüksek olan hastaların kabul ve takibinden kaçınma;
- Tıbbi açıdan kompleks görünen ve birden çok şikayeti bulunan hastalardan kaçınma;
- Komplikasyon riski oluşturan tıbbi işlemlerden kaçınma;
- Agresif ya da şikayet etme riski yüksek hastaların kabul ve takibinden kaçınma;
- Daha etkili ancak komplikasyon ihtimali yüksek riskli tıbbi müdahale ve tedavi yöntemlerinden kaçınma;
- Tedavi ve takip imkanı olmasına rağmen riskli hastaları başka sağlık kuruluşuna veya hekime yönlendirme;
- Daha etkili ilaçlar yerine daha sık kullanılan ve yan etkisi daha az olan ilaçları reçeteleme (22,32,35,41,42,44,46).

Hekimlerin tıbbi bilgi ve becerileri yeterli olmasına rağmen, olası hukuki sorumluluklardan kaçınmak amacıyla yüksek riskli hastalardan veya karmaşık tedavi süreçlerinden uzak durma eğilimleri, özellikle malpraktis iddiaları ve davalarının sık görüldüğü uzmanlık alanlarında daha yaygın olup, hasta memnuniyetini ve sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkilemekte; hizmetlerinin etkinliğini azaltmakta ve hekim-hasta ilişkisini zedelemektedir (16,35,40,46).

2.3 Defansif Tıbbın Tarihsel Gelişimi

Defansif tıp kavramı, 20. yüzyılın ortalarında ABD’de ortaya çıkmış ve zamanla tüm dünyaya yayılarak sağlık sistemlerinin yapısına etki eden bir olgu haline gelmiştir (11,46,47).

ABD’de 1960’lı yıllardan itibaren tıbbi malpraktis davalarının sayısında belirgin bir artış yaşanmış ve yalnızca hukuki ve mali sonuçları ile değil, aynı zamanda hekim davranışları üzerindeki etkileri ile de dikkat çekmiştir. İlk olarak 1970’li yıllarda literatürde tanımlanan bu yaklaşım, hekimlerin hukuki sorumluluklardan kaçınmak amacıyla gereksiz tanı ve tedavi işlemlerini uygulaması ya da potansiyel risk taşıyan hastalardan ve yüksek riskli işlemlerden kaçınması gibi davranış örüntüleri ile tanınmıştır (40,48).

Defansif tıp kavramını ilk kez 1974 yılında kamuya açık bir konuşmada Amerikan Tabipler Birliği Baş Hukuk Müşaviri dile getirmiş; “malpraktis davalarından kaçınmanın tek yolunun hekimlerin hiçbir tıbbi işlem yapmamaları olduğunu belirttikten sonra “defansif tıbbi” önermiştir (43,46,47).

ABD’de 1980’li yıllarda malpraktis sigortası primlerinin yükselmesi ve sağlık hizmeti verenlerin hukuki süreçlere daha sık maruz kalması, defansif tıbbın yaygınlaşmasında önemli bir dönüm noktası olmuştur. Özellikle kadın doğum, genel cerrahi ve acil tıp gibi yüksek riskli branşlarda görev yapan hekimlerin büyük çoğunluğu, savunmacı uygulamaları rutin bir davranış biçimi haline getirmiştir (35).

Bu dönemde defansif tıp, yalnızca bireysel bir davranış biçimi değil, sistemsal bir sorun olarak da değerlendirilmeye başlanmıştır.

2000’li yıllarda defansif tıp, artık sadece klinik uygulamalardaki davranış değişiklikleriyle değil, aynı zamanda sağlık politikalarını etkileyen yapısal bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır. Malpraktis sistemindeki cezalandırıcı yaklaşımın, hekimlerde aşırı korumacı davranışları teşvik ettiği ve bu durumun hasta bakım kalitesini olumsuz etkilediği ifade edilmiştir (49). Bu süreçte, bazı ülkelerde malpraktis reformları gündeme gelmiş, “no-fault” tazmin sistemleri ve zorunlu ikinci görüş gibi düzenlemelerle defansif uygulamaların azaltılması hedeflenmiştir.

Türkiye’de ise defansif tıp kavramı 2000’li yılların ortalarından itibaren akademik ve mesleki çevrelerde daha fazla tartışılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalar, hekimlerin büyük çoğunluğunun hukuki süreçlerden endişe duyduğunu; yeterli tıbbi eğitim almamış hekimlerin hastalara daha defansif yaklaştığını; mesleki deneyim arttıkça defansif davranışlara başvurma oranının azaldığını; hekimlerin defansif tıp kavramının içeriği hakkında tam bilgi sahibi olmadıklarını; sıklıkla başvurdukları pozitif defansif tıp uygulamalarının gereksiz tetkik ve tahlil istenmesi ve hasta kayıtlarının daha detaylı tutulması; negatif defansif tıp uygulamalarının ise risk içeren tedavilerden ve agresif hastalardan kaçınma olduğunu; özellikle sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, artan hasta şikayetleri ve açılan dava sayısındaki yükseliş ve buna bağlı malpraktis korkusu, hasta yoğunluğu, hekim-hasta iletişimsizliği, performans sistemi, medyanın olumsuz etkisi gibi faktörlerin hekimlerin defansif tıp davranışlarına yönelmesinde etkili olduğunu göstermektedir (21,50,51).

Son yıllarda ise yapay zeka, karar destek sistemleri ve dijital kayıt uygulamaları gibi teknolojik gelişmelerin, hekimlerin defansif karar alma süreçlerini etkileyebileceği tartışılmaktadır. Özellikle klinik kararların belgeye dayandırılması ve algoritmik yönlendirmelerin artması, sorumluluğun paylaşılması açısından yeni bir dönemin habercisi olarak değerlendirilmektedir.

2.4 Defansif Tıbbın Yaygınlığı

Defansif tıp uygulamaları tüm dünyada tartışılan bir konudur ve hekimler üzerinde yapılan çeşitli çalışmalarda yüksek oranlar saptanmıştır (52). Bununla birlikte, defansif tıbbın yaygınlığı açısından ülkeler ve uzmanlık alanları arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır (11,12).

Yapılan farklı ulusal çalışmalar, defansif tıp prevalansının ABD'de %88-92 (53,54); Belçika'da %74,4 (55); İspanya'da %45,4 (56); İsrail'de %52-62 (57,59); İtalya'da %60 (60); Japonya'da %98 (61); Türkiye'de %72-78,4 (62,63) İran'da %99,8 (64) olduğunu göstermiştir.

Zheng ve diğerleri (2023) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında, küresel defansif tıp prevalansı %75,8 olarak saptanmıştır. Çalışmada, defansif tıp prevalansının, DSÖ'nün Afrika (%88,1), Amerikalılar (%80,8) ve Batı Pasifik (%76,1) bölgelerinde daha yüksek; Avrupa (%70,8), Doğu Akdeniz (%73,2) ve Güney-Doğu Asya (%75,2) bölgelerinde daha düşük olduğu görülmüştür. Dünya Bankası gelir sınıflandırmasına göre ise, defansif tıp prevalansının alt-orta gelir grubu ülkelerde (%89,0), düşük gelir grubu (%71,8), üst-orta gelir grubu (%77,3;) ve yüksek gelir grubu (%74,6) ülkelerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (12).

Defansif tıp, genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, beyin ve sinir cerrahisi gibi kritik cerrahi alanlarda uzmanlaşmış hekimler arasında yaygın olarak görülmektedir (35,53,65).

Zheng ve diğerleri (2023) tarafından yapılan çalışmada, defansif tıp prevalansı farklı tıp uzmanlıkları arasında belirgin farklılıklar göstermiştir. Özellikle, anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanları (%94,4), genel pratisyenler (%83,5) ve cerrahlar (%77,8) defansif tıp prevalansı genel defansif tıp prevalansından daha yüksek bulunmuştur (12).

Kakemam ve diğerleri (2022) tarafından yapılan kapsam belirleme çalışmasında, beyin ve sinir cerrahisi uzmanları arasında en yüksek defansif tıp prevalansı %89,2 ile ABD’de, en düşük prevalans ise %6,7 ile Hollanda’da kaydedilmiştir. ABD’de defansif tıp prevalansı, beyin ve sinir cerrahisi uzmanlarındaki %36,0 ile diğer çeşitli uzmanlık dallarındaki %93,0 arasında değiştiği; Hollanda’da defansif tıp görülme sıklığı beyin ve sinir cerrahisi uzmanlarındaki %6,7 ile diğer uzmanlık dallarındaki %89,0 arasında değiştiği; kadın hastalıkları ve doğum uzmanları arasında en yüksek oranın %71,8 ile Sudan’da, en düşük oranın ise %62,9 ile Çin’de kaydedildiği; Çin’deki defansif tıp prevalansının kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarındaki %62,9 ile diğer uzmanlık dallarındaki %80,6 arasında değiştiği belirlenmiştir (11).

2.5 Defansif Tıp Uygulama Nedenleri

Hekimlerin defansif tıp uygulama nedenleri; hasta ile ilgili, hekim ile ilgili, kurum ile ilgili ve toplum ile ilgili nedenler olarak sınıflandırılmaktadır. Bunlar arasında en yaygın görülen, hasta beklentilerinin artması, özellikle hekimlere karşı açılan dava sayısındaki artış ve hasta-hekim ilişkilerinde yaşanabilecek olası çatışmalar gibi hasta ile ilişkili nedenlerdir (11,16).

Bununla birlikte, değişik uzmanlık alanlarındaki hekimlerin defansif tıp uygulama durumlarının da farklı olduğu; belirleyici faktörler arasında hekimin çalıştığı muayenehane/kurum tipi, tıbbi/hukuki davalarla ilgili önceki deneyimleri, hata yapma, şikayet ve dava edilme korkusu, sağlık hizmeti sunucularına yönelik şiddet ve hastalardan veya meslektaşlardan gelen baskılar gibi çeşitli faktörler tanımlanmıştır. Ayrıca, geri ödeme politikaları, artan mesleki sigorta primleri, kalite ölçütleri, performans sistemi, medyanın etkisi ve yasal düzenlemeler gibi sağlık sistemi faktörleri de defansif tıbbın yaygınlığına katkıda bulunabilmektedir (12,32).

Defansif tıp uygulama nedenleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hekimlerin defansif tıp uygulama nedenleri (11,12,16,32)

Hasta ile ilgili nedenler	• Hekimlere karşı açılan davaların sayısındaki artış, • Hekimlerin, hastalardan gelebilecek tehdit algısının artması, • Geçmişte hastalarla yaşanan anlaşmazlık deneyimleri, • Olası hasta-hekim çatışmalarından kaçınma isteği, • Hastaların tanı ve tedavi sürecine yönelik baskılayıcı tutumları.
Kurumla ilgili nedenler	• Malpraktis sigorta primlerindeki artış, • Sağlık hizmeti sunucularına yapılan geri ödemelerin azalması, • Tıbbi ve/veya kurumsal prosedürlerin yetersizliği, • Malpraktis ve mesleki sorumluluk sigortası kapsamının yetersiz olması, • Kurumların, hekimlerin hukuki sorumlulukları karşısında yeterli destek sağlamaması, • Hekimleri korumaya yönelik yasal düzenlemelerin yetersizliği.
Hekim ile ilgili nedenler	• Tek başına hekimlik yapma durumu, • Kendisinin veya meslektaşlarının geçmişte şikayet ya da dava süreci yaşamış olması, • Yüksek düzeyde algılanan hukuki risk, • Tıbbi sorumluluklara ilişkin kaygı ve korkular, • Hekimin gelirinin düşük olması • Hukuki sürecin ve olası mali sonuçların doğurabileceği risklere ilişkin endişeler, • Özgüven eksikliği, • Alanına özgü uzmanlık bilgisinin yetersizliği, • Haftalık çalışma yükünün fazla olması, • Etkin olmayan hekim-hasta ilişkisi, • Hukuki koruma eksikliği, • Mesleki itibarın veya kariyerin zarar göreceğine dair endişeler.
Toplumla ilgili nedenler	• Medya ilgisinin olumsuz etkilerine yönelik kaygılar, • Hataların cezalandırılmadığı, öğrenme odaklı bir çalışma kültürünün gerekliliğine dair inanç, • Hekimlere yönelik ihmal iddialarının genellikle olumsuz bir toplumsal bağlamda ele alınması.

2.6 Defansif Tıbbın Sağlık Hizmetlerine Etkisi

Her hekimin bağlı kalması gerektiği bir yemini vardır. Bu yemin yüksek bir standart belirlese de, tıbbi uygulamaların gerçekliği çoğu zaman endişe verici bir tablo ortaya koyar. Bir zamanlar saygı duyulan tıp mesleği, "defansif tıp" olarak bilinen olgunun yükselişiyle birlikte itibar kaybına uğramıştır.

Hastalıklar hakkında artan bilgi birikimi ve sağlık teknolojilerindeki kayda değer ilerlemeler, geleneksel hekim-hasta ilişkisini önemli ölçüde etkilemiştir. Bu durum, hastalar ve yakınlarında hekimlere yönelik beklentilerin belirgin şekilde artmasına yol açmıştır. Tıp ve bilim alanlarında sağlanan büyük ilerlemelere rağmen, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde tıbbi şikayetlerin sayısında dikkate değer bir artış gözlemlenmektedir. Hekimlere karşı açılan malpraktis davalarındaki bu artışın önemli sonuçlarından biri, hekimlerin savunmacı tutum geliştirmesidir. Tıbbi bakım süreçlerindeki savunmacı davranışlar, yani defansif tıp, tıbben gerekli olmayan ve hastaya fayda sağlamayan işlemlerin uygulanmasını (pozitif defansif tıp) ya da tıbben gerekli ve hasta için faydalı olabilecek yüksek riskli müdahalelerden kaçınılmasını (negatif defansif tıp) içermektedir. Bu tür davranışların temel motivasyonu, olası olumsuz sonuçlardan ve özellikle de hukuki süreçlerden kaçınma isteğidir. Ne yazık ki, her iki tür defansif tıp uygulaması da sağlık alanında giderek yaygınlaşmakta; bu da sağlık hizmetlerinde pek çok olumsuz sonuca yol açmaktadır.

2.6.1 Sağlık harcamaları üzerine etkisi

Defansif tıp, küresel ölçekte sağlık hizmeti sunum maliyetlerini artıran önemli bir etmendir. Hekimler, olası hukuki sorumluluklardan kaçınma amacıyla, klinik gerekliliği sınırlı olan tanı testleri, ileri görüntüleme yöntemleri ya da uzman konsültasyonları talep edebilmektedir. Bu tür uygulamalar, doğrudan hasta yararına katkı sağlamamakla birlikte, sağlık sistemine gereksiz ekonomik yük bindirmektedir. Özellikle ABD merkezli çalışmalar, defansif tıbbi müdahalelerin toplam sağlık harcamalarının %2 ila %3'ünü oluşturduğunu, bunun da yıllık milyarlarca dolarlık kaynak israfına neden olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, defansif

uygulamalar yalnızca bireysel düzeyde değil, sistemik ölçekte de kaynakların etkin kullanımını engellemektedir. Harvard Üniversitesi ile Melbourne Üniversitesi araştırmacılarının yürütmüş olduğu bir çalışmada, ABD’de defansif tıp uygulamalarının yıllık maliyetinin yaklaşık 45,6 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Bu tutar, ülkedeki tıbbi sağlık sistemine ilişkin toplam yıllık harcamaların yaklaşık %82’sini oluşturarak, sistem üzerindeki ekonomik yükün büyük ölçüde defansif uygulamalardan kaynaklandığını göstermektedir. Literatürde yer alan bazı çalışmalar, defansif tıp uygulamalarının ABD’deki toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %5 ila %9’unu oluşturduğunu ifade etmektedir. Bu oran, yıllık bazda 100 ila 180 milyar dolar arasında değişen ciddi bir ekonomik yükü işaret etmektedir (35,66,67).

İtalya’da yapılan bir ulusal ankette, defansif tıp uygulamalarının ülkenin toplam yıllık sağlık harcamalarının yaklaşık %10’unu oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu, sağlık sistemi üzerinde önemli bir ekonomik yük anlamına gelmektedir. (68).

Hollanda’da gerçekleştirilen bir çalışmada, beyin cerrahlarının yaklaşık üçte birinin yıllık tıbbi sorumluluk sigortası primlerinin 1000 avronun altında olduğu, katılımcıların neredeyse yarısının ise bu tutarın 2000 avroyu aşmadığını bildirdiği tespit edilmiştir. Çalışma doğrultusunda elde edilen sonuçlar, Hollanda’da defansif tıp uygulamalarına yönelik ekonomik yükün, diğer ülkelere kıyasla daha sınırlı olabileceğine işaret etmektedir (69).

Birleşik Krallık’ta hastane doktorları arasında yapılan bir çalışmada, katılımcıların %78’inin en az bir tür defansif tıp uygulaması gerçekleştirdiği, en yaygın uygulamanın ise gereksiz testlerin istenmesi (%59) olduğu bildirilmiştir. Ancak, bu uygulamaların Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) bütçesi üzerindeki doğrudan maliyetine dair kesin bir veri bulunmamaktadır. Çalışmada, defansif tıp uygulamalarının NHS bütçesi üzerinde önemli bir yük oluşturabileceği ve bu durumun son on yılda artan bütçe açıklarının başlıca nedenlerinden biri olabileceği öne sürülmektedir (70).

Japonya’da gerçekleştirilen bir çalışmada, gastroenteroloji alanında görev yapan hekimlerin %98’inin defansif tıp uygulamalarına başvurduğu bildirilmiştir. Bu uygulamalar arasında tıbbi gerekliliği sınırlı olan endoskopik girişimlerin ve laboratuvar testlerinin yaygın biçimde tercih edildiği ifade edilmiştir. Çalışmada doğrudan parasal maliyet analizi yapılmamış olmakla birlikte, söz konusu uygulamaların sağlık sisteminde ciddi düzeyde kaynak israfına yol açtığı değerlendirilmiştir. Araştırmacılar, bu tür defansif davranışların yalnızca hasta güvenliği üzerinde değil, aynı zamanda hizmet sunumunun maliyet etkinliği üzerinde de olumsuz etkiler doğurduğunu vurgulamıştır (71).

2.6.2 Hizmet kalitesi ve hasta güvenliğine etkisi

Defansif tıp, hekimlerin hukuki sorumluluktan kaçınma amacıyla, tıbbi gerekliliğe dayanmayan tanı, tedavi ve yönlendirme kararları alması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tür uygulamalar hem bireysel hasta güvenliği açısından hem de sağlık hizmetlerinin genel kalitesi üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Pozitif defansif davranış örnekleri arasında yer alan gereksiz laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ve konsültasyonlar, hastaları gereksiz radyasyona maruz bırakmakta; invaziv girişimler nedeniyle komplikasyon riskini ve farmakolojik tedavilerle ilişkili advers etkileri artırmaktadır (4,72).

Buna karşılık, negatif defansif tıp davranışları ise, özellikle yüksek riskli hastaların ya da karmaşık klinik vakaların hekimler tarafından bilinçli şekilde geri çevrilmesini içermektedir. Bu yaklaşım, tanı ve tedavi süreçlerinde gecikmelere ve dolayısıyla hasta sonuçlarında bozulmaya yol açmaktadır (70). Hukuki riskin klinik kararlarda belirleyici bir unsur haline gelmesi, tıbbi müdahalelerin bilimsel dayanaklardan saparak korumacı reflekslerle şekillenmesine neden olmaktadır (73).

Defansif tıp, yalnızca bireysel klinik sonuçları değil, aynı zamanda sistemsel ölçekte sağlık hizmetlerinin kalitesini de etkilemektedir. Hasta memnuniyetinin azalması, hekim-hasta ilişkilerinde güven zedelenmesi ve sağlık kaynaklarının verimsiz kullanımı bu durumun doğrudan yansımaları arasındadır (35). Bu bağlamda,

defansif uygulamalar modern sağlık sistemleri için hem etik hem de ekonomik açıdan önemli bir sorun alanı olarak değerlendirilmektedir.

Türkiye'de sağlık çalışanlarının malpraktis tehdidi karşısında geliştirdiği defansif tıp davranışları, yalnızca mesleki kaygıların bir sonucu olmanın ötesinde, hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından da ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Yapılan alışmalar, hekimlerin önemli bir kısmının gerek pozitif gerekse negatif defansif yaklaşımlar sergilediğini ortaya koymaktadır. Bu davranışlar, gereksiz tetkik ve tedavi isteme, ayrıntılı belge düzenleme gibi pozitif stratejilerin yanı sıra, yüksek riskli girişimlerden veya karmaşık hastalardan kaçınma gibi negatif eğilimleri de kapsamaktadır (74).

Bu durum, sağlık hizmetlerinin bilimsel ve etik temelli sunumunun sekteye uğramasına, gereksiz kaynak tüketime ve hasta güvenliğini tehdit eden uygulamaların yaygınlaşmasına neden olabilmektedir. Özellikle pozitif defansif tıp kapsamında gerçekleştirilen tıbbi gerekliliği sınırlı işlemler, hastaları radyasyon, enfeksiyon ve farmakolojik komplikasyon gibi risklerle karşı karşıya bırakmaktadır (32). Öte yandan, negatif defansif tutumların etkisiyle ertelenen veya gerçekleştirilmeyen girişimler, tedavi süreçlerinde gecikmelere ve hasta sağlığında bozulmalara yol açabilmektedir (75).

Bu bağlamda, defansif tıbbın yalnızca bireysel klinik karar süreçlerini değil, aynı zamanda sağlık sisteminin bütünsel verimliliğini ve güvenilirliğini de olumsuz etkilediği söylenebilir. Nitekim yapılan çalışmalar, bu uygulamaların hasta memnuniyetinde azalma, hekim-hasta ilişkilerinde güven kaybı ve genel hizmet kalitesinde düşüş gibi sonuçlara neden olduğunu göstermektedir (74,75).

2.6.3 Hekim-hasta ilişkisine etkisi

Defansif tıp uygulamaları, yalnızca tıbbi karar alma süreçleriyle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda hekim-hasta ilişkisinin niteliği üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Hekimlerin malpraktis davalarına maruz kalma endişesiyle bilimsel

gereklilikten ziyade hukuki güvenceleri öncelikli hale getirmeleri, hasta ile kurulan iletişimin içeriğini ve samimiyetini zayıflatabilmektedir (75). Özellikle yüksek risk barındıran olgularda hekimlerin daha mesafeli ve çekingen bir tutum sergilemeleri, hasta açısından güven duygusunun zedelenmesine yol açmaktadır (70).

Literatürde, hekimlerin artan yasal sorumluluk algılarının, daha sınırlı bilgi paylaşımı ve açıklayıcı olmayan iletişim tarzlarını benimsediklerini gösteren bulgulara rastlanmaktadır (73). Bu durum, hastaların karar alma süreçlerinden dışlanmasına, klinik bilgiye erişimlerinin azalmasına ve genel memnuniyet düzeyinin düşmesine neden olmaktadır. Hekimlerin hastaları potansiyel birer davacı olarak değerlendirmeye başlamaları ise empati temelli yaklaşımın yerini, daha mesafeli ve kendini koruma odaklı bir tutuma bırakmasına sebebiyet vermektedir (76).

Bununla birlikte, defansif tıbbın yaygınlaşması yalnızca hekim tarafında değil, hastalar açısından da güven ilişkisini sarsmaktadır. Hastanın hekime duyduğu saygının azalması, hekimin mesleki özerkliğinin sorgulanmasına yol açmakta ve karşılıklı güvensizliğin beslediği bir sağlık hizmeti ortamı oluşmaktadır. Bu durum, sadece bireysel düzeydeki ilişkileri değil, aynı zamanda sağlık sisteminin tamamında güvene dayalı hizmet sunumunu tehdit eden yapısal bir probleme işaret etmektedir (73,74).

2.6.4 Hekim iyi hali ve mesleki tatmine etkisi

Defansif tıp, sadece hasta güvenliği ve hizmet kalitesi açısından değil, aynı zamanda hekimlerin ruhsal dayanıklılığı, iş doyumunu ve profesyonel bağlılıkları üzerinde de önemli sonuçlar doğurmaktadır. Sürekli malpraktis tehdidi altında çalışan hekimler, klinik kararlarında tıbbi gereklilikten çok hukuki güvence arayışına yöneldiklerinde, mesleki özerklik duygularının zayıfladığı ve içsel motivasyonlarının azaldığı bildirilmektedir (4,77).

Bu durum, bireysel düzeyde tükenmişlik sendromu, kaygı bozuklukları ve psikolojik stres gibi sonuçlara neden olabilmektedir. Defansif uygulamaların

hekimlerde “sürekli yargılanabilir olma” hissi yarattığı ve bunun da mesleki doyumu olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır (73).

Türkiye’de yapılan çalışmalar da benzer şekilde, defansif davranışların hekimlerin karar alma süreçlerini zorlaştırdığını ve bu durumun öz yeterlik algısını zedelediğini ortaya koymuştur. Banaz ve Yalçın Balçık (2022) tarafından yapılan çalışmada, defansif tutumun yüksek olduğu hekimlerde mesleki tatmin düzeyinin belirgin şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca, hekimlerin mesleki bağlılıklarının azalması, işten ayrılma eğilimini ve mesleği bırakma düşüncesini artıran bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (74).

Sonuç olarak, defansif tıp yalnızca sağlık sisteminde kalite ve güvenlik açısından değil, aynı zamanda hizmet sunucularının mesleki bütünlüğü ve psikolojik esenliği açısından da ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Bu bağlamda, hekime yönelik sadece hukuki değil, aynı zamanda duygusal ve kurumsal destek mekanizmalarının geliştirilmesi, sürdürülebilir sağlık hizmetleri açısından kritik önemdedir.

2.7 Malpraktis Kavramı

Tıbbi uygulama hataları, günümüzde giderek daha sık karşılaşılan ve sağlık hizmetleri açısından önemli tıbbi, etik ve yasal sonuçlar doğuran bir olgu haline gelmiştir. Bu hataların meydana geldiği süreçte; hekimin yanı sıra, sağlık personeli, hasta ve sağlık kurumları temel paydaşlar olarak rol almaktadır. Literatürde genellikle “malpraktis” olarak adlandırılan tıbbi uygulama hataları, tıbbin evrensel etik ilkelerinden biri olan “önce zarar verme” (primum non nocere) ilkesine aykırı tüm eylem ve ihmalleri kapsamaktadır. Malpraktis, yalnızca bireysel hekim hatasını değil, sistemsizlikleri de içeren çok boyutlu bir sorunsal olarak ele alınmaktadır (6,30).

Malpraktis, Latince “Mala Praxis” sözcüklerinden köken almaktadır. Tıbbi uygulama hataları, tıbbi bakımın her aşamasında ortaya çıkabilmekte ve sağlık hizmeti sunan ve yasal olarak hastaya müdahale yetkisi bulunan sağlık personelinin kusurlu

hareket etmesi sonucunda, hastalığın normal seyrinin dışına çıkması ve iyileşmenin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazede hastaya zararı dokunan tıbbi kusur veya hataları kapsamaktadır (6,12,16,30).

Dünya Tabipler Birliği (World Medical Association-WMA), 1992 yılında yapılan 44. Genel Kurulu'nda malpraktisi “hekimin hastanın tedavisine ilişkin bakım standardına uymaması, hastaya bakım sağlamada beceri eksikliği veya ihmali nedeniyle hastada zarar oluşması” olarak tanımlamıştır (78).

Türk Tabipler Birliği malpraktisi “Hekimliğin Kötü Uygulanması” olarak değerlendirmekte ve “bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi” olarak tanımlamaktadır (79).

Malpraktis, hekimin, aynı pozisyonda ve aynı yeterliliklere sahip başka bir klinisyenin göstereceği özeni göstermemesi ve bunun sonucunda hastanın zarar görmesi olarak da ifade edilmektedir (80).

Malpraktis, hekimin hastanın tedavisi sırasında tıbben kabul görmüş uygulama normlarından sapan ve hastanın yaralanmasına neden olan herhangi bir eylem veya ihmaldir. Temel yasal bileşenleri ise, hastaya karşı mesleki sorumluluğa dayanan hasta-doktor ilişkisinin varlığı; bu sorumluluğun yerine getirilmemesi ve hasta bakım standardının karşılanmaması; yaralanmanın doğrudan standartlara uymayan bakımdan kaynaklandığının kanıtı ve bu yaralanmaya bağlı olarak gelişen zarardır (81,82).

Malpraktis; özen, eğitim, deneyim, iyi yorumlama veya yetkinlik eksikliği ve yetersiz hasta bakımının neden olduğu zararı içermektedir. Yanlış ve/veya uygun olmayan test ve tekniklerin uygulanması veya uygun testlerin yanlış uygulanması ya da yorumlanması, eksik veya gecikmiş tanı, ilaç doz hataları, uygun olmayan tedavi tekniği, hastalığın ve tedavinin yanlış ve/veya yetersiz takibi, gecikmiş veya eksik profilaksi ve ekipmanla veya sistemle ilgili hatalar bu kapsamda değerlendirilmektedir (10).

Sağlık profesyonellerinin hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde uyguladığı her işlem ve girişim belli bir risk taşımaktadır. Ortaya çıkması kesin ya da olası olan riskler, öngörülebilir risk olarak kabul edilmekte ve tıbbi uygulamanın hasta yararına olacağı durumlarda uygulamanın yapılmasına engel oluşturmamaktadır. ‘İstenmeyen sonuç’, "tıp biliminin bu gün ulaştığı bilimsel ve teknik düzeyi, uygulamanın yapıldığı ortamın koşulları, uygulamayı yapanın eğitim düzeyi göz önünde bulundurulduğunda; aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özen gösterildiği halde" tıbbi uygulamanın öngörülemez bir sonucu olarak hastada zarar ortaya çıkması durumudur ve hekimin sorumluluğu bulunmamaktadır. Hukukta ‘izin verilen risk’ olarak ifade edilen ve tıbbi uygulamanın bakım standartlarına uygun olmasına rağmen ortaya çıkabileceği ilgili çevrelerce kabul edilmiş olan veya her türlü tedbirin alınmasına rağmen ortaya çıkmasından kaçınılamayan zararın tıptaki karşılığı komplikasyondur. Hastanın bilgisi dahilinde (aydınlatılmış onam alınarak) olması durumunda, bu zararların ortaya çıkmasından hekim sorumlu değildir. Bununla birlikte, hekimin ihmal, bilgi ve beceri eksikliği vb. nedeniyle ortaya çıkan; bakım standartlarından sapmayı içeren ve hatalı olduğu kabul edilen tıbbi uygulamaların hastada oluşturdukları zarar tıbbi uygulama hatası (malpraktis) olarak kabul edilmektedir (6,30).

Tıbbi uygulama hatası (malpraktis) ile istenmeyen sonuç arasında ayrım yapılması gerekliliği, WMA ve Türk Tabipler Birliği tarafından da vurgulanmıştır. Buna göre;

- a. Tıbbi uygulama hatası, hekimin hastanın tedavisi için gerekli bakım standardına uymamasını veya hastaya bakım sağlamada beceri eksikliğini veya ihmalini içermekte; bu da hastada zarar oluşmasına doğrudan neden olmaktadır.
- b. Tıbbi tedavi sırasında meydana gelen, öngörülemez ve hekimin beceri veya bilgi eksikliğinin sonucu olmayan istenmeyen sonuçlarda ise, hekimin herhangi bir sorumluluğu bulunmamaktadır (78,83)

Tıbbi uygulama hataları, “bir hastaya önlenemez zararın verilmemesi ve sağlık hizmetleriyle ilişkili gereksiz zarar riskinin kabul edilebilir bir minimuma indirilmesi”

olarak tanımlanan hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir. DSÖ verilerine göre; sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında, hastaların %10'u zarar görmekte; güvenli olmayan bakım nedeniyle yılda 3 milyondan fazla ölüm gerçekleşmektedir. Düşük-orta gelirli ülkelerde güvenli olmayan bakım nedeniyle ölüm oranı %4'tür. Birinci basamak ve ayaktan tedavi ortamlarında hastaların %40'nın zarar gördüğü ve bu zararın %80'ine kadarının önlenebileceği tahmin edilmektedir (84).

Tıbbi uygulama hataları, ABD'de Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda, Almanya ve Birleşik Krallık gibi diğer gelişmiş ülkelere göre önemli ölçüde daha yüksektir ve her yıl yaklaşık 251.000 ölüme neden olmaktadır. Tıbbi hatalar şu anda ABD'deki tüm ölümlerin %9,5'ini oluşturmaktadır ve kalp hastalığı ve kanserden sonra üçüncü önde gelen ölüm nedeni haline getirmektedir (85,86).

2.8 Malpraktis Türleri

2.8.1 İletişim eksiklikleri ve kayıt hataları

Malpraktis davalarının ardında yatan temel yapısal sorunlardan biri, hasta ile hekim arasındaki iletişimin yetersizliği ve tıbbi dokümantasyonda yaşanan eksikliklerdir. Klinik açıdan doğru ve yerinde bir müdahale gerçekleştirilmiş olsa bile, hastanın süreç hakkında yeterince bilgilendirilmemesi, karar sürecine aktif olarak katılımının sağlanmaması ya da hekimin empatik bir iletişim kuramaması, hastanın olumsuz sonuçları hekim hatası olarak algılamasına neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalar, malpraktis iddialarının büyük bir kısmının doğrudan tıbbi hatalardan değil, hastanın iletişim eksikliği algısından beslendiğini ortaya koymaktadır (87).

Levinson ve diğerlerinin gerçekleştirdiği bir karşılaştırmalı analizde, dava edilen hekimlerle edilmeyen hekimler incelenmiş; dava edilmeyen hekimlerin hastalarıyla daha fazla açıklayıcı bilgi paylaştığı, yüz yüze etkileşime daha çok zaman ayırdığı ve daha yüksek empati düzeyi sergilediği saptanmıştır (88). Öte yandan, tıbbi belgelerin eksik ya da hatalı düzenlenmesi yalnızca klinik güvenliğini zedelemekle kalmamakta, aynı zamanda hukuki süreçlerde hekimin savunma gücünü de ciddi şekilde

zayıflatmaktadır. Bu nedenle, etkili iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve tıbbi kayıtların dijital sistemler aracılığıyla daha standart ve erişilebilir hale getirilmesi, malpraktis riskini azaltma konusunda kritik önemdeki stratejiler arasında yer almaktadır.

2.8.2 Yetki sınırlarının aşılması ve konsültasyonda hatalar

Malpraktis iddialarının temelinde yalnızca tıbbi hatalar değil, yetki aşımı ve yetersiz konsültasyon uygulamaları da önemli yer tutmaktadır. Hekimin kendi uzmanlık alanı dışında müdahalede bulunması, görev tanımını aşan uygulamalar gerçekleştirmesi ya da gerektiği halde başka bir uzmandan görüş almaması, hem klinik riskleri hem de hukuki sorumluluğu artırmaktadır. Özellikle acil servislerde ya da kırsal bölgelerde görev yapan hekimlerin, sınırlı kaynaklar nedeniyle başka bir uzmana danışmaksızın karar vermek zorunda kaldıkları durumlarda malpraktis riskinin yükseldiği bildirilmektedir (89).

Yetki sınırlarının bulanık olduğu ortamlarda, özellikle kıdemsiz hekimlerin bilgi ve deneyim düzeylerini aşan müdahalelere yönelmesinin, hem klinik komplikasyonlara hem de mesleki öz yeterlik kaybına neden olduğu bildirilmektedir (90). Ulrich ve diğerleri ise, konsültasyonun zamanında yapılmaması ya da hiç yapılmamasının, özellikle cerrahi dışı branşlarda en sık karşılaşılan malpraktis gerekçelerinden biri olduğunu vurgulamıştır (91). Dolayısıyla yetki çerçevesinin net çizilmesi ve konsültasyon mekanizmalarının standart hale getirilmesi, hem hasta güvenliği hem de malpraktis riskinin azaltılması açısından kritik önem taşımaktadır.

2.8.3 Aydınlatılmış onam hataları

Aydınlatılmış onam, hastanın tıbbi işlem hakkında yeterli bilgiye sahip olarak özgür iradesiyle karar vermesini sağlayan etik ve hukuki bir zorunluluktur. Ancak klinik pratikte, bu sürecin çoğu zaman şekli bir prosedüre indirgenmesi ya da eksik uygulanması, malpraktis davalarının önemli bir kısmında temel neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekimlerin zaman yetersizliği, iletişim becerisi eksikliği veya

bilgilendirme sorumluluğunu yalnızca imza alınmasıyla sınırlı görmeleri, hastanın sürece aktif katılımını engelleyebilmekte ve sonrasında yaşanan komplikasyonlarda “bilgilendirilmedim” iddialarına zemin hazırlamaktadır (92).

Appelbaum, hastaların çoğunlukla risk, alternatif tedavi seçenekleri ve olası sonuçlar hakkında yeterince bilgilendirilmediğini; bu durumun onamın geçerliliğini tartışmalı hale getirdiğini vurgulamaktadır (93)

Ayrıca, onam formlarının hasta tarafından okunmadan imzalanması ya da tıbbi terimlerin yeterince sadeleştirilmeden kullanılması, hasta-hekim arasında güven kaybına ve adli süreçlerin tetiklenmesine neden olabilmektedir. Özellikle yüksek riskli işlemlerde aydınlatmanın yetersizliği, yalnızca etik bir ihlal değil, aynı zamanda ciddi bir hukuki sorumluluk doğurmaktadır (94). Etkili bir aydınlatma süreci sadece hastanın karar hakkını korumakla kalmaz, aynı zamanda hekimin olası malpraktis riskine karşı korunmasında da temel bir güvenlik kalkanı olarak işlev görür (95).

2.8.4 Tanı hataları

Tanı hataları, hasta güvenliği açısından en kritik tıbbi hata türlerinden biri olup, malpraktis davalarında sıkça karşılaşılan iddialar arasında yer almaktadır. Bir hastalığın hiç tanınamaması (atlanan tanı), yanlış tanı konulması ya da tanıda gecikme gibi durumlar, hastanın prognozunu doğrudan etkileyebildiği gibi, hekim açısından da ciddi hukuki ve etik sorumluluklar doğurmaktadır.

Singh ve diğerlerinin kapalı dava dosyaları üzerinde yaptığı analiz, acil servislerde tanı hatalarının en sık görülen hata türü olduğunu ve bu hataların büyük bölümünün iletişim eksiklikleri ve klinik bilgi yetersizliğinden kaynaklandığını ortaya koymuştur (96). Benzer şekilde Graber, tanı hatalarının çoğunlukla sistemsel faktörler (örneğin: zaman baskısı, ekip içi bilgi aktarım sorunları, test sonuçlarının yanlış yorumlanması) ile bireysel faktörlerin (örneğin: bilişsel önyargılar, yetersiz deneyim) kesişiminden doğduğunu vurgulamaktadır (97).

Ely ve arkadaşları, tanı sürecinde kontrol listelerinin kullanılması ile atlanabilecek alternatif tanıların hatırlanmasını ve değerlendirilmesini kolaylaştırdığını belirtmişlerdir. (98). Ayrıca, tanı hatalarının yalnızca klinik sonuçlara değil, aynı zamanda hasta-hekim ilişkisine de zarar verdiği, hastalarda güven kaybı ve şikayet eğiliminde artışa neden olduğu bildirilmektedir (99).

Bu bağlamda, tanı sürecinin güçlendirilmesi; yalnızca bireysel hekim pratiğiyle değil, aynı zamanda sistem düzeyinde destekleyici organizasyonel önlemlerle mümkün olabilmektedir (100).

2.8.5 Hatalı karar

Tanı hataları, tıbbi uygulama hataları içerisinde en fazla hasta zararına yol açan ve sıklıkla malpraktis iddialarına konu olan hata türlerinden biridir. Doğru tanının konulamaması, yanlış tanı verilmesi veya tanının gecikmesi gibi durumlar, hem klinik sonuçlar açısından ciddi komplikasyonlara hem de hukuki sorumluluğa neden olabilmektedir. Bu tür hatalar, özellikle ilk başvuru anında atlanan belirtiler veya test sonuçlarının yanlış yorumlanması gibi süreçlerde ortaya çıkmakta, hasta yönetiminde önemli gecikmelere yol açabilmektedir.

Yapılan çalışmalar, tanı hatalarının yalnızca bireysel dikkatsizlik veya yetersizlikten değil, aynı zamanda sistemsel eksikliklerden de kaynaklandığını göstermektedir. Graber ve diğerleri, tanı hatalarının büyük oranda bilişsel önyargılar, zaman baskısı, iletişim kopuklukları ve ekip içi koordinasyon sorunlarından kaynaklandığını belirtmiştir (101). Benzer şekilde, Schiff ve diğerlerinin analizine göre, tanı hataları hekimlerin klinik karar alma sürecinde bilgi eksikliği yaşamaları kadar, laboratuvar ve görüntüleme verilerinin yanlış aktarılması veya geç yorumlanmasından da etkilenmektedir (102).

Ayrıca, genç hekimlerin deneyim eksikliği ve süpervizyon yetersizliği, tanı sürecinde hata yapma riskini artırmaktadır. Nitekim tanı hatalarının sadece klinik sonuçlara değil, hasta-hekim ilişkisine de zarar verdiği; güven kaybı,

memnuniyetsizlik ve dava açma eğiliminde artışa neden olduğu da vurgulanmaktadır (103).

Bu nedenle, tanı sürecinde yalnızca hekimin dikkat ve bilgi düzeyi değil, aynı zamanda karar destek sistemlerinin kullanımı, ekip içi iletişim, eğitim programları ve süreç yönetimi gibi sistem düzeyinde iyileştirmelerin yapılması gereklidir. Croskerry, tanı sürecinde sistematik düşünme becerisinin geliştirilmesinin hem klinik başarıyı hem de hasta güvenliğini artıracaklarını ifade etmektedir (104).

2.8.6 Girişim hataları ve teknik hatalar

Tıbbi girişim hataları ve teknik uygulama hataları, hasta güvenliğini doğrudan tehdit eden ve ciddi komplikasyonlara yol açabilen hata türlerindendir. Bu tür hatalar, genellikle cerrahi işlemler, invaziv tanı yöntemleri, enjeksiyonlar, kateter uygulamaları ve benzeri müdahaleler sırasında ortaya çıkmakta; kimi zaman geri dönüşü olmayan sonuçlar doğurabilmektedir. Girişimsel işlemlerde yapılan hatalar sadece fiziksel zarara yol açmakla kalmayıp, aynı zamanda hasta ve yakınları tarafından açıkça gözlemlenebilir olması nedeniyle, dava konusu olma olasılığı da daha yüksek olmaktadır.

Makary ve Daniel tarafından yapılan çalışmada, teknik uygulama hatalarının hastane kaynaklı ölümlerin önemli bir nedenini oluşturduğu ve çoğu zaman sistemik kontrol eksikliğinden kaynaklandığı belirtilmiştir (105). Özellikle standart cerrahi güvenlik protokollerinin uygulanmaması, ekip içi iletişim bozuklukları ve yorgunluk gibi faktörlerin bu tür hataları artırdığı vurgulanmaktadır.

Suliburk ve diğerleri, hekim performans bozukluklarının tecrübesizlik ve dikkatsizlik nedeniyle meydana geldiğini belirtmiştir. Ağırlıklı olarak cerrahi komplikasyonların en belirgin nedeni bunlardan dolayı kaynaklandığı belirtilmiştir. (106). Hatalı teknik uygulamalar ile meydana gelebilecek komplikasyonlar veya hata, yalnızca fiziksel zararla sınırlı kalmamakta; hastada psikolojik travma, iyileşme

süresinde uzama ve yaşam kalitesinde ciddi düşüş gibi uzun vadeli etkiler de doğurabilmektedir (107).

Girişim ve teknik uygulama hatalarının önlenmesi için sadece bireysel dikkat değil, aynı zamanda sistematik eğitim, ekip içi iletişimin güçlendirilmesi, kılavuzlara dayalı uygulama ve düzenli beceri değerlendirmeleri gibi bütüncül önlemlerin hayata geçirilmesi gerekmektedir. DSÖ tarafından geliştirilen Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi gibi uygulamalar, girişimsel güvenliği artırmak adına etkili araçlar arasında yer almakta ve birçok ülkede başarıyla uygulanmaktadır (108).

2.8.7 Terk etme ve özen eksikliği

Tıbbi uygulamalarda “terk etme” ve “özen eksikliği” hataları, hekimin hastaya karşı sürdürmesi gereken dikkat ve sorumluluğun ihlaliyle ortaya çıkan ciddi etik ve hukuki ihmal türlerindendir. Terk etme, hekimin tedavi süreci devam ederken hastayı izinsiz, gerekçesiz veya uygun bir devretme olmaksızın yalnız bırakması anlamına gelirken; özen eksikliği, hastaya gereken dikkat, kontrol veya izlem sorumluluğunun gösterilmemesi durumlarını kapsar. Bu tür ihmallerin yol açabileceği sonuçlar çoğu zaman ağır olmakta, hem hastanın yaşam kalitesi hem de yaşam hakkı doğrudan etkilenmektedir.

Terk etme vakaları, özellikle yoğun bakım, acil servis veya doğumhane gibi kesintisiz tıbbi desteğin hayati olduğu birimlerde daha sık görülmekte; nöbet değişimlerinde, izinsiz görev terklerinde ya da bakımın başka bir sağlık çalışanına uygun şekilde devredilmemesi gibi durumlarda ortaya çıkmaktadır. Polat, sağlık çalışanlarının gerek etik bilinç eksikliği gerekse sistemsel yetersizlikler nedeniyle hastayı yalnız bırakmasının, özellikle çocuk, yaşlı ve engelli hastalarda geri dönüşü zor travmalara ve ölümlere neden olabileceğini belirtmektedir (109).

Özen eksikliği ise sıklıkla düzenli izlem yapılmaması, komplikasyon riskine rağmen yeterli kontrol sağlanmaması ya da hastanın şikayetlerinin ciddiye alınmaması gibi ihmallerle kendini gösterir. Bu durum genellikle kronik hastalıklarda, taburculuk

sonrası süreçlerde ve cerrahi sonrası bakımda öne çıkar. Brennan ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği geniş çaplı bir analizde, hastane kaynaklı zararların %58'inin ihmal ve izlem eksikliğiyle bağlantılı olduğu bildirilmiştir (110).

Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde terk ve özen eksikliği hatalarının önlenmesi için bireysel farkındalık kadar kurumsal denetim, mesleki eğitim, kayıt sistemlerinin güçlendirilmesi ve etik rehberliğin geliştirilmesi de büyük önem taşımaktadır. Riskli hastaların daha yakın takibi, görev değişimlerinde yazılı devrin zorunlu hale getirilmesi ve düzenli hasta izlem protokollerinin uygulanması, bu tür ihmalleri önleyici etkili stratejiler arasında sayılmaktadır (111).

2.8.8 Malpraktisin hukuki boyutu

2.8.8.1 Ceza hukuku boyutu

Hekimlerin gerçekleştirdiği tıbbi müdahaleler neticesinde hastada zarar meydana gelmesi halinde, bu durum ceza hukuku bakımından sorumluluk doğurabilir. Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) yer alan düzenlemelere göre, hastanın yaralanması ile sonuçlanan olaylarda taksirle yaralama (TCK m. 89), ölümle sonuçlanan vakalarda ise taksirle ölüme neden olma (TCK m. 85) suçu söz konusu olabilir (112). Taksir; gerekli dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranış nedeniyle, failin istemeden zarar vermesi halidir. Ceza yargılamasında, hekimin bu yükümlülükleri ihlal edip etmediği hususu, genellikle uzman bilirkişi raporları ışığında değerlendirilmektedir.

Örnek bir davada; Yargıtay 5. Ceza Dairesi'nin 31.05.2000 tarihli kararında, bir devlet hastanesinde görev yapan genel cerrahın, hastayı zamanında ve yeterli şekilde muayene etmemesi nedeniyle hastanın klinik durumunun ağırlaştığı ve sonuç olarak ilgili uzvunda kangren geliştiği tespit edilmiştir. Mahkeme, hekimin gerekli dikkat ve özen yükümlülüğünü ihlal ettiğine kanaat getirerek, TCK m. 89 kapsamında taksirle yaralama suçundan cezai sorumluluğuna hükmetmiştir. Kararda, hekimin ihmalkar tutumunun hastada kalıcı zarara yol açtığı vurgulanmış ve bu durum hekimin cezai sorumluluğunu doğuran esas unsur olarak değerlendirilmiştir (113).

2.8.8.2 Özel hukuk (tazminat) sorumluluğu

Malpraktis olguları, özel hukuk bağlamında hekimlerin hem maddi hem de manevi tazminat sorumluluğunu gündeme getirebilir. Özel sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimler, doğrudan taraf gösterilerek tazminat davalarına muhatap olabilirken, kamu hastanelerinde görevli hekimlerin hukuka aykırı fiilleri nedeniyle açılacak davalarda ise genellikle idare taraf olarak gösterilmektedir (114). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 129. maddesinin beşinci fıkrası uyarınca, kamu görevlilerinin görevlerini ifa ederken sebebiyet verdikleri zararlardan dolayı, zarar gören kişilerin yalnızca idareye karşı talepte bulunmaları mümkündür. Ancak ilgili idare, hizmet kusurunun tespit edilmesi halinde, sorumluluğu bulunan sağlık personeline rücu etme yetkisine sahiptir. Tazminat sorumluluğunun doğabilmesi için üç temel unsurun varlığı aranır: Hukuka aykırılık (kusurlu tıbbi müdahale), zarar ve illiyet bağıdır (115).

2.8.8.3 Disiplin hukuku boyutu

Malpraktis vakaları, yalnızca ceza ve özel hukuk sorumluluğu kapsamında değerlendirilmekle kalmayıp, aynı zamanda mesleki disiplin hukuku çerçevesinde de incelemeye alınabilmektedir. Hekimlerin mesleki faaliyetleri sırasında etik kurallara ve meslek ilkelerine aykırı davranışları, Türk Tabipleri Birliği ile Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen disiplin soruşturmalarına konu olabilir. Bu süreçler neticesinde ilgili hekim hakkında uyarı, kınama, geçici süreyle meslekten alıkoyma gibi idari yaptırımlar uygulanabilmektedir. Özellikle tekrarlayan ve ağır ihlallerde, meslekten kalıcı olarak çıkarma gibi daha ciddi disiplin cezalarının verilmesi de söz konusu olabilmektedir (116).

2.8.9 Aydınlatılmış onamın hukuki niteliği

Hekim-hasta ilişkisinde hukuki sorumluluğun belirlenmesinde temel unsurlardan biri, aydınlatılmış onamın varlığıdır. Hekim, tıbbi müdahaleye başlamadan önce hastayı işlemle ilgili olası riskler, uygulanabilecek alternatif yöntemler ve müdahalenin muhtemel sonuçları hakkında açık ve anlaşılır biçimde bilgilendirmekle

yükümlüdür. Bu yükümlülüğün yerine getirilmemesi, yani aydınlatılmış onamın eksik alınması ya da tamamen ihmal edilmesi, yapılan tıbbi müdahalenin hukuka aykırı sayılmasına neden olabilir (117). Böyle bir durumda, hem ceza hukuku hem de özel hukuk bakımından hekimin sorumluluğu gündeme gelebilir.

2.8.10 Yargı uygulamaları

Yargıtay içtihatlarında, hekimin gerçekleştirdiği tıbbi müdahalenin tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve standartlarına uygunluğu temel değerlendirme ölçütü olarak benimsenmektedir. Bu çerçevede, özellikle bilirkişi raporları, hasta kayıtları ve tedavi sürecine ilişkin belgeler, mahkemenin karar sürecinde belirleyici delil niteliği taşımaktadır. Yargıtay'ın 2017 yılına ait bir kararında, hekimin gerçekleştirdiği müdahalenin tıbbî özen ve dikkat yükümlülüğüne aykırı bulunduğu gerekçesiyle tazminata hükmedilmiş olması, yüksek mahkemenin bu tür davalarda mesleki standartlara verdiği önemin somut bir örneğidir (118).

2.8.11 Malpraktis sigortası

2010 yılında yürürlüğe giren mevzuat değişikliği ile birlikte, kamu sağlık kurumlarında görev yapan hekimler için zorunlu mesleki sorumluluk sigortası (malpraktis sigortası) uygulaması hayata geçirilmiştir. Bu sigorta sistemi, hekimin mesleki faaliyeti sırasında kusurlu eylemleri sonucu doğabilecek maddi tazminat yükümlülüklerini, yasal sınırlar çerçevesinde teminat altına almayı hedeflemektedir (119).

Malpraktis sigortası, yalnızca hekimin mesleki görevleri kapsamında ve taksirle gerçekleştirdiği fiillerden kaynaklanan zararlara karşı koruma sağlamaktadır. Kasten gerçekleştirilen eylemler, cezai sorumluluk halleri ve özellikle manevi tazminat talepleri, bu sigorta kapsamının dışında bırakılmıştır. Bu yönüyle sigorta, yalnızca belirli nitelikteki hukuki sorumluluk risklerini teminat altına almakta, kapsam dışı durumlar açısından hekimin kişisel sorumluluğu devam etmektedir (120). Türkiye'de yürürlükte olan mevzuat çerçevesinde, 2024 yılı itibarıyla zorunlu malpraktis sigortası

kapsamında belirlenen teminat limitleri; her bir zararlandırııcı olay için 800.000 Türk Lirası, sigorta poliçesi süresi boyunca ise toplamda 1.600.000 Türk Lirası ile sınırlandırılmıştır. Bu sınırlar, hekimin görev sırasında sebebiyet verebileceği maddi zararların sigorta tarafından karşılanabileceği azami tutarları ifade etmektedir (121). Öte yandan, özel sağlık sektöründe görev yapan hekimler açısından bu sigorta uygulaması zorunlu olmayıp, tercihe bağlı olarak yürütülmektedir.

ABD’de sigorta poliçeleri, eyaletler arasında farklılık gösterse de, çoğunlukla olay başına 1 milyon ABD doları, yıllık toplamda ise 3 milyon ABD doları teminat limiti içerecek şekilde yapılandırılmaktadır (123). Bu yönüyle söz konusu ülkelerdeki uygulamalar, Türkiye’deki sistemle karşılaştırıldığında daha güçlü bir koruma mekanizması sunduğu izlenimini vermektedir.

Yapılan karşılaştırmalı incelemeler, Türkiye’deki malpraktis sigorta sisteminin gerek teminat limitleri gerekse kapsam açısından gelişmiş ülke örneklerine kıyasla daha sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır. Buna karşılık, başta ABD olmak üzere birçok ülkede, sigorta sistemlerinin hem hukuki koruma düzeyi hem de teminat çeşitliliği bakımından daha geniş ve etkin bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Bu durum, Türkiye’de uygulanan mevcut sistemin yetersizliği ve güncellenme ihtiyacını gündeme getirmekte; dolayısıyla, hem kapsamın genişletilmesi hem de teminat tutarlarının yeniden yapılandırılması gerektiğine yönelik akademik ve mesleki tartışmalar literatürde halen canlılığını korumaktadır (120).

2.9 Dünyada ve Türkiye’de Malpraktis Davaları

Dünyada ve Türkiye’de malpraktis davalarının sayısı giderek artmaktadır. Bu artışın aşağıdaki durumlardan bir veya daha fazlasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir:

- Tıbbi bilgi ve tıbbi teknolojideki artışın, hekimlerin geçmişte mümkün olmayan ve çoğu zaman daha ciddi riskler içeren tıbbi işlem ve girişimleri gerçekleştirmelerine olanak sağlaması;

- Tıbbi hizmetlerin maliyetini sınırlandırma yönünde hekimlere yüklenen sorumluluk ve baskı;
- Ulaşılabilir olan sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkının, garanti edilemeyen sağlıklı olma ve sağlığı koruma hakkı ile karıştırılması;
- Medyanın, hekimin yeteneği, bilgisi, davranışları ve hasta yönetimini sorgulayarak ve hastaları hekimlere karşı şikayette bulunmaya teşvik ederek hekime karşı güvensizlik yaratmada olumsuz rol oynaması;
- Malpraktis davalarının sayısındaki artışın yol açtığı defansif tıbbın dolaylı sonuçları (78,83).

Hastaların hekimleri malpraktis iddiası ile dava etmeye iten nedenler, benzer bir olayın tekrar yaşanmasını önleme isteği; oluşan zararın nasıl ve neden meydana geldiğine dair bir açıklama alma ihtiyacı; kayıpları, acı ve ıstırabı telafi etmek veya zarar gören hastaya gelecekte bakım sağlamak için maddi tazminat isteği; ve hekimi eylemlerinden sorumlu tutma isteği olarak ifade edilmektedir (124). Ayrıca, hasta ve hasta yakınlarının tıbbi bakım sürecinde memnun olmadıkları hekimlere karşı dava açma olasılıklarının daha yüksek olduğu; hasta ve hasta yakınlarının endişelerini göz ardı eden ve hasta ile iletişimi olumsuz olan hekimlerin, daha olumlu doktor-hasta iletişimine sahip olan hekimlere göre dava edilme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Buna ek olarak, hastalar intikam almak ya da başkalarını zarardan korumak ve sağlık sistemindeki bir kusurun değiştirilmesini sağlamaya yardımcı olmak gibi çeşitli nedenlerle de dava açabilmektedir (125).

Malpraktis davaları ile ilgili bazı örnekler aşağıda verilmiştir:

1993–1998 yılları arasında Yüksek Sağlık Kurulu'na intikal eden 997 tıbbi uygulama hatası dosyasının retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada; olguların %47,7'sinde hekimin kusurlu bulunduğu, vakaların %59'unun ise ölümle sonuçlandığı belirlenmiştir. İncelenen malpraktis olayları içerisinde en sık karşılaşılan hata türleri ise sırasıyla hekimin ihmali, hatalı tedavi uygulamaları ve tanı koymadaki yetersizlikler olarak saptanmıştır. Bu bulgular, sağlık hizmet sunumunda sistems

zafiyetlerin ve klinik karar süreçlerinde yaşanan hataların, hasta güvenliği açısından ciddi sonuçlara yol açabildiğini ortaya koymaktadır. (126).

Ülkemizde 2012–2024 yılları arasında Yargıtay’a yansıyan “ihmal sonucu ölüm” temalı 92 tıbbi malpraktis davasının incelendiği bir analizde; davaların %41,3’ünün birinci basamakta görev yapan genel pratisyen hekimlere ait olduğu belirlenmiştir. İnceleme sonuçlarına göre, malpraktis vakalarının en yaygın nedeni olarak %58,1 oranıyla “yetersiz tıbbi değerlendirme” öne çıkmaktadır. Bu bulgu, hekimin klinik değerlendirme sürecindeki ihmallerinin, ölümle sonuçlanan ciddi sonuçlara neden olabileceğini ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanı sürecinin hayati önem taşıdığını ortaya koymaktadır. (127).

ABD’de 2010 yılında görülen bir tıbbi malpraktis davasında, doğum sırasında meydana gelebilecek omuz distosisi riski hakkında yeterli bilgilendirme yapılmadığı gerekçesiyle, yenidoğanda brakial pleksus felci gelişmiştir. Aile, aydınlatılmış onam sürecinin eksik yürütüldüğü iddiasıyla hekime karşı dava açmış; mahkeme, hekimin bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmediğine hükmederek 2.6 milyon dolar tazminat ödenmesine karar vermiştir (147).

Birleşik Krallık’ta Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) bünyesinde gerçekleştirilen bir cerrahi müdahale sırasında, hastanın sol bacağı yerine sağ bacağı kesilmiştir. Bu ciddi tıbbi hata sonrasında hasta tarafından dava açılmış ve kurum hatasını kabul ederek 1 milyon sterlini aşan bir tazminat ödemiştir. Söz konusu olay, “yanlış taraf cerrahisi” (wrong-site surgery) kapsamında ele alınarak, sağlık sistemindeki iletişim ve kontrol eksikliklerinin çarpıcı bir örneği olarak karşımıza çıkmaktadır (128).

2.10 Malpraktis Korkusu

Malpraktis korkusu, hekimlerin mesleklerini icra ederken kendilerine karşı dava açılma olasılığına dair duydukları endişe ve kaygı olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda malpraktis davalarının artış göstermesi, yalnızca tıp mesleğini değil, aynı zamanda toplumu da derinden etkileyerek hekimlerin tıbbi karar alma süreçlerini

değiştirmelerine ve defansif tıp uygulamalarına yönelmelerine neden olmuştur. Bu bağlamda malpraktis korkusu, defansif tıbbın temel belirleyicisi olarak değeriendirilmektedir. Dava edilme korkusu, hekimlerin tıbbi rehberlere tam uyumunu engellemekte, karar alma süreçlerini olumsuz yönde etkilemekte ve aşırı tıbbi harcamalara yol açmaktadır. Malpraktis davalarının sayısı arttıkça, hekimlerin maruz kalabilecekleri hukuki risklere karşı duyarlılığı da artmakta ve bu durum, çoğunlukla defansif tıp yaklaşımını benimsemeleriyle sonuçlanmaktadır (10,129,130).

Can ve Bayer tarafından 2023 yılında yapılan çalışmada, acil servis hekimlerinin malpraktis korkusu düzeyinin yüksek olduğu; %65,7'sinin yüksek düzeyde, %24,5'inin orta düzeyde ve %9,8'inin düşük düzeyde malpraktis korkusuna sahip olduğu belirlenmiştir (15). Uğrak ve Işık tarafından 2022 yılında yapılan çalışmada, bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin malpraktis korkusu düzeyinin yüksek olduğu ve katılımcıların %59,3'ünün yüksek düzeyde, %28,2'sinin orta düzeyde ve %12,5'inin düşük düzeyde malpraktis korkusu yaşadığı tespit edilmiştir (24). Kaya ve Erkal tarafından 2024 yılında yapılan çalışmada, hekimlerin %81,5'inin yüksek, %11,6'sının orta ve %6,9'unun düşük düzeyde malpraktis korkusu yaşadığı tespit edilmiştir (131).

Liang ve diğeri tarafından 2022 yılında Çin'de yapılan bir çalışmada, hekimlerin %66,4'ünün yüksek düzeyde malpraktis korkusu yaşadığı tespit edilmiştir (129). Studdert ve diğeri tarafından 2005 yılında ABD'de gerçekleştirdikleri çalışmada, yüksek riskli uzmanlık alanlarında çalışan hekimlerin %93'ünün tıbbi uygulamalar nedeniyle dava edilme endişesi taşıdığı ve bu endişe doğrultusunda hastalarına gereğinden fazla işlem uyguladığı belirlenmiştir (35). Benzer şekilde, Carrier ve diğeri tarafından 2010 tarihli çalışması, mevcut hukuki reformların hekimlerin malpraktis endişelerini hafifletmekte yetersiz kaldığını ve bu korkunun davranışsal düzeyde kalıcı etkiler yarattığını göstermiştir (132). Malpraktis korkusunun yalnızca uygulamaları değil, hekimlerin psikolojik durumunu da olumsuz etkilediğı bildirilmektedir. Nitekim Balch ve diğeri, 2011 yılında yayımladıkları çalışmada, daha önce malpraktis davası geçirmiş cerrahların önemli bir kısmında tükenmişlik, anksiyete ve iş doyumsuzluğu görüldüğünü ortaya koymuştur (133).

Bu doğrultuda malpraktis korkusu, sadece hukuki bir risk değil; aynı zamanda mesleki performans ve psikolojik iyi oluş üzerinde baskı oluşturan çok boyutlu bir sorun olarak değerlendirilmektedir.

2.10.1 Malpraktis korkusunun kaynakları

2.10.1.1 Hukuki belirsizlik ve cezai sorumluluk riski

Hekimler, özellikle ceza davası açılma riski ve yüksek tutarlı tazminat talepleri nedeniyle hukuki sorumluluk altında kalmaktan ciddi şekilde endişe duymaktadır. Hekimlerde malpraktis kaygısını en çok artıran etkenlerin başında, hukuki süreçlerin belirsizliği ve cezai sorumluluk riski gelmektedir. Tıbbi hatalara ilişkin yasal çerçevelerin net sınırlarla çizilmemiş olması, hekimlerin yaptıkları uygulamaların ileride “kusur” sayılabileceği endişesini doğurmaktadır. Özellikle komplikasyon ile ihmal arasındaki ayrımın hukuki zeminde her zaman açık biçimde ortaya konulamaması, klinik karar alma süreçlerinde ciddi tereddütlere yol açmaktadır (134).

Studdert ve diğerleri, ABD’deki tıbbi hata hukukunun hekimler açısından öngörülemez bir yapı sergilediğini ve birçok durumda gerçek hata olmamasına rağmen dava açılabilirdiğini ortaya koymuştur (147). Benzer şekilde Mello ve Brennan, mevcut sistemlerin adalet ve tutarlılık bakımından yetersiz kaldığını, bu nedenle hekimlerin hem maddi hem de mesleki yönden baskı altında hissettiklerini belirtmişlerdir (49).

Balch ve diğerleri tarafından cerrahlar üzerinde yapılan bir çalışmada, daha önce malpraktis davası yaşamış olan hekimlerin önemli bir kısmının yalnızca mesleki değil, aynı zamanda psikolojik olarak da derin etkiler yaşadığı ve bu deneyimlerin onları aşırı temkinli yaklaşımlara yönlendirdiği saptanmıştır (133).

Sonuç olarak, hukuki çerçevedeki belirsizlik, cezai yaptırımların caydırıcılığı ve adli süreçlerdeki standart eksikliği; malpraktis korkusunu pekiştiren temel unsurlar arasında yer almakta ve hekimleri tıbbi kararlarını riskten kaçınma yönünde şekillendirmeye itmektedir.

2.10.1.2 Hastaların artan bilinç düzeyi ve beklentileri

Son yıllarda bilgiye erişimin kolaylaşması, sağlık sisteminde şeffaflık politikalarının artması ve dijital iletişim araçlarının yaygınlaşması, hastaların bilinç düzeyini ve sağlık hizmetlerinden beklentilerini belirgin biçimde artırmıştır. Artan hasta beklentileri, özellikle iletişim yetersizliği, açıklama eksikliği ve empati kurulmayan durumlarda, memnuniyetsizliğe ve hatta malpraktis iddialarına zemin hazırlayabilmektedir (88,135).

Yapılan çalışmalarda, malpraktis iddiasında bulunan hastaların yalnızca maddi tazminat değil, aynı zamanda hatanın kabul edilmesi, özür dileme ve gelecekte benzer olayların yaşanmayacağına dair güvence talep ettikleri gösterilmiştir (135,136). Bununla birlikte, dijital sağlık uygulamalarının yaygınlaşmasıyla birlikte sağlık teknolojilerine güvenen ve yüksek dijital okuryazarlığa sahip bireylerin, daha yüksek kalite beklentileri geliştirdiği ve bu beklentilerin karşılanmaması durumunda memnuniyetsizliğin hızla hukuki sürece dönüştüğü gözlemlenmektedir (137,138).

Türkiye özelinde yapılan çalışmalar da, hasta merkezli iletişimin ve güven algısının hizmet kalitesiyle doğrudan ilişkili olduğunu ve hekimlerin bu konuda yetersiz kaldığında malpraktis riskinin arttığını ortaya koymaktadır (142).

Sonuç olarak, hasta bilgi düzeyindeki artış sağlık çalışanları için sadece iletişim olarak değil, aynı zamanda hukuki açıdan da dikkat gerektiren yeni bir baskı alanı oluşturmaktadır.

2.10.1.3 Kurumsal destek eksikliği

Malpraktis kaygısını derinleştiren temel etkenlerden biri de sağlık kurumlarının, çalışanlarını özellikle hukuki ve idari süreçlerde yeterince sahiplenmemesidir. Tıbbi bir hata iddiası ya da hasta şikayeti gündeme geldiğinde, yöneticilerin hekime karşı mesafeli bir tutum sergilemesi ya da kurumun itibarını öncelikli görerek çalışanın yanında yer almaması, hekimlerin defansif tıpa yönelmesine zemin hazırlamaktadır.

Bu bağlamda, hekimlerin birçok durumda hata yapmaktan çok, kurumsal destek eksikliğinden endişe duyduğu ve bu durumun klinik karar alma süreçlerinde özgüven kaybına neden olduğu görülmektedir (139).

Birçok ülkede yürütülen çalışmalar, sağlık kuruluşlarının malpraktis risklerini yönetme konusunda standart ve koruyucu bir politika geliştiremediklerini ve bu nedenle hekimlerin hukuki süreçlerde bireysel olarak mücadele etmek zorunda kaldıklarını ortaya koymaktadır (140). Bazı durumlarda ise kurumların hasta şikayetlerini çözmede iletişim temelli uzlaşma yolları yerine doğrudan hukuki sürece başvurmaları, sağlık çalışanlarının kuruma olan güvenini zayıflatmaktadır (141).

Türkiye’de gerçekleştirilen çalışmalar da kurumsal destek eksikliği, başta malpraktis korkusu ve iş yükü olmak üzere çeşitli stresörler karşısında hekimlerin yalnız kalmasına neden olarak tükenmişliği, savunmacı tıp uygulamalarını ve kurum terk süreçlerini tetiklemektedir. Türkiye’de yapılan bir tanımlayıcı çalışmada, hekimlerin büyük çoğunluğunun yüksek malpraktis korkusu yaşadığını; bu korkudan dolayı hekimlerin olabilecek dava süreçlerine karşı kurumun hekim yanında desteğinin istenilen düzeyde olmaması kuruma karşı olan güvenin azalmasına yol açmaktadır (135).

Sonuç olarak, kurumsal destek sistemlerinin eksikliği, yalnızca hasta-hekim ilişkisini değil, hekimin mesleki motivasyonunu ve güvenli uygulama yapabilme kapasitesini de olumsuz etkilemektedir.

2.10.1.4 Medya ve toplumsal baskı

Tıbbi hataların geleneksel medya ve sosyal medya platformlarında sıkça gündeme gelmesi, kamuoyunda hekimler üzerinde artan bir baskı oluşturmakta ve bu durum malpraktis korkusunu besleyen önemli etkenlerden biri haline gelmektedir. Sıklıkla tıbbi bağlamdan kopuk, abartılı ya da eksik bilgilerle sunulan haber içerikleri, toplumda hekimlerin “ihmalkar” ya da “yetersiz” olarak etiketlenmesine yol açabilmekte, bu da adli süreçlerden bağımsız olarak sosyal düzeyde bir yargılama

ortamı yaratmaktadır. Sonuç olarak, hekimler itibarsızlaşma, mesleki itibar kaybı ve sosyal medya kaynaklı linç kültürüyle karşı karşıya kalabilmektedir (142).

Gallagher ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada, tıbbi hataların kamuya açıklanmasının sadece hasta hakları açısından değil, aynı zamanda hekimlerin savunma davranışları üzerindeki etkileri bakımından da değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Çalışmada, hataların medya yoluyla duyurulma biçiminin hekimlerde açıklıkla iletişim kurma isteğini bastırdığı, bunun da hataların gizlenmesine veya gereksiz ölçüde korumacı tutumların benimsenmesine neden olabileceği ifade edilmiştir (143).

Türkiye'de yapılan çalışmalar da, hekimlerin medyada çıkan olumsuz haberler nedeniyle kamuoyunda haksız yere yargılandıklarını düşündüklerini ve bu durumun mesleki güvenlerini zayıflattığını göstermektedir (144). Ayrıca, medyada oluşan olumsuz atmosferin etkisiyle bazı hekimlerin karmaşık hastaları kabul etmekten kaçındıkları ya da olası riskleri bertaraf etmek amacıyla gereksiz tetkik ve yönlendirmelere başvurdukları da rapor edilmiştir.

Sonuç olarak, medyanın olaylara yaklaşım biçimi yalnızca hukuki süreçleri değil, aynı zamanda hekimin kamusal imajı ve mesleki karar alma davranışlarını da etkileyerek, dolaylı yoldan sağlık hizmetlerinin kalitesini şekillendirmektedir.

2.10.1.5 Mesleki özgüven eksikliği ve eğitim yetersizliği

Malpraktis kaygısının öne çıkan nedenlerinden biri de, özellikle mesleğe yeni adım atan, deneyim açısından yetersiz olan ya da mesleki donanımını henüz geliştirme sürecindeki hekimlerde gözlenen özgüven eksikliği ve klinik karar alma süreçlerindeki kararsızlıktır. Tıp fakültesi eğitimi boyunca teorik bilgi yoğunluğu ön planda olurken, uygulamalı eğitimlerin sınırlı kalması durumunda, mezun olan hekimler karmaşık klinik tablolar karşısında daha temkinli ve çekingen bir yaklaşım sergileyebilmektedir. Bu durum, hata yapma ya da yetersiz kalma endişesini artırmakta ve savunmacı tıp davranışlarına yönelimi tetiklemektedir (145).

Kroll ve diğerlerinin yaptığı çalışmada, yeni mezun hekimlerin yeterli rehberlik ve destek sunulmadığında, malpraktis endişesini daha yoğun yaşadıkları ve bu nedenle risk içeren ancak tıbben gerekli müdahalelerden uzak durdukları tespit edilmiştir (146). Aynı zamanda, tıp eğitimi sürecinde klinik karar verme simülasyonları, etik ikilemlerin tartışılması ve etkili iletişim becerilerinin yeterince ele alınmadığı durumlarda, mezuniyet sonrası pratikte defansif tıbbın daha yaygın şekilde gözlemlendiği de ortaya konmuştur (147).

Sonuç olarak, klinik karar alma becerisinin yeterince desteklenmemesi ve uygulama odaklı eğitimin eksikliği, hekimlerin mesleki özgürlüklerini zayıflatmakta; bu da malpraktis korkusunu artıran önemli yapısal faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.10.1.6 Tıbbi belgelerde yetersizlik ve belgelendirme kaygısı

Tıbbi uygulamalara ilişkin kayıtlar, malpraktis davalarında hekimin en güçlü savunma araçlarından biri olarak kabul edilmektedir. Ancak klinik iş yükünün fazlalığı, sağlık bilişim altyapılarındaki eksiklikler ve belge düzenlemeye yönelik eğitim yetersizlikleri, hekimlerin bu süreci sağlıklı şekilde yürütmelerini zorlaştırmaktadır. Belgelemelerdeki eksiklik ya da hatalar, yalnızca hukuki anlamda hekimi dezavantajlı duruma düşürmekle kalmamakta, aynı zamanda sunulan sağlık hizmetinin kalitesini de olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle birçok hekim, kayıt tutma sürecini yalnızca adli sorumluluk ekseninde değerlendirmekte ve zaman zaman aşırıya kaçan, detaylarla dolu belgeler hazırlama eğilimi göstermektedir (148).

Yürütülen pek çok çalışma, düzenli ve zamanında yapılan tıbbi kayıtların yalnızca hasta güvenliğini sağlamakla kalmadığını, aynı zamanda hekimlerin meslekî risklerini azaltarak daha sağlıklı kararlar almalarına katkı sunduğunu ortaya koymuştur.

Türkiye'de yapılan çalışmalar da bu eğilimi destekler niteliktedir. Malpraktis korkusu yaşayan birçok hekimin, olası bir suçlamaya karşı kendilerini güvence altına almak amacıyla gereğinden fazla ayrıntı içeren belgeler düzenlediği ya da süreci

yavaşlatan yazılı bildirimlerde bulunduğu tespit edilmiştir (149). Bu durum, yalnızca sağlık hizmetinin bürokratik yükünü artırmakla kalmamakta, aynı zamanda klinik hizmetin akışkanlığını ve etkinliğini de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca kayıtların korunması, erişilebilirliği ve güncellenmesine yönelik altyapı yetersizlikleri de belgelemeye dair endişeleri artıran bir diğer unsur olarak öne çıkmaktadır.

Sonuç olarak, tıbbi belgelemenin yalnızca bir sorumluluk ya da yük olarak algılandığı ortamlarda, hem hasta güvenliği riske girmekte hem de hekimler üzerindeki malpraktis baskısı artmaktadır. Bu nedenle belgelerin işlevsel ve koruyucu bir araca dönüşebilmesi için güçlü bir dijital altyapı, kurumsal destek ve sürekli meslek içi eğitim süreçlerinin birlikte yürütülmesi gerekmektedir.

2.11 Malpraktis Korkusunun Mesleki Etkileri ve Psikolojik Yansımaları

Malpraktis korkusu, hekimlerin yalnızca klinik karar alma süreçlerini değil, aynı zamanda mesleki motivasyonlarını, iş doyumlarını ve psikolojik iyilik hallerini de derinden etkilemektedir. Sürekli olarak dava edilme tehdidi altında hisseden bir hekim, yalnızca tıbbi kararlarında temkinli davranmakla kalmayıp, zamanla mesleğinden uzaklaşma, duygusal tükenme ve aşırı ihtiyatlı karar verme eğilimi geliştirebilmektedir. Bu durum, hekimlerin mesleklerinden aldıkları tatmini azaltmakta; kaygı, kararsızlık, özgüven kaybı ve değersizlik hissi gibi çeşitli psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (150).

Balch ve diğerlerinin ABD'de cerrahlar üzerinde gerçekleştirdiği çalışma, daha önce malpraktis süreci yaşamış hekimlerin yaklaşık yarısında belirgin stres, tükenmişlik ve depresif belirtilerin bulunduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada bazı hekimlerin dava süreci sonrasında cerrahi müdahalelerden uzak durmayı tercih ettikleri, hatta aktif mesleki faaliyetlerini tamamen sonlandırdıkları bildirilmiştir (133). Benzer biçimde, Waterman ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer çalışmada, malpraktis tehdidiyle karşı karşıya kalan hekimlerin önemli bir kısmında uyku bozukluğu, öfke patlamaları, özgüvende azalma ve geleceğe yönelik olumsuz düşünceler gözlemlenmiştir (151).

Bu tür psikolojik etkiler, yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesi, ekip içi iş birliği ve hasta güvenliği üzerinde de olumsuz yansımalar yaratmaktadır.

Sonuç olarak, malpraktis korkusunun yalnızca savunmacı tıp uygulamalarını artırmakla sınırlı kalmadığı; aynı zamanda hekimlerin psikolojik dayanıklılığını zayıflattığı ve mesleki aidiyet duygusunu aşındırdığı görülmektedir. Bu nedenle, hekimlerin ruhsal olarak desteklenmesi ve güven temelli bir çalışma ortamının oluşturulması, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından son derece önem arz etmektedir.

2.11.1 Malpraktis korkusunun defansif tıpla ilişkisi

Hekimlerin malpraktis davalarına maruz kalma endişesi, klinik uygulamalarda savunmacı tutumların gelişmesine neden olmakta ve bu durum literatürde "defansif tıp" kavramıyla açıklanmaktadır. Defansif tıp, hekimin tıbbi kararlarını bilimsel gerekliliklerden ziyade hukuki risklerden korunma amacıyla şekillendirmesi olarak tanımlanır. Bu yaklaşım, bazı durumlarda gereksiz tetkiklerin istenmesi, sık konsültasyonlara başvurulması gibi aktif davranışlarla; bazı durumlarda ise riskli girişimlerden kaçınma ya da hastayı başka bir merkeze yönlendirme gibi pasif davranışlarla kendini göstermektedir. Bu tür davranışların arka planında yalnızca mesleki sorumluluk kaygısı değil, aynı zamanda dava sürecinde karşılaşılabilecek cezai ve maddi yaptırımlara dair kişisel korkular da bulunmaktadır (152).

Hiyam ve diğerlerinin 2022 yılında Ürdün'de gerçekleştirdiği çalışmada, hekimlerin %71'inin defansif tıp uygulamalarına başvurduğu saptanmış ve bu tutumun temelinde malpraktis korkusunun yer aldığı belirtilmiştir (153).

1970'lerden itibaren sayısı hızla artan malpraktis davaları, malpraktis sigorta primlerinin yükselmesine ve defansif tıbbın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Defansif tıp uygulamalarının malpraktis davalarını ortadan kaldıracağı veya en azından önemli ölçüde azaltacağı öngörülmüştür. Ancak, defansif tıp uygulamalarının

malpraktis ortamındaki değişikliklerden bağımsız olarak sürmekte olduğu ve hekimler arasında kuşaktan kuşağı aktarıldığı ifade edilmektedir (46).

Bu doğrultuda, malpraktis korkusunun defansif tıbbın oluşmasında temel bir belirleyici rolü olduğunu ve söz konusu ilişkinin hem ulusal hem de uluslararası çalışmalarda tutarlı bir şekilde raporlandığını açıkça göstermektedir.



3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu tanımlayıcı kesitsel araştırmanın amacı, Türkiye’deki bir özel sağlık grubunun hastanelerinde görev yapan hekimlerin tıbbi hizmet sunumunda defansif tıp uygulama durumlarının malpraktis korkusu açısından değerlendirilmesidir. Defansif tıp hakkında Türkiye’de yapılan çalışmalar son yıllarda artış göstermekle birlikte, çalışmaların çoğunlukla hekimlerin bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik olduğu; hekimlerin defansif tıp uygulamalarını malpraktis korkusu ile ilişkilendiren çalışma olmadığı görülmüştür. Bu açıdan araştırmanın konuya yeni bir perspektif getireceği; çalışmanın yürütüleceği özel sağlık grubunun yönetimine bu konuda girdi ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın hedef evreni, Türkiye’deki bir özel sağlık grubunun hastanelerinde kadrolu olarak çalışmakta olan hekimlerdir. Araştırmada belirli bir örneklem hesaplanmamış; çalışmaya katılmak için onam veren ve anket formunu dolduran 183 hekim çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3 Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır (EK 2). Anket formu üç bölümden oluşmaktadır:

İlk bölümde, hekimlerin demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma yılı, unvan, uzmanlık dalı, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı); defansif tıp uygulamaları ile ilgili bilgi düzeylerini ve malpraktis deneyimlerini belirlemeye yönelik toplam 17 soru yer almaktadır. Defansif tıp uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyi soruları, Başer ve diğerleri (2014) tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ‘Defansif Tıp Uygulamaları

Tutum Ölçeği'nde son dört madde olarak yer almakta ve evet/hayır şeklinde cevaplanabilecek sorulardan oluşmaktadır (154).

Anket formunun ikinci bölümünde, 'Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği'nin hekimlerin defansif tıp uygulama eğilimlerini belirlemeye yönelik ilk 14 maddesi yer almaktadır. Ölçeğin Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları alt boyutunda dokuz madde ve Negatif Defansif Tıp Uygulamaları alt boyutunda beş madde bulunmaktadır. Ölçekte her bir madde 1=Hiç Katılmıyorum ile 5=Tamamen Katılıyorum arasında derecelendirilen beşli Likert tipi bir ölçekle değerlendirilmektedir. Başer ve diğerleri (2014) tarafından yapılan güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach's Alpha=0,853). Ölçeğin alt boyutları için hesaplanan Cronbach's Alpha değerleri de pozitif defansif tıp uygulamaları için 0,685 ve negatif defansif tıp uygulamaları için 0,918 olmak üzere yüksek bulunmuştur. Ölçek kullanımı için Başer ve diğerlerinden izin alınmıştır (EK 3).

Anket formunun üçüncü bölümünde, acil servis hekimlerinin malpraktis korkularının belirlenmesi amacıyla Katz ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilen ve Uğrak ve Işık (2020) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan 'Malpraktis Korku Ölçeği' yer almaktadır (155). Ölçek, toplam altı maddeden oluşmakta olup her bir madde, 1=Kesinlikle Katılmıyorum ile 5=Kesinlikle Katılıyorum arasında derecelendirilen beşli Likert tipi bir ölçekle değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 6 ile 30 arasında değişmektedir. Puanların artması, bireyin malpraktis korkusu düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Toplam puana göre malpraktis korkusu düzeyleri; 15 ve altı 'düşük', 15 ila 20 arası 'orta' ve 20 üzeri 'yüksek' olarak sınıflandırılmaktadır. Işık ve Uğrak (2020) tarafından yapılan güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach's Alpha=0,860). Ölçek kullanımı için Işık ve Uğrak'dan izin alınmıştır (EK 3).

Anket formları, hedef gruplara mail yoluyla iletilmiş ve yanıtlar online olarak toplanmıştır. Araştırma 10 Temmuz – 31 Aralık 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.4 Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS Statistics 23 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Verilerin analiz sürecinde, ‘Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği ve ‘Malpraktis Korku Ölçeği’ ile elde edilen puanların normallik dağılımları değerlendirilmiştir. Normallik testi için çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerine bakılmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Verilerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Genel Defansif Tıp Tutumu	-0,191	0,029
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	-0,270	0,426
Negatif Defansif Tıp Tutumu	0,301	-0,667
Malpraktis Korkusu	-0,113	-0,583

İlgili literatürde, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin -1.5 ile +1.5 (156) ve +2.0 ile -2.0 (157) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Bu kriterlere uygun olarak verilerin normal dağılım gösterdiği varsayılmış ve parametrik testler kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla Cronbach’s alpha katsayıları hesaplanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri

	Cronbach’s alpha katsayısı
Genel Defansif Tıp Tutumu	0,861
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	0,828
Negatif Defansif Tıp Tutumu	0,852
Malpraktis Korkusu	0,836

Literatürde, Cronbach’s alpha katsayısı $\geq 0,9$ = mükemmel; $0,9 > \alpha \geq 0,8$ = iyi; $0,8 > \alpha \geq 0,7$ = kabul edilebilir; $0,7 > \alpha \geq 0,6$ = şüpheli; $0,6 > \alpha \geq 0,5$ = zayıf ve $\alpha < 0,5$

= kabul edilemez olarak değerlendirilmektedir (George ve Mallery, 2003). Bu kriterlere uygun olarak ölçeklerin güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler için sayı (n) yüzde (%) gösterimi; ortalama ve standart sapma ($X \pm SS$) kullanılmıştır. Veriler normal dağıldığı için kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde, parametrik testler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-testi; ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Anlamlı fark gözlenen durumlarda gruplar arasındaki farkların kaynağını belirlemek üzere yapılan post-hoc analizinde LSD (Least Significant Difference) testi kullanılmıştır. Hekimlerin defansif tıp uygulama durumları ve malpraktis korkusu arasındaki ilişkileri belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Tüm analizler %95 güvenilirlik aralığında değerlendirilmiş; $p < 0,05$ değeri "istatistiksel olarak anlamlı" kabul edilmiştir.

3.5 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu'nun (ATADEK) 2023/16 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, 2023-16/561 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur (EK 1).

4 BULGULAR

4.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmaya sağlık grubunda görev yapan 183 hekim katılmıştır. Katılımcıların 65'i (%35,5) kadın, 118'si (%64,5) erkektir (Tablo 4).

Tablo 4. Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	n	%
Kadın	65	35,5
Erkek	118	64,5
Toplam	183	100,0

Hekimlerin 20'si (%10,9) 40 yaşından küçük; 62'si (%33,9) 40-49 yaş arasında; 43'ü (%23,5) 50-59 yaş arasında ve 58'i (%31,7) 60 yaş ve üzerindedir (Tablo 5). Ortalama yaş $52,6 \pm 10,9$; ortanca yaş 51[30-74]'dir.

Tablo 5. Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	n	%
<40 yaş	20	10,9
40-49 yaş	62	33,9
50-59 yaş	43	23,5
≥ 60 yaş	58	31,7
Toplam	183	100,0

Hekimlerin 145'i (%79,2) evli, 38'i (%20,8) bekaardır (Tablo 6).

Tablo 6. Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	n	%
Evli	145	79,2
Bekar	38	20,8
Toplam	183	100,0

Hekimlerin 4'ü (%2,2) lisans; 5'i (%2,7) yüksek lisans ve 174'ü tıpta uzmanlık derecesine sahiptir (Tablo 7).

Tablo 7. Hekimlerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	n	%
Lisans	4	2,2
Yüksek Lisans	5	2,7
Tıpta Uzmanlık	174	95,1
Toplam	183	100,0

Hekimlerin 9'u (%4,9) pratisyen hekim, 171'i (%95,1) uzman hekimdir (Tablo 8).

Tablo 8. Hekimlerin Ünvanlarına Göre Dağılımı

Ünvan	n	%
Pratisyen Hekim	9	4,9
Uzman Hekim	174	95,1
Toplam	183	100,0

Uzman hekimlerin 81'i (%44,2) dahili tıp bilimlerinde; 93'ü cerrahi tıp bilimlerinde görev yapmaktadır (Tablo 9).

Tablo 9. Uzman Hekimlerin Uzmanlık Bilim Alanlarına Göre Dağılımı (n=174)

Uzmanlık Bilim Alanı	n	%
Dahili Tıp Bilimleri	81	44,2
Cerrahi Tıp Bilimleri	93	50,8
Toplam	174	100,0

Hekimlerin 14'ü (%7,7) 10 yıldan az, 169'u (%92,3) 10 yıldan fazla süreyle meslekte çalışmaktadır (Tablo 10).

Tablo 10. Hekimlerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Meslekte Çalışma Süresi	n	%
10 yıldan az	14	7,7
10 yıldan fazla	169	92,3
Toplam	183	100,0

Hekimlerin 34'ü (%18,6) 1 yıldan az; 45'i (%24,6) 1-5 yıl; 41'i (%22,4) 6-10 yıl ve 63'ü (%34,4) 10 yıldan fazla süreyle kurumda çalışmaktadır (Tablo 11).

Tablo 11. Hekimlerin Kurumda Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Kurumda Çalışma Süresi	n	%
<1 yıl	34	18,6
1-5 yıl	45	24,6
6-10 yıl	41	22,4
>10 yıl	63	34,4
Toplam	183	100,0

Hekimlerin 76'sı (%41,5) günde ortalama ondan az hasta; 73'ü (%39,9) 11-20 hasta ve 34'ü (%18,6) 20'den fazla hasta bakmaktadır (Tablo 12).

Tablo 12. Hekimlerin Günlük Ortalama Hasta Sayılarına Göre Dağılımı

Günlük Ortalama Hasta Sayısı	n	%
<10 hasta	76	41,5
11-20 hasta	73	39,9
>20 hasta	34	18,6
Toplam	183	100,0

4.2 Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Bilgi Durumları

Çalışmaya katılan hekimlerin 152'si (%83,1) defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyduğunu; 31'i (%16,9) duymadığını; 94'ü (%51,4) defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu; 89'u (%48,6) yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir. Hekimlerin 56'sı (%30,6) hekimlik meslekleri süresince malpraktis nedeniyle haklarında dava açıldığını

belirtirken, 174'ü (%95,1) malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşündüğünü belirtmiştir. Hekimlerin 91'i (%49,7) Hasta Hakları Yönetmeliği'ni (HHY) okuduğunu, 92'si (%50,3) okumadığını; 44'ü (%24,0) 2015 tarihli yeni TCK'nın malpraktis ile ilgili maddelerini bildiğini, 139'u (%76,0) ise bilmediğini ifade etmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Bilgi Durumları

Bilgi Durumu	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyduunuz mu?	152	83,1	31	16,9
Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?	94	51,4	89	48,6
Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?	56	30,6	127	69,4
Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	174	95,1	9	4,9
2015 tarihli yeni Türk Ceza Kanunu'nun malpraktis ile ilgili maddelerini biliyor musunuz?	44	24,0	139	76,0
Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okudunuz mu?	91	49,7	92	50,3

Çalışmaya katılan hekimlerin 177'si (%96,7) çalıştığı kurumda hekimlik uygulamaları için aydınlatılmış onam alındığını belirtirken, 1'i (%0,5) alınmadığını, 5'i (%2,7) ise fikri olmadığını belirtmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Hekimlerin çalıştıkları kurumda hekimlik uygulamaları için aydınlatılmış onam alınması konusundaki görüşleri

Görüş	n	%
Evet	177	96,7
Hayır	1	0,5
Fikrim yok	5	2,7
Toplam	183	100,0

4.3 Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları

Çalışmaya katılan hekimlerin ‘Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği’ ortalama puanları $\bar{X}=3,302$; $SS=0,754$ olarak bulunmuştur. Pozitif defansif tıp tutumu alt boyutunda ortalama puan daha düşükken ($\bar{X}=2,741$; $SS=0,998$), negatif defansif tıp tutumu alt boyutunda ortalama puan daha yüksektir ($\bar{X}=3,102$; $SS=0,715$) (Tablo 15).

Tablo 15. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği’nin tanımlayıcı istatistikleri

	n	Min.	Max.	X	S.S.
Genel Defansif Tıp Tutumu	183	1,00	5,00	3,302	0,754
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	183	1,00	5,00	2,741	0,998
Negatif Defansif Tıp Tutumu	183	1,00	4,71	3,102	0,715

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği’nin pozitif defansif tıp uygulamaları boyutunda “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.” ifadesi en yüksek ortalamaya ($\bar{X}=4,393$; $SS=0,870$); “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile hasta yatırıyorum.” ifadesi en düşük ortalamaya ($\bar{X}=2,191$; $SS=1,232$) sahiptir (Tablo 16).

Tablo 16. Hekimlerin Pozitif Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları

Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	X	S.S.
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın dışında tetkikler istiyorum.	2,268	1,143
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.	2,721	1,332
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.	3,148	1,251
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.	2,191	1,232
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.	2,831	1,249
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum.	4,180	1,082
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum.	3,721	1,264

Tablo 16. Hekimlerin Pozitif Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları (devam)

Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	X	S.S.
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.	4,393	0,870
9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.	4,268	0,966

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği'nin negatif defansif tıp uygulamaları boyutunda ise “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.” ifadesi en yüksek ortalamaya ($\bar{X}=3,612$; $SS=1,257$) sahipken; “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.” ifadesi en düşük ortalamaya ($\bar{X}=2,230$; $SS=1,075$) sahiptir (Tablo 17).

Tablo 17. Hekimlerin Negatif Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları

Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	X	S.S.
10. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.	2,831	1,382
11. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.	2,399	1,284
12. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.	2,634	1,276
13. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.	2,230	1,075
14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.	3,612	1,257

4.4 Katılımcıların Malpraktis Korku Durumları

Çalışmaya katılan hekimlerin ‘Malpraktis Korku Ölçeği’ ortalama puanları $\bar{X}=3,197$; $SS=0,985$ olarak bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 18. Malpraktis Korku Ölçeği'nin tanımlayıcı istatistikleri

	n	Min.	Max.	X	S.S.
Malpraktis Korkusu	183	1,00	5,00	3,197	0,985

Malpraktis Korku Ölçeği'nin "Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır." ifadesi en yüksek ortalamaya ($\bar{X}=3,825$; $SS=1,306$); "Sağlık hizmet sunumuna yönelik hukuki gelişmeler nedeni ile mesleki uygulamalarımda önemli değişiklikler yapmak zorunda kaldım." ifadesi en düşük ortalamaya ($\bar{X}=2,639$; $SS=1,196$) sahiptir (Tablo 19).

Tablo 19. Hekimlerin Malpraktis Korku Durumları

Malpraktis Korkusu	X	S.S.
1. Sağlık hizmet sunumuna yönelik hukuki gelişmeler nedeni ile mesleki uygulamalarımda önemli değişiklikler yapmak zorunda kaldım.	2,639	1,196
2. Gelecek 10 yıl içinde herhangi bir malpraktis davasına dahil olacağım diye endişeleniyorum.	3,322	1,422
3. Malpraktis davası tehdidi nedeniyle günlük mesleki uygulamalarımda kendimi baskı altında hissediyorum.	3,131	1,392
4. Sadece malpraktisten kaçınmak için bazı testler ve konsültasyon istediğim olur.	2,940	1,355
5. Özellikle dava edilme riskini azaltmak için bazen ileri uzman görüşü istediğim olur.	3,322	1,292
6. Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır.	3,825	1,306

4.5 Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları ile malpraktis korku puanı ortalamalarını cinsiyete göre karşılaştıran bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre;

Kadın hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,044$; $SS=0,687$; erkek hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,134$; $SS=0,732$; olarak bulunmuştur. Erkek hekimlerin puan ortalamaları kadın hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte; defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=-0,812$; $p=0,418$) (Tablo 19).

Kadın hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,226$; $SS=0,746$; erkek hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,345$; $SS=0,758$ olarak bulunmuştur. Erkek hekimlerin puan ortalamaları kadın hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte, pozitif defansif tıp tutumu boyutuna ilişkin puan ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=-1,022$; $p=0,308$) (Tablo 19).

Kadın hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=2,717$; $SS=0,962$; erkek hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=2,754$; $SS=1,021$ olarak bulunmuştur. Erkek hekimlerin puan ortalamaları kadın hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte, negatif defansif tıp tutumu boyutuna ilişkin puan ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=-0,241$; $p=0,810$) (Tablo 19).

Kadın hekimlerin malpraktis korkusu puanı ortalamaları $\bar{X}=3,218$; $SS=0,978$; erkek hekimlerin malpraktis korkusu puanı ortalamaları $\bar{X}=3,185$; $SS=0,993$ olarak bulunmuştur. Kadın hekimlerin puan ortalamaları erkek hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte, malpraktis korkusuna ilişkin puan ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=0,216$; $p=0,829$) (Tablo 20).

Tablo 20. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Malpraktis Korkusu Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

	Cinsiyet	n	X	S.S.	t	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Kadın	65	3,044	0,687	-0,812	0,418
	Erkek	118	3,134	0,732		
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	Kadın	65	3,226	0,746	-1,022	0,308
	Erkek	118	3,345	0,758		
Negatif Defansif Tıp Tutumu	Kadın	65	2,717	0,962	-0,241	0,810
	Erkek	118	2,754	1,021		
Malpraktis Korkusu	Kadın	65	3,218	0,978	0,216	0,829
	Erkek	118	3,185	0,993		

4.6 Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumlarının Yaş Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları ile malpraktis korku puanı ortalamalarını yaş grubuna göre karşılaştıran varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre;

30-39 yaş grubu hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $X=3,339$; $SS=0,674$; 40-49 yaş grubu hekimlerin puan ortalamaları $X=3,141$; $SS=0,725$; 50-59 yaş grubu hekimlerin puan ortalamaları $X=3,131$; $SS=0,669$ ve 60 yaş üzeri hekimlerin puan ortalamaları $X=2,957$; $SS=0,740$ olarak bulunmuştur. 30-39 yaş grubu hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları diğer yaş gruplarının puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte; hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=1,629$; $p=0,184$) (Tablo 21).

30-39 yaş grubu hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $X=3,483$; $SS=0,691$; 40-49 yaş grubu hekimlerin puan ortalamaları $X=3,384$; $SS=0,802$; 50-59 yaş grubu hekimlerin puan ortalamaları $X=3,421$; $SS=0,672$ ve 60 yaş üzeri hekimlerin puan ortalamaları $X=3,065$; $SS=0,741$ olarak bulunmuştur. Hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı

ortalamları yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,987$; $p=0,033$). Farklılıkların hangi gruplar arasında ortaya çıktığını belirlemek için yapılan LSD testi sonuçlarına göre, 30-39 yaş grubu, 40-49 yaş grubu ve 50-59 yaş grubu hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamalarının 60 yaş üzeri hekimlerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (sırasıyla $p=0,031$; $p=0,020$; $p=0,018$) (Tablo 21).

30-39 yaş grubu hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,080$; $SS=0,905$; 40-49 yaş grubu hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=2,703$; $SS=0,976$; 50-59 yaş grubu hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=2,609$; $SS=1,005$ ve 60 yaş üzeri hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=2,762$; $SS=1,045$ olarak bulunmuştur. 30-39 yaş grubu hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları diğer yaş gruplarının puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte; hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=1,058$; $p=0,369$) (Tablo 21).

30-39 yaş grubu hekimlerin malpraktis korkusu puan ortalamaları $\bar{X}=3,542$; $SS=0,798$; 40-49 yaş grubu hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=3,336$; $SS=0,922$; 50-59 yaş grubu hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=3,190$; $SS=0,995$ ve 60 yaş üzeri hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=2,934$; $SS=1,056$ olarak bulunmuştur. Hekimlerin malpraktis korkusu puan ortalamaları yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,678$; $p=0,049$). Farklılıkların hangi gruplar arasında ortaya çıktığını belirlemek için yapılan LSD testi sonuçlarına göre, 30-39 yaş grubu ve 40-49 yaş grubu hekimlerin malpraktis korkusu puanı ortalamalarının 60 yaş üzeri hekimlerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (sırasıyla $p=0,017$; $p=0,025$) (Tablo 21).

Tablo 21. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Malpraktis Korkusu Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı

	Yaş	n	X̄	S.S.	F	p	Post-hoc
Genel Defansif Tıp Tutumu	30-39 yaş ¹	20	3,339	0,674	1,629	0,184	-
	40-49 yaş ²	62	3,141	0,725			
	50-59 yaş ³	43	3,131	0,669			
	>60 yaş ⁴	58	2,957	0,740			
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	30-39 yaş ¹	20	3,483	0,691	2,987	0,033	1>4 2>4 3>4
	40-49 yaş ²	62	3,384	0,802			
	50-59 yaş ³	43	3,421	0,672			
	>60 yaş ⁴	58	3,065	0,741			
Negatif Defansif Tıp Tutumu	30-39 yaş ¹	20	3,080	0,905	1,058	0,369	-
	40-49 yaş ²	62	2,703	0,976			
	50-59 yaş ³	43	2,609	1,005			
	>60 yaş ⁴	58	2,762	1,045			
Malpraktis Korkusu	30-39 yaş ¹	20	3,542	0,798	2,678	0,049	1>4 2>4
	40-49 yaş ²	62	3,336	0,922			
	50-59 yaş ³	43	3,190	0,995			
	>60 yaş ⁴	58	2,934	1,056			

4.7 Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumlarının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları ile malpraktis korku puanı ortalamalarını medeni duruma göre karşılaştıran bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre;

Evli hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,104$; $SS=0,744$; bekar hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,092$; $SS=0,602$ olarak bulunmuştur. Evli hekimlerin puan ortalamaları bekar hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte; defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=0,094$; $p=0,925$) (Tablo 22).

Evli hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,313$; $SS=0,779$; kadın hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,263$; $SS=0,659$ olarak bulunmuştur. Evli hekimlerin puan ortalamaları bekar hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte, pozitif defansif tıp tutumu boyutuna ilişkin puan ortalamaları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=0,359$; $p=0,720$) (Tablo 22).

Evli hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puan ortalamaları $\bar{X}=2,730$; $SS=1,028$; bekar hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puan ortalamaları $\bar{X}=2,784$; $SS=0,885$ olarak bulunmuştur. Bekar hekimlerin puan ortalamaları evli hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte, negatif defansif tıp tutumu boyutuna ilişkin puan ortalamaları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=-0,299$; $p=0,765$) (Tablo 22).

Evli hekimlerin malpraktis korkusu puan ortalamaları $\bar{X}=3,172$; $SS=1,009$; bekar hekimlerin malpraktis korkusu puan ortalamaları $\bar{X}=3,289$; $SS=0,896$ olarak bulunmuştur. Bekar hekimlerin puan ortalamaları evli hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte, malpraktis korkusuna ilişkin puan ortalamaları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=-0,651$; $p=0,516$) (Tablo 22).

Tablo 22. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Malpraktis Korkusu Puanlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

	Medeni Durum	n	$\bar{X}$	S.S.	t	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Evli	145	3,104	0,744	0,094	0,925
	Bekar	38	3,092	0,602		
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	Evli	145	3,313	0,779	0,359	0,720
	Bekar	38	3,263	0,659		

Tablo 22. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Malpraktis Korkusu Puanlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı (devam)

	Medeni Durum	n	X	S.S.	t	p
Negatif Defansif Tıp Tutumu	Evli	145	2,730	1,028	-0,299	0,765
	Bekar	38	2,784	0,885		
Malpraktis Korkusu	Evli	145	3,172	1,009	-0,651	0,516
	Bekar	38	3,289	0,896		

4.8 Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumlarının Uzmanlık Bilim Alanına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan uzman hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları ile malpraktis korku puanı ortalamalarını uzmanlık bilim alanına göre karşılaştıran bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre;

Dahili bilimlerde çalışan uzman hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,072$; $SS=0,704$; cerrahi bilimlerde çalışan uzman hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,098$; $SS=0,602$ olarak bulunmuştur. Cerrahi bilimlerde çalışan uzman hekimlerin puan ortalamaları dahili bilimlerde çalışan uzman hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte; defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları uzmanlık bilim dalına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=-0,234$; $p=0,815$) (Tablo 23).

Dahili bilimlerde çalışan uzman hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,248$; $SS=0,706$; cerrahi bilimlerde çalışan uzman hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,302$; $SS=0,780$ olarak bulunmuştur. Cerrahi bilimlerde çalışan uzman hekimlerin puan ortalamaları dahili bilimlerde çalışan uzman hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte; pozitif defansif tıp tutumu boyutuna ilişkin puan ortalamaları uzmanlık bilim dalına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=-0,476$; $p=0,635$) (Tablo 23).

Dahili bilimlerde çalışan uzman hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puan ortalamaları $\bar{X}=2,756$; $SS=1,008$; cerrahi bilimlerde çalışan uzman hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puan ortalamaları $\bar{X}=2,729$; $SS=0,978$ olarak bulunmuştur. Dahili bilimlerde çalışan uzman hekimlerin puan ortalamaları cerrahi bilimlerde çalışan uzman hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte, negatif defansif tıp tutumu boyutuna ilişkin puan ortalamaları uzmanlık bilim dalına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=0,176$; $p=0,861$) (Tablo 23).

Dahili bilimlerde çalışan uzman hekimlerin malpraktis korkusu puan ortalamaları $\bar{X}=3,144$; $SS=0,999$; cerrahi bilimlerde çalışan uzman hekimlerin malpraktis korkusu puan ortalamaları $\bar{X}=3,186$; $SS=0,974$ olarak bulunmuştur. Cerrahi bilimlerde çalışan uzman hekimlerin puan ortalamaları dahili bilimlerde çalışan uzman hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte, malpraktis korkusuna ilişkin puan ortalamaları uzmanlık bilim dalına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=-0,283$; $p=0,778$) (Tablo 23).

Tablo 23. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Malpraktis Korkusu Puanlarının Uzmanlık Bilim Alanına Göre Dağılımı (n=174)

	Bilim Alanı	n	$\bar{X}$	S.S.	t	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Dahili	81	3,072	0,704	-0,234	0,815
	Cerrahi	93	3,098	0,714		
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	Dahili	81	3,248	0,706	-0,476	0,635
	Cerrahi	93	3,302	0,780		
Negatif Defansif Tıp Tutumu	Dahili	81	2,756	1,008	0,176	0,861
	Cerrahi	93	2,729	0,978		
Malpraktis Korkusu	Dahili	81	3,144	0,999	-0,283	0,778
	Cerrahi	93	3,186	0,974		

4.9 Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları ile malpraktis korku puanı ortalamalarını kurumda çalışma süresine göre karşılaştıran varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre;

Kurumda çalışma süresi bir yıldan az olan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,334$; $SS=0,657$; 1-5 yıl olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=3,221$; $SS=0,702$; 6-10 yıl olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=2,847$; $SS=0,751$; ve 10 yıldan fazla olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=3,058$; $SS=0,689$ olarak bulunmuştur. Hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları kurumda çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,570$; $p=0,015$). Farklılıkların hangi gruplar arasında ortaya çıktığını belirlemek için yapılan LSD testi sonuçlarına göre, kurumda çalışma süresi bir yıldan az olan hekimler ile 1-5 yıl olan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamalarının, kurumda çalışma süresi 6-10 yıl olan hekimlerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (sırasıyla $p=0,003$; $p=0,014$) (Tablo 24).

Kurumda çalışma süresi bir yıldan az olan hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,520$; $SS=0,684$; 1-5 yıl olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=3,412$; $SS=0,726$; 6-10 yıl olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=3,046$; $SS=0,836$; ve 10 yıldan fazla olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=3,273$; $SS=0,719$ olarak bulunmuştur. Hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları kurumda çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,962$; $p=0,034$). Farklılıkların hangi gruplar arasında ortaya çıktığını belirlemek için yapılan LSD testi sonuçlarına göre, kurumda çalışma süresi bir yıldan az olan hekimler ile 1-5 yıl olan hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamalarının, kurumda

Çalışma süresi 6-10 yıl olan hekimlerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (sırasıyla $p=0,007$; $p=0,023$) (Tablo 24).

Kurumda alışma süresi bir yıldan az olan hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $X=3,000$; $SS=1,070$; 1-5 yıl olan hekimlerin puan ortalamaları $X=2,876$; $SS=0,945$; 6-10 yıl olan hekimlerin puan ortalamaları $X=2,488$; $SS=0,912$; ve 10 yıldan fazla olan hekimlerin puan ortalamaları $X=2,670$; $SS=1,024$ olarak bulunmuştur. Kurumda alışma süresi bir yıldan az olan hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları, kurumda çalışma süresi bir yıldan fazla olan diğ er grupların puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte; hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları kurumda çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=2,057$; $p=0,108$) (Tablo 24).

Kurumda alışma süresi bir yıldan az olan hekimlerin malpraktis korkusu puan ortalamaları $X=3,480$; $SS=0,918$; 1-5 yıl olan hekimlerin puan ortalamaları $X=3,367$; $SS=0,879$; 6-10 yıl olan hekimlerin puan ortalamaları $X=2,833$; $SS=1,012$; ve 10 yıldan fazla olan hekimlerin puan ortalamaları $X=3,159$; $SS=1,018$ olarak bulunmuştur. Hekimlerin malpraktis korkusuna ilişkin puan ortalamaları kurumda çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,406$; $p=0,019$). Farklılıkların hangi gruplar arasında ortaya çıktığını belirlemek için yapılan LSD testi sonuçlarına göre, kurumda çalışma süresi bir yıldan az olan hekimler ile 1-5 yıl olan hekimlerin malpraktis korkusu puan ortalamalarının, kurumda çalışma süresi 6-10 yıl olan hekimlerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (sırasıyla $p=0,004$; $p=0,011$) (Tablo 24).

Tablo 24. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Malpraktis Korkusu Puanlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Dağılımı

	Kurumda Çalışma Süresi	n	X	S.S.	F	p	Post-hoc
Genel Defansif Tıp Tutumu	<1 yıl ¹	34	3,334	0,657	3,570	0,015	1>3 2>3
	1-5 yıl ²	45	3,221	0,702			
	6-10 yıl ³	41	2,847	0,751			
	>10 yıl ⁴	63	3,058	0,689			
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	<1 yıl ¹	34	3,520	0,684	2,962	0,034	1>3 2>3
	1-5 yıl ²	45	3,412	0,726			
	6-10 yıl ³	41	3,046	0,836			
	>10 yıl ⁴	63	3,273	0,719			
Negatif Defansif Tıp Tutumu	<1 yıl ¹	34	3,000	1,070	2,057	0,108	-
	1-5 yıl ²	45	2,876	0,945			
	6-10 yıl ³	41	2,488	0,912			
	>10 yıl ⁴	63	2,670	1,024			
Malpraktis Korkusu	<1 yıl ¹	34	3,480	0,918	3,406	0,019	1>3 2>3
	1-5 yıl ²	45	3,367	0,879			
	6-10 yıl ³	41	2,833	1,012			
	>10 yıl ⁴	63	3,159	1,018			

4.10 Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumlarının Günlük Ortalama Hasta Sayısına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları ile malpraktis korku puanı ortalamalarını kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısına göre karşılaştıran varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre;

Kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısı 10'dan az olan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,086$; $SS=0,682$; 11-20 hasta olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=3,058$; $SS=0,709$ ve 20'den fazla olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=3,231$; $SS=0,804$ olarak bulunmuştur. Kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısı 20'den fazla olan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları, diğer grupların puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte; hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısına

göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=0,709$; $p=0,494$) (Tablo 25).

Kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısı 10'dan az olan hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=3,246$; $SS=0,729$; 11-20 hasta olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=3,317$; $SS=0,746$ ve 20'den fazla olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=3,399$; $SS=0,835$ olarak bulunmuştur. Kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısı 20'den fazla olan hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları, diğer grupların puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte; hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=0,503$; $p=0,606$) (Tablo 25).

Kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısı 10'dan az olan hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları $\bar{X}=2,800$; $SS=0,931$; 11-20 hasta olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=2,592$; $SS=1,061$ ve 20'den fazla olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=2,929$; $SS=0,988$ olarak bulunmuştur. Kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısı 20'den fazla olan hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları, diğer grupların puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte; hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanı ortalamaları kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=1,564$; $p=0,212$) (Tablo 25).

Kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısı 10'dan az olan hekimlerin malpraktis korkusu puan ortalamaları $\bar{X}=3,096$; $SS=0,934$; 11-20 hasta olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=3,096$; $SS=1,053$ ve 20'den fazla olan hekimlerin puan ortalamaları $\bar{X}=3,637$; $SS=0,840$ olarak bulunmuştur. Hekimlerin malpraktis korkusuna ilişkin puan ortalamaları kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,326$; $p=0,015$). Farklılıkların hangi gruplar arasında ortaya çıktığını belirlemek için yapılan LSD testi

sonuçlarına göre, kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısı 20’den fazla olan hekimlerin malpraktis korkusu puan ortalamalarının, günlük ortalama hasta sayısı 10’dan az olan hekimler ile 11-20 arası olan hekimlerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (sırasıyla $p=0,007$; $p=0,008$) (Tablo 25).

Tablo 25. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Malpraktis Korkusu Puanlarının Kurumda Baktıkları Günlük Ortalama Hasta Sayısına Göre Dağılımı

	Günlük Hasta Sayısı	n	X	S.S.	F	p	Post-hoc
Genel Defansif Tıp Tutumu	<10 hasta ¹	76	3,086	0,682	0,709	0,494	-
	11-20 hasta ²	73	3,058	0,709			
	>20 hasta ³	34	3,231	0,804			
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	<10 hasta ¹	76	3,246	0,729	0,503	0,606	-
	11-20 hasta ²	73	3,317	0,746			
	>20 hasta ³	34	3,399	0,835			
Negatif Defansif Tıp Tutumu	<10 hasta ¹	76	2,800	0,931	1,564	0,212	-
	11-20 hasta ²	73	2,592	1,061			
	>20 hasta ³	34	2,929	0,988			
Malpraktis Korkusu	<10 hasta ¹	76	3,096	0,934	4,326	0,015	3>1
	11-20 hasta ²	73	3,096	1,053			3>2
	>20 hasta ³	34	3,637	0,840			

4.11 Katılımcıların Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumları ve Malpraktis Korku Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumları ve malpraktis korku durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Literatürde r değerinin yorumlanması açısından farklı sınıflandırmalar olmakla birlikte genelde $0.00-0.19$ = çok zayıf; $0.20-0.39$ = zayıf; $0.40-0.59$ = orta; $0.60-0.79$ = güçlü, ve $0.80-1.00$ = çok güçlü ilişki olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Evans, 1996).

Buna göre, hekimlerin genel defansif tıp tutumları ile malpraktis korku düzeyleri arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ($r=,710$; $p<0,01$); genel defansif tıp tutumları ile pozitif defansif tıp tutumları arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde ($r=,893$; $p<0,01$); genel defansif tıp tutumları ile negatif defansif tıp tutumları arasında pozitif

yönde güçlü düzeyde ($r=,792$; $p<0,01$); pozitif defansif tıp tutumları ile negatif defansif tıp tutumları arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=,433$; $p<0,01$); pozitif defansif tıp tutumları ile malpraktis korku düzeyleri arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ($r=,608$; $p<0,01$); negatif defansif tıp tutumları ile malpraktis korku düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=,599$; $p<0,01$) anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 26).

Tablo 26. Hekimlerin Defansif Tıp Tutumları ile Malpraktis Korkuları arasındaki ilişkiyi açıklayan Pearson Korelasyon analizi

	Genel Defansif Tıp Tutumu	Pozitif Defansif Tıp Tutumu	Negatif Defansif Tıp Tutumu	Malpraktis Korkusu
Genel Defansif Tıp Tutumu	1	-	-	-
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	,893**	1	-	-
Negatif Defansif Tıp Tutumu	,792**	,433**	1	-
Malpraktis Korkusu	,710**	,608**	,599**	1

** $p<0.01$

5 TARTIŞMA

Defansif tıp, sağlık hizmeti sunucularının, özellikle de hekimlerin, sorumluluk iddialarından kaçınmak ve malpraktis nedeniyle karşılaşılabilecekleri olası yasal dava risklerinden korunmak amacıyla standart tıbbi uygulamalardan bilinçli biçimde sapması olarak tanımlanmaktadır. Defansif tıp, iki farklı biçimde ortaya çıkmaktadır. İlki, pozitif defansif tıp veya güvence davranışı olarak adlandırılan; tıbbi gerekliliği bulunmayan ve hastaya hiçbir fayda sağlamayan gereksiz ya da ek tanı testleri, invaziv prosedürler, tedaviler ve hastaneye yatışların uygulanmasıdır. İkincisi ise, negatif defansif tıp veya kaçınma davranışı olup; yüksek riskli hastalardan ve/veya tıbben gerekli olan ve hastaya fayda sağlayabilecek yüksek riskli prosedürlerden kaçınarak hastanın tedavi ve hastaneye yatıştan mahrum bırakılmasıdır (1,3,16,35).

Son yıllarda artan malpraktis davaları, hekimlerin tıbbi karar alma süreçlerini etkilemiş ve defansif tıp uygulamalarına yönelmelerine neden olmuştur. Bu bağlamda, hekimlerin mesleklerini icra ederken dava edilme olasılığına dair duyduğu kaygı ve endişe, ‘malpraktis korkusu’ olarak adlandırılmakta ve defansif tıbbin temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir (10,129,130).

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’deki bir özel sağlık grubunun hastanelerinde görev yapan hekimlerin tıbbi hizmet sunumunda defansif tıp uygulama durumlarını ve bu uygulamalar ile malpraktis korkusu arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Çalışmaya katılan hekimlerin %83,1’i defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyduğunu ifade etmiştir. Defansif tıp uygulamaları kavramının bilinirliği, Türkiye’de gerçekleştirilen çeşitli çalışmalarda benzer eğilimler göstermektedir. Bu alandaki ilk çalışmalardan biri olan ve Aynacı tarafından 2008 yılında yapılan çalışmada, hekimlerin yalnızca %6,11’inin defansif tıp kavramını daha önce duyduğu belirlenmiştir (159). Sonraki yıllarda gerçekleştirilen çalışmalarda bu oranın belirgin şekilde arttığı görülmektedir. Kolcu tarafından 2013 yılında yapılan çalışmada bu oran %82,3’e ulaşmış (160); Öztürk tarafından 2021 yılında yapılan çalışmada %77,5 (161); Banaz ve Yalçın Balçık tarafından 2022 yılında yapılan çalışmada %71 (74);

Alkan tarafından 2022 yılında yapılan çalışmada %83,9 (162); Pirol tarafından 2018 yılında yapılan çalışmada %66,1 (163) olarak tespit edilmiştir. Bu veriler, yıllar içinde hekimler arasında defansif tıp uygulamalarının bilinirliğinin giderek arttığını ortaya koymaktadır. Yapmış olduğumuz çalışmada çıkan sonuç bu verileri destekler yöndedir.

Çalışmada, hekimlerin %51,4'ü defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu oran, literatürde yer alan bazı çalışmalarla kıyaslandığında daha düşük düzeydedir. Banaz ve Yalçın Balçık tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin %44'ünün (74); Öztürk'ün çalışmasında %77,5'nin (161); Pirol'un çalışmasında %49,1'inin (163) defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir. Aynacı'nın çalışmasında ise, bu oran yalnızca %4,11 olarak tespit edilmiştir (159). Bu veriler, Aynacı'nın yaptığı çalışmadan sonraki yıllarda hekimlerin defansif tıp kavramının içeriği ile ilgili bilgi düzeylerinde artış olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, bu çalışmada elde edilen oran diğer çalışmalara göre daha düşüktür. Bu durum, defansif tıp kavramının henüz tüm hekim gruplarınca yeterince içselleştirilmediğini ya da bu konuda yeterli bilgi kaynağına ulaşamadığını düşündürmektedir. Ayrıca, çalışmalarda yer alan hekim gruplarının uzmanlık alanları, çalışma ortamları ve eğitim düzeyleri gibi değişkenlerin bu farklılıklarda etkili olabileceği değerlendirilmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin %30,6'sı, meslek yaşamları boyunca malpraktis nedeniyle haklarında dava açıldığını; %95,1'i malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceğini belirtmiştir. Güldiken'in yaptığı çalışmada, malpraktis nedeniyle dava açılan hekim oranı %6,8; malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını ifade eden hekim oranı ise %93,7 olarak bulunmuştur (164). Benzer şekilde, Banaz ve Yalçın Balçık'ın çalışmasında bu oranlar sırasıyla %10,1 ve %93,7 (74); Pirol'un çalışmasında ise %3,0 ve %61,8 (163) olarak saptanmıştır. Bu bulgular, hekimler hakkında malpraktis davası açılma oranlarının farklılık gösterdiğini; ancak, malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağına ilişkin görüşlerin büyük ölçüde benzer olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmada, Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuduğunu belirten hekim oranı %49,7 olarak bulunmuştur. HHY, sağlık hizmeti sunulan tüm kuruluşlarda bireylerin insan onuruna yakışır biçimde hasta haklarından yararlanmasını ve olası hak ihlallerinden korunmasını sağlamak amacıyla hazırlanmıştır (165). Hasta hakları, insan haklarının bir alt kümesini oluşturmaktadır ve sağlık hizmetlerinin hekimler ile diğer sağlık personeli tarafından hastaya zarar vermeden ya da tıbbi müdahalenin niteliğine bağlı olarak en az zararla sunulmasını gerektirmektedir (166,167). Aynacı tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin %8,4'ünün HHY'ni hiç duymadığı, %34,25'inin duymakla birlikte hiç okumadığı, %43,04'ünün kısmen ve %14,3'nün tamamını okuduğu saptanmıştır (159). Özer ve Günay'ın çalışmasında, hekimlerin %56,1'inin Türkiye'de hasta hakları konusunda yasal düzenleme olduğunu bildiği ve %32,3'ünün HHY'ni okuduğu belirlenmiştir (168). Zincir ve Kaya Erten tarafından yapılan çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin %57,6'sının hasta haklarını bildiği (169); Tanrıverdi ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada ise, hekimlerin %68,5'inin HHY'ni okumuş olduğu (170) görülmüştür. Hekimlerin hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerinde ve HHY'ni okuma oranlarında yıllar içinde artış olduğu gözlemlenmekle birlikte, bu çalışmadaki oran görece daha düşük bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hekimlerin %96,7'si çalıştıkları kurumda hekimlik uygulamaları için aydınlatılmış onam alındığını belirtmiştir. Ferhatlar ve diğerlerinin çalışmasında, aydınlatılmış onam alınmasının gerekli olduğunu bilen acil tıp hekimlerinin oranının, tüm prosedürlerde aydınlatılmış onam alan hekimlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (171). Yıldırım ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada ise, sağlık profesyonellerinin %37,8'inin aydınlatılmış onamın doğru uygulandığını düşünürken, %77,6'sının hukuki gereklilikler nedeniyle onam aldığı tespit edilmiştir (172). Aydınlatılmış onam, hasta odaklı bakımın ve etik tedavi kararlarının temelini oluşturmaktadır. İyi hekimlik uygulamalarının vazgeçilmez bir gereği olup, evrensel tıp etiğinin özerklik ilkesine dayanmaktadır. Bu süreç, yalnızca bir belgenin imzalanmasından öte, sağlık profesyonelinin hastaya belirli bir tıbbi işlem ya da müdahalenin riskleri, faydaları ve alternatifleri hakkında bilgi verdiği, karşılıklı iletişime dayanan bir süreç olup, yasalarla da güvence altına alınmıştır (173,174). Bu

çalışmada, hekimlerin %0,5'i kurumlarında aydınlatılmış onam alınmadığını; %2,7'si ise bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiştir. Onam alınmadığını ifade eden veya bu konuda bilgi sahibi olmayan hekimlerin, meslek yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde malpraktis davaları ile karşılaşma olasılıkları göz önünde bulundurulduğunda, aydınlatılmış onamın önemi ve süreci konusunda bilgilendirilmeleri büyük önem taşımaktadır.

Çalışmaya katılan hekimlerin genel defansif tıp tutumu puan ortalaması ($\bar{X}=3,302$) ortalamanın üzerinde bir eğilime işaret etmektedir. Bu değer, hekimlerin tamamen savunmacı bir yaklaşım benimsemediklerini; ancak, yasal riskleri klinik karar verme süreçlerinde dikkate aldıklarını göstermektedir. Pozitif defansif tıp tutumu ortalama puanı ($\bar{X}=2,741$), negatif defansif tıp tutumu ortalama puanına ($\bar{X}=3,102$) kıyasla daha düşük bulunmuş olup; bu sonuç, hekimler arasında riskten kaçınma davranışlarının görece daha baskın olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu bulgular, malpraktis tehdidinin çoğu zaman riskli girişimlerden kaçınmayı tetiklediğini gösteren çalışmalarla uyumludur. Banaz ve Yalçın Balçık'ın çalışmasında, hekimlerin genel defansif tıp tutumu puan ortalaması 3,27; pozitif defansif tutumu puan ortalaması 3,39 ve negatif defansif tutumu puan ortalaması 3,06 olarak saptanmıştır (74). Erdem'in çalışmasında bu değerler sırasıyla 3,68; 3,75 ve 3,56'dır (175). Pirol'un yaptığı çalışmada, genel ortalama 2,980; pozitif tutum ortalaması 3,307 ve negatif tutum ortalaması 3,547 olarak belirtilmiştir (163). Ünal'ın çalışmasında ise, defansif tıp uygulamaları ölçeği boyutları arasında en yüksek ortalamanın 3,469 ile negatif defansif tıp uygulamalarına ait olduğu ve bu değer orta seviyenin üzerinde bulunduğu; pozitif defansif tıp uygulamaları ortalamasının ise 2,922 ile orta seviyenin altında olduğu belirlenmiştir (176). Bu sonuçlar, mevcut çalışmanın bulgularıyla örtüşmekte ve Türkiye bağlamında da benzer bir eğilimin varlığını ortaya koymaktadır.

Çalışmada, pozitif defansif tıp tutumu alt boyutunda en yüksek ortalama puana sahip ifadeler, "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum" ($\bar{X}=4,393$) ve "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış

onam formlarına daha fazla önem veriyorum” ($X=4,268$) olarak bulunmuştur. Bu sonuç, pozitif defansif tıp uygulamalarının daha çok yasal koruma amaçlı dokümantasyon ve bilgilendirme süreçlerine yoğunlaştığını göstermektedir. Bu boyutta en düşük ortalama puana sahip ifade ise “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile hasta yatırıyorum” ($X=2,191$) olmuştur. Bu bulgu, hekimlerin hasta yatış kararlarında yasal kaygılardan çok tıbbi gerekçeleri ön planda tuttuklarını düşündürmektedir.

Diğer yandan, negatif defansif tıp tutumu alt boyutunda en yüksek ortalama puana sahip ifade “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum” ($X=3,612$) olurken, en düşük puana sahip ifade “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum” ($X=2,230$) olmuştur. Bu sonuç, hekimlerin medya etkisine duyarlı olduklarını, ancak tedavi tercihlerinde girişimsel yöntemlerden tamamen uzaklaşmadıklarını ortaya koymaktadır.

Literatürdeki benzer çalışmalara bakıldığında; Erdem’in çalışmasında, pozitif defansif tıp tutumu alt boyutunda “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum” ifadesi 4,53 ile en yüksek ortalama puana sahipken, “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum” ifadesi 3,16 ile en düşük ortalama puanı almıştır. Negatif defansif tıp tutumu alt boyutunda ise, en yüksek ortalama ifade 4,12 ile “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum” ifadesinde görülürken, “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum” ifadesi 3,02 ile en düşük ortalama sahiptir (175). Banaz ve Yalçın Balçık tarafından yapılan çalışmada, pozitif defansif tıp uygulamaları alt boyutunda “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum” (4,08) ve “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum” (3,98) ifadeleri en yüksek puanlara ulaşmıştır. Buna karşılık; “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile hasta yatırıyorum” (2,58) ve “Hukuki sorunlardan

korunmak amacı ile hastalarından gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum” (2,93) ifadeleri en düşük ortalamaları almıştır. Negatif defansif tıp uygulamaları alt boyutunda ise, en yüksek ortalama puan 3,79 ile “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.” ifadesine; en düşük ortalama puan ise 2,77 ile “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.” ifadesine aittir (74).

Kılıçarslan ve Narcı’nın çalışmasında, pozitif defansif tıp uygulamaları alt boyutunda “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum” ifadesinin 3,2381 ile en yüksek ortalamaya; negatif defansif tıp uygulamaları alt boyutunda ise “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum” ifadesinin 3,0794 ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir (177). Ünal tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamaları boyutunda en yüksek katılımı “Gerekli olandan daha fazla tahlil isteme” (3,592) ve “Gerekli olandan daha fazla görüntüleme isteme” (3,563) ifadelerine gösterdikleri; en düşük katılımın ise “Gerekli olmayan durumlarda girişimsel işlemler uygulama” (2,263) ifadesine yönelik olduğu; negatif defansif tıp uygulamaları boyutunda en yüksek katılımın “Riskli hastalara müdahale etmekten çekinme” (3,561) ile “Daha az inisiyatif alma” (3,546) ifadelerinde; en düşük katılımın ise “Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma” (2,955) ifadesinde olduğu saptanmıştır (176).

Sezer Kara’nın birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerle yaptığı çalışmada, en sık başvuru defansif tıp uygulamalarının ‘hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutmak’ (%87,1); ‘hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalara daha detaylı açıklamak’ (%81,1) ve ‘malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissetmek’ (%80,9) olduğu tespit edilmiştir (178). Biçen tarafından yapılan çalışmada, tıpta uzmanlık öğrencilerinin büyük çoğunluğunun hem negatif hem de pozitif defansif tıp uygulamalarına başvurduğu; en yüksek oranda görülen pozitif defansif tıp davranışlarının görüntüleme yöntemlerine başvurma ve konsültasyon isteme olduğu belirlenmiştir (179). Ünal’ın çalışmasında ise, hekimlerin pozitif

defansif tıp uygulamalarından ziyade negatif defansif tıp uygulamalarına daha çok eğilim gösterdikleri; pozitif defansif tıp uygulamaları kapsamında ek tahlil ve tetkik istemenin, negatif defansif tıp uygulamaları kapsamında da riskli hastalara müdahaleden kaçınma ve daha az inisiyatif almanın öne çıktığı görülmüştür (176).

Arafa ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin %89,6'sının yüksek riskli prosedürlerden ve %87,8'inin yüksek riskli hastaları tedavi etmekten kaçındığı; %86,8'inin gereksiz sevkler yaptığı; %84,9'unun gereksiz testler istediği; %61,4'ü gereksiz prosedürler uyguladığı ve %56,4'ünün gereksiz ilaç reçete ettiği saptanmıştır (38). Tebano tarafından yapılan çalışmada, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlarının %85,0'inin, gereksiz antibiyotik tedavileri uygulanması ve tedavi süresinin gereksiz yere uzatılması ile geniş spektrumlu antibiyotiklerin ya da kombinasyonlarının uygunsuz reçetelenmesi gibi defansif tıp uygulamalarına başvurdıkları bildirilmiştir (180). Zarei ve diğerlerinin çalışmasında, İranlı cerrahların en az bir tür defansif tıp davranışı sergilediği; hastaya ayrıntılı bilgi verilmesi ve tedavi kararına katılımının sağlanması (94,3%), tıbbi kayıtların detaylandırılması (88,9%), biyopsi (78,8), görüntüleme (72,2%) ve laboratuvar testleri talebinin (70,5%) en fazla uygulanan defansif tıp uygulamaları olduğu belirlenmiştir (181).

Studdert ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, yüksek riskli uzmanlık alanlarında çalışan hekimlerin %93'ünün defansif tıp uygulamasına başvurduğu; bu kapsamda, daha fazla tanı testi isteme (%59), tıbbi olarak gerekli olandan fazla ilaç reçete etme (%33), gereksiz durumlarda hastaları başka uzmanlara sevk etme (%52) ve profesyonel yargılarına göre gereksiz olan invaziv prosedürleri önerme (%32) gibi güvence davranışlarının yanı sıra; yüksek riskli hastalardan kaçınma (%39) ve belirli prosedür veya müdahalelerden uzak durma (%32) gibi kaçınma davranışlarına da başvurdıkları ortaya konmuştur (35). Özata ve diğerlerinin çalışmasında, hekimlerin büyük çoğunluğunun %93,6'sının defansif tıp uyguladığı; bunların %73,4'nün orta düzeyde, %20,2'sinin yüksek düzeyde, %6,4'ünün düşük düzeyde defansif tıp uygulamalarına yöneldiği saptanmıştır (182). Al Awar ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada ise, hekimlerin %91,1'inin defansif tıp uyguladığı; en çok uygulanan

defansif tıp davranışlarının zor prosedürlerden kaçınma ya da hastaları sevk etme (%29,9), tıbbi endikasyon olmadan laboratuvar testleri (%26,9) ve radyolojik görüntüleme isteme (%22,6) olduğu bildirilmiştir (183).

Çalışmaya katılan hekimlerin malpraktis korkusu ortalama puanının ($\bar{X}=3,197$) orta düzeyde olduğu görülmüştür. Bu sonuç, hekimlerin önemli bir kısmının dava edilme riskini klinik kararlarında dikkate aldığını; ancak, bu korkunun aşırı düzeyde olmadığını göstermektedir. “Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır.” ifadesi en yüksek ortalama puana ($\bar{X}=3,825$) sahiptir. Bu bulgu, hekimlerin klinik karar verme süreçlerinde kişisel klinik deneyimlerine dayanmak yerine teknolojiye ve ek testlere yönelme eğiliminde olduklarını ve defansif tıp uygulamalarının ‘tanısal test sıklığını artırma’ yönünde şekillenebileceğini düşündürmektedir. En düşük ortalama puan ise, “Sağlık hizmet sunumuna yönelik hukuki gelişmeler nedeni ile mesleki uygulamalarımda önemli değişiklikler yapmak zorunda kaldım.” ifadesinde ($\bar{X}=2,639$) bulunmuştur. Bu durum, mevzuat değişiklikleri ve yasal düzenlemelerin her zaman hekimlerin günlük pratiğinde köklü değişimlere yol açmadığını, özellikle de mevcut klinik protokoller ile uyumlu düzenlemelerin davranış değişikliğini sınırlı düzeyde etkilediğini düşündürmektedir.

Uğrak ve Işık tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin malpraktis korkusu ortalama puanı 3,52 olarak bulunmuş ve bu değerin yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (24). Benzer şekilde, Reschovsky ve Saiontz-Martinez tarafından yapılan çalışmada da, ortalama puan 3,71 olarak bildirilmiş ve yüksek düzeyde malpraktis korkusuna işaret edilmiştir (184). Neng ve diğerlerinin çalışmasında, hekimlerin %18,0’inin düşük, %7,6’sının orta ve %74,4’ünün yüksek düzeyde malpraktis korkusu yaşadığı görülmüş (185); Kaya ve Erkal tarafından yapılan çalışmada ise, bu oranlar sırasıyla %6,9 düşük, %11,6 orta ve %81,5 yüksek düzey olarak belirlenmiştir (131). Katz ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, acil tıp uzmanı hekimlerin %36,3’nün yüksek, %33,3’nün orta ve %30,3’ünün düşük seviyede malpraktis korkusuna sahip olduğu belirlenmiş; malpraktis korkusunun, acil servis kararlarını anlamlı şekilde etkilediği; düşük riskli hastaların hastaneye yatış

oranlarının artması ve tanı testlerinin daha fazla kullanılmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (186). Al Awar ve diğerlerinin çalışmasında, hekimlerin %50,7'sinin malpraktis iddialarına yönelik korkuları nedeniyle defansif tıp uygulamalarına yöneldikleri belirlenmiştir (183). Elmalt ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada ise bu oran %96,6 gibi oldukça yüksek bir düzeyde bulunmuştur (187). Sezer Kara'nın çalışmasında da, hekimlerin %53,4'ü meslektaşlarına malpraktis nedeniyle açılan davalar nedeniyle defansif tıp uygulamalarına başvurdıklarını belirtmiştir (178).

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp tutumlarının cinsiyete göre değerlendirilmesinde; erkek hekimlerin genel defansif tıp, pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp tutumu puanı ortalamaları (sırasıyla $\bar{X}=3,134$, $\bar{X}=3,345$ ve $\bar{X}=2,754$), kadın hekimlerin puan ortalamalarından (sırasıyla ($\bar{X}=3,044$, $\bar{X}=3,226$ ve $\bar{X}=2,717$) yüksek olmakla birlikte, bu farklar cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p<0,05$). Bu bulgular, erkek hekimlerin defansif tıp uygulamalarına kadın hekimlere kıyasla biraz daha eğilimli olduğunu göstermekle birlikte; bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmaması, cinsiyetin defansif tıp tutumları üzerinde belirleyici bir değişken olmadığını ortaya koymaktadır.

Banaz ve Yalçın Balçık tarafından yapılan çalışmada, erkek hekimlerin genel defansif tıp, pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp tutumu puan ortalamalarının kadın hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olduğu; ancak, bu farkın yalnızca negatif defansif tıp alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu belirtilmiştir (74). Arafa ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada da, erkek hekimlerin defansif tıp skorlarının kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (38). Buna karşılık, Zhu ve diğerlerinin çalışmasında kadın hekimlerin defansif tıbbi kabul etme veya onaylama eğiliminde oldukları ifade edilmiştir (53). Zarei ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada ise, kadın cerrahların laboratuvar testleri isteme olasılığının erkek cerrahlara göre 4,6 kat; görüntüleme yöntemlerini kullanma olasılığının ise 3,8 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (181).

Diğer yandan, Yorulmaz ve Sabırlı (188) ile Neng ve diğerleri (185) tarafından yapılan farklı çalışmalarda, erkek hekimlerin defansif tıp tutumu ortalama puanlarının

kadın hekimlerden yüksek olduğu görülmekle birlikte, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Kolcu ve Özceylan (189) ile Özdemir ve diğerleri (10) tarafından yapılan çalışmalarda da, defansif tıp tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya konmuştur. Al Awar ve diğerlerinin çalışmasında, kadın hekimlerin %93,2'sinin, erkek hekimlerin %90,4'ünün defansif tıp davranışı uyguladığı; ancak, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (183). Sezer Kara'nın çalışmasında, birinci basamak hekimlerinin defansif tıp tutumu puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir (178). Delice ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada da, acil tıp uzmanlarının defansif tıp eğilimlerinin cinsiyet değişkeninden etkilenmediği ifade edilmiştir (190). Buna karşın, Elmalt ve diğerlerinin çalışması, defansif tıp uygulamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğunu; erkek hekimlerin gereksiz ilaçlar, tetkikler ve sevkler yoluyla pozitif defansif tıp uygulamalarına, kadın hekimlerin ise yüksek riskli prosedürlerden kaçınarak negatif defansif tıp uygulamalarına eğilim gösterdikleri saptanmıştır (187).

Çalışmaya katılan hekimlerin malpraktis korku durumlarının cinsiyete göre değerlendirilmesinde; kadın hekimlerin malpraktis korkusu puanı ortalamaları ($X=3,218$), erkek hekimlerin puan ortalamalarından ($X=3,185$) yüksek olmakla birlikte, bu fark cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde, Liang ve diğerleri (129), Neng ve diğerleri (185), Eser Misir ve diğerleri (191) ile Can ve Bayer (15) tarafından yapılan çalışmalarda da, hekimlerin malpraktis korkusu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp tutumları ve malpraktis korku durumları yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde; genel ve negatif defansif tıp tutumu puanlarının 30-39 yaş grubu hekimlerde en yüksek ortalamalara sahip olduğu, ancak bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Pozitif defansif tutum puanları açısından ise yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0,05$) ve 30-59 yaş arası hekimlerin puanlarının 60 yaş üzeri hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde,

malpraktis korkusu puanlarında da yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüş ($p<0,05$) ve 30-49 yaş grubu hekimlerin 60 yaş üzeri hekimlere kıyasla daha yüksek düzeyde malpraktis korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Bu bulgular, genç ve orta yaş grubundaki hekimlerin mesleki sorumluluk ve olası hukuki risklere karşı daha temkinli davrandığını ve bu durumun defansif tıp eğilimlerini etkileyebileceğini göstermektedir.

Sezer Kara tarafından yapılan çalışmada, birinci basamak hekimlerinin defansif tıp tutumu puanları ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (178). Benzer şekilde, Banaz ve Yalçın Balçık'ın çalışmasında da, hekimlerin defansif tıp tutumu puan ortalamaları ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (74). Delice ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada ise, acil tıp uzmanlarının defansif tıp eğilimlerinin yaş değişkeninden etkilenmediği bildirilmiştir (190).

Buna karşılık, Kaya ve Erkal'ın çalışmasında, hekimlerin malpraktis korkusu ölçek puanları ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (131). Arafa ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin defansif tıp skorları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmuş; yaş ilerledikçe hekimlerin defansif tıp skorlarının azaldığı tespit edilmiştir (38). Zarei ve diğerlerinin çalışmasında, 50 yaş altı cerrahların görüntüleme isteme oranlarının daha ileri yaştaki cerrahlara göre 1,5 kat daha yüksek olduğu; ayrıca yüksek riskli hastaları kabul etmekten kaçınma olasılığının genç cerrahlar arasında daha fazla olduğu belirlenmiştir (181). Neng ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin hem defansif tıp tutumu, hem de malpraktis korkusu puan ortalamalarının 40 yaş ve altındaki hekimlerde, 40 yaş üzerindeki hekimlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (185). Liang ve diğerlerinin çalışmasında ise, 30 yaş üzeri sağlık çalışanlarının malpraktis konusunda yüksek düzeyde korku yaşadıkları rapor edilmiştir (129). Özdemir ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada da, defansif tıp tutumu ölçeğinin toplam ve alt boyut puanları ile malpraktis korkusu puanları açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmış; bu farklılıkların özellikle 30 yaşın altındaki hekimler ile 30-39

yaş ve 40 yaş ve üzeri hekimler arasında belirgin olduğu bildirilmiştir (10). Can ve Bayer tarafından yapılan çalışmada ise, hekimlerin malpraktis korkusu puanları ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (15).

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp tutumları ve malpraktis korku durumları medeni duruma göre değerlendirildiğinde; evli hekimlerin genel ve pozitif defansif tıp tutumu puanlarının (sırasıyla $\bar{X}=3,104$ ve $\bar{X}=3,313$), bekar hekimlerin puan ortalamalarından ($\bar{X}=3,092$ ve $\bar{X}=3,263$) daha yüksek olmakla birlikte, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Diğer yandan, bekar hekimlerin negatif defansif tıp tutumu ($\bar{X}=2,784$) ve malpraktis korkusu ($\bar{X}=3,289$) puan ortalamaları, evli hekimlerin puan ortalamalarından (sırasıyla $\bar{X}=2,730$ ve $\bar{X}=3,172$) daha yüksek olsa da, bu değişkenlerde de medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu bulgular, hekimlerin medeni durumunun defansif tıp tutumları ve malpraktis korkusu üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığını ve bireysel ya da mesleki kaygıların medeni durumdan bağımsız olarak şekillenebileceğini göstermektedir.

Sezer Kara tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin defansif tıp tutumu toplam ölçek puanları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (178). Banaz ve Yalçın Balçık'ın çalışmasında da, evli ve bekar hekimlerin genel, pozitif ve negatif defansif tıp tutumu puan ortalamalarının birbirine oldukça yakın olduğu; ancak iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı belirlenmiştir (74). Benzer şekilde, Yorulmaz ve Sabırlı'nın çalışmasında da, bekar hekimlerin defansif tıp tutumu ortalama puanı evli hekimlerin puanından yüksek olmakla birlikte, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (188). Buna karşılık, Liang ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, evli sağlık çalışanlarının malpraktis korkusu düzeylerinin, bekar sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (129). Can ve Bayer'in çalışmasında ise, hekimlerin malpraktis korkusu puanları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (15).

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp tutumları ve malpraktis korku durumları uzmanlık bilim alanına değerlendirildiğinde; cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerin hem genel defansif tıp ($\bar{X}=3,098$), hem de pozitif defansif tıp tutumu ($\bar{X}=3,302$) ve malpraktis korkusu ($\bar{X}=3,186$) puan ortalamaları, dahili bilimlerde çalışan hekimlerin puan ortalamalarından (sırasıyla $\bar{X}=3,072$, $\bar{X}=3,248$ ve $\bar{X}=3,144$) daha yüksek bulunmuştur. Öte yandan, negatif defansif tıp tutumu açısından, dahili bilimlerde çalışan uzman hekimlerin puan ortalaması ($\bar{X}=2,756$), cerrahi bilimlerde çalışanlardan ($\bar{X}=2,729$) daha yüksektir. Ancak tüm bu bulgulara rağmen, her dört değişken bakımından da uzmanlık alanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu sonuçlar, cerrahi ya da dahili bilimlerde çalışmanın hekimlerin defansif tıp tutumları ve malpraktis korkusu üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olmadığını ve her iki grubun da benzer düzeyde yasal kaygılar taşıdığını düşündürmektedir.

Banaz ve Yalçın Balçık tarafından yapılan çalışmada, cerrahi birimlerde çalışan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tüm ortalama puanlarının, dahili birimlerde çalışan hekimlerin puanlarından daha yüksek olduğu; ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı bildirilmiştir (74). Benzer şekilde, Yorulmaz ve Sabırlı'nın çalışmasında, hekimlerin defansif tıp tutumu puan ortalamalarının çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirtilmiştir (188). Sezer Kara tarafından yapılan çalışmada da, toplam ölçek puanları ile hekimlerin uzmanlık alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (178).

Buna karşılık, Studdert ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, cerrahi ve yüksek riskli uzmanlık alanlarında hekimlerin defansif tıp uygulamalarına başvurma oranlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir. Bulgulara göre, genel cerrahların %44'ünün gereksiz invaziv prosedürleri önerdiği; acil tıp uzmanlarının %70'inin tıbbi olarak gerekli olandan daha fazla tanı testi istediği; kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının %59'unun hastaları gerekmediği halde başka uzmanlara sevk ettiği; ortopedik cerrahların %57'sinin yüksek riskli hastaların bakımından kaçındığı; genel cerrahların %18'inin ve kadın hastalıkları ve doğum

uzmanlarının %9'unun gereksiz biyopsi istediği bildirilmiştir (35). Elmalt ve diğerleri (187) ile Zarei ve diğerleri (181) tarafından yapılan çalışmalarda, defansif tıp uygulamaları ile hekimlerin uzmanlık alanları arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı farklılıklar ortaya çıktığı; cerrahi alanlarda çalışan hekimlerin gereksiz tetkik isteme ve gereksiz sevk yapma gibi pozitif defansif tıp davranışlarına; cerrahi dışı alanlarda çalışan hekimlerin ise yüksek riskli prosedürlerden kaçınma şeklinde negatif defansif tıp uygulamalarına daha yatkın oldukları belirlenmiştir. Arafa ve diğerlerinin çalışmasında da, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi ve plastik cerrahi uzmanlık alanlarında çalışan hekimlerin en yüksek oranda defansif tıp davranışı gösterdiği; buna karşılık patoloji (28) ve beslenme (31) alanlarında çalışan hekimlerin en düşük ortalama puanlara sahip oldukları bildirilmiştir (38). Kaya ve Erkal tarafından yapılan çalışmada, ortalama malpraktis korku puanlarının hekimlerin uzmanlık alanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; cerrahi ve dahili alanlarda uzmanlaşan hekimlerin malpraktis korkusunun, temel bilimlerde uzmanlaşan hekimlere kıyasla daha yüksek olduğu gösterilmiştir (131).

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp tutumları ve malpraktis korku durumları kurumda çalışma süresine göre değerlendirildiğinde; genel defansif tıp ve pozitif defansif tıp tutumları ile malpraktis korkusu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Genel defansif tıp tutumu puan ortalamaları, bir yıldan az ve 1-5 yıl çalışma süresine sahip hekimlerde, 6-10 yıl çalışan hekimlere; pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanları da bir yıldan az ve 1-5 yıl çalışan hekimlerde 6-10 yıl çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Malpraktis korkusu açısından da bir yıldan az ve 1-5 yıl çalışan hekimlerin puan ortalamaları, 6-10 yıl çalışan hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Öte yandan, negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum puanlarında çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu sonuçlar, özellikle 6-10 yıl arası mesleki deneyime sahip hekimlerin defansif tıp eğilimlerinin ve malpraktis korkularının daha düşük olduğunu ortaya koymakta ve kurumsal adaptasyonun yasal kaygıyı azaltabileceğini düşündürmektedir.

Banaz ve Yalçın Balçık tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin genel ve negatif defansif tıp tutumu puan ortalamalarının çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği; 5-10 yıl arası deneyime sahip hekimlerin ortalamalarının, 11 yıl ve üzeri deneyime sahip hekimlere kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (74). Buna karşılık, Sezer Kara (178) ile Yorulmaz ve Sabırlı (188) tarafından yapılan çalışmalarda, hekimlerin defansif tıp tutumları ile meslekte çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. Delice ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada da, acil tıp uzmanlarının defansif tıp eğilimlerinin meslekte çalışma süresi değişkeninden etkilenmediği bildirilmiştir (190).

Elmalt ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, ilk yıl asistanlarının gereksiz ilaç reçeteleme olasılıklarının en yüksek düzeyde olduğu; buna karşılık meslekte çalışma süresi daha uzun olan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına başvurma olasılıklarının anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptanmıştır (187). Benzer şekilde, Zarei ve diğerlerinin çalışmasında da, genç ve deneyimsiz cerrahların gereksiz ilaç reçete etme, daha fazla görüntüleme isteme, hastaları gereksiz yere hastaneye yatırma, gereksiz konsültasyon talep etme ve yüksek riskli hastalardan kaçınma oranlarının, deneyimli cerrahlara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (181). Bu sonuçlar, deneyimli hekimlerin ilk klinik izlenimlerine daha fazla güvendikleri; klinik karar verme süreçlerinde daha yüksek özgüven ve muhakeme yetisi sergiledikleri ve dolayısıyla olası hataları önlemek amacıyla gereksiz tanısal test ve girişimlere daha az ihtiyaç duydukları şeklinde yorumlanmaktadır. Ayrıca, deneyimli hekimlerin yasal çerçeveyi daha iyi kavramaları ve defansif tıbbi önlemeye yönelik stratejileri daha etkin biçimde kullanabilmeleri de bu farklılıklarda rol oynayan unsurlar olarak değerlendirilmektedir (181,187). Eftekhari ve diğerleri çalışmalarında, defansif tıp ile ilişkili faktörlerden birinin “bilimsel ve pratik becerilerin yetersizliği” olduğunu vurgulamış; sağlık profesyonellerinin yeterli bilgi ve deneyimden yoksun olduklarında, tıbbi hata riskini ve olası hasta şikayetlerini en aza indirmek amacıyla gereksiz laboratuvar testlerine ya da görüntüleme yöntemlerine başvurabildiklerini ifade etmişlerdir (16).

Bununla birlikte, literatürde farklı sonuçlara da rastlanmaktadır. Al Awar ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, on beş yıldan fazla deneyime sahip sağlık profesyonellerinin daha fazla defansif tıp davranışı gösterdikleri bildirilmiş, ancak bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (183). Neng ve diğerlerinin çalışmasında, birinci basamak hekimlerinin meslekte çalışma süreleri arttıkça, hem genel hem de pozitif defansif tıp tutum puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı ve on yıldan fazla deneyime sahip hekimlerin defansif tıp tutumu puanlarının belirgin biçimde daha düşük olduğu saptanmış; meslekte çalışma süresi 6-10 yıl olan hekimlerin %82,6'sının yüksek düzeyde malpraktis korkusu yaşadığı ve bu oranın meslekte çalışma süresi 10 yıldan uzun olan hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (185). Özdemir ve diğerlerinin çalışmasında, hekimlerin tüm defansif tıp tutum puanları ve malpraktis korkusu ölçeği puanları ile mesleki deneyim süresi arasında çok zayıf, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir negatif ilişki saptanmıştır (10). Carrier ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, beş yıldan az mesleki deneyime sahip hekimlerin, on yıldan fazla deneyime sahip hekimlere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek malpraktis korkusu yaşadıkları saptanmıştır (132). Kaya ve Erkal tarafından yapılan çalışmada da, hekimlerin meslekte çalışma süresi ile ortalama malpraktis korku puanları arasında anlamlı bir negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir (131). Can ve Bayer tarafından yapılan çalışmada ise, hekimlerin malpraktis korkusu puanları ile meslekte çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (15).

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp tutumları ve malpraktis korku durumları kurumda baktıkları günlük ortalama hasta sayısına göre değerlendirildiğinde; günlük ortalama hasta sayısı 20'den fazla olan hekimlerin genel defansif tıp, pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp tutumu puan ortalamaları, diğer gruplara göre daha yüksek olmakla birlikte; bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Buna karşılık, hekimlerin malpraktis korkusu ortalama puanları günlük ortalama hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Günlük ortalama hasta sayısı 20'den fazla olan hekimlerin malpraktis korkusu puan ortalamalarının, günlük ortalama hasta sayısı 10'dan az ve 11-20 arası olan hekimlerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bulgular, yoğun hasta temposunun hekimlerin malpraktis

korkusunu artırdığını, ancak bu kaygının her zaman defansif tıp uygulamalarına yansımadağını göstermektedir. Bu durum, hekimlerin iş yükünden bağımsız olarak defansif davranışlara yönelmelerinde başka etkenlerin de rol oynayabileceğini düşündürmektedir.



Banaz ve Yalçın Balçık tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin defansif tıp tutum ölçeği puanlarının, günlük bakım verilen hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir (74). Sezer Kara'nın çalışmasında, hekimlerin toplam ölçek puanları ile hekimlerin aylık ortalama muayene sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (175). Delice ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada da, acil tıp uzmanlarının defansif tıp eğilimlerinin günlük hasta sayısı değişkeninden etkilenmediği bildirilmiştir (190). Buna karşılık, Özdemir ve diğerlerinin çalışmasında, hekimlerin tüm defansif tıp tutum puanları ve malpraktis korkusu ölçeği puanları ile günlük bakılan hasta sayısı arasında zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlı bir negatif ilişki olduğu belirlenmiştir (10). Carrier ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, hekim sayısının fazla olduğu ortamlarda çalışmanın malpraktis korkusunun artmasıyla ilişkili olduğu; on bir ila elli hekimin çalıştığı ortamlarda çalışan hekimlerin malpraktis korkusu düzeyinin, tek başına veya iki kişilik muayenehanelerde çalışan hekimlerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, kronik hastalığı bulunan hasta oranının da malpraktis korkusunu etkilediği; hasta profilinin %50'den fazlasını kronik hastalığı olan bireylerin oluşturduğu hekimlerin ortalama malpraktis korkusu puanlarının, bu oranın %10'dan az olduğu hasta profiline sahip hekimlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (132).

Çalışmada elde edilen bulgular, hekimlerin genel defansif tıp tutumlarının malpraktis korkusu ile güçlü düzeyde pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir ($r=,710$; $p<0,01$). Öte yandan, pozitif defansif tıp tutumlarının malpraktis korkusu ile güçlü ($r=,608$; $p<0,01$), negatif defansif tıp tutumlarının ise orta düzeyde ($r=,599$; $p<0,01$) pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca genel defansif tıp tutumları, pozitif defansif tıp tutumlarıyla çok güçlü ($r=,893$; $p<0,01$), negatif defansif tıp tutumlarıyla ise güçlü düzeyde ($r=,792$; $p<0,01$) pozitif ilişki göstermektedir. Bunun yanında, pozitif ve negatif defansif tıp tutumları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğu ($r=,433$; $p<0,01$) belirlenmiştir.

Bu sonuçlar, hekimlerin genel defansif tıp tutumları ile malpraktis korkuları arasında güçlü düzeyde pozitif bir ilişki olduğunu ve malpraktis korkusunun hem pozitif hem de negatif defansif tıp tutumlarını beslediğini ortaya koymaktadır.

Özellikle pozitif defansif tıp tutumlarının malpraktis korkusu ile daha güçlü bir bağlantı göstermesi, hekimlerin çoğunlukla gereksiz tetkik, konsültasyon veya yönlendirme gibi uygulamalar yoluyla kendilerini hukuki risklerden koruma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Benzer şekilde, negatif defansif tıp tutumlarının da malpraktis korkusu ile orta düzeyde ilişkili olması, bazı hekimlerin riskli girişimlerden kaçınarak mesleki uygulamalarını sınırlandırabildiklerini ortaya koymaktadır. Bulgular, defansif tıp davranışlarının çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu ve malpraktis korkusunun bu tutumların oluşumunda belirleyici bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Elde edilen sonuçlar, literatürde yer alan çeşitli araştırmalarla uyumludur. Neng ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin defansif tıp ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile malpraktis korkusu ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta veya yüksek düzey arasında değişen pozitif korelasyonlar bulunmuş olup; bu bulgu, malpraktis korkusunun artmasının hekimlerin defansif tıba yönelik tutumlarının da güçlenmesiyle ilişkili olduğunu göstermektedir (185). Özdemir ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada ise, hekimlerin malpraktis korkusu ölçeği puanları ile defansif tıp tutum ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf düzeyde pozitif bir korelasyon bulunduğu bildirilmiştir (10). Arafa ve diğerlerinin çalışmasında, malpraktis davalarıyla karşılaşmanın defansif tıp uygulamalarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu; bu ilişkinin, negatif defansif tıp uygulamalarına kıyasla pozitif defansif tıp uygulamalarında daha güçlü olduğu gösterilmiştir (38).

6 SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma, Türkiye’deki özel bir sağlık grubuna bağlı hastanelerde görev yapan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlarını malpraktis korkusu açısından değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonuçları, hekimlerin büyük çoğunluğunun defansif tıp kavramını bildiğini, ancak kavramın içeriği konusunda bilgi düzeylerinin sınırlı kaldığını ortaya koymuştur.

Çalışma bulgularına göre, hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik genel tutum düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur. Özellikle negatif defansif tıp tutum puanlarının pozitif tutum puanlarından daha yüksek olması, hekimlerin klinik kararlarda hukuki risklerden kaçınma eğiliminde olduklarını; pozitif defansif tıp davranışlarının ise daha çok yasal güvence sağlayacak dokümantasyon ve bilgilendirme süreçlerine odaklandığını göstermektedir. Pozitif defansif tıp kapsamında en çok tercih edilen uygulamaların kayıtların detaylandırılması ve aydınlatılmış onam formlarına verilen önem olması, hekimlerin özellikle yasal sorumluluklara karşı kendilerini güvence altına alma eğilimlerini yansıtmaktadır. Buna karşılık, negatif defansif tıp davranışlarının yüksekliği, riskli girişimlerden uzak durma eğiliminin hasta bakımına olumsuz yansiyabileceği riskini beraberinde getirmektedir.

Çalışmada hekimlerin malpraktis korkusu düzeyleri de orta seviyede bulunmuştur. Özellikle “teşhis koyarken klinik yargıya güvenmenin giderek daha riskli hale geldiği” yönündeki yüksek ortalama, hekimlerin teknolojik araçlara yönelerek hukuki riskleri azaltma çabasında olduğunu düşündürmektedir.

Hekimlerin defansif tıp tutumları ve malpraktis korku düzeyleri, cinsiyet, medeni durum ve uzmanlık alanı gibi demografik özellikleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte yaş, kurumda çalışma süresi ve günlük ortalama hasta sayısı değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Özellikle genç yaş grubunda yer alan ve kurumda çalışma süresi görece daha kısa olan hekimlerde hem defansif tutum puanlarının hem de malpraktis korkusu

puanlarının daha yüksek olduğu; günlük ortalama hasta sayısı fazla olan hekimlerde malpraktis korkusunun belirgin biçimde arttığı saptanmıştır. Bu bulgu, daha genç ve kuruma yeni başlayan hekimlerin hukuki risklere karşı daha temkinli olduklarını; artan iş yükünün ve zaman kısıtlılığının, hekimlerin hata yapma riskine dair algılarını güçlendirdiğini ve dolayısıyla malpraktis kaygılarını artırdığını göstermektedir.

Çalışmanın en önemli bulgularından biri, malpraktis korkusu ile defansif tıp tutumları arasında güçlü ve pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymasındır. Bu sonuç, malpraktis korkusunun hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönelten temel belirleyici faktörlerden biri olduğunu doğrulamaktadır. Literatürle uyumlu olarak, malpraktis tehdidinin klinik karar alma süreçlerinde önemli bir baskı unsuru olduğu ve hekimlerin mesleki uygulamalarını şekillendirdiği görülmüştür.

Sonuç olarak, bu çalışma hekimlerin klinik kararlarını etkileyen en önemli unsurlardan birinin malpraktis korkusu olduğunu ve bu korkunun defansif tıp davranışlarını artırarak sağlık hizmeti sunumunu doğrudan etkilediğini ortaya koymuştur. Defansif tıp uygulamaları, hekimleri hukuki açıdan koruma potansiyeline sahip olmakla birlikte, gereksiz test ve tedavilerle sağlık harcamalarını artırmakta, riskli girişimlerden kaçınmaya yol açarak hasta bakımının kalitesini düşürebilmekte ve hasta ile hekim arasındaki güven ilişkisini zedeleyebilmektedir. Bu nedenle, defansif tıbbın yalnızca bireysel bir tercih değil, sağlık sistemlerinin bütününde yansımaları olan önemli bir olgu olduğu söylenebilir.

Çalışma sonucunda ortaya çıkan başlıca öneriler şu şekildedir:

- Eğitim ve Farkındalık Müdahaleleri
 - Tıp fakültelerinde ve uzmanlık eğitimi programlarında, defansif tıp ve malpraktis konularına ilişkin hukuki, etik ve iletişim temelli modüller geliştirilmelidir.
 - Hekimlere, mesleki yaşamlarında karşılaşılabilecekleri malpraktis senaryoları ile başa çıkma stratejilerini içeren simülasyon temelli eğitimler sunulmalıdır.

- Sağlık çalışanlarının sürekli mesleki gelişim programlarına, defansif davranış farkındalığı ve güvenli klinik karar alma becerileri dahil edilmelidir.
- Hukuki Belirsizliklerin Azaltılması Çalışmaları
 - “Hekim sorumluluğu” ve “komplikasyon” kavramları netleştirilerek malpraktis değerlendirmelerinde bağımsız bilirkişi kurulları oluşturulmalıdır.
 - Tıbbi uygulama hatalarında ceza sorumluluğunu düzenleyen süreçlerde cezai yaptırım yerine eğitim ve denetim merkezli sistemler teşvik edilmelidir.
 - Sağlık çalışanlarını kapsayan zorunlu mesleki sorumluluk sigortalarının kapsamı genişletilmeli, bu sigorta sistemleri hekim lehine düzenlenmelidir.
- Kurumsal Destek ve Organizasyonel İyileştirme Çalışmaları
 - Yeni göreve başlayan hekimlere yönelik uyum süreci programları, yalnızca klinik değil aynı zamanda etik ve hukuki farkındalık içerecek biçimde yapılandırılmalıdır.
 - Hekimlerin üzerindeki iş yükü ve hasta sayısı, savunmacı davranışların azalmasına katkı sağlayacak şekilde daha dengeli planlanmalıdır.
 - Hekimlerin mesleki performans değerlendirmelerinde, yalnızca hasta sayısı değil klinik karar kalitesi ve hasta memnuniyeti gibi çok boyutlu ölçütler dikkate alınmalıdır.
- Kültürel ve Psikososyal Farkındalık Çalışmaları
 - Medyada sıkça yer alan ve hekimleri olumsuz etkileyen “malpraktis haberleri” ile ilgili olarak, etik yayıncılık ve mesleki itibarın korunması yönünde basın kuruluşları ile iş birliği yapılmalıdır.
 - Hekimlerin psikolojik yüklerini azaltmaya yönelik olarak, meslek içi destek programları hayata geçirilmelidir.

Ayrıca, gelecekte farklı kurum türlerinde (devlet, üniversite, özel) çalışan hekimlerle karşılaştırmalı çalışmalar yapılması ve örneklemin genişletilmesi; nitel araştırma yöntemleri kullanılarak, hekimlerin defansif tutumlarının duygusal, etik ve mesleki gerekçelerinin daha derinlemesine analiz edilmesi de önerilmektedir.



7 KAYNAKLAR

1. Baungaard N, Skovvang P, Assing Hvidt E, Gerbild H, Andersen MK, Lykkegaard J. How defensive medicine is defined and understood in European medical literature: Protocol for a systematic review. *BMJ Open*. 2020; **10**:e034300. doi: /10.1136/bmjopen-2019-034300.
2. Baungaard N, Skovvang PL, Assing Hvidt E, Gerbild H, Andersen MK, Lykkegaard J. How defensive medicine is defined in European medical literature: A systematic review. *BMJ Open*. 2022; **12**(1):e057169. doi: /10.1136/bmjopen-2021-057169.
3. Sekhar MS, Vyas N. Defensive medicine: A bane to healthcare. *Ann Med Health Sci Res*. 2013; **3**(2):295-6. doi: /10.4103/2141-9248.113688.
4. Pischedda G, Marinò L, Corsi K. Defensive medicine through the lens of the managerial perspective: A literature review. *BMC Health Serv Res*. 2023; **23**:1104. doi: /10.1186/s12913-023-10089-3.
5. Katz ED. Defensive medicine: A case and review of its status and possible solutions. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2019; **3**(4):329-332. doi: /10.5811/cpcem.2019.9.43975.
6. Polat O, Pakış I. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011; **2**(3):119-125.
7. Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S. Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2015; **2**(2):82-89.
8. Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010; **17**(3):233-236.
9. Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener MT. Tıbbi hatalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*. 2015; **42**(3):394-397. doi: /10.5798/diclemedj.0921.2015.03.0597.
10. Özdemir RC, Işık MT, Aslan A. Factors affecting physician fear of malpractice and defensive medicine practices: A cross-sectional study. *Journal of Academic Research in Medicine*. 2024; **14**(2):77-83. doi: /10.4274/jarem.galenos.2024.52386.
11. Kakemam E, Arab-Zozani M, Raeissi P, Albelbeisi AH. The occurrence, types, reasons, and mitigation strategies of defensive medicine among physicians: A scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2022; **22**(1):800. doi: /10.1186/s12913-022-08194-w.
12. Zheng J, Lu Y, Li W, Zhu B, Yang F, Shen J. Prevalence and determinants of defensive medicine among physicians: A systematic review and meta-analysis. *International Journal for Quality in Health Care*. 2023; **35**(4):mzad096. doi: /10.1093/intqhc/mzad096.
13. Doğan A, İncealtın O, Oğuz A. Effect of defensive medicine on clinical practices of emergency medicine physicians. *Glob Emerg Crit Care*. 2023; **2**(3):117-121. doi: /10.4274/globecc.galenos.2023.63835.
14. Panthöfer S. Do doctors prescribe antibiotics out of fear of malpractice? *Journal of Empirical Legal Studies*. 2022; **19**(2):340-381. doi: /10.1111/jels.12316.

15. Can D, Bayer N. Investigation of the relationship between malpractice fear and job satisfaction among emergency physicians. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2023; 20(2):340-345. doi: /10.35440/hutfd.1320376.
16. Eftekhari, MH, Parsapoor A, Ahmadi A, Yavari N, Larijani B, Gooshki ES. Exploring defensive medicine: Examples, underlying and contextual factors, and potential strategies - A qualitative study. *BMC Medical Ethics*. 2023; 24:82 doi: /10.1186/s12910-023-00949-2.
17. Pellino IM, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updates Surg*. 2015; 67(4):331-337. doi: /10.1007/s13304-015-0338-8.
18. Vento S, Cainelli F, Vallone A. Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World J Clin Cases*. 2018; 6(11):406-409. doi: /10.12998/wjcc.v6.i11.406.
19. Sungur C. Hekimlerde tıbbi hata suçlamalarına karşı savunmacı tıp davranışları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2019; 22(1):191-206.
20. Ünal Ö, Akbolat M. Defensive medicine practices, antecedents and results: Protocol for the systematic review. *Journal of Health Management*. 2024; 0(0). doi: /10.1177/09720634241263390.
21. Toraman A, Çarıkçı İ. Defansif tıbbın nedenlerinin hekim gözüyle değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 2019; 10(23):40-51. doi: /10.21076/vizyoner.438697
22. Catino M. Why do doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. *Safety Science Monitor*. 2011; 15(1):1-12.
23. Chen BK, Yang C-Y. Increased perception of malpractice liability and the practice of defensive medicine. *Journal of Empirical Legal Studies*. 2014; 11(3):446-476. doi: /10.1111/jels.12046.
24. Uğrak U, Işık O. Assessment of relationship between physicians' malpractice experience and fear of malpractice: Cross-sectional research. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*. 2022; 7(1):203-211. doi: /10.5336/healthsci.2020-80713.
25. World Health Organization. (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
26. United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
27. T.C. Resmi Gazete. *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*. Sayı: 2709, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 09.11.1982.
28. World Health Organization. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization, 2007.
29. World Health Organization. Quality of care [Internet]. 2020. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
30. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. İçinde: Göğüs Hastalıklarında Bilirkişilik. Mirici A, Akgül Kalkan E, Eds. TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi-21. 2018. pp. 7-19. ISBN 978-605-89519-3-8
31. Bakır Ş, Ünal S, Eratilla V. Effects of defensive medicine practices on health care in southeast Turkey. *J Health Sci Med*. 2022; 5(2):399-409.

32. Mansur F, Ceylan Ö. Defansif tıp ve defansif tıp konusunda yapılan akademik çalışmalar üzerine bir derleme. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2021; 23(3):721-744.
33. Guthorn PJ. Toward a defensive stance in medical practice. J Med Soc N J. 1968; 65:548–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5273168>
34. Jones WA, Johnson JA, Williams SP. Controlling defensive medical practices and costs through state health policy reform. J Health Hum Serv Adm. 1996;19:163–81.
35. 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; 293(21):2609–2617. doi: /10.1001/jama.293.21.2609.
36. Kapp MB. Defensive medicine: No wonder policymakers are confused. Int J Risk Saf Med. 2016; 28(4):213–219. doi: /10.3233/JRS-170733.
37. Dudeja S, Dhirar N. Defensive medicine: Sword of Damocles. The National Medical Journal of India. 2018; 31(6):364-365.
38. Arafa A, Negida A, Elsheikh M, Emadeldin M, Hegazi H, Senosy S. Defensive medicine practices as a result of malpractice claims and workplace physical violence: A cross-sectional study from Egypt. Scientific Reports. 2023; 13:22371. doi: /10.1038/s41598-023-47720-6.
39. Bester JC. Defensive practice is indefensible: How defensive medicine runs counter to the ethical and professional obligations of clinicians. Medicine, Health Care and Philosophy. 2020; 23:413–420. doi: /10.1007/s11019-020-09950-7.
40. Yılmaz K, Polat O, Kocamaz B. Defansif tıp uygulamalarının hukuksal açıdan incelenmesi TAAD, 2014; 5(16):19-51.
41. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: A questionnaire study of general practitioners. BMJ. 1995; 310:27-29.
42. Hershey N. The defensive practice of medicine: Myth or reality. Milbank Mem Fund Q. 1972; 50(1):69-98.
43. Bergen RP. Defensive medicine is good medicine. JAMA. 1974; 228(9):1188-1189.
44. Blacker M. Defensive medicine - Legally necessary but ethically wrong? JAMA INTERN MED.2013; doi: /10.1001/jamainternmed.2013.7293.
45. De Ville K. Act first and look up the law afterward?: Medical malpractice and the ethics of defensive medicine. Theoretical Medicine and Bioethics. 1998; 19:569-589.
46. Berlin L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: An ill-fated triad. Diagnosis. 2017; 4(3):133–139. doi: /10.1515/dx-2017-0007.
47. Garattini L, Padula A. Defensive medicine in Europe: A ‘full circle’?. Eur J Health Econ. 2020; 21:165–170. doi: /10.1007/s10198-019-01144-0.
48. Tancredi LR, Barondess JA. The problem of defensive medicine. Science. 1978; 200(4344):879–882. doi: /10.1126/science.663613.
49. Mello MM, Brennan TA. Deterrence of medical errors: Theory and evidence for malpractice reform. Tex Law Rev. 2002; 80:1595–1637.

50. Kalkan E, Özer K, İzci E, Erdi M. Beyin ve sinir cerrahisi uzmanlarının tıbbi uygulama hatası davaları karşısında defansif tıp uygulamalarının belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Journal of Healthcare Management and Leadership*. 2020; (1):54–69. doi: /10.35345/johmal.726673.
51. Banaz M. Hekimlerin Defansif Tıp ve Tıbbi Hata Tutumlarının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020 (Danışman: Doç Dr. P. Yalçın Balçık).
52. Başer A, Kolcu G, Çığırıl Y, Kadıncı B, Öngel K. İzmir Karşıyaka ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2014; 3:16-24.
53. Zhu L, Li L, Lang JH. The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: A questionnaire survey in a national congress. *BMJ Open*. 2018; 8:e019752. doi: /10.1136/bmjopen-2017-019752.
54. Reisch LM, Carney PA, Oster NV, Weaver DL, Nelson HD, Frederick PD, Elmore JG. Medical malpractice concerns and defensive medicine: A nationwide survey of breast pathologists. *Am J Clin Pathol*. 2015; 144(6):916-922.
55. Vandersteegen T, Marneffe W, Cleemput I, Vandijck D, Vereeck L. The determinants of defensive medicine practices in Belgium. *Health Econ Policy Law*. 2017; 12:363–386. doi: /10.1017/S174413311600030X.
56. Vizcaíno-Rakosnik M, Martín-Fumadó C, Arimany-Mansó J, Gómez-Durán E. The impact of malpractice claims on physicians' well-being and practice. *J Patient Saf*. 2022; 18:46–51. doi: /10.1097/PTS.0000000000000800.
57. Reuveni I, Pelov I, Reuveni H, Bonne O, Canetti L. Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists. *BMJ Open*. 2017; 7(3):e014153. doi: /10.1136/bmjopen-2016-014153.
58. Silberstein E, Shir-Az O, Reuveni H, Krieger Y, Shoham Y, Silberstein T, Bogdanov-Berezovsky A. Defensive medicine among plastic and aesthetic surgeons in Israel. *Aesthetic Surg J*. 2016; 36(10):299–304. doi: /10.1093/asj/sjw094.
59. Asher E, Greenberg-Dotan S, Halevy J, Glick S, Reuveni H. Defensive medicine in Israel - A nationwide survey. *PLoS ONE*. 2012; 7(8):e42613.
60. Panella M, Rinaldi C, Leigh F, Knesse S, Donnarumma C, Kul S, Vanhaecht K, Di Stanislao F. Prevalence and costs of defensive medicine: A national survey of Italian physicians. *J Health Serv Res Pol*. 2017; 22(4):211–217. doi: /10.1177/135581961770722.
61. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T, Chayama K. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World J Gastroenterol*. 2006; 12(47): 7671-7675. doi: /10.3748/wjg.v12.i47.7671.
62. Solaroglu I, İzci Y, Yeter HG, Metin MM, Keles GE. Health transformation project and defensive medicine practice among neurosurgeons in Turkey. *PloS One*. 2014; 9(10):e111446. doi: /10.1371/journal.pone.0111446.

63. Kolcu G. TCSB İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Hekimler ile Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir, 2013 (Danışman: Dr. İ. Özelmas; Doç. Dr. K. Öngel).
64. Moosazadeh M, Movahednia M, Movahednia N, Amiresmaili M, Aghaei I. Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. *Int J Health Policy Manag.* 2014; 2(3):119–123.
65. Sethi MK, Obremskey WT, Natividad H, Mir HR, Jahangir AA. Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the United States: A national survey study. *Am J Orthop (Belle Mead, NJ).* 2012; 41(2):69–73.
66. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National costs of the medical liability system. *Health Aff (Millwood).* 2010; 29(9):1569–77. doi: /10.1377/hlthaff.2009.0807.
67. Kessler DP, McClellan MB. Do doctors practice defensive medicine? *Q J Econ.* 1996; 111(2):353–90.
68. Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Rome: Ministero della Salute; 2015.
69. van Velthoven R, de Rond M, Verhoeven B, van Leeuwen R, de Groot R, Slooter AJ. Malpractice litigation risk and defensive neurosurgery: A national survey in the Netherlands. *Acta Neurochir (Wien).* 2017; 159(11):2085–2092. doi: /10.1007/s00701-017-3316-2.
70. Bourne T, Wynants L, Peters M, Van Audenhove C, Timmerman D, Van Calster B, Jalmbrant M. The impact of defensive medicine on patient care: Qualitative findings. *BMJ Open.* 2015; 5(1):e006687. doi: /10.1136/bmjopen-2014-006687.
71. Matsuda S, Yoshimura S, Kimura T, Watanabe M. Defensive medicine among gastroenterologists in Japan: A survey-based study. *J Gen Fam Med.* 2014; 15(3):139–144. doi: /110.1002/jgf2.1
72. Sethi MK. Defensive medicine: "Glowing" with pain. PSNet [Internet]. 2015. Erişim adresi: <https://psnet.ahrq.gov/web-mm/defensive-medicine-glowing-pain>
73. Kachalia A, Mello MM. New directions in medical liability reform. *N Engl J Med.* 2011; 364(16): 1564-1572. doi: /10.1056/NEJMp1012821.
74. Banaz M, Yalçın Balçık P. Hekimlerin Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 2022; 25(3):501–516.
75. Yeşiltaş A, Erdem R. Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi.* 2019; 10(23):137–150. doi: /10.21076/vizyoner.437685.
76. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Defensive medicine and tort reform: A wide view. *J Gen Intern Med.* 2010; 25(5):380-1. doi: /10.1007/s11606-010-1319-8.
77. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: A missing quality indicator. *Lancet.* 2009; 374(9702):1714–21. doi: /10.1016/S0140-6736(09)61424-0.

78. World Medical Association. WMA Statement on Medical Malpractice [Internet] 2017. Erişim adresi: <https://www.wma.net/policies-post/world-medical-association-statement-on-medical-malpractice/>
79. Türk Tabipler Birliği. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Ankara: TTB Yayınları; 2012.
80. Bono MJ, Wermuth HR, Hipskind JE. Medical Malpractice. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470573/>
81. Kazarian GS, Todd A. Defining the process of malpractice claims and indemnity payments. *Seminars in Spine Surgery*. 2024; 36(3):101118. doi: /10.1016/j.semss.2024.101118.
82. Bal BS. An introduction to medical malpractice in the United States. *Clin Orthop Relat Res*. 2009; 467(2):339-47. doi: /10.1007/s11999-008-0636-2.
83. Türk Tabipleri Birliği. Dünya Tabipler Birliği "Mal practice" Bildirisi [Internet]. Erişim adresi <https://www.ttb.org.tr/td/td59/597.html>
84. World Health Organization. Patient safety [Internet]. 2023. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
85. M.A. Makary, M. Daniel. Medical Error -The Third Leading Cause of Death in the U.S., *BMJ*. 2016; 353: i2489.
86. Anderson JG, Abrahamson K. Your Health Care May Kill You: Medical Errors. *Stud Health Technol Inform*. 2017; 234:13-17.
87. Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *JAMA*. 1992; 267(10):1359–1363. doi: /10.1001/jama.1992.03480100065032.
88. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician–patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997; 277(7):553–559. doi: /10.1001/jama.1997.03540310051034.
89. Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: A study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Arch Intern Med*. 2007; 167(19):2030–2036. doi: /10.1001/archinte.167.19.2030.
90. Bismark MM, Spittal MJ, Gurrin LC, Ward M, Studdert DM. Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia. *BMJ Quality & Safety*. 2013; 22:532-540. doi: /10.1136/bmjqs-2012-001691.
91. Ulrich CM, Grady C, de Vries RG. Moral distress: A growing problem in the health professions? *Hastings Cent Rep*. 2010; 40(1):20–22. doi: /10.1353/hcr.0.0222.
92. Berg JW, Appelbaum PS, Lidz CW, Parker LS. *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2001.
93. Appelbaum P. S. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *The New England journal of medicine*. 2007; 357(18):1834–1840. doi: /10.1056/NEJMc074045.
94. Dworkin G. *The theory and practice of autonomy*. Cambridge University Press; 1988.

95. Schenker Y, Meisel A. Informed consent in clinical care: Practical considerations in the effort to achieve ethical goals. *JAMA*. 2011; 305(11):1130–1131. doi: /10.1001/jama.2011.333.
96. Singh H, Giardina TD, Meyer AN, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med*. 2013; 173(6):418–425. doi: /10.1001/jamainternmed.2013.2777.
97. Graber ML. The incidence of diagnostic error in medicine. *BMJ Qual Saf*. 2013; 22(Suppl 2):ii21–ii27. doi: /10.1136/bmjqs-2012-001615.
98. Ely JW, Graber ML, Croskerry P. Checklists to reduce diagnostic errors. *Acad Med*. 2011 Mar;86(3):307–13. doi:10.1097/ACM.0b013e31820824cd.
99. Schiff GD, Hasan O, Kim S, Abrams R, Cosby K, Lambert BL, Elstein AS, Hasler S, Kabongo ML, Krosnjar N, Odwazny R, Wisniewski MF, McNutt RA. Diagnostic error in medicine: Analysis of 583 physician-reported errors. *Arch Intern Med*. 2009; 169(20):1881–1887. doi: /10.1001/archinternmed.2009.333.
100. Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. *Acad Med*. 2009; 84(8):1022–1028. doi: /10.1097/ACM.0b013e3181ace703.
101. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med*. 2005; 165(13):1493–1499. doi: /10.1001/archinte.165.13.1493.
102. Schiff GD, Kim S, Abrams R, Cosby K, Lambert BL, Elstein AS, Hasler S, Krosnjar N, Odwazny R, Wisniewski MF, McNutt RA. Diagnosing Diagnosis Errors: Lessons from a Multi-institutional Collaborative Project. In K. Henriksen (Eds.) et. al. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology)*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). (2005).
103. Newman-Toker DE, Pronovost PJ. Diagnostic errors-The next frontier for patient safety. *JAMA*. 2009; 301(10):1060–1062. doi: /10.1001/jama.2009.249.
104. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Med*. 2003; 78(8):775–780. doi: /10.1097/00001888-200308000-00003.
105. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016; 353:i2139. doi: /10.1136/bmj.i2139.
106. Suliburk JW, Buck QM, Pirko CJ, Kao LS, Awad SS, Green JM, et al. Analysis of human performance deficiencies associated with surgical adverse events. *JAMA Netw Open*. 2019;2(7):e198067. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.8067.
107. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000; 320(7237):768–770. doi: /10.1136/bmj.320.7237.768.
108. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA, Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England journal of medicine*. 2009; 360(5), 491–499. doi: /10.1056/NEJMs0810119.
109. Polat O. Adli Tıp. 7. Baskı. İstanbul: Der Yayınları; 2021. s. 345–350.

110. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med.* 1991; 324(6):370–376. doi: /10.1056/NEJM199102073240604.
111. Joint Commission. Improving transitions of care: Hand-off communications. *Sentinel Event Alert.* 2017; 58:1–6.
112. T.C. Resmî Gazete. Türk Ceza Kanunu. Sayı: 5237, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 12.10.2004.
113. Çelik E. Sağlık Personelinin Cezai Sorumluluğu [İnternet]. Erişim adresi: <https://www.esercelik.av.tr/saglik-personelinin-cezai-sorumlulugu/>
114. Gözler K. İdare Hukuku. 10. baskı. Bursa: Ekin Yayınevi; 2023.
115. Bilge N. Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu ve Malpraktis. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2021.
116. Yılmaz E. Sağlık Hukuku. 3. Baskı. İstanbul: Legal Yayıncılık; 2022.
117. Demircan A. Aydınlatılmış Onam: Hukuksal ve Etik Boyutları [sunum]. İstanbul Tabip Odası. 2016. Erişim adresi: https://www.istabip.org.tr/site_icerik_2016/haberler/aramak2016/iyihekimlik/sunumlar/dr_ali_demircan.pdf
118. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi. E. 2017/1054, K. 2017/4729, T. 20.06.2017.
119. T.C. Resmî Gazete. Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Hakkında Yönetmelik. Sayı: 27657, R.G. Tarihi: 30.07.2010.
120. Arslan M. Malpraktis Sigortasının Hukuki Niteliği ve Uygulama Sorunları. *Sağlık Hukuku Dergisi.* 2023;8(1):45-60.
121. Türkiye Sigorta Birliği. Mesleki Sorumluluk Sigortası Teminat Limitleri [İnternet]. 2024. Erişim adresi: <https://www.tsb.org.tr>
122. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical Malpractice. *N Engl J Med.* 2004;350(3):283–92. doi: /10.1056/NEJMhpr035470.
123. American Medical Association. Medical Liability Insurance Overview [İnternet]. Erişim adresi: <https://www.ama-assn.org>
124. Huntington B, Kuhn N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2003; 16(2):157-61; discussion 161. doi: /10.1080/08998280.2003.11927898.
125. Yu-Chan Chiu. What drives patients to sue doctors? The role of cultural factors in the pursuit of malpractice claims in Taiwan. *Social Science & Medicine.* 2010; 71(4):702-707. doi: /10.1016/j.socscimed.2010.04.040.
126. Gundogmus UN, Erdogan MS, Sehiralti M, Kurtas O. A descriptive study of medical malpractice cases in Turkey. *Ann Saudi Med.* 2005 Sep–Oct;25(5):404–8. doi:10.5144/0256-4947.2005.404–408
127. Başer HY, Akın U. Medical malpractice and diagnostic errors in emergency departments: the case of Turkey. *Signa Vitae.* 2025;21(7):69–74. doi:10.22514/sv.2025.098.
128. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ.* 2001; 322(7285):517–519. doi: /10.1136/bmj.322.7285.517.

129. Liang F, Hu S, Guo Y. The association between fear of malpractice and burnout among Chinese medical workers: The mediating role of legal consciousness. *BMC Psychiatry*. 2022; 22(1):358. doi: /10.1186/s12888-022-04009-8.
130. Hauser MJ, Commons ML, Bursztajn HJ, Gutheil TG. Fear of malpractice liability and its role in clinical decision making. In *Decision Making in Psychiatry and the Law*. Gutheil TG, Bursztajn HJ, Brodsky A, Alexander V, Eds, Williams & Wilkins Co.: 1991, 209–226.
131. Kaya B, Erkal E. Evaluation of malpractice fear, burnout, and spiritual well-being among physicians in Turkey: A descriptive study. *J Relig Health*. 2024. doi: /10.1007/s10943-024-02168-4.
132. Carrier ER, Reschovsky JD, Mello MM, Mayrell RC, Katz D. Physicians' fears of malpractice lawsuits are not assuaged by tort reforms. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 29(9):1585–1592. doi: /10.1377/hlthaff.2009.0762.
133. Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Colaiano JM, Satele DV, Sloan JA, et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *J Am Coll Surg*. 2011; 213(5):657–667. doi: /10.1016/j.jamcollsurg.2011.08.005.
134. Berlin L. Malpractice issues in radiology: medicolegal myths. *AJR Am J Roentgenol*. 2003; 180(5):1245–1251. doi: /10.2214/ajr.180.5.1801245.
135. Cengiz İ, Küçükay A. Tıbbi malpraktisin psikolojik boyutları ve özel hastanede çalışan hekimin hukuki sorumluluğu. *TAAD*. 2019;10(37):118–138. Erişim: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/980711>
136. Baur C, Dickinson C. The role of universal health literacy precautions in minimizing miscommunication and promoting shared decision-making. *AMA J Ethics*. 2017;19(3):275–82. doi:10.1001/jama.2017.275.
137. Rowland SP, Fitzgerald JE, Lungren MP, Lee EH, Harned ZA, McGregor AH. Digital health technology-specific risks for medical malpractice liability. *npj Digit Med*. 2022;5:157. doi:10.1038/s41746-022-00698-3.
138. Ng W, Smith SC, Lam T, et al. Digital health literacy and its association with sociodemographic characteristics and health outcomes: a systematic review. *Interact J Med Res*. 2024;13:e46888. doi:10.2196/46888.
139. White AA, Gallagher TH, Krauss MJ, Garbutt JM, Waterman AD, Dunagan WC, et al. The attitudes and experiences of trainees regarding disclosing medical errors to patients. *Acad Med*. 2008; 83(3):250–256. doi: /10.1097/ACM.0b013e3181636b3e.
140. Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med*. 2007; 356(26):2713–2719. doi: /10.1056/NEJMp070341.
141. Iedema R, Sorensen R, Manias E, Tuckett A, Piper D, Mallock N, et al. Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: the “100 patient stories” qualitative study. *BMJ*. 2011; 343:d4423. doi: /10.1136/bmj.d4423.

142. Çakmak C, Uğurluoğlu Ö. Hasta merkezli iletişim ve hizmet kalitesi ilişkisi: hizmet sunucuya güvenin aracı etkisi. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2022;12(23):102–120. doi: /10.53092/duibfd.1031256.
143. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA. 2003; 289(8):1001–1007. doi: /10.1001/jama.289.8.1001.
144. Göktepe T, Avcı K. Medyada Hekim Hatalarının Sunumu: İçerik Analizi. Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi. 2020; 28(1):20–30.
145. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ. 2000; 320(7237):726–727. doi: /10.1136/bmj.320.7237.726.
146. Kroll L, Singleton A, Collier J, Rees Jones I. Learning not to take it personally: coping with perceived failures in basic clinical competence. Med Educ. 1998; 32(3):211–218. doi: /10.1046/j.1365-2923.1998.00207.x.
147. Groopman J. How Doctors Think. Boston: Houghton Mifflin; 2007.
148. Hall DE, Prochazka AV, Fink AS. Informed consent for clinical treatment. CMAJ. 2012; 184(5):533–540. doi: /10.1503/cmaj.112120.
149. Top M, Tekingündüz S. Hekimlerin defansif tıp uygulamaları ve etkileyen faktörler: Bir devlet hastanesi örneği. Journal of Health and Nursing Management. 2015; 2(1):1–12.
150. Nash L, Tennant C, Walton M. The psychological impact of complaints and negligence suits on doctors. Australas Psychiatry. 2004; 12(3):278–281. doi: /10.1111/j.1039-8562.2004.02088.x.
151. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007; 33(8):467–476. doi: /10.1016/S1553-7250(07)33050-X.
152. Ortashi O, Rao T, Abusamra R. Defensive medicine: it is time to finally slow down an epidemic. Med Princ Pract. 2013; 22(4):323–7. doi: /10.1159/000346719.
153. Hiyam N, Alrimawi I, Hamdan M. Defensive medicine among physicians in Jordan: a cross-sectional study. J Eval Clin Pract. 2022; 28(5):790–6. doi: /10.1111/jep.13711.
154. Başer A, Başer Kolcu Mİ, Kolcu G, Gök Balcı U. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği: Ön Çalışma. Tepecik Eğit Hast Derg. 2014; 24(2):99-102.
155. Uğrak U, Işık O. Malpraktis Korku Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2020;23(2):261–72.
156. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics (6th ed.). Boston, MA: Pearson, 2013.
157. George D, Mallery P. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 17.0 Update. 10th Edition, Boston, MA: Pearson, 2010.
158. Evans JD. Straightforward Statistics for the Behavioral Sciences. Pacific Grove, Calif: Brooks/Cole Publishing, 1996.
159. Aynacı E. Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması ve Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.

160. Kolcu M. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları. Gazi Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2013.
161. Öztürk B. Türkiye’de Görev Yapan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yaklaşımları. Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2021.
162. Alkan İ. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları Konusundaki Farkındalıkları ve Tutumları. Türkiye Örneği. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2022.
163. Pirol M. Hekimlerin Karar Verme Algılarının Defansif Tıp Tutumları Üzerine Etkisinin Araştırılması. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2018 (Danışman: Doç. Dr. Y.E. Öztürk).
164. Güldiken HA. Defansif Tıp Uygulamalarının Dinamikleri ve Hukuki Sonuçları. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Tıp Hukuku Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2024 (Danışman: Prof. Dr. H. Kara).
165. T.C. Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği. Sayı: 23420, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 01.08.1998.
166. Olejarczyk JP, Young M. Patient Rights and Ethics. [Updated 2024 May 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538279/>
167. Aydın N. Hasta haklarının hukuki boyutu ve korunma yolları. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2008; 22:-
168. Özer A, Günay O. Kayseri il merkezinde çalışan hekimlerin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri. Erciyes Med J. 2007; 29(1):56-63.
169. Zincir H, Kaya Erten Z. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2009; 6(1):1-15.
170. Tanrıverdi EÇ, Çalıkoğlu EO, Yılmaz S. Erzurum il merkezinde çalışan hekimlerin hasta hakları konusunda bilgi, tutum, davranışları ve etkili faktörler. İçinde: 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiriler Kitabı; 2019 Nov 26–30; Antalya, Turkey.
171. Ferhatlar ME, Bozan Ö, Karaaslan EB, Senturk M, Koca Y, Demirel A, Kalkan A. Emergency medicine physicians' knowledge level and attitudes about informed consent in invasive procedures. Eur Arch Med Res. 2025;41(2):81-88. doi: 10.14744/eamr.2025.43660.
172. Yıldırım G, Bilgin İ, Tokgöz H. Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının aydınlatılmış onam hakkındaki görüşleriyle uygulamaları örtüşüyor mu? Cumhuriyet Tıp Derg. 2014;36:451-458.
173. Pakiş İ. Aydınlatılmış Onam. İçinde: Göğüs Hastalıklarında Bilirkişilik. Mirici A, Akgül Kalkan E, Eds. TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi-21. 2018. pp. 29-43. ISBN 978-605-89519-3-8
174. Shah P, Thornton I, Kopitnik NL, Hipskind JE. Informed Consent. [Updated 2024 Nov 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/>
175. Erdem E. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Tıbbi Hata ve Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane

- Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023 (Danışman: Prof. Dr. H.H. Yıldırım).
176. Ünal Ö. Defansif Tıp Uygulamaları, Öncülleri ve Sonuçları Üzerine bir Araştırma. Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, 2020 (Danışman: Prof. Dr. M. Akbolat).
177. Kılıçarslan M, Narcı MT. Hekimlerin Defansif Tıp Farkındalık Düzeylerinin, Pozitif ve Negatif Defansif Tıp Tutumlarına Etkilerinin Görev Yaptıkları İşletmelerde İsrar Faktörü Açısından İncelenmesi: İstanbul'da Kardiyoloji Hekimleri Üzerine Bir Araştırma. Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi. 2022; (33):184-191. doi: /10.31590/ejosat.1005029.
178. Sezer Kara K. Edirne'deki Birinci Basamak Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi ve Tutumları ve Bunun Klinik Pratiklerine Etkisi. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Edirne, 2020 (Danışman: Prof. Dr. H.N. Dağdeviren).
179. Biçen E. Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi / Adli Tıp Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir, 2018 (Danışman: Prof. Dr. A. Toprak Ergönen).
180. Tebano G, Dyar OJ, Beovic B, Béraud G, Thilly N, Pulcini C. Defensive medicine among antibiotic stewards: the international ESCMID AntibioLegalMap survey. J Antimicrob Chemother. 2018; 73(7):1989–1996. doi: /10.1093/jac/dky098.
181. Zarei E, Ashtar-Nakhaei F, Daneshkohan A, Zali A. The first survey on defensive medicine among Iranian surgeons: prevalence and its related factors [Preprint]. Research Square; 2019. doi: /10.21203/rs.2.10972/v1.
182. Özata M, Özer K, Akkoca Y. Konya İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(1):132-139.
183. Al Awar S, Ucenic TE, Elbiss H. The practice of defensive medicine among physicians in the United Arab Emirates: A clinician survey. Medicine. 2023;102:34(e34701). doi: /10.1097/MD.00000000000034701.
184. Reschovsky JD, Saiontz-Martinez CB. Malpractice claim fears and the costs of treating medicare patients: A new approach to estimating the costs of defensive medicine. Health Serv Res. 2018;53(3):1498-1516. doi: 10.1111/1475-6773.12660.
185. Neng B, Usluoğulları FH, Sarısaltık A, İnanıcı MA, Akman M. Primary care physicians' anxiety about medical errors and attitudes towards defensive medicine. TJFMPC. 2025;19(2):226-233. doi: /10.21763/tjfmpr.1536832.
186. Katz DA, Williams GC, Brown RL, Aufderheide TP, Bogner M, Rahko PS, Selker HP. Emergency physicians' fear of malpractice in evaluating patients with possible acute cardiac ischemia. Ann Emerg Med. 2005; 46(6):525–533. doi: /10.1016/j.annemergmed.2005.04.016.

187. Elmalt GFM, Aboseoud A, Elsaid AF, Hamed MS. Knowledge, attitude, and practices of defensive medicine among junior physicians: A cross-sectional study at Zagazig University Hospitals. ZUMJ. 2024;30(9):4416-4427. doi: /10.21608/zumj.2024.312297.3520.
188. Yorulmaz S, Sabırlı M. Sağlık hizmetleri arzında defansif tıp ve hekimlerin karar verme algısı. Business & Management Studies: An International Journal. 2019;7(2):579-590. doi: /10.15295/bmij.v7i2.1121.
189. Kolcu G, Özceylan G. Defensive medicine in family physicians. Progress in Nutrition. 2021;23(3): e2021212. doi: /10.23751/pn.v23i3.11813.
190. Delice O, Tekin E, Yılmaz S. Defensive Medicine in the Emergency Department: A Cross-sectional Study from the Perspective of Emergency Medical Specialists. Eurasian J Emerg Med. 2019 Dec 30;18(4):178-184. doi: 10.4274/eajem.galenos.2019.49404.
191. Eser Misir S, Uğrak U, Topsakal KG, Dalgali P, Duran GS, Görgülü S. Evaluation of dentists' malpractice fears and defensive dentistry attitudes: A scale development. BMC Oral Health. 2025;25:730. doi: /10.1186/s12903-025-06103-1.

8 EKLER

EK 1. Etik Kurul (ATADEK) Kararı



EK 1. Etik Kurul (ATADEK) Kararı (devam)



EK 2. Anket Formu

Hekimlerin Defansif Tıp Uygulama Durumlarının Malpraktis Korkusu Açısından Değerlendirilmesi

Sayın Katılımcı,

"Hekimlerin Defansif Tıp Uygulama Durumlarının Malpraktis Korkusu, Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Perspektifinden Değerlendirilmesi" isimli çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Çalışmanın amacı, hekimlerin tıbbi hizmet sunumunda defansif tıp uygulama durumlarının malpraktis korkusu, şiddete karşı güvenlik ve güven perspektifinden değerlendirilmesidir.

Bu kapsamda bir anket formu düzenlenmiştir. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, kişisel bilgilerinizi belirlemeye yönelik sorular; ikinci bölümde defansif uygulama durumunuzu belirlemeye yönelik ifadeler, üçüncü bölümde malpraktis korku düzeyinizi belirlemeye yönelik ifadeler yer almaktadır.

Çalışma akademik nitelikli olup, katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma sırasında sizden alınan bilgiler grup halinde değerlendirileceğinden, kimlik belirleyici bilgiler istenmeyecektir. Vereceğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak; bilimsel amaç çerçevesinde ve etik kurallara uygun olarak sadece bu çalışma kapsamında kullanılacaktır.

Çalışmanın başarıya ulaşması, tüm sorulara vereceğiniz eksiksiz, doğru ve samimi yanıtlara bağlıdır. Anket formu, kişisel rahatsızlık teşkil edecek sorular içermemektedir. Ancak araştırma sırasında herhangi bir nedenden dolayı rahatsızlık hissederseniz, katılımınızı istediğiniz zaman sonlandırabilirsiniz. Araştırmadan çekilmeniz halinde, verileriniz kullanılmayacaktır.

Gösterdiğiniz ilgi, değerli katkılarınız ve sabrınız için şimdiden teşekkür ederiz.

* Defansif Tıp, sağlık hizmet sunucularının tıbbi uygulama hataları nedeniyle karşılaşılabilecekleri idari, hukuki, cezai ve etik yaptırımlardan korunmak için, sağlık hizmetinin tüm aşamalarında, hizmet alanların yararından ziyade, kendilerini düşünerek davranış göstermeleri olarak ifade edilmektedir.

** Malpraktis (tıbbi uygulama hataları), tıbbi bakımın her aşamasında ortaya çıkabilecek ve hastaya zararı dokunan tıbbi kusur veya hataları kapsamına almaktadır.

EK 2. Anket Formu (devam)

I. KİŞİSEL BİLGİLER

1. Doğum Yılıınız: _____
2. Cinsiyetiniz:
☐ Kadın ☐ Erkek ☐ Diğer ☐ Belirtmek istemiyorum
3. Medeni Durumunuz:
☐ Bekar ☐ Evli ☐ Diğer ☐ Belirtmek istemiyorum
4. Eğitim Durumunuz:
☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Tıpta Uzmanlık/Doktora
5. Meslekte Çalışma Süreniz:
☐ 1 yıldan az ☐ 1-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 10 yıldan fazla
6. Kurumda Çalışma Süreniz:
☐ 1 yıldan az ☐ 1-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 10 yıldan fazla
7. Ünvanınız:
☐ Pratisyen Hekim ☐ Uzman Dr. ☐ Dr. Öğr. Üyesi ☐ Doç. Dr. ☐ Prof. Dr.
8. Kurumda Çalıştığınız Bölüm: _____
9. Uzmanlık Alanınız: _____
10. Günlük Ortalama Hasta Sayınız:
☐ 10'dan az ☐ 11-20 ☐ 21-41 ☐ 41'den fazla
11. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?
☐ Evet ☐ Hayır
12. Defansif tıp kavramının içeriği hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?
☐ Evet ☐ Hayır
13. Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?
☐ Evet ☐ Hayır
14. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
15. 2015 tarihli yeni Türk Ceza Kanunu'nun malpraktis ile ilgili maddelerini biliyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
16. Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okudunuz mu?
☐ Evet ☐ Hayır
17. Çalıştığınız kurumda hekimlik uygulamaları için aydınlatılmış onam alınıyor mu?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim yok

EK 2. Anket Formu (devam)

II. DEFANSİF TIP UYGULAMALARI TUTUM ÖLÇEĞİ

Lütfen defansif tıp uygulamaları konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelere katılım derecenizi işaretleyiniz.

	1 - Hiç katılmıyorum	2 - Az katılıyorum	3 - Orta derecede katılıyorum	4 - Çok katılıyorum	5 - Tamamen katılıyorum
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.					
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.					
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.					
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenlerle (örn: sosyal neden) hasta yatırıyorum.					
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.					
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum.					
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum.					
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.					
9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.					
10. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.					
11. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.					
12. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranı yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.					
13. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.					

EK 2. Anket Formu (devam)

III. MALPRAKTİS KORKU ÖLÇEĞİ

Lütfen malpraktis konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelere katılım derecenizi **(1) Kesinlikle katılmıyorum ve (5) Kesinlikle katılıyorum** olmak üzere 1-5 arasındaki skala üzerinde işaretleyiniz.

	1 - Kesinlikle katılmıyorum	2 - Katılmıyorum	3 - Kararsızım	4 - Katılıyorum	5 - Kesinlikle katılıyorum
1. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.					
2. Sağlık hizmet sunumuna yönelik hukuki gelişmeler nedeni ile mesleki uygulamalarımda önemli değişiklikler yapmak zorunda kaldım.					
3. Gelecek 10 yıl içinde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olacağım diye endişeleniyorum.					
4. Malpraktis davası tehdidi nedeniyle günlük mesleki uygulamalarımda kendimi baskı altında hissediyorum.					
5. Sadece malpraktisten kaçınmak için bazı testler ve konsültasyon istediğim olur.					
6. Özellikle dava edilme riskini azaltmak için bazen ileri uzman görüşü istediğim olur.					
7. Teşhis koyarken teknolojiye ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açıdan giderek daha riskli olmaya başlamıştır.					

EK 3. Ölçek İzni



EK 4. Kurum İzni



EK 4. Kurum İzni (devam)



9 ÖZGEÇMİŞ



