



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**KLİNİK BRANŞLARDA ÇALIŞAN HEKİMLERE KARŞI  
BAŞLATILAN HUKUKİ SÜREÇLERİN ANKSİYETE VE  
DEFANSİF TIBBİ UYGULAMALAR İLE İLİŞKİSİ**

AYŞE GÜL YÜCESAN  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Figen DEMİR

İSTANBUL-2024





T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**KLİNİK BRANŞLARDA ÇALIŞAN HEKİMLERE KARŞI  
BAŞLATILAN HUKUKİ SÜREÇLERİN ANKSİYETE VE  
DEFANSİF TIBBİ UYGULAMALAR İLE İLİŞKİSİ**

AYŞE GÜL YÜCESAN  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Figen DEMİR

İSTANBUL-2024

Ana Bilim Dalı: Halk Sağlığı  
Program: Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Eğitimi  
Tez Başlığı: Klinik Branşlarda alışan Hekimlere Karşı Başlatılan  
Hukuki Süreçlerin Anksiyete ve Defansif  
Tıbbi Uygulamalar ile İlişkisi  
Öğrencinin Adı-Soyadı: Ayşe Gül YÜCESAN  
Savunma Sınavı Tarihi: 24/04/2024

Bu belge ile tıpta uzmanlık tezinin incelendiğini ve ilgili mevzuatlara uygun olarak belirlenen gereksinimleri karşıladığını onaylarım. Tez, aşağıda imzaları bulunan nihai sınav komitesi önünde sunulmuştur.

ye (Tez Danışmanı)

Doç. Dr. Figen DEMİR

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar niversitesi

ye

Prof. Dr. Nadi BAKIRCI

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar niversitesi

ye

Prof. Dr. Sibel SAKARYA

Koç Üniversitesi

## 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 olmadığını beyan ederim.

Ayşe Gül Yücesan

Nisan 2024

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Üzerimde büyük emeği olan, tez yazım sürecimde beni her zaman destekleyen, görüş ve önerileriyle tezime değer katan, her zaman bana vakit ayıran ve yol gösteren danışmanım Doç. Dr. Figen Demir'e çok teşekkür ediyorum.

Bu vesileyle uzmanlık eğitimim boyunca bana her türlü desteği veren, mesleki gelişimimde büyük emekleri olan hocalarım Prof. Dr. Nadi Bakırcı'ya ve Doç. Dr. Yeşim Yasin'e,

Yaptığı değerlendirmeler ile tezimi geliştirmeme önemli katkılar sunan Prof. Dr. Sibel Sakarya'ya,

Tezimin planlama aşamasından itibaren desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Pınar Topsever'e,

Anketin oluşturulması aşamasında kıymetli görüşleri ile çalışmamı iyileştirmeme yardımcı olan Prof. Dr. Turan Set'e

Hekimler aleyhinde açılacak rücu davalarına ilişkin getirilen yeni hukuki düzenlemeye dair değerli görüşlerinden yararlandığım ve tıp hukukuna ilgi duymamda önemli bir rolü olan Prof. Dr. Dr. h.c. Hakan Hakeri'ye teşekkürü bir borç biliyorum.

Nihayet meslek hayatım boyunca bana her türlü desteği veren anne ve babama minnettar olduğumu belirtmek isterim.

Ayşe Gül Yücesan

Ataşehir, 2024

# İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	III
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	IV
İÇİNDEKİLER .....	V
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ .....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	IX
TABLolar LİSTESİ.....	X
ÖZET.....	XVII
SUMMARY .....	XVIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaçlar .....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Defansif Tıbbi Uygulamalar .....	3
2.1.1. Tanımı.....	3
2.1.2. Defansif tıbbi uygulamaların literatürde kullanılan diğer isimleri .....	4
2.1.3. Çalışmamızda defansif tıbbi uygulamalar kavramını kullanmamızın sebebi.....	5
2.1.4. Defansif tıbbi uygulamaların çeşitleri .....	5
2.1.5. Defansif tıbbi uygulamaların tespiti .....	6
2.1.6. Defansif tıbbi uygulamaların yaygınlığı.....	7
2.1.7. Defansif tıbbi uygulamaların nedenleri ve etkileyen faktörler .....	8
2.1.8. Defansif tıbbi uygulamaların halk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri .....	11

2.1.9. Defansif tıbbi uygulamaların sağlık hizmeti maliyetleri üzerindeki etkisi .....	12
<b>2.2. Türk Hukuk Sisteminde Hekimlere Karşı Mesleki Uygulamaları Nedeniyle Başlatılabilecek Hukuki Süreçler .....</b>	<b>13</b>
2.2.1. Disiplin süreçleri .....	14
2.2.2. Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER) şikâyetleri .....	14
2.2.3. Hasta hakları birimine şikâyet .....	15
2.2.4. Kamusal sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler aleyhinde açılacak davalar .....	15
<b>2.3. Hastaların Hekimlere Karşı Hukuki Süreç Başlatma Nedenleri .....</b>	<b>21</b>
<b>2.4. Hukuki Süreçlerin Hekimler Üzerindeki Etkileri .....</b>	<b>21</b>
2.4.1. Olumsuz etkiler .....	21
2.4.2. Olası olumlu etkiler .....	25
<b>2.5. Hukuki Süreçlerin Hekimler Üzerindeki Olumsuz Etkileri ile İlişkilendirilen Bazı Kavramlar.....</b>	<b>26</b>
2.5.1. Klinik yargılanma sendromu .....	27
2.5.2. Hatalı tıbbi uygulama stres sendromu .....	29
2.5.3. İkinci mağdur kavramı ( <i>second victim</i> ) .....	29
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1. Araştırmanın Tipi.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2. Araştırmanın Yeri .....</b>	<b>31</b>
<b>3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....</b>	<b>32</b>
<b>3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....</b>	<b>32</b>
3.4.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri .....	32
3.4.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri .....	33

<b>3.5. Veri Toplama Yöntemi.....</b>	<b>33</b>
<b>3.6. Araştırma Akış Şeması.....</b>	<b>36</b>
<b>3.7. Veri Toplama Aracı.....</b>	<b>36</b>
<b>3.8. Araştırmada Kullanılan Tanım ve Kriterler .....</b>	<b>39</b>
3.8.1. Hukuki süreç.....	39
3.8.2. Defansif tıbbi uygulamalar .....	40
3.8.3. Yaygın anksiyete bozukluğu .....	41
3.8.4. Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası.....	42
3.8.5. İkinci mağdur.....	42
<b>3.9. Verilerin Analizi.....</b>	<b>43</b>
<b>3.10. Araştırmanın İnsan Gücü .....</b>	<b>44</b>
<b>3.11. Araştırmanın Ön Denemesi .....</b>	<b>44</b>
<b>3.12. Etik Konular ve Kurumsal İzinler .....</b>	<b>44</b>
<b>3.13. Araştırmanın Bütçesi.....</b>	<b>45</b>
<b>3.14. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları.....</b>	<b>48</b>
3.14.1. Araştırmanın güçlü yanları .....	48
3.14.2. Araştırmanın kısıtlılıkları .....	49
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>50</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>152</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>179</b>
<b>6.1. Sonuçlar .....</b>	<b>179</b>
<b>6.2. Defansif Tıbbi Uygulamaları Azaltmaya Yönelik Çözüm Önerileri .....</b>	<b>183</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>187</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>200</b>

**9. ÖZGEÇMİŞ..... 212**



## KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

<b>BİMER</b>	:	Başbakanlık İletişim Merkezi
<b>CİMER</b>	:	Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
<b>DMK</b>	:	657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu
<b>DTU1</b>	:	Defansif tıbbi uygulama 1. sınıflama
<b>DTU2</b>	:	Defansif tıbbi uygulama 2. Sınıflama
<b>DTUÖ</b>	:	Defansif tıp uygulamaları ölçeği
<b>HAGB</b>	:	Hükmün açıklanmasının geri bırakılması
<b>m.</b>	:	Madde
<b>SHTK</b>	:	3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
<b>SS</b>	:	Standart sapma
<b>TBK</b>	:	6098 Sayılı Türk Borçlar Kanunu
<b>TCK</b>	:	5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu
<b>vd.</b>	:	Ve diğerleri
<b>YAB</b>	:	Yaygın anksiyete bozukluğu
<b>YAB-7</b>	:	Yaygın anksiyete bozukluğu-7 ölçeği

## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 2.1 Kamu kurum ve kuruluşlarında veya üniversitede çalışan hekimin tıbbi müdahalesinden doğan zararlarda idareye karşı açılacak tam yargı davasının görüleceği merci ..... 16
- Şekil 2.2 Hekim aleyhinde açılacak rücu davalarının ve ceza davalarının görüleceği mahkemeler ..... 17
- Şekil 2.3 Sağlık meslek mensupları aleyhinde ceza davası açılmadan önceki aşamalar (Yükseköğretim Kanununun 53. maddesindeki soruşturma usulüne tabi olanlar hariç)..... 19
- Şekil 3.1. Araştırma akış şeması ..... 36

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1.	Araştırma bütçesi .....	45
Tablo 3.2.	Araştırmanın zaman çizelgesi .....	46
Tablo 4.1.	Katılımcıların sosyodemografik özellikleri .....	50
Tablo 4.2.	Araştırmaya katılan ve katılmayan hekimlerin bazı özellikleri .....	51
Tablo 4.3.	Katılımcıların mesleki özellikleri .....	52
Tablo 4.4.	Branşlara göre haftalık poliklinikte tedavisi yapılan hasta sayıları .....	53
Tablo 4.5.	Branşlara göre katılımcıların cinsiyet dağılımları ve yaşları .....	54
Tablo 4.6.	Katılımcıların hukuki süreçlere maruziyetleri .....	55
Tablo 4.7.	Hukuki süreç yaşama durumuna göre katılımcıların bazı tanımlayıcı ve mesleki özellikleri .....	56
Tablo 4.8.	Branşlara göre katılımcıların hukuki süreç yaşama sıklığı .....	57
Tablo 4.9.	Aleyhinde hukuki süreç başlatılan katılımcıların yaşadığı süreç tiplerinin dağılımı .....	58
Tablo 4.10.	Hukuki süreçlerin yaşanma sayıları .....	59
Tablo 4.11.	Branşlara göre katılımcıların aleyhinde dava açılma sıklıkları .....	60
Tablo 4.12.	Branşlara göre aleyhte başlatılan hukuki süreç çeşitlerinin dağılımı .....	61
Tablo 4.13.	Yaşanan hukuki süreç çeşitlerinin katılımcıların bazı özelliklerine göre dağılımı .....	62
Tablo 4.14.	Katılımcıların bazı mesleki ve kişisel özelliklerine göre aleyhlerinde ceza davası açılma durumu .....	63
Tablo 4.15.	Aleyhinde ceza davası açılan katılımcıların yaşadıkları ceza davası sayıları .....	64
Tablo 4.16.	Katılımcıların en son yaşadığı süreç türleri ve bu süreçlerin sonlanma durumları .....	65

Tablo 4.17	Yaşadığı hukuki süreç sonlanan katılımcıların süreçlerinin sonuçları .	65
Tablo 4.18	Dahili ve cerrahi branşlarda çalışan katılımcıların CİMER'e şikâyet edilme sıklıklarının karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.19	Dava açılma sıklıklarının bazı kişisel ve mesleki özelliklere göre karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.20	Cinsiyete göre katılımcıların aleyhlerinde hukuki süreç başlatılma durumunun karşılaştırılması .....	68
Tablo 4.21	DTUÖ'de yer alan önermelerden katılımcıların aldıkları puanların dağılımları.....	70
Tablo 4.22	DTUÖ puanlarının dağılımı.....	71
Tablo 4.23	Katılımcıların bazı özelliklerine göre DTUÖ puanları.....	73
Tablo 4.24	DTU1 sınıflaması esas alındığında katılımcıların bazı özelliklerine göre defansif tıbbi uygulama yapma durumları .....	74
Tablo 4.25	DTU2 sınıflaması esas alındığında branşlara göre defansif tıbbi uygulama yapma durumları ve puan ortalamaları .....	75
Tablo 4.26	DTUÖ'den hiç puan almayan ve puan alan katılımcıların sıklığı .....	76
Tablo 4.27	Defansif tıbbi uygulamaların nedenlerine ilişkin katılımcıların görüşleri .....	77
Tablo 4.28	Katılımcılarda YAB görülme sıklığı.....	78
Tablo 4.29	Katılımcıların anksiyete seviyeleri (YAB-7).....	78
Tablo 4.30	Branşlara göre YAB sıklığı.....	79
Tablo 4.31	Katılımcıların meslekleri nedeniyle aleyhlerinde hukuki süreç başlatılması ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygı puanları.....	80
Tablo 4.32	Katılımcıların hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygı puanlarının bazı kişisel ve mesleki özelliklerine göre dağılımları .....	81

Tablo 4.33	Katılımcıların hukuki süreçlere maruziyet türlerine göre hukuki süreç yaşama ihtimalinden dolayı hissettikleri kaygı puanlarının dağılımı ...	82
Tablo 4.34	Hukuki süreç yaşayan katılımcıların süreçten duygusal olarak etkilenme düzeyleri.....	83
Tablo 4.35	Katılımcıların yaşadıkları hukuki süreçlerin çeşitli aşamalarından duygusal olarak olumsuz etkilenme puanları.....	83
Tablo 4.36	Hukuki süreçlerin katılımcılarda sağlık sorununa yol açma durumu ...	84
Tablo 4.37	Branşlara göre hastada katılımcıyı duygusal olarak çok olumsuz etkileyen komplikasyon varlığının dağılımı .....	85
Tablo 4.38	Bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklere göre hastada duygusal olarak çok olumsuz etkileyen komplikasyon gelişmiş olma durumu ...	86
Tablo 4.39	Hasta veya hasta yakınlarından kötü muamele görme durumu .....	87
Tablo 4.40	Hasta veya hasta yakınları tarafından katılımcılara yapılan diğer kötü muameleler.....	87
Tablo 4.41	Güncel kılavuzları kullanma sıklıkları.....	88
Tablo 4.42	Katılımcıların bazı kişisel ve mesleki özelliklerine göre DTUÖ puanlarının karşılaştırılması.....	89
Tablo 4.43	Hukuki süreçlere maruziyet çeşitlerine göre DTUÖ puanlarının karşılaştırılması .....	90
Tablo 4.44	YAB varlığına göre defansif tıbbi uygulamaların karşılaştırılması.....	91
Tablo 4.45	Farklı sınıflamalara göre defansif tıbbi uygulama yapma durumu ile anksiyete arasındaki ilişki.....	92
Tablo 4.46	Katılımcıların defansif tıbbi uygulamaların nedenlerine ilişkin görüşlerine göre DTUÖ puanlarının dağılımı.....	93
Tablo 4.47	Hukuki süreçlere maruziyetlere göre katılımcıların DTUÖ puanlarının karşılaştırılması .....	94

Tablo 4.48	Hukuki süreç türlerini yaşama durumuna göre DTUÖ puanları.....	95
Tablo 4.49	En son yaşanan süreç tipine göre DTUÖ puanlarının karşılaştırılması	96
Tablo 4.50	Hukuki süreç yaşayan katılımcıların süreçten önceki ve sonraki defansif tıbbi uygulama düzeylerinin karşılaştırılması.....	97
Tablo 4.51	Hukuki süreç sonrasında katılımcıların defansif tıbbi uygulama yapma sıklıklarına verdikleri puan ve DTUÖ puanı arasındaki ilişki.....	98
Tablo 4.52	Hukuki sürecin çeşitli aşamalarında hissedilen kaygı puanı ile DTUÖ puanı arasındaki ilişki .....	99
Tablo 4.53	Hukuki süreci sona eren ve halen devam eden katılımcıların DTUÖ puanlarının karşılaştırılması.....	100
Tablo 4.54	Son yaşanan süreç türü ile DTUÖ puanı ilişkisi.....	101
Tablo 4.55	Süreci sonlanan katılımcıların son yaşadığı hukuki sürece göre DTUÖ puanlarının karşılaştırılması.....	102
Tablo 4.56	Sağlık problemi yaşama ile hukuki süreçlerin ilişkisi .....	103
Tablo 4.57	Hukuki süreç ilişkili en az bir sağlık sorunu yaşama durumuna göre DTUÖ puanlarının karşılaştırılması.....	104
Tablo 4.58	Hukuki süreç türlerine göre depresyon gelişme durumu .....	105
Tablo 4.59	Hukuki sürecin sonlanmasına veya devam ediyor olmasına göre süreçlerin neden olduğu düşünülen sağlık sorunları.....	107
Tablo 4.60	Hukuki süreç ilişkili sağlık sorunu yaşama durumuna göre YAB varlığı .....	108
Tablo 4.61	Hukuki süreç türleri ile öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edilmiş olmak arasındaki ilişki .....	109
Tablo 4.62	Fiziksel şiddet görmeye göre hukuki süreç tiplerini yaşama durumu	111
Tablo 4.63	Şikâyet etme veya dava açma tehdidi almaya göre öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edilme durumu .....	112

Tablo 4.64	Şikâyet veya dava tehdidi gruplarına göre öldürülme veya yaralanma tehdidi alma.....	113
Tablo 4.65	Şikâyet edilme veya dava açılmakla tehdit edilme sıklığına göre DTUÖ puanları .....	114
Tablo 4.66	Güncel kılavuzları kullanma sıklığına göre DTUÖ puanları.....	114
Tablo 4.67	YAB-7 puanları ile DTUÖ puanları arasındaki korelasyon .....	115
Tablo 4.68	Hukuki süreç yaşayan katılımcıların YAB-7 puanları ile DTUÖ puanları arasındaki korelasyon .....	115
Tablo 4.69	Hukuki süreç yaşama ihtimalinin katılımcıda hissettirdiği kaygı puanı ve DTUÖ puanı arasındaki ilişki.....	116
Tablo 4.70	Hasta bakılan yıl sayısı ile DTUÖ puanları arasındaki ilişki.....	117
Tablo 4.71	Defansif tıbbi uygulama yapma durumuna göre hasta bakılan yıl sayısının karşılaştırılması.....	117
Tablo 4.72	Hastada hekimi duygusal olarak çok olumsuz etkileyen komplikasyon gelişme durumuna göre defansif tıbbi uygulama çeşidi puanları .....	119
Tablo 4.73	Dahili ve cerrahi branştaki katılımcıların gerekli olandan daha fazla tahlil isteme durumu.....	120
Tablo 4.74	Tanıklık yapmak veya ifade verme durumuna göre endikasyonsuz hasta yatışı yapma davranışı .....	121
Tablo 4.75	Defansif tıbbi uygulamaların nedenlerine ilişkin katılımcı görüşlerine göre defansif tıbbi uygulama çeşitlerinin dağılımı .....	122
Tablo 4.76	Defansif tıbbi uygulamaların nedeni olarak hapis cezası alma ihtimalini gösterme durumuna göre bazı defansif tıbbi uygulama türlerinin karşılaştırılması.....	122
Tablo 4.77	Büyük miktarda tazminat ödeme ihtimalinin defansif tıbbi uygulamaların nedenlerinden biri olarak gösterme durumuna göre bazı defansif tıbbi uygulama türlerinin dağılımı .....	123

Tablo 4.78	YAB varlığına göre defansif tıbbi uygulama türlerinden alınan puanların karşılaştırılması.....	124
Tablo 4.79	Tazminat davası açılma durumuna göre daha az inisiyatif alma davranışı .....	125
Tablo 4.80	Son sürecin ceza davası olma durumuna göre defansif tıbbi uygulamalardan alınan puanların karşılaştırılması .....	126
Tablo 4.81	Hukuki süreç ilişkili şiddetli baş ağrısı yaşama durumuna göre defansif tıbbi uygulamalar .....	127
Tablo 4.82	Süreç ilişkili kardiyovasküler hastalık gelişimine göre defansif tıbbi uygulamalar .....	128
Tablo 4.83	Süreç ilişkili uyku bozukluğu yaşamaya göre daha az inisiyatif alma davranışı.....	129
Tablo 4.84	Süreç ilişkili herhangi bir olumsuzluk yaşama durumuna göre defansif tıbbi uygulama türleri.....	129
Tablo 4.85	Şikâyet edilmekle tehdit edilmeye göre yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma durumu .....	130
Tablo 4.86	Güncel kılavuzlara uyma sıklığına göre gerekli olandan fazla tahlil isteme durumu.....	131
Tablo 4.87	Güncel kılavuz kullanma sıklığına göre YAB görülme durumu .....	131
Tablo 4.88	Güncel kılavuz kullanım sıklığına göre YAB varlığı (ikili karşılaştırmalar) .....	132
Tablo 4.89	Mesleki neden dışında ek stres nedeni varlığına göre güncel kılavuz kullanma sıklığı.....	132
Tablo 4.90	Meslekten kaynaklanmayan bir nedenle stres yaşamaya göre bazı defansif tıbbi uygulamalar .....	133
Tablo 4.91	Hukuki süreçlere maruziyet tiplerine göre endikasyonsuz hasta yatışı yapma puanları.....	134

Tablo 4.92	Cinsiyete göre YAB görülme sıklığı .....	135
Tablo 4.93	CİMER'e veya hasta hakları birimine şikâyet edilen katılımcılar ile diğer katılımcıların YAB sıklığının karşılaştırılması.....	135
Tablo 4.94	Cinsiyete göre hukuki sürecin sonlanma zamanı ile YAB arasındaki ilişki .....	136
Tablo 4.95	Mesleki tecrübeye göre YAB sıklıklarının karşılaştırılması.....	137
Tablo 4.96	Hukuki süreç çeşitlerine göre YAB görülme durumu .....	138
Tablo 4.97	Aleyhinde dava açılmayan katılımcıların şikâyet edilme durumlarına göre YAB görülme durumu .....	139
Tablo 4.98	Dava açmak veya şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığına göre YAB görülme durumu.....	140
Tablo 4.99	Dava açmak veya şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığına göre YAB görülme durumu (ikili karşılaştırma).....	140
Tablo 4.100	Dava açmak veya şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığına göre dava açılma durumu .....	141
Tablo 4.101	Hukuki süreç ilişkili sağlık sorunları ve YAB arasındaki ilişki .....	142
Tablo 4.102	Kötü muameleye uğrama ve YAB arasındaki ilişki .....	143
Tablo 4.103	Hastasında katılımcıyı duygusal olarak çok olumsuz etkilemiş komplikasyon olma durumuna göre YAB sıklığı.....	144
Tablo 4.104	Son bir yılda mesleki nedenlerden kaynaklanmayan ve yüksek düzeyde strese neden olan olay yaşama ile YAB ilişkisi.....	144
Tablo 4.105	SHTK ek madde 18'in içeriğini bilme sıklığı.....	145
Tablo 4.106	Katılımcıların SHTK ek madde 18'in defansif tıbbi uygulamalarını hangi yönde etkileyeceğine ilişkin görüşleri .....	146
Tablo 4.107	Katılımcıların SHTK ek madde 18'in mesleki kaygıları üzerindeki muhtemel etkisine ilişkin görüşleri.....	146

Tablo 4.108 Periyodik olarak hukuk eğitimi alma isteği .....	147
Tablo 4.109 Katılımcıların aldıkları hukuk eğitiminin defansif tıbbi uygulamalarına muhtemel etkisi hakkındaki görüşleri.....	147
Tablo 4.110 Katılımcıların eğitimden faydalanma düzeyleri .....	148
Tablo 4.111 Defansif tıbbi uygulama yapma durumuna göre eğitimden faydalanma düzeylerinin karşılaştırılması.....	148
Tablo 4.112 YAB varlığına göre eğitimden faydalanma düzeylerinin karşılaştırılması .....	149
Tablo 4.113 Hukuki süreç yaşayan katılımcılarda defansif tıbbi uygulama puanlarını tahmin için oluşturulan lineer regresyon modeli .....	149
Tablo 4.114 Hukuki süreç yaşayanlar katılımcılarda YAB ile ilişkili faktörler ile oluşturulan lojistik regresyon modeli .....	150
Tablo 4.115 YAB'ı tahmine yönelik oluşturulan lojistik regresyon modeli.....	150

## ÖZET

Bu kesitsel çalışmada bir eğitim ve araştırma hastanesinde klinik branşlarda çalışan hekimlerin hukuki süreçlere maruziyetlerinin defansif tıbbi uygulamalar ve anksiyete ile ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır. 227 hekimden 151'i çalışmaya katılmayı kabul ederek gözlem altında bir anket formu doldurmuştur. Ayrıca her katılımcıya 2022 yılında getirilen ve hekimler aleyhinde tazminat davası açılmasını oldukça zorlaştıran Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ek madde 18'e ve bazı temel tıp hukuku bilgilerine dair hukuk eğitimleri yüz yüze verilmiş ve katılımcıların görüşleri sorulmuştur. Katılımcıların %70,2'si aleyhinde mesleği nedeniyle en az bir çeşit hukuki süreç başlatılmıştır. Oluşturduğumuz iki sınıflama esas alındığında katılımcıların %73,3-93,3'ü en az bir defansif tıbbi uygulama yaptığını belirtmiş ve hukuki süreç yaşamış olmak ile defansif tıbbi uygulamalar arasında ilişki bulunmamıştır. Katılımcıların %57,7'sinde olası yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) saptanmış ve defansif tıbbi uygulamalar ile ilişkili bulunmuştur. CİMER'e veya hasta hakları birimine şikâyet edilmiş olan katılımcılarda YAB sıklığı diğerlerinden daha fazladır. Hukuki süreç yaşayanların çoğu süreçten sonra defansif tıbbi uygulama sıklığının arttığını, süreç ile ilişkili sağlık problemleri yaşadığını bildirmiştir. Mesleki tecrübenin azlığı, hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissedilen kaygının artışı defansif tıbbi uygulama puanında artış ile ilişkili bulunmuştur. Katılımcıların çoğu hastalarından en az birinde kendilerini duygusal olarak çok olumsuz yönde etkileyen bir komplikasyon geliştiğini belirtmiş olup bu durum anksiyete ile ilişkili bulunmuştur. Defansif tıbbi uygulama puanı daha yüksek olan katılımcılar verilen hukuk eğitiminden daha çok yararlandığını belirtmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu düzenli olarak hukuk eğitimi almak istediğini belirtmiştir. Aslı olmayan şikâyetlere dayanarak hukuki süreçlerin başlatılmasına engel olunması hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hekimlerin hissettiği kaygıyı hafifleterek dava süreçlerinin hekimler üzerindeki olumsuz etkilerini ve defansif tıbbi uygulamalarını azaltabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Defansif tıbbi uygulama, Defansif tıp, Hatalı tıbbi uygulama, Hukuk eğitimi, Hukuki süreç

## **SUMMARY**

### **The Association Between Clinicians' Exposure to Legal Processes, Anxiety and Defensive Medicine**

This cross-sectional study aimed to investigate the relationship between physicians' exposure to legal processes and their defensive medical practices and anxiety levels among those working in clinical departments at a training and research hospital. Out of 227 physicians, 151 agreed to participate in the study and completed a questionnaire under observation. Additionally, each participant received face-to-face legal education about additional Article 18 (added to the Basic Law on Health Services in 2022), which significantly restricts the possibility of filing compensation lawsuits against physicians, as well as some basic medical law knowledge and their opinions were then gathered. Of the participants, 70.2% reported having been subjected to at least one type of legal process due to their medical practice. Based on two classifications developed in the study, 73.3–93.3% of participants reported engaging in at least one defensive medical practice. No significant relationship was found between experiencing legal processes and defensive medicine. Probable generalized anxiety disorder (GAD) was identified in 57.7% of participants and was found to be associated with defensive medicine and being complained about. Most participants who had undergone a legal process reported an increase in defensive medical practices and experienced health problems related to the process. Less professional experience and increased anxiety about the possibility of facing legal processes were associated with higher scores of defensive medical practices. Most participants stated that they had experienced at least one complication in a patient that emotionally affected them very negatively, which was found to be associated with anxiety. Participants with higher scores of defensive medical practices reported benefiting more from the legal education provided. A vast majority of participants expressed a desire to receive regular legal education. To reduce the liability pressure on physicians, it is essential to prevent the initiation of legal processes based on unfounded accusations and to provide physicians with legal education to familiarize them with legal processes.

**Keywords:** Anxiety, Defensive medicine, Legal process, Legal training, Malpractice

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Giriş

Hekimler üzerindeki hukuki sorumluluk baskısının -makul bir düzeyde olmak kaydıyla- eğitici ve hatalı tıbbi uygulama yapma ihtimallerini azaltıcı bir etkisinin olabileceği inkâr edilemez. Bununla birlikte son yıllarda sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden doğan uyuşmazlıkların sayısında görülen artış, hekimler üzerindeki sorumluluk baskısını tahammül edilmesi güç bir seviyeye getirmiştir (1,2). Öyle ki bu durum, sağlık hizmetlerinin gereği gibi yürütülmesine engel olmanın yanı sıra hem hastaların hem de hekimlerin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Zira kendisine karşı bir hukuki süreç başlatılması ve bir yaptırım ile karşılaşma ihtimalinden çekinen hekimler, hastaların sağlığını ve sağlık hizmetinin kalitesini olumsuz yönde etkileyen defansif tıbbi uygulamalara başvurabilmektedir (3,4). Dahası, gereğinden fazla düzeyde yaşanan hukuki sorumluluk baskısı hekimlerde anksiyete ve depresyonun yanı sıra hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar gibi patolojilerin gelişmesine yol açabilmektedir. Hekimlerin bedensel, ruhsal ve fiziksel yönden iyilik halleri sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkilediğinden (5,6), söz konusu sorumluluk baskısının defansif tıbbi uygulamalardan bağımsız olarak da hastaların sağlığı üzerinde olumsuz bir etkisinin bulunduğu söylenebilecektir.

Hastaların hak arama özgürlüğünün varlığından bahsedilebilmesi için sağlık hizmetlerinin kusurlu yürütülmesi halinde işletilebilecek hak arama yollarının varlığı zorunludur. Zira bu mekanizmaların temel amacı hastaların sağlığını korumak, tıbbi uygulamaların belirli bir standartta kalmasını sağlamak ve hasta memnuniyetini artırmaktır (4,5,7–10). Bununla birlikte hukuki sürece maruz kalan hekimlerde psikolojik ve fiziksel anlamda bazı olumsuz etkilerin görüleceği de açıktır ve AİHM'nin de Vasileva/Bulgaria kararında belirttiği üzere devletin hukuki süreçlerin hekimler üzerindeki olumsuz etkilerini asla göz ardı etmemesi gerekmektedir (5,11–13). Şu hâlde devlet, hekim aleyhine başlatılacak hak arama yollarının hukuki rejimini düzenlerken hastanın ve hekimin sağlık hakkı ile hastanın hak arama hürriyeti arasında makul bir denge kurmakla yükümlüdür.

## 1.2. Amaçlar

Türkiye’de bir eğitim araştırma hastanesinde klinik branşlarda görev yapmakta olan uzman doktor ve öğretim üyelerinin,

- Aleyhinde başlatılan hukuki süreç çeşitlerini, sayılarını ve bu süreçlere olan doğrudan ve dolaylı maruziyetlerini saptamak,
- Defansif tıbbi uygulamaları yapma durumlarını ve hangi uygulamalara daha sık başvurulduğunu saptamak, bu uygulamaların nedenlerini araştırmak,
- Anksiyete sıklığını saptamak, anksiyeteye yol açabilecek faktörleri araştırmak,
- Hukuki süreçlere maruziyet çeşitleri, defansif tıbbi uygulamalar ve anksiyete arasındaki ilişkiyi araştırmak,
- Yaşadıkları hukuki süreçlerden nasıl etkilenmiş olabileceklerini araştırmak,
- Defansif tıbbi uygulamalarını veya anksiyete düzeylerini etkileyebilecek diğer değişkenleri araştırmak,
- Sağlık Bakanlığı tarafından rücu davası açılabilmesi için görevin gereklerine aykırı hareket ettiğine dair kesinleşmiş ceza mahkemesi hükmünü gerekli gören ve 2022 yılında ihdas edilen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ek madde 18’i bilme durumlarını saptamak ve bu sorumluluk ihtimallerini azaltan bu hukuki düzenlemeyi biliyor olmanın defansif tıbbi uygulamalar ve anksiyete ile ilişkisini araştırmak,
- Hukuk eğitimi ihtiyaçlarını sorgulamaktır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Defansif Tıbbi Uygulamalar**

#### **2.1.1. Tanımı**

Defansif tıbbi uygulamalar veya defansif tıp (Defensive medicine) ilk defa Amerika Birleşik Devletleri literatüründe 1960'lı yılların sonlarına doğru ortaya çıkmıştır (14,15). Office of the Technology Assessment tarafından yapılan ve literatürde en yaygın olarak kullanılan tanıma göre defansif tıp, hekimlerin temel olarak (tek neden olmak zorunda değil) hatalı tıbbi uygulama sonucu kendisine karşı hukuki işlem başlatılacağı endişesiyle laboratuvar tetkikleri, tıbbi işlemler, hasta vizitleri yapmaları veya yüksek riskli belirli hastalardan veya işlemlerden kaçınmalarıdır (16).

Hershey'in tanımına göre ise, tıbbın defansif olarak uygulanması hukuki sorumluluk tehdidi nedeniyle hekimin doğru olduğunu düşündüğü ve genel kabul gören uygulamadan sapmasıdır. Bu uygulamalar iki şekilde ortaya çıkabilir. Hekim, bir tıbbi uygulamayı yapmaması durumunda hastada olumsuz bir sonuç gelişeceğinden ve olayı inceleyen tıbbi bilirkişinin müdahalenin gerekli olduğu halde yapılmadığına kanaat getirmesinden korkarak gerekmediğini düşündüğü halde çeşitli tetkikler isteyebilir veya müdahaleler yapabilir. Bunun yanı sıra hekim, aslında hastaya iyi geleceğini düşündüğü bir tıbbi müdahaleyi komplikasyon ortaya çıkması ve sonuç olarak hukuki sorunlara yol açması riskini yüksek görmesi nedeniyle yapmaması şeklinde de defansif tıbbi uygulama yapabilir (17).

Defansif tıbbi uygulamalar, ödenen sigorta primlerinin çok yüksek olduğu ülkelerde hatalı tıbbi uygulama davaları sonucunda hükmedilme ihtimali olan ve potansiyel olarak oldukça yüksek seviyelerde olabilecek tazminatların ve mesleki sorumluluk sigortası için verilen yüksek miktardaki sigorta primlerinin bir sonucu olarak görülebilmektedir (18,19).

Defansif tıbbi uygulamalar ABD’de daha çok hekimlerin tazminat ödeme korkusuna karşı geliştirdikleri bazı davranışlar olarak görülmekteyken, ABD’ye nazaran hekimlerin mali sorumluluk ihtimalinin oldukça düşük olduğu ülkelerde de defansif tıbbi uygulamaların sık görülmesi nedeniyle hekimlerin savunmacı davranışlarının farklı kaygılardan da kaynaklanabileceği belirtilmiştir (15,20–28). Nitekim Office of the Technology Assessment’ın defansif tıp tanımında da dava korkusunun yanı sıra başka sebeplerin de bu uygulamalara neden olabileceği ifade edilmektedir (16). Danimarka’da yapılan bir çalışmada hekimlerin hatalı tıbbi uygulama davası korkusuna ek olarak, başka dürtüler nedeniyle de defansif tıbbi uygulamaları yapabilecekleri belirtilmiştir (20).

Her ne kadar defansif tıbbi uygulama denildiğinde çoğunlukla akla hekimlerin uygulamaları gelse de Japonya’da yapılan bir çalışmada defansif tıbbi uygulamaların sadece sağlık çalışanlarına özgü olmadığı, bu tür uygulamaların hastane yönetimleri tarafından da yapılabileceği belirtilmektedir (27). Nitekim hastaneleri işleten tüzel kişilerin de hastalara tazminat ödeme ihtimallerinin varlığı göz önünde bulundurulduğunda bu açıklama oldukça makul görünmektedir.

### **2.1.2. Defansif tıbbi uygulamaların literatürde kullanılan diğer isimleri**

Kavramın ilk kez ortaya atıldığı ABD’de kullanılan tabir çoğunlukla *defensive medicine* yani defansif tıp olmakla birlikte literatürde en çok kullanılan tanımlardan birinin yazarı olan Hershey, *defensive practice of medicine* (tıbbın defansif olarak uygulanması) tabirini kullanmıştır (17,28). Bu kullanımların yanı sıra araştırmalarda *defensive medical practice* (defansif tıbbi uygulama), *defensive practice* (defansif uygulama) kavramları da kullanılmıştır (29,30). Türkiye’de yapılan araştırmalarda ise çekinik tıp, savunmacı tıp, defansif tıp, defansif davranış, defansif tıp uygulamaları ve defansif tıbbi uygulamalar tabirlerine rastlanmaktadır (13,31–36).

### **2.1.3. Çalışmamızda defansif tıbbi uygulamalar kavramını kullanmamızın sebebi**

Uluslararası kaynaklarda hekimlerin temelde aleyhinde hukuki süreç başlatılması kaygısı nedeniyle gerekmediği halde yaptığı veya gerekli olduğu halde yapmaktan kaçındığı uygulamaları nitelerken “defansif” sıfatının ortak olarak kullanıldığı görülmektedir. Türk Dil Kurumu sözlüğünde defansif kelimesinin anlamının savunmalı olduğu belirtilmektedir (37). Bununla birlikte Türkçe çalışmalarda savunmalı tıp veya savunmalı tıbbi uygulamalar tabirine rastlanmamış olup sadece bir çalışmada *savunmacı tıp* ibaresi kullanılmıştır. Başka bir çalışmada kullanılmış olan *çekinik tıp* tabiri ise çekinik kelimesinin çekingen anlamına gelen bir sıfat olması ve her şeyden çekinen, ürkek gibi manalarının olması itibariyle daha çok negatif defansif tıbbi uygulamaları çağrıştırmaktadır (31,37). Çekinik tıp tabirinin söz konusu uygulamaların tamamını kapsamına almayacağı düşünülerek çalışmamızda kullanılmamıştır. Türkçe dilinde yapılan çalışmalarda ortak bir kavramın kullanılmıyor olması ve defansif tıbbin çok çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmesi nedeniyle çalışmamızda “*defensive medical practice*” tabirinin Türkçe karşılığı olan “defansif tıbbi uygulama” ifadesi tercih edilmiştir.

### **2.1.4. Defansif tıbbi uygulamaların çeşitleri**

Defansif tıbbi uygulamalar hekimlerin güvence veya kaçınma davranışı yapabilmeleri nedeniyle pozitif ve negatif defansif tıbbi uygulamalar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (3,28).

#### **2.1.4.1. Pozitif defansif tıbbi uygulamalar**

Literatürde güvence davranışı (*assurance behavior*) veya korunma davranışı (*hedging behavior*) olarak da nitelendirilen pozitif defansif tıbbi uygulamalar sağlık personelinin belirli olumsuz sonuçlardan kaçınmak için gerçekleştirdiği ve aslında tıbbi gerekliliği olmadığını düşündüğü uygulamalardır (5,28,38). Bu uygulamaları gerçekleştiren sağlık personeli kanıta dayalı tıba ve mevcut rehberlere göre o hasta için yapılması gerekenden daha fazla tıbbi uygulamada bulunmaktadır. Örnek olarak

fazladan yapılan laboratuvar tetkikleri, biyopsiler, görüntüleme yöntemleri, fazladan ilaç reçete etmek, lüzum olmadığı halde veya gerekenden daha fazla sayıda konsültasyon istemek, hastanın daha uzun süre gözlem altında tutulması veya endikasyon olmaksızın yatırılması, hastanın gereksiz yere acil servise yönlendirilmesi, tıbbi belgelerin gerektiğinden daha ayrıntılı tutulması nedeniyle hastaya daha az zaman ayırmak, gerekmediğini düşündüğü halde hastaya invaziv girişim önermek, hastayı normal doğum yerine sezaryen ile doğuma yönlendirmek, hastayı sevk etmek veya hasta ve ailesinin dava açmasına engel olmak için onlarla uzun zaman geçirmek gibi bazı davranışlar verilebilir (3,38,39). Tıbben öldüğü kabul edilen hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon yapmak, hastanın şiddete uğradığından şüphelenmesine rağmen durumu sorgulamamak gibi pek çok davranış hekimin kendini koruma dürtüsüyle yapılması halinde defansif tıbbi uygulama olarak kabul edilmelidir (3,4,40). Bu davranışların dışında, olası bir uyuşmazlıktan kaçınabilmek amacıyla hekimlerin tıp hukuku eğitimi almaya yöneldikleri ve tıbbi kayıtlara çok daha önem vererek daha ayrıntılı kayıt tutmaya çalıştıkları görülmektedir (41). Hekimin gerekmediğini düşündüğü halde tetkik istemesinin en sıklıkla yapılan defansif tıbbi uygulamalardan biri olduğu belirtilmektedir (3,42).

#### **2.1.4.2. Negatif defansif tıbbi uygulamalar**

Literatürde kaçınma davranışı (avoidance behavior) olarak da adlandırılan negatif defansif tıbbi uygulamalar sağlık personelinin kendini koruma içgüdüsüyle aslında gerekli olduğunu düşündüğü halde olumsuz sonuçlarından çekinerek tıbbi müdahale yapmaktan kaçınması durumunda söz konusu olmaktadır. Bu uygulamalara örnek olarak komplikasyon riski yüksek müdahaleleri yapmamak ve yüksek riskli hastalara bakmaktan kaçınmak gibi davranışlar verilebilir (3,31,42)

#### **2.1.5. Defansif tıbbi uygulamaların tespiti**

Defansif tıbbi uygulamaların tespit edilmesi oldukça zordur. Zira iyi tıbbi uygulamanın nerede bittiği ve defansif tıbbi uygulamaların nerede başladığını ayırt etmek güçtür ve hekimlerin mesleki özerkliği gereği hangi uygulamayı fazladan

yaptığını veya yapmaktan kaçındığını kestirmek her zaman mümkün olmayabilir (17). Bu nedenle defansif tıbbi uygulamaları tespitiye yönelik olarak geliştirilen ölçekler veya yapılan çalışmalarla hekimlerin bireysel yanıtlarına göre bir durum saptaması yapılmaya çalışılmaktadır (5,43–45). Defansif tıbbi uygulamaların gerçek boyutunun anlaşılması çok zor olduğundan, çalışmalarda gösterilen sıklıkların gerçekte çok daha yüksek olma ihtimalleri vardır. Zira hekimlerin defansif tıbbi uygulamaları farkında dahi olmadan yapmaları mümkündür. Hatta hukuki süreç yaşama kaygısı hekimin mesleki yaşantısının öylesine ayrılmaz bir parçası olabilir ki hekimin kendisi bile bir süre sonra defansif tıbbi uygulama yaptığını ve bu uygulamalarının arkasındaki motivasyonu fark etmez hale gelebilir (16). Bahsedilen nedenlerle hekimlerin defansif tıbbi uygulamaları ne ölçüde yaptıkları kesin olarak ölçülemeyecektir.

#### **2.1.6. Defansif tıbbi uygulamaların yaygınlığı**

Türkiye’de ve diğer ülkelerde defansif tıbbi uygulamaların yaygınlığını ölçen çalışmaların büyük kısmı yalnızca belli bir tıbbi branşta çalışan hekimlere odaklanırken, bir kısım çalışmalarda farklı branşların defansif tıbbi uygulamaları birlikte araştırılmıştır. Defansif tıbbi uygulama sıklıkları branşlara göre farklılık göstermekle birlikte, genel olarak oldukça yüksek olup %98’e kadar çıkabilmektedir (44–51).

Her ne kadar branş özelinde defansif tıbbi uygulamaların sıklığını bilmek kıymetli olsa da branş ayırımı yapılmaksızın aynı çalışma ortamında ve aynı sorumluluk hukuku rejimine tabi olarak mesleğini icra etmekte olan hekimlerin defansif tıbbi uygulamalarını incelemek de bir o kadar kıymetli olacaktır. Zira hekimlerin birlikte çalıştığı meslektaşları ile paylaştığı kolektif anksiyete ve algıladıkları hatalı tıbbi uygulama davası açılma riski defansif tıbbi uygulama yapmalarının en önemli nedenlerindedir (3,52).

### **2.1.7. Defansif tıbbi uygulamaların nedenleri ve etkileyen faktörler**

Hekimlerin hastalarının tanı ve tedavilerine ilişkin karar verme süreçleri oldukça karmaşıktır ve pek çok faktörden etkilenebilir. Bu durum defansif tıbbi uygulamalara yol açma potansiyeli olan nedenlerin birbirinden bağımsız olarak düşünülmemesini gerektirir. Bir hekimin hastasının tanı veya tedavi sürecinde defansif tıbbi uygulama yapmayı tercih etmesi, bu uygulamaların daha avantajlı veya koruyucu olacağını düşündüren pek çok faktörün bir araya gelmesinin bir sonucudur (4). Hekimleri defansif tıbbi uygulama yapmaya iten etkenlerden bazıları hukuki süreç başlatılmasına engel olmak, toplumdaki ve meslektaşları arasındaki itibarını korumak, isminin medyaya yansımalarını engellemek, hatalı tıbbi müdahale yapmamak, kendine güveninin az olması, hastaları ile arasındaki güven ilişkisinin bozulmuş olması, hasta memnuniyetini sağlamak ve hasta ile münakaşa etmekten kaçınmaktır (3,4,30). Defansif tıbbi uygulamaların nedenleri hasta veya hekim ile ilişkili, yönetim veya toplumsal kaynaklı nedenler olabilmektedir (3).

#### **2.1.7.1. Mali veya cezai sorumluluk baskısı hissetmek**

Hekimlerin tıbbi uygulamalarından kaynaklanan uyuşmazlıklarda hekime karşı tazminat davası veya ceza davası açılması mümkündür. Tazminat davalarında hekim, büyük miktarda tazminat ödeme baskısı altındayken; ceza davalarında ise hapis cezası, adli para cezası gibi yaptırımlara maruz kalma korkusu içindedir. Yapılan çalışmalarda defansif tıbbi uygulamaların en önemli nedeninin söz konusu mali ve cezai sorumluluk baskıları olduğu ifade edilmektedir (3,16,30). Özellikle ceza davası açılan hekimlerin hemen hemen tamamında psikolojik yönde olumsuz etkilenme olabileceği göz önünde bulundurulduğunda cezai sorumluluk baskısının hekim üzerinde ne denli olumsuz etkiler oluşturduğu ve defansif tıbbi uygulamalara yol açabileceği anlaşılabilmektedir (53). Karıştırıcı faktörlerin kontrol edildiği bir çalışmada gerekmediği halde defansif tıbbi uygulama olarak sezaryen ameliyatı yapan kadın doğum uzmanlarına diğerlerine kıyasla daha az dava açıldığı belirtilmiştir. Ayrıca hasta için yapılan harcamaların artması ile hatalı tıbbi uygulama iddiası ile açılan davaların azaldığı ifade edilmiştir (54). Bu durum hekimlerin defansif tıbbi uygulamalar ile gerçekten de mali ve cezai

sorumluluk ihtimalini azaltıyor olabileceklerini düşündürmektedir. Sorumluluk baskısının yanı sıra hukuki süreçlerin salt kendisini yaşamak, sonucundan bağımsız olarak hekimlerin iyilik halini olumsuz yönde etkileyerek defansif tıbbi uygulama yapmaya başlamalarına sebep olabilmektedir (11,55).

Defansif tıbbi uygulamalar hekimlerin yaşayabilecekleri hukuki süreçler nedeniyle hissettikleri strese karşı geliştirilen bir kendini koruma mekanizması olarak görülebilir. Profesör Cannon'un geliştirdiği savaş ya da kaç (fight or flight) konsepti zamanla geliştirilerek savaş, kaç, don veya kabullen (fight, flight, freeze or fawn) modeline dönüşmüştür (56,57). Bu bağlamda savaşma güdüsü dava açılmaması amacıyla gerekmeyen tetkikler istemek, kaçma ve donma güdülerini hastanın sağlığı için gerekli olan ancak komplikasyon riski yüksek tıbbi müdahalenin yapılmaması, kabullenme güdüsü ise hasta aslında gerekli olmayan bir tetkiki talep ettiğinde münakaşadan kaçınmak amacıyla hastanın isteğini kabul etmek olarak karşımıza çıkabilir (30).

#### **2.1.7.2. Medyanın sağlık çalışanları hakkında yaptığı haberler**

Medyada hekimler hakkında yapılan haberler hekimlerin itibarını oldukça zedeleyebilmektedir. Henüz sonuçlanmayan uyuşmazlıklara ilişkin hekimleri küçük düşüren haberler yapılabilmekte veya hatalı tıbbi uygulamalara ilişkin davalar bir kazanç kapısı olarak gösterilebilmektedir (58). Yapılan abartılı veya yanlış haberler hastaların kendilerini sağlık çalışanlarının kurbanı olarak görmelerine neden olabilecek ve gereksiz yere sağlık çalışanlarını suçlamaya teşvik edebilecek niteliktedir. Hekimlerin başka meslektaşlarının medyada küçük düşürüldüğüne veya yüksek miktarda tazminat ödediğine ilişkin haberlere şahit olması, kendisinin de benzer bir süreci yaşama ihtimalinden çekinmesine ve defansif tıbbi uygulama yapmaya başlamasına neden olabilir (59,60). Zira hekim uyuşmazlıkta haklı taraf olsa bile henüz uyuşmazlık sonuçlanmadan olaya ilişkin suçlayıcı ve abartılı nitelikte haberler yapılması hekimin itibarını zedelemiş olacaktır.

Tıbbi bilgisi yeterli olmayan hastaların doğru haberi yanlıştan ayırt etmesi mümkün olmayabilir ve abartılı haberler onların sağlık çalışanlarına karşı önyargılı olmalarına yol açabilir. Bu durum hekimlerin defansif tıbbi uygulamaya yönelmelerine olan faktörlerden biridir (61).

### **2.1.7.3. Sosyal medyanın olumsuz etkisi**

Sosyal medya kullanımının son yıllarda oldukça yaygınlaşması ile hekimler ve hastalar arasında yaşanan pek çok uyuşmazlık sosyal medyaya akseder hale gelmiştir (62,63). Hasta veya hasta yakınlarının sosyal medya üzerinden hekimin itibarını zedeleyici ve aşağılayıcı paylaşımlar yapma ihtimalleri hekimlerin hasta ile tartışmaktan kaçınmasına ve defansif tıbbi uygulama yapmasına yol açabilmektedir (59,63).

### **2.1.7.4. Komplikasyon riski yüksek sağlık hizmeti vermek**

Sağlık hizmeti bünyesinde sıklıkla mortalite veya morbidite riski yüksek müdahaleleri barındırır. Özellikle klinik branşlarda çalışan hekimlerin gerçekleştirdikleri riskli tıbbi müdahalelerde komplikasyon oluşma ihtimali oldukça fazla olabilir. Tıbbi müdahaleyi tıp biliminin gereklerine uygun olarak ve gerekli tüm dikkat ve özeni göstererek yapan bir hekimin gerçekleştirdiği müdahale sonucunda bile komplikasyon gelişmesi ihtimali her zaman vardır. Buna karşın bazı hastalarda artık teknolojinin ve tıbbın çok ilerlediği, doğru ve özenli bir müdahale yapılmış olsaydı bu olumsuz sonucun asla gerçekleşmeyeceği, dolayısıyla müdahaleyi gerçekleştiren hekimin kabahatli olduğu görüşü mevcuttur (64). Bir hastanın tıbbi bakımı ne kadar karmaşık hale gelirse müdahaleye bağlı mortalite ve morbidite riski de bir o kadar artacaktır (65,66). Komplikasyon riski yüksek hasta veya müdahale söz konusu olduğunda advers olay gelişme riski ve dolayısıyla hukuki uyuşmazlık yaşama ihtimali artacağından hekimler daha fazla kaçınma davranışında bulunacaktır (28). Örneğin İtalya'da yapılan bir çalışmada psikiyatristlerin intihara veya şiddet uygulamaya meyilli hastalara bakmaktan kaçındıkları belirtilmektedir(67). Bu durum

asında en çok tıbbi hizmete ihtiyaç duyan hastaların mağdur olmasına sebep olabilecek önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

#### **2.1.7.5. Tanı ve tedavi için hastaya ayrılan sürelerin kısılması**

Hekimlerin hastalarının tanı ve tedavisi için yeterli zaman ayıramamaları defansif tıbbi uygulamalara yol açan faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (59,63,64,68). Bu durum hem hekimin doğru tıbbi karar vermesini zorlaştırmakta hem de hasta memnuniyetini azaltmaktadır (69,70). Yapılan çalışmalarda hekimlerin hastalarına daha fazla vakit ayırdıklarında anamnezi daha ayrıntılı aldıkları, daha sık sağlık taraması yaptıkları ve sağlık eğitimi verdikleri bulunmuştur (71–73). Hastaya yeterli süre ayıramayan hekim hata yapma ihtimalinin arttığını düşünerek daha temkinli olabilecek ve defansif tıbbi uygulama yapmaya yönelebilecektir.

#### **2.1.7.6. Hekim ve hasta arasındaki güven ilişkisinin bozulması**

Hekimlerin hastaları ile arasındaki güven ilişkisinin bozulması defansif tıbbi uygulamalara yol açabilmektedir (3). Farklı davranış paternleri olan hastaları temsil eden videolar kullanılarak yapılan bir deneysel çalışmada hekimlerin hastanın dava açma potansiyelini fazla gördüklerinde daha fazla defansif tıbbi uygulama yaptıkları belirtilmiştir (74).

#### **2.1.8. Defansif tıbbi uygulamaların halk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri**

Pozitif defansif tıbbi uygulamaların hekimin kendisini hukuki süreçlere karşı korumasına yardımcı olabildiği ancak hastaların sağlık durumlarına herhangi bir faydası olmadığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (54,61,75,76).

En sık yapılan defansif tıbbi uygulamalardan olan gerekmediği halde görüntüleme yöntemlerine başvurmak hastaların gereksiz yere radyasyona maruz kalmalarına ve kontrast madde almalarına yol açmaktadır. Yapılan bir çalışmada acil serviste çalışan hekimlerin hatalı tıbbi uygulama iddiası ile dava açılmasından çekindikleri için minör kafa travması olan çocuklarda bilgisayarlı tomografi

isteyebileceği belirtilmiştir (77). Defansif tıbbi uygulama olarak akciğerin direkt görüntüleme yerine bilgisayarlı tomografi ile görüntülenmesi hastanın 70 kat daha fazla radyasyona maruz kalması anlamına gelmektedir (78). Brenner ve Hall bilgisayarlı tomografi sonucu hastaların maruz kaldığı radyasyonun ABD'deki kanserlerin %1,5-2'sinin temelinde yatan neden olduğunu ifade etmiştir (79).

Dünya çapında sezaryen ile doğum sıklığı gün geçtikçe artmakta ve Türkiye sezaryen ile doğum sıklığı bakımından OECD ülkeleri arasında ilk sırada yer almaktadır (80). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 verilerine göre Türkiye'de gerçekleştirilen canlı doğumların %60,1'i sezaryen ile doğumdur (81). DSÖ tarafından sezaryen ile doğum sıklığının %10-15'in üzerinde olması durumunda anne ve bebek ölüm hızlarının azalmayacağı belirtilmiştir (82). Dahası, tıbbi endikasyon olmadan yapılan sezaryenler bebeğin ve annenin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (83). Türkiye'de kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile yapılan bir çalışmada sezaryen ile doğum sıklığının yüksek olmasının hukuki süreçlere dair kaygılar ile ilişkili olup olmadığı sorulmuş ve hekimlerin %88'i ilişkili olduğunu belirtmiştir (45).

Son zamanlarda sağlık sisteminin en büyük problemlerinden biri olan antibiyotik direnci sorunu da hekimlerin aslında gerekmediğini düşündükleri halde reçete ettikleri antibiyotikler ile daha da kronik bir hal alabilecektir (84).

Defansif tıbbi uygulamaların hastaları en olumsuz etkileyecek yönlerinden biri ise hekimlerin komplikasyon riski yüksek ve karmaşık tıbbi sorunları olan hastalara müdahale etmekten çekinmesi veya sevk etmesidir. Bu durumda aslında sağlık hizmetine en çok ihtiyaç duyan toplum kesimi maalesef gereken bakımdan mahrum kalabilecek ve zarar görebilecektir (34).

### **2.1.9. Defansif tıbbi uygulamaların sağlık hizmeti maliyetleri üzerindeki etkisi**

Defansif tıbbi uygulamaların yaygınlığını tam olarak ölçmek mümkün olmadığı için hangi uygulamaların hekimin kaygılarından, hangilerinin tıbbi gerekliliklerden kaynaklandığı kesin olarak tespit edilememektedir. Bununla birlikte araştırmalar defansif tıbbi uygulamaların tespit edilen kısmının bile ne kadar büyük

bir mali yük oluşturabileceğini göstermektedir (46,85,86). Bir çalışmada ise hastaların tanı ve tedavisine ilişkin harcamaların %10'unun kısmen, %2,9'unun ise salt defansif tıbbi uygulamalardan kaynaklandığı ifade edilmiştir (87). Başka bir çalışmada ise defansif tıbbi uygulamaların ABD'ye yıllık 45,6 milyar dolara (2008 yılı için) mal oluyor olabileceği belirtilmiştir (88). Fazladan istenen tetkikler, yapılan müdahaleler ve gerekli olmayan hasta yatışlarının sağlık harcamaları üzerinde oluşturduğu yük nispeten daha kolay anlaşılabilir olsa da, gereken tedavi hizmetini alamayan hastalar bakımından ortaya çıkan hastalık yükünün defansif tıbbi uygulamaların belki de en büyük mali kayba neden olan yönü olması mümkündür. Sonuç olarak gerekmediği halde yapılan tıbbi uygulamalar veya ihtiyacı olan hastaların gereken sağlık hizmetini alamamasının oluşturduğu maliyetler kaynakların gerçekten ihtiyaç duyulan alanlara aktarılmasına engel olmaktadır (89–91).

## **2.2. Türk Hukuk Sisteminde Hekimlere Karşı Mesleki Uygulamaları Nedeniyle Başlatılabilecek Hukuki Süreçler**

Türk hukukunda bir hekimin mesleğinin icrası nedeniyle idari, mali ve cezai olmak üzere üç çeşit sorumluluğu doğabilmektedir. Bu nedenle hasta ve hasta yakınlarının, kendilerine sunulan sağlık hizmetleriyle ilişkili olarak hekimler aleyhinde başlatabilecekleri çok sayıda hukuki süreç bulunmaktadır. Bu hukuki süreçlerin aşamaları, uzunlukları ve yaptırımlarının ağırlığı birbirinden farklı olduğundan yaşanan süreç çeşidine göre hekimin duygusal etkileniminin farklı olması beklenebilecektir. Söz gelimi yalnızca hasta hakları birimine şikâyet edilmiş bir hekimin deneyimledikleri ile aleyhinde ceza davası açılmış bir hekimin yaşadıkları birbirinden çok farklı olacaktır. Bu bakımdan çalışmada sorgulanan hukuki süreçleri yaşayan hekimlerin sağlıklarının ve mesleki uygulamalarının ne yönde etkilenebileceğinin anlaşılabilmesi için söz konusu hukuki süreçlerden kısaca bahsedilmesi gerekmektedir.

## **2.2.1. Disiplin süreçleri**

### **2.2.1.1. Türk Tabipleri Birliği tarafından yürütölen**

Hekimlik mesleğini icra etmekte olan her hekim 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu ve Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği uyarınca, hekimlik etiğine uymayan ve yönetmelikte ayrıntıları belirtilen davranışları yapması durumunda söz konusu yönetmelikteki disiplin cezası yaptırımını ile karşılaşabilir. Yönetmeliğin ikinci bölümünde disiplin suçları ve cezaları düzenlenmiştir. Sayılan disiplin cezaları uyarma cezası, para cezası, geçici olarak meslekten alıkoyma cezası, oda bölgesinde çalışmanın yasaklanmasıdır. İlgili hekimin tekrar disiplin suçu işlemesi halinde bu cezalar tekrar verilebilmektedir

### **2.2.1.2. Disiplin amirleri veya kurulları tarafından yürütölen**

Kamu hizmetlerinin gereği gibi yürütölmeye amacına aykırı olarak 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu (DMK) m. 124 ve 125'te belirtilen davranışları gerçekleştiren kamu çalışanı hekimlere verilecek disiplin cezaları DMK m. 125'te düzenlenmiştir. Bu cezalar uyarma, kınama, aylıktan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması, devlet memurluğundan çıkarma cezalarıdır. Bu cezalar devlet memuru olmadığından özel hastanelerde çalışan veya bağımsız olarak hekimlik mesleğini icra eden hekimlere verilemeyecektir.

## **2.2.2. Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER) şikâyetleri**

Başbakanlık İletişim Merkezi'nin (BİMER) Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemine geçilmesi sonrasında kapatılmasıyla Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER) kurulmuştur. CİMER'in esas amacı, kendilerine ulaştırılan her türlü görüş, öneri, şikâyet ve ihbarları ilgili kurum ve kuruluşlara doğrudan yönlendirmek ve çözölmesini sağlamaya çalışmaktır (92). Hasta ve hasta yakınları da sağlık çalışanları hakkında tıbbi uygulamaları nedeniyle CİMER üzerinden şikâyette bulunabilmektedir (93). Şikâyetler hastane yönetimi tarafından değerlendirilerek hekimden şikâyet ile ilgili olarak kendini savunması istenilebilmektedir. Şu hâlde CİMER üzerinden

hekimin şikâyet edilmesi halinde idarenin başlatabileceği disiplin soruşturması sonunda hekimin disiplin cezası alması söz konusu olabilir.

### **2.2.3. Hasta hakları birimine şikâyet**

Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta haklarını korumaya yönelik olarak hasta hakları birimleri kurulmuştur. Hasta Hakları Yönetmeliği m. 42/A'ya göre haklarının ihlal edildiğini iddia eden veya sorun yaşayan bir hastanın hasta hakları birimine başvurması gerekir. Yerinde çözüme kavuşturulamayan başvurular değerlendirilmek üzere hasta hakları kuruluna gönderilir. Bu kurul hatalı tıbbi uygulama iddialarını değerlendiremez (m. 42/C-1). Kurul başvuru hakkında 30 gün içerisinde karar alır (m. 42/C-d). Hak ihlali olduğu yönünde karar alınmışsa, durum şikâyet edilen sağlık çalışanın bağlı olduğu idareye bildirilir ve idare disiplin sürecini başlatır (94).

### **2.2.4. Kamusal sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler aleyhinde açılacak davalar**

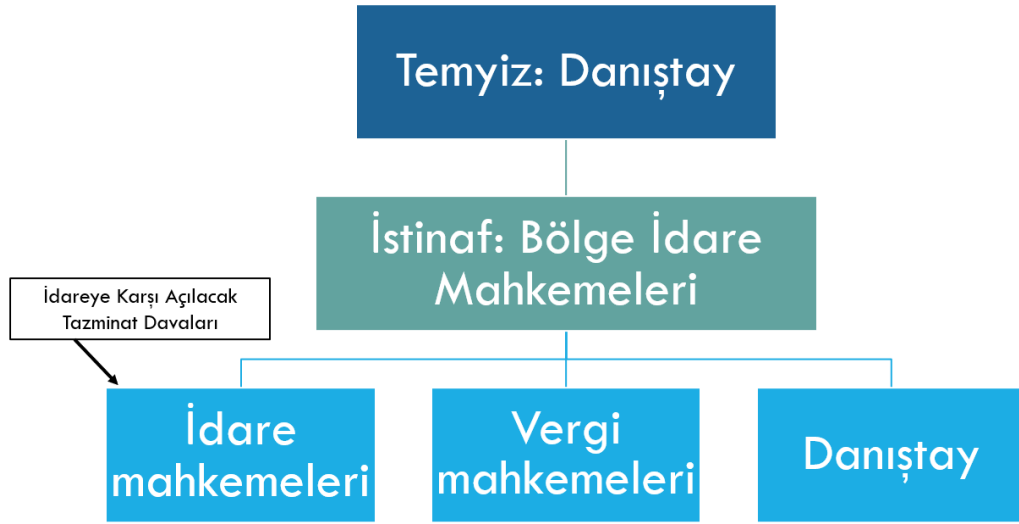
Hastalar tanı ve tedavi süreçlerinde görev alan bir hekime karşı tıbbi müdahalelerinden ortaya çıkan zararlar nedeniyle tazminat davası açabileceği gibi, müdahalelerinin Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) tanımlanan bir suç teşkil etmesi halinde hekim aleyhinde ceza davası açılması da mümkündür.

#### **2.2.4.1. Tazminat davaları**

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 40. ve 129. maddeleri ve DMK'nın 13. maddesi uyarınca Türkiye'de yürürlükte bulunan "kanuni teminat sistemi" gereğince, kamu görevlisinin yetkilerini kullanırken verdiği zararlardan dolayı mali sorumluluğu, ancak idarenin kamu görevlisine karşı açacağı rücu davası yoluyla gerçekleşebilmektedir. Zira Anayasanın 129. maddesinin 5. fıkrasına göre "*Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir.*" Ayrıca DMK'nın 13. maddesinde "*Kurumun, genel hükümlere göre sorumlu personele rücu hakkı saklıdır*"

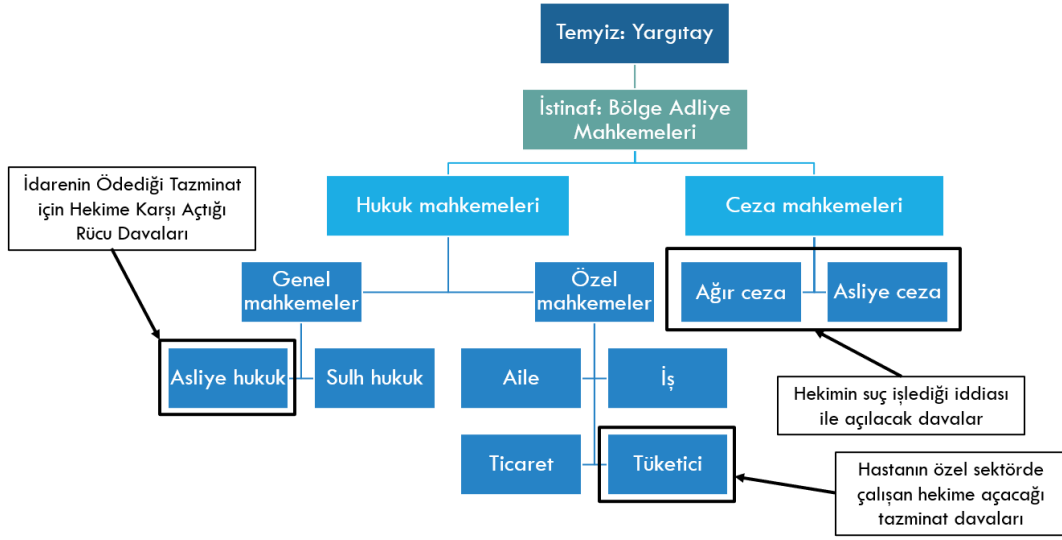
ifadelerine yer verilmiştir. Yüksek yargı mercilerine göre bu hükümde yer alan “genel hükümler” ibaresi ile “borçlar hukukunun haksız fiil hükümleri” kastedilmektedir ve dolayısıyla söz konusu rücu davasında adli yargı mercileri görevlidir<sup>1</sup>.

Şu hâlde kamusal sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personellerinin yetkilerini kullanırken hastalar üzerinde neden olduğu zararlar dolayısıyla hastalar ya da hasta yakınları, ancak ilgili idareye (örneğin Sağlık Bakanlığına) karşı idari yargıda tazminat davası açılabilir. Bu bağlamda ilgili idare, hasta ya da hasta yakınlarına ödediği tazminatı rücu etmek için zarara neden olan sağlık personeline adli yargıda hakız fiil hükümleri çerçevesinde rücu davası açabilecektir.



**Şekil 2.2.1** Kamu kurum ve kuruluşlarında veya üniversitede çalışan hekimin tıbbi müdahalesinden doğan zararlarda idareye karşı açılacak tam yargı davasının görüleceği merci

<sup>1</sup> Yargıtay 4. Hukuk Dairesi, Karar Sayısı: 1985/9399, Esas Numarası: 1985/7369, Karar Tarihi: 14.11.1985, <https://lib.kazanci.com.tr>; Uyuşmazlık Mahkemesi, Karar Sayısı: 2000/20, Esas Numarası: 2000/14, Karar Tarihi: 12.6.2000, RG: 27.7.2000-24046.



**Şekil 2.2.2** Hekim aleyhinde açılacak rücu davalarının ve ceza davalarının görüleceği mahkemeler

#### 2.2.4.1.1. Rücu davaları ile ilgili yeni dava şartı

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na (SHTK) 12.5.2022 tarihinde ihdas edilen ek madde 18/2’e göre Sağlık Bakanlığına bağlı kamusal sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personellerinin fiillerinden kaynaklanan bir zarar nedeniyle Bakanlık aleyhine tazminata hükmedilmiş olması durumunda, Bakanlık tarafından ilgili personele söz konusu zararın tazmini istemini içeren bir rücu davası açılabilmesi için ilgili tazminatın ödenmesinden itibaren bir yıl içinde Bakanlık bünyesinde bulunan Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından ilgili personele rücu edilebileceğine dair bir karar verilmesi gerekmektedir. İlgili kanun maddesinin 2. fıkrası bu konuya ilişkin olarak şu ifadeleri içermektedir:

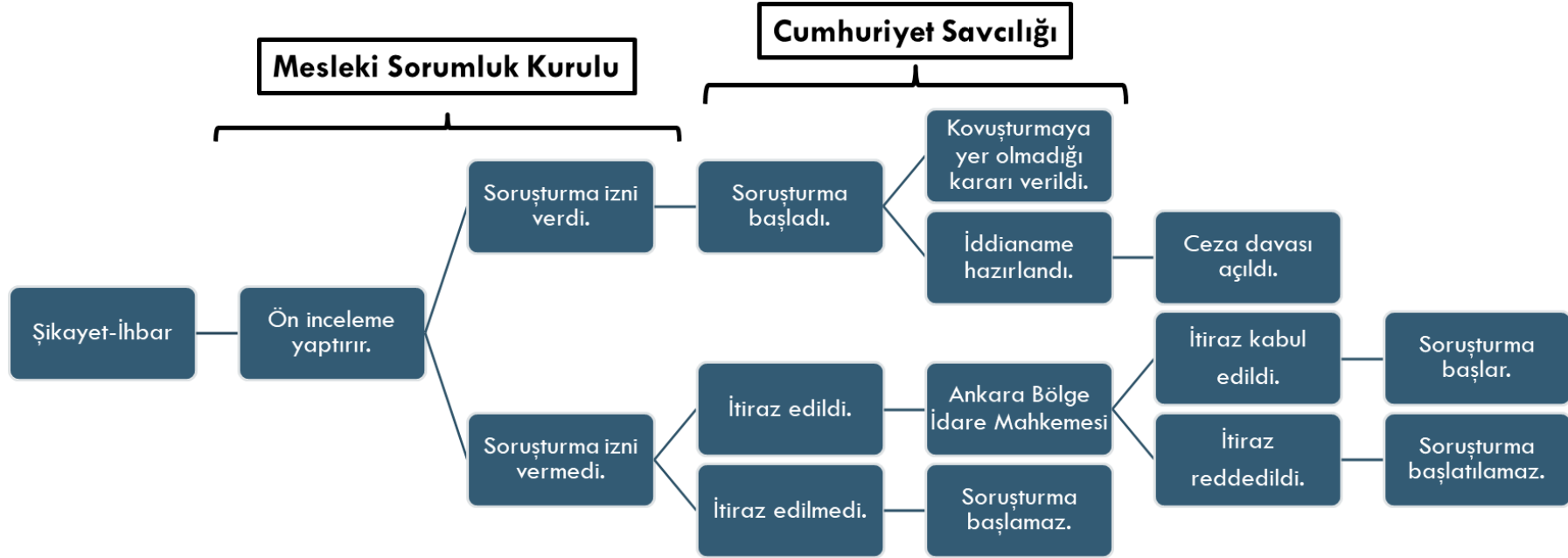
*“Kamu kurum ve kuruluşları ve Devlet üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle idare tarafından ödenen tazminattan dolayı ilgisine rücu edililmeyeceğine ve rücu miktarına, ilgilinin görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullanıp kullanmadığı ve kusur durumu gözetilerek Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından bir yıl içinde karar verilir.”*

Bu kararın verilebilmesi için ise ilgili sağlık personelinin görevin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullandığı kesinleşmiş bir ceza mahkemesi kararı ile ortaya konmuş olmalıdır. Nitekim 15.06.2022 tarihinde SHTK'nın ek madde 18'in uygulanması için çıkarılan Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbi İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'in "Davanın ihbarı ve rücu" başlıklı m. 12/2'ye göre "Rücu istemi, kamu kurum ve kuruluşları ve Devlet üniversitelerinde görev yapan sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar sebebiyle idare aleyhine açılan davada mahkeme kararına göre idarece ödenen meblağın; ancak kasten görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullandığı kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı ile tespit edilmesi halinde ilgili sağlık meslek mensubundan tazminata konu olaydaki kusur oranı gözetilerek Kurul tarafından belirlenen miktarının ödenmesinin istenilmesidir."

Yukarıdaki mevzuat hükümlerinden yola çıkılarak Sağlık Bakanlığının hekimler aleyhine rücu davası açabilmesinin iki adet kümülatif şartı bulunduğu söylenebilir. İlk olarak hekimin kasten görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullandığının kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı ile tespit edilmesi gerekmektedir. İkinci olarak ise Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından ilgili personele rücu edileceği yolunda bir karar verilmiş olması gerekmektedir.

Yukarıda açıkladığımız dava şartları, yalnızca kamusal sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelleri bakımından geçerli olup, özel sağlık kuruluşlarında ya da bağımsız olarak çalışan sağlık personelleri bakımından söz konusu değildir.

## 2.2.4.2. Ceza davaları



Şekil 2.2.3 Sağlık meslek mensupları aleyhinde ceza davası açılmadan önceki aşamalar (Yükseköğretim Kanununun 53. maddesindeki soruşturma usulüne tabi olanlar hariç)

#### **2.2.4.2.1. Ceza soruşturması**

Anayasa m. 129/6'ya göre memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında ceza kovuşturması yapılabilmesi için izin alınması gerekmektedir. Sağlık personeli aleyhinde yapılan şikâyet veya ihbar sonrasında cumhuriyet savcılığı tarafından ceza soruşturması başlatılabilmesi için 7406 sayılı kanun ile yapılan değişiklik gereği oluşturulan Mesleki Sorumluluk Kurulundan soruşturma izni alınması gerekir. Kanun değişikliği öncesinde sadece kamuda çalışan hekimler bakımından İl İdare Kurulu'ndan soruşturma izni alınması gerekirken, değişiklik sonrasında kamuda çalışan veya çalışmayan sağlık meslek mensupları için olan bu ayırım kaldırılmış ve soruşturma izni alınacak merci Mesleki Sorumluluk Kurulu olarak belirlenmiştir. Mesleki sorumluluk kurulu soruşturma izni verme sürecinde ön incelemeci tayin edebilir. Soruşturma izni verilmesine veya verilmemesine yönelik Mesleki Sorumluluk Kurulu kararlarına karşı kararın tebliğinden itibaren on gün içinde Ankara Bölge Adliye Mahkemesi'ne itiraz mümkündür.

Soruşturma izni verilmesinden sonra Cumhuriyet savcılığı soruşturmayı yürütmeye başlar ve sağlık personeli şüpheli sıfatını alır. Soruşturmayı yürüten Cumhuriyet savcısı yeterli suç şüphesine ulaşması durumunda bir iddianame hazırlayarak mahkemeye sunar ve ceza kovuşturması aşamasına geçilir. Yeterli suç şüphesine ulaşılmaması durumunda kovuşturmaya yer olmadığına karar verilir.

#### **2.2.4.2.2. Ceza kovuşturması**

Savcılık tarafından iddianamenin hazırlanması ve mahkemeye sunulması sonrasında kovuşturma aşaması başlar. Sağlık meslek mensuplarının işleyebilecekleri başlıca suçlar yaralama ve öldürme suçları, görevi kötüye kullanma suçu ve belgede sahtecilik suçlarıdır. Özellikle kendisine karşı dava açılacağından şüphelenen hekimler hasta dosyalarında bulunan eksiklikleri düzeltmek için sonradan belgelerde değişiklik yapabilmektedir. Bu durumda belgede sahtecilik suçları oluşacaktır.

Mahkeme savcılığın suç nitelemesi ile bağlı olmayıp başka bir suçtan da hüküm kurulabilir. Kasten işlenen bir suç ile ilgili hüküm kurulması ve bu hükmün kesinleşmesi halinde hekime karşı rücu davası açılacaktır.

### **2.2.4.2.3. Ceza kovuşturmasında hükmedilebilecek yaptırımlar**

Sağlık meslek mensuplarının mesleklerinin icrası esnasında işleyebileceği suçlar ve öngörülen yaptırımlar TCK'da düzenlenmiş olup bu yaptırımlardan ilki hapis cezasıdır. Basit tıbbi müdahale ile giderilebilir kasten yaralama veya taksirle yaralama suçlarında adli para cezasına da hükmedilmesi mümkündür. Hapis cezasının söz konusu olması durumunda hükmedilen cezanın ertelenmesi veya hükmün açıklanmasının geri bırakılması söz konusu olabilir.

### **2.3. Hastaların Hekimlere Karşı Hukuki Süreç Başlatma Nedenleri**

Hatalı tıbbi uygulama iddiası ile açılan dava sıklığında 1900'lü yılların sonlarından bu yana dünya çapında görülen artış aslında insan hakları kavramının da son yüzyılda gelişmesi ile bağlantılıdır. İnsan hakları kavramının gelişmesiyle birlikte toplumlarda hak arama davranışı sıklaşmaya başlamıştır ve eskiden dava konusu olmayacak hususlar hakkında da hak aranabileceği düşüncesi yaygınlaşmıştır.

Gelişen teknolojiye rağmen genel toplumun sağlık okuryazarlığının düşük olması, tıp biliminin yapabileceklerinin belli bir sınırı olduğunun anlaşılabilmesi, usulüne uygun yapılan bir tıbbi müdahalenin her zaman mükemmel sonuçları olması gerektiği inancı, hastanın hekim ile yaşadığı iletişim problemleri, malpraktis davalarının bir kazanç kaynağı olarak görülmeye başlanması, medyanın doğruluğu kanıtlanmamış olayları abartarak ve hekimi haksız göstererek haberleşmesi gibi nedenlerle hastalar hekimler aleyhinde hukuki süreç başlatabilmektedir (3,61,95-98).

### **2.4. Hukuki Süreçlerin Hekimler Üzerindeki Etkileri**

#### **2.4.1. Olumsuz etkiler**

##### **2.4.1.1. Adaletsizlik hissi duyma**

Hastaları tarafından şikâyet edilen hekimlerle yapılan niteliksel bir çalışmada hukuki bir sürecin hekim üzerinde ne gibi etkileri olabileceği sorgulanmıştır. Hekimlerden bazıları hastaların şikâyet sebeplerinin temelde para kazanma arzusu veya sağlık okuryazarlığı seviyelerinin düşük olması nedeniyle durumu

kavrayamamaları olduğunu ifade etmiştir. Hekimler bilgi ve becerilerinin gerektirdiği her şeyi yapmalarına rağmen şikâyet edildiklerini, kompleks ve tedavi edilmesi zor vakalarda komplikasyon riskinin zaten var olduğunu söylemiştir. Ayrıca hukuki süreci yürüten meslektaşlarının veya idarenin olayla çok yüzeysel ilgilendiğini, yargısal mercilerin gerçeği anlamaya çalışmadıklarını ve bu nedenle kendilerini haksızlığa uğramış ve adaletsiz bir sürece dahil olmuş hissettiklerini belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra hukuki süreç yaşayan bazı hekimler hastane yönetimi tarafından yeterli desteği almadığını veya hastane yönetimi tarafından aksi kanıtlanana kadar kendilerine suçluymuş gibi muamele edildiğini bildirmişlerdir (99). Diğer bir niteliksel çalışmada bir katılımcı hastasıyla ilgili olarak bu kadar çalıştığı ve uğraş gösterdiği halde hukuki süreç yaşamasının çok manasız olduğunu ve kendini çaresiz hissettiğini belirtmiştir (100). Başka bir çalışmada hekimler şikâyet sürecinde kendilerini mağdur olmuş ve zorbalığa uğramış hissettiklerini ifade etmişlerdir (7). Hastane yönetimlerinin defansif tıbbi uygulamalar ile mücadeledeki önemini belirten bir derlemede bu uygulamaları ve dava sayılarını azaltmak bakımından idarelerin rolünün ne denli önemli olduğu vurgulanmıştır (101). Bu bakımdan hastane yönetimlerinin hukuki süreçlerde adaletli bir ortam oluşturmasının, süreçlerin adil ve şeffaf bir şekilde yönetilmesinin önemi anlaşılmaktadır. Zira bir hukuki uyuşmazlık söz konusu olduğunda adil bir sürecin işletilmeyeceğine inanan bir hekimin kendini korumak zorunda hissetmesi ve defansif tıbbi uygulama yapması söz konusu olabilecektir.

#### **2.4.1.2. Sağlık sorunları yaşama**

Hukuki süreçler tarafların psikolojilerini olumsuz yönde etkileyebilecek süreçlerdir ve özellikle tıbbi uygulamaları nedeniyle kendilerine karşı dava açılan hekimler üzerinde yıkıcı etkileri olabilmektedir (102). Hukuk alanı tıp mesleğine oldukça uzak bir disiplindir ve çoğu hekimin hukuki süreçler ile ilgili neredeyse hiç bilgisi bulunmamaktadır (103). Bu nedenle hukuki prosedürlere girmek, tedirgin olduğu bir ortamda kendisini savunmak zorunda kalmak hekimler için oldukça zordur. Hukuki süreç ile ilgili tebligatları alan, savcılığa giderek ifade veren veya duruşmaya çıkan hekimler kendi isimleri ile ceza davası, tazminat davası ifadelerini bir arada gördüğünde bu durumdan oldukça olumsuz etkilenebilecektir. Hak etmediğini düşündüğü halde kendisi veya meslektaşlarından biri aleyhinde hukuki süreç

başlatılan ve bu nedenle adaletsizlik duygusu hisseden bir hekim sonraki meslek hayatında yanlış hiçbir şey yapmasa bile olası bir uyuşmazlıkta hatalı bulunabileceği korkusunu hissedebilmektedir (99).

Hukuki süreçleri yaşayan hekimler aksi kanıtlanana kadar suçlu olduklarının varsayıldığını ve kendilerine bu şekilde davranıldığını belirtebilmektedirler (100). Yapılan bir çalışmada hastası tarafından şikâyet edilen bir hekim bir daha hiçbir şeyin eskisi gibi olamayacağını, yaşadığı süreci aklından çıkaramadığı için tatilde bile dinlenemediğini ifade etmiştir. Aynı çalışmada başka bir hekim dava açıldıktan sonra korku dolu biri haline geldiğini ve hastalara tek başına müdahale etmekten ve majör girişimler yapmaktan kaçındığını belirtmiştir. Bazı hekimler ise yapması gereken her şeyi yaptığını bildiği için davadan hiç etkilenmediklerini söylemektedir (99). Hekimlerin hukuki süreç yaşamaya karşı gösterdikleri bu farklı tepkiler ve deneyimler, hekimlerin kişilik yapısı ile ilgili olabilir. Bununla birlikte çoğu hekimde hasta veya hasta yakınlarının şikâyetleri duygusal bir çığ etkisi oluşturmaktadır (104).

Hukuki süreçlerin hekimlerde yüksek düzeyde strese neden olması oldukça sıkıntılı bir durumdur. Yüksek stres seviyesi hekimlerin zihinsel becerilerini olumsuz etkileyebilmektedir. Hekimin yaşadığı yüksek düzeydeki stres hafızasını zayıflatabilir, sinirlenme eşiğini düşürebilir, karar verme kapasitesini azaltarak hafıza, konsantrasyon ve dikkat üzerinde olumsuz etkileri olabilir. Bu durumda hekimlerin yüksek düzeyde stres yaşamasının verdikleri sağlık hizmetinin kalitesini düşüreceği ve yeni hatalara yol açabileceği açıktır (105–107). Hukuki süreç başladıktan sonra hekimlerin mesleki bilgilerine duydukları güvenin azaldığı ve tıbbi uygulamalarından emin olamadıkları sıklıkla gözlenmektedir (99,108,109). Mesleki bilgi ve becerilerine eskisi gibi güvenmeyen, duygusal olarak süreçten çok olumsuz etkilenen ve yeni bir süreç yaşamaktan endişe duyan hekimler bu baskı altında çalışmaya devam etmekte ve mesleki uygulamalarında kalıcı değişimlere gidebilmektedirler (100,110). Hukuki süreç sonrasında hekimlerin belirsizliğe karşı toleransları azalmaktadır (108). Belirsizliğe katlanamayan bir hekimin yüzde yüz emin olmadığı her durumda aslında kanıta dayalı tıba göre gerekli olmadığını düşündüğü müdahaleleri yapması söz konusu olabilecektir.

Aleyhinde başlatılan ceza veya tazminat davasında bir hekimin duruşmaya çıkması tek başına hekim üzerinde olağanüstü derecede strese yol açmaktadır ve olayın kendisini yaşamak sonucunda bağımsız olarak hekimde psikolojik bir travma oluşturabilmektedir (111). Her ne kadar hukuki süreçlerin çoğu hekim lehine sonuçlanıyor olsa da, sonuçtan bağımsız olarak hekim psikolojik travma ve stres yaşamakta ve aslında bedel ödemek zorunda bırakılmaktadır (11,98,100,111–113). Nitekim yapılan bir çalışmada kendisine karşı ceza davası başlatılan hekimlerin tamamında ruh halinde değişiklik gözlenmiştir (102).

Hukuki süreçler hekimlerin şüphe, bıkkınlık, panik ve hastalara öfke duyma gibi hisleri yaşamalarına neden olabilmektedir (109). Hukuki süreç üzerinden uzun zaman geçtikten sonra bile hekimlerde depresyon gelişebilmekte kendine zarar verme veya intihar düşüncüleri olabilmekte, hekimlerin hastalarına duydukları güven ve iyi niyet hisleri kaybolabilmektedir (4,5,41,95,108,109). Verhoef vd. hekimlerin yaşadığı uyku bozukluğu gibi şikâyetlerin disiplin soruşturmaları tamamlandıktan çok daha sonrasına kadar devam etme olasılığı olduğunu belirtmiştir. (100).

Hekimler toplum tarafından en çalışkan ve profesyonel gruplardan biri olarak görülür. Genellikle mükemmeliyetçi, başarısı yüksek ve yetenekli kişilerden oluşan hekimlerin kendilerine duydukları saygı sağladıkları bakımın kalitesi ile yakından ilişkilidir (6,114,115). Mesleki uygulamalarına getirilen eleştiriler hekimlerin kendisine duyduğu saygıda azalmaya yol açarak fiziksel ve ruhsal bazı sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (5,11,41,102,111,114). Hekimler kendilerinden beklenen mükemmel olma baskısı ve yoğun çalışma temposu nedeniyle alkol ve madde bağımlılığı geliştirebilmektedir (6,116,117). Literatürde hekimlerin ruhsal hastalıklar ve intihar yönünden yüksek riskli oldukları ancak damgalanma korkusu ve yeterli tedavi görmeme gibi sebepler nedeniyle gereken sağlık hizmetine erişemedikleri belirtilmektedir (118,119). Bu nedenle psikiyatrik ilaç almaları gerektiğini düşündüklerinde sıklıkla başka bir hekime danışmaksızın kendilerine iyi geleceğini düşündükleri ilacı yazarak kullanmaktadırlar (120). Halihazırda intihar riski yüksek olan bir hekimin şikâyet edilmesi veya aleyhinde dava açılması durumunda oldukça zararlı sonuçlar ortaya çıkması muhtemeldir (111,121,122). Hukuki süreç henüz yeni başlamışken hekimlerin ihtiyaç duydukları destek ve tedavi verilerek ortaya çıkabilecek olumsuz durumlara erken müdahale edilmesi mümkün

olabilir (105,121). Burada devletin, herkes için olduğu gibi hekimin de sağlığını ve yaşam hakkını koruma yükümlülüğü bulunduğudur ve bu yükümlülüğünü hekimlerin sağlığını koruyacak hukuki düzenlemeler yaparak yerine getirmesi gerekmektedir.

Hukuki süreçlere ilişkin duyulan endişe hekimlerin mesleğine ne kadar süre devam edeceğine dair kararlarını da etkilemektedir. Nash vd. hukuki süreçlere ilişkin endişesi fazla olan hekimlerin mesleği bırakmayı veya erken emekli olmayı düşündüklerini belirtmiştir (123).

Her ne kadar bahsedilen olumsuz etkiler hekimlerin önemli bir bölümünde gözlenirse de bazı hekimlerin şikâyet edilmeye veya herhangi bir hukuki süreç yaşamaya karşı çeşitli nedenlerle bağışık olabileceği belirtilmektedir (109).

#### **2.4.1.3. Mesleki uygulamalarda değişikliğe gitme**

Çalışmanın nceki kısımlarında bahsedildiği gibi hekimlerin hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygı onların tıbbi uygulamalarını defansif yönde değiştirmesine yol açabilmektedir (99,124). Ayrıca yaptıkları hataların fark edilmesi halinde aleyhlerinde kullanılacağından çekinen hekimler hatalarını itiraf etmek istemeyebilmektedir (123). Nitekim hekimlerin önemli bir kısmı kendisine gelen her hastaya potansiyel davacı gözüyle bakmaktadır (41,123). Bu nedenle hekimleri hatalarını itiraf etmeye teşvik etmek için hekimlerin özrünü koruyan ve özrün hekim aleyhinde kullanılmasını engelleyen yasalar getirilmiştir (125).

Hukuki süreç yaşamaktan korkan eğitici statüsündeki hekimler, ğrencilerinin hata yapmalarından çekinmeleri nedeniyle eğitim verdikleri kişilere yeterince klinik uygulama yaptırmayabilmektedir. Bu durum gelecekte mesleklerini tek başlarına icra etmek zorunda kalacak hekimlerin tecrübe kazanma fırsatlarını azaltmaktadır (126).

#### **2.4.2. Olası olumlu etkiler**

Hukuki süreç yaşayan hekimler eskisine göre hastaları ile daha iyi iletişim kurmaya çalışmalarına, hastaların sorularına daha ayrıntılı cevap vermek ve daha iyi bilgilendirme yapmaya zen göstermelerine ve uygulamaları için denetim mekanizmaları geliştirmelerine neden olabilmektedir (127). Hekimler hatalı tıbbi uygulama davası açılması ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygıyla hastalarına karşı

kullandıkları kelimeleri daha dikkatli seçmeye çalışmakta ve aydınlatılmış onam almaya daha fazla dikkat etmektedirler (128). Hekimlerin tıbbi kayıtları tutmaya özen göstermesi olumlu bir davranış olarak görülebilir ancak bu tutum hekimin bu durumu bir takıntı haline getirerek hastanın tedavisine ve muayenesine ayırması gereken zamanın önemli bir kısmını kayıtlara ayırmasına ve gerekmeyen durumlarda dahi aydınlatılmış onam alınmasına neden olacak boyuta ulaşmamalıdır (63,99). Söz konusu değişiklikler hekimin sağladığı tıbbi müdahalenin kalitesini azaltmadığı sürece bu tür değişikliklerde bir sakınca bulunmamaktadır (41,129).

Yapılan bir çalışmada acilde çalışan ve aleyhinde dava açılan hekimler ile kontrol grubu karşılaştırıldığında aleyhinde dava açılan grup tarafından muayene edilen hastaların memnuniyet puanlarında süreç öncesine göre ani bir artış saptanmıştır. Bu durumun açılan dava sonrasında hekimlerin hastaları ile olan iletişimlerini iyileştirmiş olmalarından kaynaklanıyor olabileceği belirtilmiştir (130).

Negatif defansif tıbbi uygulamalardan olarak görülen komplikasyon gelişme riski yüksek hastalardan veya müdahalelerden kaçınma davranışı, hekimin kendi bilgi ve becerisini yeterli görmemesinden kaynaklanıyorsa bu olumlu bir değişiklik olarak kabul edilmelidir. Zira hastanın daha uzman bir hekime danışması veya müdahaleyi daha iyi yapabilecek bir hekimin yapması sonucunda hasta daha kaliteli bir sağlık hizmeti almış olacaktır.

## **2.5. Hukuki Süreçlerin Hekimler Üzerindeki Olumsuz Etkileri ile İlişkilendirilen Bazı Kavramlar**

Tıbbi uygulamaları nedeniyle kendisine karşı hukuki süreç başlatılan hekimlerde çok çeşitli sağlık sorunları gelişebilmektedir. Gelişen sağlık sorunlarına ithafen literatürde çeşitli kavramlar ortaya atılmıştır. Bunlardan klinik yargılanma sendromu, hatalı tıbbi uygulama stres sendromu ve ikinci mağdur kavramları literatürde en çok yer verilenler olup aşağıda bu kavramlar kısaca açıklanacaktır.

### 2.5.1. Klinik yargılanma sendromu

Zor şartlar, mesleki stres ve çoğu zaman kısıtlı zamanda tedavi etme zorunluluğu altında olan hekimler hastaları tarafından şikâyet edildiklerinde büyük şaşkınlığa uğrarlar ve bu durumun onlar üzerinde oldukça travmatik etkileri olabilir. Literatürde hukuki süreçlerin hekimlerin sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri gören Elias Hurtado Hoyo tarafından klinik yargılanma sendromu (s ndrome cl nico judicial) kavramı ortaya atılmıştır (121,131). Sendrom kelimesi ile hukuki süreçlerin ortaya çıkarmış olduğu patolojik durum ve semptomlar ifade edilmektedir (131). Belirtilere yol açan temel unsur hekimin yaşamakta olduğu hukuki sürecin sonucundan ziyade bizzat sürecin kendisine maruz kalmasıdır. Zira hukuki süreci yaşamak hekimler için başlı başına bir ceza olabilmekte ve süreç sonuçlanana kadar tüm olumsuz etkilerini hekim üzerinde göstermiş olmaktadır (11,98,131).

Klinik yargılanma sendromunda görülen belirtiler psikolojik, fiziksel ve davranışsal olarak  c grupta ele alınabilir. Hukuki süreç yaşıyan hekimlerde anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, madde kullanımı gibi psikolojik belirti ve bulguların yanı sıra; hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklar, gastrointestinal sistem bozuklukları, şiddetli baş ağrıları gibi pek çok fiziksel belirti ve bulgu da görülebilir. Ayrıca hekimler defansif tıbbi uygulama yapma, hastaları ile aralarında olan güven ilişkisinin bozulması, aile hayatlarının olumsuz etkilenmesi, kendilerine duydukları saygının azalması ve uyuşturucu kullanımı gibi davranışsal değişiklikler de gösterebilirler (11).

Klinik yargılanma sendromunda görülen belirti ve bulguların hukuki sürecin hekim tarafından öğrenildiği andan itibaren başladığı ve belirti ve bulguları bakımından benzerlik taşıdığı için literatürde bu sendromun aslında travma sonrası stres bozukluğuna benzediği ifade edilmektedir (11,111,132). Niteliksel bir çalışmada bir katılımcı hukuki süreç yaşadıktan sonra disiplin kurulunun mektuplarına benzediği için beyaz zarflardan aşırı derecede korktuğunu ifade etmiştir. Başka bir katılımcı ise yaşadığı süreç ile ilişkili olarak bir yıl boyunca her gece uyandığını ve tıbbi müdahalesine ilişkin açıklama yapmaya çalıştığını belirtmiştir (100). Gerekli psikolojik desteği alamayan ve sıkıntılarını paylaşamayan hekimler, onlara travma yaşatan ve hukuki sürece neden olan tıbbi müdahaleyi tekrar yapmak

istemeyebilecektir. Bu da bahsedildiği üzere onların defansif tıbbi uygulama yapmasına yol açabilecektir.

Klinik yargılanma sendromu tanımlanırken her ne kadar hukuki süreç yaşayan hekimlerden bahsedilmişse de kanımızca hekimlerde bu belirtilerin görülmesi veya hekimin hukuki süreç ile ilişkili olarak mesleki uygulamalarını değiştirmesi için süreci bizzat yaşaması şart değildir. Bu düşünce ile uyumlu olarak, kendisine karşı hukuki süreç başlatılan ve başlatılmayan hekimlerde majör depresif bozukluk sıklığını inceleyen bir araştırmada iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (133). Bunun en önemli nedenlerinden biri meslektaşının yaşadığı hukuki sürece şahit olan sağlık personellerinde kendilerine karşı dava açılmışçasına olumsuz etkilenim görülebilmesi olabilir (16). Zira hekimler kendisine karşı bir süreç başlatılmamış olsa da çevresindeki hekimlere karşı dava açıldığına şahit olabilmekte veya medyada sağlık personellerini eleştiren moral bozucu haberleri görebilmektedir (16,58,61). Bir çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğu medyada hatalı tıbbi uygulamalara ilişkin haberler gördüğünde kendisini tedirgin hissettiğini ifade etmiştir (60). Çoğu hekimin bu bağlamda aslında bir hukuki sürece maruz kalıyor olması herhangi bir hukuki sürece taraf olmamış hekimlerin neden yüksek düzeyde psikolojik stres yaşadığını açıklayabilir. Zira bir hekim başka meslektaşlarının yaşadığı süreçlere şahit olurken her an kendisinin de başına benzer şeylerin gelebileceğini ve itibarını kaybedeceğini hissedebilecektir. Ayrıca herhangi bir hukuki sürece müdahil olmamış hekimler kendilerini ne gibi bir sürecin beklediğini çoğunlukla bilmemektedirler. Bilinmeyen bir olumsuzluk ile karşılaşma ihtimali hekimlerin kendilerini daha savunmasız hissetmesine neden olabilecektir. Zira hekimlerin hukuki bilgisi genellikle azdır ve hukuki süreç yaşamayan hekimlerin hukuki bilgilerini artıracak imkanları da fazla değildir (103,133).

Herkesin hukuki süreç yaşayabileceği ve hekimlerin diğer hukuki süreç yaşayan kişilerden ne gibi bir farkı olduğu düşünülebilir. Tıp mesleğinin hukuka çok yabancı olması, hekimin iyileştirme güdüsüyle hareket ettiği kişi tarafından şikâyet edilmesi, hukuki sürecin uzun süre devam etmesi ve hekimin uyuşmazlığa konu müdahaleyi tekrar tekrar yapma zorunluluğunun olması veya tıbbi müdahale ile ilişkili suçların genellikle yaralama veya öldürme suçları olması gibi çeşitli sebepler hekimlerin hukuki süreçlerden daha çok etkilenmesine neden olabilir. Mesleği

iyileştirmek olan ve zarar vermemek için yemin eden hekimlerin hastalarını öldürmek veya yaralamak ile suçlanmalarının onlar için ne kadar incitici olabileceği kolayca anlaşılabilir.

### **2.5.2. Hatalı tıbbi uygulama stres sendromu**

Hatalı tıbbi uygulama stres sendromu (*medical malpractice stress syndrome*), hatalı tıbbi uygulama iddiası ile aleyhinde dava açılan hekimlerde gelişen ve hem tanımı hem de unsurları bakımından klinik yargılanma sendromuna benzeyen bir kavramdır (112). Klinik yargılanma sendromunda olduğu gibi bu sendromda da hekim aleyhinde dava açılması sonrasında hekimin duygusal olarak oldukça kötü etkilenerek depresyon, uyku bozukluğu, aile ve arkadaşlarından kendini soyutlama, tıbbi kararlar vermekte güçlük çekme gibi psikolojik belirti ve bulguların yanı sıra daha önce var olan hastalıkların kötüye gidebileceği ve kırık kalp sendromu gibi fiziksel patolojiler gelişebileceğinden bahsedilmektedir (112,134–136). Bu sendrom klinik yargılanma sendromuna benzer şekilde travma sonrası stres bozukluğuna benzetilmekte ve bileşenlerin tamamı hekimlerde ortaya çıkmadığı ve travma sonrası stres bozukluğuna nazaran daha hafif bir klinik tablo görüldüğü için bu sendroma "travma sonrası stres bozukluğunun atipik bir formu (*forme fruste*)" denilmiştir (136).

### **2.5.3. İkinci mağdur kavramı (*second victim*)**

İkinci mağdur terimi ilk kez Wu tarafından tanımlanmış olup hatalı tıbbi uygulama yapan hekimlerin hatalarından dolayı utanç duymaları ve anksiyete ve depresyon gibi sağlık sorunları yaşamalarına ithafen kullanılmaya başlanmıştır (137). Zamanla bu tanım genişleyerek sadece tıbbi hatalı uygulamalara ilişkin olmaktan çıkarılmış ve hastalarda beklenmeyen bir advers olay geliştikten sonra sağlık personellerinin kendilerini sorumlu hissederek travmatize olmalarını ifade eder hale gelmiştir. Hekimin hastasıyla kurduğu bağ ne kadar kuvvetliyse, gelişen advers olaydan hekimin etkilenme düzeyi de bir o kadar fazla olabilmektedir (138).

Bu durum klinik yargılanma sendromunda olduğu gibi travma sonrası stres bozukluğuna benzetilmektedir (139–141). Her insanın hata yapması mümkündür ve hekimlerin de hata yapması doğaldır. Buna karşın çoğunlukla çalışkan,

mükemmeliyetçi ve fedakâr bir yapıya sahip olan hekimler için yaptıkları hatalar kendilerine kabul edilemez gelebilmekte ve bu durumdan psikolojik olarak oldukça olumsuz etkilenebilmektedirler. “*Hata yapmak insana mahsustur: Daha güvenli bir sağlık sistemi oluşturmak*” isimli raporda sağlık sistemini iyileştirmek için sistemin içindeki insanları değil bozuk olan sağlık sisteminin bizzat kendisini iyileştirmek gerektiği ifade edilmektedir (142). Hekimlerin de her insan gibi hata yapabileceğinin farkında olunmalı, hata yaptıklarında onları yalnız bırakmamalı ve hata ihtimalini en aza indirmek için gerekli koşullar oluşturulmalıdır.

İkinci mağdurlar yaptıkları hataları gizlemek, travmaya neden olan hastaya benzer hastalara bakmaktan kaçınmak, hastaları ile olan ilişkilerinde değişikliğe gitmek, mesleği bırakmayı düşünmek, hata yapmaktan korkarak daha çok tetkik istemek gibi defansif davranışlar sergileyebilmektedirler (143).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma kesitsel tipte olup, araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar çevrimiçi anket formunu gözlem altında doldurmuş ve anlamadıkları hususları araştırmacıya sorabilmişlerdir.

Anket formunun ilk kısmını dolduran katılımcılara sağlık çalışanlarının tazminat sorumluluğunu ciddi anlamda sınırlayan ve idarenin ödediği tazminatı kamuda çalışan hekime rücu edebilmesi için sağlık personeli aleyhinde görevinin gereklerine aykırı hareket ettiğine dair kesinleşmiş ceza mahkemesi hükmünü gerekli gören Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ek madde 18'in, rücu davasının ne olduğunun ve söz konusu hukuki düzenlemenin ne gibi değişiklikler getirdiğinin, ceza davaları ve rücu davaları arasında oluşan ilişkinin, kast ve taksir kavramlarının, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk nedenlerinin, aydınlatılmış hastanın rızasının ve hekimlerin mesleklerini icra ederken en sık işleyebilecekleri suçların ne olduğunun anlatıldığı yaklaşık 25 dakikalık bir sunum yapılmıştır. Eğitimin hemen sonrasında katılımcılardan çevrimiçi anketin devamında yer alan soruları cevaplayarak eğitime ve yeni hukuki düzenlemeye dair geri bildirimde bulunmaları istenmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri**

Araştırmanın yürütüleceği yer olarak İstanbul'da bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesi seçilmiştir. Anket uygulaması ve hukuk eğitimi araştırmanın yürütüldüğü eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmıştır. Haftalık eğitim toplantıları yapan branşlar ile toplantı odalarında görüşmeler yapılmış, toplantılara katılmayan veya toplantı programı olmayan branşlarda çalışan hekimler ile ayrıca oturumlar planlanmış veya katılımcılar ile tek tek poliklinikte veya çalıştıkları serviste görüşülmüştür.

Araştırmanın yürütüleceği yer olarak özel bir sağlık kuruluşu yerine bir kamu hastanesi seçilmesinin en önemli nedeni SHTK ek madde 18'in sadece kamusal sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarını kapsamasıdır. Defansif

tıbbi uygulamaların temel sebeplerinden biri mali veya cezai yaptırıma maruz kalma korkusu olduğundan, tazminat ödeme ihtimalini oldukça azaltan söz konusu hukuki düzenlemenin defansif tıbbi uygulamalar ile ilişkili olabileceğinin düşünülmesidir.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırma evrenini, İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde klinik branşlarda çalışan ve aktif olarak hasta bakan tüm uzman doktor ve öğretim üyeleri oluşturmaktadır. Bu araştırma için herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış olup, araştırmanın yürütüldüğü hastanede çalışmakta olan 227 uzman doktor ve öğretim üyesinin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir.

Karıştırıcı değişkenlerin kontrolü amacıyla araştırmanın tek bir hastanede çalışan hekimlerle sınırlandırılması uygun görülmüştür. Zira her hastanenin fiziksel yapısı, yönetimi, hasta yoğunluğu ve hastaneyi tercih eden hastaların sosyoekonomik özellikleri birbirinden farklı olup; bu farklılık hekime karşı hukuki süreç başlatılma ihtimalini, hekimlerin kaygı düzeylerini ve defansif tıbbi uygulamalarını etkileyerek araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi karıştırabilecektir.

Tıpta uzmanlık öğrencisi ve pratisyen olan hekimlerin araştırmaya dahil edilmeme nedeni ise hukuki süreç yaşamış olma ihtimalinin uzman doktorlardan daha az olmasının seyrek veri sorununa yol açabileceğinin değerlendirilmesidir.

### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.4.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri şunlardır:

Araştırmaya katılanların;

- Defansif tıp uygulamaları ölçeği (DTUÖ) puanları
- Olası yaygın anksiyete bozukluğu görülme durumudur.

### 3.4.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri şunlardır:

Araştırmaya katılanların;

- Sosyodemografik ve mesleki özellikleri (cinsiyet, yaş, branş, aktif olarak hasta bakılan süre, haftalık bakılan hasta sayıları vb.)
- Hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygı düzeyleri
- Defansif tıbbi uygulamaların nedenlerine ilişkin görüşleri
- Hukuki bilgi düzeylerine dair görüşleri
- Hukuki süreçlere doğrudan veya dolaylı maruziyet varlığı
- Yaşanan hukuki süreç çeşitleri ve sayıları
- Hukuki süreçlerin sonuçları ve süreç aşamalarının oluşturduğu kaygı düzeyleri
- Hukuki süreç sırasında veya sonrasında yaşadıkları sağlık problemleri
- Hastalarından herhangi birinde katılımcıyı duygusal olarak oldukça olumsuz yönde etkileyen komplikasyon gelişme öyküsü olup olmadığı
- Hasta veya hasta yakınları tarafından hakaret, şiddet ve tehdit gibi kötü muamele görme durumu
- Verilen hukuk eğitimini faydalı bulma düzeyi
- SHTK ek madde 18'in ve verilen eğitimin katılımcıların subjektif kaygıları ve defansif tıbbi uygulamalarını ne yönde etkileyebileceğine dair görüşleri
- Düzenli hukuki eğitim alma ihtiyacı

### 3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma değişkenlerine ilişkin veriler çevrimiçi bir anketin gözlem altında cevaplanması suretiyle toplanmıştır. Çevrimiçi anket kullanılmasının nedeni hekimlerin oldukça hassas bir konu olan defansif tıbbi uygulamalara ilişkin verdikleri cevapların öğrenilmesinden endişe duymaksızın soruları cevaplamalarını sağlamaktır. Hastane yönetiminden araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan tüm hekimlerin ve sorumlu öğretim üyelerinin isimlerini içeren bir liste istenmiştir. Araştırmanın yapıldığı hastanede bulunan ve aktif hasta bakmakta olan tüm anabilim dallarının bölüm sorumlusu öğretim üyeleri ile görüşülerek bir anketin

uygulanacağı ve hukuk eğitiminin yapılacağı birer toplantı ayarlanması talep edilmiştir. Bölüm sorumlularına il sağlık müdürlüğü tarafından verilen araştırma onayı gösterilerek araştırmanın içeriği, anket ve eğitimin nasıl yapılacağı anlatılmıştır. Eğitimin içeriği sadece başlık olarak söylenmiş olup içeriğine ilişkin ayrıntılı bilgilendirme yapılmamıştır. Araştırmacının aynı zamanda hukukçu olduğu ve eğitimlerin hekimlerin hukuki bilgi düzeylerini artırabileceğine vurgu yapılarak bütün hekimlerin planlanan toplantılara katılması teşvik edilmiştir. Toplantılara katılmayan hekimlere ayrıca ulaşılmaya çalışılmıştır.

Anket yanıtlanmaya başlanmadan önce ankette bulunan hukuki terimlere ve araştırma amacına ilişkin kısa bir bilgilendirme yapılmıştır. İkinci sorunun zorunlu soru olduğu ve cevap verilmezse bir sonraki sayfaya geçilemeyeceği, telefonların yan çevrilmesi durumunda tablo halindeki soruların daha düzgün görüldüğü, soruların en son alınacağı, yanıtların tamamen anonim olduğu anlatılmıştır. Eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında çözülecek sorular aynı çevrimiçi ankette bulunmakta olup, eğitim sonrasında ayrıca anket linki gönderilmemiştir.

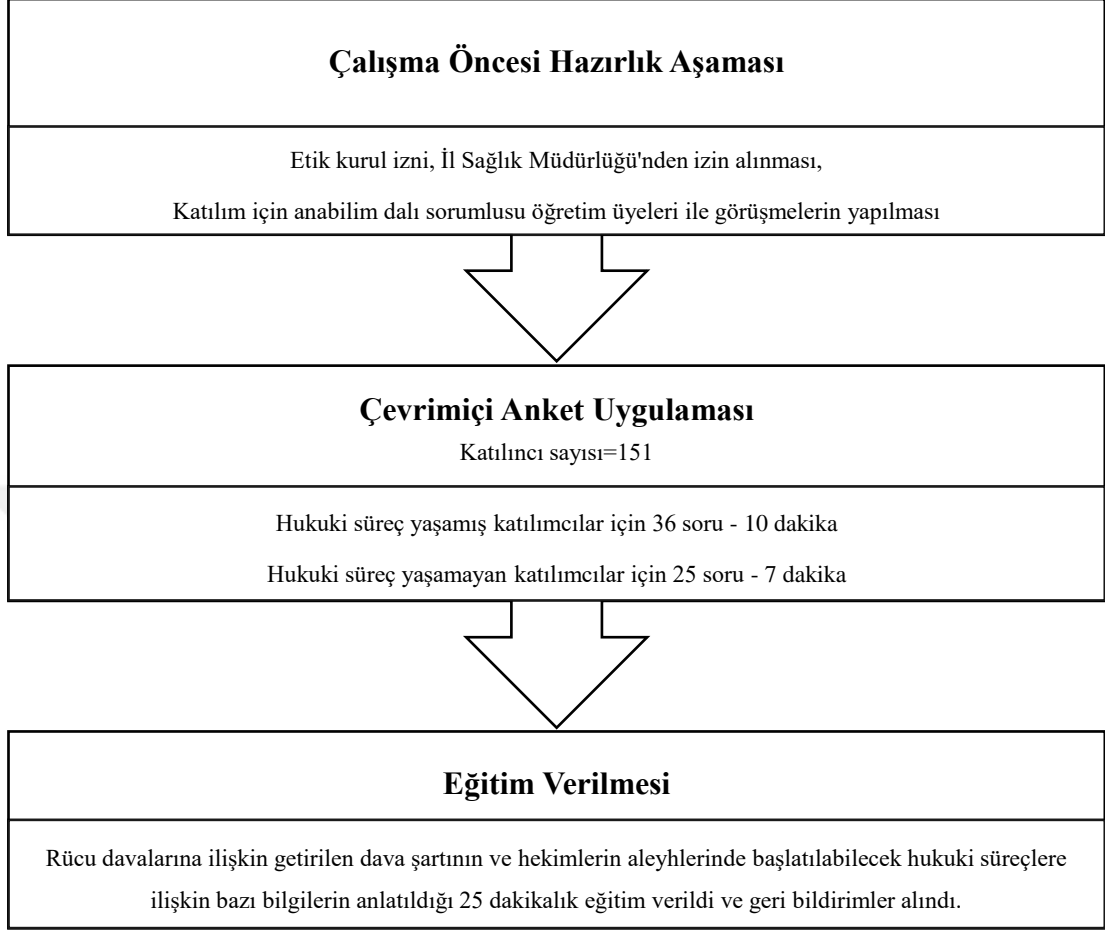
Anketin ikinci sorusu hukuki süreç yaşayan hekimleri ayırt etmek için sorulmuş olup cevaplanması zorunlu tutulmuştur. Bu soruya evet cevabı veren katılımcılara yaşadıkları hukuki süreçlerin neler olduğu, kaç kere yaşadıkları ve kendileri üzerinde ne gibi etkileri olduğuna ilişkin bazı sorular yöneltilmiştir. Hukuki süreç yaşamayan katılımcılar anketin ikinci sayfasında yer alan bu soruları görmemiştir. Anketin ilk iki sayfasını dolduran katılımcılara eğitimin başlaması için beklemeleri ve son sayfayı eğitim sonrasında doldurmaları gerektiği söylenmiştir. Anketin hangi sayfasında eğitimin başlayacağını gösteren bir resim başta yapılan bilgilendirme sunumunda paylaşılmış olup, anketin cevaplanması esnasında aralıklı olarak uyarı yapılmıştır. Eğitim bittikten sonra anketin diğer sorularıyla katılımcıların eğitime ve SHTK ek madde 18'e dair geri bildirimleri alınmıştır.

Eğitim için Microsoft Office Powerpoint uygulaması ile hazırlanan bir sunum anlatılmış, hekimlerin mali ve cezai sorumluluklarına ilişkin yeni hukuki düzenlemelerin içeriğine dair bir poster paylaşılmıştır. Standardizasyonun

sağlanması ve eğitimin uzamaması amacıyla konuya ilişkin sorular, anket tamamlandıktan sonra alınmıştır.



### 3.6. Araştırma Akış Şeması



Şekil 3.6.1. Araştırma akış şeması

### 3.7. Veri Toplama Aracı

Literatür taraması sonucunda araştırmanın amaçlarını karşılamaya yönelik olarak eğitim öncesinde uygulanmak üzere; hukuki süreç yaşamayanlar için 25, hukuki süreç yaşayanlar için ek olarak 11 sorunun daha yer aldığı toplamda 36 adet soru içeren bir anket hazırlanmıştır. Ankete defansif tıbbi uygulamalara ve yaygın anksiyete bozukluğuna yönelik geliştirilen iki ölçek eklenmiştir. Bu iki ölçekten ilki Defansif Tıp Uygulamaları Ölçeği (DTUÖ) olup Türkçe dilinde geliştirilmiş ve geçerlik çalışması yapılmış bir ölçektir (43). Yaygın anksiyete bozukluğu-7 (YAB-7) ölçeği ise Türkçe diline çevrilmiş ve geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (144). DTUÖ'de beşli likert tipinde 10, YAB-7 ölçeğinde ise dördümlü likert tipinde 7 soru bulunmaktadır (43,144). Bu ölçekler anket içerisinde birer soru olarak yer almış

olup, sorular matris/değerlendirme ölçeği formatında sunulmuştur. Aşağıda belirtilen soru sayıları bakımından söz konusu ölçeklerdeki önermelerin her biri ayrı birer soru olarak sayılmıştır.

Anketin ilk sayfasına sorulardan önce bir onam metni eklenmiştir. Tüm katılımcılara araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı, cevapların anonim olarak toplanacağı ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı açıklanmıştır. Ankette yer alan soruların konularına ve sayılarına göre dağılımları şu şekildedir:

Sosyodemografik özellikler: 4 soru; mesleki tecrübe: 2 soru; ek sorumluluk sigortası yaptırma: 1 soru; defansif tıbbi uygulama: 15 soru; hukuki bilgi durumu: 1 soru; anksiyete ile ilişkili: 8 soru; yaşanan hukuki süreç ile ilgili: 9 soru; hukuki sürecin psikolojik ve fiziksel etkileri: 3 soru; hastasında duygusal olarak katılımcıyı çok etkileyen komplikasyon oluşması: 1 soru; mesleki nedenlerden kaynaklanmayan ve psikolojik stres oluşturan olay yaşama:1 soru; hasta ve hasta yakınları ile yaşanan diğer olumsuzluklar: 2 soru; güncel kılavuzlara uyma: 1 soru; SHTK ek madde 18'i bilme durumu: 2 soru bulunmaktadır.

İlk sayfada bulunan 2, 3 ve 4. sorular hukuki süreçlere maruziyet çeşitlerini sorgulamaya yöneliktir. Bunun nedeni anketin en önemli bağımsız değişkeni olduğu düşünülen hukuki süreç yaşamaya dair soruların katılımcılar tarafından mutlaka yanıtlanmasını sağlamaktır. Dördüncü soru ve sonrasında sosyodemografik ve mesleki özellikler sorgulanmış, ardından katılımcıların defansif tıbbi uygulamalarını ve anksiyete durumunu saptamaya yönelik iki ölçek eklenmiştir. Bunun yanı sıra defansif tıbbi uygulamaların nedenleri, ek olarak sorumluluk sigortası yaptırma durumu, ölçekte olmayan defansif tıbbi uygulamalara yönelik sorular, hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissedilen kaygı düzeyini ölçmeye yönelik bir soru ilk sayfada yer almıştır. İkinci sayfaya geçildiğinde aleyhinde hukuki süreç başlatılan katılımcılara, böyle bir süreç yaşamayanların cevapladıklarına ek olarak yaşadıkları süreçlere ilişkin sorular yöneltilmiştir. Yani hukuki süreç yaşayan katılımcılar, yaşamayanların gördüğü tüm soruları görmeye beraber aleyhlerinde başlatılan hukuki süreçlerin detaylarını ve onlar üzerinde oluşturduğu etkileri sorgulayan 11 soruyu daha yanıtlamıştır.

Anketin ikinci sayfada hukuki süreçlere maruziyetine bakılmaksızın ortak olarak tüm katılımcılara yöneltilen sorular da yer almıştır. Daha önce hastalarından birinde kendilerini duygusal olarak çok olumsuz etkileyen bir komplikasyon gelişip gelişmediği sorulmuştur. Bu soru ile katılımcıların hem anksiyetelerinin hem de defansif tıbbi uygulamalarının nedeni olabilecek ikinci mağdur olma durumu hakkında fikir sahibi olmak amaçlanmıştır. İkinci mağdurlara ilişkin soruyu takiben hasta veya hasta yakınları tarafından hekime karşı yapılan hakaret, tehdit ve fiziksel şiddet gibi kötü muameleler sorgulanmıştır. Bu soruya birden fazla cevap verilebilmiştir. Katılımcıların hasta veya hasta yakınları tarafından ne sıklıkta dava açmak veya şikâyet etmekle tehdit edildiği sorulmuş olup, söz konusu sıklıklar ile defansif tıbbi uygulamalar ve anksiyete arasında bir ilişki olup olmadığı görülmek istenmiştir. Güncel kılavuz kullanım sıklığı sorgulanarak kılavuzlara sıklıkla uymayan hekimlerin defansif tıbbi uygulamalarının diğer katılımcılardan farklı olup olmadığını görmek amaçlanmıştır. Katılımcıların anksiyetelerinin mesleki nedenlerden kaynaklanmayan ve yüksek düzeyde stres yaşamasına neden olan yakının vefatı, kaza ve hastalık gibi bir olay yaşamaktan kaynaklanabileceği düşünülerek böyle bir olayı son bir yıl içinde yaşayıp yaşamadıkları sorulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın hekimler aleyhinde açabileceği rücu davalarına ilişkin yasa değişikliğinin içeriğinin bilinip bilinmediği sorulmuş, bu soru ile SHTK ek madde 18'i biliyor olmanın araştırmanın değişkenlerini etkileyip etkilemediği görülmek istenmiştir.

Yapılan tıp hukuku eğitimi sonrasında katılımcıların eğitime ilişkin görüşleri alınmıştır. Bu sorular anketin üçüncü sayfasında yer almakta olup, ayrıca bir link gönderilmemiş ve katılımcılardan ankete kaldıkları sorudan devam etmeleri istenmiştir. Anketin bu kısmının eğitimden önce çözülmesini engellemek için anket karekodu okutulmadan önce bilgilendirme yapılmış ve eğitimin başlayacağı sayfanın resmi gösterilmiştir. Ayrıca eğitimden sonra yanıtlanacak soruların bulunduğu sayfada sorulardan önce "lütfen bu kısmı eğitim bittikten sonra yanıtlayınız" şeklinde kırmızı renkli ve büyük puntolu bir uyarı yazısı eklenmiştir.

Eğitimden sonra tüm katılımcılara 7 soru daha yöneltilerek rücu davalarına ilişkin getirilen dava şartının katılımcıların defansif tıbbi uygulamalarını ve kaygılarını ne yönde etkileyebileceğini düşündükleri, verilen hukuk eğitiminin

defansif tıbbi uygulamalarını nasıl etkileyebileceği, hukuk eğitiminden yararlanma düzeyleri ve düzenli tıp hukuku eğitimi alma istekleri sorgulanmıştır.

Çevrimiçi anket formu bir çevrimiçi anket uygulama portalı olan SurveyMonkey üzerinden hazırlanmış ve yine aynı portal tarafından üretilen karekodlar ve linkler katılımcılar ile paylaşarak anketi doldurmaları istenmiştir. Anket portalında ücretli aylık abonelik seçenekleri olup soruların ve anket formunun kişiselleştirilmesi, soru metinlerinin kalın puntoda yapılması, bazı önemli yerlerin altının çizilmesi ve anketi geliştiren diğer bazı özelliklere erişebilmek için bireysel kullanıcı paketi satın alınmıştır. Verilerin tamamı katılımcıların internet protokol adresleri alınmaksızın bu sistem üzerine kaydedilmiş olup sonrasında analiz için dış ortama aktarılmıştır.

Karekod üzerinden ankete erişemeyen veya telefonları ile anketi çözmekte problem yaşayan katılımcılara başka bir cihaz temin edilerek diğer katılımcılar ile aynı şekilde anketi çözmeleri sağlanmıştır.

Anket hazırlanırken literatürdeki pek çok kaynaktan faydalanılmış olup, defansif tıbbi uygulamalara, hekimler aleyhinde başlatılan şikâyet süreçlerine, klinik yargılanma sendromuna ve ikincil mağdurlara ilişkin çalışmalardan ve çalışmalarda kullanılan pek çok anket sorusundan yararlanılmıştır (5,11,28,102,111,145,146).

### **3.8. Araştırmada Kullanılan Tanım ve Kriterler**

#### **3.8.1. Hukuki süreç**

Hekimlere karşı hastalarının tanı ve tedavi süreci ile ilgili olarak başlatılan her türlü süreç hukuki süreç olarak adlandırılmıştır. Anket öncesinde hukuki sürecin ne olduğu kısaca açıklanmış ve CİMER başvurusu, hasta hakları birimine şikâyet, ceza soruşturması, disiplin soruşturması, ön inceleme yapılması, ceza davası ve tazminat davaları gibi süreçlerin tamamı bu kapsamda kabul edilmiştir. Hekimlerin hastalarına karşı başlattığı hukuki süreçlerin araştırma kapsamına dahil olmadığı katılımcılara anlatılmıştır.

### 3.8.2. Defansif tıbbi uygulamalar

Defansif tıbbi uygulamaların çeşitli tanımları olmakla birlikte en sık kullanılan tanıma göre hekimin temel olarak (tek neden olmak zorunda değil) hatalı tıbbi uygulama sonucu kendisine karşı hukuki işlem başlatılacağı endişesiyle laboratuvar tetkikleri, tıbbi işlemler, hasta vizitleri yapmaları veya yüksek riskli belirli hastalardan veya işlemlerden kaçınmalarıdır (16). Katılımcılara bu uygulamaları çeşitli kaygıları nedeniyle yapabilecekleri anlatılmış ve mesleki bilgi ve becerilerine göre aslında gerekli olduğunu düşündükleri uygulamaları yapmamalarının veya gerekli olmadığını düşündükleri tıbbi uygulamaları çeşitli kaygıları nedeniyle yapmanın defansif tıbbi uygulama olduğu anket öncesinde açıklanmıştır (147).

Defansif tıbbi uygulama çeşitlerinin hangi düzeyde uygulandığını araştırmaya yönelik DTUÖ kullanılmıştır. Bu ölçekte yukarıda bahsedilen tanıma uygun olarak defansif tıbbi uygulamaların tek nedeni olarak hukuki süreç yaşama kaygısı gösterilmemiş ve itibar kaybı ve şiddete uğrama gibi başka nedenlerden kaynaklanan kaygıların da söz konusu uygulamaların kaynağı olabileceği açıklanmıştır. Ölçekte 10 önerme bulunmakta olup her önerme için katılımcının 1-5 arasında bir rakamı işaretlemesi istenmiştir. 1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum olarak ifade edilmekle birlikte 2, 3 ve 4 rakamlarının neyi temsil ettiğine yer verilmemiştir. Ölçeği geliştiren araştırmacılar defansif tıbbi uygulama yapıyor veya yapmıyor şeklinde karar verdiren ve kesme puanı olan bir ölçek tasarlamamış olup, uygulamalara verilen puanlar ile analiz yapılmasını önermiştir. Ayrıca ölçekte uygulamaların ne sıklıkta yapıldığı sorgulanmamış olup, önermelere katılma durumlarının işaretlenmesi istenmiştir (43).

Çalışmamızda DTUÖ'de yer alan önermeler önermelere verilen cevaplar 0-4 arasında puanlandırılmıştır. Bu puanlandırma esas alındığında her önerme için en az 0 en çok 4 puan alınabileceğinden 10 önermenin yer aldığı ölçekte toplam puan en az 0, en çok 40 olabilmektedir. Ölçekte yer alan kesinlikle katılmıyorum cevabı söz konusu defansif tıbbi uygulamayı hiç yapmamayı ifade ettiğinden 0 puan olarak

alınmış, kesinlikle katılıyorum cevabı ise 4 puan olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte 1, 2 ve 3 puanın karşılığının ne olduğuna DTUÖ'de yer verilmemiştir. Örneğin bir önermeden 1 puan alan bir katılımcı “katılmıyorum” ibaresini içeren bir şıkkı işaretlemediğinden belirli bir düzeyde defansif tıbbi uygulama yaptığı sonucuna ulaşılabilir. Bu bakımdan iki farklı sınıflandırma oluşturulmuş ve katılımcıların ne düzeyde defansif tıbbi uygulama yapıyor olabilecekleri araştırılmıştır.

Çalışmamızda oluşturduğumuz ilk sınıflamaya göre (DTU1) herhangi bir önermeden 4 üzerinden 2, 3 veya 4 puan almış katılımcılar defansif tıbbi uygulama yapıyor olarak kabul edilmiş, hiçbir önermeden 1 puanın üzerinde almayan katılımcılar ise defansif tıbbi uygulama yapmıyor olarak değerlendirilmiştir.

İkinci sınıflamaya göre (DTU2) herhangi bir önermeden 4 üzerinden 3 veya 4 puan alanların defansif tıbbi uygulama yaptığı kabul edilirken, önermelerin herhangi birinden 2 puandan fazla almayan katılımcıların defansif tıbbi uygulama yapmadığı kabul edilmiştir.

### **3.8.3. Yaygın anksiyete bozukluğu**

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) veya yaygın kaygı bozukluğu Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders beşinci baskıya göre (DSM-5) kişide en az altı aydır çoğu gün hissedilen, kişinin işlevselliğini azaltan, kontrol altına alınması zor olan; başka hastalık, ruhsal bozukluk veya madde kullanımı ile ilişkilendirilemeyen; çabuk kızma, sürekli huzursuz olma, uyku bozukluğu, kasların gergin olması, çabuk yorulma ve zihni rahatlatamama belirtilerinden en az üçünün eşlik ettiği, bazı olaylar veya etkinlikler hakkında aşırı kaygılı ve kuruntulu olma durumudur (148).

Çalışmada katılımcılardaki anksiyete varlığını saptamak için YAB'a yönelik bir tarama testi olarak geliştirilmiş olan YAB-7 testi kullanılmıştır. Bu tarama testinde anksiyete varlığının en sık sebebi YAB'ı saptamaya yönelik dördümlük likert tipinde 7 soru bulunmaktadır. Ölçek Spitzer vd. tarafından geliştirilmiş olup her soruya 0-3 arasında puan verilmektedir. Öleekten en az 0, en fazla 21 puan alınması mümkündür. Öleekten alınan puanlara göre minimal (0-4 puan), hafif (5-

9 puan), orta (10-14 puan) ve şiddetli anksiyete (15-21 puan) şeklinde anksiyete sınıflandırması yapılmış olup 10 ve üzerinde puan alan katılımcılara olası YAB tanısı konulmaktadır (149). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olup olası YAB tanısı için kesme puanı 8 olarak belirlenmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında orijinal ölçektekinden farklı olarak anksiyete şiddeti ayrıca sınıflandırılmamıştır (144).

Çalışmamızda YAB-7 tarama testinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik yapılmış hali kullanılmış ve olası YAB tanısı için katılımcıların ölçekten 8 puan ve üzerinde alması aranmıştır. Bu ölçek bir tarama testi olduğundan 8 puan ve üzerinde alan kişilerin YAB tanısının mutlaka doğrulanması gerekmektedir.

#### **3.8.4. Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası**

Kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında hekim olarak çalışan kişilerden istenecek zararlar ile rücu davalarında ödemek zorunda kalabilecekleri miktara teminat olması amacıyla mali sorumluluk sigortası sigorta yaptırmak 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a 2010 yılında getirilen ek madde 12 ile bir zorunluluk haline gelmiştir. Aynı maddenin beşinci fıkrasında bu sigortayı yaptırmayanlar için idari para cezası öngörüldüğü belirtilmektedir. Zorunlu olarak yapılan sigortanın karşılayacağı teminat limitini yükseltmek isteyen hekimlerin ek olarak sorumluluk sigortası yaptırmaları mümkündür. Böylece hekim aleyhinde çok yüksek miktarda tazminata hükmedilmesi durumunda dahi hekimler sigorta teminat limitini artırdıkları için kendilerini koruma altına almış olacaklardır. Katılımcıların kendileri aleyhinde dava açılması ve teminat tutarından yüksek bir tazminat ödeme korkusu ile ek sigorta yaptırmış olabilecekleri düşünüldüğünden zorunlu olana ek olarak sigorta yaptırıp yaptırmadıkları sorgulanmıştır.

#### **3.8.5. İkinci mağdur**

Çalışmamızın genel bilgiler kısmında ikinci mağdur kavramına ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Kullandığımız anket formunda oluşturduğumuz bir soru ile katılımcıların ikinci mağdur olma durumlarını araştırmak amaçlanmıştır. Soruda ikinci mağdurun Scott vd. tarafından ortaya atılan geniş tanımından yararlanılmış

olup, katılımcılara daha önce hastalarından herhangi birinde kendilerini duygusal olarak çok olumsuz etkileyen bir komplikasyon gelişip gelişmediği sorulmuştur (138).

### 3.9. Verilerin Analizi

Veri analizinde Statistics Package for Social Sciences (SPSS v.23) paket programından yararlanılmıştır. Veriler çevrimiçi anket platformunda toplandıktan sonra SPSS'e uygun formatta indirilerek analizlere başlanmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığının tespitinde Kolomogorov-Simirnov ve Shapiro-Wilk testleri, çarpıklık ve basıklık değerleri, Q grafikleri ve histogramlardan yararlanılmıştır. Birbirinden bağımsız kategorik veriler arasındaki farkları tespit etmek için Pearson ki-kare testi kullanılmış olup, 2x2 tablolarda beklenen değeri 5'ten küçük olan hücre yüzdesinin %20'den büyük olması halinde Fisher's exact test istatistiği esas alınmıştır. Normal dağılıma uyan verilerde bağımsız iki grup için numerik değişkenlerin analizinde bağımsız örneklemlerde t-testi kullanılırken, normal dağılıma uymayan veriler için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. T-testi için varyansların homojenliği Levene testi ile tespit edilmiştir. Bağımlı iki grupta normal dağılmayan kesikli numerik veriler için Wilcoxon işaretli sıralar testinden yararlanılmıştır. İki den fazla gruplu numerik değişkenler arasındaki farkların tespitinde veriler normal dağılıma uyuyorsa tek yönlü varyans analizi, uymuyorsa Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Tek yönlü varyans analizinde analiz sonrası ikili grup karşılaştırmaları varyanslar homojen ise Bonferroni testi ile, değilse Tamhane's T2 testi ile yapılmıştır. Kruskal-Wallis için ise analiz sonrası ikili karşılaştırmalarda Dunn-Bonferroni analizi kullanılmıştır. Korelasyon analizi için veriler normal dağılıma uyuyorsa Pearson korelasyon katsayısı, uymuyorsa Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Korelasyon katsayılarının yorumlanmasında r değeri için 0-0,10 ihmal edilebilir, 0,10-0,39 zayıf, 0,40-0,69 orta, 0,70-0,89 güçlü, 0,90-1,00 çok güçlü korelasyon olarak değerlendirilmiştir (150). Tip 1 hata değerinin 0,05'in altında olması durumunda analiz sonuçları istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.10. Araştırmanın İnsan Gücü**

Araştırmanın tamamı Doç. Dr. Figen Demir danışmanlığında Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ana bilim dalında tıpta uzmanlık öğrencisi olan Ayşe Gül Yücesan tarafından yürütülmüştür. Araştırmacı hukuk eğitimi verme konusunda yetkin olup, hukuk lisans ve tıp hukuku yüksek lisans mezunudur.

### **3.11. Araştırmanın Ön Denemesi**

Araştırmanın ön denemesi soru sayısının fazlalığı ve ilk ön denemenin yetersiz kalması nedeniyle iki aşamada yapılmıştır. İlk aşamada anketin ilk hali klinik branşlarda çalışan ve araştırmanın yapılacağı kurumda çalışmayan 12 hekime çözdürülmüş ve anket sonrasında hukuk eğitimi verilmiştir. İlk aşamada yapılan değerlendirmeler doğrultusunda anket ve hukuk eğitimi güncellenmiş ve son hali ile anketi 18 klinisyenin daha doldurması istenmiştir. Eğitimin son hali anlatılarak anket sorularının çözülmesi talep edilmiş, ankette ve eğitimde nelerin iyileştirilebileceği sorulmuştur. Böylece anket soruları ve eğitim doğrudan araştırma amaçlarına uygun olacak şekilde düzenlenmiştir.

### **3.12. Etik Konular ve Kurumsal İzinler**

Tez araştırması Acıbadem Üniversitesi tarafından 2023/07 sayılı ATADEK toplantısında görüşülmüş olup 2023-07/258 karar numarası ile tıbbi etik yönünden uygun bulunmuştur. Etik kurul izni alındıktan sonra İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvuru yapılmış ve Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 15.08.2023 tarih ve 2023/12 sayılı kararınca araştırma yapılma izni istenen kurumda, çalışmanın yürütülmesi uygun görülmüştür.

Araştırmada kullanılan YAB-7 ölçeği için ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan, Defansif Tıbbi Uygulamalar Ölçeği için ölçeği geliştiren araştırmacılardan e-posta aracılığı ile anketin kullanılması hususunda izin alınmıştır.

Eğitim için planlanan toplantılara katılan tüm uzman doktor ve ğretim üyelerine katılımın gönüllü olduğu, istedikleri zaman bırakabilecekleri söylenmiş, araştırmaya verdikleri yanıtların tamamen anonim olarak toplandığı ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı belirtilmiştir.

### 3.13. Araştırmanın Bütçesi

Araştırma bütçesine dahil giderlerin tamamı araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

**Tablo 3.1.** Araştırma bütçesi

Gider Kalemi	Açıklama	Fiyat	Toplam Bedeli
SurveyMonkey	Avantajlı yıllık abonelik paketi	79TL/ay	948TL
HDMI-VGA bağlantı kablosu	Hastane projektörleri VGA ıkışlı olduğu için alındı.	168,54TL	168,54TL
Toplam			1.116,54 TL

**Tablo 3.2.** Araştırmanın zaman çizelgesi

Aşamalar	2021			2022														
	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Konu seçimi																		
Literatür tarama																		
Araştırma konusunun sunumu																		
Araştırmanın tasarımı																		
SHTK ek madde 18'in eğitim olarak dahil edilmesi																		
SHTK ek madde 18 hakkında literatür taraması ve uzman görüşü alınması																		
Anketin oluşturulması																		

**Tablo 3.2.** Araştırmanın zaman çizelgesi (devam)

Aşamalar	2023												2024		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Literatür tarama															
Anketin oluşturulması ve geliştirilmesi															
Araştırma tasarımı ve konusunun ikinci kez sunulması															
Yeni hukuki düzenleme hakkında literatür taraması ve uzman görüşü alınması															
Eğitimin oluşturulması ve geliştirilmesi															
Ön deneme															
Anket uygulaması, eğitim ve eğitim sonrası değerlendirme															
Veri analizi ve yorumlama															
Tez yazımı															

### 3.14. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

#### 3.14.1. Araştırmanın güçlü yanları

Araştırmamızın güçlü yanları şunlardır:

- Yaşanan çeşitli hukuki süreçlerin ve bu süreçlere maruziyet türlerinin hekimlerin defansif tıbbi uygulamaları ve anksiyeteleri ile ilişkisini araştırmak bakımından önemli bir araştırmadır. Özellikle hukuki süreç türlerinin ve yaşanma sayılarının ayrıntılı olarak sorulması, katılımcıların hekim olan yakınlarının hukuki süreç yaşadığına şahit olma veya tanıklık veya ifade verme gibi yollarla başka bir hekimin yaşadığı sürece dahil olması gibi farklı maruziyetlerin de sorgulanması bakımından geniş bir bakış açısı sunabilecek bir araştırmadır.
- Hekimin hukuki sorumluluğunu azaltmaya yönelik olarak rücu davalarına getirilen yeni dava şartının hekimlerin kaygıları ve defansif tıbbi uygulamaları üzerindeki etkisine yönelik fikir edinmek amacıyla hukukçu olan araştırmacı tarafından yüz yüze eğitimlerin verilmesi ve sonrasında geri bildirimlerin alınmış olması önemlidir.
- Türkiye’de defansif tıbbi uygulamaları araştıran çalışmaların çoğunda veriler hekimlere e-posta ile bir anket linkinin gönderilmesi suretiyle toplanmış ve yüz yüze görüşmeler yapılmamıştır. Çalışmamızda katılımcıların tamamı anketi gözlem altında doldurmuş ve ankete başlamadan önce anket içinde bulunan ve hekimlerin yanlış anlayabilecekleri veya anlamını bilmedikleri kavramlar açıklanmıştır. Anketin cevaplanması esnasında hekimlere anlamadıkları hususları sorabilecekleri tekrar hatırlatılmıştır. Bu durum sonuçların daha doğru olmasını sağlayabilir.
- Türkiye’de defansif tıbbi uygulamaları araştıran çalışmalarda genellikle tek bir branşın seçildiği ve bu branşta bulunan hekimlerin çalıştığı sektör veya hastane ayrımı yapılmaksızın çalışmalara dahil edildiği görülmüştür. Bu yaklaşım hekimlerin tıbbi müdahalelerinden kaynaklanan hukuki sorumluluk rejimlerinin farklı olması dolayısıyla sonuçların karıştırıcı faktörlerden etkilenmesine yol açmış olabilir.

- Düzenlenen toplantılara katılmayan hekimler eğitim sorumluları aracılığıyla iki kez tekrar araştırmaya ilişkin bilgilendirilmiştir. Buna ek olarak katılmayan tüm hekimlere iki defa bilgilendirici e-postalar gönderilmiştir. Bilgilendirme sonrasında geri dönüş yapmayanlara tek tek ulaşılmaya ve katılmak istememe nedenleri sorulmaya çalışılmış, onlara uygun olan bir zamanda birebir eğitim ve anket uygulaması yapılabileceği anlatılmıştır.
- Çevrimiçi anket formunun kullanılması katılımcılar açısından oldukça hassas bir konu olabilecek defansif tıbbi uygulamalar hakkındaki görüşlerini olabildiğince tarafsız yanıtlamalarına olanak vermiştir.
- Anket formunun cevaplanması ve eğitimin verilmesi aşamalarında tek araştırmacının görev alması standardize bir uygulamaya olanak sağlamıştır.

### **3.14.2. Araştırmanın kısıtlılıkları**

Araştırmamızın kısıtlılıkları şunlardır:

- Yaşadığı hukuki süreçler nedeniyle sağlık problemi yaşayan veya yüksek düzeyde stres hisseden bazı hekimler çalışmaya katılmak istememiş olabilir. Bu da aslında var olan ilişkinin kuvvetinin azalmasına veya yok gibi görünmesine yol açmış olabilir.
- Araştırmaya katılmayı reddedenlerin bazı özellikleri katılanlardan farklı olup bu farklılıklar sonuçları etkilemiş olabilir.

#### 4. BULGULAR

Araştırmaya katılması için davet edilen 227 hekimden 151'i (%66,5) çalışmaya katılmayı kabul etmiş olup, bir kişi çalışma kapsamında düzenlenen toplantıya hukuk eğitiminin verildiği esnada katıldığından çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışmaya katılan hekimlerin bazı özellikleri aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Özellik (n=151)	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet (n=151)</b>		
Kadın	79	52,3
Erkek	72	47,7
<b>Yaş (n=148, ortanca)</b>	42 (En küçük: 30, En büyük: 68)	
<b>Medeni Hal (n=151)</b>		
Evli	127	84,1
Bekar	24	15,8

Araştırmaya katılan doktorların sosyodemografik verileri incelendiğinde; katılımcıların yaş değerlerinin ortancası 42 (n=148) olup, katılımcıların yaşları 26-68 arasında yer almaktadır. Katılımcıların %52,3'ü (n=79) kadın, %84,1'i (n=151) evlidir.

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenlerin katılmama sebepleri; iş yükünün yoğun olması (n=12), yorgunluk (n=4) veya yaşadığı hukuki süreçlerin olumsuz etkileri nedeniyle katılmayı istememektir (n=2). Bazı hekimler ise görüşmeyi kabul etmiş ve toplantı planlanmış olmasına rağmen bildirim yapmaksızın katılım sağlamamıştır. Çalışmaya katılmayan diğer hekimler ise e-posta ve telefon mesajları aracılığıyla çalışmadan haberdar edilmiş olmakla birlikte katılmama nedenlerini belirtmemişlerdir.

Katılımcı yüzdesi diğerlerinden az olan branşlar nöroloji, psikiyatri, genel cerrahi ve pediatri dir. Araştırmaya katılan ve katılmayan hekimlerin bazı tanımlayıcı özellikleri aşağıdaki tabloda karşılaştırılmıştır.

**Tablo 4.2.** Araştırmaya katılan ve katılmayan hekimlerin bazı özellikleri

Özellikler	Katılanlar		Katılmayanlar		P	
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*		
Branş	Dahili	74	49,0	50	64,9	0,022
	Cerrahi	77	51,0	27	35,1	
Cinsiyet	Kadın	79	52,3	30	39,0	0,056
	Erkek	72	47,7	47	61,0	
Ünvan	Akademisyen	42	27,8	8	10,4	0,005
	Uzman doktor	109	72,2	69	89,6	

\* Sütun yüzdesi verilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar ile diğer hekimlerin bazı özellikleri karşılaştırıldığında araştırmaya katılanların cerrahi branşlarda çalışma sıklığı diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksektir. Araştırmaya katılmayan hekimler arasında katılanlardan anlamlı olarak daha fazla uzman doktor bulunmaktadır. Katılanlar ve katılmayanlar arasında cinsiyet bakımından anlamlı fark tespit edilmemiştir.

**Tablo 4.3.** Katılımcıların mesleki özellikleri

Mesleki özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Branş (n=151)</b>		
Acil tıp	12	7,9
Anesteziyoloji ve reanimasyon	14	9,3
Beyin ve sinir cerrahisi	5	3,3
Dahiliye	13	8,6
Fizik tedavi ve rehabilitasyon	4	2,6
Genel cerrahi	8	5,3
Göz hastalıkları	14	9,3
Kadın hastalıkları ve doğum	14	9,3
Nöroloji	4	2,6
Ortopedi ve travmatoloji	8	5,3
Pediyatri	13	8,6
Radyoloji	9	6,0
Üroloji	7	4,6
Diğer*	26	17,2
<b>Ünvan (n=151)</b>		
Uzman Doktor	97	64,2
Doçent Doktor	30	19,9
Yan dal Uzmanı	12	7,9
Doktor Öğretim Üyesi	8	5,3
Profesör Doktor	4	2,6
<b>Branş (n=151)</b>		
Dahili	73	48,3
Cerrahi	78	51,7
<b>Ek sorumluluk sigortası yaptırma (n=150)</b>	39	26,0
<b>Hasta bakılan yıl (n=150, ortanca)</b>	16 yıl ± 7,5 (En az: 4, En fazla: 36)	
<b>Poliklinikte bakılan hasta sayısı, Haftada (n=111, ortanca)</b>	200 (en az: 0, en fazla: 1000)	
<b>Cerrahi müdahale sayısı, Haftada (n=47, ortanca)</b>	10 (en az: 2, en fazla: 100)	

\*Katılımcı sayısı üç ve daha az olan branşlar: aile hekimliği, algoloji, enfeksiyon hastalıkları, çocuk üroloji, çocuk cerrahisi, spor hekimliği, psikiyatri, kalp ve damar cerrahisi, kulak burun boğaz, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, gastroenteroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyondur.

Katılım sayısının en fazla olduğu branşlar kadın hastalıkları ve doğum (n=14), göz hastalıkları (n=14), anesteziyoloji ve reanimasyon (n=14) branşlarıdır. Hekimlerin fiilen hasta baktıkları yılların ortancası 16 yıl iken, en uzun süre çalışan

hekim 36 yıl fiilen hasta bakmıştır. Katılan hekimlerin, %64,2'si (n=97) uzman doktor ve %19,9'u (n=30) doçent doktor ünvanına sahiptir. Katılımcıların branşları dahili ve cerrahi branş olarak ayrıldığında katılımcıların %51,7'si cerrahi branşlarda görev yapmaktadır.

Hukuki süreçlere maruziyet bakımından hekimlerin tıbbi müdahalede buldukları hasta sayıları önemli olabileceğinden katılımcıların bir haftada poliklinikte baktıkları hasta sayıları ve haftalık cerrahi müdahale sayıları sorulmuştur. Haftalık veri alınmasının nedeni hekimlerin çalışma gün ve saatlerinde farklılıklar olması ve poliklinik ve cerrahi müdahale yapılan günlerin farklı olabilmesidir. Bir haftada poliklinikte bakılan hasta sayılarının ortancası 200 iken, cerrahi müdahale sayılarının ortancası 10 olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.4.** Branşlara göre haftalık poliklinikte tedavisi yapılan hasta sayıları

Branş	Poliklinikte Bir Haftada Bakılan Hasta Sayıları				
	Ortanca	1. çeyrek	3. çeyrek	En az	En çok
Acil tıp	470	400	600	325	1000
Anesteziyoloji ve reanimasyon	150	75	350	0	350
Beyin cerrahisi	200	80	280	60	500
Dahiliye	325	200	390	100	400
Diğer*	150	100	200	15	450
Genel cerrahi	200	120	200	120	250
Göz hastalıkları	175	100	250	20	400
Kadın hastalıkları ve doğum	300	200	400	10	500
Nöroloji	200	163	200	125	200
Ortopedi	388	300	400	100	500
Pediyatri	150	25	220	12	300
Radyoloji	275	175	300	100	350
Üroloji	200	150	200	35	250

\* Katılımcı sayısı üç ve daha az olan branşlar

Branşlara göre bir haftada poliklinikte tedavi edilen hasta sayıları incelendiğinde en fazla hasta bakan branşlar sırasıyla acil tıp ve ortopedi iken, en az hasta bakan branşlar pediatri ve anesteziyoloji ve reanimasyondur.

**Tablo 4.5.** Branşlara göre katılımcıların cinsiyet dağılımları ve yaşları

Branş	Erkek		Kadın		Yaş		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Ortanca	Min	Maks
Acil	6	50,0	6	50,0	40,0	32,0	46,0
Anesteziyoloji ve reanimasyon	1	7,1	13	92,9	39,0	30,0	55,0
Beyin cerrahisi	3	60,0	2	40,0	40,0	38,0	44,0
Dahiliye	5	38,5	8	61,5	40,0	30,0	56,0
Diğer	13	41,9	18	58,1	40,0	33,0	58,0
Genel cerrahi	5	71,4	2	28,6	43,0	31,0	59,0
Göz hastalıkları	6	42,9	8	57,1	43,0	30,0	52,0
Kadın hastalıkları ve doğum	7	50,0	7	50,0	42,5	34,0	60,0
Nöroloji	0	0,0	4	100,0	46,0	43,0	48,0
Ortopedi	8	100,0	0	0,0	42,5	33,0	60,0
Pediyatri	6	46,2	7	53,8	45,0	35,0	68,0
Radyoloji	5	55,6	4	44,4	44,0	30,0	61,0
Üroloji	7	100,0	0	0,0	45,0	39,0	52,0

Branşların cinsiyet dağılımları incelendiğinde nöroloji branşından katılan hekimlerin tamamı kadın iken anesteziyoloji ve reanimasyon branşından katılanların %92,9'u kadındır. Ayrıca, ortopedi ve üroloji branşından katılanların tamamı erkektir. Yaş ortalaması bakımından en yüksek branşlar nöroloji ve pediatri iken, en düşük branş anesteziyoloji ve reanimasyondur.

Bazı hekimler zorunlu olarak yapılan mesleki sorumluluk sigortasının hatalı tıbbi uygulama iddiası ile açılan bir tazminat davası ihtimaline karşı ödenmesi öngörülen sigorta teminatı üst limitini yeterli görmeyerek, daha büyük meblağları ödemekten korunmak amacıyla ek sorumluluk sigortası yaptırabilmekte ve böylece sigorta teminat limitini yükseltebilmektedirler. Çalışmamıza katılan hekimlerin %26'sı bu şekilde bir ek sorumluluk sigortası yaptırmıştır.

**Tablo 4.6.** Katılımcıların hukuki süreçlere maruziyetleri

<b>Hukuki Süreçlere Maruziyet (n=151)</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Hastalarınızın tanı ve tedavi süreci ile ilgili aleyhinizde hukuki süreç başlatıldı mı?		
Evet	106	70,2
Hekim olan akraba veya arkadaşınıza karşı mesleği dolayısıyla dava açıldığına şahit oldunuz mu?		
Evet	129	85,4
Başka bir meslektaşınızın yaşadığı hukuki süreç ile ilgili görüşünüze başvuruldu mu? (Tanıklık, ifade verme vb.)		
Evet	84	55,6
En az bir hukuki süreç türüne maruziyet		
Var	142	94,0

Bir hekimin aleyhinde hukuki süreç başlatılması, hekim olan yakınlarından birinin yaşadığı sürece şahit olması veya çeşitli şekillerde süreçlere dahil olması mümkündür. Bu bakımdan katılımcıların hukuki süreçlere maruziyetlerinin boyutunun tam olarak anlaşılabilmesi amacıyla her maruziyet tipi ayrıntılı olarak sorgulanmıştır.

Katılımcıların %70,2'sine (n=106) karşı hastalarının tanı ve tedavi sürecine ilişkin olmak üzere; disiplin soruşturması, ceza soruşturması, ceza davası, tazminat davası, CİMER başvurusu, hasta hakları birimine şikâyet gibi hukuki süreçlerden biri veya birden fazlası başlatılmıştır. Katılımcıların %85,4'ü (n=129) hekim olan akraba veya arkadaşlarına karşı tıp meslekleri nedeniyle dava açıldığına şahit olmuştur. Katılımcıların %55,6'sına (n=84) ise başka bir hekimin yaşadığı hukuki süreç ile ilgili görüşü sorulmuştur.

Katılımcıların %94'ü (n=142), sorgulanan hukuki süreçlere maruz kalma çeşitlerinden en az birini yaşamıştır.

**Tablo 4.7.** Hukuki süreç yaşama durumuna göre katılımcıların bazı tanımlayıcı ve mesleki özellikleri

Özellikler	Hastalarının tanı ve tedavi süreci ile ilgili herhangi bir hukuki süreç yaşama durumu			
	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Branş</b>				
Dahili	49	66,2	25	33,8
Cerrahi	57	74,0	20	26,0
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	53	73,6	19	26,4
Kadın	53	67,1	26	32,9
<b>Medeni hal</b>				
Evli	93	73,2	34	26,8
Bekar	13	54,2	11	45,8
<b>Ünvan</b>				
Uzman Dr.	68	70,1	29	29,9
Yan Dal Uzmanı	8	66,7	4	33,3
Dr. Öğr. Üyesi	5	62,5	3	37,5
Doç. Dr.	21	70,0	9	30,0
Prof. Dr.	4	100,0	0	0,0
<b>Yaş</b>				
30-39	32	65,3	17	34,7
40-49	47	68,1	22	31,9
50 ve üzeri	24	82,8	5	17,2
<b>Ek sorumluluk sigortası</b>				
Yaptırmış	30	76,9	9	23,1
Yaptırmamış	75	67,6	36	32,4
<b>Mesleki tecrübe</b>				
10 yıldan az	47	67,1	23	32,9
10 yıl ve üzeri	32	72,7	12	27,3
20 yıl ve üzeri	26	74,3	9	25,7

**Tablo 4.8.** Branşlara göre katılımcıların hukuki süreç yaşama sıklığı

<b>Branş (n=141)</b>	<b>Bizzat hukuki süreç yaşamış olma</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Acil (n=12)	10	83,3
Anesteziyoloji ve reanimasyon (n=14)	9	64,3
Beyin cerrahisi (n=5)	4	80,0
Dahiliye (n=13)	7	53,8
Diğer* (n=31)	19	61,3
Genel cerrahi (n=7)	7	100,0
Göz hastalıkları (n=14)	9	64,3
Kadın hastalıkları ve doğum (n=14)	11	78,6
Nöroloji (n=4)	3	75,0
Ortopedi (n=8)	8	100,0
Pediyatri (n=13)	12	92,3
Radyoloji (n=9)	4	44,4
Üroloji (n=7)	3	42,9

\* 3 veya daha az katılımcı olan branşlar

Hastalarının tanı ve tedavi süreci ile ilişkili olarak aleyhinde hukuki süreç başlatılan katılımcıların branşlar içerisindeki dağılımı incelendiğinde süreç yaşama sıklığı en fazla olan branşlar acil tıp, ortopedi, genel cerrahi ve pediyatri iken; en düşük branşlar üroloji, radyoloji göz hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyondur.

**Tablo 4.9.** Aleyhinde hukuki süreç başlatılan katılımcıların yaşadığı süreç tiplerinin dağılımı

<b>Yaşanan hukuki süreç tipleri * (n=96)</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Hasta hakları birimine şikâyet	70	72,9
Ön inceleme	59	61,5
CİMER'e şikâyet	54	56,3
Ceza soruşturması	40	41,7
Disiplin soruşturması	26	27,1
Ceza davası	23	24,0
Tazminat davası	21	21,9

\* Katılımcılar birden fazla hukuki süreç türünü işaretleyebilmiştir.

Aleyhinde hukuki süreç başlatılmış olan katılımcıların en sık yaşadığı süreç hasta hakları birimine şikâyet edilme sürecidir. Bunu takiben ön inceleme geçirme, CİMER'e şikâyet edilme ve ceza soruşturması geçirme gelmektedir. Tüm katılımcılar göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların %55,3'ü (n=78) en az bir kez CİMER'e veya hasta hakları birimine şikâyet edilmiştir.

Katılımcılardan savunma yazılması istenen hukuki süreç farklılık gösterebilmekle birlikte hukuki süreç yaşayanların %80,2'si (n=77) haklarında başlatılan süreç ile ilişkili yazılı bir savunma hazırlamıştır.

Hukuki süreç yaşayan katılımcıların %36,5'i, tüm katılımcıların ise %24,8'i aleyhinde en az bir kez dava açılmıştır. Yani katılımcıların neredeyse dörtte biri aleyhinde ceza veya tazminat davalarından en az biri açılmıştır.

**Tablo 4.10.** Hukuki süreçlerin yaşanma sayıları

<b>Hukuki süreçler*</b>	<b>Ortanca</b>	<b>En az – En çok</b>	<b>1.-3. çeyrekler</b>
Ceza davası (n=23)	1	1-3	1-2
Tazminat davası (n=21)	1	1-3	1-2
Ceza/Savcılık soruşturması (n=40)	1	1-15	1-2
Ön inceleme (n=59)	2	1-15	1-3
CİMER'e şikâyet (n=54)	3	1-30	1-5
Disiplin soruşturması (n=26)	1	1-10	1-2
Hasta hakları birimine şikâyet (n=70)	3	1-100	2-5
Savunma yazma (n=77)**	3	1-50	2-5

\* Katılımcılar birden fazla süreci işaretleyebilmiştir.

\*\* Hukuki süreç olmamakla birlikte bu tabloda yer almıştır.

Aleyhinde hukuki süreç başlatılan katılımcıların söz konusu süreçlerin hangisini kaç kez yaşadığı sorulmuştur. En fazla sayıda yaşanan hukuki süreç hasta hakları birimine şikâyet olup bu süreci yaşayan katılımcıların hakları birimine şikâyet edilme sayılarının ortancası 2 olarak bulunmuştur. Hasta hakları birimine şikâyeti takiben en sık yaşanan süreç CİMER'e şikâyettir.

**Tablo 4.11.** Branşlara göre katılımcıların aleyhinde dava açılma sıklıkları

Branş	Mesleği nedeniyle aleyhinde dava açılanlar	
	Sayı	Yüzde
Kadın hastalıkları ve doğum (n=12)	6	50,0
Ortopedi ve travmatoloji (n=7)	3	42,9
Genel cerrahi (n=7)	3	42,9
Acil tıp (n=12)	5	41,7
Göz hastalıkları (n=14)	5	35,7
Diğer (n=30)	7	23,3
Pediyatri (n=10)	2	20,0
Üroloji (n=6)	1	16,7
Radyoloji (n=9)	1	11,1
Dahiliye (n=13)	1	7,7
Anesteziyoloji ve reanimasyon (n=14)	1	7,1
Beyin cerrahisi (n=4)	0	0,0
Nöroloji (n=3)	0	0,0

Branşlara göre katılımcılar aleyhinde tazminat veya ceza davalarından en az birinin açılma sıklığı en fazla olan branşlar kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi ve genel cerrahi, acil tıp iken; en düşük branşlar beyin cerrahisi, nöroloji, anesteziyoloji ve reanimasyondur. Kadın hastalıkları ve doğum branşı her ne kadar hukuki süreç yaşama sıklığı bakımından en üst sıralarda yer almasa da dava açılma sıklığı bakımından ilk sırada yer almıştır.

Katılımcılar uzman, yan dal uzmanı ve akademisyen olarak gruplandırıldığında gruplar arasında aleyhinde dava açılma durumu bakımından anlamlı fark yoktur ( $p=0,091$ ). Bununla birlikte yan dal uzmanlarına karşı hiç dava açılmamış olup yan dal uzmanları vd. olarak gruplama yapıldıktan sonra yan dal uzmanlarının diğerlerine göre anlamlı olarak aleyhinde daha az sıklıkta dava açıldığı tespit edilmiştir ( $p=0,038$ ).

**Tablo 4.12.** Branşlara göre aleyhte başlatılan hukuki süreç çeşitlerinin dağılımı

Branş	Ceza davası		Tazminat davası		Ceza soruşturması		Ön inceleme		Disiplin soruşturması		Hasta hakları birimine şikâyet		CİMER'e şikâyet	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Acil (n=12)	5	41,7	2	16,7	6	50,0	8	66,7	5	41,7	9	75,0	7	58,3
Aile hekimliği (n=3)	1	33,3	1	33,3	1	33,3	2	66,7	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Algoloji (n=2)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	1	50,0	1	50,0
Anesteziyoloji ve reanimasyon (n=14)	1	7,1	0	0,0	1	7,1	5	35,7	1	7,1	6	42,9	6	42,9
Beyin Cerrahisi (n=4)	0	0,0	0	0,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	3	75,0	2	50,0
Çocuk Cerrahisi (n=3)	1	33,3	0	0,0	2	66,7	3	100,0	0	0,0	3	100,0	2	66,7
Dahiliye (n=13)	0	0,0	0	0,0	2	15,4	3	23,1	3	23,1	3	23,1	1	7,7
Enfeksiyon (n=2)	1	7,7	0	0,0	1	50,0	2	100,0	1	50,0	2	100,0	0	0,0
Fizik tedavi ve rehabilitasyon (n=5)	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0
Gastroenteroloji (n=1)	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Genel Cerrahi (n=7)	0	0,0	2	28,6	3	42,9	4	57,1	2	28,6	4	57,1	5	71,4
Göğüs Cerrahisi (n=1)	1	14,3	0	0,0	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Göğüs hastalıkları (n=3)	1	100,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Göz hastalıkları (n=14)	0	0,0	5	35,7	5	35,7	5	35,7	1	7,1	6	42,9	4	28,6
Kadın hastalıkları ve doğum (n=12)	4	28,6	4	33,3	6	50,0	8	66,7	4	33,3	8	66,7	7	58,3
Kardiyoloji (n=2)	3	25,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0
KBB (n=2)	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0
KVC (n=1)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Nöroloji (n=3)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0
Ortopedi ve travmatoloji (n=7)	0	0,0	3	42,9	2	28,6	4	57,1	3	42,9	5	71,4	7	100
Pediyatri (n=10)	1	14,3	1	10,0	5	50,0	6	60,0	2	20,0	7	70,0	4	40,0
Psikiyatri (n=2)	1	10,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0
Radyoloji (n=9)	0	0,0	1	11,1	1	11,1	1	11,1	0	0,0	3	33,3	2	22,2
Üroloji (n=6)	1	11,1	0	0,0	1	16,7	1	16,7	1	16,7	1	16,7	1	16,7

**Tablo 4.13.** Yaşanan hukuki süreç çeşitlerinin katılımcıların bazı özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Ceza davası		Tazminat davası		Ceza soruşturması		Ön inceleme		Disiplin soruşturması		CİMER'e şikâyet		Hasta hakları birimine şikâyet		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Branş</b>	Dahili (n=69)	6	8,7	10	14,5	18	26,1	25	36,2	14	20,3	18	26,1	32	46,4
	Cerrahi (n=72)	15	20,8	13	18,1	22	30,6	34	47,2	12	16,7	36	50,0	38	52,8
<b>Ünvan</b>	Uzman Dr. (n=94)	15	16,0	18	19,1	31	33,0	41	43,6	19	20,2	34	36,2	47	50,0
	Yan dal uzmanı (n=12)	0	0,0	0	0,0	1	8,3	4	33,3	1	8,3	6	50,0	6	50,0
	Dr. Öğr. Üyesi (n=6)	1	16,7	2	33,3	2	33,3	2	33,3	1	16,7	1	16,7	3	50,0
	Doç. Dr. (n=25)	5	20,0	2	8,0	5	20,0	10	40,0	3	12,0	10	40,0	11	44,0
	Prof. Dr. (n=4)	0	0,0	1	25,0	1	25,0	2	50,0	2	50,0	3	75,0	3	75,0
<b>Cinsiyet</b>	Erkek (n=66)	16	24,2	14	21,2	24	36,4	32	48,5	19	28,8	31	47,0	36	54,5
	Kadın (n=75)	5	6,7	9	12,0	16	21,3	27	36,0	7	9,3	23	30,7	34	45,3
<b>Medeni hal</b>	Evli (n=118)	20	16,9	20	16,9	35	29,7	51	43,2	22	18,6	46	39,0	60	50,8
	Bekar (n=23)	1	4,3	3	13,0	5	21,7	8	34,8	4	17,4	8	34,8	10	43,5
<b>Ek Sigorta</b>	Evet (n=37)	5	13,5	8	21,6	14	37,8	18	48,6	9	24,3	17	45,9	20	54,1
	Hayır (n=103)	16	15,5	14	13,6	25	24,3	40	38,8	17	16,5	37	35,9	50	48,5

Yaşanabilecek hukuki süreçler arasında yaptırım bakımından en ağır sonuçları olabilecek olan ceza davalarının katılımcıların belirli özelliklerine göre dağılımları ve açılma sayıları aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Aleyhinde hukuki süreç başlatılan hekimlerin %24'ü (n=23) kendisine karşı bir veya daha fazla sayıda ceza davası açıldığını bildirmiştir.

**Tablo 4.14.** Katılımcıların bazı mesleki ve kişisel özelliklerine göre aleyhlerinde ceza davası açılma durumu

Özellikler (n=151)	Ceza davası			
	Yok		Var	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Ünvan</b>				
Dr. Öğr. Üyesi	4	66,7	2	33,3
Prof. Dr.	3	75,0	1	25,0
Uzman Dr.	76	80,9	18	19,1
Doç. Dr.	23	92,0	2	8,0
Yan Dal Uzmanı	12	100,0	0	0,0
<b>Branş</b>				
Dahili	59	85,5	10	14,5
Cerrahi	59	81,9	13	18,1
<b>Branş</b>				
Acil tıp	7	58,3	5	41,7
Aile hekimliği	2	66,7	1	33,3
Anesteziyoloji ve reanimasyon	13	92,9	1	7,1
Çocuk cerrahisi	2	66,7	1	33,3
Dahiliye	12	92,3	1	7,7
Fizik tedavi ve rehabilitasyon	4	80,0	1	20,0
Genel cerrahi	6	85,7	1	14,3
Göğüs cerrahi	0	0,0	1	100,0
Göz hastalıkları	10	71,4	4	28,6
Kadın Hastalıkları ve doğum	9	75,0	3	25,0
Ortopedi ve travmatoloji	6	85,7	1	14,3
Pediyatri	9	90,0	1	10,0
Radyoloji	8	88,9	1	11,1
Üroloji	5	83,3	1	16,7

**Tablo 4.15.** Aleyhinde ceza davası açılan katılımcıların yaşadıkları ceza davası sayıları

Özellikler (n=106)	Ceza davası sayısı*					
	Bir kez		İki kez		Üç kez	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Ünvan</b>						
Uzman Dr.	14	77,8	1	5,6	3	16,7
Yan dal uzmanı	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dr. Öğr. Üyesi	1	50,0	1	50,0	0	0,0
Doç. Dr.	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Prof. Dr.	1	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Branş</b>						
Dahili	7	70,0	0	0,0	3	30,0
Cerrahi	11	84,6	2	15,4	0	0,0
<b>Branş</b>						
Acil Tıp	3	60,0	0	0,0	2	40,0
Aile hekimliği	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Çocuk Cerrahisi	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Dahiliye	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Genel Cerrahi	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Göğüs Cerrahi	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Göz Hastalıkları	4	100,0	0	0,0	0	0,0
Kadın Hastalıkları ve Doğum	2	66,7	1	33,3	0	0,0
Ortopedi ve travmatoloji	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Pediyatri	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Radyoloji	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Üroloji	1	100,0	0	0,0	0	0,0

\* Bazı katılımcılar aleyhinde birden fazla ceza davası başlatılmış olduğundan iki veya 3 kez ceza davası yaşamış katılımcıların dağılımı da gösterilmek istenmiştir.

**Tablo 4.16.** Katılımcıların en son yaşadığı süreç türleri ve bu süreçlerin sonlanma durumları

En son yaşanan hukuki süreç tipi (n=97)	Süreç halen devam ediyor mu?			
	Evet (n=22)		Hayır (n=75)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Tazminat davası	8	80,0	2	20,0
Ceza davası	7	50,0	7	50,0
Ceza/savcılık soruşturması	2	25,0	6	75,0
Ön inceleme	2	11,8	15	88,2
Hasta hakları birimine şikâyet	2	7,7	24	92,3
CİMER'e şikâyet	1	7,1	13	92,9
Disiplin soruşturması	0	0,0	3	100,0

Aleyhinde hukuki süreç başlatılan katılımcıların çoğunun yaşadığı süreç sona ermişti. Ceza davasında sanık sıfatıyla yer alan katılımcıların %80'inin, tazminat davasında davalı konumunda olan katılımcıların ise %50'sinin davası halen devam etmekteydi.

Katılımcılara yaşamış oldukları süreçlerin nasıl sonuçlandığı sorularak yaşadıkları süreç tiplerine uygun olacak şekilde sorulara yanıt vermeleri istenmiştir.

**Tablo 4.17.** Yaşadığı hukuki süreç sonlanan katılımcıların süreçlerinin sonuçları

Hukuki süreç nasıl sonuçlandı? <sup>1</sup> (n=78)	Sayı	Yüzde
Lehe sonuçlandı <sup>2</sup>	67	83,8
Disiplin cezası aldı	6	8,1
Tazminata hükmedildi	4	5,4
Hapis cezasına hükmedildi (HAGB* dahil)	1	1,4
Adli para cezasına hükmedildi	1	1,4

<sup>1</sup> Katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebilmiştir.

<sup>2</sup> Hukuki süreç lehine sonuçlandı, beraat etti veya kovuşturmayaya yer olmadığına karar verildi.

\* Hükümün açıklanmasının geri bırakılması

Aleyhinde başlatılan hukuki süreçlerden en az birisi aleyhinde sonuçlanan katılımcıların süreç aleyhinde sonuçlandı kabul edilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun yaşadığı süreçler lehinde sonuçlanmış olup, %16,2'sinin ise süreci disiplin cezası, tazminat, hapis cezası veya adli para cezası yaptırımlarından biri ile sonuçlanmıştır.

Katılımcılara aleyhlerinde başlatılan hukuki süreçleri meslektaşları ile birlikte mi yoksa tek başlarına mı yaşadıkları sorulmuş olup, herhangi bir hukuki süreç sadece kendileri aleyhinde başlatıldıysa bunu belirtmeleri istenmiştir. Hukuki süreç yaşayan katılımcıların %37,4'ünün sadece kendisi aleyhinde başlatılan bir hukuki süreç olmuştur.

**Tablo 4.18.** Dahili ve cerrahi branşlarda çalışan katılımcıların CİMER'e şikâyet edilme sıklıklarının karşılaştırılması

Branş	CİMER'e şikâyet				P
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Dahili	18	26,1	51	73,9	0,004
Cerrahi	36	50,0	36	50,0	

Katılımcılar dahili ve cerrahi branşlarda çalışmalarına göre gruplandırıldığında cerrahi branşlarda çalışan katılımcıların hastalarının tanı ve tedavi süreci ile ilişkili olarak CİMER'e şikâyet edilme sıklıkları dahili branşlarda çalışanlara göre daha fazla bulunmuştur.

Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile aleyhlerinde ceza davası açılıp açılmaması bakımından fark olup olmadığına ki-kare testi ile bakıldığında: branşın dahili veya cerrahi olması ( $p=0,731$ ), ünvan farklılıkları ( $p=0,295$ ), cinsiyet ( $p=0,212$ ), zorunlu sorumluluk sigortasına ek sigorta yaptırma ( $p=0,375$ ), mesleki tecrübe ( $p=0,443$ ) ile ceza davası yaşama arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Ceza davası açılan ve açılmayan gruplarda yaş ortalamaları bakımından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Mann-Whitney U testi,  $p=0,076$ ).

Dava açılması bakımından literatürde yüksek riskli olarak gösterilen branşlarda (ortopedi, kadın hastalıkları ve doğum, göz hastalıkları, genel cerrahi, beyin cerrahisi, acil tıp) çalışan katılımcılara karşı ceza davası açılma sıklığı diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (ki-kare, p=0,042).

**Tablo 4.19.** Dava açılma sıklıklarının bazı kişisel ve mesleki özelliklere göre karşılaştırılması

Özellikler	Dava açılmış mı?				P
	Hayır		Evet		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Mesleki tecrübe (n=139)</b>					
10 yıldan az	53	81,5	12	18,5	0,303
10 yıl ve üzeri	29	70,7	12	29,3	
20 yıl ve üzeri	23	69,7	10	30,3	
<b>Ek sigorta yaptırma<sup>1</sup> (n=140)</b>					
Evet	27	73,0	10	27,0	0,818
Hayır	79	76,7	24	23,3	
<b>Cinsiyet (n=141)</b>					
Erkek	43	65,2	23	34,8	0,017
Kadın	63	84,0	12	16,0	
<b>Branş (n=141)</b>					
Dahili	56	81,2	13	18,8	0,157
Cerrahi	50	69,4	22	30,6	

<sup>1</sup> Zorunlu mesleki sorumluluk sigortasına ek olarak sorumluluk sigortası yaptırma

Dava açılma durumu ile katılımcılara ait bazı özelliklerin ilişkisi incelendiğinde erkeklere, kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha fazla dava açıldığı bulunmuştur. Ayrıca literatürde belirtilen dava açılma riski yüksek branşlarda bulunan katılımcılara karşı da diğerlerine göre daha fazla dava açılmıştır. Evli ve bekar katılımcılar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p=0,244).

**Tablo 4.20.** Cinsiyete göre katılımcıların aleyhlerinde hukuki süreç başlatılma durumunun karşılaştırılması

Hukuki süreç yaşama durumu	Cinsiyetiniz				P
	Erkek		Kadın		
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde	
<b>Dava (Ceza-Tazminat)</b>					
Yok	43	65,2	63	84,0	0,017
Var	23	34,8	12	16,0	
<b>Tazminat davası</b>					
Yok	50	75,8	70	93,3	0,007
Var	16	24,2	5	6,7	
<b>Ceza davası</b>					
Yok	52	78,8	66	88,0	0,212
Var	14	21,2	9	12,0	
<b>Ön inceleme süreci geçirme</b>					
Yok	34	51,5	48	64,0	0,134
Var	32	48,5	27	36,0	
<b>Soruşturma yaşama</b>					
Yok	42	63,6	59	78,7	0,074
Var	24	36,4	16	21,3	
<b>CİMER'e şikâyet</b>					
Yok	35	53,0	52	69,3	0,047
Var	31	47,0	23	30,7	
<b>Disiplin süreci yaşama</b>					
Yok	47	71,2	68	90,7	0,006
Var	19	28,8	7	9,3	
<b>Hasta hakları birimine şikâyet</b>					
Yok	30	45,5	41	54,7	0,275
Var	36	54,5	34	45,3	

\*Sütun yüzdesi verilmiştir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre aleyhlerinde hukuki süreç başlatılma durumları her hukuki süreç için ayrı ayrı karşılaştırılmış olup yapılan analizler yukarıdaki tabloda gösterilmektedir.



**Tablo 4.21.** DTUÖ’de yer alan önermelerden katılımcıların aldıkları puanların dağılımları

DTUÖ – Önermeler	Katılma Durumu – Puan (Kesinlikle Katılmıyorum=0 puan, Kesinlikle Katılıyorum=4 puan)									
	0		1		2		3		4	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Gerekli olandan daha fazla görüntüleme isteme (n=149)	23	15,4	19	12,8	34	22,8	26	17,4	47	31,5
Gerekli olandan daha fazla tahlil isteme (n=150)	29	19,3	23	15,3	28	18,7	31	20,7	39	26,0
Gereksiz yere konsültasyon isteme (n=150)	34	22,7	19	12,7	36	24,0	31	20,7	30	20,0
Endikasyonsuz hasta yatışı yapma (n=147)	54	36,7	36	24,5	32	21,8	7	4,8	18	12,2
Hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete etme (n=148)	79	53,4	24	16,2	23	15,5	4	2,7	18	12,2
Gerekli olmasa da girişimsel işlemler uygulama (n=150)	84	56,0	28	18,7	18	12,0	4	2,7	16	10,7
Daha az inisiyatif alma (n=148)	25	16,9	25	16,9	30	20,3	35	23,6	33	22,3
Riskli hastalara müdahale etmekten çekinme (n=149)	37	24,8	22	14,8	32	21,5	24	16,1	34	22,8
Hastayı sevk etme (n=149)	33	22,1	31	20,8	40	26,8	19	12,8	26	17,4
Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma (n=147)	39	26,5	27	18,4	41	27,9	18	12,2	22	15,0

<sup>1</sup> En az 0 en çok 4 puan almak mümkündür.

**Tablo 4.22.** DTUÖ puanlarının dağılımı

Önermeler <sup>1</sup>	Sayı	Ortanca	1.-3. Çeyrekler
<b>Pozitif Defansif Tıbbi Uygulamalar</b>			
Gerekli olandan daha fazla görüntüleme isteme	149	2	1-4
Gerekli olandan daha fazla tahlil isteme	150	2	1-4
Gereksiz yere konsültasyon isteme	150	2	1-3
Endikasyonsuz hasta yatışı yapma	141	1	0-2
Gerekli olmasa da girişimsel işlemler uygulama (Biyopsi vb.)	149	0	0-2
Hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete etme	147	0	0-2
<b>Negatif Defansif Tıbbi Uygulamalar</b>			
Riskli hastalara müdahale etmekten çekinme	148	2	1-3
Daha az inisiyatif alma	149	2	1-3
Hastayı sevk etme	148	2	1-3
Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma	144	2	0-3
<b>Toplam Puan</b>	144	16	9,5-25

<sup>1</sup> Her bir önermeden en az 0, en çok 4 ve ölçekten toplamda 40 puan alınabilirdi.

Yukarıda yer alan tabloda katılımcıların DTUÖ'de yer alan önermelerden aldıkları puanlara ilişkin bilgiler yer almaktadır. Herhangi bir önermeden 2-4 puan alan katılımcıları defansif tıbbi uygulama yapıyor olarak kabul ettiğimiz sınıflandırmaya göre (DTU1) katılımcıların %82,6'sı pozitif, %82,4'ü negatif defansif tıbbi uygulamaları yapmaktadır. Pozitif defansif tıbbi uygulamaların kapsamına giren önermeler esas alındığında katılımcıların %71,8'i (n=107) hissettiği çeşitli kaygılar

nedeniyle gerekli olduğunu düşündüğünden daha fazla görüntüleme tetkiki istediğini belirtirken, %65,3'ü (n=98) gerekli olandan daha fazla tahlil istediğini, %64,7'si (n=97) gerekmediği halde hastalar için konsültasyon istediğini ifade etmiştir. Bununla birlikte araştırmaya katılan hekimlerin %61,2'si (n=90) endikasyonsuz hasta yatışı yapmadığını ve %74,7'si (n=112) gerekli olmadığı zaman hastalarına biyopsi alma gibi girişimsel işlemleri uygulamadığını, %69,6'sı (n=103) gerekmediğini düşündüğü ilaçları reçete etmediklerini bildirmiştir.

Negatif defansif tıbbi uygulamaları içeren önermelere verilen cevaplar esas alındığında; dava açılması, şikâyet edilme, itibar kaybı yaşama veya şiddete uğrama gibi kaygıları nedeniyle katılımcıların %60,4'ü (n=90) riskli hastalara müdahale etmekten çekindiğini, %66,2'si (n=98) daha az inisiyatif aldığını, %57'si (n=85) hastalarını sevk ettiğini, %55,1'i (n=81) ise yeni tedavi yöntemlerinden kaçındıklarını belirtmişlerdir.

DTUÖ'ye verilen cevaplar değerlendirildiğinde en yüksek puan ortalamasına sahip olan ve en çok yapılan defansif tıbbi uygulama gerekmediği halde görüntüleme yöntemine başvurmadır. Bu uygulamayı gerekmediği halde tahlil isteme ve daha az inisiyatif alma takip etmektedir. Puan ortalaması en az olan defansif tıbbi uygulamalar ise gerekmediği halde hastaya ilaç reçete etme, gerekli olmasa da girişimsel işlem yapma ve endikasyonsuz hasta yatışı yapmadır.

Ölçekten alınan toplam puanlar değerlendirildiğinde puan ortalaması 40 üzerinden 17,76 ( $\pm 10,81$ ) olup, ölçekten en fazla 40 en az 0 puan alınmıştır.

**Tablo 4.23.** Katılımcıların bazı özelliklerine göre DTUÖ puanları

Özellikler	n	DTUÖ Puanı*	
		Ortanca	1.-3. çeyrekler
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	69	17	8-25
Kadın	75	16	10-24
<b>Branş</b>			
Acil tıp	12	20	11-35
Anesteziyoloji ve reanimasyon	14	17,5	10-32
Beyin ve sinir cerrahisi	5	10	7-13
Dahiliye	13	20	16-24
Genel Cerrahi	7	12	6-23
Göz hastalıkları	14	21,5	8-29
Kadın hastalıkları ve doğum	14	12	4-16
Nöroloji	4	16	11-22,5
Ortopedi ve travmatoloji	8	21,5	15,5-25,5
Pediyatri	13	12	9-21
Radyoloji	7	40	23-40
Üroloji	7	14	9-25
Diğer**	28	16	11-22,5
<b>Branş</b>			
Dahili	67	18	11-25
Cerrahi	77	15	9-25

\* En az 0, en fazla 40 puan alınması mümkündür.

\*\*Katılımcı sayısı 3 veya daha az olan branşlar

**Tablo 4.24.** DTU1 sınıflaması esas alındığında katılımcıların bazı özelliklerine göre defansif tıbbi uygulama yapma durumları

Özellikler	Defansif tıbbi uygulama (DTU1)*			
	Yapmıyor		Yapıyor	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	7	9,9	64	90,1
Kadın	3	3,8	75	96,2
<b>Branş</b>				
Acil tıp	0	0,0	12	100,0
Anesteziyoloji ve reanimasyon	1	7,1	13	92,9
Beyin ve sinir cerrahisi	1	20,0	4	80,0
Dahiliye	2	15,4	11	84,6
Genel Cerrahi	0	0,0	7	100,0
Göz hastalıkları	1	7,1	13	92,9
Kadın hastalıkları ve doğum	3	21,4	11	78,6
Nöroloji	0	0,0	4	100,0
Ortopedi ve travmatoloji	0	0,0	8	100,0
Pediyatri	1	7,7	12	92,3
Radyoloji	0	0,0	7	100,0
Üroloji	0	0,0	7	100,0
Diğer**	1	3,2	30	96,8
<b>Branş</b>				
Dahili	3	4,2	69	95,8
Cerrahi	7	9,1	70	90,9

\* Önermelerden herhangi birinden 4 üzerinden 2, 3 veya 4 puan alanlar en az bir çeşit defansif tıbbi uygulama yapıyor kabul edilmiştir.

\*\* Katılımcı sayısı 3 veya daha az olan branşlar

**Tablo 4.25.** DTU2 sınıflaması esas alındığında branşlara göre defansif tıbbi uygulama yapma durumları ve puan ortalamaları

Özellikler	Defansif tıbbi uygulama (DTU2)*			
	Yapıyor		Yapmıyor	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	57	75,0	19	25,0
Erkek	50	71,4	20	28,6
<b>Acil tıp</b>	10	83,3	2	16,7
Anesteziyoloji ve reanimasyon	12	85,7	2	14,3
Beyin ve sinir cerrahisi	3	60,0	2	40,0
Dahiliye	9	69,2	4	30,8
Genel cerrahi	4	57,1	3	42,9
Göz hastalıkları	10	71,4	4	28,6
Kadın hastalıkları ve doğum	7	50,0	7	50,0
Nöroloji	3	75,0	1	25,0
Ortopedi ve travmatoloji	6	75,0	2	25,0
Pediyatri	10	76,9	3	23,1
Radyoloji	7	100,0	0	0,0
Üroloji	5	71,4	2	28,6
Diğer**	21	75,0	7	28,0
<b>Branş</b>				
Dahili	54	78,3	15	21,7
Cerrahi	53	68,8	24	31,2

\* Herhangi bir önermeden 3 veya 4 puan almış olanlar defansif tıbbi uygulama yapıyor kabul edilmiştir.

\*\* Katılımcı sayısı 3 veya daha az olan branşlar

Katılımcıların DTUÖ puanları branşlara göre karşılaştırıldığında radyoloji branşındaki katılımcıların tamamının DTU2 sınıflamasına göre defansif tıbbi uygulama yaptığı bulunmuştur (n=7, %100). Radyolojiyi takiben en sık defansif tıbbi uygulama yapan branşlar sırasıyla %85,7 (n=14) ile anesteziyoloji ve reanimasyon, %83,3 (n=12) ile acil tıp ve %76,9 (n=13) ile pediatri dir. Defansif tıbbi uygulama yapma yüzdesi en düşük branşlar ise %50 (n=14) ile kadın hastalıkları ve doğum, %57,1 (n=7) ile genel cerrahi ve %60 (n=5) ile beyin ve sinir cerrahisidir.

DTUÖ’de sorgulanan defansif tıbbi uygulamalara ek olarak literatürde bahsedilen iki farklı defansif tıbbi uygulamaya dair iki soru daha katılımcılara yöneltilmiştir. Söz konusu iki soru ölçeğe eklenmemiş, ayrı sorular olarak sorulmuştur. Bu defansif tıbbi uygulamalara ilişkin katılımcıların %24,5’i dava açma veya şikâyet etme ihtimalini yüksek gördükleri hastalara bakmaktan kaçındıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %53’ü eğer kaçınması mümkünse endikasyon varlığında bile girişimsel işlem yapmaktan kaçınacağını ifade etmiştir.

**Tablo 4.26.** DTUÖ’den hiç puan almayan ve puan alan katılımcıların sıklığı

DTUÖ puan durumu	Sayı	Yüzde
0 puan alanlar *	8	5,4
Puanı sıfırdan büyük katılımcılar	141	94,6

\* Ölçekteki tüm önermeleri kesinlikle katılmıyorum olarak işaretlemişlerdir.

Katılımcılara anketi doldurmaya başlamadan önce defansif tıbbi uygulamaların ne olduğu ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Daha sonra ankette bulunan “sizce defansif tıbbi uygulamaların nedenleri nelerdir” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların söz konusu uygulamaların temelinde yattığını düşündüğü nedenler aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

**Tablo 4.27.** Defansif tıbbi uygulamaların nedenlerine ilişkin katılımcıların görüşleri

<b>Defansif tıbbi uygulamaların olası nedenleri (n=151)*</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Dava açılması veya şikâyet edilme riski	142	94,0
Büyük miktarda tazminat ödeme ihtimali	109	72,2
Hasta başına düşen muayene süresinin kısalığı	85	56,3
Hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisinin bozulması	58	38,4
Hapse girme ihtimali	55	36,4
Hekimin hukuki bilgi eksikliği	46	30,5
Hastanın zarar görme ihtimali	45	29,8
Mesleki bilginin yetersizliği	35	23,2
Diğer nedenler	14	9,3

\* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebilmiştir.

Katılımcıların %94'ü defansif tıbbi uygulamaların nedeni olarak dava açılması veya şikâyet edilme ihtimalini göstermiş olup bu nedeni sıklık bakımından sırasıyla büyük miktarda tazminat ödeme ihtimali (%72,19), hasta başına düşen muayene süresinin kısalığı (%56,29) ve hekim ve hasta arasındaki güven ilişkisinin bozulmuş olması (%38,41) takip etmiştir. Katılımcılar defansif tıbbi uygulamaya yol açan neden olarak en az mesleki bilginin yetersizliğini göstermiştir (%29,8).

Defansif tıbbi uygulamalara tabloda belirtilenlerden başka nedenlerin de yol açabileceğini düşünen katılımcılar (%9,27) diğer seçeneğini işaretlemişlerdir. Diğer nedenlerin defansif tıbbi uygulamalara yol açtığını düşünen katılımcılar yaşanan korku ve stresin (n=3), ve şiddet görme ihtimalinin (n=2) defansif tıbbi uygulamalara yol açabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca sosyal medyanın olumsuz etkisi, kendini sahipsiz hissetme, kanunların hekimi defansif tıbbi uygulama yapmaya yönlendirmesi, hekimlerin eğitim eksiklikleri, güvende hissetme ihtiyacı, konunun sorun olarak görülerek çözümüne yönelik bir çalışma yapılmaması, sağlık sistemindeki eksiklikler de diğer nedenler arasında gösterilmiştir.

**Tablo 4.28.** Katılımcılarda YAB görülme sıklığı

YAB	Sayı	Yüzde
Var*	82	57,7
Yok	60	42,3

\* YAB-7 ölçeğindeki tüm soruları yanıtlamamış olan ancak toplam puanı 8 ve üzerinde olan katılımcılar da dahil edilmiştir.

YAB-7 tarama testine verilen cevaplar incelendiğinde ölçeği dolduran katılımcıların (n=142) %57,7'si olası YAB için kesme puanı olan 8 puan ve üzerinde almıştır. Katılımcıların (n=139) YAB-7 puanlarının ortancası 9 olup ölçekten en az 0, en fazla 21 puan alınmıştır. YAB-7 puan ortalaması ise 9,3 olarak bulunmuştur (SS: 5,55)

**Tablo 4.29.** Katılımcıların anksiyete seviyeleri (YAB-7)

Anksiyete <sup>1</sup>	Sayı	Yüzde
Şiddetli anksiyete*	58	41,7
Orta düzeyde anksiyete**	22	15,8

<sup>1</sup> Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ölçekte böyle bir sınıflama yoktur.

\* 8-14 puan alanlar

\* 15-21 puan alanlar

Türkçe geçerliği ve güvenilirliği yapılan YAB-7 tarama testi için kesme puanı 8 olarak belirlenerek bu puan ve üzerinde alanlar kişilerde olası YAB varlığı kabul edilmiş ve başka bir gruplama yapılmamıştır. Bununla birlikte çalışmamızda orijinal ölçekte yer alan orta düzeyde ve şiddetli anksiyete şeklindeki sınıflamadaki puan aralıklarını kullanarak katılımcıların puanlarının dağılımını daha iyi görmek amaçlanmıştır. Bu bakımdan Türkçe ölçekteki kesme puanı olan 8 puan ile orijinal ölçekte orta düzeyde anksiyete varlığı için üst sınır kabul edilen 14 puan arasında alan katılımcıların orta düzeyde anksiyetesi olabileceği, 15 puan ve üzerinde alan katılımcıların ise şiddetli anksiyetesi olabileceği değerlendirilmiştir.

**Tablo 4.30.** Branşlara göre YAB sıklığı

Branş	YAB			
	Yok		Var	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Acil Tıp	1	8,3	11	91,7
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	4	33,3	8	66,7
Beyin Cerrahisi	1	25,0	3	75,0
Dahiliye	5	50,0	5	50,0
Diğer	15	48,4	16	51,6
Genel Cerrahi	6	85,7	1	14,3
Göz Hastalıkları	4	28,6	10	71,4
Kadın Hastalıkları ve Doğum	5	41,7	7	58,3
Nöroloji	0	0,0	4	100,0
Ortopedi	4	50,0	4	50,0
Pediyatri	8	66,7	4	33,3
Radyoloji	2	22,2	7	77,8
Üroloji	5	71,4	2	28,6

Branşlara göre YAB saptanan katılımcıların sayısı ve dağılımı yukarıdaki tabloda yer almaktadır. YAB sıklığı en fazla olan branşlar nöroloji, acil tıp ve radyoloji iken, en düşük olan branşlar genel cerrahi ve ürolojidir.

**Tablo 4.31.** Katılımcıların meslekleri nedeniyle aleyhlerinde hukuki süreç başlatılması ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygı puanları

	<b>Ortalama <math>\pm</math> ss</b>	<b>Ortanca</b>	<b>1.-3. Çeyrekler</b>
Tıbbi uygulamalar nedeniyle bir hukuki süreç yaşama ihtimalinin katılımcıya hissettirdiği kaygı (0=Hiç, 10=Aşırı düzeyde, n=151)	6,86 $\pm$ 2.89	8	5-9

Katılımcılara meslekleri nedeniyle kendileri aleyhinde bir hukuki sürecin başlatılma ihtimalinin kendilerinde ne düzeyde bir kaygı oluşturduğu sorulmuş ve 10 üzerinden kaygılarını puanlamaları istenmiştir. Katılımcıların (n=150) puanlarının ortancası 8 olup, en az 0 en fazla 10 puan alınmıştır.

**Tablo 4.32.** Katılımcıların hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygı puanlarının bazı kişisel ve mesleki özelliklerine göre dağılımları

Özellikler	Tıbbi uygulamalarınız nedeniyle bir hukuki süreç yaşama ihtimalinin hissettirdiği kaygı (0=Hiç, 10=Aşırı düzeyde)				
	Sayı	Ortalama	Ortanca	1.-3. çeyrekler	p
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	72	6,19	7	4-9	0,006*
Kadın	79	7,47	8	6-10	
<b>Ünvan</b>					
Uzman Dr.	97	6,99	8	5-10	0,89
Yan dal uzmanı	12	7,00	7,50	6-9,5	
Dr. Öğr. Üyesi	8	7,25	6,50	5,5-9,5	
Doç. Dr.	30	6,30	7,50	5-9	
Prof. Dr.	4	6,75	7,50	5-8,50	
<b>Branş</b>					
Dahili	74	7,11	8	5-9	0,32
Cerrahi	77	6,62	7	5-9	
<b>Yaş</b>					
50 yaş altı	118	7,09	8	5-9	0,156
50 yaş ve üzeri	29	6,17	7	4-9	
<b>Tecrübe</b>					
10 yıldan az	70	7,00	8	5-9	0,781
10-20 yıl	44	6,95	8	5-10	
20 yıl ve üzeri	35	6,63	7	4-9	

\* Mann Whitney U testi,  $p < 0,05$  anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Katılımcıların hukuki süreç yaşamaya ilişkin kaygılarının bazı kişisel ve mesleki özelliklerine göre dağılımına bakıldığında kadın katılımcıların erkeklerden anlamlı olarak daha fazla kaygı hissettiği bulunmuş olup diğer değişkenler ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 4.33.** Katılımcıların hukuki süreçlere maruziyet türlerine göre hukuki süreç yaşama ihtimalinden dolayı hissettikleri kaygı puanlarının dağılımı

Hukuki süreçlere maruziyet türleri*	Tıbbi uygulamalarınız nedeniyle bir hukuki süreç yaşama ihtimalinizin sizde hissettirdiği kaygıyı 10 üzerinden puanlandırınız. (0=Hiç, 10=Aşırı düzeyde)			
	Ortalama	Ortanca	1.-3. çeyreklik	p
<b>Hukuki süreci bizzat yaşama</b>				
Evet (n=106)	6,92	8	5-9	0,672
Hayır (n=45)	6,71	7	5-9	
<b>Hekim olan akraba veya arkadaşına dava açıldığına şahit olma</b>				
Evet (n=129)	6,91	8	5-9	0,908
Hayır (n=22)	6,59	8	4-10	
<b>Meslektaşın yaşadığı sürece tanıklık-ifade verme gibi yollarla dahil olma</b>				
Evet (n=84)	7,06	8	5-10	0,286
Hayır (n=67)	6,61	7	5-9	
<b>Maruziyet Tipleri</b>				
Bizzat yaşama (n=106)	6,92	8	5-9	0,758
Sadece tanıklık-ifade verme vb. suretle hukuki sürece dahil olma (n=10)	7,30	8,50	5-10	
Sadece yakının yaşadığına şahit olma (n=26)	6,62	7	5-8	
Hiçbir maruziyeti yok (n=9)	6,33	8	5-9	

\* Maruziyet türlerinden birden fazlasını yaşayan katılımcılar mevcuttur.

Katılımcılar hukuki süreçlere maruziyet tiplerine göre sınıflandırıldığında gruplar arasında mesleki nedenlerle hukuki süreç yaşama ihtimalinin hissettirdiği kaygı puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Katılımcılar maruziyet tiplerine göre ayrıldığında kaygı puanı en yüksek olanlar aleyhlerinde herhangi bir süreç başlatılmamış ancak tanıklık yapmak veya ifade vermek gibi yollarla bir şekilde sürece dahil olmuş katılımcılardır.

**Tablo 4.34.** Hukuki süreç yaşayan katılımcıların süreçten duygusal olarak etkilenme düzeyleri

Hukuki süreçten duygusal olarak etkilenim	Ortalama $\pm$ ss	Ortanca	Min-Maks
Hukuki süreç yaşamak sizi duygusal olarak hangi şiddette etkiledi? (0=Hiç etkilemedi, 10=Aşırı fazla/Mesleğimi bırakmayı düşündürecek kadar)	6,83 $\pm$ 3,07	8	5-10

Katılımcıların hukuki süreç bir bütün olarak değerlendirildiğinde duygusal olarak hangi düzeyde olumsuz etkilendikleri sorulmuş ve 10 üzerinden puanlama yapmaları istenmiştir. Puanların ortancası 8 olarak bulunmuş, en az etkilendiğini söyleyen katılımcı 10 üzerinden 5 etkilendiğini belirtmiştir.

**Tablo 4.35.** Katılımcıların yaşadıkları hukuki süreçlerin çeşitli aşamalarından duygusal olarak olumsuz etkilenme puanları

Hukuki süreç aşamaları <sup>1</sup>	Kaygı puanı <sup>2</sup>			
	Sayı	Ortalama $\pm$ ss	Ortanca	1.-3. çeyrekler
Savcılıkta ifade vermek	37	3,19 $\pm$ 1,13	4	2-4
Duruşmaya çıkmak	30	3,17 $\pm$ 1,32	4	3-4
Hukuki sürecin başladığını ilk öğrendiğiniz an	93	3,04 $\pm$ 1,16	3	2-4
Hükmün okunduğu an	29	2,9 $\pm$ 1,57	4	2-4
Savunma yazmak	74	2,84 $\pm$ 1,21	3	2-4
Hastanın veya yakınının sizi şikâyet etmekle tehdit ettiği an	91	2,64 $\pm$ 1,33	3	2-4

<sup>1</sup>Her katılımcı aynı süreçleri yaşamadığından her farklı sayıda katılımcılar bulunmaktadır.

<sup>2</sup>0=Hiç Endişelenmedim, 4=Çok fazla endişelendim

Sürecin her aşaması bakımından katılımcılara kendi yaşadıkları sürece uygun düşeceği ölçüde her aşamanın kendilerini duygusal olarak hangi şiddette etkilediğini belirtmeleri istenmiştir. Her katılımcı aynı süreçleri yaşamadığı için tüm aşamalara aynı sayıda katılımcı yanıt vermemiştir. Katılımcıların duygusal olarak en çok etkilendiklerini söyledikleri süreç aşamaları sırasıyla savcılıkta ifade vermek, duruşmaya çıkmak ve sürecin ilk defa öğrenildiği an iken; en az etkileyen hastanın veya yakınının şikâyet etmekle tehdit ettiği an olmuştur.

**Tablo 4.36.** Hukuki süreçlerin katılımcılarda sağlık sorununa yol açma durumu

<b>Yaşadığınız hukuki süreç esnasında veya hukuki süreç nedeniyle sağlık sorunu yaşadınız mı?<sup>1</sup> (n=106)</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Anksiyete	78	73,6
Uyku sorunları	45	42,5
Hastalarınız ile aranızdaki güven ilişkisinin bozulması	44	41,5
Depresyon	36	34,0
Şiddetli baş ağrıları	33	31,1
Gastro-intestinal sorunlar (irritabl barsak sendromu, gastrit gibi)	23	21,7
Kardiyo-vasküler sorunlar (hipertansiyon, angina pectoris, miyokard infarktüsü gibi)	8	7,6
En az bir sorun yaşayanlar	88	83,0
Cevap vermeyenler*	18	17,0

<sup>1</sup> Katılımcıların subjektif yanıtları verilmiş olup, sağlık sorunları ile ilgili herhangi bir klinik tanıların olup olmadığı bilinmemektedir.

\* Herhangi bir sağlık sorunu yaşamayanlar veya soruyu görmemiş olabilecek kişiler birlikte verilmiştir.

Hukuki süreç esnasında veya aynı esnada olmasa da katılımcıların hukuki süreci yaşamaktan kaynaklandığını düşündükleri sağlık problemleri sorgulanmış olup süreç yaşayan katılımcıların büyük çoğunluğu (%83) süreç ile ilişkili olduğunu düşündüğü bir veya birden fazla sayıda sağlık sorunu yaşadığını ifade etmiştir.

**Tablo 4.37.** Branşlara göre hastada katılımcıyı duygusal olarak çok olumsuz etkileyen komplikasyon varlığının dağılımı

Branş	Daha önce herhangi bir hastanızda sizi duygusal olarak çok olumsuz etkileyen bir komplikasyon gelişti mi?			
	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Acil tıp	7	58,3	5	41,7
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	9	75,0	3	25,0
Beyin Cerrahisi	3	60,0	2	40,0
Dahiliye	5	45,5	6	54,5
Diğer	14	48,3	15	51,7
Genel Cerrahi	2	33,3	4	66,7
Göz Hastalıkları	10	71,4	4	28,6
Kadın Hastalıkları ve Doğum	9	75,0	3	25,0
Nöroloji	0	0,0	3	100,0
Ortopedi	4	57,1	3	42,9
Pediyatri	5	45,5	6	54,5
Radyoloji	3	33,3	6	66,7
Üroloji	6	100,0	0	0,0

İkinci mağdur fenomeninin katılımcılarımızda var olup olmadığı hakkında fikir sahibi olabilmek için hastalarında kendilerini duygusal olarak çok olumsuz etkileyen bir komplikasyon gelişip gelişmediği sorulmuş olup, katılımcıların çoğu (%56,2) böyle bir komplikasyon geliştiğini ifade etmiştir.

**Tablo 4.38.** Bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklere göre hastada duygusal olarak çok olumsuz etkileyen komplikasyon gelişmiş olma durumu

Özellikler	Hastada duygusal olarak çok olumsuz etkileyen bir komplikasyon gelişimi				P
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	39	60,0	26	40,0	0,395
Kadın	38	52,8	34	47,2	
<b>Mesleki tecrübe</b>					
10 yıldan az	39	60,0	26	40,0	0,604
10 yıl ve üzeri	20	50,0	20	50,0	
20 yıl ve üzeri	17	56,7	13	43,3	
<b>Yüksek riskli branş</b>					
Hayır	42	51,9	39	48,1	0,289
Evet	35	62,5	21	37,5	
<b>Branş</b>					
Dahili	30	44,1	38	55,9	0,005*
Cerrahi	47	68,1	22	31,9	
<b>Hukuki süreç yaşama</b>					
Evet	53	56,4	41	43,6	1
Hayır	24	55,8	19	44,2	
<b>Ünvan</b>					
Uzman	50	54,9	41	45,1	0,548
Yan dal uzmanı	5	45,5	6	54,5	
Akademisyen	22	62,9	13	37,1	
<b>Ek sigorta</b>					
Evet	22	57,9	16	42,1	0,852
Hayır	55	56,1	43	43,9	

**Tablo 4.39.** Hasta veya hasta yakınlarından kötü muamele görme durumu

<b>Hasta/hasta yakınları tarafından aşağıdaki davranışlardan hangilerine maruz kaldınız? (n=139)*</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Hakaret	116	83,5
Yaralamak veya öldürmek ile tehdit	45	32,4
Fiziksel şiddet	31	22,3
En az bir olumsuzluk yaşama	124	89,2

\* Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Hekimlerin hastaları veya hasta yakınları tarafından kötü muamelele uğramasının onların defansif tıbbi uygulamaları veya anksiyeteleri ile ilişkili olabileceği düşünülerek katılımcılardan ne tür kötü muamelelere maruz kaldıklarını işaretlemeleri istenmiştir. Seçeneklerde bulunmayan durumlar için soruya ayrıca “diğer” seçeneği eklenmiştir.

Katılımcıların %89,2’si hakaret, yaralamak veya öldürülmekle tehdit edilmek, fiziksel şiddete uğramak veya diğer bir kötü muameleden en az birine maruz kaldığını bildirmiştir. En fazla maruz kalınan kötü muamele %83,45 ile hakarettir. Fiziksel şiddete uğramak ve yaralamak veya öldürmek ile tehdit edilmek gibi ağır sonuçları olan kötü muamelelerin görülme sıklığı da oldukça fazla bulunmuştur.

**Tablo 4.40.** Hasta veya hasta yakınları tarafından katılımcılara yapılan diğer kötü muameleler

<b>Diğer (n=8)</b>	<b>Sayı</b>
Hasta bana bağırdı.	2
Kan ve kusmuk dolu mide yıkama küvetinin içine düşürüldüm.	1
Hasta saldırmak üzereyken güvenlik tarafından engellendi.	1
Hasta bana psikolojik olarak baskı uyguladı.	1
Hasta neredeyse bana saldıracaktı.	1

Katılımcılara hastaları tarafından ne sıklıkta aleyhlerinde dava açılması veya şikâyet edilmek ile tehdit edildikleri sorulmuştur. Katılımcıların %85,7’si hastaları tarafından kendilerine bu şekilde tehditlerin yöneltildiğini ifade ederken, %16,4’ü

çoğunlukla veya her zaman tehdit edildiğini, %25,4'ü ise ara sıra tehdit edildiğini belirtmiştir.

**Tablo 4.41.** Güncel kılavuzları kullanma sıklıkları

<b>Tedavi planlarken güncel kılavuzları kullanma sıklığı (n=132)</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Çoğunlukla	65	49,2
Her zaman	53	40,2
Ara sıra	8	6,1
Nadiren	5	3,8
Hiçbir zaman	1	0,8

Güncel kılavuzları uygulamamanın defansif tıbbi uygulamalara etki edebileceği düşünüldüğünden katılımcılara ne sıklıkla hastalarını tedavi ederken güncel kılavuzları kullandıkları sorulmuştur. Katılımcılardan sadece biri hiçbir zaman güncel kılavuzları kullanmadığını belirtirken, %89,4'ü her zaman veya çoğunlukla güncel kılavuzları kullandıklarını ifade etmiştir.

**Tablo 4.42.** Katılımcıların bazı kişisel ve mesleki özelliklerine göre DTUÖ puanlarının karşılaştırılması

Özellik	DTUÖ Puanı				P*
	Ortalama	±SS	%95 Güven Aralığı		
			En az	En fazla	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın (n=75)	17,48	9,69	-3	4,16	0,75
Erkek (n=69)	18,06	11,98			
<b>Medeni Hal</b>					
Evli (n=121)	18,12	10,7	-2,62	7,11	0,363
Bekar (n=23)	15,87	11,45			
<b>Dava Açılma Riski Yüksek Branş**</b>					
Evet (n=60)	17,17	11,36	-2,61	4,63	0,582
Hayır (n=84)	18,18	10,44			
<b>Branş</b>					
Dahili (n=67)	18,88	10,34	-1,46	5,66	0,246
Cerrahi(n=77)	16,78	11,19			
<b>Akademisyen</b>					
Evet (n=41)	16,9	10,95	-2,76	5,15	0,551
Hayır (n=103)	18,1	10,55			
<b>Ek Sorumluluk Sigortası Yaptırma</b>					
Evet (n=37)	20	11,63	-1,07	7,08	0,147
Hayır (n=106)	16,99	10,51			

\* T-testi

\*\* Acil tıp, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi, göz hastalıkları, genel cerrahi, beyin cerrahisi

Yukarıdaki tanımlayıcı değişkenlere ek olarak katılımcıların bir haftada gerçekleştirdikleri cerrahi müdahale sayısı ile bir haftada baktıkları hasta sayısı ile defansif tıbbi uygulamalar arasında bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 4.43.** Hukuki süreçlere maruziyet çeşitlerine göre DTUÖ puanlarının karşılaştırılması

Hukuki süreçlere maruziyet çeşitleri	DTUÖ Puanı				P*
	Ortalama	±SS	%95 Güven Aralığı		
			En az	En fazla	
<b>Hukuki Süreç Yaşama</b>					
Evet (n=103)	17,12	10,86	-6,19	1,69	0,261
Hayır (n=41)	19,37	10,64			
<b>Hekim olan aile veya arkadaşın hukuki süreç yaşadığına şahit olma**</b>					
Evet (n=31)	18,81	10,19	-10,19	5,60	0,56
Hayır (n=10)	21,1	12,34			
<b>Tanıklık-ifade verme vb. maruziyet**</b>					
Evet (n=9)	18,73	11,28	-1,4	5,76	0,231
Hayır (n=32)	16,55	10,16			
<b>En az bir çeşit maruziyet</b>					
Evet (n=136)	17,65	10,80	-5,82	9,77	0,617
Hayır (n=8)	19,63	11,62			

\* T-testi

\*\* Aleyhinde hukuki süreç başlatılmayan katılımcılar ile analiz yapılmıştır.

**Tablo 4.44.** YAB varlığına göre defansif tıbbi uygulamaların karşılaştırılması

YAB	DTUÖ Puanı				p*
	Ortalama	±ss	%95 Güven Aralığı		
			En az	En fazla	
Var	19,75	10,86	-8,16	-0,80	0,017
Yok	15,28	10,48			

\* T-testi

YAB olan katılımcıların DTUÖ puanları, YAB olmayan katılımcıların DTUÖ puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca YAB-7 ölçeğinden 15 puan ve üzerinde alan katılımcıların DTUÖ puan ortalamaları (24,27), YAB olmayan katılımcılara kıyasla (15,28) oldukça yüksek bulunmuştur (Tek yönlü varyans analizi,  $p=0,003$ ).

Anksiyete varlığı ile defansif tıbbi uygulamalar arasındaki ilişkiyi daha iyi anlayabilmek için DTUÖ puanlarının karşılaştırılmasının yanı sıra defansif tıbbi uygulama yapıyor-yapmıyor şeklinde katılımcılar gruplandırılarak tekrar analiz yapılmıştır.

**Tablo 4.45.** Farklı sınıflamalara göre defansif tıbbi uygulama yapma durumu ile anksiyete arasındaki ilişki

Gruplar	YAB				P
	Yok		Var		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Ölçekten Puan Alanlar</b>					
Herhangi bir önermeden puan almış	54	40,6	79	59,4	0,042*
Ölçekten 0 puan alanlar	6	85,7	1	14,3	
<b>DTU1</b>					
Yapıyor	53	40,5	78	59,5	0,038*
Yapmıyor	7	77,8	2	22,2	
<b>DTU2</b>					
Yapıyor	39	38,6	62	61,4	0,200
Yapmıyor	19	52,8	17	47,2	

\* Fisher's exact testi

Katılımcılar DTUÖ'ye verdikleri puanlara göre yukarıda belirtilen şekillerde sınıflandırılarak YAB varlığı bakımından gruplar arasında anlamlı fark olup olmadığı ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Ölçekten 0'dan yüksek puan alan veya DTU1'e göre defansif tıbbi uygulama yapan katılımcılarda YAB sıklığı diğer katılımcılara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir. Buna karşın DTU2'ye göre defansif tıbbi uygulama yapıyor olmak ile YAB arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

**Tablo 4.46.** Katılımcıların defansif tıbbi uygulamaların nedenlerine ilişkin görüşlerine göre DTUÖ puanlarının dağılımı

Defansif tıbbi uygulama nedenleri (n=144)	DTUÖ Puanı				P <sup>1</sup>
	Ortalama±ss	Ortanca	%95 Güven Aralığı		
			En az	En fazla	
<b>Dava açılması şikâyet edilme riski</b>					
Evet	18,22±10,84	17	-	-0,67	0,033
Hayır	9,88±6,88	10	16,00		
<b>Hapse Girme İhtimali</b>					
Evet	20,27±10,21	20			0,009*
Hayır	16,34±10,94	14			

<sup>1</sup> T-testi

\* Mann Whitney U testi

Katılımcılardan defansif tıbbi uygulamaların dava açılma veya şikâyet edilme riskinden ve hapis cezası alma ihtimalinde kaynaklandığını düşünenlerin DTUÖ puanları diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte büyük miktarda tazminat ödeme ihtimali, hukuki veya mesleki bilgi eksikliği, hastanın zarar görme ihtimali, hekim ve hasta arasındaki güven ilişkisinin bozulması ve hasta başına düşen muayene süresinin kısalığını defansif tıbbi uygulamaların nedeni olarak gösterenlerin puanları diğerlerinden farklı değildir.

**Tablo 4.47.** Hukuki süreçlere maruziyetlere göre katılımcıların DTUÖ puanlarının karşılaştırılması

Gruplar <sup>1</sup>	DTUÖ Puanı			p <sup>2</sup>
	Ortalama±SS	%95 Güven Aralığı		
		En az	En fazla	
<b>Aleyhinde Dava Açılmış mı? (Tüm katılımcılar, n=134)</b>				
Evet	19,06±12,91	-6,10	3,82	0,646
Hayır	17,92±10,15			
<b>Aleyhinde Dava Açılmış mı? (n=93)</b>				
Evet	19,81±14,77	-9,53	2,94	0,472
Hayır	17,32±9,78			
<b>Ceza Davası</b>				
Evet	19,81±14,77	-9,77	4,30	0,43
Hayır	17,07±9,62			
<b>Tazminat Davası</b>				
Evet	20,35±12,39	-8,87	2,09	0,222
Hayır	16,96±10,51			
<b>Soruşturma</b>				
Evet	17,53±12,22	-4,34	4,89	0,907
Hayır	17,8±10,11			
<b>Ön İnceleme (Ortak)</b>				
Evet	16,77±11,93			0,080*
Hayır	19,26±9,93			
<b>Ön İnceleme</b>				
Evet	16,77±11,93			0,149*
Hayır	19,14±9,2			
<b>Disiplin Soruşturması</b>				
Evet	18,31±12,34	-5,92	4,20	0,736
Hayır	17,45±10,47			
<b>Hasta Hakları Birimine Şikâyet</b>				
Evet	17,81±11,42	-5,48	4,64	0,869
Hayır	17,38±9,89			
<b>CİMER başvurusu</b>				
Evet	17,75±11,3	-4,71	4,43	0,952
Hayır	17,61±10,66			
<b>Savunma Yazma</b>				
Evet	17,22±10,66	-3,30	7,92	0,416
Hayır	19,53±11,06			

<sup>1</sup> Parantez içinde ortak yazan grup haricinde sadece hukuki süreç yaşayan katılımcılar analize alınmıştır.

<sup>2</sup> T-testi

\* Mann-Whitney U testi

Yukarıdaki tabloda parantez içinde ortak yazan gruplar dışında sadece hukuki süreç yaşayanlar bakımından analiz yapılmış olup değişkenler ile DTUÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Hukuki süreç yaşamayanlar ile yaşayanlar ortak grup olarak kabul edilerek de ayrıca analizler yapılmış ve yine gruplar arasında puan ortalamaları yönünden anlamlı fark ortaya çıkmamıştır.

**Tablo 4.48.** Hukuki süreç türlerini yaşama durumuna göre DTUÖ puanları

Süreç tipi	DTUÖ puanı		
	Sayı	Ortanca	1.-3. çeyrekler
Ceza davası ve tazminat davası	9	26	9,5-40
Disiplin soruşturması	8	21,5	10,5-27,5
CİMER'e veya hasta hakları birimine şikâyet	24	20	10-30
Ceza davası	23	18	6-34
Tazminat davası	21	17,5	11,5-31
Ön inceleme	20	15	8-17
Soruşturma	11	13	11-23

Hukuki süreç yaşadığını ifade eden pek çok katılımcı tek bir hukuki süreç yaşamamış olup aynı anda veya farklı zamanlarda pek çok hukuki süreç çeşidini yaşamıştır. Bu bakımdan süreçlerin ayrı ayrı DTUÖ puanları bakımından nasıl dağıldığını daha iyi anlayabilmek için süreç tiplerini yaşama durumları gruplara ayrılmıştır. Katılımcılara karşı ceza davası açılabilmesi için ilk olarak kişi aleyhinde soruşturma izni alınması amacıyla bir ön inceleme yapılmış, soruşturma izni verilmesi halinde savcılık tarafından soruşturma süreci yürütülmüş ve savcının yeterli suç şüphesine ulaşması halinde iddianame hazırlaması ve mahkemeye sunmasıyla ceza davası aşamasına geçilmiş olması gerekir. Kısacası kamu hastanelerinde çalışmakta olan bir hekim aleyhinde ceza davasının başlatılmış olması bu kişi hakkında ön inceleme ve soruşturma aşamalarının da işletilmiş olduğu anlamına gelir. Bu bakımdan ceza davası açılan katılımcılar soruşturma ve ön inceleme grubuna, soruşturma

geçirmekle birlikte ceza davası aşamasına geçmemiş katılımcılar ise ön inceleme grubuna alınmamıştır.

Ceza davası ve tazminat davaları birbirinden tamamen ayrı süreçler olmaları bakımından iki süreci de yaşayan 9 katılımcı hem ceza davası hem de tazminat davası grubuna dahil edilmiştir. Daha sonra bu 9 katılımcı için ayrı bir hesaplama yapılmıştır. CİMER'e ve hasta hakları birimine şikâyet birbirine benzer süreçler olmaları bakımından ve çoğunlukla katılımcılar iki şekilde de şikâyet edilmiş olduklarından tek grup olarak alınmıştır.

Disiplin soruşturması ise şikâyet sonrasında veya idarenin re'sen başlatabileceği bir süreç olup yaptırım bakımından şikâyetten daha ağır sonuçları olabileceği için sadece disiplin soruşturması ve şikâyet süreçlerini yaşayan katılımcılar disiplin soruşturması grubuna dahil edilmiştir. Disiplin soruşturmasının yanı sıra ön inceleme ve soruşturma süreçlerini yaşayanlar ön inceleme ve soruşturma gruplarına uygunluklarına göre eklenmiştir.

**Tablo 4.49.** En son yaşanan süreç tipine göre DTUÖ puanlarının karşılaştırılması

En son yaşanan süreç tipi <sup>1</sup> (n=67)	DTUÖ puanları				P <sup>2</sup>
	Sayı	Ortalama	±ss	Ortanca	
Ceza davası*	8	29	12	32	0,01
Tazminat davası	2	20	8	20	
Soruşturma	6	14	7	12	
Ön inceleme	15	15	8	16	
Hasta hakları birimine şikâyet	23	19	11	17	
CİMER*	13	11	10	9	

<sup>1</sup> Halen süreci devam eden katılımcılar analize alınmamıştır.

<sup>2</sup> Kruskal-Wallis testi

\*Farkı oluşturan gruplar, Dunn-Bonferroni testi, düzeltilmiş p=0,01

Yaşadığı hukuki süreç sonlanmış olup en son yaşadıkları süreçlere göre katılımcılar gruplandırıldığında gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (p=0,01). Dunn-Bonferroni testi ile yapılan post hoc incelemede en son ceza davası

yaşayan katılımcıların defansif tıbbi uygulama puanlarının hakkında CİMER şikâyeti sonuçlanmış katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0,01).

Aleyhinde mesleği dolayısıyla hukuki süreç başlatılmış katılımcılara hukuki süreçten duygusal olarak hangi şiddette etkilendikleri sorulmuş olup 10 üzerinden puanlamaları istenmiştir. Sorudaki 0 seçeneği hiç etkilenmemeyi, 10 ise mesleği bırakmayı düşündürecek kadar çok etkilenmeyi ifade etmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevap puanları ile DTUÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında aralarında pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon olduğu tespit edilmiştir (r=0,34 p=0,001).

Hukuki süreç aleyhinde sonuçlanan katılımcılar ile lehinde sonuçlanan katılımcıların defansif tıbbi puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,814). Hukuki süreç aleyhinde sonuçlanan katılımcılar sürecin sonucunda hükmedilen yaptırıma göre gruplandırıldığında üç grupta bulunan katılımcı sayısı beşten az olduğu için (4, 1, 1) anlamlılık testi uygulanmamıştır.

Kendisine karşı başlatılan hukuki süreci tek başına yaşayanlar ve başka meslektaşları ile birlikte aynı süreç içerisinde bulunanlar arasında DTUÖ puan ortalamaları yönünden bir fark tespit edilmemiştir (p=0,735).

**Tablo 4.50.** Hukuki süreç yaşayan katılımcıların süreçten önceki ve sonraki defansif tıbbi uygulama düzeylerinin karşılaştırılması

Hukuki süreç – Defansif tıbbi uygulama	Ortalama ± SS	Ortanca	Min – Maks	p <sup>1</sup>
Hukuki süreç öncesi defansif tıbbi uygulama yapma durumu <sup>2</sup>	3,18 ± 2,99	2	0-5	<0,001
Şu anda defansif tıbbi uygulama yapma durumu	5,36 ± 3,36	6	2-8	

<sup>1</sup>Wilcoxon işaretli sıralar testi

<sup>2</sup>0=Hiç, 10=Çok sık

Hukuki süreç yaşamış katılımcılara herhangi bir süreç yaşamadan önce ve şu anda kendilerinin hangi sıklıkta defansif tıbbi uygulama yaptıkları sorulmuştur. Süreç öncesinde katılımcıların defansif tıbbi uygulama sıklıklarına 10 üzerinden verdikleri

puan ortancası 2 iken, süreç sonrasında ortanca 6'ya yükselmiştir. Bu yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**Tablo 4.51.** Hukuki süreç sonrasında katılımcıların defansif tıbbi uygulama yapma sıklıklarına verdikleri puan ve DTUÖ puanı arasındaki ilişki

	DTUÖ Puanı		
	n	r	p
Şu anda hangi sıklıkta defansif tıbbi uygulama yaptığınızı düşünüyorsunuz?	91	0,647*	<0,001

\*Spearman korelasyon katsayısı

Hukuki süreç yaşayan katılımcıların DTUÖ puanları ile şu anda defansif tıbbi uygulamaları hangi sıklıkta yaptıklarına dair 10 üzerinden verdikleri puanlar arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon tespit edilmiştir ( $r=0,65$   $p<0,001$ ). Başka bir deyişle katılımcıların şu anda yaptıklarını düşündükleri defansif tıbbi uygulama sıklıkları arttıkça DTUÖ'den aldıkları puan da artmaktadır.

**Tablo 4.52.** Hukuki sürecin çeşitli aşamalarında hissedilen kaygı puanı ile DTUÖ puanı arasındaki ilişki

Hukuki süreç aşamalarından duygusal olarak olumsuz etkilenme puanları	DTUÖ Puanı		
	n	r*	p
Hastanın veya yakınının sizi şikâyet etmekle tehdit etmesi	88	0,339	0,001
Hukuki sürecin başladığını ilk öğrendiğiniz an	90	0,383	<0,001
Savunma yazmak	71	0,287	0,015
Savcılıkta ifade vermek	35	0,409	0,003
Duruşmaya çıkmak	28	0,527	0,004
Hükmün okunduğu an	28	0,415	0,028

<sup>1</sup> En az:0, en fazla: 4 puan

\* Spearman korelasyon katsayısı

Katılımcılara yaşadıkları hukuki süreçlerin çeşitli aşamalarının onları duygusal olarak hangi şiddette etkilediğini 1’den 5’e kadar olan rakamları işaretlemek suretiyle belirtmeleri istenmiştir. 1 hiç endişelenmemeyi ifade etmekte ve 0 puana karşılık gelmekte iken, 5 çok fazla endişelenmeyi ifade etmektedir. Bu bakımdan katılımcıların her bir aşamanın kendilerinde oluşturduğunu belirttiği endişe puanları ile DTUÖ puanları arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Hastanın veya yakının sürecin önce hekimi şikâyet etmekle tehdit etmesinden duyulan endişe puanları ile DTUÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir korelasyon tespit edilmiştir ( $r=0,339$   $p=0,001$ ).

Hukuki sürecin başlatıldığının katılımcı tarafından ilk defa öğrenildiği an katılımcının duyduğu endişe puanı ile DTUÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir korelasyon saptanmıştır ( $r=0,383$   $p<0,001$ ).

Katılımcıların hastalarının tanı ve tedavi süreçlerine ilişkin bir sebeple kendilerinden hazırlamaları istenen savunmayı yazmanın kendilerine uyandırdığı endişeye verdikleri puanlar ile DTUÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir korelasyon tespit edilmiştir ( $r=0,287$   $p=0,001$ ).

Savcılıkta ifade verirken katılımcıların hissettikleri endişeye dair verdikleri puanlar ile DTUÖ puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir korelasyon vardır ( $r=0,409$   $p=0,003$ ).

Duruşmaya çıkmanın katılımcılarda oluşturduğu endişe düzeyine dair verilen puanlar ile DTUÖ'ye verdikleri yanıtlara göre aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir korelasyon olduğu görülmüştür ( $r=0,527$ ,  $p=0,014$ ).

Aleyhinde dava açılan katılımcıların çoğu için sürecin sonlanma anı olan hükmün okunması esnasında katılımcıların yaşadığı kaygıya dair verdikleri puanlar ile DTUÖ puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir korelasyon tespit edilmiştir ( $r=0,415$ ,  $p=0,046$ ).

**Tablo 4.53.** Hukuki süreci sona eren ve halen devam eden katılımcıların DTUÖ puanlarının karşılaştırılması

Halen aleyhinizde devam eden bir hukuki süreç var mı?	DTUÖ Puanı				
	Ortalama	±ss	%95 Güven aralığı		P*
			En az	En fazla	
Evet (n=20)	18,15	10,56	-4,73	6,39	0,769
Hayır (n=74)	17,32	10,52			

\* T-testi

Halen aleyhinde başlatılan hukuki sürecin devam ettiğini ifade eden katılımcılar ile süreci sonuçlanmış ve hali hazırda herhangi bir hukuki süreç yaşamadığını belirten katılımcıların DTUÖ'den aldıkları puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Katılımcılardan aleyhinde başlatılan hukuki süreç sonlananlar için son yaşadıkları süreç türünü, devam edenler için ise hangi sürecin devam ettiğini belirtmeleri istenmiştir. Bu bakımdan katılımcıların verdiği yanıtlara göre ayrı ayrı

gruplama yapılmış olup her bir süreç için yaşayanlar ve yaşamayanlar gruplanarak DTUÖ puanları karşılaştırılmıştır.

**Tablo 4.54.** Son yaşanan süreç türü ile DTUÖ puanı ilişkisi

En son yaşanan veya yaşanmakta olunan hukuki süreç	DTUÖ Puanı				P*
	Ortalama	±ss	%95 Güven Aralığı		
			En az	En fazla	
<b>Ceza davası</b>					
Evet (n=13)	24,46	13,41			
Hayır (n=77)	16,57	10,36	-14,34	-1,44	0,017
<b>Tazminat davası</b>					
Evet (n=10)	19,2	9,5			
Hayır (n=80)	17,53	11,34	-9,12	5,77	0,656
<b>Soruşturma</b>					
Evet (n=8)	10,88	7,99			
Hayır (n=82)	18,38	7,99	-0,57	15,58	0,068
<b>Ön inceleme</b>					
Evet (n=17)	16,82	9,27			
Hayır (n=73)	17,92	11,55	-4,88	7,07	0,717
<b>CİMER'e şikâyet</b>					
Evet (n=14)	13,43	12,02			
Hayır (n=76)	18,5	10,84	-1,3	11,44	0,117
<b>Hasta hakları birimine şikâyet</b>					
Evet (n=25)	18,28	10,86			
Hayır (n=65)	17,49	11,29	-6,01	4,44	0,765

\* T-testi

En son yaşadığı süreç ceza davası olanların DTUÖ puanları en son yaşadığı süreç ceza davası dışında bir süreç olan katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte en son yaşadığı hukuki süreç tazminat davası, soruşturma, ön inceleme, CİMER'e şikâyet, hasta hakları birimine şikâyet olan katılımcılar arasında DTUÖ puanları bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca süreci halen devam etmekte olan katılımcılar için ayrı analizler de yapılmış olup süreç türlerini yaşama bakımından yine anlamlı bir fark görülmemiştir.

Yaşadığı süreç sonlanmış olan 65 katılımcının son olarak yaşadıkları hukuki süreç tipine göre almış oldukları DTUÖ puanları tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında DTUÖ ortalamaları yönünden anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,004). İkili karşılaştırmalar sonucunda farkı oluşturan esas grubun son yaşadığı süreç ceza davası olanlar olduğu tespit edilmiştir. Tazminat davası sonlanan 2 katılımcı olduğundan analize dahil edilmemiştir. İkili karşılaştırmalara ilişkin test sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

**Tablo 4.55.** Süreci sonlanan katılımcıların son yaşadığı hukuki sürece göre DTUÖ puanlarının karşılaştırılması

(I) Son yaşanan süreç	(J) Son yaşanan süreç	Ortalama farkı (I-J)	Standart hata	P <sup>1</sup>	%95 Güven aralığı	
					Min.	Maks.
Ceza davası	Soruşturma	15,00	5,28	0,061	-0,39	30,39
	Ön inceleme	13,17	4,28	0,032	0,69	25,64
	Hasta hakları birimine şikâyet	9,41	4,01	0,223	-2,28	21,11
	CİMER'e şikâyet	17,12	4,39	0,002	4,31	29,92

<sup>1</sup> Bonferroni testi

Son yaşadığı süreç ceza davası olan katılımcıların DTUÖ puan ortalamaları son olarak ön inceleme süreci yaşayanlardan (p=0,032) ve CİMER'e şikâyet edilen katılımcılardan (p=0,002) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer gruplar arasında DTUÖ puanları yönünden herhangi bir fark bulunmamıştır.

Şu anda herhangi bir süreç yaşamayan katılımcılar en son yaşadıkları süreçlere göre gruplandırıldığında gruplar arasında YAB-7 puan ortalamaları yönünden herhangi bir fark tespit edilmemiştir (tek yönlü varyans analizi, p=0,478).

**Tablo 4.56.** Sağlık problemi yaşama ile hukuki süreçlerin ilişkisi

Hukuki süreç esnasında veya hukuki süreç nedeniyle gelişen sağlık sorunları <sup>1</sup>	DTUÖ puanı				P*
	Ortalama	±ss	%95 Güven Aralığı		
			En az	En fazla	
<b>Anksiyete</b>					
Evet (n=75)	18,01	11,08			
Hayır (n=10)	20,4	11,14	-5,04	9,81	0,524
<b>Depresyon</b>					
Evet (n=35)	20,6	11,71			
Hayır (n=50)	16,68	10,37	-8,71	0,87	0,108
<b>Uyku bozukluğu</b>					
Evet (n=44)	20,59	12,34			
Hayır (n=41)	15,83	8,97	-9,4	-0,12	0,044
<b>Kardiyo-vasküler sorunlar (hipertansiyon, angina pektoris, miyokard infarktüsü gibi)</b>					
Evet (n=8)	23	11,1			
Hayır (n=77)	17,81	11	-13,33	2,94	0,207
<b>Gastro-intestinal sorunlar (irritabl barsak sendromu, gastrit gibi)</b>					
Evet (n=22)	21,55	12			
Hayır (n=63)	17,16	10,56	-9,78	1,0	0,109
<b>Şiddetli baş ağrıları</b>					
Evet (n=32)	22,22	11,54			
Hayır (n=53)	15,9	10,13	-11,05	-1,54	0,01
<b>Hastalarınız ile aranızdaki güven ilişkisinin bozulması</b>					
Evet (n=44)	18,59	11			
Hayır (n=41)	17,98	11,22	-5,41	4,18	0,799

<sup>1</sup> Katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebilmiştir.

\* T-testi, anlamlılık düzeyi p<0,05

\*\* Cevap vermeyen katılımcılar ile herhangi bir sorun yaşamadığı için işaretleme yapmayanlar ayırt edilemediğinden birlikte verilmiştir.

Katılımcılara hukuki süreci yaşarken veya hukuki süreç bitmiş olsa bile süreç nedeniyle kendisinde geliştiğine inandıkları sağlık problemlerini bildirmeleri istenmiştir. Hukuki süreç ile ilişkili olduğu ifade edilen sağlık problemlerinin doğrulanmış tanıları olup olmadığı bilinmemekte olup katılımcıların ifadeleri esas alınmıştır. Bildirilen sağlık problemleri veya hastaları ile aralarındaki güven ilişkisinin bozulması ile DTUÖ puanları arasında bir ilişki tespit edilip edilemeyeceği araştırılmıştır. Yapılan t testlerinde kendisinde yaşadığı hukuki süreçler ile ilişkili olarak şiddetli baş ağrıları gelişenlerin DTUÖ puanları diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,01). Ayrıca aleyhinde başlatılan hukuki süreç ile ilişkili olarak uyku bozukluğu yaşadığını söyleyen katılımcıların DTUÖ puanları bu sağlık sorununu yaşamayan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir (p=0,044).

Hukuki süreç yaşamak ile ilişkili olarak kendisinde anksiyete, depresyon, kardiyovasküler sistem problemleri, gastrointestinal sistem hastalıkları geliştiğini veya hastaları ile arasındaki güven ilişkisinin zedelendiğini ifade eden katılımcılar ile diğerleri arasında DTUÖ puanları bakımından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

**Tablo 4.57.** Hukuki süreç ilişkili en az bir sağlık sorunu yaşama durumuna göre DTUÖ puanlarının karşılaştırılması

Hukuki süreç esnasında veya hukuki süreç nedeniyle yaşanan sorunlar	DTUÖ Puanı				
	Ortalama	±ss	%95 Güven Aralığı		P*
			En az	En fazla	
<b>En az bir sorun yaşama**</b>					
Evet (n=85)	18,29	11,05	-15,84	-0,749	0,032
Hayır (n=9)	10,00	8,34			

\* T-testi

\*\* Cevap vermeyen katılımcılar ile herhangi bir sorun yaşamadığı için işaretleme yapmayanlar ayırt edilemediğinden birlikte verilmiştir.

Yaşanan tüm olumsuzluklar göz önünde bulundurularak yapılan grupta sonrasında aleyhinde başlatılan hukuki süreçler nedeniyle en az bir olumsuzluk yaşayanların DTUÖ puanları diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,032).

Yaşanan hukuki süreç türleri ile sağlık problemleri arasında bir ilişki olup olmadığına dair analizler yapılmış olup aşağıdaki tablolarda yaşanan hukuki süreç türlerine göre hukuki süreç ile ilişkili sağlık sorunlarının dağılımı ve istatistiksel anlamlılık düzeyleri verilecektir.

**Tablo 4.58.** Hukuki süreç türlerine göre depresyon gelişme durumu

Hukuki süreç çeşitleri		Depresyon				P
		Yok		Var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Dava (ceza, tazminat)	Yok	41	70,7	17	29,3	0,003
	Var	10	34,5	19	65,5	
Ceza davası	Yok	44	64,7	24	35,3	0,055
	Var	7	36,8	12	63,2	
Tazminat davası	Yok	46	67,6	22	32,4	0,003
	Var	5	26,3	14	73,7	

Katılımcıların ifadelerine göre, hukuki süreçler esnasında veya hukuki süreçler nedeniyle depresyon gelişimi ile yaşanan hukuki süreç türleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Aleyhinde dava başlatılan katılımcılara dava süreci yaşamayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha fazla depresyon geçirdiğini bildirmişlerdir. Ayrıca dava türlerinden olan tazminat davası yaşama durumu da incelenmiş olup, hastasının tanı ve tedavi sürecinden kaynaklanan bir nedenle kendisine tazminat davası açılan katılımcılarda, hukuki süreç ilişkili depresyon gelişimi bu süreci yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

Soruşturma, ön inceleme, CİMER'e şikâyet, hasta hakları birimine şikâyet ve disiplin soruşturmasını yaşamak ile depresyon geliştiğini bildirmek arasında bir ilişki saptanmamıştır. sürecini geçiren ancak ceza davası açılmayan katılımcılar ile yapılan

analizde depresyon gelişimi ve soruşturma geçirmek arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Soruşturma süreci tamamlandıktan sonra ceza davası aşamasına geçen katılımcılar da analize dahil edildiğinde soruşturma süreci geçiren katılımcılar diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla hukuki süreç ilişkili depresyon geliştiğini ifade etmiştir ( $p=0,048$ ).

Tazminat davası açılan 21 katılımcının 9'u aleyhinde ceza davası da başlatılmıştır. İki dava sürecini de yaşamış 9 kişi analizden çıkarıldığında p değeri 0,033'e yükselmiştir.

Hukuki süreçler esnasında veya hukuki süreç bitse de katılımcıların süreçten kaynaklandığı düşündükleri uyku bozukluğu yaşama durumu ve kardiyovasküler sistem hastalığı gelişimi ile hukuki süreç türleri arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır. Yapılan ki-kare testlerinde aleyhinde tazminat davası açılan katılımcılar diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla uyku bozukluğu yaşadığını ( $n=19$ ,  $p=0,015$ ) ve kardiyovasküler sistem hastalığı geliştiğini ( $n=19$ ,  $p=0,011$ ) bildirmişlerdir. Diğer hukuki süreçler ve süreç ilişkili sağlık sorunu yaşama durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4.59.** Hukuki sürecin sonlanmasına veya devam ediyor olmasına göre süreçlerin neden olduğu düşünülen sağlık sorunları

Hukuki süreç esnasında veya hukuki süreç nedeniyle yaşanan olumsuzluklar <sup>1</sup>	Hukuki süreç devam ediyor mu?				P	
	Hayır		Evet			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
YAB	Var	7	33,3	14	66,7	0,961
	Yok	27	37,0	46	63,0	
Anksiyete (Beyana dayalı)	Evet	60	76,9	18	23,1	0,683*
	Hayır	9	90,0	1	10,0	
Depresyon	Evet	24	66,7	12	33,3	0,050
	Hayır	45	86,5	7	13,5	
Uyku bozukluğu	Evet	30	66,7	15	33,3	0,013
	Hayır	39	90,7	4	9,3	
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	Evet	4	50,0	4	50,0	0,063*
	Hayır	65	81,3	15	18,8	
Gastrointestinal sistem sorunları	Evet	14	60,9	9	39,1	0,036*
	Hayır	55	84,6	10	15,4	
Şiddetli baş ağrıları	Evet	22	66,7	11	33,3	0,071
	Hayır	47	85,5	8	14,5	
Hastalarınız ile aranızdaki güven ilişkisinin bozulması	Evet	33	75,0	11	25,0	0,604
	Hayır	36	81,8	8	18,2	
En az bir sağlık sorunu yaşama	Evet	69	78,4	19	21,6	1*
	Hayır	7	77,8	2	22,2	

<sup>1</sup> Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir. Katılımcıların ifadeleri esas alınmıştır.

\*Fisher's exact-testi

Hukuki süreç yaşayan katılımcılardan süreci halen devam ediyor olanların süreçlere ilişkin olarak geliştiğini düşündükleri sağlık problemlerinden depresyon, uyku bozukluğu, gastrointestinal sistem sorunlarını yaşama sıklığı diğer hukuki süreç yaşayan katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

**Tablo 4.60.** Hukuki süreç ilişkili sağlık sorunu yaşama durumuna göre YAB varlığı

Hukuki süreç ilişkili en az bir sağlık sorunu (n=94)	YAB				P <sup>1</sup>
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Var	59	68,6	27	31,4	0,003
Yok	1	12,5	7	87,5	

\*Fisher's exact testi

Yaşadığı hukuki süreçler esnasında veya daha sonra gelişse bile katılımcıların sürecin neden olduğunu bildirdiği en az bir sağlık sorunu yaşayan katılımcılarda diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla YAB saptanmıştır

**Tablo 4.61.** Hukuki süreç türleri ile öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edilmiş olmak arasındaki ilişki

Hukuki süreç çeşitleri – Tüm katılımcılar (n=136)		Yaralanmak veya öldürülmek ile tehdit edilme				P
		Yok		Var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Dava (ceza, tazminat)	Yok	72	71,3	29	28,7	0,183
	Var	20	57,1	15	42,9	
Ceza davası	Yok	77	68,1	36	31,9	0,977
	Var	15	65,2	8	34,8	
Tazminat davası	Yok	82	71,3	33	28,7	0,06
	Var	10	47,6	11	52,4	
Soruşturma*	Yok	70	72,9	26	27,1	0,021
	Var	22	55,0	18	45,0	
Ön inceleme**	Yok	58	75,3	19	24,7	0,596
	Var	34	57,6	25	42,4	
CİMER'e şikâyet	Yok	65	78,3	18	21,7	0,002
	Var	27	50,9	26	49,1	
Disiplin soruşturması	Yok	81	72,3	31	27,7	0,023
	Var	11	45,8	13	54,2	
Hasta hakları birimine şikâyet	Yok	52	76,5	16	23,5	0,044
	Var	40	58,8	28	41,2	
Savunma yazma <sup>1</sup>	Yok	48	78,7	13	21,3	0,022
	Var	44	58,7	31	41,3	

<sup>1</sup> Hukuki süreç olmasa da bu tabloda yer verilmiştir.

\* Süreci ceza davası aşaması ile devam eden katılımcılara yer verilmemiştir.

\*\* Soruşturma izni verilen katılımcılar dahil edilmemiştir.

Katılımcıların hasta veya hasta yakınları tarafından öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edilme durumlarının yaşadıkları hukuki süreç çeşitleri ile bir ilişkisi olup olmadığı hakkında fikir edinebilmek amacıyla ki-kare testleri yapılmıştır. Analizlere hukuki süreç yaşayıp yaşamadığına bakılmaksızın tüm katılımcılar dahil edilmiştir.

Yapılan analizlerde aleyhinde tıp mesleği nedeniyle aleyhinde soruşturma başlatılanların diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edildiği görülmüştür ( $p=0,021$ ). Aynı şekilde CİMER'e şikâyet edilenler, disiplin soruşturması geçirenler, hasta hakları birimine şikâyet edilenler ve yaşadığı hukuki süreç esnasında kendisinde savunma yazması istenenler diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edilmiştir. Tüm hukuki süreç gruplarını yaşama bakımından tehdit edilme sıklığı daha fazla bulunsa da her süreç için analiz anlamlı çıkmamıştır.

CİMER'e şikâyet edilen katılımcılar aleyhinde dava açılma durumuna göre tabakalandırıldığında aleyhinde dava açılmamış ancak CİMER'e şikâyet edilmiş katılımcıların hasta veya hasta yakınları tarafından öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edilme sıklığı önceki analizde olduğu gibi diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla olup dava açılması sonuç bakımından etkili değildi. Hasta haklarına şikâyet edilen katılımcılar bakımından ise dava açılmaya göre yapılan tabakalandırma sonrasında hem aleyhinde dava açılmış hem de disiplin soruşturması geçirmiş katılımcılarda öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edilme durumu diğerlerine göre anlamlı olarak daha sık görülmekte iken ( $p=0,027$ , Fisher's exact test), dava süreci yaşamamış ancak hasta hakları birimine şikâyet edilmiş katılımcılar ile diğerleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Savunma yazanlar da aynı şekilde dava açılmaya göre gruplanarak analiz yapıldığında  $p$  değerinin aynı çıktığı görüldü. Sadece şikâyet edilenlerin  $p$  değeri 0,49 oldu.

Hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddet gördüğünü belirten katılımcıların yaşadıkları hukuki süreç türleri arasında bir farklılık olup olmadığını araştırmak için ki-kare testi yapılmıştır. Sonuçları içeren tabloya aşağıda yer verilmiştir.

**Tablo 4.62.** Fiziksel şiddet görmeye göre hukuki süreç tiplerini yaşama durumu

Hukuki süreç çeşitleri (Tüm katılımcılar, n=136)	Fiziksel Şiddete Uğrama				P	
	Hayır		Evet			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Dava (ceza, tazminat)	Yok	83	82,2	18	17,8	0,034
	Var	22	62,9	13	37,1	
Ceza davası	Yok	89	78,8	24	21,2	0,493
	Var	16	69,6	7	30,4	
Tazminat davası	Yok	92	80,0	23	20,0	0,089*
	Var	13	61,9	8	38,1	
Soruşturma**	Yok	79	82,3	17	17,7	0,049*
	Var	26	65,0	14	35,0	
Ön inceleme***	Yok	65	84,4	12	15,6	0,122*
	Var	40	67,8	19	32,2	
CİMER'e şikâyet	Yok	68	81,9	15	18,1	0,152
	Var	37	69,8	16	30,2	
Disiplin soruşturması	Yok	91	81,3	21	18,8	0,031
	Var	14	58,3	10	41,7	
Hasta hakları birimine şikâyet	Yok	58	85,3	10	14,7	0,041
	Var	47	69,1	21	30,9	
Savunma yazma	Yok	52	85,2	9	14,8	0,070
	Var	53	70,7	22	29,3	

\* Fisher's exact testi

\*\* Süreci ceza davası aşaması ile devam eden katılımcılara yer verilmemiştir.

\*\*\* Soruşturma izni verilen katılımcılar dahil edilmemiştir.

Katılımcılar yaşadıkları hukuki süreçlere göre gruplandırıldığında mesleği dolayısıyla kendine karşı dava açılanlar, tazminat davası açılanlar, soruşturma süreci geçirenler, disiplin soruşturması başlatılanlar ve hasta hakları birimine şikâyet edilenler diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete uğradığını ifade etmiştir.

Katılımcılara hastaları veya hasta yakınları tarafından ne sıklıkta şikâyet etmek veya dava açmak ile tehdit edildiği sorulmuştu. Hukuki süreçlere başvuramaya ilişkin katılımcıların maruz kaldığı tehdit ile Türk Ceza Kanunu bakımından suç olan öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edilme durumu arasındaki ilişki araştırılmak istenmiştir. Analiz sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

**Tablo 4.63.** Şikâyet etme veya dava açma tehdidi almaya göre öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edilme durumu

Dava açmak veya şikâyet etmekle tehdit edilme	Yaralanmak veya öldürülmek ile tehdit edilme				P
	Yok		Var		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Her zaman	2	25	6	75	
Sıklıkla	8	57,1	6	42,9	
Ara sıra	18	52,9	16	47,1	0,002
Nadiren	44	77,2	13	22,8	
Hiçbir zaman	17	89,5	2	10,5	

Katılımcılardan hastaları tarafından şikâyet edilmek veya dava açılmak ile tehdit edilenler sıklıklara göre beş gruba ayrıldığında gruplar arasında hasta veya hasta yakını tarafından yaralanmak veya öldürülmek ile tehdit edilme durumu bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir. Daha sonra dava açma şikâyet etme sıklığı bakımından katılımcılar her zaman-çoğunlukla ve ara sıra-nadiren-hiçbir zaman olarak gruplanmış ve analiz tekrarlanmıştır.

**Tablo 4.64.** Şikâyet veya dava tehdidi gruplarına göre öldürülme veya yaralanma tehdidi alma

Dava açmak veya şikâyet etmekle tehdit edilme (n=132)	Yaralanmak veya öldürülmek ile tehdit edilmiş olma				P
	Yok		Var		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Her zaman, çoğunlukla	10	45,5	12	54,5	0,031
Ara sıra, nadiren, hiçbir zaman	79	71,8	31	28,2	
Her zaman, çoğunlukla, ara sıra	28	50	28	50	0,001
Nadiren, Hiçbir zaman	61	80,3	15	19,7	

Hasta veya hasta yakınları tarafından her zaman veya çoğunlukla şikâyet etmek veya dava açmak ile tehdit edilen katılımcıların hasta veya hasta yakınları tarafından öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edilme sıklığı diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla tespit edilmiştir ( $p=0,031$ ).

Daha önce tedavi ettiği hastalarından birinde kendisini duygusal olarak çok olumsuz etkiler bırakan bir komplikasyon gelişmiş katılımcılar ile böyle bir durum yaşamayan katılımcılar arasında DTUÖ puan ortalamaları bakımından anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,194$ ).

Hasta veya hasta yakınları tarafından hakaret edilen, yaralanmak veya öldürülmek ile tehdit edilen veya fiziksel şiddete uğrayan katılımcıların DTUÖ puanları bu olumsuzlukları yaşamayanlar ile ayrı ayrı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ayrıca tüm bu olumsuz durumlardan en az birini yaşayan katılımcılar ile hastası veya hasta yakını ile arasında hiçbir problem olmamış katılımcılar arasında da DTUÖ puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p=0,843$ ).

**Tablo 4.65.** Şikâyet edilme veya dava açılmakla tehdit edilme sıklığına göre DTUÖ puanları

Hasta veya hasta yakınları sizi şikâyet etmekle tehdit ediyor mu?	DTUÖ Puanı			P
	Ortalama±ss	%95 Güven aralığı		
		En az	En fazla	
Her zaman, Sıklıkla, (n=20)	22,05±11,44			
Ara Sıra, Nadiren, Hiçbir Zaman (n=107)	17,11±10,42	-0,166	10,04	0,058*

\* T-testi

Hastası veya hasta yakını tarafından şikâyet edilmekle veya aleyhinde dava açılması ile tehdit edilen katılımcıların bu durumu yaşama sıklıklarına DTUÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Her zaman ve sıklıkla şikâyet veya dava edilme tehdidi alan katılımcıların puan ortalamaları her ne kadar ara sıra veya nadiren tehdit edilen veya hiç tehdit edilmeyen katılımcılardan fazla olsa da bu fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,058). Ayrıca sıklığa göre ayrılan grupların puan ortalamaları ayrı ayrı tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında yine anlamlı bir fark çıkmamıştır (p=0,286).

**Tablo 4.66.** Güncel kılavuzları kullanma sıklığına göre DTUÖ puanları

Hastalarınızın tedavisini planlarken ne sıklıkla güncel kılavuzları kullanıyorsunuz?	DTUÖ Puanı	
	Ortalama ±ss	P <sup>1</sup>
Her zaman	19,20±12	
Çoğunlukla	16,69±9,71	0,459
Ara sıra, Nadiren	18,43±10	

<sup>1</sup> Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların güncel kılavuzları hastalarının tanı ve tedavisini planlarken hangi sıklıkta kullandıkları sorulmuş olup, belirtilen sıklıklara göre gruplama yapılarak DTUÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Hiçbir zaman seçeneğini işaretleyen tek katılımcı olduğundan bu kişi analizlere dahil edilmemiştir. Yapılan tek

yönlü varyans analizinde her zaman, çoğunlukla ve ara sıra veya nadiren güncel kılavuzları kullanan katılımcılar arasında DTUÖ puan ortalamaları yönünden anlamlı fark tespit edilmemiştir ( $p=0,459$ ). Ayrıca tüm sıklık grupları ile ayrı ayrı olarak da tek yönlü varyans analizi yapılmış olup bu gruplar arasında da herhangi bir fark saptanmamıştır ( $0,549$ ).

Katılımcıların mesleki nedenlerle yaşadığı stres dışında başka nedenlerden kaynaklanan stres yaşayabilecekleri düşünülerek böyle bir stres kaynağı maruziyetlerinin olup olmadığı sorgulanmıştır. Mesleki nedenler dışında ek stres kaynağına maruziyeti olan katılımcıların ile böyle bir maruziyeti olmayan katılımcılar arasında DTUÖ puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p=0,733$ ).

**Tablo 4.67.** YAB-7 puanları ile DTUÖ puanları arasındaki korelasyon

	DTUÖ Puanı		
	r	p	n
<b>YAB-7 puanı</b>	0,307*	<0,001	132

\* Pearson korelasyon katsayısı

Katılımcıların YAB-7 ölçeğine vermiş oldukları cevaplara göre aldıkları puanlar ile DTUÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir korelasyon tespit edilmiştir ( $r=0,31$   $p<0,001$ ). Yukarıdaki analiz sonrasında katılımcılar hukuki süreç yaşamaya göre ayrılarak korelasyon analizi tekrarlanmıştır. Sonuçlar aşağıdaki gibidir.

**Tablo 4.68.** Hukuki süreç yaşayan katılımcıların YAB-7 puanları ile DTUÖ puanları arasındaki korelasyon

	DTUÖ Puanı		
	r	p	n
<b>YAB-7 puanı</b>	0,384*	<0,001	95

\* Pearson korelasyon katsayısı

Hukuki süreç yaşayanların YAB-7 puanları ile DTUÖ puanlarına ilişkin hesaplanan korelasyon katsayısı ve anlamlılık düzeyi yükselirken, süreç yaşamayan katılımcılar bakımından anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ( $p=0,352$ ).

**Tablo 4.69.** Hukuki süreç yaşama ihtimalinin katılımcıda hissettirdiği kaygı puanı ve DTUÖ puanı arasındaki ilişki

	DTUÖ Puanı		
	r	p	n
Tıbbi uygulamalar nedeniyle hukuki süreç yaşama ihtimalinin hissettirdiği kaygı (0=Hiç, 10=Aşırı düzeyde)	0,353*	<0,001	143

\*Spearman korelasyon katsayısı

Hukuki süreç yaşayıp yaşamadığına bakılmaksızın tüm katılımcılara tıbbi uygulamaları nedeniyle kendileri aleyhinde bir hukuki süreç başlatılmasından ne düzeyde endişe duydukları sorularak 10 üzerinden puanlama yapmaları istenmiştir. Katılımcıların bu soruya cevap olarak işaretledikleri kaygı puanı ile DTUÖ puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir korelasyon bulunmuştur ( $r=0,373$   $p<0,001$ ). Katılımcılar hukuki süreç yaşamaya göre ayrıldığında, hukuki süreç yaşayan katılımcıların herhangi bir süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygı puanları ile DTUÖ puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon tespit edilmiştir ( $r=0,53$ ,  $p<0,001$ ). Bununla birlikte hukuki süreç yaşamayan kişiler bakımından iki değişken arasında herhangi bir korelasyon bulunmamıştır.

Hastalarının tanı veya tedavi süreçlerine ilişkin olarak kendilerine başlatılabilecek hukuki süreçlere ilişkin bilgi düzeylerini 10 üzerinden ifade etmeleri istenen katılımcıların hukuki bilgi puanları ve DTUÖ puanları arasında herhangi bir korelasyon tespit edilmemiştir.

**Tablo 4.70.** Hasta bakılan yıl sayısı ile DTUÖ puanları arasındaki ilişki

		DTUÖ Puanı	
		r*	p
Tüm katılımcılar (n=143)	Hasta bakılan yıl	-0,18	0,032
Hukuki süreç yaşamış (n=102)	Hasta bakılan yıl	-0,261	0,008
Hukuki süreç yaşamamış (n=40)	Hasta bakılan yıl	0,068	0,677

\* Spearman korelasyon katsayısı

Katılımcıların fiilen hasta baktıkları yılları pratisyenlik yaptıkları süreç de dahil olmak üzere belirtmeleri istenmiştir. Fiilen hasta bakılan yıllar ile katılımcıların DTUÖ puanları arasında negatif yönlü zayıf bir korelasyon tespit edilmiştir ( $r=-0,18$ ,  $p=0,032$ ).

**Tablo 4.71.** Defansif tıbbi uygulama yapma durumuna göre hasta bakılan yıl sayısının karşılaştırılması

Defansif tıbbi uygulama yapma durumu	Hasta Bakılan Yıl					
	Sayı	Ortalama $\pm$ SS	%95 Güven Aralığı		p <sup>1</sup>	
			Min.	Maks.		
DTU1 <sup>2</sup>	Var	138	17 $\pm$ 7,04	3,4	13,76	<0,001
	Yok	9	25,89 $\pm$ 9,24			
DTU2 <sup>3</sup>	Var	106	16,87 $\pm$ 7,26	0,074	5,61	0,044
	Yok	38	19,71 $\pm$ 7,82			
Herhangi bir önermeden puan alma	Var	140	17,14 $\pm$ 7,12	3,17	14,28	0,002
	Yok	7	25,86 $\pm$ 9,87			

<sup>1</sup> T-testi

<sup>2</sup> Herhangi bir önermeden 2, 3 veya 4 puan almış katılımcılar

<sup>3</sup> Herhangi bir önermeden 3 veya 4 puan almış katılımcılar

<sup>4</sup> Herhangi bir önermeden 0'dan fazla puan alma

Defansif tıbbi uygulama yapma durumunu tespit etmeye yönelik yapılan sınıflandırmalar göz önünde bulundurulduğunda tüm sınıflamalar bakımından defansif tıbbi uygulama yaptığı değerlendirilen katılımcıların hasta baktıkları yıl sayısı ortalamaları defansif tıbbi uygulama yapmadığı değerlendirilen katılımcılardan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Katılımcılardan bazıları hastalarında kendilerini duygusal olarak çok olumsuz etkileyen en az bir komplikasyon geliştiğini bildirmiştir. Bu soru ile her ne kadar katılımcıların ikinci mağdur olup olmadığını kesin olarak söyleyemiyor olsak da defansif tıbbi uygulamalar ile ikinci mağdur olma durumu arasında mevcut olabilecek bir ilişkiyi tespit etmek bakımından bu soruya verilen cevapların önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bakımdan hastasında böyle bir komplikasyon gelişen katılımcılar ile diğerlerini her bir defansif tıbbi uygulama çeşidi bakımından karşılaştırılmıştır. Analizlere ilişkin veriler aşağıdaki tablolarda bulunmaktadır. Tablolarda yer alan her defansif tıbbi uygulama bakımından katılımcıların en fazla 4 puan alması mümkündür.

**Tablo 4.72.** Hastada hekimi duygusal olarak çok olumsuz etkileyen komplikasyon gelişme durumuna göre defansif tıbbi uygulama çeşidi puanları

Defansif tıbbi uygulama çeşidi	Komplikasyondan olumsuz etkilenme	Ortalama <sup>1</sup> ± SS	Ortanca	1.-3. Çeyrekler	p <sup>2</sup>
Gerekli olandan daha fazla görüntüleme isteme	Var	2,45±1,5	3	1-4	0,539
	Yok	2,33±1,37	2	1-4	
Gerekli olandan daha fazla tahlil isteme	Var	2,17±1,51	2	1-4	0,633
	Yok	2,30±1,46	3	1-4	
Gereksiz yere konsültasyon isteme	Var	2,14±1,49	2	1-3,5	0,414
	Yok	1,95±1,41	2	1-3	
Endikasyonsuz hasta yatışı yapma	Var	1,45±1,38	1	0-2	0,277
	Yok	1,22±1,36	1	0-2	
Gerekli olmasa da girişimsel işlemler uygulama (Biyopsi vb.)	Var	1,03±1,29	1	0-2	0,156
	Yok	0,88±1,42	0	0-1,5	
Riskli hastalara müdahale etmekten çekinme	Var	2,29±1,47	2	1-4	0,03
	Yok	1,73±1,48	2	0-3	
Daha az inisiyatif alma	Var	2,42±1,28	2	1,5-4	0,159
	Yok	2,03±1,51	2,5	0-3	
Hastayı sevk etme	Var	2,09±1,36	2	1-3	0,08
	Yok	1,68±1,36	2	0-3	
Hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete etme	Var	1,29±1,40	1	0-2	0,021
	Yok	0,85±1,36	0	0-2	
Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma	Var	1,95±1,40	2	1-3	0,044
	Yok	1,45±1,29	1,5	0-2	

<sup>1</sup>Puanlar en az 0, en çok 4 puan olabilirdi.

<sup>2</sup>Mann-Whitney U testi

Tüm defansif tıbbi uygulama şekilleri değerlendirildiğinde hastasında komplikasyon gelişen ve bu komplikasyondan kendisi de duygusal olarak oldukça olumsuz yönde etkilenen katılımcılar diğerlerine göre daha fazla riskli müdahalelerden

çekinme, yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma, hastalara ihtiyacı olmayan ilaç reçete etme ve daha az inisiyatif alma davranışını gerçekleştirmektedir. Diğer uygulamalar ile komplikasyondan olumsuz etkilenim varlığı arasında ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 4.73.** Dahili ve cerrahi branştaki katılımcıların gerekli olandan daha fazla tahlil isteme durumu

Branş	Gerekli olandan daha fazla tahlil isteme			
	Ortalama $\pm$ ss	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	P <sup>1</sup>
Dahili branş (n=72)	2,53 $\pm$ 1,32	3	2-4	0,014
Cerrahi branş (n=77)	2,22 $\pm$ 1,53	2	1-4	

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi

Dahili veya cerrahi branşta çalışma durumunun defansif tıbbi uygulama çeşitleri arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla bazı analizler yapılmıştır. Analiz sonucunda dahili branşlarda çalışan hekimlerin cerrahi branşlarda çalışan hekimlere kıyasla gerekli olmayan tahlil isteme davranışını daha fazla gerçekleştirdiği tespit edilmiştir (p=0,014). Diğer defansif tıbbi uygulama türleri ile dahili veya cerrahi branşta çalışma arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır.

Hukuki süreç yaşayan katılımcılar veya süreç ile diğerleri arasında hiçbir defansif tıbbi uygulama çeşidinden alınan puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

**Tablo 4.74.** Tanıklık yapmak veya ifade verme durumuna göre endikasyonsuz hasta yatışı yapma davranışı

<b>Tanıklık-İfade verme</b>	<b>Endikasyonsuz Hasta Yatışı Yapma</b>			
	<b>Ortalama ± ss</b>	<b>Ortanca</b>	<b>1.-3. Çeyrekler</b>	<b>P<sup>1</sup></b>
Var (n=81)	1,56±1,37	1	0-2	0,01
Yok (n=66)	1,02±1,25	1	0-2	
<b>Hukuki süreç yaşayanlar</b>				
Tanıklık-ifade verme var (n=72)	1,44±1,37	1	0-2	0,053
Tanıklık-ifade verme yok (n=32)	0,94±1,27	0	0-2	
<b>Hukuki süreç yaşamayanlar</b>				
Tanıklık-ifade verme var (n=9)	2,44±1,01	2	2-3	0,003
Tanıklık-ifade verme yok (n=34)	1,09±1,24	1	0-2	

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi

Tanıklık veya ifade verme gibi hukuki sürece müdahil olma durumu sorgulanan katılımcılardan tanıklık ve ifade verme suretiyle başka bir meslektaşının yaşadığı sürece müdahil olan katılımcıların endikasyonsuz hasta yatışı yapma durumu diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazladır (p=0,01). Hukuki süreci bizzat yaşamaya göre katılımcılar tabakalandırıldığında hukuki süreç yaşayan ve tanıklık ve ifade verme suretiyle ayrı bir maruziyeti daha olan katılımcılar bakımından fark anlamsızlaşmıştır (p=0,053). Buna karşın hukuki süreç yaşamayan ancak başka bir meslektaşının yaşadığı süreçte görüşüne başvuru katılımcıların endikasyonsuz hasta yatışı yapma durumu diğerlerine göre anlamlı olarak fazla olup hukuki süreç yaşamaya göre ayrılmadan önceki analize kıyasla anlamlılık düzeyinde yükselme gözlenmiştir (p=0,003).

**Tablo 4.75.** Defansif tıbbi uygulamaların nedenlerine ilişkin katılımcı görüşlerine göre defansif tıbbi uygulama çeşitlerinin dağılımı

Defansif tıbbi uygulama çeşidi	Dava açılması veya şikâyet edilme riski	Ortalama ± ss	Ortanca	1.-3. Çeyrekler	P
Gerekli olandan daha fazla tahlil isteme	Evet (n=141)	2,26±1,45	2	1-4	0,027
	Hayır (n=9)	1,11±1±,36	1	0-2	
Daha az inisiyatif alma	Evet (n=140)	2,24±1,37	2	1-3	0,019
	Hayır (n=8)	1,00±1,41	0,5	0-1,5	
Hastayı sevk etme	Evet (n=141)	1,89±1,38	2	1-3	0,010
	Hayır (n=8)	0,63±0,74	0,5	0-1	
Hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete etme	Evet (n=140)	1,10±1,40	0	0-2	0,011
	Hayır (n=8)	0,00	0	0	

Defansif tıbbi uygulamaların nedenlerinden birinin hekimlerin aleyhlerinde dava açılması veya şikâyet edilme riski olduğunu ifade eden katılımcılar diğerlerine göre gereğinden fazla tahlil istemekte, daha az inisiyatif almakta, hastaları gerekmediği halde sevk etmekte ve hastaya ihtiyacı olmadığını düşündüğü ilaçlar reçete etmektedirler. Bu defansif tıbbi uygulama çeşitleri dışında diğer uygulamalar ile de analiz yapılmış olup diğer uygulamaların hiçbiri bakımından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ayrıca hukuki süreçlere maruziyet tipleri ve YAB sıklığı bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

**Tablo 4.76.** Defansif tıbbi uygulamaların nedeni olarak hapis cezası alma ihtimalini gösterme durumuna göre bazı defansif tıbbi uygulama türlerinin karşılaştırılması

Defansif tıbbi uygulama çeşidi	Hapse girme ihtimali	Ortalama ± ss	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	p <sup>1</sup>
Riskli hastalara müdahale etmekten çekinme	Evet (n=55)	2,33±1,35	2	2-3	0,029
	Hayır (n=94)	1,77±1,54	1,5	0-3	
Daha az inisiyatif alma	Evet (n=54)	2,70±1,19	3	2-4	0,001
	Hayır (n=94)	1,87±1,42	2	1-3	

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi

Hapse girme ihtimalinin hekimlerin defansif tıbbi uygulamalarının nedenlerinden biri olduğunu düşünen katılımcıların riskli hastalara müdahale etmekten çekinme ve daha az inisiyatif alma puanları diğer katılımcılarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer defansif tıbbi uygulamalar olan endikasyon olmaksızın hasta yatışı yapma (p=0,177), gerekli olandan daha fazla görüntüleme tetkiki isteme (p=0,092), gerekli olandan daha fazla tahlil isteme (p=0,106), gereksiz yere konsültasyon isteme (p=0,250), gerekmediği halde girişimsel işlem uygulama (p=0,473), hastayı sevk etme (p=0,07), hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete etme (p=0,104) ve yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma (p=0,230) puanları bakımından hapse girme ihtimalini defansif tıbbi uygulama nedeni olarak gösteren katılımcılar ile diğerleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4.77.** Büyük miktarda tazminat ödeme ihtimalinin defansif tıbbi uygulamaların nedenlerinden biri olarak görenlerde bazı defansif tıbbi uygulama türlerinin dağılımı

Defansif tıbbi uygulama çeşidi	Büyük tazminat ödeme ihtimali	Ortalama $\pm$ ss	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	p <sup>1</sup>
Gerekli olandan daha fazla görüntüleme isteme	Evet (n=108)	2,52 $\pm$ 1,38	3	1,5-4	0,05
	Hayır (n=41)	1,98 $\pm$ 1,52	2	0-3	
Riskli hastalara müdahale etmekten çekinme	Evet (n=109)	2,16 $\pm$ 1,43	2	1-3	0,014
	Hayır (n=40)	1,48 $\pm$ 1,57	1	0-3	
Daha az inisiyatif alma	Evet (n=108)	2,37 $\pm$ 1,30	3	1-3	0,008
	Hayır (n=40)	1,65 $\pm$ 1,53	1	0-3	

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi

Defansif tıbbi uygulamaların nedenlerinden biri olarak büyük miktarda tazminat ödeme ihtimalini gösteren katılımcıların gerekli olandan daha fazla görüntüleme isteme, riskli hastalara müdahale etmekten çekinme ve daha az inisiyatif alma puanları diğerlerine kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte diğer defansif tıbbi uygulama çeşitlerinden olan endikasyon olmaksızın hasta yatışı yapma (p=0,857), gerekli olandan daha fazla tahlil isteme (p=0,067), gereksiz yere konsültasyon isteme (p=0,133), gerekmediği halde girişimsel işlem uygulama

(p=0,922), hastayı sevk etme (p=0,430), hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete etme (p=0,806) ve yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma (p=0,649) puanları diğer katılımcılardan farklı bulunmamıştır.

**Tablo 4.78.** YAB varlığına göre defansif tıbbi uygulama türlerinden alınan puanların karşılaştırılması

<b>Defansif tıbbi uygulama çeşidi</b>	<b>YAB</b>	<b>Ortalama ± SS</b>	<b>Ortanca</b>	<b>1.-3. Çeyreklik</b>	<b>p<sup>1</sup></b>
Gerekli olandan fazla görüntüleme isteme	Var (n=80)	2,71±1,46	3	2-4	<0,001
	Yok (n=60)	1,88±1,30	2	1-3	
Gerekli olandan fazla tahlil isteme	Var (n=81)	2,42±1,50	3	1-4	0,017
	Yok (n=60)	1,85±1,40	2	0,5-3	
Daha az inisiyatif alma	Var (n=80)	2,44±1,34	3	1-4	0,013
	Yok (n=59)	1,83±1,42	2	0-3	
Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma	Var (n=79)	1,95±1,41	2	1-3	0,028
	Yok (n=59)	1,42±1,30	1	0-2	

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi

YAB tespit edilen katılımcıların gerekli olandan fazla görüntüleme isteme, gerekli olandan fazla tahlil isteme, daha az inisiyatif alma ve yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma davranışlarından aldıkları puanlar diğer katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tabloda belirtilmeyen diğer defansif tıbbi uygulamalar olan endikasyon olmaksızın hasta yatışı yapma (p=0,164), gereksiz yere konsültasyon isteme (p=0,076), gerekmediği halde girişimsel işlem uygulama (p=0,205), hastayı sevk etme (p=0,065), hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete etme (p=0,511) davranışlarından aldıkları puanlar ile diğer katılımcıların puanları arasında fark tespit edilmemiştir.

Hukuki süreç yaşayan katılımcılar aleyhinde ceza davası veya tazminat davası açılması, soruşturma geçirme, ön inceleme sürecinden geçme, disiplin soruşturması geçirme, hasta hakları birimine veya CİMER'e şikâyet edilme durumlarına göre

defansif tıbbi uygulama çeşitlerinde farklılık olup olmadığı hakkında bilgi sahibi olabilmek amacıyla yaşanan hukuki süreç maruziyeti ve defansif tıbbi uygulama türlerine dair puanların ilişkisini araştıran pek çok analiz yapılmıştır. Tazminat davası yaşamak ile daha az inisiyatif alma arasında ilişki bulunurken diğer hiçbir hukuki süreç çeşidini yaşama ile defansif tıbbi uygulamalar arasında ilişki tespit edilmemiştir. Tazminat davası ile ilgili analiz sonuçlarına aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

**Tablo 4.79.** Tazminat davası açılma durumuna göre daha az inisiyatif alma davranışı

Tazminat davası (n=95)*	Daha az inisiyatif alma			p <sup>1</sup>
	Ortalama ± ss	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	
Açılmış (n=20)	2,75±1,37	3	2-4	0,037
Açılmamış (n=75)	2,01±1,42	2	1-3	

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi

\* Sadece hukuki süreç yaşayanlar

Hastalarının tanı ve tedavi süreci ile ilişkili olarak kendisine karşı tazminat davası açılmış olan katılımcıların daha az inisiyatif alma önermesinden aldıkları puanlar diğer türdeki hukuki süreçleri yaşamış katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksektir. Diğer defansif tıbbi uygulama çeşitlerinden alınan puanlar ile tazminat davası açılma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ayrıca hukuki süreç yaşamaya göre katılımcılar ayrıldıklarında hiçbir defansif tıbbi uygulama çeşidi bakımından anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Tazminat davası dışındaki diğer hukuki süreçleri yaşayan katılımcılar bakımından hiçbir hukuki süreç çeşidini yaşama durumu ile DTUÖ'deki önermelerden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Katılımcıların en son yaşadığı hukuki sürecin kendilerinde oluşturduğu duygusal ve davranışsal etkinin diğer hukuki süreçlerden daha baskın olabileceği düşüncesiyle son yaşanan süreç tipine göre defansif tıbbi uygulamaların her birinden alınan puanlar karşılaştırılmış ve süreç çeşitlerine göre arada bir fark olup olmadığı hakkında bilgi sahibi olmak amaçlanmıştır. Yapılan analiz sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

**Tablo 4.80.** Son sürecin ceza davası olma durumuna göre defansif tıbbi uygulamalardan alınan puanların karşılaştırılması

Defansif tıbbi uygulama çeşidi	Son süreç ceza davası*	Ortalama $\pm$ ss	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	P <sup>1</sup>
Riskli hastalara müdahale etmekten çekinme	Evet (n=14)	2,79 $\pm$ 1,37	3	2-4	0,033
	Hayır (n=78)	1,87 $\pm$ 1,46	2	0-3	
Daha az inisiyatif alma	Evet (n=14)	2,93 $\pm$ 1,14	3	2-4	0,029
	Hayır (n=78)	2,03 $\pm$ 1,43	2	1-3	
Hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete etme	Evet (n=14)	2 $\pm$ 1,62	2	0-4	0,007
	Hayır (n=78)	0,85 $\pm$ 1,30	0	0-1	
Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma	Evet (n=14)	2,43 $\pm$ 1,40	2	1-4	0,028
	Hayır (n=78)	1,51 $\pm$ 1,33	1	0-2	

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi

\* Sadece hukuki süreç yaşayanlar

En son yaşadığı veya halen yaşamakta olduğu süreç ceza davası olan katılımcıların riskli hastalara müdahale etmekten çekinme, daha az inisiyatif alma, hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete etme ve yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma puanları diğer katılımcılara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yapılan ki-kare analizinde son süreci ceza davası olanların hastaya ihtiyacı olmayan ilaç reçete etme durumu diğer süreçleri yaşayanlardan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (Fisher's exact testi, p=0,004). Diğer defansif tıbbi uygulama türleri bakımından da son süreç olarak ceza davası yaşayanların puan ortalamaları diğerlerinden yüksek olsa da farklar anlamlı bulunmamıştır.

Son süreci soruşturma olan katılımcıların riskli hastalara müdahale etmekten çekinme (p=0,043), gerekmeyen ilaçlar reçete etme (p=0,044) ve yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma (p=0,010) puanları son yaşadığı süreç soruşturmada başka süreçler olanlardan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bununla birlikte son yaşadığı süreç soruşturma olan katılımcı sayısı 8 olup, 4'ü aleyhinde daha önce ceza davası da açıldığı için sonuçlar yanıltıcı olabilir.

En son yaşadığı süreç olarak CİMER'e şikâyet edilmiş olan 14 kişinin gerekmediği halde konsültasyon isteme puanı diğer süreçleri son olarak yaşayanlardan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p=0,033).

Son süreci ceza davası, soruşturma süreci veya CİMER'e şikâyet dışındaki süreçler olan katılımcıların ile diğerleri arasında herhangi bir defansif tıbbi uygulama puanı yönünden fark tespit edilmemiştir.

Pek çok katılımcı yaşadığı hukuki süreç nedeniyle en az bir sağlık sorunu veya hastası ile arasındaki güven ilişkisinde bozulma meydana geldiğini ifade etmiştir. Gelişen sağlık sorunlarının defansif tıbbi uygulama çeşitleri ile bir ilişkisi olup olmadığını araştırmak amacıyla bu bazı analizler yapılmıştır. Analiz sonuçlarına aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

**Tablo 4.81.** Hukuki süreç ilişkili şiddetli baş ağrısı yaşama durumuna göre defansif tıbbi uygulamalar

Defansif tıbbi uygulama çeşidi	Şiddetli baş ağrısı	Ortalama ± ss	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	p <sup>1</sup>
Endikasyonsuz hasta yatışı yapma	Evet (n=33)	1,85±1,54	2	1-4	0,02
	Hayır (n=53)	1,09±1,29	1	0-2	
Riskli hastalara müdahale etmekten çekinme	Evet (n=33)	2,52±1,37	3	2-4	0,042
	Hayır (n=54)	1,85±1,48	2	0-3	
Daha az inisiyatif alma	Evet (n=33)	2,76±1,25	3	2-4	0,006
	Hayır (n=54)	1,89±1,42	2	1-3	
Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma	Evet (n=33)	2,21±1,34	2	1-3	0,003
	Hayır (n=54)	1,31±1,34	1	0-2	

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi

Katılımcılardan hukuki süreç esnasında veya sonrasında olsa bile katılımcıların yaşadıkları süreç nedeniyle oluştuğunu düşündükleri sağlık sorunları sorgulanmıştır. Süreç ilişkili şiddetli baş ağrıları yaşadığını söyleyen katılımcıların endikasyonsuz hasta yatışı yapma, riskli hastalara müdahaleden çekinme, daha az inisiyatif alma ve

yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma puanları diğer hukuki süreç yaşayan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tabloda belirtilmeyen defansif tıbbi uygulamalar olan gerekli olandan daha fazla görüntüleme isteme ( $p=0,102$ ), gerekli olandan fazla tahlil isteme ( $p=0,157$ ), gereksiz yere konsültasyon isteme ( $p=0,052$ ), gerekli olmadan girişimsel işlem yapma ( $p=0,103$ ), hastayı sevk etme ( $p=0,051$ ), ve hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete etme (0,129) puanları bakımından şiddetli baş ağrısı yaşayanlar ve yaşamayanlar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

**Tablo 4.82.** Süreç ilişkili kardiyovasküler hastalık gelişimine göre defansif tıbbi uygulamalar

Defansif tıbbi uygulama çeşidi*	Kardiyovasküler hastalık	Ortalama $\pm$ ss	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	p <sup>1</sup>
Daha az inisiyatif alma	Evet (n=8)	3,25 $\pm$ 0,89	3,50	2,5-4	0,031
	Hayır (n=79)	2,11 $\pm$ 1,42	2	1-3	
Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma	Evet (n=8)	2,63 $\pm$ 1,06	2,5	2-3,5	0,034
	Hayır (n=79)	1,56 $\pm$ 1,40	1	0-3	

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi

\* En az: 0 En çok: 4 puan

Yaşadığı hukuki süreç ile ilişkili olarak kardiyovasküler sistem hastalığı geliştiğini ifade eden katılımcıların daha az inisiyatif alma ve yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma puanları diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer defansif tıbbi uygulama türleri bakımından herhangi bir fark tespit edilmemiştir.

**Tablo 4.83.** Süreç ilişkili uyku bozukluğu yaşayamaya göre daha az inisiyatif alma davranışı

Uyku bozukluğu	Daha az inisiyatif alma puanı (min:0, maks:4)			
	Ortalama ± ss	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	p <sup>1</sup>
Evet (n=45)	2,56±1,32	3	2-4	0,023
Hayır (n=42)	1,86±1,44	2	1-3	

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi

Yaşadığı süreç nedeniyle uyku bozukluğu yaşadığını belirten katılımcıların daha az inisiyatif alma önermesinden aldıkları puanlar diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksektir. Diğer defansif tıbbi uygulamalar bakımından gruplar arasında herhangi bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4.84.** Süreç ilişkili herhangi bir olumsuzluk yaşama durumuna göre defansif tıbbi uygulama türleri

Defansif tıbbi uygulama çeşidi*	En az bir sağlık sorunu	Ortalama ± ss	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	p <sup>1</sup>
Gerekli olmasa da girişimsel işlemler uygulama	Evet (n=87)	1,08±1,44	0	0-2	0,036
	Hayır (n=9)	0,11±0,33	0	0-0	
Riskli hastalara müdahale etmekten çekinme	Evet (n=87)	2,10±1,47	2	1-4	0,035
	Hayır (n=9)	0,11±0,33	0	0-0	

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi

\* En az: 0 En çok: 4 puan

Yaşadığı hukuki süreç ile ilişkili olarak kendisinde en az bir sağlık sorunu veya hastası ile arasındaki güven ilişkisinin bozulduğunu belirten katılımcıların gerekli olmasa bile girişimsel işlem yapma ve riskli hastalara müdahale etmekten çekinme puanları süreç ile ilişkili olarak bir sorun yaşamamış katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. DTUÖ'de bulunan diğer önermelerden alınan puanlar bakımından gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

**Tablo 4.85.** Şikâyet edilmekle tehdit edilmeye göre yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma durumu

Şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığı	Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma (min:0, maks:4)			
	Ortalama ± ss	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	p <sup>1</sup>
Her zaman - çoğunlukla (n=21)	2,57±1,29	2	2-4	0,001
Ara sıra - nadiren - hiçbir zaman (n=109)	1,51±1,32	1	0-2	

<sup>1</sup> Mann-Whitney U testi

Hastası tarafından her zaman veya çok sık olarak şikâyet edilmekle veya aleyhinde dava açmakla şikâyet edilen katılımcıların yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma ve gerekmeden görüntüleme yöntemi istemeye ilişkin puanları ara sıra, nadiren tehdit edilen veya hiçbir zaman şikâyet etmekle tehdit edilmeyen katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,001$ ,  $p=0,049$ ). Diğer defansif tıbbi uygulama türlerinden alınan puanlar bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Hukuki süreç yaşamaya göre katılımcılar tabakalandırıldığında hukuki süreç yaşayan ve hasta ve hasta yakınları tarafından her zaman veya çoğunlukla şikâyet edilmekle tehdit edilen katılımcıların diğerlerinden daha az inisiyatif aldığı, hastaları daha çok sevk ettiği ve yeni tedavi yöntemlerinden kaçındığı tespit edilmiştir. Hukuki süreç yaşamayanlar bakımından her zaman ve çoğunlukla şikâyet edilmek ile tehdit edilen sadece 3 kişi olduğundan yapılan analize burada yer verilmeyecektir.

**Tablo 4.86.** Güncel kılavuzlara uyma sıklığına göre gerekli olandan fazla tahlil isteme durumu

Güncel kılavuz kullanımı	Gerekli olandan fazla tahlil isteme (min:0, maks:4)			p <sup>1</sup>
	Ortalama ± ss	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	
Her zaman (n=53)	2,53±1,55	3	1-4	
Çoğunlukla (n=65)	1,86±1,36	2	1-3	0,036
Ara sıra veya nadiren (n=14)	2,36±1,55	2,5	1-4	
Her zaman - Çoğunlukla				0,034 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kruskal Wallis testi

<sup>2</sup> Dunn-Bonferroni ikili karşılaştırması, düzeltilmiş p değeri

Katılımcıların hastalarına tanı koyarken veya tedavi planlarken güncel kılavuzları kullanma sıklıklarına göre gerekli olandan fazla tahlil isteme önermesinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Yapılan ikili analizler neticesinde farkı oluşturan grupların her zaman güncel kılavuz kullananlar ve çoğunlukla güncel kılavuz kullandığını ifade edenler olduğu bulunmuştur. Bu analiz sonucuna göre her zaman güncel kılavuz kullanan katılımcıların gerekli olandan daha fazla tahlil isteme puan ortalamaları çoğunlukla güncel kılavuza uyan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksektir.

**Tablo 4.87.** Güncel kılavuz kullanma sıklığına göre YAB görülme durumu

Güncel kılavuz kullanma sıklığı	YAB				P
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Her zaman	37	69,8	16	30,2	
Çoğunlukla	34	54,8	28	45,2	0,008
Ara sıra-Nadiren	3	23,1	10	76,9	

Güncel kılavuz kullanım sıklığına göre gruplar her zaman, çoğunlukla ve ara sıra veya nadiren olarak 3'e ayrıldığında gruplar arasında YAB sıklığı yönünden anlamlı fark tespit edilmiştir.

**Tablo 4.88.** Güncel kılavuz kullanım sıklığına göre YAB varlığı (ikili karşılaştırmalar)

Güncel kılavuz kullanma sıklığı	YAB varlığı
	P
Her zaman-Çoğunlukla	0,146
Her zaman-Ara sıra/Nadiren	0,006
Çoğunlukla-Ara sıra/Nadiren	0,075

Farkı oluşturan grupların tespiti amacıyla yapılan ikili analizlerde her zaman kılavuz kullananlarda YAB sıklığının ara sıra veya nadiren kılavuz kullananlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.89.** Mesleki neden dışında ek stres nedeni varlığına göre güncel kılavuz kullanma sıklığı

Güncel kılavuz kullanma sıklığı	Ek stres nedeni varlığı				P
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Her zaman	16	30,2	37	69,8	
Çoğunlukla	22	34,4	42	65,6	0,015
Ara sıra-Nadiren	10	71,4	4	28,6	

Güncel kılavuz kullanım sıklığına göre ayrılan gruplar arasında mesleki nedenlerden kaynaklanmayan kaza, yakının ölümü gibi ek stres nedenlerine maruziyet sıklıkları bakımından fark tespit edilmiştir.

**Tablo 4.90.** Meslekten kaynaklanmayan bir nedenle stres yaşamaya göre bazı defansif tıbbi uygulamalar

Defansif tıbbi uygulama çeşidi*	Mesleki olmayan stres	Ortalama $\pm$ ss	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	p <sup>1</sup>
	Gerekli olmasa da girişimsel işlemler uygulama	Evet (n=49) Hayır (n=84)	1,22 $\pm$ 0,20 0,75 $\pm$ 0,14	1 0	
İhtiyaç olmayan ilaçları reçete etme	Evet (n=49) Hayır (n=82)	1,35 $\pm$ 0,20 0,89 $\pm$ 0,15	1 0	0-2 0-1	0,034

\*En az 0, en çok 4 puan alınması mümkündür.

<sup>1</sup> Mann-Whitney U testi

Son bir yıl içinde mesleğinden kaynaklanmayan ve kendisinde yüksek düzeyde stres oluşturan bir olay yaşadığını ifade eden katılımcıların gerekli olmasa da girişimsel işlem yapma ve hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete etme önermelerinden aldığı puanlar diğer katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer defansif tıbbi uygulamalara dair puanlar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Yukarıda bahsedilen özellikler dışında hukuki sürecin katılımcının lehinde veya aleyhinde sonuçlanması, hasta veya hasta yakını tarafından en az bir kötü muameleye maruz kalma ile defansif tıbbi uygulamalardan alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 4.91.** Hukuki süreçlere maruziyet tiplerine göre endikasyonsuz hasta yatışı yapma puanları

Hukuki süreç maruziyet tipleri	Endikasyonsuz hasta yatışı yapma (min:0, maks:4)			p <sup>1</sup>
	Ortalama ± ss	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	
Hukuki süreci bizzat yaşama (n=104)	1,29±1,36	1	0-2	0,024
Hekim olan yakınlarla dava açıldığına şahit olma (n=26)	1,15±1,19	1	0-2	
Tanıklık veya ifade vb. suretle sürece dahil olma (n=9)*	2,44±1,01	2	2-3	
Hiçbir maruziyeti yok (n=8)	0,88±1,46	0	0-1,5	

<sup>1</sup> Kruskal Wallis testi

\*Kendileri hukuki süreç yaşamamışlardır.

Katılımcılar hukuki süreci bizzat yaşama, sadece tanıklık ifade verme suretiyle sürece dahil olma, hekim olan yakınının yaşadığına şahit olma ve hiçbir maruziyeti olmama şeklinde gruplanarak her defansif tıbbi uygulama çeşidine ait puanları karşılaştırılmıştır. Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucunda gruplar arasında endikasyon olmaksızın hasta yatışı yapma puanları arasında anlamlı fark olup diğer uygulamalardan alınan puanlar arasında fark bulunmamıştır. Analiz sonrası farkı oluşturan grupların tespiti için Dunn-Bonferroni testi uygulanmış olup tanıklık veya ifade verme vb. şekilde süreçlere maruz kalanların, hukuki süreçleri bizzat yaşayanlardan (p=0,036) veya hiçbir süreç yaşamayanlardan (p=0,033) anlamlı olarak daha fazla endikasyonsuz hasta yatışı yaptığı bulunmuştur. Gruplar arasında diğer defansif tıbbi uygulama önermelerinden alınan puanlar, toplam DTUÖ puanları (p=0,513) veya YAB-7 puanları açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0,529).

**Tablo 4.92.** Cinsiyete göre YAB görülme sıklığı

Cinsiyet	YAB				P
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Erkek	30	44,1	38	55,9	0,002
Kadın	52	70,3	22	29,7	

Kadın ve erkek katılımcılar YAB görülme sıklığı yönünden karşılaştırıldığında kadın katılımcılarda YAB sıklığının erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.93.** CİMER'e veya hasta hakları birimine şikâyet edilen katılımcılar ile diğer katılımcıların YAB sıklığının karşılaştırılması

CİMER'e veya hasta hakları birimine şikâyet edildiniz mi? <sup>1</sup>	YAB				P
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Evet (n=75)	53	70,7	22	29,3	0,006
Hayır (n=59)	27	45,8	32	54,2	

<sup>1</sup> Tüm katılımcılar analize dahil edilmiştir.

Bu gruplar arasındaki farkın kaynağını bulmak için katılımcılar hukuki süreç yaşamaya göre tabakalandırıldıktan sonra şikâyet süreci yaşayan ve yaşamayanların geçirdiği hukuki süreç çeşitlerinin sayısı karşılaştırılmış olup, hukuki süreç yaşayan ve şikâyet edilen katılımcıların diğer hukuki süreçleri yaşayanlardan anlamlı olarak daha fazla süreç tipini yaşadığı görülmüştür (Mann-Whitney U testi,  $p<0,001$ ). Bununla birlikte yaşanan hukuki süreç sayısında farklılık bulunmamıştır. Yani şikâyet edilen katılımcılar diğer süreçleri yaşayanlardan daha çeşitli süreçlere maruz kalmış olup süreç sayıları bakımından farklılık yoktur.

**Tablo 4.94.** Cinsiyete göre hukuki sürecin sonlanma zamanı ile YAB arasındaki ilişki

Cinsiyet	Sürecin sonlanma zamanı	YAB				P
		Yok		Var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Erkek	Şu anda yaşıyor veya son 6 ayda sonlanmış	7	36,8	12	63,2	0,038
	6 aydan fazla süre önce sonlanmış	13	61,9	8	38,1	
	Süreç yaşamamış	14	77,8	4	22,2	
Kadın	Şu anda yaşıyor veya son 6 ayda sonlanmış	4	33,3	8	66,7	0,945
	6 aydan fazla süre önce sonlanmış	7	28,0	18	72,0	
	Süreç yaşamamış	7	30,4	16	69,6	

Katılımcılar cinsiyetlerine göre gruplandırıldıktan sonra aleyhlerinde başlatılan hukuki sürecin sonlanma zamanı veya herhangi bir süreç yaşamamalarına göre YAB sıklıkları karşılaştırıldığında erkek katılımcılarda gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonrasında şu anda hukuki süreç yaşayan veya son 6 ay içerisinde yaşadığı süreç sonlanan erkek katılımcılarda YAB sıklığı, hiçbir hukuki süreç yaşamamış erkek katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (OR:6, p=0,029).

**Tablo 4.95.** Mesleki tecrübeye göre YAB sıklıklarının karşılaştırılması

Mesleki Tecrübe	YAB				P
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
10 yıldan az	39	57,4	29	42,6	
10 yıl ve üzeri	26	61,9	16	38,1	0,818
20 yıl ve üzeri	17	54,8	14	45,2	

Aktif olarak hasta bakılan yıllara göre onar yıllık gruplara ayrılan katılımcılarda olası YAB görülme sıklığı yönünden herhangi bir fark tespit edilmemiştir. Gruplar hukuki süreç yaşamaya göre ayrılarak analiz tekrarlanmış ve yine bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların aleyhlerinde başlatılan çeşitli hukuki süreçlerin yaptırımları ve süreleri farklılık arz ettiği için bu süreçlerin katılımcıların anksiyete düzeyleri üzerindeki etkilerinin de farklı olabileceği düşünülerek bir dizi analiz yapılmıştır. Soruşturma yaşayan katılımcılar için ceza davasına ilerlememiş olanlar, ön inceleme yaşayan katılımcılar için ise soruşturma izni verilmemiş olanlar ile analiz yapılmıştır. Bunun en önemli nedeni kamuda çalışan bir hekimin aleyhinde ceza davası açılması halinde zaten soruşturma ve ön inceleme süreçlerini de yaşamış olmak zorunda olmasıdır. Sonuçları karıştırmaması bakımından böyle bir ayrıma gidilmiştir. Analiz sonuçlarına aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

**Tablo 4.96.** Hukuki süreç çeşitlerine göre YAB görülme durumu

Gruplar <sup>1</sup>		YAB				P
		Yok		Var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
CİMER'e şikâyet	Var	13	24,5	40	75,5	0,005
	Yok	41	50,6	40	49,4	
Hasta hakları birimine şikâyet	Var	20	29,9	47	70,1	0,014
	Yok	34	50,7	33	49,3	

<sup>1</sup> Tüm katılımcılar analize dahil edilmiştir.

Hukuki süreç yaşayıp yaşamadığı dikkate alınmaksızın tüm katılımcılar analize alındığında CİMER'e şikâyet edilen veya hasta hakları birimine şikâyet edilen katılımcıların YAB sıklığı diğer katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Diğer süreçleri yaşamış olmak ile YAB sıklığı arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

**Tablo 4.97.** Aleyhinde dava açılmayan katılımcıların şikâyet edilme durumlarına göre YAB görülme durumu

Gruplar <sup>1</sup> (Dava açılmamış katılımcılar)	YAB				P	
	Yok		Var			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Şikâyet süreci yaşayanlar (CİMER – Hasta hakları birimine şikâyet)</b>	Evet	12	26,1	34	73,9	0,012
	Hayır	28	52,8	25	47,2	
<b>CİMER’e şikâyet</b>	Var	7	21,9	25	78,1	0,017
	Yok	33	49,3	34	50,7	
<b>Hasta hakları birimine şikâyet</b>	Var	11	26,8	30	73,2	0,035
	Yok	29	50	29	50	

<sup>1</sup> Hukuki süreç yaşayıp yaşamadığına bakılmaksızın aleyhinde dava açılmamış tüm katılımcılar dahil edilmiştir.

Davalar çoğunlukla oldukça uzun süren ve yaptırım bakımından hapis cezası veya tazminat ödemek gibi ağır sonuçları olabilen hukuki süreçlerdir. Bu nedenle CİMER’e veya hasta hakları birimine şikâyet edilmek ile YAB arasında bulunan ilişkiyi doğrulamak için aleyhinde dava açılan katılımcılar analizden çıkarılmıştır. CİMER’e veya hasta hakları birimine şikâyet edilen katılımcılarda YAB sıklığı diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Katılımcılarda son bir yılda aşırı düzeyde strese neden olan ve mesleki nedenlerden kaynaklanmayan bir olay yaşama sıklığı gruplar arasında farklılık göstermemektedir (p=0,922).

**Tablo 4.98.** Dava açmak veya şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığına göre YAB görülme durumu

Dava açmak veya şikâyet etmekle tehdit edilme sıklığı	YAB				P
	Yok		Var		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Her zaman (n=8)	0	0,0	8	100,0	
Çoğunlukla (n=14)	1	7,1	13	92,9	
Ara sıra (n=34)	7	20,6	27	79,4	<0,001
Nadiren (n=55)	34	61,8	21	38,2	
Hiçbir zaman (n=19)	12	63,2	7	36,8	

Hastaları tarafından dava açılmakla veya şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklıkları ayrı gruplar halinde karşılaştırıldığında gruplar arasında YAB görülme sıklığı yönünden anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**Tablo 4.99.** Dava açmak veya şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığına göre YAB görülme durumu (ikili karşılaştırma)

Dava açmak veya şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığı	YAB				P
	Yok		Var		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Her zaman – Çoğunlukla (n=22)	1	4,5	21	95,5	
Ara sıra - Nadiren - Hiçbir zaman (n=108)	53	49,1	55	50,9	<0,001

Her zaman veya çoğunlukla dava açmak veya şikâyet edilmekle tehdit edilen katılımcılarda YAB görülme sıklığı; ara sıra, nadiren şikâyet edilmekle tehdit edilen veya hiçbir zaman tehdit edilmediğini ifade eden katılımcılardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Şikâyet tehdidi sıklığına göre ayrılan gruplar arasında mesleki nedenlerden kaynaklanmayan ve katılımcının yüksek düzeyde stres yaşamasına yol açan bir olay yaşama bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu nedenle gruplar mesleki nedenden kaynaklanmayan strese göre ayrılarak analiz tekrarlandığında her iki grupta da her zaman veya çoğunlukla şikâyet edilmekle tehdit edilenlerde YAB görülme sıklığı diğerlerinden anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

**Tablo 4.100.** Dava açmak veya şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığına göre dava açılma durumu

Dava açmak veya şikâyet etmekle tehdit edilme sıklığı	Aleyhinde dava açılmış mı?				P
	Evet		Hayır		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Her zaman – Çoğunlukla (n=22)	13	59,1	9	40,9	<0,001
Ara sıra – Nadiren – Hiçbir zaman (n=110)	22	20,0	88	80,0	

Her zaman veya çoğunlukla hastaları veya hasta yakınları tarafından şikâyet edilmekle tehdit edilen katılımcılar aleyhinde dava açılma sıklığı diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Dava açılma sıklıklarının gruplar arasında farklı olduğu tespit edildiği için katılımcılar aleyhlerinde dava açılma durumuna göre tabakalandırılarak YAB'a yönelik analiz tekrarlanmış ve önceki analiz sonuçlarına benzer şekilde her iki grupta da her zaman veya çoğunlukla şikâyet edilmekle tehdit edilen katılımcılarda YAB görülme sıklığı diğerlerinden fazla bulunmuştur.

Katılımcılar arasında ikincil mağdurlar olabileceği düşünülerek bu hususta fikir edinebilmek amacıyla katılımcılara daha önce hastalarından birinde kendilerini duygusal olarak çok olumsuz etkileyen bir komplikasyon gelişip gelişmediği sorulmuştur. Katılımcıların verdiği cevaplara göre YAB-7 ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır.

Katılımcılara yaşadıkları hukuki süreçler esnasında veya bu süreçler nedeniyle klinik yargılanma sendromunun en temel bulgu ve belirtilerini yaşayıp yaşamadıkları sorularak, YAB ve klinik yargılanma sendromunun ilişkisi araştırılmıştır.

**Tablo 4.101.**Hukuki süreç ilişkili sağlık sorunları ve YAB arasındaki ilişki

Hukuki süreç esnasında veya süreç nedeniyle yaşanan olumsuzluklar <sup>1</sup>		YAB				P
		Var		Yok		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Anksiyete	Evet	54	71,1	22	28,9	0,275*
	Hayır	5	50,0	5	50,0	
Depresyon	Evet	31	86,1	5	13,9	0,006
	Hayır	28	56,0	22	44,0	
Uyku bozukluğu	Evet	34	75,6	11	24,4	0,222
	Hayır	25	61,0	16	39,0	
Kardiyovasküler sorunlar	Evet	7	87,5	1	12,5	0,426
	Hayır	52	66,7	26	33,3	
Gastrointestinal sistem sorunları	Evet	19	82,6	4	17,4	0,153
	Hayır	40	63,5	23	36,5	
Şiddetli baş ağrıları	Evet	29	87,9	4	12,1	0,005
	Hayır	30	56,6	23	43,4	
Hastalarınız ile aranızdaki güven ilişkisinin bozulması	Evet	32	72,7	12	27,3	0,541
	Hayır	27	64,3	15	35,7	
En az bir sağlık sorunu yaşama	Evet	59	68,6	27	31,4	0,003
	Hayır	1	12,5	7	87,5	

<sup>1</sup> Birden fazla seçenek işaretlenebildi.

\* Fisher's exact-testi

Aleyhlerinde başlatılan hukuki süreçler ile ilişkili olarak depresyon geçirdiğini ifade eden katılımcılar ve şiddetli baş ağrıları yaşadığını belirtenlerde YAB sıklığı diğer hukuki süreç yaşayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. YAB-7 puanları ile ilişkili bulunan gastrointestinal sistem sorunları veya uyku bozukluğu yaşayama bakımından gruplar arasında herhangi bir fark yoktur. Ayrıca en az bir sağlık sorunu yaşayan veya hastası ile arasındaki güven ilişkisinin bozulduğunu ifade edenlerde YAB sıklığı diğer hukuki süreç yaşayan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksektir.

Hukuki süreçler ile ilişkili olarak sağlık sorunu yaşadığını belirten katılımcılar ile hukuki süreç yaşamayan katılımcılarda YAB sıklığı karşılaştırılmıştır. Yaşadığı süreç ile ilişkili olarak kendisinde baş ağrısı (p=0,001), anksiyete (p=0,029), depresyon (p=0,001), uyku bozukluğu (p=0,019), gastrointestinal sistem sorunları (p=0,017) geliştiğini veya hastaları ile aralarındaki güven ilişkisinin bozulduğunu ifade eden katılımcılarda YAB sıklığı hukuki süreç yaşamayan katılımcılardan daha fazla bulunmuştur.

**Tablo 4.102.** Kötü muamelele uğrama ve YAB arasındaki ilişki

Kötü muamele çeşidi <sup>1</sup>		YAB				P
		Var		Yok		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Hakaret	Evet	67	59,3	46	40,7	1,000
	Hayır	13	59,1	9	40,9	
Yaralanmak veya öldürülmekle tehdit edilme	Evet	33	73,3	12	26,7	0,030
	Hayır	47	52,2	43	47,8	
Fiziksel şiddet	Evet	21	67,7	10	32,3	0,375
	Hayır	59	56,7	45	43,3	
En az bir olumsuzluk yaşama	Evet	71	58,7	50	41,3	1,000
	Hayır	9	60,0	6	40,0	

<sup>1</sup> Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Katılımcılardan hastaları veya hasta yakınları tarafından öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edildiğini ifade eden katılımcıların YAB-7 puan ortalamaları diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Fiziksel şiddet gördüğünü, kendisine hakaret edildiğini ifade edenler veya en az bir kötü muamele gördüğünü belirtenler ile diğer katılımcılar arasında fark tespit edilmedi.

**Tablo 4.103.**Hastasında katılımcıyı duygusal olarak çok olumsuz etkilemiş komplikasyon olma durumuna göre YAB sıklığı

<b>Hastada gelişen komplikasyondan çok olumsuz etkilenme (n=134)</b>	<b>YAB</b>				<b>P</b>
	<b>Var</b>		<b>Yok</b>		
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	
Var	53	69,7	23	30,3	0,006
Yok	26	44,8	32	55,2	

Hastasında gelişmiş bir komplikasyondan dolayı duygusal olarak çok olumsuz etkilendiğini ifade eden katılımcılarda YAB sıklığı böyle bir etkilenim bildirmeyen katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 4.104.**Son bir yılda mesleki nedenlerden kaynaklanmayan ve yüksek düzeyde strese neden olan olay yaşama ile YAB ilişkisi

<b>Mesleki olmayan ve yüksek düzeyde strese yol açan olay yaşama (n=131)</b>	<b>YAB</b>				<b>P</b>
	<b>Var</b>		<b>Yok</b>		
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	
Var	30	62,5	18	37,5	0,636
Yok	47	56,6	36	43,4	

Katılımcılardan son bir yıl içinde mesleki nedenlerden kaynaklanmayan ve katılımcının yüksek düzeyde psikolojik stres yaşamasına yol açan olay yaşayanlar ile böyle bir olay yaşamayanların YAB sıklığı benzer bulunmuştur.

**Tablo 4.105.**SHTK ek madde 18'in içeriğini bilme sıklığı

<b>Hekimlere karşı tıbbi uygulamaları nedeniyle, Sağlık Bakanlığı tarafından açılacak rücu davaları ile ilgili 2022 yılında yapılan yasa değişikliğinin içeriğini biliyor musunuz? *</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Evet	36	26,7
Hayır	99	73,3

\* Soru eğitim öncesinde yanıtlandığı için yeni kanun maddesinin içeriğine ilişkin anket sorusunda bilgi verilmemiştir.

SHTK ek madde 18 sağlık personeli aleyhinde rücu davası açılabilmesi için sağlık personelinin görevi kötüye kullandığına dair kesinleşmiş ceza mahkemesi hükmünü dava şartı olarak öngörmüş olup söz konusu hukuki düzenleme sağlık çalışanlarının tazminat sorumluluklarını oldukça kısıtlamıştır. Bu bakımdan hukuki eğitim verilmeden önce yeni düzenlemeyi biliyor olmanın anksiyete veya defansif tıbbi uygulamalar ile ilişkili olabileceği düşünülerek katılımcılara yeni düzenleme hakkında bilgileri olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların %26,7'si söz konusu hukuki düzenlemeyi bildiğini ifade etmiştir.

SHTK ek madde 18'in içeriğini bildiğini ifade eden katılımcılar ile diğerleri arasında DTUÖ puanları ( $p=0,946$ ) ve YAB sıklığı ( $p=1$ ) yönünden fark bulunmamıştır. Ayrıca gruplar arasında hiçbir defansif tıbbi uygulama puanı bakımından da fark yoktur.

Her ne kadar katılımcıların %26,7'si yeni düzenlemeyi bildiğini ifade etmişse de eğitim sırasında katılımcıların pek çoğunun içeriği ayrıntılı olarak bilmedikleri fark edilmiştir. Ayrıca yeni hukuki düzenlemeyi bildiğini belirten katılımcıların %77,8'i, bilmediğini ifade edenlerin ise %72,7'si defansif tıbbi uygulamaların nedenlerinden birinin büyük miktarda tazminat ödeme ihtimali olduğunu belirtmiştir ( $p=0,711$ ). Gruplar arasında anlamlı farklılık olmaması hukuki değişikliği bildiğini ifade eden katılımcıların SHTK ek madde 18'e ilişkin yeterli bilgilerinin olmayabileceğini göstermektedir.

**Tablo 4.106.** Katılımcıların SHTK ek madde 18'in defansif tıbbi uygulamalarını hangi yönde etkileyeceğine ilişkin görüşleri

<b>Yeni yasa değişikliği defansif tıbbi uygulama yapma ihtimalinizi nasıl etkiler? (n=132)</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Çok azaltır	1	0,8
Azaltır	42	31,8
Değiştirmez	75	56,8
Artırır	10	7,6
Çok artırır	4	3,0

SHTK ek madde 18'e ilişkin eğitim alan katılımcılara söz konusu hukuki düzenlemenin defansif tıbbi uygulama yapma ihtimalleri üzerindeki muhtemel etkisi sorulmuştur. Katılımcıların %32,6'sı SHTK ek madde 18'in defansif tıbbi uygulama yapma ihtimallerini azaltacağını düşünürken, %10,6'sı defansif tıbbi uygulamalarını artırabileceğini ifade etmiştir.

**Tablo 4.107.** Katılımcıların SHTK ek madde 18'in mesleki kaygıları üzerindeki muhtemel etkisine ilişkin görüşleri

<b>Yeni yasa değişikliği, mesleğinizi icra ederken yaşadığınız kaygıları azaltır mı? (n=130)</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Evet	59	45,4
Hayır	71	54,6

SHTK ek madde 18'e ilişkin eğitim verildikten sonra yeni hukuki düzenlemenin mesleklerini icra ederken yaşadıkları kaygılar üzerinde ne gibi etkileri olacağı sorulduğunda katılımcıların %54,6'sı söz konusu değişikliğin kaygılarını azaltmayacağına inandıklarını ifade etmişlerdir. Buna karşın önemli sayıda katılımcı kaygılarının azalacağını düşündüğünü belirtmiştir.

**Tablo 4.108.**Periyodik olarak hukuk eğitimi alma isteği

<b>Karşılaşabileceğiniz hukuki süreçler ile ilgili periyodik olarak daha detaylı bilgi içeren eğitimler yapılmasını ister miydiniz? (n=132)</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Evet	125	94,7
Hayır	7	5,3

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%94,7) hekimlerin karşılaşılabileceği hukuki süreçler ile ilgili periyodik olarak eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Eğitim sonrasında pek çok katılımcı eğitiminde ne kadar faydalandıklarını ve bu türdeki eğitimlerin daha sık olmasını arzu ettiklerini sözlü olarak da ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.109.**Katılımcıların aldıkları hukuk eğitiminin defansif tıbbi uygulamalarına muhtemel etkisi hakkındaki görüşleri

<b>Hukuki süreçler ile ilgili az önce aldığınız eğitim sizin defansif tıbbi uygulama yapma ihtimalinizi nasıl etkiler? (n=132)</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Değiştirmez	61	46,2
Azaltır	44	33,3
Artırır	16	12,1
Çok artırır	6	4,5
Çok azaltır	5	3,8

Katılımcılar çalışma kapsamında verilen eğitimi dinledikten sonra aldıkları eğitimin kendilerinin defansif tıbbi uygulama yapma ihtimali üzerindeki etkileri sorulmuş olup katılımcıların %37,1'i uygulama yapma ihtimalini azaltacağını ifade ederken, %16,6'sı uygulama yapma ihtimalini artıracığını belirtmiştir.

**Tablo 4.110.**Katılımcıların eğitimden faydalanma düzeyleri

	Sayı	Ortanca	1.-3. çeyrekler	Min-Maks
Anket sırasında yapılan hukuk eğitiminden ne kadar faydalandınız? (0=Hiç faydalanmadım, 10=Çok fazla faydalandım)	131	8	7-10	1-10

Katılımcılara anket sırasında verilen eğitimden ne kadar faydalandıkları sorularak 10 üzerinden puanlandırmaları istenmiştir. Puanların ortancası 8 olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.111.**Defansif tıbbi uygulama yapma durumuna göre eğitimden faydalanma düzeylerinin karşılaştırılması

Defansif tıbbi uygulama sınıflama	Hukuk eğitiminden faydalanma puanı				
	Sayı	Ortanca	1.-3. çeyrekler	P <sup>1</sup>	
DTU1	Var	121	8	7-10	0,005
	Yok	9	5	5-7	
DTU2	Var	94	8	7-10	0,001
	Yok	33	7	5-8	
Herhangi bir önermeden puan alma	Var	123	8	7-10	<0,001
	Yok	7	5	4-5	

<sup>1</sup> Man-Whitney U testi

Defansif tıbbi uygulama yapma durumunu değerlendirmek için kullandığımız sınıflandırma çeşitlerinin herhangi birine göre defansif tıbbi uygulama yaptığı değerlendirilen katılımcılar verilen hukuk eğitiminden anlamlı olarak daha fazla faydalandıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.112.** YAB varlığına göre eğitimden faydalanma düzeylerinin karşılaştırılması

YAB	Hukuk eğitiminden faydalanma puanı			
	Sayı	Ortanca	1.-3. çeyrekler	P <sup>1</sup>
Var	75	8	7-10	0,029
Yok	54	5	5-9	

<sup>1</sup> Man-Whitney U testi

YAB olan katılımcıların hukuk eğitiminden faydalanma sıklıkları anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

**Tablo 4.113.** Hukuki süreç yaşayan katılımcılarda defansif tıbbi uygulama puanlarını tahmin için oluşturulan lineer regresyon modeli

	B	Standart hata	$\beta$	t	P
Sabit	-0,301	5,732		-0,053	0,266
Hasta bakılan yıl	-0,298	0,133	-0,203	-2,242	0,032
Hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissedilen kaygı puanı (0-10 puan)	1,876	0,370	0,471	5,076	0,007
Eğitimden faydalanma düzeyi (0-10 puan)	1,314	0,581	0,209	2,260	0,021

$R^2=0,399$ ,  $F=16,849$ ,  $p<0,001$

Yapılan analizler sonucunda defansif tıbbi uygulamalar ile anlamlı olarak ilişkili bulunan faktörler lineer regresyon analizine alınmıştır. Hasta bakılan yıl sayısı, hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissedilen kaygı düzeyi ve verilen hukuk eğitiminden faydalanma puanının DTUÖ puanı ile diğer değişkenlerden bağımsız olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. Tüm katılımcılar için aynı değişkenler ile oluşturulan modelde söz konusu değişkenler yine DTUÖ puanları ile ilişkili bulunmuştur ( $R^2=0,269$ ,  $p=0,269$ ). Ayrıca tüm katılımcıların dahil edildiği ve önceki modeldeki değişkenlerin de analize alındığı başka bir modelde tanıklık veya ifade vermek suretiyle başkasının yaşadığı hukuki sürece dahil olmanın da DTUÖ puanlarında artış ile ilişkili olduğu görülmüştür ( $p=0,05$ ).

**Tablo 4.114.**Hukuki süreç yaşayanlar katılımcılarda YAB ile ilişkili faktörler ile oluşturulan lojistik regresyon modeli

	<b>B</b>	<b>Standart hata</b>	<b>Wald</b>	<b>P</b>	<b>Exp (B)</b>
Sabit	-5,866	1,428	16,871	<0,001	0,003
Süreçten duygusal olarak olumsuz etkilenme puanı (0-10 puan)	0,566	0,145	15,268	<0,001	1,762
Hastada duygusal olarak hekimi çok etkileyen komplikasyon gelişmiş olması	1,691	0,749	5,099	0,011	6,626
Hasta veya hasta yakını tarafından şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığı (1-5 puan)	1,177	0,423	7,754	0,005	3,245

$R^2=0,629$ ,  $p<0,001$

YAB ile ilişkili değişkenlerle hukuki süreç yaşayan katılımcılar için kurulan regresyon modeline göre yaşanan hukuki süreçten duygusal olarak etkilenim puanının fazla olması, hastasında duygusal olarak hekimin çok olumsuz etkilenmesine yol açan bir komplikasyon gelişmiş olma durumu, hasta veya hasta yakınları tarafından şikâyet edilme sıklığında artış, YAB ile ilişkili bulunmuştur. Modelin sensitivitesi %89,1 iken, spesifitesi %68,8'dir.

**Tablo 4.115.**YAB'ı tahmine yönelik oluşturulan lojistik regresyon modeli

	<b>B</b>	<b>Standart Hata</b>	<b>Wald</b>	<b>P</b>	<b>Exp (B)</b>
Sabit	-5,526	1,120	24,362	<0,001	0,004
CİMER'e veya hasta hakları birimine şikâyet edilmiş olma	1,285	0,508	6,406	0,011	3,615
Hastada duygusal olarak hekimi çok etkileyen komplikasyon gelişmiş olması	1,213	0,513	5,589	0,018	3,363
Hasta veya hasta yakını tarafından şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığı (1-5 puan)	1,191	0,320	13,896	<0,001	3,291
Hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissedilen kaygı düzeyi (0-10 puan)	0,438	0,108	16,467	<0,001	1,550

$R^2=0,560$ ,  $p<0,001$

Tüm katılımcılar analize alınarak YAB varlığını tahmin etmeye yönelik yeni bir lojistik regresyon modeli kurulmuştur. Bu modelde katılımcının şikâyet edilmiş olması, hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissettiği kaygı puanının artması, şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığının artması ve hastada hekimi çok olumsuz etkileyen komplikasyon gelişmiş olması ile YAB varlığı arasında ilişki bulunmuştur. Oluşturulan modelin sensitivitesi %85,3 iken, spesifitesi %80,4'tür.



## 5. TARTIŞMA

Çalışmanın yürütüldüğü hastanede aktif olarak hasta bakmakta olan 227 hekimden 151'i (%66,5) araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Katılımcıların çoğu uzman doktor, kadın ve evli olup, yaşlarının ortancası 42'dir (Tablo 4.1). Poliklinikte bir haftada baktıkları hasta sayısının ortancası 200 iken, cerrahi operasyon sayısının ortancası 10 olup hasta baktıkları yılların ortancası 16'dır. Katılımcıların %26'sı zorunlu mesleki sorumluluk sigortasına ek sigorta yaptırarak sigortacının ödemekle yükümlü olduğu teminat limitini yükseltmiştir (Tablo 4.3).

Katılımcıların %70,2'sine karşı hastalarının tanı ve tedavi süreçlerine ilişkin olarak dava, şikâyet, disiplin soruşturması gibi çeşitli hukuki süreçlerden en az biri başlatılmıştır. Hekim olan arkadaş veya akrabaları aleyhinde dava açıldığına şahit olan veya başka bir hekimin yaşadığı hukuki süreçte tanıklık yapan veya ifade verenler de dolaylı olarak hukuki süreçlere maruz kaldığından toplamda katılımcıların %94'ü doğrudan veya dolaylı olarak hukuki süreçlere maruz kaldığını belirtmiştir (Tablo 4.6). Katılımcıların %24,8'i (n=35) aleyhinde tıp mesleği ile ilişkili olarak en az bir dava açılmış olup, katılımcıların %16,3'üne (n=23) karşı en az bir kez ceza davası açılmıştır. Katılımcıların %55,3'ü ise CİMER'e veya hasta hakları birimine en az bir kez şikâyet edilmiştir. Hukuki süreç yaşayan katılımcıların %80,2'sinden yaşadığı hukuki süreç ile ilgili yazılı bir savunma hazırlaması istenmiştir. Yani tüm katılımcıların yarısından fazlası savunma hazırlamıştır. Bu sıklık oldukça yüksek olup, hasta ve hasta yakınlarının şikâyetlerinin ilgili mercilerce yeterince ayrıntılı incelenmiyor olabileceğini düşündürmektedir.

Hukuki süreç yaşama sıklıkları en fazla olan branşlar ortopedi, genel cerrahi, pediatri ve acil tıp iken; en az olanlar üroloji, radyoloji ve dahiliyedir (Tablo 4.8). Aleyhinde en sık dava açılan branşlar ise kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, ortopedi ve acil tıp branşlarıdır (Tablo 4.11).

Erkek katılımcılar, kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha sık CİMER'e şikâyet edilmiş, disiplin soruşturması geçirmiş ve aleyhlerinde daha sık tazminat davası açılmıştır (Tablo 4.20). Cerrahi branşlarda çalışan katılımcıların dahili branşlarda çalışanlardan daha sık CİMER'e şikâyet edildiği tespit edilmiştir (Tablo 4.18).

Bununla birlikte dava yaşama sıklıkları bakımından dahili ve cerrahi branşlar arasında bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.19). Ayrıca aleyhinde dava açılan katılımcıların hasta baktıkları yıl sayıları farklı değildir.

Hukuki süreçler katılımcıların %83,8'inin lehinde sonuçlanmış olup, süreç aleyhinde sonuçlanan katılımcılar hakkında; disiplin cezası, tazminat ve hapis cezası (HAGB dahil) gibi yaptırımlara hükmedilmiştir (Tablo 4.17).

Çalışmamızda oluşturduğumuz sınıflamalar esas alındığında DTU1 sınıflamasına göre katılımcıların %93,3'ünün, DTU2 sınıflamasına göre ise %73,3'ünün en az bir çeşit defansif tıbbi uygulama yaptığı tespit edilmiş olup bu sıklıklar literatür ile uyumludur. Türkiye'de bir üniversite hastanesinde çeşitli cerrahi branşlarda çalışan hekimler ile gerçekleştirilen ve çalışmamızdakinden farklı bir ölçek kullanılan bir çalışmada hekimlerin %94,2'sinin herhangi bir çeşit defansif tıbbi uygulama yaptığı ve %24,7'sinin aleyhinde hatalı tıbbi uygulama iddiası ile dava açıldığı belirtilmiştir (50). Acil tıp hekimleri ile yapılan başka bir çalışmada hekimlerin %98,4'ü gerekmediğini düşündüğü halde bazı tetkikleri istediğini, %21,1'i aleyhinde dava açıldığını belirtmiş ve on yıldan az hekimlik tecrübesi olan katılımcıların defansif tıbbi uygulama puanları diğer katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Hekimlerin bir günde baktıkları hasta sayıları, aleyhlerinde dava açılma durumu, yaş ve cinsiyet değişkenleri ile defansif tıbbi uygulamalar arasında bir ilişki tespit edilmemiştir (49). Bizim çalışmamızda da katılımcıların yaklaşık dörtte birine karşı mesleği nedeniyle dava açılmış olup mesleki tecrübelerinin artmasıyla DTUÖ puanlarının azaldığı gözlenmiştir (Tablo 4.70).

Tazminat veya ceza davası açılan katılımcılar ile dava açılmayan katılımcıların defansif tıbbi uygulamaları arasında herhangi bir fark tespit edilmemiştir. Bununla birlikte en son yaşadığı süreç ceza davası olanların DTUÖ puanları diğer hukuki süreç yaşayan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 4.54). Ayrıca hukuki süreç yaşayan katılımcılardan aleyhinde tazminat davası açılanların diğer hukuki süreç yaşayanlardan daha az inisiyatif aldığı (Tablo 4.79) ve son yaşadığı süreç ceza davası olan katılımcıların riskli hastalara müdahale etmekten çekinme, daha az inisiyatif alma, hastalara gerekmeyen ilaçları reçete etme ve yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma davranışlarını diğer hukuki süreç yaşayanlardan anlamlı olarak daha fazla

gerçekleştirdiği bulunmuştur (Tablo 4.80). Genel cerrahi uzmanlarıyla yapılan bir çalışmada hekimlerin %37,6'sı aleyhinde hatalı tıbbi uygulama iddiası ile dava açılmış, %63,3'ü disiplin soruşturması geçirmiş ve %6,6'sı aleyhinde tazminata hükmedilmiş olup sonuçlarımıza benzer şekilde dava açılmış veya disiplin soruşturması geçirmiş olmak ile defansif yaklaşım arasında ilişki tespit edilmemiştir (44).

Acil tıp branşında çalışanların DTU1 sınıflamasına göre %91,7'si, DTU2 sınıflamasına göre ise %83,3'ü çeşitli kaygıları nedeniyle gerekli olandan daha fazla tahlil istediğini ifade etmiştir. Acil tıp hekimleri ile yapılan bir çalışmada bulgularımıza benzer şekilde katılımcıların %92,2'si hem acil tıp hekimlerinin hem de acile gelen konsültan hekimlerin defansif tıbbi uygulama yaptıklarını düşündüğünü belirtmiş ve %88,1'i hatalı tıbbi uygulama davalarından korunmak için gerekenden fazla tetkik istediğini ifade etmiştir (48).

Mesleki tecrübe arttıkça katılımcıların daha az defansif tıbbi uygulama yaptığı görülmüştür (Tablo 4.71). Ayrıca DTUÖ puanları ile hasta bakılan yıl sayısı arasında negatif yönlü zayıf bir korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 4.70). Genel cerrahi uzmanları ile yapılan bir çalışmada uzman ve asistan doktorların akademisyenlerden daha fazla defansif tıbbi uygulama yaptığı bulunmuş ve yapılan cerrahi müdahale sıklığı arttıkça defansif tıbbi uygulamaların azaldığı görülmüştür (44). Bununla birlikte yaptığımız lojistik regresyon analizinde yaş ve ünvanın karıştırıcı değişken olduğu görülmüş, DTUÖ puanlarındaki düşüşün esas olarak mesleki tecrübeden kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.132). Ayrıca cerrahi müdahale veya poliklinikte bakılan hasta sayıları ile defansif tıbbi uygulamalar arasında bir ilişki bulunmamıştır. Beyin ve sinir cerrahisi uzmanları ile yapılan başka bir çalışmada katılımcıların defansif tıbbi uygulama sıklığı %72,3 olup bizim çalışmamızda da olduğu gibi mesleki tecrübesi daha az olan hekimlerin daha fazla defansif tıbbi uygulama yaptığını belirtmiştir (46). İtalya'da psikiyatristler ile yapılan bir çalışmada benzer şekilde defansif tıbbi uygulama yapma sıklığı daha fazla olan katılımcıların daha az tecrübe sahibi olduğunu tespit etmiştir (151). Aynı şekilde Ortashi vd. oluşturdukları lineer regresyon modeli ile daha tecrübeli hekimlerin daha az defansif tıbbi uygulama yaptığını ileri sürmüştür (42).

Mesleki tecrübe arttıkça defansif tıbbi uygulamaların azalmasının sebebi hekimlerin yıllar geçtikçe çok çeşitli hastaları tedavi etmeleri, hukuki süreçlere aşına olmaları nedeniyle daha az kaygı duymaları, kendi becerilerine olan güvenlerinin artması sayesinde hastaların tanı ve tedavi süreçlerine ilişkin kararlarından daha emin olmaları olabilir. Daniels ve Marneffe farklı davranış özelliklerine sahip olan hasta videolarını hekimlere izlettirmiş, video izledikten sonra hekimlerin defansif tıbbi uygulamalarındaki değişimleri incelemiş ve mesleki tecrübesi daha fazla olan hekimlerin daha defansif davrandığını belirtmişlerdir (74).

Yüksel, aile hekimleri ile yaptığı çalışmada aile hekimlerinin %6'sı aleyhinde dava açıldığını, %59,7'sinin ise hatalı tıbbi uygulamalara ilişkin haberlerini gördükten sonra mesleğini icra ederken kaygı hissettiğini ifade etmiştir (59). Çalışmamızda hatalı tıbbi uygulamaya dair haberlere maruz kalma durumu sorgulanmamış olup ileride medyada yayınlanan haberler ile defansif tıbbi uygulamaların ilişkisini daha ayrıntılı araştırmaya yönelik çalışmaların yapılması kıymetli olacaktır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Studdert vd. yüksek riskli branşlarda defansif tıbbi uygulama sıklığını %93, Sethi vd. ortopedi uzmanlarında %96 olarak bulmuş ve tüm tetkiklerin %24'ünün defansif amaçla istendiğini belirtmiştir (28,152). Nahed vd.nin beyin ve sinir cerrahları ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %72'sinin sadece aleyhlerinde dava açılması ihtimalini en aza indirmek amacıyla fazladan görüntüleme tetkiki istediğini ve %40'ının aynı amaçla gerekmeyen bir tıbbi müdahaleyi önerdiği tespit edilmiştir (146). Birleşik Krallık genelinde çeşitli branşlarda çalışan hekimlerle yapılan geniş çaplı bir araştırmada hekimlerin %82-89'unun pozitif, %46-50'sinin ise negatif defansif tıbbi uygulama yaptığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada General Medical Council'e (Birleşik Krallık'ta hekimleri denetleyen bir kamu kurumu) şikâyet edilmeyen hekimlerin %72,7'si meslektaşlarının şikâyet edildiğine şahit olduktan sonra tıbbi uygulamalarında değişikliğe gittiklerini bildirmiştir (5). Ortashi vd.nin Birleşik Krallık'ta çeşitli branşlarla yaptıkları başka bir çalışmada ise hekimlerin %78'inin en az bir çeşit defansif tıbbi uygulama yaptığı belirtilmiştir (42). Hiyama'nın Japonya'daki gastroenterologlar ile yaptığı bir çalışmada neredeyse hekimlerin tamamı (%98) defansif tıbbi uygulama yaptıklarını ifade etmişlerdir (51). Renkema vd. Hollanda'da çeşitli cerrahi branşlarda çalışan uzman ve asistan hekimlerin %42'sinin negatif %89'unun pozitif defansif tıbbi uygulama yaptığını belirtmiş,

hekimlerin haksız yere kendilerine karşı dava açılması ihtimali nedeniyle endişe hissetmesinin ve hastaların ilaç yazmaları için hekimlere baskı yapmasının defansif davranışlarda artış ile ilişkisi olduğu bulunmuştur (153). Panella vd. İtalya'daki hekimlerin %59,8'inin, Zhu vd. Çin'de kadın doğum uzmanlarının %62,9'unun defansif tıbbi uygulama yaptığını belirtmişlerdir (18,154). Tebano vd. 74 farklı ülkede çalışan hekimlerle yaptığı çalışmada katılımcıların %82'sinin hastayı hiç muayene etmeden konsültasyon istediğini ifade etmiştir (155). Görüldüğü üzere çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde dünyanın hemen hemen her yerinde, hekimler defansif tıbbi uygulamaları yaygın olarak yapmaktadır.

### **Hukuki Süreçler ile Defansif Tıbbi Uygulamaların İlişkisi**

Çalışmamızda katılımcıların hukuki süreçlere maruziyetleri ayrıntılı olarak sorgulanmıştır. Hukuki süreçleri bizzat yaşayan veya başka yollarla süreçlere maruz kalanlar ile hiçbir maruziyeti olmayanlar arasında DTUÖ puanları bakımından herhangi bir fark tespit edilmemiştir (Tablo 4.43). Bununla birlikte yaşadığı hukuki süreç sonlanan katılımcılar en son yaşadıkları süreç çeşitlerine göre gruplandırıldıklarında, en son aleyhinde ceza davası sonuçlanmış olan katılımcıların DTUÖ puanları, en son CİMER'e şikâyet edilmiş katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.55). Ayrıca son yaşadığı/yaşamakta olduğu süreç ceza davası olan katılımcılar, diğer hukuki süreçleri yaşayan katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla riskli hastalara müdahale etmekten çekinmekte, daha az inisiyatif almakta, hastaya ihtiyacı olmayan ilaçları daha sık reçete etmekte ve yeni tedavi yöntemlerinden kaçınmaktadır (Tablo 4.80). Ceza davası açılmadan önce hekim hakkında ön inceleme ve ceza soruşturması yapılmış olması gerektiğinden ceza davasına uyuşmazlığın son aşaması denilebilecektir. CİMER'e veya hasta hakları birimine şikâyet ise çeşitli hukuki süreçlerin başlamasına yol açabilen ve uyuşmazlığın yeni başladığı bir aşamadır. Aleyhinde ceza davası açılan hekimler soruşturma ve ön inceleme basamaklarının yanı sıra ankette sorgulanan pek çok hukuki süreç çeşidini de yaşamıştır. Zira rücu davalarına getirilen yeni dava şartından önce bir uyuşmazlık hakkında aynı anda tazminat davası, ceza davası ve disiplin soruşturması yürütülmesinde bir engel bulunmamaktaydı. Ceza davasının yaptırımlarının ağır olması, uzun sürmesi veya bu katılımcıların daha çok hukuki sürece maruz kalmış olmalarının onları daha çok defansif tıbbi uygulama yapmaya yönlendirmesi

mümkündür. Literatürde de ceza davasının hekimler için oldukça travmatik bir süreç türü olduğu ve ceza davası açılan hekimlerin süreçten duygusal olarak olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (102). Aleyhinde ceza davası başlatılan hekimin kendisinin psikolojik olarak olumsuz yönde etkilenmesinin yanı sıra, bu hekimin yaşadığı olumsuzluklara şahit olan diğer hekimler de defansif tıbbi uygulama yapmaya başlayabilmektedir (5,47).

En fazla yapılan pozitif defansif tıbbi uygulamalar gerekli olandan daha fazla görüntüleme ve tetkik isteme iken, en az puan alınan pozitif defansif tıbbi uygulamalar gerekli olmadığı halde girişimsel işlem yapmak ve hastaya ihtiyacı olmayan ilaç reçete etmek olarak bulunmuştur (Tablo 4.22). Yapılan diğer çalışmalarda da gerekmediği halde ek tetkik veya görüntüleme yöntemlerine başvurmanın en sık yapılan defansif tıbbi uygulamalardan olduğu belirtilmektedir (3,50,146,156).

Gerekmediği halde tetkik istenmesi veya görüntüleme yöntemlerine başvurulmasının önemli nedenlerinden biri tanısı konamayan bir hastalık nedeniyle hastaların zarar görmesinden hekimlerin çekinmesi olabilir. Bu görüşe uygun olarak bizim çalışmamızda katılımcıların yaklaşık %30'u hastaların zarar görme ihtimalinin defansif tıbbi uygulamalara yol açan nedenlerden biri olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.27). Bu bakımdan defansif tıbbi uygulamaların salt hukuki süreç yaşama korkusundan kaynaklandığını düşünmek doğru olmayacaktır. Nitekim hekimlerin defansif tıbbi uygulamaları sonradan pişmanlık duyacakları bir duruma düşmemek amacıyla yapabildikleri belirtilmektedir (157). Sorum vd. hekimlerin asemptomatik hastalarda neden prostat spesifik antijen tetkiki istediğini araştırmış ve ilerlemiş bir kanseri teşhis edemediği için ileride pişmanlık duymaktan korkuyor olmalarının bu durumun en önemli nedenlerinden biri olduğunu belirtmişlerdir (158). Bu durum mesleki tecrübesi fazla olan hekimlerin daha az defansif tıbbi uygulama yapmalarının nedenlerinden biri olabilir. Nitekim Carlson vd. hatalı tıbbi uygulama davası açılan acil tıp hekimlerinin en sık bir hastalığın tanısını koyamamaları nedeniyle dava edildiklerini tespit etmiştir. Var olan bir hastalığın tanısını koyamadığı iddiası ile aleyhinde dava açılan hekimlerin, dava açıldıktan sonra baktıkları hastaların aldıkları tıbbi hizmetten memnun kalma seviyelerinde ani bir artış gözlenmiştir (130). Bu artışın nedeni hekimlerin çok daha fazla tetkik istemeye başlaması ve hastaların bundan memnun kalması olabilir. Zira pek çok çalışmada hastalar tarafından tetkik

istemesi yönünde hekime yapılan baskının veya hasta beklentilerinin hekimlerin defansif tıbbi uygulama yapmalarına yol açan en önemli etkenlerden olduğu belirtilmektedir (159–161).

En fazla yapılan negatif defansif tıbbi uygulamanın daha az inisiyatif almak, en az olanın ise yeni tedavi yöntemlerinden kaçınmak olduğu görülmüştür. Komplikasyon gelişme riski yüksek hastalara bakmaktan kaçınmak veya yüksek riskli müdahalelerden kaçınmak bizim sonuçlarımıza benzer şekilde literatürde en sık yapıldığı belirtilen defansif tıbbi uygulamalardandır (50,159). Negatif defansif tıbbi uygulamalara dair literatür incelendiğinde göz hastalıkları uzmanları ile yapılan bir çalışmada katılımcıların yüksek riskli cerrahi müdahalelerden kaçınma sıklığı %68,6, tanı ve tedavisi güç hastalığı olan hastalara bakmaktan kaçınma sıklığı %67,5, gerekmediği halde konsültasyon isteme davranışı %66,5, gerekli olandan fazla tetkik isteme sıklığı ise %57,7 olarak bulunmuştur (47). Başka bir çalışmada genel cerrahi uzmanı katılımcıların %36,2'si gerekmediği halde hasta yatışı yaptıklarını, %42,8'i gerekenden fazla tetkik istediğini veya tıbbi müdahale yaptığını, %17,4'ü gerekenden fazla ilaç reçete ettiğini, %25,4'ü ise ek konsültasyon istediğini ifade etmiştir. Bununla birlikte bu çalışmada verilen istatistikler katılımcıların her zaman ve sıklıkla yaptığı defansif tıbbi uygulamalara ilişkin olup ara sıra veya nadiren yapılan defansif tıbbi uygulamaların da analize dahil edilmesi durumunda sıklık daha yüksek olacaktır (44). Bahsedilen çalışmada kullanılan sınıflama defansif tıbbi uygulamayı her zaman ve sıklıkla yapanları defansif tıbbi uygulama yapıyor kabul ettiğinden bizim kullandığımız ölçekteki 4 ve 5 puanlarını işaretlemeye benzemekte, yani ikinci sınıflamamıza (DTU2) denk gelmektedir. Bu sınıflama esas alındığında çalışmamıza katılan genel cerrahi uzmanları endikasyonsuz hasta yatışı yapmıyorken, gerekmediği halde tetkik isteme sıklıkları %42,9 olarak bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların %46,7'si gerekmediği halde tetkik isterken, %17'si endikasyonsuz hasta yatışı yaptığını, %14,9'u gerekmeyen ilaçları reçete ettiğini belirtmiştir.

DTUÖ puan ortalaması en yüksek branşlar sırasıyla radyoloji, acil tıp ve ortopedi branşları iken en düşük branşlar sırasıyla beyin cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum ve pediatri olarak bulunmuştur (Tablo 4.23). Çalışmamızda dahili ve cerrahi branşlar arasında DTUÖ puanları ve YAB sıklığı bakımından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Dahili ve cerrahi branşlarda çalışan hekimler aleyhlerinde bir hukuki

süreç başlatılması ihtimalinden benzer şekilde çekiniyor olması bu durumun temel nedeni olabilir (Tablo 4.32). Bununla birlikte, dahili branşlarda çalışan hekimler cerrahi branşlarda çalışan hekimlerden anlamlı olarak daha fazla gerekmeyen tahlilleri isteme davranışını yaptıklarını belirtmişlerdir. Dahili ve cerrahi branşta çalışan hekimler arasında poliklinikte bakılan hasta sayıları ve mesleki tecrübe bakımından bir fark bulunmamıştır.

Başka bir meslektaşının yaşadığı hukuki sürece, tanıklık yapmak veya ifade vermek suretiyle dahil olan katılımcılar diğerlerine göre endikasyon olmaksızın hasta yatışı yapma davranışını daha fazla yaptıklarını belirtmiştir (Tablo 4.77). Bunun nedeni bizzat sürece dahil oldukları için süreçlerin ne kadar stresli olabileceğini daha iyi anlamaları ve bu nedenle kendilerine karşı dava açılmasından daha çok çekinmeleri olabilir.

Katılımcıların neredeyse tamamı defansif tıbbi uygulamaların nedenlerinden birinin dava açılması veya şikâyet edilme riski olduğunu ifade etmiş ve katılımcıların %58,9'u şikâyet etme ve dava açma ihtimalini yüksek gördükleri hastalara mümkünse bakmaktan kaçınacaklarını bildirmişlerdir. Dava açılması ve şikâyet edilme ihtimalini takiben sırasıyla büyük miktarda tazminat ödeme ihtimali, hasta başına düşen muayene süresinin kısalığı, hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisinin bozulması ve hapse girme ihtimali defansif tıbbi uygulamalara yol açan nedenlerden olarak gösterilmiştir (Tablo 4.27). Küçük, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile yaptığı çalışmada hekimlerin yaklaşık %90'ının aleyhinde hukuki süreç başlatılmasından endişe ettiği için pek çok tıbbi uygulamayı yapmaktan kaçındıklarını bildirmiştir (45). Başka bir çalışmada hastanın dava açma potansiyelini yüksek gören hekimlerin hastanın tanı ve tedavi sürecinde daha fazla defansif tıbbi uygulama yaptığı ifade edilmiştir (74).

Defansif tıbbi uygulamaların en sık nedeni olarak katılımcılar hekim aleyhinde hukuki süreç başlatılması ihtimalini göstermiştir. Medyada hekimler aleyhinde yapılan haberler ve şiddet görme ihtimali seçenekler arasında yer almasa da diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar tarafından yazılı olarak belirtilmiştir. Medyada yayınlanan hatalı tıbbi uygulamalara ilişkin haberlerin defansif tıbbi uygulamaların nedenlerinden olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (59,61). Türkiye'de göz hastalıkları uzmanları

ile yapılan bir çalışmada hekimlerin yaklaşık %80'i basına yansıyan hatalı tıbbi uygulamalara ilişkin haberlerin kendilerini oldukça endişelendirdiğini belirtmişlerdir (47). Her ne kadar katılımcılar defansif tıbbi uygulamaların temelinde yatan neden olarak en sık aleyhlerinde bir hukuki sürecin başlatılması ihtimalini göstermişlerse de hukuki bilgilerindeki eksikliğin hukuki süreç yaşamaktan daha fazla kaygı duymalarına yol açtığını fark etmiyor olabilirler.

Katılımcıların defansif tıbbi uygulamaların nedenlerine ilişkin düşünceleri ile yaptıkları defansif tıbbi uygulama türlerinin ilişkisi araştırılmıştır. Defansif tıbbi uygulamaların dava açılması veya şikâyet edilme ihtimalinden kaynaklandığını ifade eden katılımcılar diğerlerine göre gereğinden daha fazla tahlil istediğini, daha az inisiyatif aldığını, hastaları sevk etme ve hastalara ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete etme davranışlarını daha fazla yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.75).

Hukuki süreç yaşama ihtimalini defansif tıbbi uygulamaların nedeni olarak gösteren katılımcıların toplam DTUÖ puanları diğer katılımcılardan yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte kendisine karşı hukuki süreç başlatılan katılımcıların toplam DTUÖ puanları ve uygulama bazında aldıkları puanlar diğer katılımcılardan farklı bulunmamıştır. Yani herhangi bir hukuki süreç yaşamamış katılımcılar yaşayanlarla benzer düzeyde defansif tıbbi uygulama yapmakta ve hukuki süreç yaşamaktan benzer şekilde çekinmektedir. Nitekim İtalya'da psikiyatristler ile yapılan bir çalışmada hekimlerin defansif tıbbi uygulamalarının, aleyhlerinde hukuki süreç başlatılmasına yönelik risk algılarından kaynaklandığı ve gerçekten bir hukuki süreç içinde bulunmayla alakalı olmadığı ifade edilmiştir (67). Dolayısıyla defansif tıbbi uygulamaları azaltmak için hekimlerin hukuki süreç yaşama ihtimallerine yönelik risk algılarını değiştirmek gerekmektedir. Bu bakımdan hekimlerin hastalarının tanı ve tedavi süreci ile ilişkili olarak şikâyet edilmesinin zorlaştırılması defansif tıbbi uygulamalar ile mücadele için önemli bir adım olacaktır. Zira hekimlerde bireysel kaygıdan ziyade kolektif bir kaygı bulunmaktadır (52). Bu nedenle çalıştıkları hastanede yaşanan toplam hukuki süreç sayısının azaltılması hekimlerin kolektif kaygılarını olumlu yönde etkileyebilecek ve defansif tıbbi uygulamaların da azalmasını sağlayabilecektir.

Büyük miktarda tazminat ödeme ihtimalini defansif tıbbi uygulamaların nedeni olarak gösteren katılımcılar daha fazla gerekmeyen görüntüleme tetkikleri istemekte, riskli hastalara müdahale etmekten çekinmekte ve daha az inisiyatif almaktadır. SHTK ek madde 18 ile kamusal sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlerin tazminat sorumluluğu çok ciddi şekilde sınırlandırılmış olmasına rağmen, katılımcıların büyük bölümü bu değişiklikten habersiz olup (Tablo 4.105), katılımcılar tazminat davası açılmasından duyulan kaygıyı defansif tıbbi uygulamaların en önemli nedenlerinden biri olarak göstermiştir. Söz konusu hukuki düzenlemeyi bildiğini ifade eden katılımcıların %77,8'i defansif tıbbi uygulamaların nedenlerinden biri olarak büyük miktarda tazminat ödeme ihtimalini gösterdiğinden bu katılımcıların hukuki değişikliğin içeriğini yeterince bilmediği düşünülmüştür. Defansif tıbbi uygulamaları etkileme ihtimali olan bir hukuki düzenleme yapıldığında, bu düzenlemenin beklenen etkiyi göstermesi hekimler tarafından ayrıntılı şekilde bilinmesine ve iyi anlaşılmasına bağlıdır. Tekrar belirtmek gerekir ki, defansif tıbbi uygulamalar gerçek riskten ziyade hekimin risk algısından kaynaklanmaktadır.

Defansif tıbbi uygulamaların nedenlerinden birinin hapis cezası alma ihtimali olduğunu belirten katılımcıların DTUÖ puanları, diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca bu katılımcılar diğerlerinden anlamlı olarak daha fazla riskli hastalara müdahale etmekten çekindiğini ve daha az inisiyatif aldığını ifade etmiştir. Bir çalışmada aleyhinde ceza davası açılan hekimlerin süreçten duygusal olarak oldukça kötü yönde etkilendikleri ve defansif tıbbi uygulamalarının arttığı belirtilmiştir (102). Bu durum hapis cezası alma ihtimalinin neden hekimlerin defansif tıbbi uygulamalarının nedeni olabileceğini göstermektedir. Her ne kadar çalışmamızda katılımcılardan sadece biri hapis cezası (HAGB verilmiş olması da mümkündür) almış, diğer katılımcıların aleyhinde açılan ceza davalarının tamamı lehlerinde sonuçlanmış olsa da davaların lehte veya aleyhte sonuçlanmasının aslında sürecin hekim üzerindeki etkilerini azaltmayacağı, zira uzun bir süre boyunca hapis cezasına mahkûm edilme korkusu ile mesleğini icra eden bir hekimin davayı yaşaması ile zaten cezalandırılmış olabileceği asla unutulmamalıdır (131). Bu durumda SHTK ek madde 18/2 ile getirilen ve Sağlık Bakanlığının hastaya ödemiş olduğu tazminatı hekime rücu edebilmesi için hekim aleyhinde görevi kötüye kullandığına yönelik kesinleşmiş ceza mahkumiyetini gerekli gören dava şartı, hekime karşı ceza davası açılmasının standart

bir prosedür olarak algılanmasına sebep olabilecek ve ceza davalarının sıklığını artırabilecektir. Her ne kadar SHTK ek madde 18/2 ile rücu davalarının sayılarını önemli ölçüde azaltacak, kamuda çalışan hekimlerin mali sorumluluğunu ciddi anlamda sınırlandıran ve defansif tıbbi uygulama ile mücadele bakımından oldukça ümit vaat eden bir adım atılmış olsa da, çalışmada da görüldüğü üzere hekimlerin ceza davası yaşama ihtimali nedeniyle kaygı duymaları da defansif tıbbi uygulamalara sebep olmaktadır. Bu nedenle hekimlere karşı ceza davası açılma ihtimalini artırmak suretiyle hekimlerin mali sorumluluklarını kısıtlamak defansif tıbbi uygulamalar ile mücadele bakımından yeterli bir çözüm olmayacaktır.

Katılımcıların %89,2'si hasta veya hasta yakını tarafından en az bir çeşit kötü muamele gördüğünü belirtmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu hastaları tarafından kendilerine hakaret edildiğini belirtirken (%83), yaralanmak ile tehdit edilen (%32) veya fiziksel şiddete (%22) maruz kalan katılımcı sayısı da oldukça fazladır (Tablo 4.39). Katılımcılardan biri kan ve kusmuk dolu mide yıkama küvetine düşürüldüğünü ifade etmiştir (Tablo 4.40). Hekimlerin her an hastaları tarafından saldırıya uğrayabilecekleri veya kendilerine hakaret edileceği endişesi ile mesleklerini icra etmeleri onların kendilerini koruyabilmek ve olası bir uyuşmazlıktan kaçınmak amacıyla gerekmediğini düşündükleri halde hastalarının talep ettikleri ilaçları yazmaya, tahlilleri veya görüntüleme yöntemlerini istemeye veya bazı girişimsel işlemleri yapmaya yönlendirebilir. Arafa vd. yaptığı bir çalışmada katılımcıların fiziksel şiddet görmesinin defansif tıbbi uygulama puanlarında artışa neden olduğu belirtilmiştir (162). Bizim çalışmamızda fiziksel şiddet görenlerin DTUÖ puanları diğer katılımcılardan farklı bulunmamış olsa da katılımcıların çok büyük kısmı hastaları tarafından en az bir çeşit kötü muamele gördüğünü ifade etmiştir. Bu bakımdan kötü muamele görmeyen katılımcı sayısının az olması, fiziksel şiddetin etkisini göstermek için yeterli olmamış olabilir.

Hasta veya hasta yakınları tarafından yaralanmak veya öldürülmekle tehdit edildiğini belirten 44 katılımcının YAB sıklığı, tehdit edilmeyen katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.121). CİMER'e veya hasta hakları birimine şikâyet edilenler, hakkında ceza soruşturması başlatılanlar bu süreçleri yaşamayanlara göre hasta veya hasta yakınları tarafından daha sık yaralanmak veya öldürülmek ile tehdit edilmiştir (Tablo 4.62). Ayrıca aleyhinde tıp mesleği nedeniyle

dava açılan, ceza soruşturması başlatılan, hasta hakları birimine şikâyet edilen katılımcılar bu süreçleri yaşamayan katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla fiziksel şiddete uğramıştır (Tablo 4.63). Kadın ve erkek katılımcılar arasında yaralanmak veya öldürülmek ile tehdit edilmek veya fiziksel şiddete uğramış olmak bakımından anlamlı fark bulunmamıştır.

Katılımcıların %85,7'si hastaları veya hasta yakınları tarafından şikâyet edilmek veya dava açmak ile tehdit edildiğini belirtmiştir. Her zaman veya çoğunlukla aleyhinde dava açılması ve şikâyet edilmekle tehdit edilen katılımcılar yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma (Tablo 4.85) ve gerekmeyen tetkik isteme davranışını diğer katılımcılardan daha çok uyguladıkları tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların olası bir uyuşmazlıktan çekinmelerinden veya hasta baskısına karşı koyamamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Her zaman veya çoğunlukla dava açmak veya şikâyet edilmekle tehdit edilen katılımcılar diğerlerinden anlamlı olarak daha sık yaralanmak veya öldürülmekle tehdit edilmiştir (Tablo 4.63). Bu durum katılımcıların kişilik yapısından veya komplikasyon riski yüksek branşlarda çalışmaları dolayısıyla hastaların tedavi sürecine ilişkin daha çok sorun ile karşılaşmalarından kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanı sıra hasta veya hasta yakınları tarafından dava açılması veya şikâyet edilmekle tehdit edilmek (Tablo 4.99), öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edilmiş olmak ile YAB varlığı ilişkili bulunmuştur (Tablo 4.102). Yapılan lojistik regresyon analizinde dava açılması veya şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığının artması YAB ile ilişkili bulunurken (Tablo 4.115), yaralanmak veya öldürülmek ile tehdit edilmenin YAB üzerindeki etkisi ortadan kalkmıştır.

Hukuki süreç yaşayan katılımcılardan süreç yaşamadan önceki ve şu andaki defansif tıbbi uygulama sıklıklarını puanlandırmaları istenmiş ve katılımcılar süreç sonrasında daha sık defansif tıbbi uygulama yaptıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.50). Hukuki süreç yaşayan katılımcıların %62,4'ü süreçten sonraki dönemde defansif tıbbi uygulama sıklığının arttığını, %12,9'u eskisine kıyasla defansif tıbbi uygulama sıklığında 5-10 puanlık (10 üzerinden) artış olduğunu, %16'sı ise hukuki süreç yaşamadan önce hiç defansif tıbbi uygulama yapmıyor iken süreç sonrasında yapmaya başladığını ifade etmiştir. Hekimlerin süreç öncesindeki defansif tıbbi uygulama

sıklıklarına 10 üzerinden verdikleri puanların ortancası 2 iken, Şu andaki sıklıklarına verdikleri puanların ortancası 6'dır. Bulunan fark aslında katılımcıların yaşadıkları sürecin defansif tıbbi uygulamalarını artırdığı mesajını vermek istediklerini göstermektedir. Hekimlerin süreçlerden ne şekilde etkilendiğini açıkça ortaya koyabilmek bakımından ileride yapılacak çalışmalarda henüz aleyhinde hukuki süreç başlatılmamış hekimlerin izlenmesi ve hukuki süreç yaşadıktan sonra defansif tıbbi uygulamalarında oluşan değişliklerin gözlenmesi önemli olacaktır.

Aleyhinde hukuki süreç başlatılan katılımcılar süreç öncesine kıyasla eskisinden daha sık defansif tıbbi uygulama yaptıklarını belirtmelerine rağmen, hukuki süreç yaşayan ve yaşamayan katılımcılar arasında hiçbir defansif tıbbi uygulamaya ait puan farkı bulunmamıştır. Aynı şekilde hukuki süreçlere maruziyet gruplarının DTUÖ toplam puanları da benzerdir (Tablo 4.43). Ayrıca hukuki süreçlere maruziyet grupları arasında herhangi bir hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissedilen kaygı düzeyleri de birbirinden farklı bulunmamıştır (Tablo 4.33). İtalya'da psikiyatristler ile yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi hukuki süreç yaşamış olmanın defansif tıbbi uygulamalar ile ilişkisi bulunmamıştır (151). Aleyhinde hukuki süreç başlatılan katılımcıların süreç öncesindeki dönemde defansif tıbbi uygulamaları süreç yaşamayan katılımcılardan daha az yapıyor olmaları mümkün olabilir. Süreç sonrasında defansif tıbbi uygulama sıklıklarını artırarak süreç yaşamamış diğer katılımcılar ile benzer düzeyde defansif tıbbi uygulama yapmaya başlamış olabilirler.

Hukuki süreç yaşayanların defansif tıbbi uygulamalarının yaşamayanlar ile benzer düzeyde olmasının bir diğer nedeni ise hukuki süreçlerden etkilenmek için süreci bizzat yaşamının gerekli olmaması olabilir. Bourne vd., aleyhinde Şikâyet süreci başlatılan hekimlerin %79,9-84,7'sinin tıbbi uygulamalarının süreçten etkilendiğini ve Şikâyet edilmeyen diğer katılımcıların da bu süreçlere Şahit olduktan sonra tıbbi uygulamalarını değiştirdiklerini bildirmiştir (5). Vargas-Blasco vd. ise aleyhinde dava açılan hekimlerin çoğunun eskisinden daha fazla defansif tıbbi uygulama yapmaya başladığını belirtmiştir (102). Bir çalışmada göz hastalıkları uzmanlarının sadece %6,2'sinin aleyhinde hatalı tıbbi uygulama iddiası ile dava açılmış olmasına rağmen katılımcıların %78,7'si yaşanan bu davaların tıbbi uygulamalarını kötü yönde etkilediğini, %49'u ise takip eden on yıl içinde kendisine karşı hatalı tıbbi uygulama iddiası ile dava açılacağını düşündüğünü ifade etmiştir

(47). Görüldüğü üzere hukuki süreçleri bizzat yaşamamış olup başka bir hekimin yaşadığına şahit olan hekimler de defansif tıbbi uygulama yapmaya başlayabilmektedir. Bizim çalışmamızda da hekim olan yakını aleyhinde dava açıldığına şahit olan veya tanıklık ve ifade verme gibi yollarla hukuki süreçlere dahil olan oldukça fazla katılımcı olup, hukuki süreçlere hiçbir maruziyeti olmayan katılımcı sayısı çok azdır (Tablo 4.6).

Hukuki süreç yaşamak ile DTUÖ puanları arasında ilişki bulunmamasının bir diğer sebebi hukuki süreç yaşamayan hekimler defansif tıbbi uygulamaları daha fazla yaparak hukuki süreçlerden korunmaları olabilir. Zira literatürde bu uygulamaların gerçekten de hekim aleyhinde başlatılan hukuki süreçleri azaltıyor olabileceği belirtilmiştir (54). Başka bir çalışmada aleyhinde dava açılan acil tıp hekimlerinin dava açıldıktan sonra baktıkları hastaların memnuniyet puanlarında ani bir artış görüldüğü tespit edilmiştir (130). Bunun nedeni dava sonrasında hekimin defansif tıbbi uygulama yapmaya başlaması ve hastanın gerekmediği halde istenen tetkiklerden, yapılan görüntülemelerden ve yazılan ilaçlardan memnun olması olabilir. Hastaların aldıkları hizmetten daha memnun kalmaları onların daha az dava açmasına yol açabilecektir. İtalya'da ülke çapında yapılan bir çalışmada hekimlerin %64,6'sı defansif tıbbi uygulamaların dava açılması ihtimalini %31,1 kadar düşürdüğünü ifade etmiştir (18).

Görüldüğü üzere aleyhinde hastalarının tanı ve tedavi süreci ile ilgili hukuki süreç başlatılan hekimler eskisine kıyasla daha fazla defansif tıbbi uygulama yapmakta ve onların süreç yaşadığına şahit olan meslektaşları da kendileri henüz yaşamamış olsa dahi bu süreçlerden olumsuz etkilenebilmekte ve tıbbi uygulamalarını defansif yönde değiştirebilmektedirler. Çalışmamızda hiçbir hukuki süreci yaşamamış katılımcılar defansif tıbbi uygulamalara en sık aleyhlerinde dava açılması veya şikâyet edilme ihtimallerinin neden olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle, hekimler aleyhinde temeli olmayan şikâyetlere dayanan hukuki süreçlerin başlatılmasına engel olunması, hekimlerin hissettiği korkuyu hafifleterek defansif tıbbi uygulamalarını azaltılmalarını sağlayabilecek ve iyi bir sağlık hizmeti sunulmasının sağlanması bakımından oldukça önemli olacaktır.

Hukuki süreç yaşamış olmak ile defansif tıbbi uygulamalar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasının bir başka nedeni de dava açılma riski yüksek branşların stresle başa çıkma kabiliyeti yüksek veya daha az kaygılı kişilerce seçilmiş olma olasılığıdır. Tıpta uzmanlık sınavında dava açılma riski düşük branşların oldukça popüler hale gelmesi aslında hukuki süreçlerin hekimlerin karar alma süreçlerinde ne kadar belirleyici olabileceğini göstermektedir. Dava açılma riski yüksek branşların puanları önceki dönemlere kıyasla oldukça düşmüş, hatta pediatri gibi pek çok branşın kontenjanları boş kalmaya başlamıştır (163). Aleyhinde hiçbir hukuki süreç başlatılmamış, hiçbir hastasında komplikasyon gelişmemiş hekimlerin bile tıpta uzmanlık sınavında dava açılma riski düşük olan branşlara yönelmesi oldukça dikkat çekici olup bizdeki maruziyet tiplerine göre de DTUÖ puanları arasında fark bulunmamasını açıklayabilecek niteliktedir (164). Zira yüksek riskli branşlarda çalışan hekimlerin stresle başa çıkma yeteneği fazla olan ve hukuki süreçlerden diğer hekimlere göre daha az etkilenen bireyler olmaları mümkündür.

Hukuki süreçlerin çeşitli aşamaları olup, her aşamanın hekim üzerindeki etkileri farklı olabilmekte ve hekimlerin sağlığını oldukça olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çalışmamızda hukuki süreç yaşayan katılımcıların yaşadıkları hukuki sürecin çeşitli aşamalarında hissettikleri kaygı düzeylerini 0-4 arasında puanlandırmaları istenmiştir. Katılımcıları duygusal olarak en olumsuz etkileyen aşama ortalama 3,19 puan ile savcılıkta ifade vermek ve 3,17 puan ile duruşmaya çıkmak iken, en az etkileyen aşama 2,64 ile hastanın veya hasta yakının katılımcıyı şikâyet etmekle tehdit ettiği an olarak bulunmuştur. Ayrıca literatüre uygun olarak hukuki sürecin başladığını ilk öğrendikleri an 3,04 puan ile katılımcıların duygusal olarak en çok etkilendikleri aşamalardan biri olarak bulunmuştur (Tablo 4.35) (102). Her aşama bakımından katılımcıların duygusal olarak olumsuz etkilenim puanları arttıkça, DTUÖ puanlarının da arttığı görülmüştür. DTUÖ puanlarında artış ile en çok ilişkili olan aşama duruşmaya çıkmak olarak bulunmuştur (Tablo 4.52).

Bu bulgulardan da anlaşıldığı üzere hekime karşı herhangi bir hukuki süreç başlatılması, sonucundan bağımsız olarak hekimi oldukça olumsuz etkileyebilmektedir. Bu bakımdan hukuki süreçlerin çoğunlukla hekim lehine sonuçlandığını ve hekimlerin bu süreçlerden etkilenmemesi gerektiğini savunmak doğru olmayacaktır. Çalışmamızda da hukuki süreçler hekimlerin büyük

çoğunluğunun lehinde sonuçlanmıştır (Tablo 4.17). Bununla birlikte hekimlerin çoğu yaşadığı hukuki süreçten duygusal olarak olumsuz etkilendiğini, süreç nedeniyle sağlık problemi yaşadığını (%83) ve defansif tıbbi uygulama sıklığının arttığını (%81,8) belirtmiştir. Ayrıca hukuki süreçlerin oldukça sık yaşanıyor olması aleyhinde süreç başlatılmamış olan diğer hekimlerin de her an kendisine karşı bir hukuki süreç başlatılabileceğini düşünerek kaygı duymalarına ve defansif tıbbi uygulama yapmasına neden olabilmektedir. Bu düşünceye uygun olarak çalışmamızda hukuki süreç yaşayan ve yaşamayan katılımcıların hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygı düzeylerinin benzer olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların %57,7'si YAB-7 tarama testinden olası YAB için kesme puanı olarak belirlenen 8 puan ve üzerinde almıştır (Tablo 4.28). Katılımcıların hukuki süreçlere maruziyet durumlarının ve bazı tanımlayıcı özelliklerinin YAB ile ilişkisi araştırılmış ve kadınların YAB sıklığının erkeklerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.92). YAB sıklığı en yüksek olan branşların sırasıyla nöroloji, acil tıp, radyoloji, beyin cerrahisi ve göz hastalıkları olduğu bulunmuştur (Tablo 4.30). Türkiye'de çeşitli branşlar ile yürütülen bir çalışmada katılımcıların %16,5'inde ve acil tıp hekimlerinin %33'ünde orta-yüksek düzeyde anksiyete tespit edilmiştir (165). COVID-19 pandemisi başladıktan sonra yapılan bir çalışmada bizim kullandığımızdan farklı bir ölçüm aracı kullanılmış olup sağlık personeli katılımcıların şiddetli (severe) anksiyete sıklığı %33,1 olarak tespit edilmiştir. Söz konusu çalışmadaki katılımcıların %67,6'sı kadındır ve kadınların anksiyete sıklığı anlamlı olarak daha fazladır (166). Bourne vd.nin çalışmamızda kullandığımız YAB-7 ölçeği ile Birleşik Krallık'ta çeşitli branşlarda çalışan hekimler ile yaptıkları çalışmada yakın zamanda şikâyet süreci yaşayan katılımcılarda YAB sıklığı %15, hiç şikâyet edilmeyenlerde %7,3 olarak bulunmuştur (5). Hasan vd. ise Pakistan'da COVID-19 pandemisi sırasında yaptıkları çalışmada YAB-7 ölçeğini kullanmış, hafif anksiyete sıklığını %45,7, orta düzeyde anksiyeteyi %14,6 ve şiddetli düzeyde anksiyeteyi %3,3 olarak tespit etmişlerdir (159). Bizim çalışmamızda bulduğumuz YAB sıklığı (%57,7) literatürde belirtilen anksiyete sıklıklarından çok daha yüksektir.

Çalışmamızda anksiyete sıklığı üzerinde etkisi olabilecek çeşitli değişkenler incelenmiştir. Katılımcıların son bir yıl içinde mesleki nedenlerden kaynaklanmayan ve yüksek düzeyde stres yaşamalarına neden olan bir olay yaşayıp yaşamadığı

sorgulanmış ve bu değişken ile YAB arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Hukuki süreçlere maruz kalma sıklığının yüksek düzeyde olması veya başka değişkenlerin etkisi literatür ile aradaki bu farkın oluşmasına sebep olmuş olabilir. Hekim anksiyetesini araştıran pek çok çalışma anketlerin e-posta aracılığıyla ile katılımcılara gönderilmesi suretiyle yürütülmüştür. Söz konusu araştırma tasarımları anksiyetesi olan hekimlerin katılım oranlarını düşürmüş veya anksiyeteyi ölçen soruları cevapsız bırakmalarına neden olmuş olabilir. Çalışmamızda hekimlerin büyük çoğunluğu ile yüz yüze görüşme gerçekleştirilerek çalışmaya davet edildiğinden anksiyetesi olan hekimlerin katılım oranı daha fazla olmuş olabilir. Ayrıca tüm katılımcılar anketleri gözlem altında doldurduğundan anksiyetesi olan hekimlerin YAB-7 ölçeğini cevaplama oranı daha yüksek olmuş olabilir. Bir başka neden ise araştırmanın hukuki süreçler ile ilgili olması, ankete başlanmadan önce anketteki terimlerin anlaşılması amacıyla hukuki süreçlerin ne olduğundan kısaca bahsedilmiş olması ve YAB-7 ölçeğinden önce DTUÖ ölçeğinin cevaplanmış olması nedeniyle katılımcıların kaygılarının yükselmesi olabilir. Her ne kadar YAB-7 ölçeğinde “son 15 gün içerisinde” ibaresi geçse de katılımcılardaki anlık kaygı artışı daha yüksek puan almalarına neden olmuş olabilir.

Tüm katılımcılar analize dahil edildiğinde CİMER’e veya hasta hakları birimine şikâyet edilme öyküsü olanların YAB sıklıkları hiç şikâyet süreci yaşamamış katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.93). Aleyhinde dava açılmış olması, dahili veya cerrahi branşta bulunma, mesleki tecrübe gibi karıştırıcı olabilecek tüm değişkenler lojistik regresyon analizi ile kontrol edilmiş olup şikâyet edilmek diğer değişkenlerden bağımsız olarak YAB ile ilişkili bulunmuştur.

Hasta veya hasta yakınları tarafından her zaman veya çoğunlukla şikâyet edilmekle tehdit edilen katılımcılarda YAB sıklığı diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 4.98). Hekimlik mesleğini icra etmek başlı başına bir stres kaynağı olabilmekte iken, sıklıkla hasta veya hasta yakınları tarafından şikâyet edilmekle tehdit edilen hekimler daha fazla kaygı duyabilecektir. Bu da hekimlerin mesleki tatminlerinin azalmasına ve defansif tıbbi uygulama yapmalarına neden olabilir. Her ne kadar DTUÖ puanları şikâyet tehdidi grupları arasında anlamlı farklılık göstermese de ( $p=0,058$ ) bu katılımcı sayımızın farkı gösterecek büyüklükte olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Hekimlerin hissettikleri anksiyete ile defansif tıbbi uygulamaların ilişkili olabileceği düşünülerek YAB olan katılımcıların DTUÖ’de yer alan önermelerin her birinden aldıkları puanlar tek tek karşılaştırılmıştır. YAB olan katılımcıların diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla gerekmeden tahlilleri istediği, gerekmediği halde görüntüleme yöntemine başvurduğu, daha az inisiyatif aldığı ve yeni tedavi yöntemlerinden kaçındığı görülmüştür (Tablo 4.78).

Çalışmamızın amaçlarından biri hekime karşı başlatılan hukuki süreçlerin hekimlerde gelişen hastalıklar ile bir ilişkisi olup olmadığını tespit etmektir. Literatürde kendisine karşı dava açılan hekimlerin yaşadıkları tüm sağlık sorunlarına ithafen klinik yargılanma sendromu olarak isimlendirilen bir kavram ortaya çıkmıştır (131). Çalışmamızda bu sendromun en temel bulgu ve belirtilerinin yaşanan hukuki süreçler ile bağlantılı olarak gelişip gelişmediğini bir anket sorusuyla sorgulanmıştır. Hukuki süreç yaşayan katılımcıların %83’ü kendisinde süreç ilişkili en az bir sağlık sorunu geliştiğini veya hastası ile arasındaki güven ilişkisinin bozulduğunu bildirmiştir. Aleyhinde hukuki süreç başlatılan katılımcıların %74’ü anksiyete, %34’ü depresyon, %42’si uyku sorunlarının geliştiğini, %42’si hastaları ile arasındaki güven ilişkisinin bozulduğunu bildirmiş ve bu olumsuzlukların yaşadığı hukuki süreç esnasında veya süreç nedeniyle geliştiğini belirtmiştir. Sekiz kişi yaşadığı hukuki süreçler nedeniyle kendisinde kardiyovasküler sistem hastalıkları geliştiğini ifade etmiştir (Tablo 4.36). Klinik yargılanma sendromuna ilişkin belirti ve bulguların sorgulanmasının yanı sıra katılımcılardan yaşadıkları hukuki süreçten duygusal olarak ne düzeyde olumsuz etkilendiklerini belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların süreçten olumsuz etkilenme puanlarının ortancası 10 üzerinden 8 olup, sürecin olumsuz etkilerine en az 5 en çok 10 puan verilmiştir. Görüldüğü üzere katılımcılar yaşadıkları hukuki süreçlerden sonucundan bağımsız olarak oldukça kötü etkilenmiştir. Gawande neredeyse her hekimin aleyhlerinde açılan davalara ilişkin çok ilginç hikayelerinin olduğunu ve hastaların iddiaları çok mantıksız olsa bile başlatılan hukuki süreçlerde kendilerinin haklı olduğunu ispatlamanın zaman ve para kaybına yol açtığını ifade etmiştir (167).

Hukuki süreçler ile ilişkili en az bir sağlık sorunu yaşayan katılımcıların DTUÖ puanları, yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.57). Klinik yargılanma sendromunun davranışsal belirtilerinden biri de defansif tıbbi

uygulama yapmak olduğundan bu durum literatürdeki verilerle uyumludur (11). Katılımcılardan hukuki süreçler ile ilişkili olarak uyku bozukluğu veya şiddetli baş ağrıları yaşadığını belirtenlerin DTUÖ puanları, bu sorunları yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 4.56). Her ne kadar diğer sağlık problemleri veya davranış değişiklikleri ile DTUÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemişse de bazı sağlık sorunlarını yaşayan katılımcı sayısı az olduğu için anlamlı bir fark ortaya çıkmamış olabilir.

Aleyhindeki hukuki süreç hala devam eden katılımcıların süreç ile ilişkili olarak geliştiğini belirttikleri depresyon, uyku bozukluğu, kardiyovasküler sorunlar ve gastrointestinal sistem sorunlarını yaşama sıklığı, hukuki süreci sonlanan katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.59). Bir çalışmada yakın dönemde şikâyet edilmiş olan hekimlerin sağlık sorunu yaşama sıklıkları hiç şikâyet edilmemiş olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (5). Çalışmamızda kendisine karşı hukuki süreç başlatılmamış katılımcılara hâlihazırda yaşadıkları sağlık sorunları sorulmadığından süreç yaşamayanlar ile yaşayanlar arasında sağlık sorunları bakımından karşılaştırma yapılmamıştır. Türkiye’de bundan sonra yapılacak çalışmalarda, hukuki süreç yaşayıp yaşamadığına bakılmaksızın tüm hekimlerin sağlık problemlerinin sorgulanması hukuki süreçlerin hekimler üzerindeki etkisini daha iyi anlayabilmek bakımından önemli olacaktır.

Kendisine karşı hukuki süreç başlatılan ve sağlık problemleri yaşayan katılımcılar bazı defansif tıbbi uygulamaları diğerlerinden daha fazla yaptığı tespit edilmiştir. Hukuki süreçler ile ilişkili olarak uyku bozukluğu yaşadığını belirten katılımcılar daha az inisiyatif aldığını, kardiyovasküler sistem problemi yaşayanlar ve şiddetli baş ağrısı olanlar ise diğerlerinden anlamlı olarak daha az inisiyatif aldığını ve yeni tedavi yöntemlerinden kaçındığını belirtmiştir (Tablo 4.81-83). Ayrıca süreç ile ilişkili olarak şiddetli baş ağrıları yaşayanlar diğerlerinden anlamlı olarak daha fazla endikasyonsuz hasta yatışı yapmakta ve riskli müdahalelerden kaçınmaktadır (Tablo 4.81). Hukuki süreçler nedeniyle en az bir sağlık sorunu yaşadığını belirten katılımcılar diğer hukuki süreç yaşayanlara göre kendini korumak amacıyla daha fazla gerekli olmayan girişimsel işlemler yapmakta ve riskli müdahalelerden kaçınmaktadır (Tablo 4.84). Görüldüğü üzere hukuki süreç yaşayan katılımcılar klinik yargılanma sendromunun pek çok unsurunun kendilerinde geliştiğini belirtmiş ve sağlığının

bozulduğunu belirten katılımcıların defansif tıbbi uygulamaları diğer hukuki süreç yaşayan katılımcılardan daha fazla uyguladığı tespit edilmiştir. Hekimin sağlığı verdiği sağlık hizmetinin kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğundan, hukuki süreçlerin çok sık yaşanıyor olması ve sıklıkla hekimlerin sağlığını olumsuz yönde etkilemesi önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Katılımcıların beyanlarına göre hukuki süreçler hekimlerin defansif tıbbi uygulama yapmalarına yol açarak verdikleri sağlık hizmeti kalitesini olumsuz etkilemiştir. Her ne kadar çalışmamızda katılımcıların süreç ile ilişkili olarak geliştiğini bildirdikleri sağlık sorunlarının gerçekten var olup olmadığını doğrulayamasak da bulgularımız ortada ciddi bir sorun olabileceğine işaret etmektedir. Gelecekte bu yönde yapılacak çalışmalar çok önemli sonuçlar verebilecektir.

Hukuki süreçler esnasında veya süreçler nedeniyle geliştiği bildirilen sağlık sorunlarının hangi süreç türleriyle daha ilişkili olabileceği araştırılmıştır. Aleyhinde tazminat davası açılan katılımcılar diğer hukuki süreç yaşayanlara göre anlamlı olarak daha fazla süreç ilişkili depresyon, uyku bozukluğu, kardiyovasküler sistem hastalıkları yaşadığını bildirmiştir. Türkiye’de davaların uzun yıllar sürebildiği ve yaptırımlarının diğer süreçlere nazaran daha ağır olduğu düşünüldüğünde bu durum şaşırtıcı değildir. Dava süreçlerinin hekimlerin sağlığı bakımından ne kadar sakıncalı sonuçları olabileceğine dikkat çekmek gerekmektedir. Bu bakımdan yeni hukuki düzenleme ile rücu davaları için dava şartı öngörülmesi Sağlık Bakanlığının hekim aleyhinde açacağı rücu davalarının sıklığını ve hekimin tazminat ödeme ihtimalini oldukça azaltacağından oldukça olumlu bir adımdır. Hekimlerin risk algılarının değişmesi için yeni dava şartı ile ilgili kamuda çalışan her hekimin bilgilendirilmesi önemli olacaktır.

Katılımcıların hukuki süreçler ile ilişkili olarak kendilerinde geliştiklerini bildirdikleri sağlık sorunları bu çalışma ile doğrulanmamış olsa da anksiyete, depresyon, şiddetli baş ağrısı, uyku bozukluğu veya gastrointestinal sistem sorunları geliştiğini söyleyenlerde YAB görülme sıklığı diğer katılımcılardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.101). Yani süreç ile ilişkili sağlık sorunu yaşadığını belirtenlerde gerçekten de daha fazla anksiyete gelişmiş olma ihtimali vardır.

Bourne vd. YAB-7 ölçeğini kullanarak Birleşik Krallık'ta yaptıkları çalışmada yakın zamanda General Medical Council'de şikâyet sürecini yaşamış hekimlerde YAB sıklığının şikâyet edilmeyenlerin iki katı olduğu bildirilmiştir (8). Çalışmamızda hukuki süreç yaşamış olan ve olmayan katılımcılar arasında YAB sıklıkları farklı olmamakla birlikte CİMER'e veya hasta hakları birimine şikâyet edilen katılımcılarda YAB sıklığı diğer tüm katılımcılardan daha fazladır (OR: 2,86). Mesleki olmayan ve yüksek düzeyde strese neden olan olay yaşama, sürecin devam ediyor olması, hiç süreç yaşamama ve hastasında kendini duygusal olarak çok etkileyen bir komplikasyon gelişmesi durumlarına göre katılımcılar tabakalandırılmış ve bu değişkenler YAB ile ilişkili bulunmamıştır. Cinsiyete göre katılımcılar tabakalandırıldığında ise erkek katılımcılardan süreci halen devam eden veya son 6 ay içerisinde sonlananlarda YAB görülme sıklığı hiçbir hukuki süreç yaşamamış erkek katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (OR: 6, Tablo 4.94).

Görüldüğü üzere hekimlere karşı sadece dava açılması değil herhangi bir hukuki süreç başlatılmış olması da hekimlerin sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmekte ve hekimlerin sonraki meslek hayatlarına yaşadıkları sağlık sorunlarıyla devam etmelerine neden olmaktadır. Bu durum hem hekimlerin sağlık hakkının hem de hizmet verdikleri hastaların haklarının ihlali anlamına gelebilecektir. Bu nedenle hekimlere karşı hukuki süreç başlatılma sıklığını mümkün olduğunca azaltmak çok önemli olacaktır. Özellikle hekimlerin asılsız iddialara dayanan hukuki süreçlere maruz kalmasının önüne geçilmelidir.

Hekimin tıbbi uygulamaları nedeniyle aleyhinde hukuki süreç başlatılmasına yol açabilecek en önemli olaylardan birisi hastada komplikasyon gelişmesidir. Hastada komplikasyon gelişmesi durumu oldukça travmatik olabilmekte ve hekimin kendisi de bu olaydan çok olumsuz etkilenebilmektedir. Bu noktada literatürde yer alan ikinci mağdur kavramı ön plana çıkmaktadır. İkinci mağdur kavramı, hastada gelişen bir komplikasyondan veya hatalı tıbbi uygulama sonucu gelişen zarardan hekimin kendisinin de olumsuz etkilenecek ikinci mağdur olmasını ifade etmektedir (111). Çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlasının en az bir hastasında katılımcıyı duygusal olarak çok olumsuz etkileyen bir komplikasyon gelişmiş olup, böyle bir olay yaşadığını ifade eden katılımcılar diğerlerine göre daha az inisiyatif aldığını, riskli hastalara müdahale etmekten daha fazla çekindiğini, yeni tedavi yöntemlerinden

kaçındığını ve hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete ettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.72). Hekimlerin negatif defansif tıbbi uygulamaları diğerlerine göre daha çok yapmaları geçmişte yaşadığı olumsuzlukları bir daha yaşamama arzusundan kaynaklanıyor olabilir. Hastasında kendisini duygusal olarak çok olumsuz etkileyen bir komplikasyon geliştiğini ifade eden katılımcılarda YAB görülme sıklığı diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksektir (OR=2,84). Gelecekte yapılacak çalışmalarda bu tür komplikasyonların ne kadar süre önce gerçekleştiğinin, hangi tıbbi müdahaleden kaynaklandığının, defansif tıbbi uygulamaları ve hekimlerin sağlığını ne yönde etkilediğinin ve hukuki sürece yol açıp açmadığının sorgulanması ikinci mağdur kavramının anlaşılması bakımından çok önemli bilgiler sağlayacaktır.

Çalışmanın sonuçları katılımcıların çoğunun ikinci mağdur olmuş olabileceğini ve ikinci mağdurlardan bahseden yayınlardaki gibi hekimlerin travmaya yol açan olay sonrasında davranış değişikliğine giderek defansif tıbbi uygulama yapabileceğini düşündürmektedir. İkinci mağdur olma sıklığının fazla olması, YAB görülme sıklığındaki yüksekliğin nedenlerinden biri olabilir.

Hekimler için itibarın en önemli şey olduğu ve hekimlerin şikâyet edilmek dolayısıyla utanç hissettikleri ve bu nedenle defansif tıbbi uygulama yapıyor olabilecekleri ileri sürülmektedir (168). Özellikle şikâyet gerçekten hatalı tıbbi uygulamadan kaynaklanıyorsa, hatasından utanç duyan hekimler hatalarını aileleriyle bile paylaşmaktan çekinmekte ve herhangi bir psikolojik destek almamaktadırlar (169). Çalışmamızda da psikolojik desteğe ihtiyaç duyuyor olabilecek hekim sayısı oldukça fazla olup, hekimlere bu desteği sağlayacak bir altyapının oluşturulması gerekmektedir. Hukuki süreç yaşayan hekimler süreçlerden oldukça olumsuz yönde etkilendiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca ikinci mağdur olan hekimlerin de psikolojik desteğe ihtiyacı olabilecektir.

DTUÖ puanları ile bazı değişkenlerin korelasyon katsayıları hesaplanmış olup katılımcıların subjektif kaygı puanları, YAB-7 puanları, hukuki süreç yaşamının katılımcı üzerindeki duygusal etkisi, hasta veya hasta yakınının şikâyet etmekle tehdit etme sıklığına dair puanlar arasında düşük düzeyde pozitif yönlü korelasyon tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların savcılıkta ifade vermektan, duruşmaya çıkmaktan ve

hükmün okunduğu andan duygusal olarak olumsuz etkilenme puanları ile DTUÖ puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon tespit edilmiştir.

Hasta veya hasta yakınlarının hekimleri şikâyet etmekle tehdit etme sıklığı ile hekimlerin defansif tıbbi uygulamaları ve YAB arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olması önemlidir. Zira katılımcıların sağlığı ve tıbbi uygulamaları şikâyet edilmekle tehdit edilmekten bile etkilenebilmektedir. Bir çalışmada aleyhinde dava açılan hekimler ile dava açılmayan hekimlerin majör depresif bozukluk sıklıklarının benzer olduğu tespit edilmiştir. Söz konusu çalışmada gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemesinin hekimlerin yaşamadıkları bir süreçten daha çok korkmalarından kaynaklanabileceği ifade edilmektedir (133).

Katılımcılara güncel kılavuzlara uyma sıklıkları sorulmuş olup, kılavuz kullanma sıklığı ile defansif tıbbi uygulamalar arasındaki ilişki araştırılmıştır. Her zaman güncel kılavuzlara uyduğunu belirten katılımcılarda YAB sıklığı ara sıra veya nadiren kullandığını bildiren katılımcılardan daha fazladır (Tablo 4.88). Ayrıca her zaman güncel kılavuzlara uyduğunu belirten katılımcılar çoğunlukla kılavuzlara uyduğunu ifade edenlerden anlamlı olarak daha fazla gerekmediği halde tetkik isteme davranışını gerçekleştirmektedir. Bu durum kaygısı yüksek olan katılımcıların bilinçli olarak daha çok güncel kılavuzlara uyuyor olabileceğini düşündürmektedir. Güncel kılavuzlara uyulma amacı kanıt dayalı tıbbi uygulama yapmak ve klinik etkinliği sağlamanın yanı sıra ileride hekime karşı açılacak bir davada hekim lehinde karar çıkması ihtimalini artırmak da olabilmektedir (151). Bu bakımdan defansif tıbbi uygulamaları yapan hekimlerin normalde yapacaklarından daha sık güncel kılavuzları kullanıyor olmaları mümkündür.

Katılımcılara son bir yıl içinde mesleklerinden kaynaklanmayan ve yüksek düzeyde stres yaşamalarına neden olan bir olay yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş olup böyle bir olay yaşadığını ifade eden katılımcılar gerekmediği halde girişimsel işlemler yapma ve ilaç reçete etme davranışlarını diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.90). Bununla birlikte yüksek düzeyde strese neden olan bir olay yaşadığını belirten katılımcılarda YAB sıklığı diğer katılımcılar ile benzer düzeylerde bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın hekimlere karşı açabileceği rücu davalarına ilişkin 2022 yılında getirilen dava şartını katılımcıların %73,3'ü bilmemektedir. Rücu davaları hekimlerin tazminat ödemesi ile sonuçlanabileceğinden bu davaların açılmasının zorlaştırılmasının teorik olarak defansif tıbbi uygulamaları azaltacağı düşünülebilir. Bununla birlikte söz konusu değişikliği bilen ve bilmeyen katılımcıların DTUÖ puanları veya YAB sıklıkları arasında fark bulunmamıştır. Bunun nedeni SHTK ek madde 18'i bildiğini ifade eden katılımcıların aslında içeriğe gerçekten hâkim olmamaları ve kulaktan dolma bilgilerinin olması olabilir. Zira rücu davalarına ilişkin ihdas edilen değişikliği bildiğini ifade eden katılımcıların %77,8'inin defansif tıbbi uygulamaların nedenlerinden birinin büyük miktarda tazminat ödeme ihtimali olduğunu belirtmesi bu katılımcıların düzenlemeyi ayrıntılı olarak bilmediklerini göstermektedir. Nitekim hukuk eğitimi verildikten sonra katılımcıların %32,6'sı SHTK ek madde 18'in defansif tıbbi uygulama yapma ihtimallerini ve %45,4'ü kaygılarını azaltacağını düşündüklerini ifade etmiştir (Tablo 4.106-107). Bir başka neden ise SHTK ek madde 18'in rücu davası açılabilmesi için hekim aleyhinde mutlaka bir ceza davası açılmış olmasını zorunlu kılması olabilir. Bazı katılımcılar bu hukuki düzenlemenin ceza davalarının sayısının artmasına yol açacağını ve bu nedenle eğitimin kaygılarını artırdığını belirtmiştir. Bununla birlikte eğitimin katılımcıların kaygı düzeyini kısa bir süreliğine artırmış olması daha muhtemel görünmektedir. Eğitimden belli bir süre sonra tekrar katılımcılar ile görüşme sağlanarak ölçek puanlarının önceki puanları ile karşılaştırılması suretiyle eğitimin ve SHTK ek madde 18'in katılımcılar üzerindeki etkisinin ölçülmesi daha doğru olacaktır.

Katılımcıların yaşayabilecekleri hukuki süreçlere ilişkin bilgi düzeylerini 10 üzerinden puanlandırmaları istenmiş ve puan ortancası 3 olarak tespit edilmiştir. Yani katılımcıların hukuki süreçlere ilişkin bilgileri oldukça azdır. Hekimlerin hukuki bilgilerinin az olması aslında hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissedilen kaygının önemli bir nedeni olabilir. Zira "bilinmeyen korkusu" anksiyetenin en önemli bileşenlerinden biri olarak gösterilmektedir (170). Bu nedenle hekimin sorumluluğunu etkileyen bir hukuki düzenlemenin hekimin risk algısını etkileyebilmesi ve kaygı seviyesini düşürebilmesi için öncelikle hekimlerin hukuki süreçlerin nasıl başladığı, nasıl devam ettiği, hangi yaptırımlar ile sonuçlanabileceği gibi temel hukuki bilgilere sahip olması gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada

hekimlerin üniversiteden itibaren tıp hukuku eğitimi almaları gerektiği ve eğitimin defansif tıbbi uygulamaları azaltarak daha kaliteli bir sağlık hizmeti sağlanmasına olanak verebileceği belirtilmiştir (67). Tıp fakültesi öğrencilerine verilecek zorunlu ve kaliteli bir tıp hukuku dersi hekimlerin karşılaşılabilecekleri hukuki süreçlere ilişkin sağlam bilgilere sahip olmalarına, kaygılarının ve defansif tıbbi uygulamalarının azalmasına sebep olabilir<sup>2</sup>.

Eğitim öncesi anket sorularını cevaplayan katılımcılara hukuk eğitimi verildikten sonra ankette yer alan son soruları cevaplamaları istenmiştir. Katılımcıların %37,1'i çalışma kapsamında verilen hukuk eğitiminin defansif tıbbi uygulama yapma ihtimallerini azaltacağını, %16,6'sı artıracığını, diğer katılımcılar ise değiştirmeyeceğini düşündüklerini ifade etmiştir (Tablo 4.109). Eğitimin defansif tıbbi uygulamalarını ve kaygılarını artıracığını ifade eden katılımcıların bu şekilde düşünmesinin nedeni eğitimin kısa olması, pek çok katılımcının hukuki süreçler ile ilgili hiç veya çok az bilgisinin olması, eğitimin hukuki süreçler ve yaptırımları hakkındaki farkındalıklarını artırması olabilir. Hukuk eğitiminin gerçek etkisinin ölçülebilmesi için daha ayrıntılı ve uzun süreli hukuk eğitimi verilerek katılımcıların hukuki süreçlere aşina olmasının sağlanması gerekmektedir. Ayrıca eğitim esnasında bazı katılımcılar yeni dava şartının kendilerine karşı ceza davası açılması ihtimalini artıracığından endişe ettiklerini ve bu nedenle kaygılarının arttığını belirtmişlerdir. Rücu davasının açılabilmesi için ceza davası şartı öngörmek gerçekten de ceza davalarının standart bir prosedür olarak görülmesine yol açabilir. Çalışmamızda katılımcıların yaşadığı çoğu hukuki süreç tipi, DTUÖ puanları veya YAB-7 puanları ile ilişkili bulunmamıştır. Buna karşın en son yaşadığı süreç ceza davası olan hekimlerin DTUÖ puanları CİMER'e şikâyet edilen katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.49). Ayrıca katılımcıların önemli bir bölümü hapis cezası alma ihtimalini defansif tıbbi uygulamaların nedenlerinden biri olarak göstermiştir. Dolayısıyla hekimlerin kendilerine karşı ceza davası açılması ihtimalinden duydukları kaygıyı azaltmak gerekmektedir. Bu bakımdan ceza yargılamasının dava şartı olarak öngörülmesi hekimin tazminat ödeme ihtimalini azaltsa da, cezai sorumluluğunda

---

<sup>2</sup> Tıp fakültesi öğrencilerine tıp hukuku eğitimi verilmesi ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. (173)

herhangi bir değişiklik getirmemektedir. Bu nedenle hekimin tazminat ödeme ihtimalinin azaltılmış olması hekimin ceza yargılaması nedeniyle psikolojisinin bozulmasını ve stres yaşamasını önleyemeyecektir. Her ne kadar ceza soruşturması öncesinde izin alınacak merci mesleki sorumluluk kurulu olarak değiştirilmişse de bu kurulda biri dahili diğeri cerrahi branşlarda çalışmak üzere sadece iki hekimin bulunması tıbbi müdahalenin doğru şekilde değerlendirilmesi bakımından yeterli değildir. Tıp mesleği çok özgün bir disiplin olup hatalı tıbbi müdahale iddiasının mutlaka uyuşmazlığa konu tıbbi müdahale hususunda uzmanlaşmış olan hekimler tarafından değerlendirilmesi gerektiği kanaatindeyiz. Zira hekimlerin azınlıkta olduğu bir kurulun soruşturma izni verilmemesi gereken bazı durumlarda, müdahalenin doğru değerlendirilememesi nedeniyle soruşturma izni vermesi söz konusu olabilecektir. Bu durum ise hekimlerin üzerindeki cezai sorumluluk baskısını ve dolayısıyla defansif tıbbi uygulamaları artırabilecektir.

Katılımcıların verilen hukuk eğitiminden ne kadar faydalandıklarını belirtmeleri istenmiş ve eğitimden faydalanma puanlarının ortancası 10 üzerinden 8 olarak bulunmuştur (Tablo 4.110). Defansif tıbbi uygulama yaptığı veya YAB olduğu değerlendirilen katılımcılar verilen hukuk eğitiminden daha çok faydalandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.111-112).

Eğitim sonrasında katılımcıların büyük çoğunluğu periyodik olarak hukuki eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.108). Katılımcılar hukuki konulardaki bilgi eksikliklerini bilmekte ve bu alanda daha detaylı bilgi sahibi olmak istemektedirler. Bu ihtiyacı hisseden hekimlere gerekli hukuki eğitimler verilerek aleyhlerinde bir hukuki süreç başlatılması halinde nelerle karşılaşabileceklerini ve haklarının neler olduğunu bilme imkânı sağlanmalıdır. Zira sürekli olarak hukuki bilgisinin eksik olduğunu hisseden bir hekim aleyhinde hukuki süreç başlatılması ihtimali nedeniyle daha çok kaygı hissedebilecek ve daha fazla defansif tıbbi uygulama yapabilecektir. DTUÖ puanını tahmin etmeye yönelik oluşturulan lineer regresyon modelinde hukuk eğitiminden faydalanma puanı ile defansif tıbbi uygulama puanları arasında diğer değişkenlerden bağımsız bir ilişki bulunmuştur. Aynı modelde katılımcıların kendileri aleyhinde herhangi bir hukuki süreç başlatılması ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygıdaki artış, DTUÖ puanlarında artış ile ilişkili bulunmuştur. Bu bakımdan defansif tıbbi uygulamalar ile mücadelede hukuki süreçleri

hekimler için “bilinmeyen olmaktan çıkarmak” en önemli müdahalelerden biri olacaktır. Hekimlerin henüz tıp fakültesindeyken etkin ve detaylı bir tıp hukuku eğitimi görmeleri mesleğe başladıklarında yaşayabilecekleri hukuki süreçlere ilişkin daha az kaygı duymalarına neden olabilecektir.

Katılımcılardaki olası YAB varlığını tahmin etmeye yönelik oluşturulan lojistik regresyon modelinde hekimlerin CİMER’e veya hasta hakları birimine şikâyet edilmiş olması, hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygı puanının artması, hasta veya hasta yakını tarafından şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığının artması ve hastasında kendisini duygusal olarak çok olumsuz etkileyen komplikasyon gelişmiş olması YAB varlığı ile ilişkili bulunmuştur (Tablo 4.115). Görüldüğü üzere hukuki süreç yaşamış olmak (tüm süreçler dahil edildiğinde) ile YAB arasında herhangi bir ilişki bulunmamış olsak da CİMER’e veya hasta hakları birimine şikâyet edilmiş olmanın YAB ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu bakımdan hekimlerin sadece şikâyet edilmiş olmasının bile morallerini bozmaya yetebileceğini göz ardı etmemek gerekmektedir. İkinci mağdurları tahmin etmek için geliştirmiş olduğumuz soruya verilen cevaplar YAB ile ilişkili bulunmuştur. Yani hastada katılımcıyı duygusal olarak çok olumsuz etkileyen bir komplikasyon gelişmiş olması YAB varlığı ile ilişkilidir. Çalışmada kullandığımız bu soru ileride yapılacak çalışmalarda hekimlerin ikinci mağdur olma durumunu daha iyi anlamak amacıyla kullanılabilir.

Katılımcılardan düzenli hukuk eğitimi almak istemediğini belirtenlerin tamamı almış oldukları hukuk eğitiminin defansif tıbbi uygulamalarını azaltmayacağını belirtmiştir. Bu durumun nedeni söz konusu katılımcıların hukuk eğitimi sonrasında yaşayabilecekleri hukuki süreçlere dair farkındalıklarının artmış olması ve bu nedenle endişelenmiş olmaları olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bir eğitim ve araştırma hastanesinde klinik branşlarda çalışmakta olan hekimlerin yaşadığı hukuki süreçleri, anksiyete durumlarını, defansif tıbbi uygulamalarını ve bu üç değişkenin birbiri ile ilişkisini araştırdığımız çalışmada, katılımcıların çoğu aleyhinde mesleği nedeniyle en az bir hukuki süreç başlatılmıştır. Defansif tıbbi uygulamalar katılımcılar arasında yaygın olarak uygulanmaktadır ve YAB sıklığı oldukça yüksek olup defansif tıbbi uygulamalar ile katılımcılardaki anksiyetenin ilişkili olduğu görülmüştür. Mesleki tecrübenin azalması ve hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle katılımcıların hissettikleri kaygı düzeyinin artışı ile defansif tıbbi uygulamaların arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca DTUÖ puanı yüksek katılımcılar diğerlerine kıyasla verilen hukuk eğitiminden daha çok faydalandığını belirtmiştir. CİMER'e veya hasta hakları birimine şikâyet edilmiş olmak, hastasında kendini duygusal olarak çok olumsuz etkileyen komplikasyon gelişmiş olması, hasta veya hasta yakını tarafından şikâyet edilmekle tehdit edilme sıklığının artması ve hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissedilen kaygının artması ile YAB varlığı arasında ilişki bulunmuştur. Katılımcıların DTUÖ puanları ve anksiyeteleri ile ilişkili bulunan muhtemel tüm karıştırıcı değişkenler çok değişkenli analizler ile kontrol edilmiştir.

Hukuki süreç yaşayan katılımcılar sıklıkla şikâyet edilmiş, bir kısmına karşı tazminat ve ceza davaları gibi yaptırımını ağır olabilen süreçler başlatılmıştır. Aleyhinde hukuki süreç başlatılan katılımcıların yanı sıra, bizzat kendisi yaşamasa da hekim olan yakınlarına dava açıldığına şahit olan veya tanıklık, ifade verme gibi yollarla başka bir meslektaşının yaşadığı hukuki sürece dahil olan katılımcıların da hukuki süreçlere maruz kaldığı kabul edildiğinde katılımcıların neredeyse tamamının hukuki süreçlere doğrudan veya dolaylı olarak maruz kaldığı görülmüştür. Ayrıca pek çok hekim hasta veya hasta yakınları tarafından şikâyet edilmek veya dava açmak ile tehdit edildiğini belirtmiştir. Dolayısıyla hekimlerin hemen tamamının hukuki süreçlere maruz kaldığı söylenebilecektir.

Hukuki süreç yaşamış olan katılımcılar, kendisine karşı hiçbir hukuki süreç başlatılmamış katılımcılar ile benzer düzeyde defansif tıbbi uygulama yapmaktadır. Ayrıca grupların YAB sıklıkları da birbirinden farklı bulunmamıştır. Bu durumun en önemli nedeni kendisi aleyhinde henüz bir hukuki süreç başlatılmamış olsa da meslektaşlarının yaşadığı olumsuzluklara şahit olan ve her an kendisi aleyhinde de bir hukuki süreç başlayabileceğine yönelik kaygı duyan hekimlerin de tıbbi uygulamalarını defansif yönde değiştirmesi olabilir. Ayrıca hukuki süreç yaşayan katılımcıların süreçleri daha iyi anlamış olması nedeniyle yeni bir süreç yaşamaktan daha az çekinmeleri, mesleği bırakmış olmaları veya karakter yapısı olarak stresle başa çıkma kabiliyeti daha fazla olan kişiler olmaları da söz konusu olabilir. Bunun yanı sıra katılımcıların çok büyük çoğunluğunun dolaylı da olsa hukuki süreçlere maruz kalmış olması defansif tıbbi uygulama ve anksiyete düzeylerinin benzer olmasına yol açabilir.

Klinik yargılanma sendromu varlığından literatürde bahsedilen ancak hekimler arasındaki sıklığı hakkında çalışmaların yapılmadığı bir konudur. Bu nedenle klinik yargılanma sendromu hakkında daha fazla bilgi edinilmesine olanak sağlayacağı düşünüldükten hukuki süreçlerin hekimler üzerindeki etkilerine yönelik bazı sorular oluşturulmuştur. Hukuki süreçleri yaşayan katılımcılar süreçlerin kendileri üzerinde duygusal olarak çok olumsuz etkiler bıraktığını ifade etmiştir. Duruşmaya çıkmak, savcılıkta ifade vermek gibi hekimler için oldukça travmatik olabilecek aşamaları yaşayan ve duygusal olarak olumsuz yönde etkilenen katılımcıların defansif tıbbi uygulama ve YAB sıklıkları diğer katılımcılardan yüksek bulunmuştur. Katılımcıların çoğu hukuki süreç yaşadıkten sonra eskisinden daha sık defansif tıbbi uygulama yaptıklarını ve kendilerinde çeşitli sağlık sorunlarının geliştiğini bildirmiştir. Ayrıca hukuki süreç ile ilişkili olarak kendisinde sağlık sorunları geliştiğini ifade eden katılımcılar pek çok defansif tıbbi uygulama çeşidini diğer hukuki süreç yaşayanlardan daha fazla yaptığını belirtmiştir. Bu durum hukuki süreç yaşayan katılımcıların pek çoğunun klinik yargılanma sendromu yaşamış olabileceğini göstermektedir. Her ne kadar klinik yargılanma sendromu hekime karşı dava açılması sonrasında hekimin sağlığının bozulmasını ifade edecek şekilde kullanılıyor olsa da, çalışmamızda CİMER'e veya hasta hakları birimine şikâyet edilmiş olan katılımcılarda YAB sıklığı diğer katılımcılardan daha fazla bulunmuştur. Katılımcıların hukuki süreç yaşamaktan

duyduğu büyük kaygı ve anksiyete sıklıklarındaki yükseklik göz önünde bulundurulduğunda klinik yargılanma sendromunun yalnızca dava açılan hekimlerde değil herhangi bir hukuki süreç türünü yaşayan, hatta başka bir meslektaşın yaşadığı sürece şahit olan hekimlerde de gelişmesi mümkün olabilecektir. Bu bakımdan çalışmamızın bu yönde bir farkındalık oluşturabileceğini düşünmekteyiz. İleride konuya ilişkin prospektif çalışmaların yapılması oldukça önemli olacaktır.

İkinci mağdurları araştırmak için geliştirmiş olduğumuz soruya verilen cevaplar incelendiğinde katılımcıların çoğunun en az bir hastasında kendisini duygusal olarak oldukça olumsuz etkileyen komplikasyon geliştiği ve bu katılımcıların pek çok negatif defansif tıbbi uygulama çeşidini diğerlerinden daha fazla yaptığı tespit edilmiştir. Bu durum ikinci mağdur olma durumunun hekimler arasında yaygın olduğunu ve defansif tıbbi uygulamalar ile ilişkili faktörlerden biri olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca katılımcının hastasında böyle bir komplikasyon gelişme öyküsü olması YAB varlığı ile de ilişkili bulunmuştur. Geliştirmiş olduğumuz sorunun ikinci mağdurları araştıran çalışmalarda da kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Katılımcıların çoğunun yaşadığı hukuki süreç lehinde sonuçlanmış olsa da hukuki sürecin lehte veya aleyhte sonuçlanması ile hiçbir değişken arasında ilişki bulunmamıştır. Hukuki sürecin nasıl sonuçlandığı fark etmeksizin katılımcılar süreçten çok olumsuz etkilenmiş ve eskisinden daha sık defansif tıbbi uygulama yaptıklarını belirtmiştir.

Hastaları veya hasta yakınları tarafından çok sıklıkla dava açılması veya şikâyet edilmekle tehdit edilen katılımcıların DTUÖ puanları diğer katılımcılardan daha yüksek olup bu katılımcılarda YAB sıklığı da daha yüksek bulunmuştur. Şikâyet edilmekle tehdit edilmek hekimlerin kaygı düzeyini artırarak kendilerini olası bir uyuşmazlıktan korumak zorunda hissetmelerine ve defansif tıbbi uygulama yapmalarına neden oluyor olabilir.

Hukuki sürecin katılımcıyı duygusal olarak olumsuz etkileme puanı, YAB-7 puanları, hukuki süreçlerin savcılıkta ifade verme, duruşmaya çıkma gibi aşamalarından duygusal olarak olumsuz etkilenme puanları ve DTUÖ puanları arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. Görüldüğü üzere sürecin

katılımcıyı olumsuz etkileme düzeyine bağlı olarak YAB sıklığı ve defansif tıbbi uygulamalar artmaktadır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddet, hakaret, öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edilmek gibi en az bir çeşit kötü muamele gördüğünü bildirmiştir. Kötü muamele görmek ile YAB ve defansif tıbbi uygulama çeşitleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastaların hekimlere karşı sıklıkla suç işliyor olması veya şikâyet etmekle tehdit etmesi önemli bir sorun olup hastaların sağlık çalışanları hakkında olumsuz izlenim edinmesine ve önyargılı olmasına neden olan sebeplerin tespit edilmesi ve ortadan kaldırılması oldukça önem arz etmektedir. Zira hasta ve hekim arasındaki güven ilişkisi hekimin mesleki tatmini ve hastanın iyi bir sağlık hizmeti almasının temelini teşkil etmektedir. Ayrıca hastanelerdeki güvenlik önlemlerinin güçlendirilmesi yaşanabilecek olumsuzlukların engellenmesi ve hekimlerin korunması bakımından oldukça önemli olacaktır.

Hukuk eğitimi sonrasında katılımcıların büyük bölümü periyodik olarak daha ayrıntılı hukuk eğitimi almak istediklerini ifade etmiştir. Katılımcıların %32,6'sı rücu davası açılabilmesi için hekimin görevi kötüye kullandığına dair kesinleşmiş mahkûmiyet hükmü varlığının dava şartı olarak aranmasının defansif tıbbi uygulamalarını azaltacağını ifade ederken, %10,6'sı artıracığını düşündüğünü belirtmiştir.

Defansif tıbbi uygulama yapan veya YAB saptanan katılımcılar hukuk eğitiminden daha çok faydalandığını belirtmesi dikkate değer bir bulgudur. Defansif tıbbi uygulamaların temel nedeninin hukuki süreç yaşama korkusu olduğu göz önünde bulundurulduğunda, katılımcıların olası bir hukuki süreçte kendilerine yardımcı olacak hukuki bilgiler ile neden daha çok ilgilendiği anlaşılabilir. Katılımcılar hukuki bilgi ihtiyacı hissetmekte ve hukuki süreçlerin işleyişini bilmemektedirler. Bilmedikleri bir süreci yaşama ihtimali hekimlerin daha çok kaygı duymasına sebep olabilmektedir. Nitekim SHTK ek madde 18/2 ile hekimin tazminat ödeme ihtimali çok azalmış olmasına ve söz konusu madde yürürlüğe gireli oldukça zaman geçmiş olmasına rağmen çoğu katılımcı bu maddeden haberi olmadığını ve defansif tıbbi uygulamaların nedenlerinden birinin büyük miktarda tazminat ödeme ihtimali olduğunu belirtmiştir. Çalışmamız kapsamında hekimin mali ve cezai sorumluluğuna

ve hukuki süreçlere ilişkin kısa bir bilgilendirme yapılmış olup hekimlerin hukuki bilgi ihtiyacı kısa bir eğitim ile giderilemeyecek kadar fazladır. Hekimlere ayrıntılı ve kaliteli bir hukuk eğitimi verilerek hukuki süreçler hakkında yeterli bilgi sahibi olmalarının sağlanması hukuki süreçlere ilişkin kaygılarını ve defansif tıbbi uygulamalarını azaltabilecektir.

Görüldüğü üzere hekimlerin hastanın menfaati dışında bir kaygı hissetmeksizin en ideal sağlık hizmetini verebileceği bir ortamın sağlanması defansif tıbbi uygulamaların önlenmesi bakımından hayati öneme sahiptir. Bu bakımından hekimin defansif tıbbi uygulama yapmayı tercih etmesine neden olan faydaları azaltmak gerekmektedir. Yani hekim şikâyet edilmek, hapse girmek, tazminat ödemek, şiddet görmek veya medya önünde yargılanmak gibi olumsuzluklardan kaçınma dürtüsünü hissetmemelidir.

Çalışmamızda anlamlı bulunmayan farkların daha büyük örnekler ile çalışılması halinde anlamlı bulunma ihtimali mevcuttur. Bu nedenle konu hakkında yapılacak çalışmaların artırılması, defansif tıbbi uygulamaların azaltılması ve özellikle ikincil mağdurlar ve klinik yargılanma sendromu yaşayan kişilerin tespiti ve bu durumların hekimlerin mesleki uygulamalarına etkisini anlayabilmek bakımından önem teşkil etmektedir.

## **6.2. Defansif Tıbbi Uygulamaları Azaltmaya Yönelik Çözüm Önerileri**

Defansif tıbbi uygulamalar ile mücadelenin en önemli unsurlarından biri tıp fakültesi öğrencilerine zorunlu ve kaliteli bir tıp hukuku eğitimi verilmesidir. Katılımcıların hukuki bilgi düzeylerinin oldukça az olması ve büyük bölümünün periyodik olarak hukuk eğitimi alma ihtiyacı hissetmesi ülkemizde tıp hukuku eğitimine hala yeterli önemin verilmediğini göstermektedir. Yeterli hukuki bilgiye sahip olmamalarına karşın katılımcıların %70,2'sine karşı hastalarının tanı ve tedavi süreçlerine ilişkin bir hukuki süreç başlatılmış, %85'i hastaları tarafından şikâyet etmek veya dava açmakla tehdit edildiğini belirtmiş, büyük bölümüne hakaret edilmiş, fiziksel şiddete uğramış veya öldürülmek veya yaralanmak ile tehdit edilmiştir. Bu bakımdan tıp fakültesi müfredatına zorunlu ve kaliteli bir tıp hukuku dersinin eklenmemesinin nedenini anlamak güçtür. Zira hukuki süreçler ile karşılaşma ihtimalinin son derece fazla olduğu bir ortamda çalışan ve neredeyse hiçbir hukuki

bilgiye sahip olmayan hekimlerin bu denli savunmasız bırakılması, defansif tıbbi uygulamaların azalmasının önündeki en büyük engellerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Defansif tıbbi uygulama yapan hekimlerin çalışma kapsamında verilen eğitimden daha fazla faydalanması hukuki eğitim ihtiyaçlarının somut bir göstergesidir.

Rücu davalarına ilişkin SHTK ek madde 18 ile getirilen dava şartı defansif tıbbi uygulamaların azaltılması yönünde umut verici bir adım olsa da ceza davasının bir dava şartı olarak öngörülmesi ceza davalarının sayısını, ceza davası yaşama ihtimali nedeniyle duyulan endişeyi ve dolayısıyla defansif tıbbi uygulamaları artırabilir. Defansif tıbbi uygulamaların azaltılması için tazminat sorumluluğunun sınırlandırılmasının yanı sıra hekimlerin cezai sorumluluğunu sınırlandıracak düzenlemeler de yapılmalıdır. Ayrıca, hekimlerin yeni dava şartını tüm yönleriyle anlamalarını sağlamak için bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Zira tekrar belirtmek gerekir ki, defansif tıbbi uygulamalar hekimin risk algısının bir sonucudur ve defansif tıbbi uygulamaları azaltmak için hekimlerin hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygıyı azaltmak gerekmektedir. Ayrıca hekimlerin sıklıkla şikâyet edilmesi ve şikâyetlerin çoğu için savunma hazırlamak zorunda bırakılması hekimlerin hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygının azalmasına engel olabilecektir.

Türkiye’de davaların sonuçlanma süreleri oldukça uzun sürebilmektedir (171). Bu nedenle her dört katılımcıdan yaklaşık biri aleyhinde dava açılmış olması büyük bir sorundur. Zira pek çok katılımcı yaşadığı dava sürecinden çok olumsuz etkilendiğini, eskisinden daha sık defansif tıbbi uygulama yaptığını ve sağlık sorunları yaşadığını belirtmiştir. Bazı katılımcılar ise aleyhlerinde açılan davaların halen devam ettiğini ifade etmiştir. Hekimin halen aleyhinde bir dava görülmekteyken mesleğini icra etmeye devam etmesi sundukları sağlık hizmetinin kalitesini oldukça kötü yönde etkileyebilecek bir durumdur. Zira hekim yaşadığı davanın ve yaptırım korkusunun etkisi altında, davaya konu müdahale de dahil olmak üzere pek çok tıbbi müdahale gerçekleştirmektedir. Bu durum hekimlerde travma sonrası stres bozukluğuna benzetilen ve hukuki süreci öğrenmek ile başlayan klinik yargılanma sendromunun gelişmesine yol açabilir. Hukuki süreci öğrenen ve duygusal olarak çok olumsuz etkilenen hekim davaya yol açan tıbbi müdahaleyi tekrar tekrar yaptıkça semptomları

ağırlaşılabilecektir. Sağlığı yaşadığı hukuki süreç nedeniyle bozulmuş olan bir hekimin kusursuz bir sağlık hizmeti sunması çok zordur ve hastalarına zarar vermesi söz konusu olabilir. Nitekim hukuki süreçlerden olumsuz etkilenen hekimler eskisine kıyasla daha çok defansif tıbbi uygulama yapmaya başlamaktadır. Bu bakımından hukuki süreçlerin sıklığının azaltılması, süreç esnasında ve sonrasında hekimin sağlığının kontrol edilmesi, psikolojik destek ihtiyacının sorgulanması ve gerekli olduğu halde tedavisinin yapılması gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada uzayan şikâyet süreçlerinin hekimlerdeki anksiyete ve depresyon düzeyini artırdığı bulunmuştur (116).

Çalışmamızda YAB sıklığı çok yüksek düzeyde bulunmuş, hukuki süreç yaşayan katılımcıların büyük çoğunluğu kendisinde hukuki süreç ilişkili sağlık sorunları oluştuğunu ifade etmiş ve sağlık sorunu yaşadığını belirten katılımcılarda YAB sıklığı daha fazla bulunmuştur. Ayrıca CİMER'e veya hasta hakları birimine şikâyet edilmiş katılımcılarda YAB sıklığı diğer tüm katılımcılardan daha fazladır ve şikâyet edilmiş olmak diğer değişkenlerden bağımsız olarak YAB ile ilişkilidir. Bu bakımdan yaşadığı hukuki süreçler nedeniyle pek çok katılımcıda klinik yargılanma sendromunun gelişmiş ve hala devam ediyor olma olasılığı mevcuttur. Bu bakımdan hekimlerin kolayca ulaşabileceği bir psikolojik destek hizmeti oluşturmak çok faydalı bir uygulama olabilecektir. Hekimler yaptıkları hataları konuşmaktan veya damgalanmaktan çekinebileceğinden bu hizmetin anonim olarak sunulması hizmeti daha etkili hale getirebilecektir.

Yeni Zelanda'da 2006 yılından beri stres altındaki hekimlere yardımcı olmak amacıyla bir psikiyatrik destek hizmeti vermeye başlanmıştır. Bu hizmet psikolog veya psikiyatristler tarafından verilmekte olup, yapılan bir çalışmaya göre bu psikiyatrik destek hizmeti etkili bulunmuştur (105). Destek almanın hekimlere faydalı olduğuna ilişkin çalışmalar bulunsa da hekimler bu desteğe başvurmamaktadırlar (105,172). Bu nedenle herhangi bir hukuki süreç yaşayan hekimin psikolojik destek almasının veya en azından süreç ile ilgili kendilerini rahatlatacak bir görüşmenin sağlanmasının çok faydalı olabileceğini düşünmekteyiz. Bunun yanı sıra hukuki süreç yaşayan hekimlerin bir araya gelerek yaşadıkları sorunları birbirleriyle paylaşabilecekleri bir ortam sağlanması da faydalı bir uygulama olabilecektir (172).

Çalışmamızda katılımcıların önemli bir kısmının hastasında hekimi duygusal olarak çok olumsuz yönde etkileyen bir komplikasyon gelişmiş olup bu katılımcılarda YAB sıklığı diğerlerinden daha fazla bulunmuştur. Bu bakımdan hastasında ciddi bir komplikasyon gelişen veya hatalı tıbbi uygulama yapan hekimlerin tespit edilerek ruh sağlığı muayenelerinin yapılması ve gerekli olması halinde destek sağlanması oldukça önemli olacaktır.

Katılımcıların hukuki süreç yaşama ihtimali nedeniyle hissettikleri kaygı düzeyleri oldukça yüksek bulunmuş olup bu durum defansif tıbbi uygulamalarda artış ile ilişkili bulunmuştur. Söz konusu kaygının azaltılması için asılsız, herhangi bir dayanağı olmayan şikâyetlerin hekimlere aksettirilmemesi gerekmektedir. Şikâyet edilen hekim ile aynı uzmanlık dalında olan hekimler tarafından hatalı tıbbi uygulama iddialarının incelenmesi ve şikâyetin asılsız olduğunun açıkça tespit edilmesi halinde hekimin durumdan haberdar edilmemesi, hekimlerin süreç ile ilişkili kaygılarının ve dolayısıyla defansif tıbbi uygulamalarının azalmasını sağlayabilecektir. Türkiye’de göz hastalıkları uzmanları ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %82,9’u, hatalı tıbbi uygulamalara ilişkin incelemeleri bu alanda uzman kişilerin yapmasının defansif tıbbi uygulamaları azaltacağını ifade etmişlerdir (47).

Defansif tıbbi uygulamaları azaltmak için hekimleri hedef alan müdahalelerin yanı sıra hastaların farkındalığını artırmak da oldukça önemlidir. Bunun en önemli nedenlerinden biri hasta veya hasta yakınlarının hekime bir tetkiki istemesi, müdahaleyi yapması veya ilaç yazması yönünde baskı yapmasıdır. Söz gelimi gereksiz ilaç kullanımının yan etkileri, sezaryenin anne ve bebek üzerindeki olası zararları ya da gereksiz radyasyona maruz kalmanın olası sonuçları anlatılarak hastaların bu tetkiklerin yapılması veya ilaçların yazılması hususunda ısrarcı olmamaları ve daha bilinçli hale gelmeleri sağlanabilecektir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Treglia M, Pallocci M, Passalacqua P, Giammatteo J, De Luca L, Mauriello S, vd. Medical liability: review of a whole year of judgments of the civil court of Rome. *Int J Environ Res Public Health*. 03 Haziran 2021;18(11):6019.
2. Seabury SA, Chandra A, Lakdawalla DN, Jena AB. On average, physicians spend nearly 11 percent of their 40-year careers with an open, unresolved malpractice claim. *Health Aff*. Ocak 2013;32(1):111-9.
3. 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*. 20 Aralık 2022;22(1):800.
4. Katz E. Defensive Medicine: A case and review of its status and possible solutions. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 21 Ekim 2019;3(4):329-32.
5. Bourne T, Wynants L, Peters M, Van Audenhove C, Timmerman D, Van Calster B, vd. The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 15 Ocak 2015;5(1):e006687.
6. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*. Kasım 2009;374(9702):1714-21.
7. Bourne T, Vanderhaegen J, Vranken R, Wynants L, De Cock B, Peters M, vd. Doctors' experiences and their perception of the most stressful aspects of complaints processes in the UK: an analysis of qualitative survey data. *BMJ Open*. 04 Haziran 2016;6(7):e011711.
8. Wang Z, Li N, Jiang M, Dear K, Hsieh CR. Records of medical malpractice litigation: a potential indicator of health-care quality in China. *Bull World Health Organ*. 01 Haziran 2017;95(6):430-6.
9. Siegal D, Swift J, Forget J, Slowick T. Harnessing the power of medical malpractice data to improve patient care. *Journal of Healthcare Risk Management*. 24 Şubat 2020;39(3):28-36.
10. Bookman K, Zane RD. Surviving a medical malpractice lawsuit. *Emerg Med Clin North Am*. Mayıs 2020;38(2):539-48.
11. Arimany-Manso J, Vizcaíno M, Gómez-Durán EL. Clinical judicial syndrome: The impact of judicial proceedings on physician. *Medicina Clínica (English Edition)*. Ağustos 2018;151(4):156-60.
12. European Court of Human Rights. Case of Vasileva v. Bulgaria. 2016.

13. Yücesan AS. Kamu görevlisinin defansif davranışı dolayısıyla ortaya çıkan hizmet kusuru üzerine bir inceleme. İçinde: Hakeri H, Doğan C, (Ed). III Uluslararası Tıp Hukuku Kongresi Bildirileri Kitabı. Ankara: Adalet; 2019. s. 89-97.
14. Guthorn PJ. Toward a defensive stance in medical practice. *J Med Soc N J*. Ekim 1968;65(10):548-9.
15. Baungaard N, Skovvang PL, Assing Hvidt E, Gerbild H, Kirstine Andersen M, Lykkegaard J. How defensive medicine is defined in European medical literature: A systematic review. *C. 12, BMJ Open*. BMJ Publishing Group; 2022.
16. U.S. Congress, Office of Technology Assessment. *Defensive Medicine and Medical Malpractice*. Washington, DC; 1994.
17. Hershey N. The defensive practice of medicine. Myth or reality. *Milbank Mem Fund Q*. 1972;50(1):69-98.
18. Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, Knesse S, Donnarumma C, Kul S, vd. Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians. *J Health Serv Res Policy*. 23 Ekim 2017;22(4):211-7.
19. Kagan J. *Malpractice Insurance: Definition, Types, Importance* [Internet]. 2023 [12 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://www.investopedia.com/terms/m/malpractice-insurance.asp>
20. Assing Hvidt E, Bjørnskov Pedersen L, Lykkegaard J, Møller Pedersen K, Andersen MK. A colonized general practice? A critical habermasian analysis of how general practitioners experience defensive medicine in their everyday working life. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. 20 Mart 2021;25(2):141-58.
21. Veldhuis M. Defensive behavior of Dutch family physicians, Widening the concept. *Fam Med*. 1994;26(1):27-9.
22. Van Boven K, Dijksterhuis P, Lamberts H. Defensive testing in Dutch family practice. Is the grass greener on the other side of the ocean? *J Fam Pract*. 1997;44(5):468-72.
23. Rohacek M, Buatsi J, Szucs-Farkas Z, Kleim B, Zimmermann H, Exadaktylos A, vd. Ordering CT pulmonary angiography to exclude pulmonary embolism: defense versus evidence in the emergency room. *Intensive Care Med*. 15 Ağustos 2012;38(8):1345-51.
24. Steurer J, Held U, Schmidt M, Gigerenzer G, Tag B, Bachmann LM. Legal concerns trigger prostate-specific antigen testing. *J Eval Clin Pract*. 19 Nisan 2009;15(2):390-2.
25. Gaine WJ. No-fault compensation systems. *BMJ*. 10 Mayıs 2003;326(7397):997-8.
26. Brilla R, Evers S, Deutschländer A, Wartenberg KE. Are neurology residents in the United States being taught defensive medicine? *Clin Neurol Neurosurg*. Haziran 2006;108(4):374-7.

27. Yahata S. A study of defensive medicine in Japan. İçinde: Applied Ethics: Old Wine in New Bottles? Center for Applied Ethics and Philosophy; 2011.
28. Studdert DM. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA. 01 Haziran 2005;293(21):2609.
29. Bourne T, De Cock B, Wynants L, Peters M, Van Audenhove C, Timmerman D, vd. Doctors' perception of support and the processes involved in complaints investigations and how these relate to welfare and defensive practice: a cross-sectional survey of the UK physicians. BMJ Open. 21 Kasım 2017;7(11):e017856.
30. Cernega A, Meleşcanu Imre M, Ripszky Totan A, Arsene AL, Dimitriu B, Radoi D, vd. Collateral Victims of Defensive Medical Practice. Healthcare. 01 Nisan 2023;11(7):1007.
31. Selçuk M. Çekinik (Defansif) Tıp [Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Tezi]. [İzmir]: İzmir Üniversitesi; 2015.
32. Yılmaz H. Tokat İl Merkezinde Görevli Hekimlerde Savunmacı Tıp Uygulamalarının Değerlendirilmesi [Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Tokat]: Gaziosmanpaşa Üniversitesi; 2023.
33. Akkanat NZ. Tıp Etiği Bağlamında Defansif Tıp Uygulamaları [Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Tezi]. [Gaziantep]: Gaziantep Üniversitesi; 2017.
34. Yücesan B, Yücesan AG. Defansif Tıbbi Uygulamaların Toplum Sağlığı Üzerine Etkileri. İçinde: 3. Uluslararası Tıp Hukuku Kongre Bildirileri Kitabı. 1. Baskı. Ankara: Adalet Yayınevi; 2019.
35. Yılmaz K. Defansif Tıbbi Uygulamaların Hukuki Açından Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; 2012.
36. 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):721-44.
37. Türk Dil Kurumu. Genel Türkçe Sözlük [Internet]. [12 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
38. Ries NM, Jansen J. Physicians' views and experiences of defensive medicine: An international review of empirical research. Health Policy (New York). Mayıs 2021;125(5):634-42.
39. Rudey EL, Leal M do C, Rego G. Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. Medicine. 08 Ocak 2021;100(1):e24176.
40. Skowronski G, Kerridge I, Light E, McErlean G, Stewart C, Preisz A, vd. Raising the dead? limits of cpr and harms of defensive practices. Hastings Center Report. 20 Kasım 2022;52(6):8-12.

41. Vizcaíno-Rakosnik M, Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL. The impact of malpractice claims on physicians' well-being and practice. *J Patient Saf.* Ocak 2022;18(1):46-51.
42. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Med Ethics.* 29 Aralık 2013;14(1):14-42.
43. Ünal Ö, Akbolat M. Defensive medicine practices: scale development and validation. *medical decision making.* 04 Şubat 2022;42(2):255-61.
44. Kebapçı E, Ekizoglu O. Defensive medicine in general surgery: a questionnaire study in Turkey. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2021;35(3):351-61.
45. Küçük M. Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey. *J Obstet Gynaecol (Lahore).* 17 Şubat 2018;38(2):200-5.
46. Solaroğlu I, İzci Y, Yeter HG, Metin MM, Keleş GE. Health transformation project and defensive medicine practice among neurosurgeons in Turkey. *PLoS One [Internet].* 21 Ekim 2014 [23 Nisan 2024];9(10). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25333736/>
47. Özcan D, Alkan AA. Defensive medicine practices among ophthalmologists in Turkey. *Türkiye Klinikleri Oftalmoloji Dergisi [Internet].* 2021 [23 Nisan 2024];30(1):30-5. Erişim adresi: <http://search/yayin/detay/438851>
48. Delice O, Tekin E, Yılmaz S. Defensive medicine in the emergency department: a cross-sectional study from the perspective of emergency medical specialists. *Eurasian Journal of Emergency Medicine.* 30 Aralık 2019;18(4):178-84.
49. Doğan A, İncealtın O, Oğuz A. Effect of Defensive medicine on clinical practices of emergency medicine physicians. *Global Emergency and Critical Care.* 25 Aralık 2023;2(3):117-21.
50. Çalıköğlü EO, Aras A. 'Defensive medicine among different surgical disciplines: A descriptive cross-sectional study. *J Forensic Leg Med.* Temmuz 2020;73:101970.
51. Hiyama T. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World J Gastroenterol.* 2006;12(47):7671.
52. Glassman PA, Rolph JE, Petersen LP, Bradley MA, Kravitz RL. Physicians' personal malpractice experiences are not related to defensive clinical practices. *J Health Polit Policy Law.* 01 Nisan 1996;21(2):219-41.
53. Vargas-Blasco C, Gómez-Durán EL, Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J. Encuesta a los urólogos sobre responsabilidad profesional médica y sus consecuencias. *Actas Urol Esp.* Mayıs 2020;44(4):251-7.
54. Jena AB, Schoemaker L, Bhattacharya J, Seabury SA. Physician spending and subsequent risk of malpractice claims: observational study. *BMJ.* 04 Kasım 2015;h5516.

55. Charles SC, Pyskoty CE, Nelson A. Physicians on trial self-reported reactions to malpractice trials. *West J Med.* 1968;148(3):358-60.
56. Frothingham MB. Fight, flight, freeze, or fawn: what this response means [Internet]. 2021 [12 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://www.simplypsychology.org/fight-flight-freeze-fawn.html>
57. Quick JC, Spielberger CD. Walter Bradford Cannon: pioneer of stress research. *Int J Stress Manag.* Nisan 1994;1(2):141-3.
58. Hösükler E, Erkol ZZ, Yazgı BK. Defansif tıp ve medyanın rolü. İçinde: Ünver Y, Hancı İH, editörler. V. Uluslararası Sağlık Hukuku Kongresi. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayınları; 2020. s. 69-81.
59. Yüksel O. Evaluation of family physicians' opinions in defensive medicine practices: The case of Isparta/Turkey. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 01 Temmuz 2021;12(3):690-6.
60. Özata M, Özer K, Akkoca Y. Konya il merkezinde çalışan hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018;7(1):131-8.
61. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the "media" in Italy. *Multidiscip Respir Med.* 26 Aralık 2015;10(1):12.
62. Hambrock U. Erfahrungen mit Überversorgung: Qualitativ-psychologische Studie mit Patienten und Ärzten. 1st edition. Rheingold Institut, 2019.
63. 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 Med Ethics* [Internet]. 01 Aralık 2023 [22 Mayıs 2024];24(1). Erişim adresi: </pmc/articles/PMC10563204/>
64. Vento S, Cainelli F, Vallone A. Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World J Clin Cases.* 06 Ekim 2018;6(11):406-9.
65. Boyle D, O'Connell D, Platt FW, Albert RK. Disclosing errors and adverse events in the intensive care unit\*. *Crit Care Med.* Mayıs 2006;34(5):1532-7.
66. Dekker S. *Just Culture.* 3rd edition. London: CRC Press, 2016.
67. Scognamiglio P, Morena D, Di Fazio N, Delogu G, Iniziato V, La Pia S, vd. Vox clamantis in deserto: a survey among Italian psychiatrists on defensive medicine and professional liability. *Front Psychiatry.* 17 Ağustos 2023;14.
68. Şahin B, Alcalı Ö. Defansif tıp kavramı ve defansif tıbbi uygulamaların hekimin hukuki sorumluluğu kapsamında değerlendirilmesi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi.* 2020;1(41):483-510.

69. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med*. Ocak 1999;14(S1):S34-40.
70. Hawkins M. 2018 Survey of America's Physicians: Practice Patterns & Perspectives. 2018.
71. Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO. The "five minute" consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *BMJ*. 29 Mart 1986;292(6524):870-3.
72. Roland MO, Bartholomew J, Courtenay MJ, Morris RW, Morrell DC. The "five minute" consultation: effect of time constraint on verbal communication. *BMJ*. 29 Mart 1986;292(6524):874-6.
73. Wilson A, McDonald P, Hayes L, Cooney J. Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. *BMJ*. 25 Ocak 1992;304(6821):227-30.
74. Daniels L, Marneffe W. Does patient behaviour drive physicians to practice defensive medicine? Evidence from a video experiment. *Health Econ Rev*. 22 Eylül 2023;13(1):45.
75. Davies E. When good care means less pay. *BMJ*. 04 Ekim 2013;347:f5997.
76. Ooi K. The Pitfalls of Overtreatment: Why more care is not necessarily beneficial. *Asian Bioeth Rev*. 19 Aralık 2020;12(4):399-417.
77. Wong AC, Kowalenko T, Roahen-Harrison S, Smith B, Maio RF, Stanley RM. A survey of emergency physicians' fear of malpractice and its association with the decision to order computed tomography scans for children with minor head trauma. *Pediatr Emerg Care*. Mart 2011;27(3):182-5.
78. Mettler FA, Huda W, Yoshizumi TT, Mahesh M. Effective doses in radiology and diagnostic nuclear medicine: A catalog. *Radiology*. Temmuz 2008;248(1):254-63.
79. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography — An increasing source of radiation exposure. *New England Journal of Medicine*. 29 Kasım 2007;357(22):2277-84.
80. Health at a Glance 2019. OECD; 2019.
81. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni [Internet]. 2023 [06 Ocak 2024]. Erişim adresi: [https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/46511/0/haber-bulteni-2022-v7pdf.pdf?\\_tag1=3F123016BE50268AF4A10917870BF5962AC79ECF](https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/46511/0/haber-bulteni-2022-v7pdf.pdf?_tag1=3F123016BE50268AF4A10917870BF5962AC79ECF)
82. Department of Reproductive Health and Research. Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması [Internet]. 2015 [12 Nisan 2024]. Erişim adresi: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_tur.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_tur.pdf?ua=1)
83. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 23 Ocak 2018;15(1):e1002494.

84. Broom A, Kirby E, Gibson AF, Post JJ, Broom J. Myth, manners, and medical ritual: defensive medicine and the fetish of antibiotics. *Qual Health Res.* 24 Kasım 2017;27(13):1994-2005.
85. Sekhar Ms, Vyas N. Defensive medicine: A bane to healthcare. *Ann Med Health Sci Res.* 2013;3(2):295.
86. Taylor H, Krane D, Cottreau A, Gravitch D. *The Fear of Litigation Study – The Impact on Medicine*, 2002.
87. Rothberg MB, Class J, Bishop TF, Friderici J, Kleppel R, Lindenauer PK. The cost of defensive medicine on 3 hospital medicine services. *JAMA Intern Med.* 01 Kasım 2014;174(11):1867.
88. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National costs of the medical liability system. *Health Aff.* Eylül 2010;29(9):1569-77.
89. Reed DA, Windish DM, Levine RB, Kravet SJ, Wolfe L, Wright SM. Do fears of malpractice litigation influence teaching behaviors? *Teach Learn Med.* 14 Temmuz 2008;20(3):205-11.
90. Wallace E, Lowry J, Smith SM, Fahey T. The epidemiology of malpractice claims in primary care: a systematic review. *BMJ Open.* Haziran 2013;3(7):e002929.
91. Nash L, Walton M, Daly M, Johnson M, Walter G, van Ekert E, vd. GPs' concerns about medicolegal issues: How it affects their practice. *Aust Fam Physician.* Nisan 2008;38:66-70.
92. Kürşat K. *Türk Kamu Yönetiminde Saydam Yönetim Yaklaşımı: Bilgi Edinme Kanunu ve Uygulamaları [Yüksek Lisans Tezi]. [Kastamonu]: Kastamonu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.*
93. Karaduman ME, Hocaoğlu A, Sabak M, Zengin S. Analysis of the complaints of the patients and their relatives to healthcare professionals. *Journal of Contemporary Medicine.* 31 Ocak 2023;13(1):72-7.
94. Hakeri H. *Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı. 3. Baskı. Ankara: Seçkin Yayınları; 2023.*
95. Schaad B, Bourquin C, Panese F, Stiefel F. How physicians make sense of their experience of being involved in hospital users' complaints and the associated mediation. *BMC Health Serv Res.* 28 Aralık 2019;19(1):73.
96. Özkan S, Uğraş Dikmen A, Baran Aksakal FN, Çalışkan D, Tüzün H, Taşçı Ö, vd. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Özkan S, editör. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2018.*
97. Hwang CY, Wu CH, Cheng FC, Yen YL, Wu KH. A 12-year analysis of closed medical malpractice claims of the Taiwan civil court. *Medicine.* Mart 2018;97(13):e0237.
98. Santoro E. Clinical-judicial syndrome: how a doctor becomes a patient through general indifference. *Updates Surg.* 24 Eylül 2014;66(3):173-5.

99. Hanganu B, Ioan BG. The personal and professional impact of patients' complaints on doctors— a qualitative approach. *Int J Environ Res Public Health*. 05 Ocak 2022;19(1):562.
100. Verhoef LM, Weenink JW, Winters S, Robben PBM, Westert GP, Kool RB. The disciplined healthcare professional: a qualitative interview study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands. *BMJ Open*. 25 Kasım 2015;5(11):e009275.
101. Pischedda G, Marinò L, Corsi K. Defensive medicine through the lens of the managerial perspective: a literature review. *BMC Health Serv Res*. 17 Ekim 2023;23(1):1104.
102. Vargas-Blasco C, Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J. Medical malpractice liability and its consequences: A survey among AEU urologists. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*. Mayıs 2020;44(4):251-7.
103. Hobbs T, Gable G. Coping with litigation stress [Internet]. [31 Aralık 2024]. Erişim adresi: <https://physiciansnews.com/1998/01/15/coping-with-litigation-stress/>
104. Maroon JC. Catastrophic cardiovascular complications from medical malpractice stress syndrome. *J Neurosurg*. Haziran 2019;130(6):2081-5.
105. Cunningham W, Cookson T. Addressing stress related impairment in doctors. A survey of providers' and doctors' experience of a funded counselling service in New Zealand. *Journal of the New Zealand Medical Association* . 07 Ağustos 2009;122(1300):19-28.
106. Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Soc Sci Med*. Ocak 2001;52(2):215-22.
107. Renkema E, Broekhuis M, Ahaus K. Conditions that influence the impact of malpractice litigation risk on physicians' behavior regarding patient safety. *BMC Health Serv Res*. 25 Aralık 2014;14:38.
108. Cunningham W. The immediate and long-term impact on New Zealand doctors who receive patient complaints. *N Z Med J*. 23 Temmuz 2004;117(1198):1-9.
109. Jain A, Ogden J. General practitioners' experiences of patients' complaints: qualitative study. *BMJ*. 12 Haziran 1999;318(7198):1596-9.
110. Debono B, Hamel O, Guillain A, Durand A, Rué M, Sabatier P, vd. Impact of malpractice liability among spine surgeons: A national survey of French private neurosurgeons. *Neurochirurgie*. Ağustos 2020;66(4):219-24.
111. Gómez-Durán EL, Vizcaíno-Rakosnik M, Martín-Fumadó C, Klamburg J, Padrós-Selma J, Arimany-Manso J. Physicians as second victims after a malpractice claim: An important issue in need of attention. *J Healthc Qual Res*. Eylül 2018;33(5):284-9.
112. Sanbar SS, Firestone MH. Medical Malpractice Stress Syndrome. İçinde: *The Medical Malpractice Survival Handbook*. Mosby, 2007.

113. Yıldırım İ. Tıbbi malpraktis ve hekim mesleki sorumluluk sigortası. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;(3):121-9.
114. Hawton K. Suicide in doctors while under fitness to practise investigation. *BMJ*. 13 Şubat 2015;350(feb13 3):h813-h813.
115. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness. *J Gen Intern Med*. Temmuz 1992;7(4):424-31.
116. Kasi PM, Kassi M, Khawar T. Excessive work hours of physicians in training: maladaptive coping strategies. *PLoS Med*. 25 Eylül 2007;4(9):e279.
117. Graham J, Albery IP, Ramirez AJ, Richards MA. How hospital consultants cope with stress at work: implications for their mental health. *Stress and Health* [Internet]. 2001;17(2):85-9. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smi.884>
118. Harvey SB, Epstein RM, Glozier N, Petrie K, Strudwick J, Gayed A, vd. Mental illness and suicide among physicians. *The Lancet*. Eylül 2021;398(10303):920-30.
119. Emson D. Daksha Emson. *BMJ*. 31 Ocak 2004;328(7434):291.
120. Jonsson P, Christiansen F, Brulin E. The association between self-treatment and mental health among Swedish physicians. *Occup Med (Chic Ill)*. 26 Haziran 2023;73(5):243-8.
121. Hurtado Hoyo E. Responsabilidad legal del Jefe del Equipo Quirúrgico. *Rev Asoc Med Argent*. 1994;107:107-25.
122. Ji YD, Robertson FC, Patel NA, Peacock ZS, Resnick CM. Assessment of risk factors for suicide among us health care professionals. *JAMA Surg* [Internet]. 01 Ağustos 2020;155(8):713-21. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.1338>
123. Nash LM, Walton MM, Daly MG, Kelly PJ, Walter G, Van Ekert EH, vd. Perceived practice change in Australian doctors as a result of medicolegal concerns. *Medical Journal of Australia*. 15 Kasım 2010;193(10):579-83.
124. Brody H, Hermer LD. Professionally responsible malpractice reform. *J Gen Intern Med*. 19 Temmuz 2011;26(7):806-9.
125. Fields AC, Mello MM, Kachalia A. Apology laws and malpractice liability: what have we learned? *BMJ Quality & Safety* [Internet]. 01 Ocak 2021;30(1):64. Erişim adresi: <http://qualitysafety.bmj.com/content/30/1/64.abstract>
126. Reed DA, Windish DM, Levine RB, Kravet SJ, Wolfe L, Wright SM. Do fears of malpractice litigation influence teaching behaviors? *Teach Learn Med*. 14 Temmuz 2008;20(3):205-11.
127. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ*. 07 Ocak 1995;310(6971):27-9.

128. Bakır Ş, Ünal S, Eratilla V. Effects of defensive medicine practices on health care in southeast Turkey. *Journal of Health Sciences and Medicine*. 2022;5(2):399-409.
129. Nijor S, Rallis G, Lad N, Gokcen E. Patient safety issues from information overload in electronic medical records background and objective: electronic health records (EHRs) have. 2022 [23 Mayıs 2024]; Erişim adresi: [www.journalpatientsafety.com](http://www.journalpatientsafety.com)
130. Carlson JN, Foster KM, Black BS, Pines JM, Corbit CK, Venkat A. Emergency physician practice changes after being named in a malpractice claim. *Ann Emerg Med*. Şubat 2020;75(2):221-35.
131. Hurtado HE, Gutiérrez ZH, Iraola N, Rodríguez A. El síndrome clínico judicial. *Rev Asoc Med Argent*. 2006;119:8-16.
132. Strasburger LH. The litigant-patient: mental health consequences of civil litigation. *J Am Acad Psychiatry Law* [Internet]. 1999;27 2:203-11. Erişim adresi: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:26493403>
133. Charles SC, Wilbert JR, Franke KJ. Sued and nonsued physicians' self-reported reactions to malpractice litigation. *American Journal of Psychiatry*. Nisan 1985;142(4):437-40.
134. Ryll NA. Living Through Litigation: Malpractice stress syndrome. *J Radiol Nurs*. Mart 2015;34(1):35-8.
135. Kruczaj K, Krawczyk E, Piegza M. Medical malpractice stress syndrome in theory and practice – a narrative review. *Med Pr*. 29 Aralık 2023;74(6):513-26.
136. Paterick Z, Patel N, Chandrasekaran K, Tajik J, Paterick T. Medical malpractice stress syndrome: a “forme fruste” of posttraumatic stress disorder. *J Med Pract Manage*. Nisan 2017;32:283-7.
137. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ*. 18 Mart 2000;320(7237):726-7.
138. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 01 Ekim 2009;18(5):325-30.
139. Nydoo P, Pillay BJ, Naicker T, Moodley J. The second victim phenomenon in health care: A literature review. *Scand J Public Health*. 13 Ağustos 2020;48(6):629-37.
140. Özeke O, Özeke V, Coşkun O, Budakoğlu II. Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. Ağustos 2019;10:593-603.
141. Baas MAM, Scheepstra KWF, Stramrood CAI, Evers R, Dijkman LM, van Pampus MG. Work-related adverse events leaving their mark: a cross-sectional study among Dutch gynecologists. *BMC Psychiatry*. 22 Aralık 2018;18(1):73.

142. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academies Press, 2000.
143. Seys D, Wu AW, Gerven E Van, Vleugels A, Euwema M, Panella M, vd. Health care professionals as second victims after adverse events. *Eval Health Prof*. 12 Haziran 2013;36(2):135-62.
144. Konkan R, Şenormancı Ö, Güçlü O, Aydın E, Sungur MZ. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*. Nisan 2013;50(1):53-59.
145. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.
146. Nahed B V., Babu MA, Smith TR, Heary RF. Malpractice liability and defensive medicine: a national survey of neurosurgeons. *PLoS One*. 22 Haziran 2012;7(6):e39237.
147. Baungaard N, Skovvang PL, Assing Hvidt E, Gerbild H, Kirstine Andersen M, Lykkegaard J. How defensive medicine is defined in European medical literature: a systematic review. *BMJ Open*. 20 Ocak 2022;12(1):e057169.
148. American Psychiatric Association. *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. Arlington, VA: 2013; *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. Çeviren: Köroğlu E. Ankara: HYB Yayınları, 2014.
149. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med*. 22 Mayıs 2006;166(10):1092.
150. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesth Analg*. Mayıs 2018;126(5):1763-8.
151. Morena D, Di Fazio N, Scognamiglio P, Delogu G, Baldari B, Cipolloni L, vd. Predictors of defensive practices among Italian psychiatrists: additional findings from a national survey. *Medicina (B Aires)*. 31 Ekim 2023;59(11):1928.
152. 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. *American journal of orthopedics* [Internet]. 2012;41 2:69-73. Erişim adresi: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:35024819>
153. Renkema E, Ahaus K, Broekhuis M, Tims M. Triggers of defensive medical behaviours: a cross-sectional study among physicians in the Netherlands. *BMJ Open*. 25 Haziran 2019;9(6):e025108.

154. Zhu L, Li L, Lang J. The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: a questionnaire survey in a national congress. *BMJ Open*. 03 Şubat 2018;8(2):e019752.
155. Tebano G, Dyar OJ, Beovic B, Claudot F, Béraud G, Thilly N, vd. Practices, organisation, and regulatory aspects in advising on antibiotic prescription: the international ESCMID AntibioLegalMap survey. *Infection*. 22 Ekim 2019;47(5):749-60.
156. Borgans SM, Romeus L, Rahman S, Asmar A. Internal medicine residents and the practice of defensive medicine: a pilot study across three internal medicine residency programs. *Cureus*. 04 Şubat 2020;12(2):e6876.
157. Müller BS, Donner-Banzhoff N, Beyer M, Haasenritter J, Müller A, Seifart C. Regret among primary care physicians: a survey of diagnostic decisions. *BMC Fam Pract*. 17 Aralık 2020;21(1):53.
158. Sorum PC, Shim J, Chasseigne G, Bonnin-Scaon S, Cogneau J, Mullet E. Why do primary care physicians in the united states and france order prostate-specific antigen tests for asymptomatic patients? *Medical Decision Making*. 02 Temmuz 2003;23(4):301-13.
159. Abbass Hasan M, Shokry D, Mahmoud R, Ahmed M. Defensive medicine practice in different specialties among junior physicians in kasralainy hospitals, Egypt. *Indian Journal of Community Medicine*. 2021;46(4):752.
160. Pausch M, Schedlbauer A, Weiss M, Kuehle T, Hueber S. Is it really always only the others who are to blame? GP's view on medical overuse. A questionnaire study. *PLoS One*. 15 Ocak 2020;15(1):e0227457.
161. Andersen MK, Hvidt EA, Pedersen KM, Lykkegaard J, Waldorff FB, Munck AP, vd. Defensive medicine in Danish general practice. Types of defensive actions and reasons for practicing defensively. *Scand J Prim Health Care*. 02 Ekim 2021;39(4):413-8.
162. 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. *Sci Rep*. 16 Aralık 2023;13(1):22371.
163. Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi. TUS 2. Dönem Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin En Küçük ve En Büyük Puanlar [Internet]. 2023 [01 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://www.osym.gov.tr/TR,28952/2023-tus-2-donem-yerlestirme-sonuclarina-iliskin-sayisal-bilgiler.html>
164. Bakan Kalaycıoğlu D. 1987'den 2017'ye hekimlerin uzmanlık alanı tercih değişimleri. *Tıp Eğitimi Dünyası* [Internet]. 30 Aralık 2020 [24 Nisan 2024];19(59):158-70. Erişim adresi: <http://search/yayin/detay/468656>

165. Koçak M, Gül OA, Aydın H, Açıksarı K, Özüçelik DN. Frequency of anxiety among physicians working in emergency departments and other clinics in turkey: a cross-sectional survey. *Medeni Med J.* 2019;34(2):135-142.
166. Ekinci İ, Ekinci E. Evaluation of anxiety, depression, difficulty in emotion regulation and sleep quality in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi.* 01 Mayıs 2021;13(2):61-8.
167. Gawande A. *Better: A surgeon's notes on performance.* 1. Edition. Metropolitan Books; 2008.
168. Coates J. The threat of litigation as a possible barrier to innovation. *Intern Med J.* 09 Mart 2016;46(3):253-4.
169. Cunningham W. Complaints: their toll, why, and how we need the medical profession to act. *J Prim Health Care.* 30 Eylül 2021;13(3):195-7.
170. Carleton RN. Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *J Anxiety Disord.* Nisan 2016;39:30-43.
171. Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü. *Adli İstatistikler 2021.* Ankara; 2021.
172. Wilkinson J, Marshall C. Health practitioner experience of Health and Disability Commissioner investigations. *J Prim Health Care.* 13 Ağustos 2021;13(3):213-21.
173. Arbel E, Reese A, Oh K, Mishra A. Medical law and medical school curricula: a systematic review. *Cureus.* 17 Şubat 2024;16(2):e54377.

## 8. EKLER

### Klinik Branşlarda Çalışan Hekimlere Karşı Başlatılan Hukuki Süreçlerin Anksiyete ve Defansif Tıbbi Uygulamalar ile İlişkisi

Değerli Katılımcı,

Cevaplayacağınız anket size karşı başlatılan hukuki süreçleri, defansif tıbbi uygulamalarınızı ve anksiyete durumunuzu sorgulamaya yönelik sorular içermektedir. Kişisel verileriniz hiçbir şekilde alınmayacak ve sonuçlar sadece bilimsel amaçlarla Araş. Gör. Ayşe Gül Yücesan'ın uzmanlık tezi için kullanılacaktır.

Anketi cevaplayarak hekimlerin mesleklerini icra ederken karşılaştıkları hukuki süreçlerin hekimlerin sağlığını ve tıbbi uygulamalarını nasıl etkileyebileceğini ortaya koymaya yardımcı olacaksınız.

Teşekkür ederiz.

#### \* 1. Branşınız

\* 2. Hastalarınızın tanı ve tedavi süreci ile ilgili herhangi bir hukuki süreç yaşadınız mı? (Hukuki süreç=Disiplin-Savcılık soruşturması, Ceza-Tazminat davası, CİMER başvurusu, Hasta hakları birimine şikayet)

- Evet  
 Hayır

3. Hekim olan yakınlarınızdan (akraba, arkadaş) birine karşı, mesleği dolayısıyla dava açıldığına şahit oldunuz mu?

- Evet  
 Hayır

4. Başka bir meslektaşınızın yaşadığı hukuki süreç ile ilgili görüşünüze başvuruldu mu? (tanıklık-ifade verme vb.)

- Evet  
 Hayır

**5. Ünvanınız nedir?**

- Uzman Dr.
- Yan dal Uzmanı
- Dr. Öğr. Üyesi
- Doç. Dr.
- Prof. Dr.

**6. Cinsiyetiniz**

- Erkek
- Kadın

**7. Medeni durumunuz?**

- Evli
- Bekar

**8. Yaşınız**

**9. Zorunlu mesleki sorumluluk sigortasına ek olarak sorumluluk sigortası yaptırдыңız mı?**

- Evet
- Hayır

**10. Kaç yıldır fiilen hasta bakıyorsunuz?**

**11. Hissettiğiniz kaygılar (dava, şikâyet, itibar kaybı, şiddet vb.) sebebiyle aşağıdaki uygulamalara hangi ölçüde katılıyorsunuz?**

(1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum)

	1	2	3	4	5
Gerekli olandan daha fazla görüntüleme isteme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerekli olandan daha fazla tahlil isteme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gereksiz yere konsültasyon isteme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endikasyonsuz hasta yatışı yapma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerekli olmasa da girişimsel işlemler uygulama (Biyopsi vb.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riskli hastalara müdahale etmekten çekinme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Daha az inisiyatif alma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastayı sevk etme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete etme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12. Şikayet etme veya dava açma ihtimalini yüksek gördüğüm hastalara eğer mümkünse bakmaktan kaçınırım.**

- Kesinlikle katılıyorum
- Katılıyorum
- Ne katılıyorum, ne katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kesinlikle katılmıyorum

**13. Eğer mümkünse girişimsel işlem yapmaktan (endikasyon olsa bile) kaçınıyorum.**

- Kesinlikle katılıyorum
- Katılıyorum
- Ne katılıyorum, ne katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kesinlikle katılmıyorum

**14. Sizce defansif tıbbi uygulama yapılmasının nedenleri nelerdir? (Birden fazla seçebilirsiniz.)**

- Dava açılması veya şikayet edilme riski
- Hapse girme ihtimali
- Büyük miktarda tazminat ödeme ihtimali
- Hekimin hukuki bilgi eksikliği
- Mesleki bilginin yetersizliği
- Hastanın zarar görme ihtimali
- Hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisinin bozulması
- Hasta başına düşen muayene süresinin kısalığı
- Diğer (lütfen belirtin)

**15. Ortalama kaç hastanın tanı ve tedavisini yapıyorsunuz?**

Poliklinikte (haftada)

Cerrahi müdahale (haftada)

**16. Tıbbi uygulamalarınız nedeniyle bir hukuki süreç yaşama ihtimalinizin sizde hissettirdiği kaygıyı 10 üzerinden puanlandırınız. (0=Hiç, 10=Aşırı düzeyde)**

**17. Mesleğiniz nedeniyle karşılaşılabileceğiniz hukuki süreçlere ilişkin bilginizi ne kadar yeterli buluyorsunuz? (0=Hiç yeterli değil, 10=Tamamen yeterli)**

18. Lütfen geçirmiş olduğunuz son 15 gününüzü dikkatlice düşününüz. Aşağıdaki testte sıralanan sorunlar bu 15 gün içerisinde ne kadar rahatsız etti, belirlemeye çalışınız. Seçeneklerden hangisi size daha uygun geliyorsa işaretleyiniz.

Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki problemler ne sıklıkta sizi rahatsız etti?

	Hiç	Sadece birkaç gün	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
Kaygılı, gergin ve sinirli hissetme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endişelenmeyi kontrol edememe ya da durduramama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gevşeyip rahatlayamama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kolayca kızma ya da rahatsız olma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**19-29. soruları sadece hukuki süreç yaşayan katılımcılar görmüştür.**

**Klinik Branşlarda Çalışan Hekimlere Karşı Başlatılan Hukuki Süreçlerin Anksiyete ve Defansif Tıbbi Uygulamalar ile İlişkisi**  
**Bu sayfadaki soruları sadece hukuki süreç yaşayan katılımcılar cevaplayacaktır.**

**19. Mesleğiniz ile ilgili hangilerini kaç defa yaşadığınızı rakam ile belirtiniz. Yaşamadıklarınızı boş bırakınız.**

Ceza Davası	<input type="text"/>
Tazminat Davası	<input type="text"/>
Ceza/Savcılık Soruşturması	<input type="text"/>
Ön inceleme (Savcılığa soruşturma izni için)	<input type="text"/>
CİMER'e şikayet	<input type="text"/>
Disiplin soruşturması	<input type="text"/>
Hasta hakları birimine şikayet	<input type="text"/>
Savunma yazma (şikayet sebebiyle)	<input type="text"/>

**20. Herhangi bir hukuki süreç yaşamadan önce defansif tıbbi uygulamaları ne sıklıkta yapıyordunuz? 10 üzerinden puanlandırınız. (0=Hiç, 10=Çok sık)**

**21. Şu anda ne sıklıkta defansif tıbbi uygulama yaptığınızı düşünüyorsunuz? 10 üzerinden puanlandırınız. (0=Hiç, 10=Çok sık)**

**22. Şu anda yaşamakta olduğunuz bir hukuki süreç var mı?**

- Evet
- Hayır

23. **En son yaşadığınız/yaşamakta olduğunuz hukuki süreci belirtiniz.**

- Tazminat davası
- Ceza davası
- Disiplin Soruşturması
- Ceza/Savcılık Soruşturması
- Ön inceleme (ceza/savcılık soruşturması izni için)
- CİMER'e Şikayet
- Hasta Hakları Birimine Şikayet

24. **Hakkınızda şu anda devam eden bir hukuki süreç yoksa, yaşadığınız son hukuki süreç ne kadar süre önce sonuçlandı? (Ay-yıl)**

Ay

Yıl

25. **Hukuki süreç yaşamak sizi duygusal olarak hangi şiddette etkiledi? (0=Hiç etkilemedi, 10=Aşırı fazla/Mesleğimi bırakmayı düşündürecek kadar)**

26. **Aşağıda belirtilen aşamaların sizi duygusal olarak hangi şiddette etkilediğini işaretleyiniz. Size uymayan aşamaları boş bırakınız. (1=Hiç endişelenmedim, 5=Çok fazla endişelendim)**

	1	2	3	4	5
Hastanın veya yakınınızın sizi şikayet etmekle tehdit etmesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hukuki sürecin başladığını ilk öğrendiğiniz an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Savunma yazmak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Savcılıkta ifade vermek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duruşmaya çıkmak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hükmün okunduğu an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**27. Hukuki süreç nasıl sonuçlandı? (Birden fazla seçebilirsiniz)**

- Dava veya hukuki süreç lehime sonuçlandı/Beraat ettim/Kovuşturmaya yer olmadığına karar verildi
- Disiplin cezası aldım
- Tazminata hükmedildi
- Hapis cezasına hükmedildi (HAGB dahil)
- Adli para cezasına hükmedildi

**28. Sadece sizin dahil olduğunuz bir hukuki süreç oldu mu?**

- Evet
- Hayır, diğer meslektaşlarım ile birlikte hukuki süreç içinde bulundum.

**29. Yaşadığınız hukuki süreçler esnasında veya hukuki süreçler nedeniyle aşağıdakilerden herhangi birini yaşadınız mı? (Lütfen geçerli olanların tümünü işaretleyin.)**

- Anksiyete
- Depresyon
- Uyku sorunları
- Kardiyovasküler sorunlar (örn. hipertansiyon, anjina, miyokard infarktüsü)
- Gastro-intestinal sorunlar (örn. irritabl barsak sendromu, gastrit)
- Şiddetli baş ağrıları
- Hastalarınız ile aranızdaki güven ilişkisinin bozulması

Diğer

**30. soru ve sonrası tüm katılımcılar için ortaktır.**

**30. Daha önce herhangi bir hastanızda sizi duygusal olarak çok olumsuz etkileyen bir komplikasyon gelişti mi?**

- Evet
- Hayır

**31. Hasta/hasta yakınları tarafından aşağıdaki davranışlardan hangilerine maruz kaldınız? (Birden çok seçebilirsiniz)**

- Hiçbir olumsuzluk yaşamadım
- Hakaret
- Yaralamak veya öldürmek ile tehdit
- Fiziksel şiddet
- Diğer (lütfen belirtin)

**32. Hastalarınız sizi dava açmakla veya şikayet etmekle tehdit ediyor mu?**

- Her zaman
- Sıklıkla
- Ara sıra
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**33. Hastalarınızın tedavisini planlarken ne sıklıkla güncel kılavuzları kullanıyorsunuz?**

- Her zaman
- Çoğunlukla
- Ara sıra
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**34. Son bir yılda mesleki nedenlerden kaynaklanmayan ve yüksek düzeyde psikolojik stres yaşamınıza neden olan bir olay oldu mu? (yakınınızın vefatı, kaza, hastalık gibi)**

- Evet
- Hayır

**35. Hekimlere karşı tıbbi uygulamaları nedeniyle, Sağlık Bakanlığı tarafından açılacak rücu davaları ile ilgili 2022 yılında yapılan yasa değişikliğinin içeriğini biliyor musunuz?**

Evet

Hayır

**36. Yukarıda bahsedilen söz konusu yasa değişikliğinin anlatıldığı hastane eğitimine katıldınız mı?**

Evet

Hayır

## Klinik Branşlarda Çalışan Hekimlere Karşı Başlatılan Hukuki Süreçlerin Anksiyete ve Defansif Tıbbi Uygulamalar ile İlişkisi

### **LÜTFEN EĞİTİM BİTTİKTEN SONRA YANITLAYINIZ**

37. Tıbbi uygulamalarınız nedeniyle bir hukuki süreç yaşama ihtimalinizin sizde hissettirdiği kaygıyı 10 üzerinden puanlandırınız. (0=Hiç, 10=Aşırı düzeyde)

38. Mesleğiniz nedeniyle karşılaşılabileceğiniz hukuki süreçlere ilişkin bilginizi ne kadar yeterli buluyorsunuz? (0=Hiç yeterli değil, 10=Tamamen yeterli)

39. Hukuki süreçler ile ilgili az önce aldığınız eğitim sizin defansif tıbbi uygulama yapma ihtimalinizi nasıl etkiler?

- Çok azaltır
- Azaltır
- Değiştirmez
- Artırır
- Çok artırır

40. Yeni yasa değişikliği defansif tıp yapma ihtimalinizi nasıl etkiler?

- Çok azaltır
- Azaltır
- Değiştirmez
- Artırır
- Çok artırır

41. Anket sırasında yapılan hukuk eğitiminden ne kadar faydalandınız? (0=Hiç faydalanmadım, 10=Çok fazla faydalandım)

**42. Yeni yasa değişikliği, mesleğinizi icra ederken yaşadığınız kaygıları azaltır mı?**

Evet

Hayır

**43. Karşılaşabileceğiniz hukuki sũreçler ile ilgili periyodik olarak daha detaylı bilgi içeren eğitimler yapılmasını ister miydiniz?**

Evet

Hayır

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşe Gül	Soyadı	Yücesan
-----	----------	--------	---------

### Eğitim

Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Tıpta Uzmanlık	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Halk Sağlığı	2024
Yüksek Lisans	İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Hukuku (Tezsiz)	2020
Lisans	İstanbul Üniversitesi, Hukuk Fakültesi	2023
	Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi	2018
Ön Lisans	Anadolu Üniversitesi, İlahiyat (Açık Öğretim)	2017

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Araştırma görevlisi	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi	2019-2024

### Bildiği Yabancı Diller

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi
Arapça	Orta	Zayıf	Zayıf

### **Yabancı Dil Sınav Puanları**

Yabancı Dil Sınavı	Yabancı Dil Sınav Notu
TOEFL IBT MyBest Score	115/120 (Reading: 30, Listening: 30, Speaking: 27, Writing: 28)
TOEFL IBT	107/120 (Reading: 29, Listening: 26, Speaking: 27, Writing: 25)
YÖKDİL	96,25/100
YDS	93,75/100

### **Diğer Sınav Puanları**

Sınav türü	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES	91,18	90,23	88,75

### **Bilgisayar Bilgisi**

Program adı	Kullanma becerisi
SPSS	Çok iyi
Microsoft Office – Word	Çok iyi
Microsoft Office – Excel	Çok iyi
Microsoft Office – Powerpoint	Çok iyi
G*Power	Çok iyi
Mendeley referans yöneticisi	Çok iyi

### **Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri**

- Yücesan, B., Yücesan, A.G., “Defansif Tıbbi Uygulamaların Toplum Sağlığı Üzerine Etkileri”, III. Uluslararası Tıp Hukuku Kongresi Bildirileri Kitabı, Cilt: 1, s: 197-204, 2019.
- Yücesan, B., Yücesan, A.G., Yücesan, A.S., “Sağlık Personelinin Mesleği Dolayısıyla Hissettiği Mali veya Cezai Sorumluluk Baskısının Neden Olabileceği Olumsuz Sonuçlar”, IV. Uluslararası Tıp Hukuku Kongresi Bildirileri Kitabı, Cilt: 3, 2021.
- Yücesan, A.G., Ateş, V.S., Yasin, Y., Demir, F. “İstanbul’da Bir Üniversitede Öğrenim Gören Tıp Fakültesi Öğrencilerinin, COVID-19 ile İlgili Bilgi, Tutum

ve Enfeksiyon Kontrol Önlemlerine Uyumları”, 4. Uluslararası 22. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, s: 277, 2020.

- Demir, F., Kocagöz, A.Ş., Ateş, V.S., Zengin, R., Yücesan, A.G., Yasin, Y., Bakırcı, N., “Covid-19 Olası Vaka Tanımına Uyan ve İstanbul’da Bir Özel Hastaneye Başvuran Bireylerin Bazı Epidemiyolojik ve Klinik Özellikleri”, 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, s:1250-51, 2021.
- Yücesan, A.G., Ateş, V.S., Yasin, Y., Demir, F., “Knowledge, Attitudes, and Adherence To Preventive Measures of Medical Students Regarding COVID-19”, Authorea. June 01, 2021. DOI: 10.22541/au.162257510.07251521/v1
- Yücesan, A.S., Yücesan, A.G.: “Devletin Sahipsiz Köpek Saldırılarından İnsanları Koruma Yükümlülüğü: Yargı Kararları Üzerinden Bir İnceleme”, Şahin, Yusuf (Editör), Sahipsiz Köpekler, Bursa: Ekin Yayınevi, 2023, 315-327.

#### **Katıldığı Kurslar**

- Karadeniz Teknik Üniversitesi “Bilimsel Araştırmalar Yaz Seminerleri” SPSS ile Örneklem Yöntemleri ve Hipotez Testleri (2015)
- Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi “Endnote Kullanımı ve İntihal Eğitimi” (2016)
- Kanıta dayalı DynaMed Plus’ın klinik ve tıp eğitimi amaçlı kullanımı (2017)
- Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi “Temel İstatistik Eğitimi” (2016)
- İnsan Zararlarında Tazminat Kursu (2019)
- Sağlık Turizmi Hukuku Kursu (2019)
- Sistemik Derleme ve Meta-Analiz Kursu (2019)
- Çalışan Hakları ve Güvenliği Sempozyumu (2019)
- İş Sağlığı Epidemiyolojisi Kursu (2020)
- Araştırma Metodolojisi Kursu (2020)
- Kanıta Dayalı Tıp Kursu (2020)
- İletişim Becerileri Kursu (2020)
- Medikolegal Uygulamalar Kursu (2020)
- Temel Biyoistatistik Uygulamaları Kursu (2020)
- Etik Vaka Müzakeresi Kursu (2020)

- Yetişkin ve Çocuk İleri Yaşam Desteği Eğitimi (2020)
- Sağlık Hukuku İleri Eğitim Programı (2020)
- Araştırma Kalitesi ve Performans: InCites & Journal Citation Reports (2020)
- COVID-19: Operational Planning Guidelines and COVID-19 Partners Platform to support country preparedness and response (2020)
- Web of Science Core Collection: Keşif Burada Başlıyor! (2020)
- Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Kursu (2021)
- COVID-19 Filyasyon Kursu (2021)
- Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Temel Konular (HASAT) Kursu (2021)
- Temel Epidemiyoloji Kursu (2021)
- Niteliksel Araştırmalar kursu (2021)
- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 32. Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kursu Çevrimiçi Programı (1. Modül) 11 Ocak-18 Mart 2022

Çalışma Konuları: Bulaşıcı Hastalıklar Halk Sağlığı (Genel); Kavramsal Yaklaşımlar, Halk Sağlığı Uygulamalarında Biyoistatistik Yöntemleri, Epidemiyoloji, Sağlık Demografisi, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Yönetimi, Uluslararası Sağlık

- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 32. Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Eğitimi Çevrimiçi Kursu (2. Modül) 22 Mart-8 Nisan 2022

Çalışma Konuları: Afetlerde Sağlık Yönetimi, Çevre Sağlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği

- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 32. Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Eğitimi Çevrimiçi Kursu (3. Modül) 12 Nisan-27 Mayıs 2022

Çalışma Konuları: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Çocuk ve Adölesan Sağlığı, Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı, Küresel Sağlık Perspektifiyle Beslenme Sorunları, Okul Sağlığı, Toplum Beslenmesi, Yaşlı Sağlığı ve Hastalıkları; Küresel Perspektif, Yeti Yitimi

- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 32. Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kursu Çevrimiçi Programı (4. Modül) 31 Mayıs- 24 Haziran 2022

Çalışma Konuları: Ağız ve Diş Sağlığı, İlk Yardım, İnfodemi ile Mücadele, İnfografik Eğitimi, Sağlık Eğitimi ve Sağlığın Geliştirilmesi, Sağlık Hukuku, Şiddetin Önlenmesi, Toplum Ruh Sağlığı, Tütün Kontrolü ve Sigara Bağımlılığı Tedavisi, Yaralanmaların Önlenmesi

- Yetişkin ve ocuk İleri Yaşam Desteği Eğitimi (2024)
- Clinical Research with Limited-Budget (2024)

