

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİMLERİN TIBBİ HATA KAYGISI İLE DEFANSİF TIBBA YÖNELİK TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. BURAK NENG

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2023



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİMLERİN TIBBİ HATA KAYGISI İLE DEFANSİF TIBBA YÖNELİK TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. BURAK NENG

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. MEHMET AKMAN

İSTANBUL 2023

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda 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.

19.09.2023

Dr. Burak NENG

TEŞEKKÜR

Uzmanlık ve tıp öğrenciliği eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yaralandığım; tez sürecinde samimiyetini ve enerjisini benden esirgemeyen başta tez danışmanım değerli hocam sayın Prof. Dr. Mehmet Akman olmak üzere, hepsi birbirinden değerli bölüm hocalarım sayın Prof. Dr. Arzu Uzuner'e, sayın Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili'ye, sayın Prof. Dr. Pemra C. Ünalan'a ve sayın Prof. Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya'ya,

Tez sürecinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, bilimselliğin yanında sıcak bir aile ortamı, güven hissettiren değerli hocam Prof. Dr. Mehmet Akif İnanıcı ve Uzm. Dr. Fatih Hitami Usluoğulları ve kıymetli Marmara adli tıp anabilim dalı çalışanlarına, çalışma sürecinde sabırla destek olan Uzm. Dr. Alican SARISALTIK' a,

Eğitim hayatım süresince her zaman sevgi ve destekleri ile yanımda olan değerli annem Gülsen NENG, babam Sebati NENG ve ablam Burcu Çetin'e; Uzmanlık tezime çalışma sürecimde desteğini esirgemeyen ve yanımda olan değerli Ayşe Ateş ve Sinan Ateş'e ve bütün aileme;

Hayatıma girdiği andan itibaren varlığı için hep iyi ki var dediğim, varlığıyla hayatımın her anını özel kılan ve tez çalışmam boyunca sabır ve destek gösteren sevgili eşim Serap Ateş Neng'e ve zor zamanlarımda birazcık gülümsemesiyle bile içimi ısıtan canım oğlum Mustafa Uras NENG'e en içten sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Burak Neng

İÇİNDEKİLER

BEYAN i
TEŞEKKÜR ii
İÇİNDEKİLER iii
TABLO LİSTESİ iv
ŞEKİL LİSTESİ v
KISALTMALAR DİZİNİ vi
ÖZET vii
ABSTRACT x
1.GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Aile Hekimliği Tanımı, Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri 3
2.2. Tıbbi Uygulama Hatası 5
2.2.1 Tıbbi Uygulama Hatası Kavramları 5
2.2.2 Tıbbi Uygulama Hatası Sıklığı 9
2.2.3. Tıbbi Uygulama Hatalarının Önlenmesi 12
2.2.4. Tıbbi Uygulama Hatasına Hukuki Yaklaşım 13
2.2.5. Tıbbi Uygulama Hatasına İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası 15
2.2.6. Aydınlatılmış Onam ve Bilgilendirme Yükümlülüğü 16
2.2.7. Tıbbi Hata Kaygısı (Malpraktis korkusu) 16
2.3. Defansif Tıp 17
2.3.1. Defansif Tıp Kavramı 17
2.3.2. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları 19
2.3.3. Negatif defansif tıp uygulamaları 20
2.3.4. Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuki Boyutu 21
2.3.5. Defansif Tıp Maliyeti 22
2.3.6. Defansif Tıp Yaygınlığı 22
3. GEREÇ VE YÖNTEM 24
3.1.Araştırmanın Tipi ve Yeri 24
3.2. Araştırmanın Örneklemi, Evreni, Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri ve Hariç Tutulma Kriterleri 24
3.3. Veri Toplama Araçları ve Yöntemi 24
3.3.1 Sosyodemografik Özellikler 26
3.3.2 Malpraktis Bilgi Düzeyi Formu 26
3.3.3 Malpraktis Korku Ölçeği 27
3.3.4 Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği 27
3.3 Araştırma Zaman Planı 28
3.4. Analiz 28
3.5. Araştırma izinleri 29
4. BULGULAR 30
5.TARTIŞMA 47
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 56
7. KAYNAKLAR 58
8.EKLER 65
9.ÖZGEÇMİŞ 76

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri

Tablo 2. Hekimlerin Malpraktis Dava Şikâyet ve Eğitim Durumları

Tablo 3. Hekimlerin MKÖ, DTTÖ, MBDF Puanları

Tablo 4. Bireysel Özellikler ve Malpraktis Korkusu Düzeyi

Tablo 5. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ve Defansif Tıp Uygulamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6. Katılımcılarda Bireysel Özellikler, Defansif Tıp Tutumu ve Malpraktis Korkusu Arasındaki Korelasyonlar

Tablo 7. Hekimlerin Defansif Tıp Tutumuyla İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlar

Tablo 8. Bireysel Özellikler ve Malpraktis Nedeniyle Dava Açılma Durumu

Tablo 9. Bireysel Özellikler ve Malpraktis Davalarının Hekimlik Performansına Etkisinin Değerlendirilmesi

Tablo 10. Bireysel Özellikler ve Defansif Tıp Uygulamaları Kavramını Duymuş Olma

Tablo 11. Bireysel Özellikler ve Defansif Tıp Uygulamaları Kavramının İçeriği Konusundaki Bilgi Düzeyinin Öz Değerlendirmesi

Tablo 12. Bireysel Özellikler ve Malpraktis İddiasıyla Şikâyet Edilme Durumu

Tablo 13. Malpraktis Bilgi Düzeyi Formu (MBDF) Sorularına Verilen Yanıtlar

Tablo 14. Katılımcıların bireysel özellikleri ve malpraktis bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: WONCA Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler
Şekil 2: Tıbbi Hata ve Malpraktis
Şekil 3: Veri Toplama Yöntemi Akış Şeması

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı

TUKMOS: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi

WONCA: World Organization Of Family Doctors

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

MKÖ: Malpraktis Korku Ölçeği

DTTÖ: Defansif Tıp Tutum Ölçeği

MPBDF: Malpraktis Bilgi Düzeyi Formu

GMC: Genel Tıp Konseyi

ÖZET

Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Tıbbi Hata Kaygısı ile Defansif Tıbba Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Öğrenci Adı: Burak NENG

Danışmanı Adı: Prof. Dr. Mehmet AKMAN

Anabilim Dalı: Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Tıbbi uygulama hataları; Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılında yaptığı 44. Genel Kurulu'nda kabul edilmiş bildirgesine göre, "tedavi sırasında hekimin standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastayı tedavi etmemesinden dolayı oluşan zarar" şeklinde tanımlanmış; tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve komplikasyon gibi hekimin hatası olmayan durumlardan da ayırt edilmesi gerektiği şeklinde vurgulanmıştır.

Tıbbi hata kaygısı; hekimlerin mesleklerini yaparken haklarında tıbbi uygulama hatası davasının açılma ihtimalinden kaynaklanan korku şeklinde tanımlanmaktadır. Özellikle tıbbi uygulama hatası davalarının son yıllarda artmış olması hem hekimlik mesleğini hem de toplumu ciddi bir şekilde etkilemiştir.

Defansif tıp uygulamaları; hekimlerin tıbbi uygulama hatası davalarına dahil olmamak, hasta ve hasta yakınlarından gelebilecek olası şikayetlerden kaçınmak için korkuyla fazladan tahlil ve tetkik istemesi, gereksiz tıbbi prosedürler uygulaması, fazladan konsültasyon istemesi, tedavi süreci bitmesine rağmen hastayı fazladan yatırması, riskli olabilecek veya riskli tıbbi müdahale gerekebilecek hastaları sevk etmesi gibi tutum ve davranışlar ile genel tıbbi ilkelerden sapmaları olarak tanımlanmaktadır. Defansif tıp uygulamaları sağlık maliyetlerini artırabileceği gibi, hastaları gereksiz tanı ve tedavi işlemlerine sürükleyerek olası tıbbi uygulama hatası ve komplikasyon riskini artırmaktadır.

Bu araştırma aile hekimlerinin malpraktis korku düzeylerini ve defansif tıp tutumlarını ölçerek, tıbbi hata kaygısı ile defansif tıbba yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Nicel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmamızın evrenini, İstanbul'daki mevcut verilere göre aile sağlığı merkezinde çalışan 4965 aile hekimi oluşturmaktadır. %95 Güven düzeyinde ve %5 güven aralığında hesaplanan örneklem sayısı 357'dir. Katılımcılara araştırma hakkında bilgilendirici aydınlatılmış onam formu online (çevrimiçi) olarak iletildi. Katılımcılar onam verdikten sonra anket soru formunu doldurdu. Anket formu Google anket formuyla yapıldı. Araştırmamızda kullandığımız anket; 9 adet soru içeren sosyodemografik özellikler bölümü ,25 adet bilgi sorusunun olduğu doğru, yanlış, fikrim yok şeklindeki cevap şıklarını işaretleyebileceği malpraktis bilgi düzeyi formu, malpraktis korku seviyesini ölçmeyi amaçlayan 6 adet maddeden oluşan (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde 5'li likert tipinde yanıtlanabilecek malpraktis korku ölçeği ve 3 alt başlık 18 maddeden oluşan defansif tıp uygulamalarını ölçen 1=Hiç Katılmıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum şeklinde 5'li likert tipinde yanıtlanabilecek defansif tıp tutum ölçeği olmak üzere toplam 4 bölümden oluşmaktadır. Çalışmadan elde edilen verilerin analizi SPSS versiyon 23 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler sayı (n), oran (%), ortalama ve standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin analizi Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri; kategorik değişkenlerin analizi ki-kare testi ve Fisher'in kesin testi ile yapılmıştır. Korelasyon analizlerinde Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmamız Aile Sağlığı Merkezinde çalışan 395 aile hekimi ile yürütülmüştür. Katılımcıların yaş ortalamaları 38,07 yıldır (SS=8,42 yıl). Hekimlerin ortalama çalışma süresi 7,38 yıldır (SS=4,40 yıl). Katılımcılara unvanları sorulduğuna %44,8 (n=177) pratisyen, %35,9 (n=142) asistan, %19,2 (n=76) uzman yanıtını vermiştir. Katılımcıların %5,6'sı (n=22) malpraktis davasına dahil olduğunu belirtmiştir. Malpraktis iddiasıyla şikayet edilenlerin oranı %12,2 (n=48), tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim alanların oranı %28,4'tür (n=112) Hekim

olarak çalışılan süresi 10 yılın üzerinde olan hekimlerin defansif tıp tutum puanları (44,92 ± 14,53); ≤5 yıl grubu (48,62 ± 13,66) ve 6-10 yıl grubundan (49,76 ± 12,02) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (sırasıyla; p=0,047 ve p=0,004) Hekimlerde defansif tıp uygulamaları ölçek ve alt ölçek puanları ile malpraktis korku ölçeği puanları arasında orta düzeylerde istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. (Tümü için p<0,05). Bir başka deyişle MKÖ puanı ile DTTÖ puanının artışı pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Hekimlik mesleği süresi içerisinde malpraktis nedeniyle hakkında dava açılan hekimlerin oranı %5,8'dir (n=23). Katılımcıların büyük çoğunluğu malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünmektedir (%93,7, n=370).

Sonuç: İstanbul'da aile sağlığı merkezinde çalışan uzman, pratisyen ve SAHU asistanı hekimlerinin katıldığı çalışmaya göre, tıbbı hata korkusu arttıkça hekimlerin defansif tıp tutumunun da olumsuz yönde etkilendiği ancak malpraktis korkusunun bu tutumu etkileyen tek mutlak faktör olmadığı görülmüştür. Yaş artışı ile malpraktis korkusu ve defansif tıp uygulamaları azaldığından özellikle genç yaştaki hekimlere bu konuda eğitimler verilmeli, hekimin tıbbi hata kaygısı olmadan hastasıyla daha sağlıklı bir iletişim kurması sağlanmalıdır. Defansif tıp uygulamalarının çok yaygın olduğu, maliyetinin çok yüksek olduğu hem hastaya hem hekimlere ciddi zararlar verdiği görülmekte ve bu konuda önlemler alınması gerekmektedir. Tıbbi hata kaygısı ile ilgili hekimin üzerindeki baskıyı azaltan hukuki düzenlemeler yapılmalı, hekimlerin kendilerini daha güvende hissedeceği sağlık politikaları geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: tıbbi uygulama hatası, tıbbi hata kaygısı, defansif tıp, aile hekimliği, malpraktis, malpraktis korkusu, birinci basamak, malpraktis bilgi düzeyi, defansif tıp tutumu

ABSTRACT

Evaluation of the Relationship between Medical Error Anxiety and Defensive Medicine Attitudes of Primary Care Physicians

Student Name: Burak NENG

Advisor Name: Prof. Dr. Mehmet AKMAN

Department: Department of Family Medicine

Introduction and Aim: Medical practice errors; according to the declaration accepted at the 44th General Assembly of the World Medical Association in 1992, it is defined as "damage caused by the physician not performing standard practice, lack of skill, or failure to treat the patient" and emphasized that it should be distinguished from situations during medical care and treatment, such as complications, where the physician is not at fault.

Medical error anxiety is defined as the fear that physicians experience about the possibility of medical malpractice cases being filed against them while practicing their profession. Especially the increase in medical malpractice cases in recent years has had a significant impact on both the medical profession and society.

Defensive medicine practices are defined as attitudes and behaviors of physicians that deviate from general medical principles, such as avoiding involvement in medical malpractice cases, requesting excessive tests and examinations out of fear of potential complaints from patients and their families, performing unnecessary medical procedures, requesting additional consultations, admitting patients for longer than necessary, and referring patients who may be at risk or require risky medical interventions. Defensive medicine practices can increase healthcare costs and lead

patients to unnecessary diagnosis and treatment procedures, thereby increasing the risk of medical errors and complications.

This research aims to assess the relationship between family physicians' levels of malpractice fear and defensive medicine attitudes by measuring them, considering medical error anxiety and attitudes towards defensive medicine.

Materials and Methods: It is descriptive research in quantitative type. The population of our research consists of 4,965 family physicians working in family health centers in Istanbul according to existing data. The sample size calculated at a confidence level of 95% and a confidence interval of 5% is 357. Participants were provided with an informative informed consent form online. After obtaining consent, participants completed the survey questionnaire. The survey was conducted using Google Forms. The survey used in our research consists of 4 sections, including a sociodemographic characteristics section with 9 questions, a malpractice knowledge level form with 25 questions that can be answered as true, false, or I don't know, a malpractice fear scale consisting of 6 items that aim to measure malpractice fear with responses on a 5-point Likert scale ranging from (1) Strongly Disagree to (5) Strongly Agree, and a defensive medicine attitude scale consisting of 3 subsections and 18 items measuring defensive medicine practices on a 5-point Likert scale ranging from (1) Strongly Disagree to (5) Strongly Agree. Data obtained from the study were analyzed using SPSS version 23 statistical package program. Descriptive data were presented as number (n), percentage (%), mean, and standard deviation values. The normal distribution of the data was evaluated using Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests. The analysis of continuous variables was performed using the Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests; the analysis of categorical variables was conducted using the chi-square test and Fisher's exact test. Spearman's rank correlation coefficient was used in correlation analyses. A significance level of $p<0.05$ was accepted for all analyses.

Results: Our research was conducted with 395 family physicians working in Family Health Centers. The mean age of the participants is 38.07 years (SD=8.42 years). The average duration of physicians' work is 7.38 years (SD=4.40 years). When asked about their titles, 44.8% (n=177) stated that they were general practitioners, 35.9% (n=142) assistant physicians, and 19.2% (n=76) specialists. 5.6% (n=22) of the

participants stated that they were involved in malpractice cases. The rate of those complained about with malpractice allegations is 12.2% (n=48), and the rate of those who received education on medical errors or malpractice is 28.4% (n=112). The defensive medicine attitude scores of physicians who have worked for more than 10 years (44.92 ± 14.53) were statistically significantly lower than those of the ≤5 years group (48.62 ± 13.66) and the 6-10 years group (49.76 ± 12.02) (p=0.047 and p=0.004, respectively). Moderate statistically significant correlations were found between physician defensive medicine practices scale and subscale scores and malpractice fear scale scores ($p<0.05$ for all). In other words, an increase in the malpractice fear score and the defensive medicine attitude score is positively related. The rate of physicians who have been sued for malpractice during their professional career is 5.8% (n=23). The vast majority of participants believe that malpractice cases will affect their medical performance (93.7%, n=370).

Conclusion: According to the study in which specialists, general practitioners, and assistant physicians working in family health centers in Istanbul participated, as the fear of medical error increases, physicians' defensive medicine attitude is negatively affected. However, it is observed that the fear of malpractice is not the only absolute factor affecting this attitude. Since the fear of malpractice and defensive medicine practices decrease with age, especially young physicians should be provided with training in this regard, and measures should be taken to ensure that physicians can communicate with their patients more effectively without the fear of medical errors. Defensive medicine practices are widespread, have a high cost, and cause serious harm to both patients and physicians, so precautions need to be taken in this regard. Legal regulations that reduce the pressure on physicians related to the fear of medical errors should be made, and health policies that make physicians feel safer should be developed.

Keywords: medical error, medical error anxiety, defensive medicine, family medicine, malpractice, malpractice fear, primary care, malpractice knowledge level, defensive medicine attitude.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Tabipler Birliği tıbbi uygulama hatalarını 1992'de, 44. Genel Kurulu Bildirgesi'nde, "tedavi sırasında hekimin standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastayı tedavi etmemesinden dolayı oluşan zarar" şeklinde tanımını yapmış; tedavi sürecinde hekimin istemeden hata yapmasından meydana gelebilecek komplikasyonla da karıştırılmaması gerekliliğini vurgulamıştır [1].

Defansif tıp; hekimlerin dava edilebilme kaygısı ile tetkik ve konsültasyonları, gerekmediği halde istemesi ve hekimin yüksek riskli hastalar veya hastalıklardan kaçınması olarak ifade edilmektedir [2].

Tıbbi hata kaygısı; hekimlerin mesleklerini yaparken haklarında tıbbi uygulama hatası davasının açılma ihtimalinden kaynaklanan korku şeklinde tanımlanmaktadır. Özellikle tıbbi uygulama hatası davalarının son yıllarda artmış olması, hekimleri ve toplumu ciddi bir şekilde etkilemiştir. Başarısız tedaviler tıbbi uygulama hatası iddiaları ile sonuçlanmaktadır. Bununla birlikte tıbbi uygulama hatası iddia ve davalarına çok fazla ilgi duyan medya, hekimlerin tıbbi hata kaygısını artırmaktadır [3]. Literatürde tıbbi hata kaygısı; hastanın sağlığının bozulmasına, sağlık hizmetlerindeki maliyet artışına, hekimin psikolojisinin bozulmasına ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır [4].

Yapılan bir çalışmaya göre tıbbi uygulama hatası davasına dahil olan hekimlerin, tıbbi uygulama hatası davasına dahil olmayan hekimlere göre; tıbbi uygulama hatası sebebiyle şikâyet edilmiş olan hekimlerin, şikayet edilmeyenlere göre; etrafında tıbbi uygulama hatası sebebiyle şikâyet edilmiş meslektaşı olan hekimlerin, şikayet edilmeyen hekimlere göre ve etrafında tıbbi uygulama hatası davasına dahil olmuş olan meslektaşı olan hekimlerin tıbbi uygulama hatası davasına dahil olmayanlara göre tıbbi hata kaygı seviyesi yüksek tespit edilmiştir [5].

Tıbbi hata korkusunun defansif tıp uygulamalarını etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu bilinmektedir [6]. Türkiye'de çalışan hekimler birçok çalışmaya göre defansif tıp uygulamaktadırlar. [7]. Tıbbi hata kaygısından

kaynaklanabilecek defansif tıp uygulamalarının etkilerine bakacak olursak; tıbbi hata kaygısı hekimi yapması gereken tıbbi tedavilerden uzaklaştırabileceği gibi hekimin çok fazla koruyucu yaklaşım göstererek tanı ve tedavinin tıbben doğruluğunun artmasına da katkı sağlayabilir [8].

Defansif tıp uygulamaları sağlık maliyetlerini artırabileceği gibi hastaları gereksiz tanı ve tedavi işlemlerine sürükleyerek olası tıbbi uygulama hatası ve komplikasyon riskini artırmaktadır [9]. Amerika Birleşik Devletleri'nde tomografi istemlerinin 1/3'ü, başka bir çalışmada ise %38'inin gerekli olmadığı bildirilmiştir. Önümüzdeki yıllarda hastanelerde çekilen bilgisayarlı tomografilerden yayılan radyasyondan dolayı % 1,5 ile %2 arası bir oranda onkolojik vaka beklenmekte ve bu da defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemi üzerindeki problemi göstermektedir [5].

Yapılan çalışmalarda aile hekimleri hastalarını tedavi ederken bazı riski yüksek hastaları tedavi etmekten kaçınarak hastayı sevk edip defansif tıp tutumu sergiledikleri görülmektedir [10]. Franks ve arkadaşlarının 187 hekim ile yapılan çalışmasında hekimlerin malpraktis korku seviyesi yüksek bulunmuştur [11].

Başer ve arkadaşlarının aile hekimleri ile yaptığı bir araştırmada hukuki problemlerden uzak durmak amacıyla hastalara daha detaylı açıklamalar yaptıkları saptanmış, yaş ilerledikçe hukuki problemlerden uzak durmak amacıyla hastalara daha fazla vakit ayırdıkları tespit edilmiştir [12].

Bu araştırma aile hekimlerinin malpraktis korku düzeylerini ve defansif tıp tutumlarını ölçerek, tıbbi hata kaygısı ile defansif tıbba yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği Tanımı, Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri

World Organization of Family Doctors (WONCA)' nın tanımına göre; aile hekimi hastalara bakım sağlarken kapsamlı ve sürekli şekilde bakım sağlayan, hekim hastalara karşı herhangi bir ayrımcılıkta bulunmadan hastaların kişiliklerine sürekli saygılı olan, bakımlarını da sağlarken hastaların kendisini, ailesini, toplumunu ve kültürünü gözeterek hizmet eden, onların sağlık savunuculuğunu yapan, etik değerleri gözeten ve aile hekimliği disiplininin ilkeleri doğrultusunda tutum geliştirmek üzere eğitim almış olan hekimlerdir. Aile hekimliği 12 önemli özellik barındırmakta ve şekilde gösterildiği gibi bu özellikler aile hekiminde olması gereken 6 çekirdek yeterlilikle WONCA'nın ağaç dallarında birleşir. (Şekil 1) [13].



Şekil 1: WONCA Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri.

Aile hekiminin çekirdek yeterlilikleri aile hekiminin edinmesi ve davranışlarına yansıtması beklenen temel profesyonellik davranışlarıdır. Bununla birlikte aile hekimliğini tanımlayan hekimlerin sahip olması istenen 12 temel özellik bulunmaktadır. Aile Hekiminin çekirdek yeterlilikleri (1, 2, 3, 4, 5, 6) ve 12 temel özellikleri (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l):

1. Birinci basamak yönetimi (a, b):

a. “Sağlık kuruluşları ile ilk karşılaşma noktasını oluşturmaktalar”; cinsiyetine, yaşına ya da hastanın herhangi özelliğine bakmadan tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

b. “Sağlık için ayrılan kaynakların etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamaktadır”. Bu sayede hastaların bakım koordinasyonunu yaparak, başka sağlık personelleriyle uyum içinde çalışıp ihtiyaç halinde de diğer hizmetlerle temas içerisinde olup başka sağlık uzmanlarına yönlendirebilir.

2. Kişi merkezli bakım (c, d, e, f):

c. “Hastaya, ailesine ve topluma karşı kişi-merkezli bir yaklaşımda bulunmaktadır.”

d. “Hastanın güçlenmesi ve kendi bakımını üstlenmesini teşvik eder.”

e. “Kendilerine özgü hastayla görüşme süreçleri içerirler.” Bu durum da iyi bir iletişim neticesinde doktor ile hastası arasında zamanla oluşan kendine özgü bir ilişki kurulmasını sağlamaktadır.

f. “Hastanın ihtiyaçları neticesinde belli olan sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasından sorumlu olmaktadır.”

3. Özgün problem çözme becerileri (g, h):

g. “Hastalıkların toplumdaki prevalanslarına ve insidanslarına göre özgün bir karar verme süreçleri olmaktadır.”

h. “Erken evrede henüz ayrışmamış ve uygun girişim gerektirebilen hastalıkları yönetmektedir.”

4. Kapsamlı yaklaşım (i, j):

i. “Hastalara ait hem akut hem de kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetmektedir.”

j. “Uygun ve etkili girişimler sayesinde sağlık ve iyilik durumlarını geliştirmektedir.”

5. Toplum yönelimli olma (k):

k. “Toplum sağlığı adına olmak üzere, topluma yönelik çalışarak önemli sorumluluklar üstlenmektedir.”

6. Bütüncül yaklaşım (l)

l. “Sağlık problemlerini fiziksel, toplumsal, ruhsal, kültürel ve varoluş boyutları ile incelemektedir.” [13].

2.2. Tıbbi Uygulama Hatası

2.2.1 Tıbbi Uygulama Hatası Kavramları

“Hata” kelimesinin anlamına bakıldığında eylemin tamamlanamaması veya bir planın amaçlandığı doğrultuda bitirilememesi ya da belirlenen amaca varmak için planın yanlış şekilde kullanılmasıdır [14].

Dünya Tabipler Birliği 1992 deki 44. genel kurulda tıbbi uygulama hatasını “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde ifade etmiştir [15].

Literatürde “neredeyse hata”, “ramak kala olay” olarak ifade edilen ve ya “near miss” olarak kullanılan bu kavram; tıbbi bakım sürecinde meydana gelen, hasta henüz zarar görmeden önce bulunup düzeltilen hatalar olarak tanımlanır [16].

“İstenmeyen (advers) olay”; hastanın altta yatan hastalığından ziyade hastaya uygulanan tıbbi süreçten kaynaklanan, hastada ölçülebilir bir sekel bırakan veya hastanede yatış sürecini uzatan istenmeyen yaralama olarak belirtilmiştir [17]. İstenmeyen olaylar önlenebilir veya önlenemez şeklinde olabilir. Önlenebilir advers olay; hasta zamana uygun şekilde ve normal bakım standartlarını almış olsaydı meydana gelmeyecek olan advers olaylardır. Önlenemez advers olay ise mevcut duruma bakıldığında önlenemeyen bir komplikasyondan kaynaklanan olumsuz bir olay olarak tanımlanır [17].

Hukuki olarak “izin verilen risk” ifadesinin tıbbi uygulamalardaki karşılığını ifade eden komplikasyon; hekimin tedavi sürecindeki yaptığı uygulamalar sırasında hastada oluşabilen ya da gelişebilen yeni bir hastalık veya mevcut hastalık tablosunun üstüne eklenen yeni tıbbi bir sorundur. Bir tıbbi uygulama sürecinde oluşabilecek komplikasyonlara baktığımızda;

-öngörülemeyen,

-öngörülebilen ancak önlenemeyen,

-öngörülebilen ve göze alınmış,

-öngörülebilen ve önlemi alınmış şeklinde sınıflandırılabilir [22].

Komplikasyon gelişiminin doğal bir süreç olarak kabul edilmesi için komplikasyon olduğunda, sağlık personelinin kusurlu olmaması ve bazı şartları yerine getirmiş olması gerekmektedir. Bu şartlara baktığımızda; hastaya yapılmış olan tıbbi uygulamanın hukuki sorun teşkil etmemesi gerekmekte ve hastada olabilecek komplikasyonlar hakkında önceden hastaya bilgi verilmiş olmalıdır. Bununla birlikte sağlık personelinin komplikasyonlar hakkında bilgisi olmalı, tanısını koyabilme ve yönetebilme konusunda üstüne düşeni uygulamış olması gerekmektedir [18].

Bu nedenle, Tıbbi Deontoloji Nizamname Madde 13'te "Tabip ve diş tabibi, ilmî icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez." belirtildiği gibi güncel tıp uygulamalarının kabul edilen sınırları içinde olan tıbbi müdahaleler sebebiyle hastada istenmeyen olumsuz sonuçlar oluşsa bile hekime herhangi bir sorumluluk yüklenemez. Tüm bunlara rağmen istenmeyen bir sonuç meydana geldiğinde ise bu duruma yönelik gerekli önlemleri almaması durumunda tıbbi uygulama hatası gündeme gelecektir [19]**.**

Tıbbi hata birçok boyutu karşılayan bir kavramdır ve hem Türkiye'deki hem de Dünya'daki çalışmalara bakıldığı zaman malpraktis ve komplikasyon kavramları birbirleriyle karışmaktadır. Tıbbi hata ile malpraktis çoğu zaman aynı anlamı içeriyor gibi kullanılsalar da birbirlerinden anlam olarak çok farklıdır. Malpraktis (tıbbi uygulama hatası), sağlık sunucusunun bilgisiz, dikkatsiz, özensiz olması veya tıbbi standartlar çerçevesinde yapması gereken işlemleri yapmaması sonucu hastada oluşacak, öngörülebilen ve engellenebilen bir zararın gerekenin yapılmaması sonucu ortaya çıkmasıdır [20].

Sağlık hizmeti veren sunucuların hastaya her uyguladığı tıbbi teşhis ve tedavi neticesinde tıbbi hata sonucunda hasta zarar görmeyebilir. Örneğin, tedavi uygulama sürecinde hastaya yanlışlıkla fazla dozda ilaç verilmesi hastada herhangi bir zarar oluşturmayabilir ve bu ilacın fazla dozda verilmesi neticesinde hastada bir zarar

oluşmamış olsa bile bu bir tıbbi hatadır. Malpraktiste hasta tedavinin fazla verilmesi neticesinde mutlaka zarar görmüştür. Dolayısıyla uygulanan tedavilerde tıbbi hatalar da her zaman hasta zarar görmemekte ve bu zararlar ortaya çıkmamaktadır. Şekilde de gösterildiği gibi malpraktisin olduğu her durumda tıbbi hata yapılmışken tıbbi hatanın olduğu her durumda malpraktis vardır denilememektedir [21].



Şekil 2: Tıbbi hata ve Malpraktis.

İhmal; tıbbi uygulama hatası (malpraktis) tanımının öğelerinden biridir. Ancak İngiltere ve eski İngiliz sömürgeleri kaynaklı literatürde "medical/clinical negligence" olarak, İspanyolca kaynaklarda ise "negligencia médica" olacak şekilde tıbbi malpraktis ile aynı anlamda kullanılmakta olan bir kavramdır. Hukuki bakış açısından ihmal, standart tıbbi bakıma ulaşmada başarısızlık olarak kabul edilir [22]. Tıbbi ihmal, temel olarak hastanın yaralanmasına sebep vermemek için standart özenin gösterilmemesidir. İhmalin oluşabilmesi için öncelikle sağlık hizmeti kuruluşunun ya da uygulayanın standart bakım görevinin ihlal edilmiş olması, bakım gören kişinin yaralanmasın gerçekleşmesi ve yaralanmanın nedeninin özen yükümlülüğünün ihlal etmiş olması gerekir [23].

Tıbbi malpraktis; 1768 yılında ilk defa Sir William Blackstone'ın yazdığı "İngiltere'nin Kanunları Üzerine Yorumlamalar (Commentaries on the Laws of England)" adlı eserde Latince'de kötü anlamı olan "malus" ve uygulamak anlamı olan "practicare" kelimelerinden türetilerek "mala praxis" şeklinde kullanılmış ve

hekimlerin ve eczacıların ihmalkarlık ya da beceri eksikliğiyle, hastayı zarara uğratma ve hekimin güvenin sarsılması olarak tanımlamıştır [24]. Malpraktis kelime olarak; uygunsuz, yasadışı veya ihmalkâr anlamına gelmekle birlikte mesleki olarak tıbbi malpraktis kelimesi ise bir tıbbi hizmet uygulayıcısının, bir hastanın tedavisi esnasında tıp normlarından saparak ve hastanın yaralanmasına sebep olan eylemi yada ihmali olarak tanımlanmaktadır [25].

Tıbbi malpraktis kavramı "sağlık hizmetinden kaynaklanan zarar" ya da "tıbbi uygulama hataları" gibi birçok farklı şekilde Türkçe karşılıkları mevcut olsa bile hala tam karşılığı konusunda literatürde tartışmalar mevcuttur. Türk Tabipleri Birliği "sağlık hizmetinden kaynaklanan zarar", "tıbbi uygulama hataları" ifadeleri şeklindeki malpraktis kavramının anlamına karşılık bulma çabasını sürdürmektedir [21].

Tıbbi uygulama hatalarını sınıflandıracak olursak;

-tıbbi işlemden kaynaklanan,

-ihmalkarlık ve uygulama yapımından kaynaklanan,

-tanı koyma, tedavi verme ya da koruyucu tedavi uygulamalarından kaynaklanan ve

-ekipman, sistem hataları vs. gibi diğer hatalardan kaynaklanan olmak üzere dört kısma ayrılır [26] [27].

Tıbbi uygulama hataları, aynı zamanda medikasyon ve cerrahi hatalar olmak üzere ikiye ayrılmakta; bunlardan en sık görülen medikasyon hataları hastaneye ayaktan başvuran ve yatarak tedavi gören hastalara ilaç tedavisi verildiği esnada ilaçların uygulanması sürecinde oluşan, çoğunlukla önlenebilir olan hatalardır [26] [27].

Başka bir araştırmada tıbbi hataları sınıflandırırken; hastalara ulaşmayan hatalar, ulaşıp bir zararı olmayan hatalar ve ulaştığında zararı olan hatalar olacak şekilde üçe ayrılmıştır [28].

Tıbbi hataların kaynaklandığı nedenlere bakıldığında; "insan", "kurumsal" ve "teknik" olmak üzere üç ana nedeni vardır. Yoğunluktan dolayı yorgunluk, yeterli olmayan eğitim, iletişim problemleri, zamanın yetmemesi, yanlış kararlar verilmesi gibi problemler insana bağlı tıbbi hatalardır. İşyerinin fiziki olarak yetersizliği, üretilen yanlış sağlık politikaları, idarideki yöneticiler, sağlık personelinin adaletsiz

dağıtımı, kurumların sorunları çözme yetersizliği gibi nedenler kurumsal kaynaklı sorunlara sebep olmaktadır. Yetersiz olan cihazlar ve eksik olan cihazlar gibi sorunlar da teknik tıbbi hata nedenleridir. Tıbbi hatalara en fazla neden olan; "kişi" ile ilişkili olan faktörlerdir [21].

Tıbbi hata sonucu birçok ölüm meydana gelmektedir ve bu ölümler hasta hekim ilişkisine çok ciddi zarar vermektedir. Hipokrat'ın "primum non nocere (öncelikle zarar verme)" ilkesi günümüz için de geçerli olmakla birlikte, hekimin hastanın durumunun kötüleşmesine sebep vermeden iyileşmesine katkı sağlaması gerekmektedir. ABD'de 1997' de "Institute of Medicine" ın yaptığı çalışmaya 33.6 milyon hastanede yatmakta olan hasta dahil edilmiş, tıbbi hatalar nedeniyle yılda 98.000 hastanın öldüğü tahmininde bulunulmuştur [21].

Diğer hekimlere göre nispeten daha az invaziv girişimde bulunan birinci basamaktaki aile hekimi, girişimsel uygulamalara dayalı uzmanlıklara göre, tıbbi uygulama hatası iddiasıyla daha az karşılaşmıştır. Aile hekimliğinde meydana gelen tıbbi hatalı uygulamalara bakıldığında birçoğu girişimsel işlemlerden çok, tanı koyma ile ilgilidir. Yapılan bir çalışmaya göre uzmanlıkların tıbbi uygulama hatasından dolayı şikâyet edilme sıklıklarına sırasıyla bakıldığında; ilk sırada kadın hastalıkları ve doğum, ikinci sırada iç hastalıkları olup sonrasında üçüncü sırada aile hekimliği yer almaktadır [29].

2.2.2 Tıbbi Uygulama Hatası Sıklığı

Ulusal Tıp Enstitüsü yayınlamış olduğu raporda; ABD'de bir yılda 44.000 ile 98.000 arasında hastanın tedavi görürken önlenebilir tıbbi hatalardan dolayı öldüğünü tahmin etmekte ve bu ölen hastanın trafik kazaları, akciğer kanserleri ya da AIDS sebebiyle gerçekleşen ölümlerden daha fazla olduğunu belirtmiştir. ABD' deki hastanelerde yatarak tedavi görmekte olan 770000 ile 2000000 kadar hastada ilaç tedavisi uygulama hatası yapıldığı saptanmıştır. İngiltere'de ilaç uygulama hataları sebebiyle 2001'de 1200 hastanın öldüğü tahmin edilmekte olup bu ilaç uygulama hatalarının son yıllarda %500 arttığı kaydedilmiştir [26].

Blendon ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan ve 831 hekimin dahil olduğu araştırmada, hekimler tıbbi hataya bağlı %6 oranında sakatlık, %18 oranında ise ölüm bildirmiştir ve çalışmaya konu olan bu hekimlerden yalnızca %5'lik kısmı tıbbi hata uygulamalarını en önemli problemlerden biri olarak görmüştür [30]. Aynı çalışmada hekimlerin çoğu, dünya üzerinde bulunan hastanelerde ve çeşitli sağlık kurumlarında beş bin ya da daha az ölüm olayının çeşitli nedenlerden dolayı önlenebilir tıbbi hatalar olabileceği sonucu olduğunu bildirmiş ve çalışmaya dahil olan hekimlerin %53'ü, hemşirelerin hastanede hasta bakımında ve tedavi uygulama konusunda yetersiz kalabileceğini düşünmekte, %50 oranında ise sağlık çalışanlarının fazla mesaisi sonucu meydana gelen yorgunluklarının tıbbi hataların sebepleri arasında olduğunu belirtmektedir [30].

Garbutt ve arkadaşlarının (2007) 439 hekimin içerisinde bulunduğu araştırmada hekimlerin tıbbi uygulama hatasına karşı tecrübeleri sınıflandırılmış ve hekimlerin birbirleriyle hata bilgilerini hangi derecede paylaştığı ve hekimlerin hasta yakınları ile tıbbi uygulama hataları konusunda ne şekilde iletişim kurdukları değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonucunda hekimlerin %76'sı tıbbi hataların verilen sağlık hizmetlerindeki bütün hatalardan daha önemli olduğunu vurgulamıştır. Hekimlerin %56'sı ise tıbbi uygulama hatalarının çoğunlukla hastadan, hekimden ya da hasta yakınlarından değil, sistem kaynaklı olduğunu bildirmiştir. Hekimlerin %97'si sadece ciddi hataların tıbbi uygulama hatası davalarına konu olabileceğini düşünmekte, hekimlerin %82'lik kısmı ise küçük tıbbi hataların yetkili birimlere bildirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin %91'i oluşan tıbbi hataları kendi meslektaşları ile tartıştığını dile getirmiş, hemen hepsi ise tıbbi uygulama hatası durumlarını kendi hastaları ya da hasta yakınları ile konuştuğunu ve de onlara bu durumu açıkladıklarını ifade etmişlerdir [31].

ABD'de 1984 yılında New York'ta, rastgele seçilen 51 hastaneden taburcu olan 30000 fazla kişinin kayıtlarına bakılarak yapılan Harvard Tıbbi Uygulama Çalışması (Harvard Medical Practice Study)'na göre istenmeyen olay görülme oranı %3,7 bulunmuştur. İstenmeyen olayların ise %58'inin önlenebilir olduğu bulunmuş, istenmeyen olayların %27'sinde ise ihmal olduğu belirtilmiştir. Sonrasında yapılmış olan Colorado ve Utah çalışmalarına göre ise istenmeyen olay görülme oranı %2,9 olarak tespit edilmiş ve istenmeyen bu olayların %53'lük kısmının önlenebilir olaylar

olduğu, istenmeyen olayların %29,2'sinde ise ihmal bulunduğu hesaplanmıştır. Bu araştırmalara göre hazırlanan "Hata İnsana Özgüdür: Daha Güvenli Bir Sağlık Sisteminin İnşası" raporunda ABD'de 1997 yılında gerçekleşen 33,6 milyondan fazla hastane başvurusuna bakıldığında, önlenebilir tıbbi hataların bir neticesi olarak yılda 44 bin ile 98 bin arasında hastanın hayatını kaybettiği çıkarımı yapılmıştır [16].

ABD'de Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü başkanı 2010 yılında yaptığı bir açıklamada hastanelerde tıbbi hatalara bağlı ölüm olgularının sayısını 180.000 olarak belirtmiştir [32]. ABD'de yapılan başka bir araştırmada ise tıbbi uygulama hatalarında yılda yaklaşık 250 bin hastanın öldüğü ve tıbbi uygulama hatalarından kaynaklanan ölüm sayısı kardiyovasküler ve malignite sebepli ölümlerden sonra üçüncü olduğu ifade edilmiştir [33].

Brighton şehrinde 1990-1992 yılları arasında yapılan bir araştırmada tıbbi hata ya da istenmeyen tedavi sonuçları gelişen vakalar üzerine 12 uzmanlık dalından hastaneye başvuran 15.000 hastanın bilgileri incelenmiş ve araştırmaya göre; hastaların %21'lik bir oranın göz ardı edilebilir olduğu ancak hastaların %11'nin ise hastanın sağlığı üzerine büyük etki yaptığı bildirilmiştir. Bununla birlikte İngiltere'de yapılan tıbbi uygulama hataların diğer ülkelerle karşılaştırıldığında büyük çoğunluğunun hakkında yasal işlem yapılmadığı sonucuna varılmıştır [34].

İsveç'te bulunan Lund Üniversitesi'ndeki yapılan bir araştırmaya göre 273 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelenmiş ve araştırma sonucuna göre en yaygın olarak tedavi hatalarının görüldüğü, araştırmada ki hataların ve istenmeyen olayların diğer ülkelerle aynı oranlarda çıktığı bildirilmiştir [35].

Top ve arkadaşlarının (2008) 236 hekimle gerçekleştirdikleri araştırmalarında hekimlerin az sürede çok hasta bakmaları neticesinde yorgunluk, moral kaybı ve bitkinlik ile birlikte tıbbi uygulama hatalarında artışın meydana geldiğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte hekimler bu konuda kendilerini de eleştirerek bazı branşlarda görev yapan hekimlerin bilgi eksikliklerinin de tıbbi uygulama hatasına yol açtığı görüşünü savunmuşlardır [36].

Uğrak ve arkadaşlarının (2019) 248 hekimle yaptıkları araştırmada, katılımcı hekimler gerçekleşen tıbbi hataların büyük bölümünün çalışma şartlarından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Katılımcıların büyük çoğunluğu meydana gelen tıbbi uygulama hatası durumlarının hasta ve hasta yakınlarına açıklanmasını ve meydana

gelen bu durumun meslektaşlar ile tartışılması gerektiğini belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan hekimlerin geneli tıbbi hataya karşı bilinçli bir şekilde davranmakta ancak katılımcı hekimlerin %22,6'sı tıbbi hata raporlamayı nasıl yapacağını bilmediğini söylemektedir. Bununla birlikte çalışmaya katılan hekimlerin tamamı yapılan tıbbi hatayı, tedavi alan hastalar iyileşmiş olsa bile onlara açıklama gereği hissetmektedir [5].

2.2.3. Tıbbi Uygulama Hatalarının Önlenmesi

İngiltere Genel Tıp Konseyi, 13 Kasım 2006 tarihinde iyi hekimlik uygulamaları raporu yayınlamış ve bu raporda hasta hekim güveni ile ilgili gerekli durumları açıklamış ve tıbbi hataların önlenmesi için önerilerde bulunmuştur. Bu önerilere bakıldığında;

- klinik uygulama rehberleri oluşturulmalı,

-klinik karar verme destek sistemleri geliştirilmeli,

-davranış değişikliğini sağlayacak eğitim programları müfredatlara konulmalı,

- yasal önlemler ve akreditasyonlar alınmalı,

-ulusal hasta güvenliği merkezi kurulmalı,

-tüm sağlık tesislerinde isteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sistemi kurulmalı,

-hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara sağlık hizmetlerini ödeyenler tarafından öncelik verilmeli,

-sağlık hizmeti veren kurumlarda "hasta güvenliği" kültürü oluşturulması önerilerinde bulunmuştur [27].

2.2.4. Tıbbi Uygulama Hatasına Hukuki Yaklaşım

Hekimlerin çalışma şartlarını belirleyen yasal düzenlemeler mevcut olmasına rağmen tıbbi uygulama hatasının nasıl cezalandırılacağına dair ceza kanununda ve medeni kanunda sorumluluklarını düzenleyen hekime özgü bir madde yoktur. Mesleki ve etik kurallar hekimlerin uymakla yükümlü olduğu ve yasal olarak sorumlu olduğu esas kurallardır. Hekimin yaptığı fiil sonucunda hastada bir zarar meydana gelirse, bu zararda hekimin kusuru mevcut ise ve bu zarardan doğan sonuç ile hekimin fiili arasında nedensellik (illiyet) bağı varsa ve hekim hukuka aykırı bir fiil işlemişse hekim yasal olarak sorumlu olabilir. Bu şekilde oluşan suçlar ceza davalarının konusunu oluşturmakta ve haksız bir fiili mevcut olduğunda da tazminat davası gündeme gelmektedir [1].

Yapılan Tıbbi uygulama hatasının durumuna göre bazı kavramlar ve farklı cezai yaptırımlar mevcuttur. Durumun büyüklüğüne göre; Ceza Kanunu Madde 89'da hekimin hastanın taksirle yaralanmasına neden olması, Madde 85'te hastanın taksirle ölümüne neden olması, Madde 83'te kasti şekilde ihmalle ölümün meydana gelmesi gibi durumlardan bahsedilebilir [1].

Taksirde kişi bir sonucu öngörür ancak istenmeyen sonuç meydana gelir. Öngörebilmesi gerekli sonuç hekim tarafından öngörülemiyor ise basit taksir; öngörebilmesine rağmen hekimin kendisine güvenerek hastada istenmeyen olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına "bilinçli taksir" denilmektedir [37]. Bilinçli taksirin basit taksire göre ceza oranları daha yüksek olmaktadır [37].

Kasten öldürmenin tıp uygulamalarında yeri yoktur. "Olası kast" kavramı tıp uygulamalarında ihmali bir davranışla kast gerçekleşirse söz konusu olabilir. Örnek verilecek olursa hastaneye gelen acil bir hastaya orada bulunan hekimin müdahale etmemesi ya da hastanede bulunması gereken hekim o esnada görev yerinde olmaması gibi durumlarda olası kast tartışılmaktadır [37].

Tazminat davası ise Borçlar Kanunu'ndaki 41. ile 42. Madde'de belirtilen tıbben hastaya bir zarar gelmiş ise ispatlaması hasta yakınları ya da hastalara düşmekte ve onlar tarafından açılabilen davalardır. Bu davalar Özel Hukuk içerisinde olup kusurlu belirlenen hekimler tarafından ödenmesi gerekmektedir [1].

Hekimlerin yalnızca cezai sorumlulukları ve hukuki sorumlulukları mevcut olmayıp aynı zamanda meslek odalarının belirlediği mesleki etik sorumlulukları ve çalıştığı yerdeki idarenin belirlediği sorumlulukları da mevcuttur [1].

Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) 2005 yılında yapılan değişiklikler, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın devreye sokulması, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin içeriğinde 2014 yılında yapılan değişiklikler, illerde Hasta Hakları Kurulları oluşturulması ile hastaların hekimleri şikayet etmelerinin kolaylaştırılması ve kamuoyunun artan ilgisi sonucunda Türkiye'de de tıbbi uygulama hatası konusu gündeme daha sık gelmeye başlamış ve tıbbi uygulama hatası iddia sayıları artmış, bilirkişilik kurumlarına yapılan tıbbi uygulama hatası başvurularında artış görülmüştür [38].

Tüm dünyada ve ülkemizde tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davalarda önemli düzeyde artış görülmektedir. Bu davalar neticesinde sağlık çalışanları çeşitli yasal yaptırımlarla karşılaşabilmektedir. Aynı zamanda tıbbi uygulama hatası iddialarıyla açılan davalar, hekimlerin uzmanlık kariyeri tercihinde, defansif tıp tutumlarında ve sağlık hizmetlerinin sunumu üzerinde de etki göstermektedir. Yasa yapıcılar bu durumu dikkate alarak çeşitli yasal düzenlemeler yapmaktadırlar. Bu kapsamda "3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"nda birtakım değişikliklere gidilen "7406 Sayılı Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" 27.05.2022'te Resmî Gazete'de yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Bunun ardından Sağlık Bakanlığı tarafından değişiklikleri düzenleyen "Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" 15.06.2022'de Resmî Gazete'de yayımlanmıştır. Yapılan düzenlemeler ile hekimlerin "tıbbi uygulama hatası" iddiaları karşısındaki cezai ve/veya mali sorumlulukları konusunda bazı değişikliklere gidilmiştir [39].

Bu değişiklik, rücuen tazminat ile ilgili değişiklikleri getirmiş; hekimin hastayı tedavi ederken, tanı koyarken, muayene ederken oluşabilecek kamunun veya üniversitenin ödediği tazminatların hekime rücu edilmesine ve ödenecek rücu miktarına idare aracılığıyla değil; Mesleki Sorumluluk Kurulu aracılığıyla karar verilmesini getirmiştir. İlk kez bu düzenlemeyle oluşturulan bu kurul hekime soruşturma iznini verme yetkisi ile de yetkilendirilmiştir. Kurul rücuen tazminat

konusundaki kararını yasa düzenleyici tarafından "ilgilinin görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullanıp kullanmadığı ve kusur durumu" şeklinde belirtmiştir [40]. 7406 sayılı kanunla rücuen tazminat sorumluluğu ilişkili değişiklik kamuda ve devlet üniversiteleriyle sınırlandırmış özel üniversite ve özel kurumlarda görev yapan hekimlerde bir değişiklik yapılmamıştır [40].

2.2.5. Tıbbi Uygulama Hatasına İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası

Son yıllarda hekimlerin tıbbi uygulama hatası yaptığında meydana gelen olumsuz sonuçlar neticesinde karşılaştığı tazminat talepleri miktarındaki artış olmuş, bununla birlikte hekimin hukuki sorumluluğundaki gelişmeler hekimin mesleki sorumluluk sigortasına olan ilgisini de artırmıştır. ABD'de ve AB üyesi ülkelerde hekimlerin mesleki sigorta uygulaması 1980'li yıllardan itibaren başlamıştır. Öncesinde isteğe bağlı olan tıbbi mesleki sorumluluk sigortası uygulaması Türkiye'de 21 Ocak 2010 tarihinde küresel gelişmelere AB standartlarına uyum açısından değiştirilmiş ve kamuda ya da özelde çalışan hekimlere ve diş hekimlerine, tıbbi kötü uygulama sebebiyle oluşabilecek zararlardan dolayı kurumları tarafından kendilerine yapılacak rücular sebebiyle sigorta yaptırılması zorunluluğu getirilmiştir [41] [50].

Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası**,** hasta ve hasta yakınlarının hekimlerin yaptığı tıbbi işlemlerde tıbbi uygulama hatası olması halinde açılan tazminat davası cezası ile dava masraflarını hekimin poliçesiyle karşılamayı sağlamaktadır. Zorunlu mali sorumluluk sigortasının primi hekimin uzmanlığına ve uzmanlığının risk derecesine göre değişmektedir. Aile hekimliği uzmanlığına göre ikinci derece riskli gruptadır ve riski en yüksek grup dördüncü grup olup cerrahi branşları barındırırken, riski en düşük grup birinci grup olacak şekilde gruplar sıralanmıştır [41].

2.2.6. Aydınlatılmış Onam ve Bilgilendirme Yükümlülüğü

Aydınlatılmış onam; tıbbi hizmetler açısından bakıldığında tıbbi hizmet alan hastanın rızasının alınması ve konuyla ilgili bilgilendirilmesidir. Pratik uygulamada bir tarafın bilgilendirdiği diğer tarafında karşı tarafın aktardığını anladığı yazılı ve ya sözlü anlaşmayı ifade etmektedir [42].

Ülkemizde "1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun", "Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği", "Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları" içindeki metinler aydınlatılmış onamı anlatarak nasıl olması gerektiğini ifade etmektedirler. Aydınlatılmış onamın geçerli olması için onamı veren kişinin yeterli olması gerekir. Aydınlatılmış onam açık net anlaşılır olmalı anlatılacak kişinin hem hukuki ehliyet anlamında hem de fiili ehliyet anlamında yeterli olması gerekmektedir. Bununla birlikte hastaya yapılacak her müdahale için ayrı onamlar alınmalıdır [43].

Rutin muayenelerde ve riskli olmayan tedavi gibi durumlarda yazılı onam şartı yoktur ve hasta hekime başvurduğunda gizli(zımnen) onam olduğu kabul edilmektedir. Aynı şekilde acil vakalarda büyük bir zarar oluşmaması için el ile yazılı onam almaya gerek duyulmadan hekim hastasına müdahale edebilir [1].

Hem hekimler hem de hastalar tarafından aydınlatılmış onam formları formalite olarak görülmektedir ve gelişigüzel doldurulmaktadır. Bazı hekimler hastayı bilgilendireceği zaman hastanın fazla kaygı duyacağı endişesiyle aydınlatılmış onamı göz ardı etmekte ve aydınlatılmış onamı hastalardan hiç almamaktadır [42].

2.2.7. Tıbbi Hata Kaygısı (Malpraktis korkusu)

Hekimler sağlık sistemin en önemli parçalarından biridir ve hekimlerin ruh sağlığı sağlık sistemini doğrudan etkilemektedir. Hekimin yorgunluğunun fazla olması, tükenmişliğinin olması, psikolojik sıkıntılarının olması; hastanın güvenliğini, sağlık sistemini ve hastanın bakımını olumsuz etkilemektedir. Hekimlerin psikolojik olarak

iyi olmaması sağlık hizmetinin performansını da suboptimal yapacaktır [44]. Hekimlik mesleğinden kaynaklanan stres haricinde, tıbbi uygulama hatası davaları hekimler üzerinde fazladan ve ağır bir baskı oluşturmakta ve tıbbi uygulama hatası davalarının kaygısı; hekimlerde ilişki sorunlarına, madde bağımlılığına, depresyona, tükenmişlik gibi psikolojik sorunlara ve hatta intihara yol açabilmektedir [45].

Malpraktis korkusu hekimlerin mesleklerini yaptığı sırada haklarında tıbbi uygulama hatasından dolayı dava açılma olasılığı korkusu olarak tanımlanmaktadır. Malpraktis korkusu sağlık sisteminin olumsuz etkilediği kadar olumlu etkilediği durumlarda mevcuttur [3]. Tıbbi hata yapmamak için hekimlerin hastalara daha fazla zaman ayırdığı, hastalara yapılacak işlemlerle ilgili daha fazla bilgi verdiği, tutulan tıbbi kayıtları daha ayrıntılı tuttukları durumlar, malpraktis korkusunun hastaları olumlu etkilediği durumlar olarak görülebilir [10].

Malpraktis korkusunun olumlu etkileri dışında sağlık sistemindeki maliyetleri artırdığı, sağlık sistemine erişimi zorlaştırdığı gibi olumsuz etkileri de tespit edilmiştir. Ayrıca malpraktis korkusu; sağlık hizmeti kalitesinin gelişmesine hekimin katkı sağlayamamasına, yeni geliştirilen tedavi yöntemlerini uygularken hekimin kaygı duymasına ve yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine engel olmasına neden olabilmektedir [4].

2.3. Defansif Tıp

2.3.1. Defansif Tıp Kavramı

Artan nüfus, şehirlerin kalkınması ve hastalıkların artması, hastalık çeşitliğinin artması, sağlık hizmetlerine olan talepte artma ve hastaların beklentilerinin karşılanmasındaki zorluklar, memnuniyetsizliklerin oluşmasına sebep vermektedir. Bu hoşnutsuzlukların artışı ve toplumdaki sağlıkla ilgili bilinç düzeyi artışı; sağlık mensuplarına karşı açılan davalarda artışa yol açmıştır. Tüm dünyada hekimlere

açılmakta olan davalar sebebiyle hekimler kendilerini koruyacak çeşitli uygulamaları geliştirdiği görülmüş ve 1970'ten itibaren ABD'de bu uygulamalar Defansif Tıp (Defensive Medicine) ismiyle tartışılmaya başlanmıştır [46].

Defansif tıp uygulamalarıyla hekimler tıbbi hata kaygısı nedeniyle kendisinin uygun gördüğü tedaviyi uygulamakta, genel tıp kurallarının dışına çıkmaktadır ve ABD Senatosunun Alt Komite Raporunda hekimin uyguladığı defansif tıp kavramını *"*her hastanın potansiyel tıbbi uygulama hatası davacısı olarak görülmesi*"* şeklinde belirtmektedir [47].

Defansif tıp, hastaya tanı koyup tedavi uygularken hastanın iyiliğini düşünmek yerine; hekimlerin dava edilebilme kaygısı ile tetkik ve konsültasyonları gerekmediği halde istemesi ve hekimin yüksek riskli hastalar veya hastalıklardan kaçınması olarak ifade edilmektedir [46].

Literatürde olan tanımlamaların hepsinden yola çıkıldığında , hekimlerin tıbbi uygulama hatası davalarına dahil olmamak, hasta ve hasta yakınlarından gelebilecek olası şikayetlerden kaçınmak için korkuyla fazladan tahlil ve tetkik istemesi, gereksiz tıbbi prosedürler uygulaması, fazladan konsültasyon istemesi, tedavi süreci bitmesine rağmen hastayı fazladan yatırması, riskli olabilecek veya riskli tıbbi müdahale gerekebilecek hastaları sevk etmesi gibi tutum ve davranışlar ile genel tıbbi ilkelerden sapmaları şeklinde tanımlanabilir [49].

Ülkemizdeki 2000'li yıllar sonrasında değişen sağlık politikaları ile birlikte, yapılan yeni hukuki düzenlemeler ve zorunlu mesleki sigortanın getirilmesi sonrası hekimlerin haklarında açılan dava sayıları artmış, hekimlerin şikayet oranları artmış, hekimlerin ödedikleri tazminatlar artmış ve bu durum hekimlerin defansif tıp uygulamalarına daha fazla ilgisini artırmıştır [46].

Tıbbi uygulama hatası dava sayılarındaki artış, medyanın gücü, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin artması, şikayet edilme ve dava açılma kaygısı, sağlık politikaları, iletişim eksikliği defansif tıp uygulamalarının artmasına sebep veren başlıca etmenlerdir [49].

Defansif tıp uygulamalarını; sadece hekimlerin değil hastanelerin de tıbbi uygulama hatası yapmamak için hizmetlerini kısıtlaması olarak tanımlayan araştırmacılar da mevcuttur. Defansif tıp uygulamalarını kendi içerisinde pozitif ve negatif defansif tıp diye iki sınıfa ayırmak mümkündür. Bunlardan pozitif defansif

tıp hastalara gerekli olmadığı halde fazladan tetkik istenmesi, gerekmediği halde tıbbı kayıtların fazlaca tutulması gibi tıbbi standartların üstüne çıkılması olarak tanımlanmaktadır. Negatif defansif tıpa bakacak olursak; hekimin hastayı tedavi edecek kapasitede olmasına rağmen, imkanı olmasına rağmen tıbbi standartları yerine getirmemesi, başka bir sağlık kurumuna ya da uzmana yönlendirmesi olarak tanımlanmaktadır [50].

2.3.2. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları

Tıbbi hata kaygısı sebebiyle hekimin normalde istemeyeceği tetkik ve prosedürleri uygulamasıdır [47].

Pozitif defansif tıbbi uygulamalar; hekimin kendisine dava açılmasını engellemek için ilk önce hastanın iyiliğini düşünmeden standart tıp uygulamalarının üzerine çıkarak gerekmediği halde hastayı fazladan tetkik etmesi ya da tedaviler uygulaması olarak tanımlanmaktadır. Yapılan araştırmalarda pozitif defansif tıp uygulamaları aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

• Tıbben gereksiz ilaçların reçetelendirilmesi
• Tıbben gereksiz konsültasyon istemi
• Tıbbi bir endikasyon gerekmediği halde hastanın hastanede yatırılarak tedavi edilmesi
• Hastanın tanısını koyma ya da tedavi sürecinde gerekli olmayan görüntülemelerin istenmesi
• Hastanın hastalığı ile ilişkisiz testler ve tetkiklerin istenmesi
• Hastaların tıbbi kayıtların çok detaylı tutulması
• Hastanın hastalık için kontrole daha sık çağrılması
• Hastanın hastalığı ile ilgili bilgi verilirken olması gerekenden fazla, hastalık hakkında bilgi ve detay verilmesi [38].

Pozitif defansif tıp uygulamaları; bazı durumlarda hastaların memnuniyetini artırsa da gereğinden fazla açıklamalarla hekime, istenilen tetkikler ve daha sıkı kontrole çağrılmasından dolayı hastalara zaman kaybına sebebiyet vermekte ve

hastalık için gerekli olmayan test ve görüntülemelerin istenmesi ülke ekonomisine ciddi zararlar vermesine neden olabilmektedir [50].

2.3.3. Negatif defansif tıp uygulamaları

Tıbbi hata kaygısı sebebiyle hastaları tedavi ederken oluşabilecek komplikasyonların oluşmaması için hastaların tedavilerini yapmaktan kaçınma olarak tanımlanmaktadır [47]. Yapılan araştırmalarda negatif defansif tıp uygulamaları aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

- Tedavi uygularken büyük ihtimalle komplikasyon gelişecek hastayı tedavi etmeme,

- Riski yüksek tıbbi işlemleri yapmama,

-Tedavi edeceği şikâyet etme ihtimali yüksek hastanın tedavisini yapmama,

- Çok fazla ve çok çeşitli hastalığı bulunan hastaların tedavisinden kaçınma,

-Tıbbi bir müdahale sürecinde yüksek riskli bir işlem mevcut ise bu müdahaleden kaçınma

- Hastayı tedavi edecek ekipman ve donanım elinde olmasına rağmen hastayı başka kuruma ya da uzmana sevk etme [49].

Pozitif defansif tıp uygulamalarda, hekim hastanın bir hastalığı için ihtiyacı olmayan tetkikler ve tedaviler uygulayarak ayrıntılı tıbbi prosedürlerle üzerine düşen sorumluluğu fazlasıyla yerine getirdiği izlenimi veriyorken; negatif defansif tıp uygulamalarda hekim hasta ya da hastalıklarla bağ kurmaz ve burada hekim bir güvence arayışı olarak bu süreçten uzak durup, kaçınarak tıbbi prosedürü yerine getirmez [51].

2.3.4. Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuki Boyutu

Pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları dava edilme ihtimalini ortadan kaldırmak amacıyla çıkmış olsa da dava edilme ihtimalini artırmaktadır. Yüzeysel bakıldığında gereğinden fazla olacak şekilde hastayı bilgilendirmek, aydınlatıcı onamlara fazla zaman ayırmak, sık ve uzun süreli vizitler yapmak, tıbbi kayıtların gereğinden fazla detaylı tutulması, tedavi sonrası hastayı daha sık kontrol amaçlı muayeneye çağırmak gibi pozitif defansif tıp uygulamaları hastalara fayda verecekmiş gibi görünmekte ancak hekimlerin zamanlarını ve kısıtlı sağlık kaynaklarını gereksiz harcadığından tıbbi deontolojiye aykırıdır [52]. Bu durum sadece görevi kötüye kullanıldığında ceza hukukuna girse bile bazı özel hukuk alanlarında sorumluluk oluşturabilmektedir. Fazladan ilaç reçete etmek, gerekmediği halde invaziv girişimlerde bulunmak, hastayı gereğinden fazla sürede servise yatırarak takip etmek gibi pozitif defansif tıbbi uygulamalar hastaya zarar verebileceğinden cezai sonuçlara yol açabilir [53].

Hekim, negatif defansif tıp uygulayıp hastanın tedavisini uygulama yeterliliğine sahipken tedaviyi uygulamayıp sevk ederek hastanın yaralanmasına sebep vermesi sonucu ve bu sonuçla hekimin fiili arasında illiyet (nedensellik) kurulursa 5237 Sayılı Türk Ceza Kanun'un 89. Maddesi'ne göre hekim taksirle yaralama suçundan, hastanın ölmesi durumunda 5237 Sayılı Türk Ceza Kanun'un 85. Maddesi'ne göre taksirle öldürme suçundan yargılanabilecektir. Hekimin sevk etmesi sonucu hastanın zarar göreceğini öngörmesine rağmen müdahale etmekten kaçınıyorsa yasaya göre ceza oranı üçte bir ile yarı oranda artabilmektedir [38].

5237 Sayılı Türk Ceza Kanun'un 83. Maddesine göre hekim negatif defansif uygulaması sırasında hastayı tedavi etmekten kaçınarak hastanın ölebileceğini öngörürse olası kastla öldürme yada net bir şekilde öleceğini biliyorsa kasten öldürme, objektif olarak öngörememiş ise taksirle öldürme suçuyla yükümlü tutulabilir [38].

Kamuda çalışan hekimler için bir başka hukuki boyut ise hekimlerin defansif tıp uygularken, kurumun ya da hastanın mağdur olup zarar görmesi neticesinde Türk Ceza Kanunu'nun 257. Maddesine göre görevi kötüye kullanmak suçuyla yargılanabilirler [38].

Hekimler hastalarını gerekli olmadığı halde hastanede fazladan yatırması, yada gereksiz şekilde sevk etmesi, fazladan tetkikler istemesi gibi kendisine dava açılmasından kaygı duyarak defansif tıp uygularken hem hastalara zarar vermekte hem de kendilerinin hukuki olarak daha fazla zarar görmesine sebebiyet verebilmektedir [38].

2.3.5. Defansif Tıp Maliyeti

Defansif tıp uygulamaları konusunda en kapsamlı araştırmaların yapıldığı ABD'de 1987'de defansif tıp uygulamalarının maliyetinin 12 milyar dolar olduğu ve her geçen yıl arttığı saptanmış olup, sonraki 5 yılda yaklaşık 41 milyar dolar tasarruf yapılmış ancak 2000 senesinden önceki dönemde yine de defansif tıp uygulamalarının maliyetinin tüm sağlık harcamaları arasında %5 ile %9 arasında olduğu belirtilmektedir [49].

Güncel araştırmalarda ABD' de defansif tıp uygulamalarının maliyeti tüm sağlık maliyetinin %8 ile %20' si arasında olduğu belirtilmiştir [49]. Türkiye'de yapılan defansif tıp maliyeti ile ilgili bir araştırmada defansif tıp uygulamaları kapsamında 596 hasta dosyası üzerinde doküman incelemesi yapıldığında; çalışmada defansif tıp uygulama oranının laboratuvar istemlerinde %10,6 oranında olduğu, görüntüleme istemlerindeyse %14,20 oranında olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın tüm verileri incelendiğinde ise Türkiye de defansif tıp uygulamalarının maliyetinin genel sağlık maliyetleri içinde büyük bir yer tuttuğu belirtilmiştir [46].

2.3.6. Defansif Tıp Yaygınlığı

1978 yılında Tancredi ve Barondess tarafından yapılan defansif tıp uygulamaları ile ilgili ilk yayında; verilerin az olduğu ve verilere zor ulaşıldığı, araştırmada kullanılan istatistik yöntemlerin kısıtlı olduğu belirtilmiş; defansif tıp

uygulamalarının hekimler içerisindeki yaygınlığının %70 olduğunu tahmin etmişlerdir [54].

Asher ve arkadaşlarının defansif tıp uygulamalarının genel olarak düşük olduğu İsrail'de tüm tıp disiplinlerinde yaptığı araştırmada; defansif tıp uygulamalarının %60 oranı ile çok yaygın olduğunu belirtmiş, gerekli olmayan testler ve prosedürler sebebiyle hastalarda bir çok komplikasyon meydana gelebileceği, hasta bakım kalitesini ve maliyetlerini etkileyeceği, hekim-hasta ilişkilerini bozacağını belirtmişlerdir [46].

Kumtepe ve arkadaşları (2020) tarafından 153 hekimin katıldığı acil tıp asistanlarının defansif tıp tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmada, araştırmaya katılan hekimlerin hepsinin defansif tıp uyguladıkları ve tıbbi uygulama hatası yapmaya çekindikleri belirtilmiştir [55].

Dünya genelinde defansif tıp uygulamaları yaygınlığı ile ilgili çalışmalara bakıldığında; Summerton ve arkdaşlarının 2000 yılında İngiltere'de yaptığı çalışmada %90, Catino ve Cellotti'nin 2009 da İtalya'da yaptığı araştırmada %77,9, Moosazadeh ve arkadaşlarının 2014 de İran'da yaptığı çalışmada %99,8, Zhu ve arkadaşlarının 2018'de Çin'de yaptığı araştırmada %62,9 oranında defansif tıp yaygınlığı olduğu belirtilmiş olup Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında Aynacı ve arkadaşlarının 2008'de yaptığı çalışmada %78,4, Başer ve arkadaşlarının %78,8, Özata ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %61,8 oranında defansif tıp uygulamaları yaygınlığı olduğu belirtilmiştir [46].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi ve Yeri

Nicel tipte ve tanımlayıcı olan araştırmamız İstanbul'da bulunan aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlerle yapılmıştır.

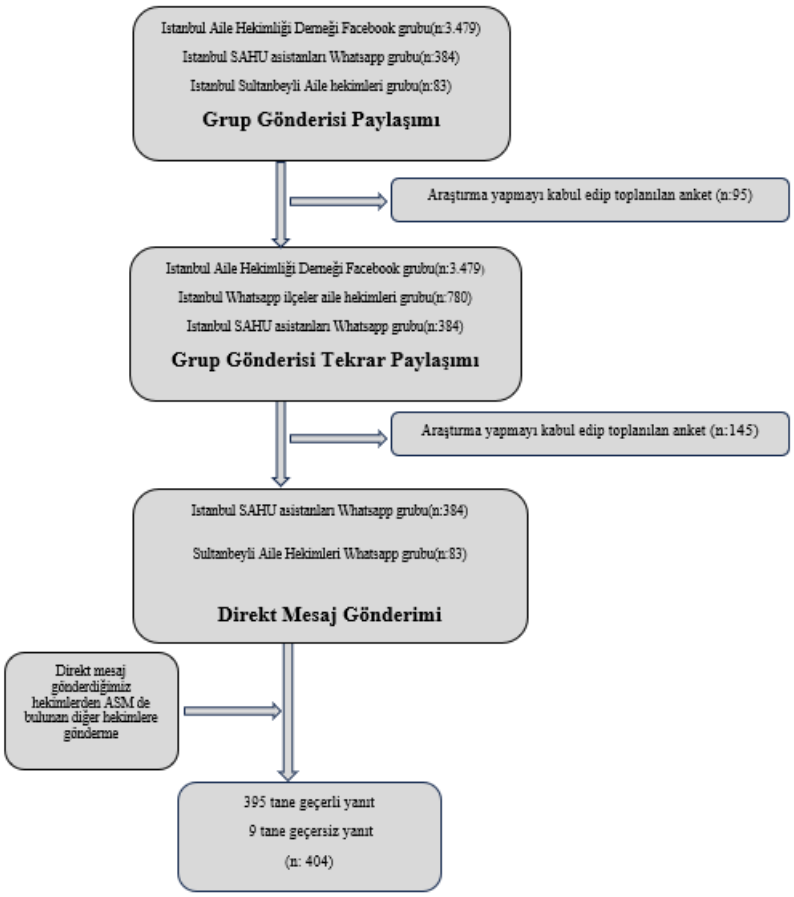
3.2. Araştırmanın Örneklemi, Evreni, Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri ve Hariç Tutulma Kriterleri

Araştırmanın evreni İstanbul'daki aile sağlığı merkezinde çalışan tüm aile hekimleridir. İstanbul ilinde verilere göre mevcut aile hekimliği birim sayısı 4965'dir [56]. %95 güven düzeyinde ve %5 güven aralığında ve hesaplanan örneklem sayısı 357'dir. Ulaşılabilirlik örneklemi kullanıldığından randomizasyon yapılmamıştır. Araştırmaya dahil olma kriterleri; İstanbul'daki Aile Sağlığı Merkezinde aktif çalışan aile hekimi olmaktır. Ücretsiz izinde olanlar, doğum izninde olanlar, anketi doldurmayı kabul etmeyenler araştırmadan hariç tutulma kriterleridir.

3.3. Veri Toplama Araçları ve Yöntemi

Katılımcılara araştırma hakkında bilgilendirici aydınlatılmış onam formu online (çevrimiçi) olarak iletildi. Katılımcılar onam verdikten sonra anket soru formunu doldurdu. Anket formu, Google anket formuyla yapıldı. Whatsapp ve Facebook uygulaması ile katılımcılara gönderildi. Anket formu katılımcılara öncelikle İstanbul SAHU asistanları Whatsapp grubunda, Sultanbeyli Aile hekimleri Whatsapp grubunda ve İstanbul Aile Hekimliği Derneği Facebook grubunda paylaşıldı. İlk kez

gönderimde yeterli sayıya ulaşılamadığı için Whatsapp'taki İstanbul'un çeşitli ilçe aile hekimleri grubunda, İstanbul Aile Hekimliği Derneği Facebook grubunda ve İstanbul SAHU asistanları Whatsapp grubunda tekrar paylaşıldı. Yine yeterli sayıya ulaşılamadığı için WhatsApp'taki aile hekimleri gruplarındaki hekimlere tek tek gönderilecek şekilde anketler yollandı. Ek olarak da tek tek gönderim de bulunduğumuz aile hekimlerine, Whatsapp ve Facebook gruplarında olmayan aynı aile sağlığı merkezinde birlikte çalıştığı hekim arkadaşlarına da anket formunu göndermeleri talebinde bulunuldu. Yeterli sayıya ulaşıldı. Veri toplama sürecini aşağıda bulunan akış şemasında görebilirsiniz (Şekil 3).



Şekil 3: Veri Toplama Yöntemi Akış Şeması.

Araştırmamızda kullandığımız anket; sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı bölüm, malpraktis bilgi düzeyi formu, malpraktis korku ölçeği ve defansif tıp tutum ölçeği olmak üzere 4 bölümden oluşmaktadır.

3.3.1 Sosyodemografik Özellikler

Anketin ilk bölümünde sosyodemografik özellikleri değerlendirmek amacıyla hekimlere yaş, unvan, cinsiyet, medeni durum, meslekte geçirdiği süre, aile hekimliğinde çalışma süresi ve hekimlerin malpraktis tecrübelerini değerlendirmeye yönelik üç adet; toplam dokuz adet soru yer almaktadır.

3.3.2 Malpraktis Bilgi Düzeyi Formu

Anketin ikinci bölümünde Malpraktis Bilgi Düzeyi Formu kullanıldı. Araştırmamızda katılımcıların malpraktis ile ilgili bilgi düzeyleri; Gedik ve arkadaşları tarafından literatürden faydalanılarak hazırlanan 17'si doğru yanıt, 8'i yanlış yanıt içeren toplam 25 bilgi sorusunun olduğu; Cronbach's Alpha'sı 0,926 olarak hesaplanmış olan ve sorulara "doğru", "yanlış", "fikrim yok" seçeneklerinden birini seçeceği bir form ile değerlendirildi. Hekimlerin bilgisini ölçmek için sorulan sorulardan alabilecekleri puan aralığı 0 ile 25 puan arasında olup; aldığı puanın artması, malpraktis bilgi düzeyinin artışını da göstermektedir. Malpraktis bilgi düzeyi formundaki bilgi sorularından gelen puanlar K-Means kümeleme analizi yöntemi ile 2 kümeye ayrıldı ve ayrılan bu kümelerin özellikleri referans alınıp Roc Analizi yapıldı. Roc Analiz yapılma neticesinde 16 puandan fazla alanların malpraktis bilgi düzeyinin yeterli olduğu, 16 puan ve altında alanlarınsa yetersiz olduğu kabul edilmiştir [57] [61]. Malpraktis bilgi düzeyi formu için gerekli izinler e mail yoluyla alınmıştır (Ek-1)

3.3.3 Malpraktis Korku Ölçeği

Anketin üçüncü bölümünde Katz ve arkadaşlarının 2005 yılında hekimlerin malpraktis korku seviyesini ölçmek için geliştirdikleri; Uğrak ve arkadaşları tarafından da 2020 yılında geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan, 6 maddeden oluşan, Malpraktis Korku Ölçeği kullanılmıştır [4]. Likert tipindeki Malpraktis Korku Ölçeği; "(1) Kesinlikle Katılmıyorum", "(5) Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde maddelere yanıt verilmekte ve ölçekten alınan puanlar 6 ile 30 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça malpraktis korkusu da artmaktadır. Malpraktis Korku Ölçeği'ne göre; 15 ve altında puan alanların malpraktis korku seviyesi düşük, 15 ile 20 arasında puan alanların malpraktis korku seviyesi orta, 20 ve üzeri puan alanlar ise malpraktis korku seviyesi yüksek olarak tanımlanmaktadır [4].

2020 yılında Uğrak ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilip geçerlilik ve güvenirlik analizi yapılan ölçeğin, güvenirlik analizinde hem Cronbach Alpha'ya bakılmış hem Bileşik Güvenirlik katsayıları değerlendirilmiştir. Ölçeğin Cronbach's Alpha'sı 0,860 bulunmuş, Bileşik Güvenirlik katsayısı 0,858 olarak değerlendirilmiştir. Bu bulgulara göre ölçeğin güvenilir olduğu tespit edilmiştir [4]. Türkçeye çevrilmiş olan Malpraktis Korku Ölçeğinin kullanımı için gerekli izinler e mail yoluyla alınmıştır (Ek-2).

3.3.4 Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği

Anketin dördüncü bölümünde ise Giray Kolcu'nun geliştirdiği, Başer ve arkadaşlarının 2014 yılında Türkiye de geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yaptığı "Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçekte 3 alt başlık bulunmakta ve toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Bunlardan ilk başlıkta 9 madde olup pozitif defansif tıp ölçemeye yaramakta, ikinci alt başlıkta 5 madde olup negatif

defansif tıp ölçmeye yaramakta ve son alt başlıkta 4 maddenin olduğu defansif tıp ile ilgili bilgi sorularını içermektedir. Pozitif ve negatif defansif tıp ile ilgili olan ilk 14 maddeye likert tipi ölçekle "1=Hiç Katılmıyorum", "5=Tamamen Katılıyorum" şeklinde yanıt verilirken, ölçekteki 15. ile 18. arasındaki maddelere "evet" ya da "hayır" şeklinde yanıtlar verilebilmektedir [58]. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği'ne güvenirlik analizi yapılmış, Cronbach alfa değeri 0,853 bulunmuş ve ölçekte iç tutarlılık yüksek saptanmıştır. Alt ölçek olan pozitif defansif tıp için bulunan Cronbach alfa değeri 0,685 ve bir diğer alt ölçek olan negatif defansif tıp için Cronbach alfa değeri 0,918 olmak üzere alt ölçekler için de yüksek saptanmıştır [58]. Türkçeye çevrilmiş olan Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği'nin kullanımı için gerekli izinler e mail yoluyla alınmıştır (Ek-3).

3.3 Araştırma Zaman Planı

Başlangıç Tarihi: Haziran 2022
Tez Konusu Belirleme: Temmuz 2022
Literatür Taranması: Ağustos-Eylül 2022
Etik Kurul Onayı: Aralık 2022
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünün Araştırma İzni Onayı: Şubat 2023
Veri Toplanması: Şubat-Mart 2023
Spss'e Verilerin Girişi: Mart-Nisan 2023
Verileri Analiz Etme ve Tezin Yazılması: Mayıs-Ağustos 2023
Bitiş Tarihi: Eylül 2023

3.4. Analiz

Çalışmadan elde ettiğimiz veriler SPSS' in 23. Versiyon istatistik paket programıyla analiz edilmiştir. Tanımlayıcı veriler sayı (n), oran (%), ortalama ve standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Verilerin analiz edilip normal dağılıma uygunluğunu

değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin analizi parametrik test varsayımları karşılanmadığından, non-parmetrik karşılıkları olan Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri ile yapılmış; kategorik olan değişkenleri analiz ederken ki-kare testi ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Korelasyon analizleri Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı ile değerlendirilmişlerdir. Analizlerin hepsinde istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.5. Araştırma izinleri

- ✓ 02.12.2022 tarihli Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Etik Kurulu'ndan 09.2022.1577 protokol koduyla etik kurul onayı alındı (Ek-4).
- ✓ İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 16.02.2023 tarih ve 2023 / 02 sayılı kararınca araştırma uygun görülmüş, E-15916306-604.01.01-210696569 sayılı yazı ile tarafımıza bildirilmiştir (Ek-5).

4. BULGULAR

Araştırmamız Aile Sağlığı Merkezinde çalışan 395 aile hekimi ile yürütülmüştür. Hekimlerin %55,6'sı (n=219) kadındır ve %70,3'ü (n=275) evlidir. Katılımcıların yaşları 25-63 yıl arasında değişmekte olup yaş ortalamaları 38,07 yıldır (SS=8,42 yıl). Hekimlerin ortalama çalışma süresi 7,38 yıldır (SS=4,40 yıl). Çalışma süreleri 1 yıl ile 38 yıl arasında değişmektedir. Katılımcılar içerisinde ≤5 yıl çalışan hekim oranı %19,3 (n=76), 6-10 yıl çalışan hekim oranı %33,5 (n=132), >10 yıl çalışan hekim oranı %47,2'dir (n=186). Katılımcılara unvanları sorulduğuna %44,8 (n=177) pratisyen, %35,9 (n=142) asistan, %19,2 (n=76) uzman yanıtını vermiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri.

		n	**%**
Cinsiyet	Kadın	219	55,6
	Erkek	175	44,4
	Toplam	394	100,0
Medeni durum	Bekar	116	29,7
	Evli	275	70,3
	Toplam	391	100,0
Hekimlik yılı	≤5	76	19,3
	6-10	132	33,5
	>10	186	47,2
	Toplam	394	100,0
Unvan	Pratisyen	177	44,8
	Asistan	142	35,9
	Uzman	76	19,2
	Toplam	395	100,0
Yaş (yıl)*		38,07 ± 8,42	
ASM de çalışma süresi (yıl)*		7,38 ± 4,40	
*Ortalama ± standart sapma			

Katılımcıların %5,6'sı (n=22) malpraktis davasına dahil olduğunu belirtmiştir. Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilenlerin oranı %12,2 (n=48), tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim alanların oranı %28,4'tür (n=112) (Tablo 2).

Tablo 2. Hekimlerin Malpraktis Dava Şikâyet ve Eğitim Durumları.

	n (%)
Malpraktis davasına dahil olma (n=395)	22 (5,6)
Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme (n=394)	48 (12,2)
Tıbbi hata ya da malpraktis konusuna yönelik eğitim alma (n=395)	112 (28,4)

Hekimlerin MKÖ puan ortalamaları 21,98 (SS=7,11) olarak bulunmuştur. Malpraktis korku düzeyi yüksek bulunan hekimlerin oranı %74,4'tür (n=294). DTTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları; toplam puan için 47,28 (SS=13,71), pozitif tutum alt ölçeğinde 29,43 (SS=8,71), negatif tutum alt ölçeğinde 17,85 (SS=5,87) olarak hesaplanmıştır. Malpraktis bilgi düzeyi ifadelerine verilen doğru yanıt oranı ortalaması %69,44 (SS=13,21) olarak bulunurken yeterli bilgi düzeyine sahip olanların oranı %62,9'dur (n=231) (Tablo 3).

Tablo 3. Hekimlerin MKÖ, DTTÖ, MBDF Puanları.

		n (%) / Ortalama ± Standart sapma
MKÖ toplam puan		21,98 ± 7,11
MKÖ düzeyi	Düşük	71 (18,0)
	Orta	30 (7,6)
	Yüksek	294 (74,4)
DTTÖ Toplam Puan		47,28 ± 13,71
DTTÖ Pozitif Tutum Puanı		29,43 ± 8,71
DTTÖ Negatif Tutum Puanı		17,85 ± 5,87
MBDF Doğru Yanıt Oranı (%)		69,44 ± 13,21
Malpraktis bilgi düzeyi	Yetersiz (MBDF≤16)	136 (37,1)
	Yeterli (MBDF>16)	231 (62,9)
MKÖ: Malpraktis Korku Ölçeği, DTTÖ: Defansif Tıp Tutumu Ölçeği, MBDF: Malpraktis Bilgi Düzeyi Formu		

Katılımcıların MKÖ ifadelerine verdikleri yanıtların oranları incelenmiştir. Hekimlerin en yüksek sıklıkta katıldıkları ifadeler "Özellikle dava edilme riskini azaltmak için bazen ileri uzman görüşü istediğim olur." ("kesinlikle katılıyorum" %38,0, n=150) ve "Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır." ("kesinlikle katılıyorum" %37,7, n=149) olmuştur. "Sağlık hizmet sunumuna yönelik hukuki gelişmeler nedeni ile mesleki uygulamalarımda önemli değişiklikler yapmak zorunda kaldım." ifadesi ise olumsuz yanıtların ("kesinlikle katılmıyorum" [n=43, %10,9] ve "katılmıyorum" [n=65, %16,5]) en sık verildiği ifade olarak bulunmuştur.

Katılımcıların bireysel özellikleri ile MKÖ puanları arasındaki ilişkiler Tablo 4'te gösterilmiştir. Malpraktis korku düzeyi yüksek olanların oranı hekim olarak çalışılan süresi 6-10 yıl olan grupta %82,6, ≤5 yıl olan grupta %73,7 ve >10 yıl olan grupta %68,8 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında malpraktis korku düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,012). Yapılan ikili karşılaştırmalarda 6-10 yıl hekimlik yapan gruptaki malpraktis korkusu düzeyinin >10 yıl hekimlik yapan gruptan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,019). Diğer ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcıların cinsiyet, unvan, malpraktis davasına dahil olma, malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme, tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim alma özellikleri ile malpraktis korku düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05) (Tablo 4).

Tablo 4. Bireysel Özellikler ve Malpraktis Korkusu Düzeyi.

		MKÖ Puanı						**χ^2**	**p Değeri**
		Düşük		**Orta**		**Yüksek**			
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	37	16,9	19	8,7	163	74,4	1,508	0,470[a]
	Erkek	34	19,4	10	5,7	131	74,9		
Medeni durum	Bekar	20	17,2	11	9,5	85	73,3	1,055	0,590[a]
	Evli	51	18,5	18	6,5	206	74,9		
Hekimlik yılı	≤5	18	23,7	2	2,6	56	73,7	12,940	**0,012[a]**
	6-10	16	12,1	7	5,3	109	82,6		
	>10	37	19,9	21	11,3	128	68,8		
Unvan	Pratisyen	33	18,6	13	7,3	131	74,0	1,202	0,878[a]
	Asistan	24	16,9	13	9,2	105	73,9		
	Uzman	14	18,4	4	5,3	58	76,3		
Malpraktis davasına dahil olma	Hayır	67	18,0	29	7,8	277	74,3	0,119	0,999[b]
	Evet	4	18,2	1	4,5	17	77,3		
Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme	Hayır	65	18,8	28	8,1	253	73,1	2,369	0,306[a]
	Evet	6	12,5	2	4,2	40	83,3		
Tıbbi hata ya da malpraktis konusunda eğitim almış olma	Hayır	51	18,0	22	7,8	210	74,2	0,050	0,975[a]
	Evet	20	17,9	8	7,1	84	75,0		

[a] Ki-kare testi, [b] Fisher'in kesin testi, MKÖ: Malpraktis Korkusu Ölçeği

Hekimlerin DTTÖ'de yer alan ifadelere verdikleri yanıtlar incelenmiştir. Katılımcıların en yüksek oranda katıldıkları ifadeler sırasıyla; "Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum." ("tamamen katılıyorum" %43,5, n=172), "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarıma daha detaylı açıklıyorum."

(“tamamen katılıyorum” %30,6, n=121) ve “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.” (“tamamen katılıyorum” %30,6, n=121) şeklindedir. Hekimlerin en az katıldıklarını belirttikleri ifadeler ise “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn= sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.” (“hiç katılmıyorum” %30,4, n=120), “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.” (“hiç katılmıyorum” %17,0, n=67) ve “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımdan gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.” (“hiç katılmıyorum” %13,2, n=52) olarak bulunmuştur.

Katılımcıların bireysel özellikleri ile DTTÖ puanları arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde defansif tıp tutumu ile hekim olarak çalışılan süre arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,008). Yapılan ikili karşılaştırmalarda hekim olarak çalışılan süresi 10 yılın üzerinde olan hekimlerin defansif tıp tutum puanları (44,92 ± 14,53); ≤5 yıl grubu (48,62 ± 13,66) ve 6-10 yıl grubundan (49,76 ± 12,02) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (sırasıyla; p=0,047 ve p=0,004). Tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim almayan hekimlerin defansif tıp uygulamaları tutum puanları, eğitim alan hekimlerden daha yüksektir (sırasıyla; 48,11 ± 13,83 ve 45,20 ± 13,23, p=0,044). Bireysel özellikler yönünden yapılan diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ve Defansif Tıp Uygulamalarının Karşılaştırılması.

		DTTÖ Puanı		**z / χ^2**	**p Değeri**
		Ortalama	Standart Sapma		
Cinsiyet	Kadın	47,00	13,62	-0,574	0,566[a]
	Erkek	47,74	13,83		
Medeni durum	Bekar	46,50	12,64	-1,230	0,219[a]
	Evli	47,61	14,15		
Hekimlik yılı	≤5	48,62	13,66	9,603	**0,008[b]**
	6-10	49,76	12,02		
	>10	44,92	14,53		
Unvan	Pratisyen	46,06	14,14	2,117	0,347[b]
	Asistan	48,30	13,32		
	Uzman	48,24	13,37		
Malpraktis davasına dahil olma	Hayır	47,31	13,66	-0,062	0,950[a]
	Evet	46,82	14,88		
Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme	Hayır	47,12	13,82	-0,746	0,456[a]
	Evet	48,40	13,09		
Tıbbi hata ya da malpraktis konusunda eğitim almış olma	**Hayır**	48,11	13,83	-2,015	**0,044[a]**
	Evet	45,20	13,23		

[a] Mann-Whitney U testi, [b] Kruskal-Wallis testi, DTTÖ: Defansif Tıp Tutumu Ölçeği

Hekimlerin bireysel özellikleri ile defansif tıp uygulamaları tutumu ve malpraktis korkuları arasındaki korelasyonlar Tablo 6'de gösterilmiştir. Yaş artışı ile defansif tutum ve malpraktis korkusu arasında zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır (tümü için $p<0,05$). ASM'de çalışma yılında artış, defansif tutum ölçeği toplam puanı ve pozitif tutum alt ölçek puanında azalma ile birliktedir (sırasıyla; $p=0,019$ ve $p=0,009$). Hekimlerde defansif tıp uygulamaları ölçek ve alt ölçek puanları ile malpraktis korku ölçeği puanları arasında orta düzeyde ancak güçlü olmaya yakın, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. (tümü için $p<0,05$) (Tablo 6). Bir başka deyişle MKÖ puanı ile DTTÖ puanının artışı pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Tablo 6. Katılımcılarda Bireysel Özellikler, Defansif Tıp Tutumu ve Malpraktis Korkusu Arasındaki Korelasyonlar.

		DTTÖ Toplam	DTTÖ Pozitif Tutum	DTTÖ Negatif Tutum	MKÖ toplam
Yaş	Spearman's rho	-0,179	-0,208	-0,130	-0,128
	p değeri	**<0,001**	**<0,001**	**0,010**	**0,011**
	n	395	395	395	395
ASM'de çalışma yılı	Spearman's rho	-0,119	-0,132	-0,094	-0,061
	p değeri	**0,019**	**0,009**	0,064	0,233
	n	388	388	388	388
DTTÖ Toplam	Spearman's rho	-	0,952	0,883	0,655
	p değeri	-	<0,001	<0,001	**<0,001**
	n	-	395	395	395
DTTÖ Pozitif Tutum	Spearman's rho	-	-	0,710	0,597
	p değeri	-	-	<0,001	<0,001
	n	-	-	395	395
DTTÖ Negatif Tutum	Spearman's rho	-	-	-	0,632
	p değeri	-	-	-	<0,001
	n	-	-	-	395
DTTÖ: Defansif Tıp Tutumu Ölçeği, MKÖ: Malpraktis Korkusu Ölçeği					

Hekimlik mesleği süresi içerisinde malpraktis nedeniyle hakkında dava açılan hekimlerin oranı %5,8'dir (n=23). Katılımcıların büyük çoğunluğu malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünmektedir (%93,7, n=370). Hekimlerin %78,0'i (n=308) defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duymuş olduğunu belirtirken yalnızca %29,1'i (n=115) defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda kendisini yeterli bilgiye sahip olarak görmektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Hekimlerin Defansif Tıp Tutumuyla İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlar.

		n	%
"Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?"	Hayır	372	94,2
	Evet	23	5,8
"Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?"	Hayır	25	6,3
	Evet	370	93,7
"Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?"	Hayır	87	22,0
	Evet	308	78,0
"Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?"	Hayır	280	70,9
	Evet	115	29,1

Katılımcılar arasında hekimlik yapılan süre içerisinde haklarında malpraktis davası açılmış olma durumunun; erkek hekimlerde kadın hekimlere göre (sırasıyla; %9,1 ve %3,2), malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekimlerde şikâyet edilmeyen hekimlere göre (sırasıyla; %41,7 ve %0,9) istatistiksel olarak daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,012$, $p<0,001$). Hekimler arasında diğer özellikler yönünden gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (tümü için $p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Bireysel Özellikler ve Malpraktis Nedeniyle Dava Açılma Durumu.

		"Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?"				χ^2	**p Değeri**
		Hayır		Evet			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	212	96,8	7	3,2	6,258	**0,012[a]**
	Erkek	159	90,9	16	9,1		
Medeni durum	Bekar	110	94,8	6	5,2	0,150	0,698[a]
	Evli	258	93,8	17	6,2		
Hekimlik yılı	≤5	75	98,7	1	1,3	3,805	0,149[a]
	6-10	124	93,9	8	6,1		
	>10	172	92,5	14	7,5		
Unvan	Pratisyen	169	95,5	8	4,5	1,550	0,461[a]
	Asistan	131	92,3	11	7,7		
	Uzman	72	94,7	4	5,3		
Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme	Hayır	343	99,1	3	0,9	-	**<0,001[b]**
	Evet	28	58,3	20	41,7		
Tıbbi hata ya da malpraktis konusunda eğitim almış olma	Hayır	268	94,7	15	5,3	0,497	0,481[a]
	Evet	104	92,9	8	7,1		

[a] Ki-kare testi, [b] Fisher'in kesin testi

Katılımcılar arasında evli hekimlerde malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünenlerin oranı (%95,3), bekar hekimlerdeki orandan (%89,7) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,038). Diğer bireysel özellikler yönünden gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (tümü için p>0,05) (Tablo 9).

Tablo 9. Bireysel Özellikler ve Malpraktis Davalarının Hekimlik Performansına Etkisinin Değerlendirilmesi.

		"Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?"				χ^2	**p Değeri**
		Hayır		Evet			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	18	8,2	201	91,8	2,914	0,088[a]
	Erkek	7	4,0	168	96,0		
Medeni durum	Bekar	12	10,3	104	89,7	4,302	**0,038[a]**
	Evli	13	4,7	262	95,3		
Hekimlik yılı	≤5	5	6,6	71	93,4	0,637	0,727[a]
	6-10	10	7,6	122	92,4		
	>10	10	5,4	176	94,6		
Unvan	Pratisyen	13	7,3	164	92,7	3,261	0,196[a]
	Asistan	5	3,5	137	96,5		
	Uzman	7	9,2	69	90,8		
Malpraktis davasına dahil olma	Hayır	24	6,4	349	93,6	-	0,999[b]
	Evet	1	4,5	21	95,5		
Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme	Hayır	23	6,6	323	93,4	-	0,754[b]
	Evet	2	4,2	46	95,8		
Tıbbi hata ya da malpraktis konusunda eğitim almış olma	Hayır	19	6,7	264	93,3	0,249	0,618[a]
	Evet	6	5,4	106	94,6		

[a] Ki-kare testi, [b] Fisher'in kesin testi

Hekimler arasında defansif tıp uygulamaları kavramını duyanların oranı; erkeklerde (%85,7) kadınlara (%72,1) göre ve tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim almış olan hekimlerde (%86,6) almamış hekimlere (%74,6) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır (tümü için $p<0,05$). Hekimlerin unvanları ile defansif tıp uygulamaları kavramını duymuş olmak arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken yapılan ikili karşılaştırmalarda bu

durumun asistan hekimler ile pratisyen hekimler arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür (sırasıyla; %85,9 ve %71,2, p=0,002). Diğer bireysel özellikler yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (tümü için p>0,05) (Tablo 10).

Tablo 10. Bireysel Özellikler ve Defansif Tıp Uygulamaları Kavramını Duymuş Olma.

		"Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?"				χ^2	**p Değeri**
		Hayır		Evet			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	61	27,9	158	72,1	10,495	**0,001**[a]
	Erkek	25	14,3	150	85,7		
Medeni durum	Bekar	22	19,0	94	81,0	0,620	0,431[a]
	Evli	62	22,5	213	77,5		
Hekimlik yılı	≤5	18	23,7	58	76,3	1,546	0,462[a]
	6-10	24	18,2	108	81,8		
	>10	44	23,7	142	76,3		
Unvan	**Pratisyen**	51	28,8	126	71,2	10,005	**0,007**[a]
	Asistan	20	14,1	122	85,9		
	Uzman	16	21,1	60	78,9		
Malpraktis davasına dahil olma	Hayır	84	22,5	289	77,5	-	0,433[b]
	Evet	3	13,6	19	86,4		
Malpraktis iddiasıyla şikayet edilme	Hayır	80	23,1	266	76,9	1,786	0,181[a]
	Evet	7	14,6	41	85,4		
Tıbbi hata ya da malpraktis konusunda eğitim almış olma	Hayır	72	25,4	211	74,6	6,783	**0,009**[a]
	Evet	15	13,4	97	86,6		

[a] Ki-kare testi, [b] Fisher'in kesin testi

Katılımcılar arasında defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekimlerin oranı; erkek hekimlerde (%39,4)

kadın hekimlere (%21,0) göre, malpraktis davasına dahil olan hekimlerde (%54,5) dahil olmayan hekimlere (%27,6) göre, malpraktis iddiasıyla şikayet edilen hekimlerde (%54,2) edilmeyen hekimlere (%25,4) göre ve tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim alan hekimlerde (%42,0) almayan hekimlere (%24,0) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla; $p<0,001$, $p=0,007$, $p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 11).

Katılımcıların unvanları ile defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği hakkındaki bilgi düzeylerinin öz değerlendirmesi arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,037$). Gruplar ikili karşılaştırmalar ile değerlendirildiğinde yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünen asistan hekimler (%34,5) oranının pratisyen hekimlere (%22,6) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır ($p=0,018$). Diğer bireysel özellikler yönünden gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (tümü için $p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Bireysel Özellikler ve Defansif Tıp Uygulamaları Kavramının İçeriği Konusundaki Bilgi Düzeyinin Öz Değerlendirmesi.

		Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?				χ^2	p Değeri*
		Hayır		Evet			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	173	79,0	46	21,0	15,975	**<0,001**
	Erkek	106	60,6	69	39,4		
Medeni durum	Bekar	82	70,7	34	29,3	0,002	0,965
	Evli	195	70,9	80	29,1		
Hekimlik yılı	≤5	58	76,3	18	23,7	1,384	0,500
	6-10	92	69,7	40	30,3		
	>10	129	69,4	57	30,6		
Unvan	**Pratisyen**	137	77,4	40	22,6	6,598	**0,037**
	Asistan	93	65,5	49	34,5		
	Uzman	50	65,8	26	34,2		
Malpraktis davasına dahil olma	Hayır	270	72,4	103	27,6	1,301	**0,007**
	Evet	10	45,5	12	54,5		
Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme	Hayır	258	74,6	88	25,4	16,925	**<0,001**
	Evet	22	45,8	26	54,2		
Tıbbi hata ya da malpraktis konusunda eğitim almış olma	Hayır	215	76,0	68	24,0	12,508	**<0,001**
	Evet	65	58,0	47	42,0		
*Tüm analizlerde ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme oranları incelendiğinde erkek hekimlerin, kadın hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda şikâyet edildiği bulunmuştur (sırasıyla; %16,6 ve %8,7 p=0,018). Diğer bireysel özellikler yönünden gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (tümü için p>0,05) (Tablo 12).

Tablo 12. Bireysel Özellikler ve Malpraktis İddiasıyla Şikâyet Edilme Durumu.

		Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme				χ^2	**p Değeri***
		Hayır		Evet			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	199	91,3	19	8,7	5,587	**0,018**
	Erkek	146	83,4	29	16,6		
Medeni durum	Bekar	102	87,9	14	12,1	0,009	0,926
	Evli	240	87,6	34	12,4		
Hekimlik yılı	≤5	70	93,3	5	6,7	3,641	0,162
	6-10	117	88,6	15	11,4		
	>10	158	84,9	28	15,1		
Unvan	Pratisyen	161	91,0	16	9,0	4,915	0,086
	Asistan	117	83,0	24	17,0		
	Uzman	68	89,5	8	10,5		
Tıbbi hata ya da malpraktis konusunda eğitim almış olma	Hayır	248	87,9	34	12,1	0,015	0,903
	Evet	98	87,5	14	12,5		
*Tüm analizlerde ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların malpraktis bilgi düzeyi ölçen sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde doğru bilinme oranı en yüksek olan ifadeler sırasıyla; "Malpraktis olaylarının aydınlatılmasında iyi tutulmuş tıbbi kayıtlar çok önemlidir" (%97,4), "Mahkeme malpraktis kararı vermek için bilirkişi olarak seçilen hekimlerden görüş alabilir" (%95,9) ve "Hekimin tıbbi müdahaledeki ihmali nedeniyle hastanın zarar görmesi malpraktistir" (%91) maddeleridir. En düşük oranda bilinen ifadeler ise; "Türkiye'de malpraktisle ilgili özel bir kanun yoktur" (%32,2), "Ötenazi malpraktis olarak kabul edilmez (yanlış)" (%28,4) ve "Hastalardan alınacak aydınlatılmış onamın her durumda yazılı alınması şarttır (yanlış)" (%14,4) olarak bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. Malpraktis Bilgi Düzeyi Formu (MBDF) Sorularına Verilen Yanıtlar.

	Doğru yanıt oranı (%)
Malpraktis olaylarının aydınlatılmasında iyi tutulmuş tıbbi kayıtlar çok önemlidir.	97,4
Mahkeme malpraktis kararı vermek için bilirkişi olarak seçilen hekimlerden görüş alabilir.	95,9
Hekimin tıbbi müdahaledeki ihmali nedeniyle hastanın zarar görmesi malpraktistir.	91
Tıbbi malpraktis, hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır.	88,3
Malpraktiste, yapılan eylem ile oluşan zarar arasında nedensellik bağı vardır.	85,5
Malpraktisten korunmak için standart tanı ve tedavi uygulamaları kullanılmalıdır.	84,4
Malpraktis için hekimin kusurlu davranışı gereklidir.	84,3
Türkiye'de hekimlerin malpraktis ile ilgili Mali Sorumluluk Sigortası yaptırması zorunludur.	83,7
Türkiye'de malpraktis davalarında en önemli resmi bilirkişilik birimi, Adli Tıp Kurumu'dur.	79,4
Tedavi sonucu gelişen komplikasyonlar malpraktis olarak kabul edilmez.	78,9
Malpraktis nedeniyle bir hekimin suçlu sayılmaması için ortalama bir meslektaşı kadar özenli, dikkatli, becerili olması beklenir.	75,1
Malpraktis nedeniyle hekime adli soruşturma açılamaz. (Y)	73,8
Malpraktis olaylarında sorumluluk sadece hekime aittir. (Y)	73,5
Tıbbi uygulama hatası nedeniyle oluşan zararın, sonucu öngörülmeden, kasıtsız olarak, dikkatsizlik ve özensizlikten dolayı gerçekleşmesine taksir denir.	72,3
Hekimin tanı ile ilgili tetkikleri eksik yapması nedeniyle hastanın zarar görmesi malpraktis olarak kabul edilir.	72
Malpraktis nedeniyle yapılan idari soruşturma sonucunda, hekime uyarı ve kademe ilerlemesinin durdurulması gibi cezalar verilebilir.	71,2
Taksirle yapılan tıbbi hatalar nedeniyle oluşan zarardan dolayı hekime	68,7

ceza verilmez. (Y)	
Hekim kusurlu olmasa bile hastada ortaya çıkan zararlı sonuçtan sorumludur. (Y)	66,5
Hekimler malpraktis davalarında, taksirle adam öldürme ve yaralama gibi suçlarla yargılanırlar.	65
Hastadan alınan aydınlatılmış onam, hekimin kusurlu davranışları nedeniyle ceza almasını engeller. (Y)	57,6
Eğer hasta önceden bilgilendirilmemişse, komplikasyonlar malpraktis olarak kabul edilir.	50,8
Tıbbi alet ve cihazlardaki bozukluk sonucu hastanın zarar görmesi halinde hekim kesinlikle suçlu sayılmaz. (Y)	43,6
Türkiye'de malpraktis ilgili özel bir kanun yoktur.	32,2
Ötenazi malpraktis olarak kabul edilmez. (Y)	28,4
Hastalardan alınacak aydınlatılmış onamın her durumda yazılı alınması şarttır. (Y)	14,4

Hekimler arasında malpraktis bilgi düzeyi yeterli kabul edilenlerin oranı; bekar hekimlerde evli hekimlere göre (sırasıyla; %71,3 ve %60,0) ve tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim alan hekimlerde eğitim almayan hekimlere göre (sırasıyla; %78,6 ve %56,8) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır (tümü için $p<0,05$) (Tablo 14).

Katılımcılar hekimlik yaptıkları yıllara göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Gruplar ikili karşılaştırmalar ile incelendiğinde yeterli bilgi düzeyine sahip olanların oranı; 6-10 yıl arasında çalışan hekimlerde ≤5 yıl çalışan ve >10 yıl çalışan hekimlerden, >10 yıl çalışan hekimlerin ≤5 yıl çalışan hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $p<0,001$, $p=0,006$ ve $p=0,018$). Diğer özellikler yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (tümü için $p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların bireysel özellikleri ve malpraktis bilgi düzeylerinin karşılaştırılması.

		MBDF Puanı				χ^2	p değeri*
		Yetersiz		Yeterli			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	79	38,9	124	61,1	0,603	0,437
	Erkek	57	35,0	106	65,0		
Medeni durum	**Bekar**	31	28,7	77	71,3	4,170	**0,041**
	Evli	102	40,0	153	60,0		
Hekimlik yılı	**≤5**	40	55,6	32	44,4	20,332	**<0,001**
	6-10	30	23,8	96	76,2		
	>10	66	39,1	103	60,9		
Unvan	Pratisyen	72	43,6	93	56,4	5,566	0,062
	Asistan	42	31,8	90	68,2		
	Uzman	22	31,4	48	68,6		
Malpraktis davasına dahil olma	Hayır	128	36,9	219	63,1	0,079	0,779
	Evet	8	40,0	12	60,0		
Malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme	Hayır	121	37,7	200	62,3	0,735	0,391
	Evet	14	31,1	31	68,9		
Tıbbi hata ya da malpraktis konusunda eğitim almış olma	Hayır	114	43,2	150	56,8	15,128	**<0,001**
	Evet	22	21,4	81	78,6		
*Tüm analizlerde ki-kare testi kullanılmıştır.							

5.TARTIŞMA

Araştırmamızda İstanbul'da aile sağlığı merkezinde çalışan uzman, pratisyen ve SAHU asistanı hekimlerinin malpraktis korkusu ve defansif tıp tutumu arasındaki ilişki ve malpraktis bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Tartışmada hekimlerin malpraktis davasına dahil olma durumları, şikâyet edilme durumları, malpraktis bilgi düzeyleri, malpraktis korku düzeyleri, defansif tıp tutumları ve bunları etkileyen faktörler literatürle karşılaştırılarak tartışılacaktır.

Yapılan araştırmalarda ülkemizde son yıllarda tıbbi uygulama hatası ile ilgili iddialarda artış meydana gelmiş, yüksek sağlık şurası kuruluna başvuralar incelendiğinde her 30 hekimden birisinin şikayet edildiği görülmekte, ABD'de ise her 12 hekimden birinin şikayete uğradığı görülmektedir [27]. Araştırmamızda katılımcıların malpraktis davasına dahil olma durumlarına baktığımızda; %94,4'ü dahil olmadığını, %5,6'sı dahil olduğunu belirtmiştir. Katılımcılara malpraktis iddiasıyla şikâyet edilme durumu sorulduğunda %87,8'i şikâyet edilmediğini, %12,2'si şikâyet edildiğini belirtmiştir. Uğrak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada malpraktis davasına dahil olan hekimlerin oranının %7,8 olduğu ve malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekimlerin oranının ise %10,9 olduğu gösterilmiştir [5]. Kaldjian ve arkadaşlarının (2008) ABD'de uzman hekim ile asistan hekimlerin katıldığı bir araştırmada, araştırmaya katılan uzman hekimlerden %36' sının tıbbi uygulama hatası ile ilgili bir davaya dahil oldukları bulunmuştur [59]. Jena ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada, araştırmaya katılan aile hekimlerinin %5'ine, cerrahi hekimlerin %20'sine ve diğer uzman hekimlerin de %7'sine tıbbi uygulama hatasından dava açıldığı belirlenmiş ve araştırmaya katılan hekimlerin %75'inin 65 yaşına kadar düşük riskli uzmanlık alanlarında tıbbi uygulama hatasından kaynaklanan davaya en az bir kez dahil olduklarını belirtmişlerdir [60]. Çalışmamızda bulduğumuz oranlar uluslararası araştırmalardan düşük olmakla birlikte ülkemizde yapılan çalışmalarla benzerdir. Çalışmalarda hekimlerin tıbbi malpraktis nedeni ile şikâyet edilme oranı, dava edilme oranına göre daha yüksek olmasına karşın, ceza ve tazminat ile neticelenen malpraktis iddiaları daha azdır. Bu durum hasta ve hasta yakınlarını tatmin etmeyen tedavi sonuçlarından ya da

komplikasyonların malpraktis olarak değerlendirmelerinden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Çalışma kapsamındaki hekimlerin malpraktis bilgi düzeyi puanı ortalaması 17.36 bulunmuştur. Çalışmaya katılan hekimlerin %62,9'unun bilgi düzeyi yeterli bulunmuştur. Gedik ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada tıp fakültesi 5. Sınıf 916 öğrencinin %66,8 inin malpraktis bilgi düzeyi yeterli bulunmuştur [61]. Uğrak ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada; hekimlerin sadece %21'i malpraktise yönelik bilgi düzeylerini yeterli görmüşler ve genel olarak hekimlerin bilgi düzeylerinin ortalamanın altında kaldığını belirtmişlerdir [5]. Sheikh ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir araştırmada katılan cerrahların %68,7 sinin malpraktis bilgi düzeyi konusunda tam bilgi sahibi olmadığı bulunmuştur [62]. Literatürde yer alan çalışmalarda malpraktis bilgi düzeyi farklı yöntemlerle ölçülmüştür. Bununla birlikte çalışmamızda bulduğumuz yeterli bilgi düzeyi oranı aynı malpraktis bilgi düzeyi formu kullanan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamında hekimlik yaptığı süre 6-10 yıl olan hekimlerin malpraktis bilgi düzeyi >10 yıl olan hekimlerden daha yüksek ve >10 yıl olanların ise ≤5 yıl olan hekimlerden malpraktis bilgi düzeyi daha yüksek olduğu saptanmıştır. Arıkan ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada hekimlik mesleğine yeni başlamış hekimlerin malpraktis ile ilgili bilgi düzeylerinin, fazla yıl çalışmış hekimlere göre düşük olduğunu bildirmiştir [63]. Gedik ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada da tıp fakültesi öğrencilerinin yılları arttıkça bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tecrübe ile malpraktis bilgi düzeyinin arttığı önceki çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da bulunmuştur. Bununla birlikte; araştırmamızda 6-10 yıldır hekim olarak görev yapan katılımcıların en yüksek bilgi düzeyine sahip olması, tecrübe ile birlikte yakın zamanda mezun olmuş olmanın da önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim alan hekimlerin eğitim almayan hekimlere oranla daha fazla bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Gedik ve arkadaşlarının (2021), kumral ve arkadaşlarının (2013) ,Aygün ve arkadaşlarının 2018 yaptığı çalışma da malpraktis konusunda henüz mezun olmamış ya da mezuniyet sonrasında eğitim almış hekimlerin eğitim

alamamış hekimlere oranla daha fazla tıbbi uygulama hatası ile ilgili bilgi düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir [61].

Araştırmamızdaki hekimlerin kadın ya da erkek olması ile malpraktis konusundaki bilgi düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu literatürle benzer şekildedir [74].

Araştırmamıza katılan hekimlerin malpraktis bilgi düzeyi formuna en düşük oranda verilen cevaplara sırayla baktığımızda; %14,4 oranla "hastalardan alınacak aydınlatılmış onamın her durumda yazılı alınması şarttır."(yanlış ifade), %28,4 oranla "ötenazi malpraktis olarak kabul edilmez"(yanlış ifade), %32,2 oranla "Türkiye'de malpraktis ile ilgili özel bir kanun yoktur."(doğru ifade) ve %43,6 oranla "Tıbbi alet ve cihazlardaki bozukluk sonucu hastanın zarar görmesi halinde hekim kesinlikle suçlu sayılmaz." (Yanlış ifade) şeklinde yanıt vermişlerdir. Araştırmamızda böyle bir konuda hekimlerin eğitim eksiklikleri ve hekimlerin sorumluluk alanlarının tam anlamıyla farkında olmadıkları görülmektedir ve bu konuda daha fazla eğitimin verilmesi gerektiği söylenebilir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin malpraktis bilgi düzeyi formuna en yüksek oranda verilen cevaplara sırayla baktığımızda ; %97,4 oranla "Malpraktis olaylarının aydınlatılmasında iyi tutulmuş tıbbi kayıtlar çok önemlidir." (Doğru ifade), %95,9 oranla "Mahkeme malpraktis kararı vermek için bilirkişi olarak seçilen hekimlerden görüş alabilir." (Doğru ifade), %91 oranla "Hekimin tıbbi müdahaledeki ihmali nedeniyle hastanın zarar görmesi malpraktistir." (Doğru ifade), %88,3 oranla "Tıbbi malpraktis, hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır." (Doğru ifade) şeklinde yanıt vermişlerdir. Araştırmamıza katılan hekimlerin tıbbi malpraktisin tanımının ve iyi tutulmuş tıbbi kayıtın öneminin farkında oldukları görülmektedir.

Araştırmamızda elde edilen bulgulara göre hekimlerin malpraktis korku ölçeği puanı 21,98 bulunmuş ve çalışmamıza katılan hekimlerin genel olarak korkusu yüksek bulunmuştur. Katılımcıların korkusu yüksek olanların oranı %74,4, orta seviyede olanların oranı %7,6 ve düşük seviyede olanların oranı %18 bulunmuştur. Can ve arkadaşlarının (2023) 143 acil hekimine yaptığı çalışmada katılımcıların 65.7%' si yüksek seviyede korkuya, 24.5% i orta seviyede korkuya, 9.8% i düşük seviyede malpraktis korkusuna sahip olduğu tespit edilmiştir. [64] Uğrak ve

arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada hekimlerin %59,3'nde yüksek seviye malpraktis korkusu olduğu , %28,2'sinde orta seviyede malpraktis korkusu olduğu ve %12,5'inde düşük seviyede malpraktis korkusu olduğu saptanmıştır [5]. Katz ve arkadaşlarının 2005 yılında 33 acil uzmanı hekim ile yürüttüğü çalışmada katılımcıların %39,7'sinin malpraktis korkusunun yüksek, %37,7'sinin malpraktis korkusunun orta, %43,7'sinin ise malpraktis korkusunun düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir [74]. Reed ve arkadaşlarının 2008 yılında 270 hekimle yürüttüğü çalışmada, Benbassat ve arkadaşlarının 2001 yılında 154 hekimin katıldığı çalışmada ve Reschovsky ve Saiontz- Martinez'in 2017 yılında 3201 hekimle yürüttüğü araştırmada katılımcıların malpraktis korku seviyesine bakılmış ve korku seviyesi yüksek bulunmuştur [64][75]. Çalışmamız literatürle benzer şekilde hekimlerin malpraktis korku seviyesi yüksek çıkmıştır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin cinsiyeti ile malpraktis korku seviyesi arasında anlamlı fark tespit edilememiştir. Çalışmamızla aynı şekilde Can ve arkadaşlarının (2023), Uğrak ve arkadaşlarının (2019) ve Katz ve arkadaşlarının (2005) yürüttüğü araştırmalarda da cinsiyet ile malpraktis korku seviyeleri arasında anlamlı bir fark tespit edilememiş, Carrier ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada erkek hekimlerin kadın hekimlere oranla daha yüksek korku seviyesi olacak şekilde anlamlı fark tespit edilmiştir [5][65][66][64]. Bu durum farklı çalışma ve kültürel bağlamlarda cinsiyet açısından malpraktis korku ölçeğinin sonuçlarının farklı çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin yaşları arttıkça malpraktis korku seviyeleri azalmaktadır. Benzer şekilde Reed ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada genç yaştaki hekimler, ileri yaştaki hekimlerden yüksek seviyede malpraktis korkusuna sahip olduğu tespit edilmiştir [67]. Ancak Uğrak ve arkadaşları (2019) ve Katz ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmalarda hekimin yaşı ile malpraktis korku seviyesi arasında anlamlı fark bulunamamıştır [5][73]. Araştırmamızın birinci basamakta çalışan hekimlerle yapılması, diğer çalışmaların 2. ve 3. basamaklardaki katılımcılarda yapılmış olması ve katılımcıların asistan grubunun diğer hastanelerde çalışan asistan grubundan farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Çalışma kapsamında araştırmamıza katılan hekimlerden hekimlik yılı 6-10 yıl olan hekimlerin; malpraktis korku seviyesi, 5 yıldan az çalışmış olan ve 10 yıldan fazla çalışmış olan hekimlerden istatiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Carrier ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan araştırmada hekimlerin mesleklerindeki geçirdikleri süre ile malpraktis korku seviyesi arasında anlamlı fark bulunmuş, daha az çalışmış olan hekimlerin malpraktis korku seviyesi düşük düzeyde bulunmuştur. Katz ve arkadaşları (2005) ve Uğrak ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmalarda hekimlerin meslekte geçirdikleri çalışma süresi ile malpraktis korku seviyesi arasında anlamlı fark tespit edilememiştir [5][73] [65]. Araştırmamıza katılan 6-10 yıl arasında çalışmış hekimlerin; tıp fakültesinden yeni mezun olanlara göre daha deneyimli olmaları ve 10 yıl üzerinde çalışmış hekimlere göre de malpraktis bilgi düzeylerinin daha yeterli olması, korku seviyelerini daha yüksek çıkarmış olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin unvan ve malpraktis korkusu seviyesi arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Aynı şekilde Uğrak ve arkadaşlarını (2019) ve Benbassat ve arkadaşlarını (2001) tarafından yapılan çalışmalarda da hekimlerin unvanlarına ile malpraktis korku seviyesi arasında anlamlı fark tespit edilememiştir [5][68].

Çalışmamızda hekimlerin malpraktis korku düzeyleri ile defansif tıp tutumları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde defansif tıp tutumu ölçeği ile malpraktis korkusu ölçeği arasında orta düzeylerde ancak yükseğe yakın olacak şekilde istatiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmış, malpraktis korku ölçeği puanı ile defansif tıp tutum ölçeği puanın artışı pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Araştırmamız hekimlerin korku düzeyi arttıkça hastalara daha fazla defansif yaklaştığını göstermektedir.

Çalışma kapsamında hekimlerin yaş ile malpraktis korku düzeyi ve defansif tıp tutumları arasındaki ilişkiye baktığımızda hekimlerin yaşının artması ile defansif tıp tutumları ve malpraktis korku düzeyleri arasında zayıf düzeyde istatiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. Bu negatif korelasyon; yaş arttıkça hekimlerin tecrübesinin artmasından ve ileri yaştaki hekimlerde tıbbi malpraktis farkındalığının daha az olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda Malpraktis korku ölçeğindeki sorulara verilen yanıtlara baktığımızda hekimler en yüksek ortalamayla “Özellikle dava edilme riskini

azaltmak için bazen ileri uzman görüşü istediğim olur" ifadesini %38 oran ile seçmiş ikinci olarak da %37,7 oran ile "Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır" ifadesini seçmiştir. Carrier ve arkadaşlarının (2010), Uğrak ve arkadaşları (2019) ve de Reed ve arkadaşları (2008) çalışmalarında en yüksek ortalamayla "Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır*"* ifadesini seçmişlerdir. Çalışmamız literatürle benzerdir.

Çalışma kapsamındaki hekimlerin defansif tıp tutum ölçeğine en sık katıldıkları ifadeler sırasıyla; "Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum", "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarıma daha detaylı açıklıyorum.", "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum." ifadelerdir. Summerton ve arkadaşlarının (1995) aile hekimleriyle ile ilgili yaptığı defansif tıp uygulamaları ile ilgili çalışmada %90,3 oranında evrak kayıt işlerine olması gerekenden fazla zaman ayırdığı, %86,6 oranında hastalara tedaviler konusunda olması gerekenden daha detaylı bilgi verdiği ve %40'ı ise ihtiyaç olmamasına rağmen ekstra test yaptırtığı tespit edilmiştir [11]. Catino ve arkadaşlarının (2009) Kara ve arkadaşlarının(2020) Edirne'de 2020 yılında aile hekimleri ile yapılan çalışmada ise katılımcıların en sık yaptığı defansif tıp uygulamalarının; kayıtları hukuki sorunlardan korunmak için daha detaylı tutmak (%87,1), hastalara yapılan tıbbi uygulamaları daha detaylı açıklamak (%81,1), medyadaki tıbbi kötü uygulama ile ilgili haberlere bağlı endişe hissetmek (%80,9) olduğu bulunmuştur [69]. İtalya' da yapılan bir araştırmada hekimlerin %82,8'i defansif tıp yaklaşımı uygulayarak kayıtların içiresine gerekli olmayan notlar eklediklerini ve hekimlerin %43,5'i medyanın suçlayan tavırları yüzünden endişe duyduklarını belirtilmiştir [70]. Kartal ve arkadaşlarının (2023) defansif tıp tutum sorularına verdikleri yanıtlar en yüksek dereceden katıldıkları önermelere sırasıyla bakıldığında; %96,2 oranıyla "medyada fazlaca bulunan malpraktis iddiaları ile ilgili tedirginlik hissetmek, %87,7 oranıyla kayıtları hukuki sorunlardan korunmak amacı ile daha detaylı tutmak, %84,2 oranıyla hukuki sorunla yaşamamak amacı ile yapılan tıbbi uygulamaları hastalarıma daha detaylı açıklamak olduğu tespit edilmiştir [71]. Başer ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada aile hekimlerinin

%68 oran ile tıbbi uygulamaları hukuki sorunlardan korunmak amacıyla hastalarına daha detaylı açıkladıkları, %93,8 oran ile hukuki sorunları yaşamamak için kayıtları daha detaylı aldıklarını belirtmişlerdir [12]. Katılımcıların verdiği cevaplar literatürle uyumlu olup bununla birlikte medyada tıbbi malpraktis ile ilgili içeriğin, hekimlik uygulamalarını etkilediği görülmektedir.

Araştırmamızda tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim alan hekimler, eğitim almayanlara göre kendilerinin defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda daha fazla yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim alanların eğitim almayanlara göre defansif tıp tutum ölçeği puanı daha düşük bulunmuştur. Ancak tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim alıp almama durumu ile malpraktis korkusu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerin artması hekimlerin defansif tutumunu olumlu yönde etkileyeceği gibi hekimlerin kendilerini daha bilgili ve yetkin hissetmelerini sağlayabilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerden erkeklerin kadınlara göre tıbbi malpraktisten dolayı açılan dava sayıları istatiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda çalışmamızda erkeklerin kadınlara göre defansif tıp kavramını daha çok duyduğu ve erkeklerin kadınlara göre defansif tıp kavramının içeriği hakkında daha fazla yeterli bilgiye sahip olduğu görülmektedir. Ancak çalışmamızda cinsiyetler arasında defansif tıp tutumları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Mutlu ve arkdaşlarının (2019) yaptığı açlışmada erkek aile hekimlerinin kadın aile hekimlerine göre hastalar tarafından daha fazla şikayet edildiğini ve erkek aile hekimlerinin kadın aile hekimlerine göre daha fazla defansif tıp tutumları olduğunu göstermişlerdir[72] Göcen ve arkdaşlarının(2018) yaptığı araştırmada, erkeklerin defansif tıp tutumları puan ortalamaları kadınların defansif tıp tutumları için aldıkları puandan anlamlı derecede yüksek çıkmıştır[73] Solaroğlu ve arkadaşlarının (2014) ile Banaz ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmalarda ise cinsiyet ile defansif tıp tutumu arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir [50] Araştırmalardan erkek hekimlerin kadın hekimlere göre haklarında daha fazla şikayet ve dava açıldığı görülmekte olup; bunun kadın hekimlerin erkek hekimlere göre hasta-hekim iletişiminin daha iyi olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hekim olarak çalıştığı süre 10 yılın üzerinde olan hekimlerin diğer gruplara göre defansif tıp uygulamarı tutum puanları istatiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Banaz ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada 11 yıl üzeri çalışan hekimlerin 5-10 arası çalışanlara göre daha az defansif tutumda oldukları sonucuna varmışlardır[50] Catino ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada genç hekimlerin ileri yaştaki hekimlere göre daha fazla defansif davrandıkları sonucuna varmışlardır[70]. Hiyama ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada 20 yıl ve üzeri çalışan hekimlerin daha az defansif tutumda bulunduklarını göstermiştir[74]. Çalışmamız bu konuda literatür ile benzer çıkmakla beraber mesleki deneyimin artması, defansif tıp uygulamamaya yönelik tutum geliştirdiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda görev unvanı ile defansif tıp uygulamaları arasında anlamlı bir ilişkiye ulaşılamamıştır. Öztürk ve arkadaşlarının (2021) Samsun'da yürütmüş olduğu araştırmada asistan hekimlerin uzman hekimlere kıyasla defansif tıp uygulamalarını daha fazla yaptığı gösterilmiştir [75]. Banaz ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada asistan hekimlerin uzman hekimlere göre daha fazla defansif tıp uygulamaları yaptığı görülmüştür. Bizim çalışmamızdaki SAHU asistanlarının yaş ortalamasının genel olarak diğer asistanlardan yüksek olması, asistanlık sürecinin 6 yıl olması ve ASM'de çalışan hekimlerin genel olarak yaş ortalamasının yüksek olması ve bununla birlikte yaş ile defansif tıp tutumun negatif korelasyon göstermesi unvan ile defansif tutum ilişkisinin diğer araştırmalardan farklı bulunmasının sebebi olabilir.

Araştırmamıza katılan hekimlerden asistan ve uzman hekimler, pratisyen hekimlere göre daha fazla defansif tıp uygulamaları kavramını duyduklarını belirtmişlerdir. Özer ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada asistan hekimlerin uzman hekimlere kıyasla daha fazla tetkik istemleri yaptıkları gösterilmiştir. Bizim çalışmamızdan çıkan bu sonuç, uzman ve asistan hekimlerin hastanede gördükleri vakalardan ve aldıkları eğitimlerden kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızda malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekimler, edilmeyenlere göre ve malpraktis davasına dahil olan hekimler, dahil olmayan hekimlere göre kendilerini defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda daha fazla yeterli

bilgiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Tıbbi malpraktis farkındalığının artması hekimlerdeki tıbbi malpraktis bilgi düzeyini de arttırdığını gösterebilir.

Araştırmamızın kısıtlılıklarına baktığımızda, öncelikle araştırmamızda ulaşılabilirlik örneklemi kullanılmıştır ve bu nedenle gönüllüye bağlı hata sınırlandırılamamıştır. Dolayısıyla konu ile ilgili duyarlılığa sahip olan hekimler, daha ağırlıklı olarak araştırma katılımcısı olmuş olabilirler. Aynı zamanda ulaşılabilirlik örnekleminin temsiliyetinin olmaması nedeniyle araştırmamızın sonuçları evrene genellenmez. Araştırmamıza katılan hekimlerin duygu durum değerlendirilmesi yapılmadığından anksiyete ya da kaygı bozukluğu olan hekimler araştırmamızın sonuçlarını etkilemiş olabilir. Araştırmamızda tıbbi hata veya malpraktis konusunda eğitim almış olma durumu, eğitim içeriği açısından detaylı şekilde sorgulanmamıştır.Araştırmamızda kullandığımız DTTÖ 'ndeki "hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum." ve "hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tetkiklerini daha sık kullanıyorum" maddeleri, aile sağlığı merkezinde yapılamayacağı için sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.Hekimlerin daha önce çalıştığı kurumlar, hekimlerin ankette verdiği yanıtları etkilemiş olabilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

İstanbul'da aile sağlığı merkezinde çalışan uzman, pratisyen ve SAHU asistanı hekimlerinin katıldığı çalışmaya göre, tıbbı hata korkusu arttıkça hekimlerin defansif tıp tutumunun da olumsuz yönde etkilendiği ancak malpraktis korkusunun bu tutumu etkileyen tek mutlak faktör olmadığı görülmüştür.

Araştırmamızın sonuçlarına göre:

1- Aile hekimlerinin çoğunluğunun malpraktis bilgi düzeyinin yeterli olduğu
2- Malpraktis konusunda eğitim alanların, almayanlara göre malpraktis bilgi düzeyinin daha fazla olduğu
3- Hekimlik yılı 6-10 yıl arasında çalışan hekimlerin, ≤5 yıl çalışan ve >10 yıl çalışan hekimlerden; >10 yıl çalışan hekimlerin, ≤5 yıl çalışan hekimlerden daha fazla bilgi düzeyine sahip olduğu
4- Tıbbi hata konusunda eğitim almış olan hekimlerin, eğitim almamış olan hekimlere göre ve bekar hekimlerin, evli olan hekimlere göre daha fazla malpraktis konusunda bilgi sahibi olduğu
5- Tıbbi malpraktis konusunda erkek hekimlere, kadın hekimlerden daha fazla dava açıldığı,
6- Erkek hekimlerin defansif tıp uygulamaları kavramını, kadın hekimlere göre daha fazla duyduğu ve erkek hekimlerin, kadın hekimlere göre defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye daha fazla sahip olduğu
7- Hekimlerin malpraktis korku düzeylerinin yüksek seviyede olduğu
8- 6-10 yıl hekimlik yapan gruptaki malpraktis korkusu düzeyinin, >10 yıl hekimlik yapandan daha yüksek olduğu
9- Hekimlerin yaşları arttıkça korku seviyelerinin azaldığı
10- Malpraktis korkusu yüksek olan hekimlerin defansif tıp tutumunun olumsuz yönde etkilendiği
11- Hekimlerin yaşları arttıkça defansif tıp tutumunun olumsuz yönde etkilendiği

12- Hekimlik süresi 10 yılın üzerinde olan hekimlerin, ≤5 yıl ve 6-10 yıl olan hekimlere göre defansif tıp uygulamaları tutum puanının daha düşük olduğu
13- Tıbbi hata konusunda eğitim almayan hekimlerin eğitim alanlara göre defansif tıp uygulamaları tutum puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hekimlerin defansif tıp ile tıbbi uygulama hatası kavramlarını ve bunların sonuçlarını iyi bilmesi önerilmektedir. Yaş artışı ile malpraktis korkusu ve defansif tıp uygulamaları azaldığından; özellikle genç yaştaki hekimlere bu konuda eğitimler verilmeli, hekimin tıbbi hata kaygısı olmadan hastasıyla daha sağlıklı bir iletişim kurması sağlanmalıdır. Medya içeriğinin hekimler üzerindeki etkileri mercek altına alınmalı, bu konu hakkında daha fazla araştırma yapılmalıdır.

Hekim-hasta iletişimi üzerine mezuniyet sonrası da eğitimler verilmeli ve hekime tıbbi hata kaygısı üzerine psikolojik destek sağlanmalıdır. Hekimin tıbbi hata kaygısı olmadan hastasıyla daha sağlıklı bir iletişim kurması sağlanmalıdır. Hekimin tıbbi hata kaygısını ve üzerindeki baskıyı azaltan hukuki düzenlemeler yapılmalı, hekimin kendisini daha güvende hissedeceği sağlık politikaları geliştirilmelidir. Tıbbi uygulama hatası ve defansif tıp ile ilgili daha detaylı araştırmalar yapılmalı ve farkındalık artırılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

[1] S. Koc, Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu, Toraks Cerrahisi Bul., c. 5, sayı 1, ss. 14–22, 2014.

[2] Ünal Ö. Defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçları. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Doktora Tezi, Sakarya, 2020.

[3] Hauser MJ, Commons ML, Bursztajn HJ, Gutheil,TG. Fear of malpractice liability and its role in clinical decision making. Decision making in psychiatry and the law 1991, 209-226.

[4] Uğrak U, Işık O. Malpraktis Korku Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması . Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2020, 23 (2) , 261-272 .

[5] Uğrak U. Hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2019.

[6] Nahed BV, Babu MA, Smith TR, Heary RF. Malpractice liability and defensive medicine: a national survey of neurosurgeons. 2012, PLoS ONE 7(6): e39237. Eyl. .

[7] Aydaş S. Hekimlerde malpraktis kaynaklı defansif tıp davranışları, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.

[8] King T, Summers L. Is collaborative practice a malpractice risk? Myth versus reality. 2005, Journal of midwifery & women's health, 50(6), 451-452.

[9] Asher E, Greenberg S, Halevy J,Glick S, Reuveni H. Defensive medicine in Israel - a nationwide survey. PLoS One, c. 7, sayı 8, 2012.

[10] Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. 1995, Bmj, 310(6971), 27-29.

[11] P. Franks, G. C. Williams, J. Zwanziger, C. Mooney, ve M. Sorbero, Why do physicians vary so widely in their referral rates?, J. Gen. Intern. Med., c. 15, sayı 3, ss. 163–168, 2000, doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.04079.x.

[12] Başer A, Kolcu G, Çığırgil Y, Kadınkız B, Öngel K. İzmir Karşıyaka ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. 2014, Smyrna Tıp Dergisi, 16, 24.

[13] Aile hekimliği / genel pratisyenlik avrupa tanımı, https://www.woncaeurope.org/file/28b50fc9-f884-44ef-963d-128d14b5fb98/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf,Erişim Tarihi: 26.01.2023.

[14] Shapiro SA, McGarity TO, Vidargas NW, Goodwin J. The truth about torts: defensive medicine and the unsupported case for medical malpractice reform. 2012, Center for Progressive Reform White Paper, (1203).

[15] Sayek F. Sağlıkla ilgili uluslarası belgeler Dünya Tabipler Birliği Avrupa Konseyi Birleşmiş Milletler UNESCO Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2.Baskı, Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2009, Ankara.

[16] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Ed: Edingtan M, Poillon F, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, pp.26-109, National Academy Press, Washington,D.C. 2000.

[17] Grober ED, Bohnen JM. Defining medical error. Canadian journal of surgery. 2005, Feb;48(1):39-44.

[18] Saka NE, Budak H. Malpraktis ve Defansif Tıp. Adli Tıp ve Adli Bilimlerde KlinikUygulamalara Bakış. Akademisyen Yayınevi, İstanbul, 2019: 395-409. .

[19] Gökcan HT. Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk. 3. Baskı, Seçkin Kitabevi, Ankara, 1616 s., 2017.

[20] Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları Kitabı, Ed: Bilge Y, Geçim İE, pp.64-73, Baskı Evi Matbaası, İstanbul, 2012. .

[21] Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. Journal of Turgut Ozal Medical Center, 2010; 17(3): 233-236.

[22] Mullis J. Medical malpractice, social structure, and social control. Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers, 1995, Vol. 10, pp. 135-163.

[23] Connelly A, Serpell M. Clinical negligence. Anaesth. Intensive Care Med, 2020, 21(10), 524-527.

[24] Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective.

Jama, 2000, 283(13), 1731-1737.

[25] Bal BS. An introduction to medical malpractice in the United States. Clinical orthopaedics and related research, 2009, 467 , 339-347.

[26] İntepeler SS, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15:2.

[27] Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener M. Tıbbi hatalı uygulamalar. Dicle Tıp Dergisi, 2015, 42(3): 394-397.

[28] Kessels-Habraken M, Van der Schaaf T, De Jonge J,Rutte C. Defining near misses: towards a sharpened definition based on empirical data about error handling processes. Social science & medicine, 2010, 70(9), 1301-1308.

[29] Demir M. Hekimin sözleşmeden doğan sorumluluğu. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2008 57: 225-252.

[30] Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. New England Journal Of Medicine, 2002, 347, 1933–1940.

[31] Garbutt J, Brownstein DR, Klein EJ. Reporting and Disclosing Medical Errors: Pediatricians' Attitudes and Behaviors. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(2):179–185. doi:10.1001/archpedi.161.2.179.

[32] Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. 3. Baskı. Ankara: Seçkin yayıncılık; 2019. ISBN:9789750253263. .

[33] Makary MA, Daniel M. Medical error-The third leading cause of death in the US, British Medical Journal, 2016 353:i2139.

[34] Savaş Ç. 2014-2021 Yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından adli raporu düzenlenen malpraktis olgularının değerlendirilmesi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, 2022

[35] Troëng T, Janzon L, Bergqvist D. Adverse outcome in surgery for chronic leg ischaemia--risk factors and risk prediction when using different statistical methods. European journal of vascular surgery, 1992, 6(6), 628–635.

[36] Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S. Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri, Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2008, 11(2): 161-200.

[37] Savaş H. Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları: Tıbbi Malpraktis Tıbbi Davaların Seyri Ve Sonuçları. 3. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2009. .

[38] Yılmaz K, Polat O, Kocamaz B. Defansif tıp uygulamalarının hukuksal açıdan incelenmesi. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi,2014, (16):19-51.

[39] Aktürk G, Özesen TA. 2021 yılında Yargıtay tarafından karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama iddiası olgularının değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi,2023, 37(1), 19-25.

[40] Badur E, Doğan EU. Hekimin rücuen tazminat sorumluluğu hakkında güncel gelişme ve değerlendirmeler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2022, 24(2), 581-618. .

[41] Yalçın H, Şahin A. Sorumluluk hukuku ve tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mesleki sorumluluk sigortası: Türkiye üzerine bir uygulama. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2017, 26(2), 45-56.

[42] Tezer N. Hekimlerin Aydınlatma ve Bilgilendirilmiş Onam Yükümlülüğü. Ed :Saka NE, Adli Tıp veAdli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış. S. 337-346 Akademisyen Yayınevi, İstanbul, 2019. .

[43] Türk Tabipleri Birliği Aydınlatılmış Onam Kılavuzu,https://ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=78a19f94-a285-11e7-9205-300896da83fe Erişim Tarihi: 19.08.2023, .

[44] Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. The lancet, 2009, 374(9702), 1714-1721.

[45] Grow HM, McPhillips HA, Batra M. Understanding physician burnout. Current problems in pediatric and adolescent health care, 2019, 49(11), 100656.

[46] Özer K, Aslan Ş. Defansif tıp uygulamalarının belirlenmesi: karma yöntem araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2020, 23(4), 639-664.

[47] Hershey N. The defensive practice of medicine: myth or reality. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1972, 50(1), 69-97.

[48] Anderson RE. Billions for defense: the pervasive nature of defensive medicine. Archives of Internal Medicine, 1999,159(20), 2399-2402.

[49] Mansur F, Ceylan Ö. Defansif Tıp ve Defansif Tıp Konusunda Yapılan Akademik Çalışmalar Üzerine Bir Derleme. Ankara Hacı Bayram Veli

Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim. Fakültesi Dergisi, 2021,c. 23, sayı 3, ss. 721–744.

[50] Banaz M, Balçık PY. Hekimlerin defansif tıp tutumlarının incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2022, 25(3), 501-516.

[51] 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.

[52] Yılmaz K. Defansif Tıp: Hekimin Tıbbi Uygulamalarda Sorumluluktan Kaçması Durumunda Ortaya Çıkan Problemler. Seçkin/Hukuk. Ankara. 2014:149-153.

[53] Türe O. Hekimin defansif tıp uygulamalarından doğan cezai ve hukuki sorumluluğu. Terazi Hukuk Dergisi. 2017;12(127):24-31.

[54] Tancredi LR, Barondess JA. The problem of defensive medicine. Science. 1978, 200(4344):879-882.

[55] Kumtepe V, Meral O, Gönüllü H. İzmir v e Çevre İllerde ki Acil Tıp Asistanlarının Defansif (Çekinik) Tıp Uygulama Düzeylerinin İncelenmesi The Evaluation of Defensive (Recessive) Medicine Practices of Emergency Medical Assistants in Izmir and , Smyrna Tıp Dergisi 2020, 1–10.

[56] Turan F. İstanbul'da birinci basamak hekimlerinin elektronik sigara hakkında bilgi düzeyleri ve hasta yaklaşımları. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2022.

[57] Budak H. Tekirdağ İlinde görev yapan hekimlerin hekim sorumluluğu malpraktis ve defansif tıp konuları hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Tekirdağ, 2021.

[58] Başer A, Kolcu MİB, Kolcu G, Balcı UG. Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinin türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği: ön çalışma. İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 2014, 24 (2): 99-102.

[59] Kaldjian, Lauris C., et al. 'Reporting medical errors to improve patient safety: a survey of physicians in teaching hospitals.' Archives of internal medicine 168.1 (2008): 40-46.

[60] Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. New England Journal of Medicine, 2011, 365(7), 629-

636.

[61] Gedik SA, Ünsal A, Arslantaş D, Mutlu A.Tıp fakültesi öğrencilerinin tıbbi malpraktis bilgi düzeyi. Osmangazi Tıp Dergisi, 2021, 43(2): 171-181.

[62] Sheikh A, Ali S, Ejaz S, Farooqi M, Ahmed SS, Jawaid I. Malpractice awareness among surgeons at a teaching hospital in Pakistan. Patient Saf Surg. 2012, 6(1):26.

[63] Arıkan A, Çınarlı S, Aykar FŞ, Sayan A. Attitudes of medical malpractice in pediatric surgery. The Journal of Pediatric Research,2017 4(3), 117-122.

[64] Can D, Bayer N. Investigation of the Relationship Between Malpractice Fear and Job Satisfaction Among Emergency Physicians. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2023, 20(2): 340-345.

[65] Carrier ER, Reschovsky JD., Mello MM, Mayrell RC, Katz D. Physicians' fears of malpractice lawsuits are not assuaged by tort reforms. Health affairs, 2010, 29(9), 1585-1592.

[66] Katz DA, Williams GC, Brown RL, Aufderheide TP, Bogner M, Rahko PS, Selker HP. Emergency physicians' fear of malpractice in evaluating patients with possible acute cardiac ischemia. Annals of emergency medicine,2005, 46(6), 525-533.

[67] Reed DA, Windish DM, Levine, RB, Kravet SJ, Wolfe L, Wright SM. Do fears of malpractice litigation influence teaching behaviors?. Teaching and learning in medicine, 2008, 20(3), 205-211.

[68] Benbassat J, Pilpel D, Schor R. Physicians' attitudes toward litigation and defensive practice: development of a scale. Behav Med. 2001, 27(2):52-60.

[69] Sezer Kara K. Birinci Basamak Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi ve Tutumları ve Bunun Klinik Pratiklerine Etkisi. Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Edirne. 2020.

[70] Catino M, Celotti S. The problem of defensive medicine: two Italian surveys. Stud Health Technol Inform, 2009, 148:206-221.

[71] Kartal S. İstanbul ili aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları tutumu ve bunun sürücü raporu düzenleme uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık

Tezi, İstanbul, 2023.

[72] Mutlu HH, Mutlu HH, Ankaralı H. Hasta Şikâyetlerinin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi: İkincil Mağdur Aile Hekimleri mi?. Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences, 2019; 24(3): 237-243.

[73] Göcen Ö,Yılmaz A,Aslanhan H, Celepkolu T, Tuncay S,Dirican E. Assistant Physicians Knowledge and Attitudes about Defensive Medical Practices, Work-Related Stress and Burnout Levels. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2018, 12(2): 77 - 87.

[74] Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T, Chayama K. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. World J Gastroenterol. 2006, 21;12(47):7671-5.

[75] Öztürk E. Samsun il merkezinde görev yapan aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp uygulamaları hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2021.

8.EKLER

8.1 Ek-1 Malpraktis Bilgi Düzeyi Formu Kullanım İzni

8.2 Ek-2 Malpraktis Korku Ölçeği Kullanım İzni

8.3 Defansif Tıp Tutum Ölçeği Kullanım İzni

8.4 Etik Kurul Onayı

8.5 Ek-5 İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni

8.6 Ek-6 Anket ve Ölçek Formu

Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Tıbbi Hata Kaygısı ile Defansif Tıbba Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Aşağıdaki soru formunun amacı: hekimlerin tıbbi hata kaygısı ile defansif tıp yaklaşımı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

BÖLÜM 1

1. Yaş:
2. Cinsiyet:
    a. Kadın
    b. Erkek
3. Medeni durum:
    a. Evli
    b. Bekar
4. Kaç yıldır hekimlik mesleğini yapıyorsunuz ?....

5. Kaç yıldır Aile Sağlığı Merkezinde aile hekimliği yapıyorsunuz ?

6. Ünvanınız ?

( )Pratisyen
( )Asistan
( )Uzman

7. Herhangi bir malpraktis davasına dâhil oldunuz mu?
( ) Evet ( ) Hayır

8. Hakkınızda malpraktis iddiasıyla şikâyet oldu mu?
( ) Evet ( ) Hayır

9. Tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim aldınız?
( ) Evet ( ) Hayır

BÖLÜM 2

Aşağıdaki Malpraktis Bilgi Düzeyi ile İlgili Önermelere Doğru, Yanlış, Fikrim yok ifadelerinden birini işaretleyiniz.

Malpraktis ile İlgili Önermeler	Doğru	Yanlış	Fikrim Yok
10. Tıbbi malpraktis, hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır.			
11. Malpraktis için hekimin kusurlu davranışı gereklidir.			
12. Malpraktiste, yapılan eylem ile oluşan zarar arasında nedensellik bağı vardır.			
13. Hekimin tanı ile ilgili tetkikleri eksik yapması nedeniyle hastanın zarar görmesi malpraktis olarak kabul edilir.			
14. Tıbbi alet ve cihazlardaki bozukluk sonucu hastanın zarar görmesi halinde hekim kesinlikle suçlu sayılmaz.			
15. Ötenazi malpraktis olarak kabul edilmez.			
16. Malpraktis olaylarında sorumluluk sadece hekime aittir.			
17. Hekim kusurlu olmasa bile hastada ortaya çıkan zararlı sonuçtan sorumludur.			
18. Hastadan alınan aydınlatılmış onam, hekimin kusurlu davranışları nedeniyle ceza almasını engeller.			
19. Hastalardan alınacak aydınlatılmış onamın her durumda yazılı alınması şarttır.			
20. Tedavi sonucu gelişen komplikasyonlar malpraktis olarak kabul edilmez.			
21. Eğer hasta önceden bilgilendirilmemişse, komplikasyonlar malpraktis olarak kabul edilir.			
22. Malpraktis olaylarının aydınlatılmasında iyi tutulmuş tıbbi kayıtlar çok önemlidir.			
23. Malpraktisten korunmak için standart tanı ve tedavi uygulamaları kullanılmalıdır.			
24. Malpraktis nedeniyle bir hekimin suçlu sayılmaması için ortalama bir meslektaşı kadar özenli, dikkatli, becerili olması beklenir.			
25. Malpraktis nedeniyle yapılan idari soruşturma sonucunda, hekime uyarı ve kademe ilerlemesinin durdurulması gibi cezalar verilebilir.			
26. Malpraktis nedeniyle hekime adli soruşturma açılamaz.			
27. Tıbbi uygulama hatası nedeniyle oluşan zararın,			

sonucu öngörülmeden, kasıtsız olarak, dikkatsizlik ve özensizlikten dolayı gerçekleşmesine taksir denir.			
28. Taksirle yapılan tıbbi hatalar nedeniyle oluşan zarardan dolayı hekime ceza verilmez.			
29. Hekimin tıbbi müdahaledeki ihmali nedeniyle hastanın zarar görmesi malpraktistir.			
30. Mahkeme malpraktis kararı vermek için bilirkişi olarak seçilen hekimlerden görüş alabilir.			
31. Türkiye'de malpraktis davalarında en önemli resmi bilirkişilik birimi, Adli Tıp Kurumu'dur.			
32. Türkiye'de hekimlerin malpraktis ile ilgili Mali Sorumluluk Sigortası yaptırması zorunludur.			
33. Türkiye'de malpraktisle ilgili özel bir kanun yoktur.			
34. Hekimler malpraktis davalarında, taksirle adam öldürme ve yaralama gibi suçlarla yargılanırlar.			

BÖLÜM 3 MALPRAKTİS KORKU ÖLÇEĞİ

Lütfen 'malpraktis korku ölçeği ' ile ilgili aşağıdaki ifadelere katılım derecenizi (1) Kesinlikle katılmıyorum, (5)
Tamamen katılıyorum olmak üzere 1-5 arasındaki skala üzerinde işaretleyiniz

MALPRAKTİS KORKU ÖLÇEĞİ	**Kesinlikle katılmıyorum**				**Tamamen katılıyorum**
35. Sağlık hizmet sunumuna yönelik hukuki gelişmeler nedeni ile mesleki uygulamalarımda önemli değişiklikler yapmak zorunda kaldım.	1	2	3	4	5
36 Gelecek 10 yıl içinde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olacağım diye endişeleniyorum.	1	2	3	4	5
37. Malpraktis davası tehdidi nedeniyle günlük mesleki uygulamalarımda kendimi baskı altında hissediyorum.	1	2	3	4	5
38. Sadece malpraktisden kaçınmak için bazı testler ve konsültasyon istediğim olur.	1	2	3	4	5
39. Özellikle dava edilme riskini azaltmak için bazen ileri uzman görüşü istediğim olur.	1	2	3	4	5
40. Teşhis koyarken teknolojiden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açısından giderek daha riskli olmaya başlamıştır.	1	2	3	4	5

BÖLÜM 4 DEFANSİF TIP TUTUM ÖLÇEĞİ

Lütfen defansif tıp konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelere katılım derecenizi (1) Hiç katılmıyorum, (5) Tamamen katılıyorum olmak üzere 1-5 arasındaki skala üzerinde işaretleyiniz

Defansif Tıp Tutum Ölçeği	**Tamamen Katılıyorum**	**Çok Katılıyorum**	**Orta Derecede Katılıyorum**	**Az Katılıyorum**	**Hiç Katılmıyorum**
41. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımdan gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.					
42. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarıma endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.					
43. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımda gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.					
44. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.					
45. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.					
46. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarıma daha detaylı açıklıyorum.					
47. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarıma daha fazla zaman ayırıyorum.					
48. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.					
49. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.					
50.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.					
51.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.					
52. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.					
53. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.					
54. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.					
	Evet			**Hayır**	
55.Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?					
56. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?					
57. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?					
58. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?					

8.7 Ek -7 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın Dr. Burak Neng tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Burak Neng'e telefon ile yahut Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde katılımcı (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi

9.ÖZGEÇMİŞ