



T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**PEDİATRİ HEKİMLERİNDE MALPRAKTİS
KAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KAMURAN DAYAN

İSTANBUL-2021



T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
PEDİATRİ HEKİMLERİNDE MALPRAKTİS
KAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ
KAMURAN DAYAN

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. FİLİZ BAKAR

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Program : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Tez Başlığı : Pediatri Hekimlerinde Malpraktis Kaygısının Değerlendirilmesi
Tez Sahibi : Kamuran DAYAN
Sınav Tarihi :

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	(İmza)
Tez danışmanı:	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	(İmza)
Üye:	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	(İmza)
Üye:	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	(İmza)
Üye:	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	(İmza)

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../.....tarih ve.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

İmza

Unvanı, Adı Soyadı

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

BEYAN

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



Tarih

İmza

Adı Soyadı

Kamuran DAYAN

TEŞEKKÜR SAYFASI

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları'nda uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan, saygıdeğer hocam ve Anabilim Dalı Başkanımız ve tezimi bitirmemde büyük emekleri olan danışmanım Prof. Dr. Filiz BAKAR başta olmak üzere bilgi ve beceri kazanmam için yol gösteren ve çalışmaktan onur duyduğum kıymetli hocalarım Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL, Prof. Dr. Haluk Aydın TOPALOĞLU, Prof. Dr. Buket ERER DEL CASTELLO, Prof. Dr. Hülya ERCAN SARIÇOBAN, Prof. Dr. Meltem UĞRAŞ, Doç. Dr Belma HALILOĞLU , Yrd .Doç.Dr Mustafa Berber 'e

Hekimlik bilgi ve deneyimlerinden yararlanmamın yanı sıra mesleğe dair umudumun bittiği, korkularımın başladığı bu zorlu günlerde dahi umut olan, varlığıyla güç veren Prof. Dr. Ayça VİTRİNEL ve Prof. Dr. Mehmet TURGUT hocama,

Hekimliklerini örnek aldığım, dostluklarını, hayata dair tecrübelerini paylaşan, uykusuz zorlu nöbetleri bile keyifli hale getiren Uzm. Dr. Tuba Giray, Uzm. Dr. Perihan Saf, Uzm. Dr. F. Tuba Çoskun, Uzm. Dr. Çiğdem Ayanoğlu, Uzm. Dr. Endi Romano ,Uzm. Dr. Tulin Arslan'a

Eğitimim süresince, çalışmaktan keyif aldığım değerli asistan ve hemşire arkadaşlarım ile varlığıyla bu süreci kolaylaştıran kıymetli eş kıdemlim Büşra ÇAĞLAR'a

Varlığı benim için büyük şans olan, mesleki ve özel hayatımda kahkahalarımı olduğu kadar göz yaşlarıma da ortak olan kıymetlim hayat arkadaşıma,

Dünyada yaşamı benim için daha da anlamlı hale getiren ve çocuk hastalarımı daha fazla anlamama sebep olan canım oğullarım Hasan ve Baran'a,

Hayatımın her döneminde sürekli yanımda olan, almış olduğum her kararda beni destekleyen, varlıklarından güç aldığım, sevgilerini yüreğimde hissettiğim canım annem ve babama,

Zor günlerde yanımda olarak hayatımı kolaylaştıran, daima yanımda olan en kıymetlilerim kardeşlerime sonsuz şükranlarımla...

Dr. Kamuran DAYAN

ÖZET

Tıbbi hata tüm dünyada yaygın bir şekilde görülebilen sağlık sorunları arasındadır. Hekimler yaptıkları bu tıbbi hata sonucu hasta, hasta yakınları, hastane yönetimi ya da diğer kişiler tarafından dava ya da şikayet edilebilmektedir. Yapılan ya da yapılmayan bir tıbbi işlem sonucu dava ya da şikayet edilen hekimlerde davranış değişiklikleri görülmekte ve zamanla mesleklerini icra ederken malpraktis korkusu yaşamaktadırlar. Çalışmamızdaki amacımız; Pediatri hekimlerinde malpraktis kaygısını değerlendirmek, hekimin tanımını, sorumluluklarını, haklarını, pediatri hekim tanımı, hakları ve sorumluluklarını ele almak ve kaygı sorununu incelemektir. Ayrıca malpraktis kavramını açıklamak ve pediatri hekimlerinin sosyodemografik, ünvan ve diğer özelliklerine göre malpraktise bakış açılarını, malpraktisten etkilenme düzeylerini ortaya koymaktır.

Araştırmamız Türkiye’de görev yapan çeşitli ünvanlardaki 508Pediatri hekimi üzerinde gerçekleşmiştir. Toplanan veriler anket formları üzerine kaydedilmiştir. Ortaya çıkan veriler daha sonra araştırmamızın materyal- metot ve bulgular kısmında SPSS istatistiksel yazılımı kullanılarak incelenmiştir. Hekimlere yöneltilen sorular sonucu çeşitli analizler yapılmış ve pediatri hekimlerinde malpraktis kaygısının yüksek düzeylerde olduğu ortaya çıkmıştır. Pediatri hekimlerinde malpraktis kavramı ve bakış açıları değerlendirilmiş, bu kavrama yönelik olumsuz tecrübeler ve tıbbi hata algısı, hekimlerde malpraktis kaygısını pozitif yönde etkilemiştir. Pediatri hekimlerinde malpraktis bilgi seviyeleri de değerlendirilmiştir. Hekimlerin malpraktise ve tıbbi hata durumuna karşı yeterli bilgi seviyesinde olmadığı ve bu durumu raporlamada yetersiz kaldıkları da tespit edilmiştir.

Sonuç olarak bu durumun önüne geçebilmek için Pediatri hekimleri bilgilendirilmeli, yapacakları tıbbi işlem ve uygulamalar öncesinde riskler hakkında hastalarından onam almalıdır. Ülkemizde hekimlere ve onların haklarına yeteri kadar önem verilmeli ve onların çalışma şartları iyileştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Malpraktis, Kaygı, Pediatri Hekimlerinde Malpraktis Kaygısı

ABSTRACT

Medical error is an adverse effect of treatment that can be prevented and can cause obvious or uncertain harm to the patient. It is one of the most common health problem in all around the world. Physicians can be sued or complained by patients, their relatives, hospital administration or other persons because of their medical errors. Behavioral changes and malpractice concern are observed in physicians who have been sued or complained.

Our aim in this report is to assess the definition, rights and responsibilities of pediatricians and analyze their malpractice concern. In addition, to explain malpractice and to evaluate the exposure levels of pediatric physicians from malpractice according to their sociodemographic characteristics, titles or other characteristics.

This study has participated in 508 pediatric physicians working in Turkey. Survey method was used. Collected data were recorded on digital survey system. Data were analyzed using SPSS statistical software. As a result of the analyzes, it has been revealed that malpractice anxiety is very high among pediatricians. It has been observed that the malpractice experiences of pediatricians and the wrong perception of medical error increase malpractice concern. Malpractice knowledge levels of pediatricians were also evaluated. It was determined that they do not have sufficient knowledge about malpractice and medical error. They were also insufficient in documentation and reporting.

As a result, in order to prevent malpractice anxiety, pediatricians should be informed about malpractice and they should obtain written consent from their patients before medical procedures and applications. In our country, the rights of physicians should be given importance and working conditions should be improved.

Keywords: Malpractice, Anxiety, Malpractice Concern in Pediatricians

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI FORMU	I
BEYAN	II
TEŞEKKÜR SAYFASI	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	IX
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
TABLolar DİZİNİ	XI
1. GİRİŞ VE ARAŞTIRMANIN GENEL NİTELİKLERİ	1
2. KURAMSAL TARTIŞMALAR	4
2.1. Hekimin Tanımı	4
2.2. Hekim Kimdir? Hekimin Sorumlulukları Nelerdir?	5
2.2.1. Hekimlerin Mesleki Bilgi ve Becerisini Geliştirmesi	5
2.2.2. Hekimin Yeteneğini Geliştirmesi	6
2.2.3. Danışmanlık Hizmeti	8
2.2.4. Mesleki Yayın Yapma	8
2.2.5. Mesleğin İcrasında Etiğe Uygunluk	9
2.2.6. Hekimin Çağdaş Tıp Olanaklarını İzlemek ve Uygulama Yapabilmek İçin Gerekli Ortamı İstemesi	10
2.2.7. Mesleğini İcra Ederken Özgür ve Bağımsız Karar Verme	11
2.2.8. Uzmanlık Alanıyla Sorumlu Tutulması	12
2.2.9. Hekimin Hukuki İnfazlarda Bulunmayı Reddetmesi	12
2.3. Hekim Hakları- Hasta Haklarına Karşı Hekim Hakları	13
2.3.1. Hasta Hakları- Hekim Hakları Sınır Problemleri	13
2.3.2. Hasta Hakkında Gerekli ve Yeterli Bilgi Alma ve Muayene Etme	16
2.3.3. Yanlış Teşhis ve Tedavi Hallerinde Hekim Hakları	17
2.3.4. Günlük Muayene Edeceği Hasta Sayısının Sınırlı Olması	19
2.3.5. Uzmanın Bulunduğu Yerde, Uzmanlık Alanına Girmeyen Hastaya Bakmamak ...	21
2.3.6. Hastanın Reddedilmesi	22
2.3.7. Hekim, Tedavi Bitmeden Hastayı Bırakabilir Mi?	23
2.4. Pediatri Hekimi Tanımı	24
2.5. Pediatri Hekiminin Sorumlulukları	25

2.6. Hekim Hasta İlişkisi	26
2.6.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları	28
2.6.2. Beden Algısı.....	33
2.6.3. Mahremiyet/Teslimiyet.....	34
3. MALPRAKTİS KAVRAMI: KAVRAMSAL ÇERÇEVE, NEDENLERİ, HEKİM KAYNAKLI MALPRAKTİS, TÜRK CEZA HUKUKU AÇISINDAN MALPRAKTİS KAVRAMI.....	36
3.1. Malpraktis Kavramı	36
3.2. Tıbbi Hata Kavramı	37
3.3. Komplikasyon Kavramı.....	37
3.4. Malpraktis Nedenleri	38
3.4.1. Hekim ve Diğer Sağlık Çalışanlarından Kaynaklı Faktörler	38
3.5. Türkiye’de ve Dünyada Malpraktis Görülme Sıklığı	43
3.6. Defansif Tıp	45
3.6.1. Defansif Tıbbın Tarihçesi	46
3.6.2. Defansif Tıp Türleri	49
Pozitif Defansif Tıp.....	49
Defansif Tıp Uygulamalarının Sağlık Hizmetlerine Olan Etkisi	54
3.7. Türk Hukuk Sisteminde Malpraktis Hakkında Verilen Örnek Yargıtay Kararları	55
3.8. Çocuk Kavramı, Çocuklarda Tıbbi Müdahale ve Yasal Sorunlar	56
4. KAYGI KAVRAMI VE HEKİMLERİN KARŞILAŞTIĞI MALPRAKTİS DURUMLARI İLE İLİŞKİSİ.....	58
4.1. Kaygı Tanımı	58
4.2. Patolojik Kaygı Kavramı	59
4.3. Kaygı Çeşitleri.....	59
4.4. Kaygı Belirtileri.....	61
4.5. Kaygı ile Baş Etme Yolları.....	62
4.6. Hekimlerin Karşılaştığı Malpraktis Durumları Karşısında Yaşadıkları Kaygı	62
4.7. Tıbbi Malpraktis Stres Sendromu (MMSS).....	64
5. MATERYAL VE METOT.....	68
5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	68
5.2. Problem Cümleleri ve Hipotezler	68
5.3. Evren ve Örneklem	69
5.4. İstatistiksel Yöntem	70
6. BULGULAR	72
6.1. Pediatri Hekimlerinin Fenotipik Özellikleri	72

6.2. Pediatri Hekimlerinin Unvanlarına Göre Malpraktis Davalar Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Karşılaştırılması.....	75
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	115
SONUÇLAR.....	115
ÖNERİLER	116
KAYNAKLAR.....	118
EKLER	133
Ek: 1. Anket Soruları Kullanım İzni	133
Ek: 2. Etik Kurul Onayı.....	136
Ek: 3. Anket Soruları.....	142
Ek: 4. Özgeçmiş.....	145



SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

Bk: Borçlar Kanunu

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD: International Classification of Disease

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

M: Madde

MMSS: Medikal Malpraktis Stres Sendromu

H: Hipotez

TBMM : Türkiye Büyük Millet Meclisi

TC: Türkiye Cumhuriyeti

TCK : Türk Ceza Kanunu

TTB : Türk Tabipleri Birliği

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

HbSAg: Hepatitis B surface antigen

YÜ : Yeditepe Üniversitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İyilik halinin yüksek düzeyde olmasının çevresel etkenlerle ilişkisi (35)	30
Şekil 2. Sağlık- hastalık sürecinin modellenmesi (91)	31



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Dava sürecindeki aşamalar	65
Tablo 2.	Malpraktis stres sendromunda başa çıkma stratejileri	67
Tablo 3.	Pediatric Hekimlerinin Çalıştığı İllere Yönelik Tanımlayıcı Analizi.....	72
Tablo 4.	Pediatric Hekimlerinin Fenotipik Özelliklerine Yönelik Tanımlayıcı Analizi.....	73
Tablo 5.	Pediatric Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Malpraktis Davaları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Dağılımı - 1	90
Tablo 6.	Pediatric Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Malpraktis Davaları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Dağılımı - 2	78
Tablo 7.	Pediatric Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Malpraktis Davaları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Dağılımı - 3	82
Tablo 8.	Pediatric Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Malpraktis Davaları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Dağılımı - 4	100
Tablo 9.	Pediatric Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Malpraktis Davaları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Dağılımı - 5	89
Tablo 10.	Pediatric Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Malpraktis Davaları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Dağılımı - 6	91
Tablo 11.	Pediatric Hekimlerinin Cinsiyetine Göre Malpraktis Davalar Hakkındaki Endişelerinin Dağılımı.....	95
Tablo 12.	Pediatric Hekimlerinin Kıdemine Göre Malpraktis Davalar Hakkındaki Endişelerinin Dağılımı.....	97
Tablo 13.	Pediatric Hekimlerinin Günlük Hasta Sayısına Göre Malpraktis Davalar Hakkındaki Endişelerinin Dağılımı.....	99
Tablo 14.	Pediatric Hekimlerinin Yaşadığı Şehre Göre Malpraktis Davalar Hakkındaki Endişelerinin Dağılımı.....	101
Tablo 15.	Pediatric Hekimlerinin Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Yasal Düzenlemeler Hakkındaki Bilgisine Göre Malpraktis Davalar Hakkındaki Endişelerinin Dağılımı	103

1. GİRİŞ VE ARAŞTIRMANIN GENEL NİTELİKLERİ

Göreve başlamadan önce her hekim Hipokrat yemini etmektedir. Edilen bu yeminde hastaya zarar vermeden ona tedavi ve çeşitli sağlık hizmetlerini sunma yer almaktadır. Ancak buna rağmen yapılan çeşitli araştırmalar göstermiştir ki; tıbbi işlem ve uygulamalar tamamen hatasız değildir. (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde çeşitli yıllarda yapılan iki önemli çalışmada 44.000-98.000 arasında hastanın önlenebilir tıbbi hatalar sonucu hayatını kaybettiği ortaya çıkarılmıştır (2). Yine Amerika Birleşik Devletleri'nde bu hatalar sonucu her yıl yaklaşık 17-29 milyar dolar arasında bir ulusal gelir kaybı yaşanmaktadır. 1994 ve 2004 yılları arasında İtalya'da verilen sağlık hizmetlerinden kaynaklı şikayetlerin artış oranı %20'dir. Avrupa ülkelerinin tıbbi malpraktis davaları için sigorta şirketlerine ödediği tutarlar araştırıldığında Fransa 2003 yılında 350 milyon Euro, İngiltere 2002 yılında 730 milyon Euro, Almanya 2002 yılında 250 milyon Euro ve İtalya ise 2002 yılı içerisinde 2,3 milyar Euro harcama yaptığı görülmektedir. Üstelik tıbbi hata sonucu hayatını kaybeden insanların trafik kazasında ölenlerden daha fazla olduğu da gösterilmiştir (2,3).

2011 yılında Goodman ve arkadaşları Amerika Birleşik Devletleri içerisinde hekimlerin yaptığı tıbbi hata sonucunda 1 yıl içerisinde hastanede toplamda 187.000 ölümünün ve 6,1 milyon yaralanmanın gerçekleştiğini ortaya koymuştur (3). Gerçekleşen ölüm ve yaralanmalar ülkeye 348 milyar dolar ile 913 milyar dolar arasında bir sosyal maliyet olarak geri dönmüştür. Bahsedilen bu rakamlar ülkenin 2006 yılı içerisinde toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 18-45'ini oluşturmuştur (3). Elde edilen verilerden de anlaşıldığı gibi hekimlerin yaptıkları tıbbi bir hata hem toplum sağlığı açısından ciddi tehlikeler oluşturmakta hem de ülkenin ekonomisini olumsuz etkilemektedir.

Dünya çapında tıbbi hataları azaltabilmek için bireysel ve organize olarak birçok girişimde bulunulabilir. En önemli girişimlerden bazıları hekimleri tıbbi hata yapmaları konusunda engellemek ve devletlerin bu konuda uygulayabileceği yasal düzenlemeleri oluşturmaktır. Hasta ya da hasta yakınları hekim tarafından kendilerine uygulanan tıbbi işlemlerde herhangi bir hata düşündükleri zaman haklarını yasal yollara başvurarak aramakta ve malpraktis davaları açabilmektedir. Son yıllarda dünya genelinde hekimlere yönelik malpraktis davalarında hızlı bir artış yaşanmaktadır (4,5,6). Malpraktis davalarında yaşanan bu artış her ne kadar fazla olsa da çok az bir kısmı ceza ile son bulmaktadır. Bu davaların büyük bir kısmı çoğunlukla hekimlerine karara bağlanmaktadır (5, 7, 8). Sonuçların bu şekilde olması hekimlerde yine de

korku oluşturmakta ve bu durum da hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerini olumsuz etkilemektedir (5, 6, 9, 10, 11, 12).

Hekimlerde malpraktis korkusu, malpraktis dava riski nedeniyle ortaya çıkmaktadır. İnsanların doğası gereği yaşadıkları korku duygusu çevrelerini algılama süreçlerinde ortaya çıkan bir savunma mekanizmasıdır (13). Yaşanan algılama süreci içerisinde iyi-kötü, sevgi-nefret ya da heyecan-korku gibi çeşitli duygusal deneyimler de ortaya çıkmaktadır (14). McDugall (15) yaptığı çalışmalar sonucu korkunun bireylerin algılama ve düşünme süreçleri sonucu meydana geldiğini göstermiştir. Bay ve Algase (16), korku ya da kaygıyı tehdit ya da önceden yaşanmış olumsuz durumlar karşısında kişilerde ortaya çıkan bir savunma biçimi olarak görmektedir. Kaygı ve beraberinde gelen korku duygusu algılama süreci sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Algılama ise kişinin sosyal çevresinde etkileşimde bulunması sonucu oluşmaktadır. Etkileşim sonucunda yaşanan öğrenme ise kişilerde sosyal ya da fiziki çevreye karşı gösterdikleri davranışın temelini oluşturmaktadır. Dolayısıyla algı ile davranış arasında sıkı bir ilişki vardır (17, 14, 18). Kaygı duygusu çeşitli açılardan ele alınabilir (19). Genel anlamda yapılan araştırmalar göstermiştir ki; kaygı kişide davranış değişikliği yaşatabilmektedir (20, 21, 22, 23).

Algılama, kaygı, korku ve davranış kavramları arasında çeşitli bağlar vardır. Algılama; kaygı, korku ve tutumdan etkilenmektedir. Hekimlerin tıbbi hata algıları ile malpraktis kaygısı ve gösterdikleri tıbbi hata davranışları ile ilişkili literatürde yapılan bir çalışma mevcut değildir. Buna rağmen kaygı, tutum ve hata algısı arasında literatür çalışmalarından yola çıkarak hekimlerde tıbbi hata algısı, kaygı durumları ve davranışları arasında bağlantı olduğunu düşünmekteyiz. Algı, kaygı ve davranış arasındaki ilişkiler incelendiğinde hekimlerin yaptığı tıbbi hataların kaynağında tıbbi hataların oluşumuna yönelik kaygı, korku ve algılama seviyelerinin etkisi büyüktür. Ayrıca kaygının davranış değişikliğine yol açtığı düşünüldüğünde malpraktis kaygısının, hekimlerin yaptığı işlem ve uygulamalarda tıbbi hata davranışlarını etkilediği de görülmüştür (5, 6, 9, 10, 11, 12). Uluslararası literatürler incelendiğinde genel anlamda malpraktis kaygısının hem hekimler hem de ülkelerin sağlık sistemleri üzerinde etkilerini değerlendiren birçok çalışma mevcuttur (24, 25, 26, 27).

Ülkemizde malpraktis ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde hekimlerin malpraktis kaygılarının bir sonucu olan defansif tıp tutum ve davranışları (28, 29, 30), defansif tıp alanının hukuki boyutu (31, 32, 33) gibi araştırmaların yanında hekimlerde tıbbi hataya karşı algı ve davranışlarını değerlendirmeye yönelik (34, 35, 36, 37, 38, 39) araştırmalar da yer almaktadır.

Malpraktis kaygısına yol açan tıbbi hata kaynaklarının bilinmesi, sağlık sorunları açısından ciddi düzeyde oluşabilecek maliyeti azaltmakta ve defansif tıp uygulamalarını dolaylı olarak azaltmaktadır. Ayrıca malpraktis kaygısının pediatri hekimlerinde görülmesi ve bu duruma yönelik iyileştirici çalışmaların yapılması da pediatristlerin kaygı karşısında davranışlarını önemli ölçüde olumlu etkileyecektir.



2. KURAMSAL TARTIŞMALAR

2.1. Hekimin Tanımı

Hekim insan vücudunun fiziksel ve ruhsal sağlığı ile ilgilenen, tıp mesleğini icra ederek her türlü tıbbi müdahalede bulunma yetkisi kendisine devlet tarafından verilen ve hastalıkları öğrenerek hasta durumda olan kişileri iyileştirmeyi amaç edinen ve bunu mesleği gereği uygulayan uzman ya da pratisyen kişidir (40).

Hekimlik mesleği teknik olarak şu şekilde açıklanabilir: hekimlik; kişilerin hastalıklarını anatomik ve fizyolojik belirtileri ile birlikte tespit edilebilmesi, iyileştirme yollarında ilaç, fizik tedavi-rehabilitasyon, cerrahi yöntemler ya da biyolojik metotlarının kullanılması, hasta ve hastalıkların devamlı olarak takibinin yapılması ve yeni tedavi yöntemlerini bulabilmek amacıyla araştırmaların yapılması konularını kapsayan meslek dalıdır (41).

Bu mesleği icra edebilmek için Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak, tıp fakültelerinden başarılı bir şekilde mezun olarak diploma sahibi olmak, mesleği yapabilmek için kişiyi etkileyebilecek olumsuz devamlı ya da geçici herhangi bir engeli bulunmamak ve Türk Tabipler Birliği odasına kayıt olmak gerekir. Kişiler hekimlik mesleğini kendileri özel olarak açtıkları klinik ve muayenehanelerde, sözleşmeli bir şekilde çeşitli özel sağlık kuruluşlarında ya da devlet hastanelerinde kamu görevlisi olarak yapabilmektedir (42).

Hekimlik görevinin verdiği yetkileri kullanabilmek amacıyla gerekli ve yeterli koşullar, 14.04.1928 tarih ve 1219 sayılı 863 sayılı Resmi Gazetede ve Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile 31.01.1953 tarih ve 6023 sayılı 8323 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmış Türk Tabipler Birliği kanununda ifade edilmiştir. 1219 sayılı kanunda “tababet” şeklinde ifade edilen meslek grubuna hekimler, hemşireler, diş hekimleri, ebeler, sünnetçiler ve sağlık memurları girmektedir. Grubun içerisinde bulunan mesleklerin sorumlulukları ve yetki kullanım hakları her bir alan için farklı şekilde gösterilmiştir. Tıbbi müdahalede bulunmanın kişinin sağlığı üzerinde yarattığı etkinin önemi düşünüldüğünde, sorumluluğa ve yeterliliğe ilişkin son derece hassas değerlendirmelerin yapıldığı açıktır.

2.2. Hekim Kimdir? Hekimin Sorumlulukları Nelerdir?

Hekim sözcüğü Türk Dil Kurumu resmi web sitesinde ‘İnsanlardaki hastalıkları teşhis ve onları ilaçlarla veya bazı araçlarla tedavi eden kimse, doktor, tabip’ şeklinde ifade edilmiştir (43). Hekim sorumluluğu, hekimin uğraşı sırasında bile bile ya da dikkatsizlik ve ihmal sonucu hekimlik kurallarına uymamaktan, tanı ve tedavide son ve bilimsel yöntemleri uygulamamaktan ve uğraştaki acemiliğinden dolayı verdiği zararlardan sorumlu tutulması olarak tanımlanabilir (44).

Tıbbi bir bütün olarak ele aldığımızda hekimlerin hak ve sorumluluklarını aşağıdaki gibi sıralayabiliriz;

1. Hekimlerin mesleki bilgi ve becerisini geliştirme
2. Hekimin yeteneğini geliştirme
3. Danışmanlık hizmeti verme
4. Mesleki yayın yapma
5. Mesleğin icrasında etiğe uygun davranma
6. Çağdaş tıp olanaklarını izlemek ve uygulama yapabilmek için gerekli ortamı isteme
7. Mesleğini yaparken özgür ve bağımsız karar verme
8. Uzmanlık alanıyla sorumlu tutulma
9. Hukuki infazlarda bulunmayı reddetme

2.2.1. Hekimlerin Mesleki Bilgi ve Becerisini Geliştirmesi

Sağlık sektörü günümüzde en hareketli piyasalar arasında yer almakta ve bu piyasanın ateşi kapitalizmin etkisiyle her geçen gün daha da körüklenmektedir. İnsanlar için sağlıklı olabilmek iyi bir yaşam için artık araç olmaktan çıkmış, hedef haline gelmiştir. Zola (45), insanların hedef olarak belirlediği konuların destekçisi olarak Dünya Sağlık Örgütü’nü görmüş ve bu kurumun “fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” sağlıklı olmak tanımını “hasta olmamak” dışında hayatın tamamını kapsayan bir yaklaşım oluşturmasını ciddi anlamda eleştirmiştir. Tıp alanındaki gelişmeler sağlık sektöründe karşılık bulabilmek amacıyla sağlığın tanımını geliştirmeyi sorunların çözümü olarak görmüştür ve bu kanıda başarı tartışılmazdır.

Sağlık sektörü gibi hareketli olan bir piyasada hekimler başrolde yer almakta ve tartışmaların da odağında bulunmaktadır. Hekimlik mesleğinin günümüzdeki kültürde konumuna dair profesyonel değerlendirmeler, tıp mesleğinin tarihi, çeşitli politik faktörler, tıp eğitim sistemi ve toplumdaki değişimlerden bağımsız değildir. Sonuç olarak hekim, toplumsal yapının içinde güçlü bir meslek grubu içerisinde yer almaktadır. Her türlü tıbbi bilginin artışı beraberinde tıbbi egemenliği de getirmektedir.

Foucault (46) toplumdaki hekimlik mesleğinin nüfuzunu ve gücünü ve bunun belirgin hale gelmesinin ancak 19. yüzyılda gerçekleştiğini ifade etmiştir. Günümüzde yaşanan teknolojik gelişmelerle bilgi güç haline gelmekte ve hekimler de burada oyun kurucu pozisyonunda bulunmaktadır. Bu meslek grubunu tanımak, kurumsallıklarını etkileyen faktörleri araştırmak, hekimlerin mevcut pozisyonlarını belirleyebilmek en başta sağlık sistemi içerisinde büyük önem arz etmektedir.

2.2.2. Hekimin Yeteneğini Geliştirmesi

Hekimler diğer meslek dallarında gelişen bireylerin yaptığı gibi yaşam boyu öğrenme sürecinde kalarak kendilerini geliştirmekle yükümlüdür. Bilimsel alanda yapılan tüm çalışmaların ortak amacı insanlara kaliteli bir yaşam sunmaktır. Benzer şekilde tıp dünyasında yaşanan tüm bilimsel gelişmelerin gayesi de yeterli ve gerekli sağlık hizmetlerine insanların kolayca erişmesine imkan sağlamaktır. Hekimler bilgilerini tıp fakülteleri, hastaneler ve çeşitli meslek kuruluşları aracılığıyla artırabilmektedir (47).

Tıp eğitimi oldukça uzundur ve tıp fakültesine giriş ile başlamaktadır. Daha sonra hekimler tıp mesleğini aktif bir şekilde uygular ve emekli olurlar. Dinamik bir öğrenme süreci mevcuttur. Dinamik öğrenme sürecindeki amaç, bütün dallarda görev yapan hekimlerin, hastalıkları önlemek, tedavi etmek, tedavisi imkansız olan hastalıklar ile savaşan insanların ağrılarını azaltmak amacıyla gerekli olan yeni bilimsel gelişmeleri uygulamaktır. Tüm bunlarla beraber hekim, kişisel kazancından ziyade diğer insanlara hizmet etme yönünde ahlaki bir yapıya da sahip olmalıdır. Alanı ne olursa olsun hekimlerin tamamı tıp mesleğinin birer üyesidir. Bu nedenle hekimler tıp mesleğinin olabilecek en yüksek standartlarda uygulanabilmesi için çaba göstermekle yükümlüdür (47).

Hekimlik mesleğini yapan kişiler, özellikle bilgi açısından kendilerini çok yönlü olarak geliştirmelidir. Asgari bilgi düzeyinden daha alt seviyede bilgisi olan hekimler, meslekte acemi olarak değerlendirilir. Hekim ilk etapta tıp mesleğinin genel ilkelerini bilmeli ve bu yönde

alışmalarını sürdürmelidir. Bilgi açısından da kendini devamlı bir öğrenme sürecinde tutmalıdır. Sonuç olarak hekimin asgari düzeyin altında bilgi seviyesine sahip olması nedeniyle hastasının zarar görmesi hekimin sorumluluğu dahilindedir (42).

Son 10 yıl içerisinde tıbbi cihazların üretilmesinde ve yeni ilaçların geliştirilmesinde büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Tüm bu gelişmelerden hekimler haberdar olmalıdır (48). Tıp fakülteleri ile sağlık alanında personel yetiştiren diğer okullar, ülke şartlarını göz önünde bulundurmalı ve mezuniyet öncesi verilmesi gereken eğitimi yeniden gözden geçirmelidir. Ülkemizde mevcut tıp fakültelerinin büyük çoğunluğu şartlara uygun, beceri ve bilgi düzeyi yüksek hekimleri yetiştirme konusunda yetersizdir. Bu durumdan en çok etkilenecek olan kişiler yine bu fakültelerden mezun olacak olan hekimlerdir. Dolayısıyla mezuniyet öncesi eğitim aşamaları ve bu eğitimde verilenler yeniden ele alınmalı ve primer amaç iyi ocak hekimi yetiştirmek olmalıdır. Tüm bunları gerçekleştirmek uzun bir süreci kapsar. Ancak sonuçta hem hekimler hem de hastalar bundan büyük fayda sağlayacaktır (49).

Hekimler eğitim aldıkları tıp fakültelerinde beceri ve yeteneklerini belli bir düzeye kadar geliştirebilmekte ve bu bilgi ve yetenekleri de hayatlarında daha ileri düzeye taşıyarak kullanmaktadır. Hekimlerin mesleki açıdan gelişimlerini önleyen en önemli faktör, kişisel olarak meslekte kendilerini yeterli görmeleridir. Bu kanaat, bir hekimin gün geçtikçe meslekte daha geri kalmasına yol açacaktır. Sonuçta mesleği bırakan hekimler bile vardır (50).

Hekimlere yönelik gösterilen tıp eğitiminde hazırlık aşamasında temel ve klinik eğitimler alındıktan sonra meslekte hayat boyu uygulamaya konulacak ve sürekli bir çalışmanın gerektirdiği uzmanlık eğitimi yer almaktadır (47). Uzmanlık eğitiminde temel amaç, hekimlere mesleki eğitim sağlandıktan sonra ilgili oldukları uzmanlık alanıyla alakalı bilgi ve deneyim kazandırmaktır (51). Almanya’da hekimlerin mezuniyetten sonraki eğitimleri, eyaletlerin tabip odaları tarafından sağlanır (52,53).

Belirli sreler dahilinde hekimlere hizmet içi eğitim verilmektedir. Hizmet içi eğitim hakkı çerçevesinde 19461 sayılı 15.05.1987 tarihli Resmi Gazetede yer alan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda 3.maddenin g fıkrasında sağlık hizmetleri ile ilgili genel esaslar ve Sağlık Bakanlığı aracılığıyla kamu kurumlarında ya da serbest olarak çalışan sağlık personellerinin hizmet içi eğitimleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Bu eğitimi vermek amacıyla üniversitelerden, kamu kurum ya da kuruluşların olanaklarından da faydalanılmalıdır. Hizmet içi eğitim programlarının süresi ve yapılma şekli Sağlık Bakanlığı aracılığı ile çıkarılacak bir yönetmelikle belirlenmektedir (54).

Kanun, hizmet içi eğitim konusunda Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasını zorunlu kılmıştır. Hastane müdürü, hekimlerin tıp alanında yer alan yeni gelişmeleri takip edebilmeleri için gerekli zemini hazırlamalı, bu eğitim sonucunda uygulama imkanını hekimlere vermelidir. Tüm bu uygulamalar için gerekli özen gösterilmelidir (55).

2.2.3. Danışmanlık Hizmeti

Hekimler bilimsel danışmanlık alabilmektedir ve konsültasyon yapma hakkına sahiptir. Tek başına karar vermenin zor olduğu durumlarda başka hekimlerle istişare yapabilmektedirler. Bu gerçekleştirilirken, orada bulunan bütün hekimler birlikte düşünür. Danışmalar tanı ve tedavi sürecinin yanında etik sorunlar için de yapılmalıdır. Etik karar alma sürecinde, her hekim başka bir tıbbi deontoloji veya klinik etik uzmanına danışma hakkına sahiptir (56).

Mesleğin gelişmesiyle birlikte, hekim tek başına karar alan bir uzmandan, kararı veren ekibin bir üyesi konumuna geçmiştir. Resmi evraklarda tek bir uzmanın isminin geçmesi bu durumun öncesinde kalmıştır. Hekimler ihtiyaç duyduklarında konsültasyona başvurmakta özgürdür (57).

Müfredat hazırlanırken, tıp eğitimi mesleki dayanışmayı teşvik edecek şekilde biçimlendirilmelidir. Genç hekimler, kendilerinden daha tecrübeli uzmanlardan danışmanlık istemekte özgür olmalıdır (58).

2.2.4. Mesleki Yayın Yapma

Hekimler tarafından gerçekleştirilen bilimsel yayınlar, tıp gelişimine büyük katkılar sağlamaktadır. Fakat bu yayınlar yalnızca tıp çevresiyle sınırlı kalmamalı, kitlelerce anlaşılabilirliktir. Dergiyi okuyan her kesim, siyasetçi veya sanatçı, dergiden bir şeyler alabilmelidir. Bu şekilde, hekim hareketi gelişir ve dünyaya açılır; toplumdan kopuk bir şekilde kendi içinde hapsolmaz (59).

Tıp konularının medyada işlenmesinin bir çeşidi, hekimlerin televizyon programlarına çıkıp hastalara danışmanlık yapmasıdır. Bu tür hizmetler eskiden gazeteler aracılığıyla sağlanırken televizyonun popülerleşmesiyle günümüzde farklı bir biçimde sağlanmaktadır (60).

Bebek ölümleri konulu bir makale, bu ölümlerin sebeplerini, bölgelere göre farklılıklarını, bu ölümlere yol açan sosyal politikaları konu alıyorsa, toplumun büyük bir bölümüne yayım yapan bir dergide halka sunulabilir. Fakat bu ölümleri erken doğum ve bunun

sonucunda ortaya çıkan kalp, akciğer değişiklikleri ve karaciğer büyümesi kapsamında konu alan bir makale bu dergide yer alamaz (61).

Hekimin emek vererek yaptığı araştırmanın yayınlanması durumunda bazı hatalar yapılabilmektedir. Bu hataların başında, aynı çalışmanın birden fazla dergide kısmen ya da tamamen yayımlanması gelmektedir. Akademik alanda yükselmek için çok fazla sayıda yayın yapmak temel kuraldır. Doğal olarak fazla yayın yapma kuralı bir çalışmanın birden fazla dergide yayımlanması sonucunu doğurmaktadır. Burada bahsedilen temel sorun bir araştırmanın aynı yerde birden fazla yayımlanmaması gerektiğidir (62).

Yapılan araştırmanın makalesi eğer tekrar yayınlanacaksa bu durum dergi editörüne haber verilerek gerçekleştirilir. Zaten makalenin başlık bölümünde yeniden yayın yapıldığı belirtilir. İlk defa yayın olacaksa da yine makalede açıkça yazılmalıdır. Hukuk sisteminde bu kurala uyulmaması suç niteliği taşımaktadır. Bu işlenen suçlar neticesinde yapılan tüm soruşturmalar kamuoyu ile paylaşılır (63).

Yapılan tüm yayınlarda maddi kaynak makale içerisinde açıkça belirtilmelidir. Bu durumun açık bir şekilde belirtilmiş olması, yayını okuyan kişiler tarafından makalenin tarafsız olduğunu yönünde bir kanaat oluşturmaktadır. İlçe firmalarının desteklediği araştırmalarda, araştırmanın bağımsız ve önyargıdan uzak bir şekilde yapıldığı, sonuçların isteğe göre yönlendirilmesinin önüne geçildiği takip edilmelidir. Sonuçlar toplumdan gizlenmemeli, açıkça kamuoyu ile paylaşılmalıdır. Şirketlerin üniversitelerde yapılan herhangi bir araştırmaya özgü katkı sağlamaları yerine genel araştırma fonuna destek sunmaları gerekmektedir (63).

2.2.5. Mesleğin İcrasında Etiğe Uygunluk

Etik kavramı, ahlak kurallarının bütünüdür. İnsanların da içinde yer aldığı ve onlara yönelik verilen tüm hizmet mesleklerinin içerisinde etik değerler yer almaktadır. Etik kavramının içerisinde insan hayatında önemli bir yeri olan ahlak yatmaktadır. Etik değerler zamanla, mesleği yapan kişiler ve hizmetten yararlanan toplum arasında meydana gelen ilişkiden beslenir. İnsanlar arasında paylaşılan nesnelerden, gelenek ve alışkanlıklardan gelişerek kendiliğinden oluşan etik değerler, önceden planlanamaz. Bu kurallar herkes tarafından kabul görür ve uygulanır. Tıbbi etik kavramı ise tıp ve sağlık hizmeti içerisinde yer alan sorunların belirlenmesi ve bu sorunların çözüme kavuşturulması ile doğar. Deontoloji tıp etiği içerisinde kurallaşmış ve yapılaşmış bir iç sistemdir. Günümüzde tıbbi etik kavramı geniştir (64).

Hekimin tıbbi etik kurallarına riayet etmesi en başta kendisine büyük yarar sağlar. Bu kuralların gereği haklılık ve doğruluk ilkelerine bağlı kalmak mesleki ve toplumsal yaşamda ana hedef olmalıdır. Hekim, mesleğini yaparken toplumsal, yasal, ekonomik, politik ve ahlaki değerler ile zaman zaman çelişkili durumlarla karşılaşabilir. Bu çelişkili durumları çözüme kavuştururken hekim, özgür ve bağımsız karar vereceği bir ortama sahip olmalıdır (65).

2.2.6. Hekimin Çağdaş Tıp Olanaklarını İzlemek ve Uygulama Yapabilmek İçin Gerekli Ortamı İstemesi

Günümüzde tıp alanındaki klinik teknolojilerde devamlı olarak yeni gelişmeler gözlemlenmektedir. Bunun bir sonucu olarak tanı ve tedavi alanlarında da gelişmeler gözlemlenmektedir. Hekimler, hastalara ilişkin doğru kararlar alabilmek için en güncel tıbbi teknik ve teknolojilere, bilgi ve yöntemlere ulaşabilmelidir. Bu konuya ilişkin 19461 sayılı ve 15.05.1987 tarihli Resmi Gazete de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3. maddesinin i fıkrasında hüküm vardır. Buna göre: “... çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesi ve teşviki sağlanır” denilerek çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojilerin önemi vurgulanmıştır. Bu yüzden, konu insan sağlığı olduğunda çağdaş tıbbın tüm imkanları ulaşılabilir olmalıdır (66).

Hekimlerin ileri teknoloji kullanımı tıbbi alanda her düzeyde bir ihtiyaçtır. Hekimin geleneksel ve sihirli gücü büyük oranda bilgisayar teknolojisindeki gelişmeleri yansıtan metotlara dönüşmüştür (67).

Hekimlik bir meslek olarak, son yıllarda artış gösteren bir ivmeyle gelişmekte olan iletişim ve bilgisayar teknolojisine önemli biçimde ihtiyaç duyan bir alana dönüşmüştür. Tedavi sürecinde hekimin çağdaş imkanlara erişimi olmalıdır. Bu sağlanmazsa hekimin mesleğine yabancılaştığı görülebilir (65).

Tıp eğitimi sırasında yüksek teknolojilerin tıptaki konumuna şahit olan bir hekimin, bu gelişmeleri kendi iş yaşamında tanı ve tedavi sürecinde deneyimlemek ve uygulamak istemesi doğaldır. Buna göre, hekim gerekli olduğunu düşündüğü durumlarda sağlık güvencesi olan hastasını, olduğu yerden daha ileri ve gelişmiş bir merkeze sevk etmekte özgür olmalıdır (67).

Hastane sahibi ve müdürünün bünyesinde çalıştırdığı hekimlerin ülkemizde ve tıp dünyasında yer alan gelişmeleri takip edebilecekleri uygun ortamı sağlayamadıkları durumlarda ağır bir kusurdan bahsedilmektedir. Bu durumun oluşmasında hastane sahibinin suçu

bulunmasa bile hekime gerekli ortamı sağlayamadığı için zarar gören hastaya karşı yükümlülüğü bulunmaktadır. Hastane gibi sağlık kurum ve kuruluşları, ortamda tanı ve tedavi aşamasında kullanılabilecek araç ve gereçlerin temini, korunması ve bunların kullanılması konusunda azami özen göstermelidir. Özel hastaneler de kendi parasal imkansızlıklarını bahane ederek miadı tamamlanmış ve güncel olmayan araç ve gereçlerin kullanılmasından doğan zararları hastalara yüklememelidir. Dünya standartları bu konuda baz alınmalıdır. Ülkemize bu standartlar getirilmeli ve çalışmaların önündeki teknik ve idari engeller kaldırılmalıdır (55).

2.2.7. Mesleğini İcra Ederken Özgür ve Bağımsız Karar Verme

Hekimlik bir sanattır ve hekimlerin öncelikli amacı, hastalarına zararda bulunmamaktır. Başka bir ifade ile hekim hastanın başta sağlığı olmak üzere, ekonomisine, psikolojisine ve zamanına zarar vermemelidir. Gerekli olan endikasyon durumları doğru anlaşılmalıdır (68).

Hekimler, bilimsel gereklere uyarak hastaya teşhis koymakta ve uygun tedaviyi uygulamaktadır. Sonuç olarak hastanın iyileşmemesi durumunda deontoloji ve genel hukuk kuralları gereğince sorumlu olmazlar (53).

Hekimler, tanı ve tedavi sürecinde bilgilerine ve vicdanlarına uygun davranmalı ve hastayı zararlardan korumalıdır. Bunu gerçekleştirmek için hekim çok iyi bir bilgiye sahip olmalıdır. Bu bilgi bilim kaynaklı olmalıdır ve desteklenmelidir (69).

Hekimler, tedavi sürecinde yalnızca hastaya karşı değil, aynı zamanda topluma, bilime ve hasta yakınlarına karşı da yükümlüdür (70).

Hekimler mesleklerini icra ederken kimsenin emri altında olamaz, herhangi bir makam veya diğer bir hekim tarafından emir alamaz. Hekimin bulunduğu kurumun özel veya devlete ait olması bu durumu etkilemez. Hekimler tıp bilimine ve evrensel kurallarına bağlıdır (55).

2.2.8. Uzmanlık Alanıyla Sorumlu Tutulması

Tıp eğitiminde, mesleğin uygulanmasıyla ilgili olarak geliştirilen olanaklarda kullanılır. Fakat bu öğrenilen yenilikler, tanı ve tedavi sürecindeki imkanların kısıtlı olması, cihazların eksik olması gibi nedenlerle hekimler tarafından kullanılamamaktadır. Buna ek olarak, hekim adayları ileride bulunacakları durumlara göre eğitim alamamaktadır. Bu durumda hekim mesleğini hata yapmayı göze alarak icra etmek durumundadır. Bu sebeplerden dolayı, hekimler başka hekimlerin yapacakları hatalarına dahil olmayı reddetme hakkına sahiptir (71).

Hekim ve yardımcı personel arasındaki ilişki Borçlar Kanunu 55 ve 100' üncü maddede belirtilen ilişkilerden biriye; ortaya çıkan zarardan hekim kusursuz sorumluluk esaslarına uygun olarak sorumlu tutulacaktır. Ancak yardımcı personeli atama, azletme, seçme ve denetleme görevi hekimin görevleri arasında değilse, hekimin sorumluluğu da bulunmamaktadır. Bu durum hem devlet hastanelerinde hem de özel hastanelerde çalışan hekimler için geçerlidir. Bunun sebebi yardımcı personelin görevlerini gerçekleştirirken hekimden bağımsız şekilde ve serbestçe çalışmasıdır. Örneğin, ameliyat sırasında operatör hekim, görevli anestezi uzmanının eylemlerini denetlemek zorunda değildir. Operatörün bilgi düzeyi, diğer teknik hususları kontrol edebilmesi imkanını sağlamaz. Bu nedenle, operatör hekim, anestezi uzmanının hatasından sorumlu tutulmamalıdır (65).

Hekimler, hastalara tanı koymak için gerekli bilgileri öğrenmek için, farklı uzmanlık alanlarında çalışan uzmanların ve kuruluşların bilgisine başvurmak durumundadır. Bu kişi ve kuruluşların verdikleri hatalı raporlar veya bilgilerden, hastanın hekimi kural olarak sorumlu tutulmaz. Bu bilgileri ve belgeleri sağlayan uzmanın, teknisyenin veya kuruluşun hatasından kaynaklandığı için bu kişiler sorumlu tutulur. Fakat, tedaviyi yürüten hekimin bu hatayı bilme ihtimali varsa ya da şüpheli bir durumda araştırmayı yenilemediyse veya başka bir yöntemle başvurması gerekiyken başvurmadıysa bu hekimin kusuru da gündeme gelebilir (55).

2.2.9. Hekimin Hukuki İnfazlarda Bulunmayı Reddetmesi

Hekimler mesleklerinin felsefi alt yapısı gereği insan yaşamını savunur. İnsanlara yaşamlarının sonlandırılması cezası hukuki açıdan verilse bile bunun uygulanması hekimlik mesleğinin felsefesi ile çelişki gösterir. Dünya Hekimler Birliği 1981 yılında yayımladığı Lizbon kararları içerisinde yer alan ‘Devletin zorunlu kıldığı yöntem ne olursa olsun, hiçbir hekimden ölüm cezasına etkin biçimde katılması istenemez.’ İfadesi bu yönde olan tüm tartışmalara son vermiştir. Tokyo Bildirgesi ve Birleşmiş Milletler Tıbbi Etik İlkeleri de benzer şekilde hekimlerin infaz cezalarını uygulamama haklarının olduğunu belirtmiştir. Ancak bazı ülkelerde hekimler görevleri içerisinde infazın uygulanmasına mecbur bırakılmaktadır (50).

Hekimlik mesleğini yapan kişiler kendi hayatlarını başkalarının hayatlarını kurtarmaya adanmış ve bu ilke ile eğitim alarak hayatlarını sürdürmüşlerdir. Hukuka uygun bir şekilde herhangi bir cezanın ifası gereği insan hayatına son vermek, asla hekim tarafından gerçekleştirilmemelidir. Çünkü hekimler insan hayatını kurtarma ilkesine sıkı sıkıya bağlıdır ve bu bağlılık cezaların uygulanmasından daha değerlidir.

2.3. Hekim Hakları- Hasta Haklarına Karşı Hekim Hakları

2.3.1. Hasta Hakları- Hekim Hakları Sınır Problemleri

Hekim haklarının iyi bir şekilde kavranabilmesi için hekimlik mesleğinin yapılmasının nedenleri, hasta haklarının neler olduğu doğru bir şekilde açıklanmalıdır. Öncelikli durum hasta haklarının neler olduğudur. Hekim hakları ve hasta hakları birbiri içerisinde bütünlük taşır. Hekim ve hasta haklarını ayrı düşünmek hastaya faydadan çok zarar getirmektedir. İki ya da daha fazla kişi arasında hukuki açıdan herhangi bir ilişki varsa tabii olarak birbirlerine karşı

birtakım hak ve sorumlulukları da doğar. Hasta hakları çeşitli uygulamalar sonucunda yerleşik duruma gelmiş ve son haliyle yönetmelik içerisinde yazılı bir biçime getirilmiştir.

Hasta haklarının bu derece gelişmiş olmasının temel sebebi, onların güçsüz, zayıf olmaları ve yardıma muhtaş durumda bulunmalarıdır. Ancak hastalara verilen bu haklar sınırsız değildir. Onlara daha kaliteli hizmet verebilmek için hekimlerle hastalar arasındaki ilişkinin düzenlenmiş olması gerekir. Dolayısıyla hekim ve hasta hakları bütünün parçaları şeklinde düşünülmelidir. Yaşam hakkı en kutsal haklardan ve kişinin huzurlu, sağlıklı bir yaşam sürme isteği doğaldır. Devletler de kişinin yaşama hakkını ön planda tutarak bu yönde düzenlemeler yapmaktadır. Yaşama hakkı tüm bu sebeplerden dolayı anayasal olarak güvence altına alınmıştır.

Hekimin genel anlamda görevi, hastanın sağlığına kavuşması, eğer bu durum mümkün değilse onun ağrısını dindirmek ve moral vermektir. Hasta doktorundan bu istekte bulunma hakkında doğal olarak sahiptir. Hekim hastalığı hakkında hastasına bilgi vermelidir. Ancak hastaya verilen bilgi, kişinin moralini bozacak ve daha sonrasında hastalığının seyrini kötü etkileyecekse bu durumda hastanın mevcut durumu saklanabilir. Hekimin bu hakkı yasalarla da koruma altına alınmıştır. *“Tabip ve dış tabibi, hastanın vaziyetinin icap ettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir. Tabip ve dış tabibi, hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lazımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akıbet ve seyrinin saklanması uygundur. Meş’um bir pronostik hastanın kendisine çok büyük bir ihtiyatla ihsas edilebilir. Hasta tarafından, böyle bir pronostiğin ailesine açıklanmaması istenilmemiş veya açıklanacağı şahıs tayin olunmamış ise, durum ailesine bildirilir”* şeklinde yasa mevcuttur (72).

Yukarıda yer alan yasal düzenlemede de görüldüğü gibi, hastaların sahip oldukları haklar bellidir. Hekimler bu haklara dikkat etmeli ve uygun davranış biçimi sergilemelidir. Hasta haklarını ihlal edip daha sonra hekim haklarının arkasına sığınmak doğru bir davranış biçimi değildir. Diğer yandan hasta hakları olduğu gibi hekim hakları da mevcuttur. Hekim, hastasına daha iyi hizmet verebilmek için birtakım haklara sahiptir. Hastaya tanı koymada, tedavi planlama aşamasında ve karar alma noktasında mesleğin gerektirdiği etik kurallar çerçevesinde ve kendi bilgi ve tecrübesi ile bazı kararları kendisinin alması gerekir. Hasta, hekim ile ilişkisini devam ettirecekse hekimin vermiş olduğu bazı kararlara uygun bir şekilde davranmalıdır. Sonuç almak için hasta ile hekim arasında bir uzlaşma sağlanmış olacaktır (64).

Hukuksal anlamda hiçbir kanun hekime hastasını kesin olarak iyileştirme zorunluluğu atfedemez. Hekim ile hasta arasında yapılan sözleşmede bile böyle bir zorunluluk söz konusu değildir. Dolayısıyla hekimin hastaya karşı herhangi bir borç yükümlülüğü doğmaz. Sonuç olarak hekimler hastalarına iyileşmeleri yönünde garanti veremez ve bu anlamda bir sözleşme de yapamaz. Yapılan herhangi bir sözleşme varsa da geçersizdir. Aynı şekilde tedavi süresi de sözleşmeye tabi değildir ve sözleşme süre ile bağlı değildir (73).

Hekim mesleğinin getirdiği tecrübe ve bilgisini kullanarak hastasını tedavi etmek amacıyla çaba gösterir. Herhangi bir tedaviye başlamadan önce hastanın aydınlatılması hekimin sorumluluğundadır. Bu sorumluluğun içerisinde uygulanacak olan tedavi yöntemi, türü, hızlılığı, yan etkileri, ortaya çıkabilecek komplikasyonlar yer almaktadır. Tüm bu durumlar hastaya net bir şekilde anlatılmalıdır (64).

Olayların anlatılmasından sonra hekim hastanın anlatılan kavradığını tespit etmelidir. Kurallar gereği, hekim hastasını aydınlatmalı ve anlatılanları da anladığını tespit etmelidir. Ancak iş bölümü sonucunda başka bir hekim de bunu gerçekleştirebilir. Birden fazla sayıda hekimin ortak çalışması durumunda aydınlatma işlemleri, hastanın bilincinin yerinde olduğu anda gerçekleştirilmelidir. Sonuç olarak hastanın tedavi ile ilgili karar vermesi amacıyla hastaya uygun bir süre verilmelidir.

Aydınlatma hastaya bizzat yapılmalıdır. ancak tıbbi müdahale konusunda rıza vermesi gereken başka kişiler de bulunuyorsa o kişilerin de aynı şekilde bilgilendirme işlemleri yapılmalı ve onamları alınmalıdır.

Hekimin sorumluluğunu içeren diğer bir konu ise kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu işlemleridir. Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliğinde gerekli kurallar yer almaktadır ve Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 21.08.1996 tarihinde bir genelge yayımlamıştır. Genelge içeriğine göre, alınan kanda kan merkezi ve istasyon kurumlarında VDRL, AIDS, HbSAg ve sıtma testlerinin yapılması zorunlu tutulmuştur. Genelde içerisinde yer alan testler yapılmadan transfüzyon için hastaya kan verilirse ve hasta bu işlemde zarar görürse, dikkatsizlik, özensizlik ve tedbirsizlik durumlarından dolayı 5237sayılı Türk Ceza Kanunu 8925.maddesine göre ‘taksirle yaralama suçu’ çerçevesinde dava açılabilir.

Bilinçli taksir dışında yularıda anlatılan suçla ilgili yapılan soruşturma ve kovuşturma işlemleri şikayete bağlıdır. Ancak acil durumlar için imkanlar dahilinde elde testlere tabi tutulan kan veya kan ürünleri yer almıyorsa, kanın testten geçirilme sürecinde hastanın hayatını kaybetme tehlikesi varsa bu durumda hasta hayatı kan ile bulaşıcı hastalık kapma riskinden

daha değerli olarak görülür ve hastaya kan verilir. Hukuki açıdan hastaya bu şekilde kanın verilmesi için en önemli şartın sağlanması yani hastaya ya da yakınlarına gerekli bilgilerin verilmesi ve sonucunda hastanın onayının alınmasıdır. Bu aşamaya gelene kadar hekim bütün ihtimalleri değerlendirmelidir. Eğer hekimin kanı vermesi gerekirse ortada hastanın hayatı söz konusu olduğu için ‘emir, nizam ve talimatlar’a aykırılık olsa bile hekim kusurlu olarak değerlendirilemez. Türk Ceza Kanunu’nun 2526.maddesi gereğince ‘zorunluluk hali’nin koruması altında olan hekime bu davranışı nedeniyle ceza verilemez (57).

Hekimler kendilerine muayene ve tedavi olmak amacıyla gelen hastalarına uygulayacakları her türlü metot için onlardan rıza almalıdır ve bunu da hastasına ayrıntılı bir şekilde anlatmalıdır. Ancak rıza, acil durumlarda aranmaz. Savaş hali, doğal afet ya da toplu kazalar gibi durumlarda koma halinde bulunan hastalardan hekimin rıza alması söz konusu değildir. Acil durumlarda hızlı ve pratik olmak gerekir. Hastanın bilinci yerinde olmadığı için hekimin kendisine anlatılanları anlayabilmesi mümkün değildir (53).

Hekime muayene olmak amacıyla giden hasta, üzerine düşen asgari görevi yerine getirmelidir. Hekimin mesleğini yerine getirmesini zorlaştıracak davranışlar sergilememeye azami özen göstermelidir. Hasta, temizliğine önem vermeden hekime muayeneye giderse hekim ile arasında kısmen de olsa olumsuz bir ilişki kurulmasına imkan sağlamış olacaktır. Başta hekim olmak üzere diğer sağlık personelleri hastalarla ilgili bu tür olumsuz durumlarla karşılaştığında olaylardan asgari düzeyde etkilenecek şekilde kendilerini geliştirmelidir. Ancak bu durum her zaman mümkün değildir. Hekimin o anki psikolojik durumu asgari düzeyde etkilenmeye müsait olmayabilir. Yani hekim hastasının da payı olduğu bazı durumlarda gereken dengeyi kuramayabilir (64).

2.3.2. Hasta Hakkında Gerekli ve Yeterli Bilgi Alma ve Muayene Etme

Fizik muayene; gözlem, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon kullanılarak objektif anatomik bulguların değerlendirilmesi sürecidir. Elde edilen bilgiler, hastanın geçmişi ve patofizyolojisi ile dikkatlice bütünleştirilmelidir. Dahası hem hasta hem de hekimin, etkileşimin teşhis ve tedavi amaçlı olduğunu anladığı benzersiz bir durumdur. Dikkatlice gerçekleştirilen fiziksel muayene, hasta teşhisi ve yönetimi için gerekli verilerin%20'sini vermelidir (65).

Fizik muayeneyle ilgili bilgiler konuşma, jestler, alışkanlıklar, yürüyüş özellikleri ve ekstremitelerin manipülasyonunun gözlemlenmesinden de öğrenilebilir. Siyanoz, sarılık ve solukluk gibi pigment değişiklikleri kaydedilebilir. Hasta alışkanlıklarının, ilgi alanlarının ve ilişkilerinin yönleri, yatak başındaki resimlerden, kitaplardan, dergilerden ve kişisel nesnelerden öğrenilebilir (65).

Hastane odası ve ofis dışında, mahremiyet ve sessizliğin sağlanmasının zor olduğu çeşitli diğer ortamlarda fiziksel muayene yapılabilir. Fizik muayenenin aşamasını oluşturmak için hekime sunulan en iyi kaynak, hastanın refahına saygı ve gerçek bir ilgi göstermektir. Hastaya kibarca hitap edilmeli ve "Yapmanı istiyorum ..." gibi zorunlu dilden çok tercih edilen bir teknik olan muayene için gerekli manevraları yapması istenmelidir. Hastalar muayenenin hoş olmayan kısımlarına hazırlıklı olmalıdır (65).

Açıklamalar ve güvencenin yanı sıra, muayene sırasında hastayla sürekli bir görüşme sürdürmek gerekli değildir. Hastayı utandırmaktan kaçınılmalıdır. Örtülü malzemenin uygun şekilde kullanıldığından ve kişisel alanların aşırı maruz kalmadığından emin olunmalıdır. Aniden sona eren bir muayene, doktor-hasta ilişkisinin değerini azaltabilir ve terapötik içeriğini bozabilir. Hasta, ilgili bulguların kısa bir özetinden yararlanabilir ve neyin bulunup neyin bulunmadığına dair güvence isteyebilir (65).

2.3.3. Yanlış Teşhis ve Tedavi Hallerinde Hekim Hakları

Teşhis aşamasındaki hatalar veya ihmaller, tıbbi uygulama hatası (malpraktis) vakalarının büyük bir kısmının merkezinde yer alır. Tıbbi yanlış uygulama yasası, hastaların her zaman, herhangi bir sağlık sorununun doğru bir şekilde değerlendirilmesini ve hastanın durumuna göre doğru tedavi süreci için bir plan içeren yetkin bir bakım almalarını sağlamayı amaçlamaktadır. Doktorlar uygun veya doğru bir teşhis koyamadıklarında, tıbbi uygulama hatası kanunu, hastaların ortaya çıkan herhangi bir zarar için tazminat almasına izin verir (66).

Hastalar, yanlış teşhis veya teşhis koymada başarısızlık için geçerli bir tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunmak için üç temel unsuru kanıtlamalıdır:

- Teşhiste iddia edilen hatanın gerçekleştiği zamanda doktor-hasta ilişkisi mevcut olmalıdır.
- Doktorun hatası ihmal düzeyinde olmalıdır.

- Hasta bu ihmal nedeniyle zarar görmelidir.

Doktor bir hastayı muayene veya tedavi ettiğinde genellikle bir doktor-hasta ilişkisi kurulur. Yazılı sözleşme gerekmez. Hiçbir ödeme veya ödeme taahhüdü gerekli değildir. Doktorların, potansiyel sağlık sorunlarını tanıma ve uygun şekilde teşhis etme dahil olmak üzere, doktor sıfatıyla hareket ettikleri her an, makul ölçüde yetkin bakım sağlamaları gerekir (66).

Doktorlar, diğer makul yeterliliğe sahip doktorların benzer koşullar altında sağlayabilecekleri bakım kalitesini sağlayamadıklarında ihmalkar davranmış kabul edilir. Tıbbi uygulama hatası davalarında, hastalar, benzer koşullarda diğer makul yeterliliğe sahip doktorların ne kalitede bir bakım sağlayacağını kanıtlama yüküne sahiptir (65,66).

Bu genellikle uzman tanıklığı gerektirir. Hasta (genellikle bir tıbbi uygulama hatası avukatı aracılığıyla), vakada söz konusu tıbbi problemin türü ile ilgili deneyimi olan bir doktor ile konuyu araştırmaktadır. Doktor, bu koşullar altında makul derecede yetkin bir doktorun ne yapacağına dair bir fikir verir. Genel olarak, uygun olmayan bir teşhis söz konusu olduğunda, uzman, makul derecede yetkin bir doktorun yapacağı "ayırıcı tanı" hakkında fikir verecektir. Bunu yapmak için, bir doktor hastanın semptomlarına neden olabilecek olası tüm tıbbi sorunların bir listesini yapar. Doktor daha sonra kesin bir tanı belirlenene kadar çeşitli olasılıkları ekarte ederek hasta üzerinde testler yapar (66).

Teşhis söz konusu olduğunda, doktorlar aşağıdaki yollardan herhangi biriyle bakım standardına ulaşamayabilir:

- Bir doktor, ilk ayırıcı tanı listesine önemli bir potansiyel tıbbi sorunu eklemekte başarısız olabilir.
- Bir doktor, olasılıkları daraltmada hataya neden olabilecek bir testi uygunsuz şekilde yapabilir veya yorumlayabilir.
- Bir doktor, olası tıbbi sorunlardan birinin aciliyetini fark edemeyebilir ve teşhisi geciktirebilir.
- Bir hemşire, hastanın ilaca verdiği yanıtı değiştirerek ve doktoru yanlış sonuca götürerek tanısız ilaçları doğru şekilde sağlayamayabilir. (Bu durumda hemşirenin veya hastanenin yanlış tanıdan muhtemelen sorumlu olacağı unutulmamalıdır).

Doktorlar ister bu hatalardan birini ister başka bir hatayı yapmış olsun, ihmali kanıtlamak için, hastalar önce makul derecede yetkin doktorların benzer koşullar altında sağlayacağı bakım standardını kanıtlamalıdır. İkinci olarak, hastalar, doktorlarının davranışlarının bu standart bakım hizmetini karşılamadığını kanıtlamalıdır (66).

Yanlış teşhis konulması veya teşhis konulamaması nedeniyle tıbbi bir yanlış uygulama vakasında tazminat kazanmak için hastalar, doktorlarının ihmalinin öngörülebilir zarara yol açtığını kanıtlamalıdır. Bu zarar, acı ve ıstırap, tıbbi faturaların maliyeti, kazanç kapasitesinin yitirilmesi ve aynı zarar öncesinde olduğu gibi hayatın zevklerinden yararlanma yeteneğinin kaybı gibi pek çok biçimde olabilir.

Kritik sorun, hasarın tanındaki hatadan kaynaklanıp kaynaklanmadığıdır. Zararın sadece doktor ihmalinden sonra meydana geldiğini göstermek yeterli değildir (66).

Örneğin, bir hastanın baş ağrısından şikayeti ile doktora başvurduğunu varsayalım. Doktor, baş ağrısı nedeni gerçekte beyin tümörü olmasına rağmen hastaya küçük bir sorun teşhisi koymuş ve iki ay sonra hasta beyin tümöründen kaybedilmiş olsun. Ayrıca, doktor tümörü hemen bulmuş olsa bile, hastanın yaklaşık olarak aynı zamanda ölmüş olacağını, çünkü kabul edilen mevcut tıbbi uygulamalara göre bu kanser türü için etkili bir tedavi bulunamadığını varsayalım. Bu senaryoda, doktor hatalı uygulamadan sorumlu olmayacaktır. Doktor ihmalkâr davranmış olsa da ihmal hastanın ölümüne neden olmamıştır. Doktor tümörü hemen bulsa bile ölüm meydana gelecektir. Bu şartlar altında hastanın ölümü ile doktorun hatası arasında bir illiyet bağı olmadığından doktor suçlu olarak görülmez.

Öte yandan, yukarıdaki örnekte, hastanın ölümünün uygun tedavi ile altı ay gecikmiş olabileceğini varsayalım. Bu durumda, hastanın hayatının altı ay kısalması doktorun ihmaline bağlı olduğundan, doktor yanlış uygulamadan sorumlu olabilir.

2.3.4. Günlük Muayene Edeceği Hasta Sayısının Sınırlı Olması

Hekim olmak her zaman yoğun bir iş temposu olmuştur. Bu, özellikle hastalar için kapsamlı bakımın sağlanmasını ve koordinasyonunu hedef olarak belirleyen birinci basamak hekimleri için geçerlidir. Böyle bir hedefe ulaşmak için kullanılabilirlik, geniş bir tıbbi bilgi yelpazesi, yerel sağlık bakım sisteminin etkili kullanımı ve hem "büyük resme" hem de hastanın yaşamı ve sağlığının ayrıntılarına dikkat edilmesi gerekir (65,66).

Sağlık hizmetlerinin sunumuna giden teknik kaynaklar kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Teşhis testleri, terapötikler ve farmasötikler alanında büyük ilerlemeler sıkça görülmektedir. Modern bilgi aktarım teknolojisi, hekimlerin bu ilerlemeler hakkındaki bilgilere erişimini kolaylaştırmış ve hastaların sağlık hizmetinin birçok yönden değişikliklerin daha bilinçli olmasına katkıda bulunmuştur. Aynı zamanda, doktorlardan sağlık hizmeti kaynaklarının kullanımını "tıbbi açıdan gerekli" olduğu düşünülen hizmetlerle sınırlandırmaları istenebilir.

Bir kaynak olarak araştırmalara baktığımızda doktorun muayene zamanıyla ilgili görece az çalışma yapılmıştır. Yine de hem sağlık hizmeti maliyetlerine katkı olarak hem de hasta-doktor ilişkilerinde kilit bir unsur olarak, daha fazla ilgiyi hak ettiğine inanmak için nedenler vardır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sunumunda değer ve verimliliğe artan bir vurgu yapılmakta, hekim ile hasta arasındaki kaliteli zaman, giderek daha değerli bir kaynak haline gelmektedir (66). Hekimler, hastalarla yüz yüze görüşerek, bilgi toplayarak, bir ilişki geliştirerek, ziyaretlerle ilgili idari işler yaparak ve bilgi tabanlarını koruyarak zaman geçirir. Daha da önemlisi, zaman her zaman sınırlıdır: Bir hekimin karşılaştığı sorun ne olursa olsun, bir günde sadece 24 saat vardır.

Mevcut uygulama ortamında, hekimler çalışma zamanlarında artan taleplerle karşı karşıyadır. Sağlık hizmeti sunumu için artan idari gereksinimler (örneğin, hizmet ve yetkilendirme talepleri, kullanım gözden geçirme süreçleri) hastalarla harcanan zamana zarar verir. 1995 Commonwealth Fund araştırması, doktorların%41'inin hastalarla geçirilen zaman miktarında bir düşüş kaydettiğini ve%43'ünün 1992 ile 1995 yılları arasında meslektaşlarıyla geçirilen zaman miktarında bir düşüş kaydettiğini ortaya koymuştur (67). Sosyal ve demografik değişiklikler nedeniyle hekim işgücü, birçok hekimin işe ayırma sürelerini azaltan aile sorumlulukları vardır. Bu faktörler, hekimlerin muayenehanelerinde ve yaşamlarında zaman yönetimini kritik bir konu olarak ön plana çıkarmıştır.

Tüm hekimler, belirli bir hasta ziyareti için daha fazla zamana sahip olmayı diledikleri vakaları düşünebilse de bir hasta ziyaretinde geçirilen süre ile sonuç değişkenleri arasındaki ilişkinin sistematik olarak incelenmesi yetersiz kalmıştır.

Robbins vd. akademik bir aile hekimliği uygulamasında hasta memnuniyetini incelemiş ve hekimin sağlık eğitiminde geçirdiği sürenin ve tedavinin etkilerinin hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir etkisi olduğunu bulmuştur. Toplum temelli genel dahiliyecilerle ilgili bir çalışmada Laine ve ark. hastaların sağlıkla ilgili bilgi sağlamanın önemini yalnızca klinik

beceriden sonra sıraladıklarını bulmuşlardır. Analizleri, ziyaret süresiyle ilgili faktörleri açıkça içermemektedir (68).

Kaplan vd. Tıbbi Sonuçlar Çalışmasının bir parçası olarak dahiliyeciler ve aile hekimlerini incelemiştir. Daha önce, “hasta karar verme anketi” olan hekimlerin hastalarının daha iyi sağlık sonuçlarına sahip olduğunu ve daha memnun olduklarını bulmuşlardır. Daha az hasta karar verme hakkına sahip hekimlerin, hastaların tedavilerini bırakma olasılıklarının %30 daha az olduğunu saptamışlardır. Ayrıca, haftada 70 ziyaretin altında çalışma kapasitesi olan hekimler, uygun bir karar verme tarzına sahip olma eğilimindedir. Kaplan vd. çalışmalarında gerçek ziyaret uzunluklarını bildirmemişlerdir (69).

Like ve Zyzanski, Cleveland'da üniversite temelli bir aile hekimliğinde hasta memnuniyetinin belirleyicileri üzerinde çalışmıştır. Hekimle daha fazla zaman geçirmeyi dilediğini söyleyen hastaların daha az memnun olduğunu bulmuşlardır (70). Hasta memnuniyeti ve ziyaret süresiyle ilgili diğer çalışmalar İngiltere'de yapılmıştır. Morrell vd. ve Ridsdale vd., sırasıyla 10 ve 15 dakika sürmesi planlanan hasta muayene sürelerine kıyasla 5 dakika sürmesi planlanan ziyaretlerde hastaların doktorlarıyla yetersiz zaman geçirdiklerini hissetme olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (71, 72).

Hastalar ve hekimler için en uygun muayene süresini belirlemek, sağlık sistemimizi iyileştirme potansiyeline sahip olacaktır. Bununla birlikte, optimum ziyaret uzunlukları hakkında sonuçlara varmak için sınırlı veri mevcuttur. Alıntı yapılan tüm çalışmalarda, birçok faktör gerçek muayene uzunluğunu etkiler ve birçok faktörün optimum ziyaret süresini etkilemesi muhtemeldir.

2.3.5. Uzmanın Bulunduğu Yerde, Uzmanlık Alanına Girmeyen Hastaya Bakmamak

Tıp bilimi oldukça geniştir ve kendi içerisinde birden fazla uzmanlık dallarına ayrılmıştır. Her bölüm için ayrı uzmanlık dalları kurulmuştur. Bu alanlarda hekimler uzmanlaşmış ve kişinin hastalığı hangi uzmanlık dalına aitse o alanda uzman bir hekimin hastayı muayene etmesi daha doğru vefaydalı olmuştur. Bununla birlikte hekimlerin tamamı acil müdahelerde ilk yardım yapmalıdır. Eğer acil durumlarda uzman hekim bulunmuyorsa hekim hastaya yapabildiği düzeyde yardımda bulunmalıdır. Mevzuatta konu detaylı bir şekilde ele alınmış ve; “*Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı acil*

vakalarda, mücbir sebep olmadıkça, ilk yardımda bulunur. Diş tabibi de kendi sahasında aynı mükellefiyete tabidir.” ifadesi Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinde yer almaktadır (54).

Uzman hekimler kendi alanları konusunda mesleki ahlaka uygun bir yükümlülük oluşturmalıdır. Uzman hekim, hastanın daha iyi bir sağlık kuruluşuna yatırılmasının uygun olması halinde buna izin vermeli ve hastasını yönlendirmelidir (73).

Annenin hayatını tehdit eden gebelik durumunda, uzman hekimin bulunmaması ya da uzman hekime başvurma imkanının olmaması halinde, uzman hekim bulunacak zamana kadar kürtaj ya da sezeryan yapan pratisyen hekimin eylemi hukuka uygun kabul edilmelidir (74).

Resmi Gazetenin 18.12.1983 tarihli ve 18255 sayısı ile yayınlanan Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine ilişkin Tüzüğün 3. maddesine göre rahim tahliyesi kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarınca yapılmaktadır. Ancak kurs görerek yeterlilik belgesi almış pratisyen hekimler de uzman hekimin denetim ve gözetiminde rahim tahliyesi yapabilirler. Yine aynı tüzüğün 12. maddesine göre erkeklere sterilizasyon ameliyatını, uzman hekimler tarafından mesleklerini icra ettikleri yerlerde yapabilirler. Pratisyen hekimler ise sterilizasyon ameliyatını, resmi tedavi kurumlarında yapmaları gerekmektedir (75, 76).

2.3.6. Hastanın Reddedilmesi

Hekim acil bir durumun olmadığı durumlarda kişisel nedenlerle ya da uzmanlık alanıyla ilgili olarak hastayı reddetme hakkına sahiptir. Bu durum hekimler tarafından keyfi olarak kullanılamaz. Sebebi net ve açık bir şekilde ifade edilmelidir. Aksi durumlarda hekimlik mesleğinin etik kurallarıyla bu durum bağdaşmaz ve sonuç olarak birtakım hukuki sorumluluklar doğar. Hasta ile hekimin ilişkisi güvene dayalıdır. Eğer hekim güvenin olmadığını anlarsa o hastaya bakma hakkını reddedebilir.

Güven kavramı hekim ile hasta arasında yazılı olmayan anlaşmaların önemli bir özelliğidir. Anlaşma çerçevesinde hekim hastaya güvenmelidir. Ancak günümüz koşulları değerlendirildiğinde hekime karşı güven duygusunun oluşmadığı görülmektedir (50).

Hasta, bulaşıcı bir hastalığa sahipse ve hekimle görüşmesi sırasında bunu söylemezse hekime karşı güven oluşmamış demektir. Güven, hekimlik onurunun korunmasının da bir koşuludur. Sağlık hizmetini veren kamu ve özel kuruluşlarda çalışan hekim ya da diğer sağlık

personeli hastayı kabul etmek zorundadır. Bir kurum ya da kuruluştaki tek çalışan hekimin de hastayı kabul etmesi zorunludur. Yine tabi afet, savaş ve toplu kazalarda sağlık elemanları tüm hastalara bakmak zorundadır. Buna göre hekimin hastaya bakıp bakmamasındaki sınırı; acil yardım, resmi ve insani vazifelerin yerine getirilmesi halleridir. Bu gibi hallerde hekim hastayı reddedemez. Hekim bunların haricinde mesleki ve kişisel sebeplerle hastaya bakmayabilir (53).

Acil vakalara, günlük olağan başvurulardan ayrılarak, önem verilmesi gerekir. Bu gibi durumda hizmet vermede bir ayrımcılık gözetilmeden hastanın sosyal güvencesi olmasa dahi gerekli tıbbi müdahale yapılmalıdır. Acil vakalarda dahi hasta hakları göz ardı edilmemelidir. Acil vakalarda, hekimler yasal bakımdan üst düzeyde korunmalarına karşılık sınırsız bir karar verme özgürlüğüne sahip değildirler (77).

Hekim, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 18. Maddesi gereğince *'zorunlu ve ivedi (acil) durumlarda hastaya tıbbi yardımda bulunarak gerekli olan acil tedaviyi uygulamak zorundadır.'* Eğer hekim bu kurala aykırı davranırsa cezai sorumluluk meydana gelir. Nizamnamenin 18. maddesi: *"Tabip ve Diş Tabibi, acil yardım resmi veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere..."* diyerek acil durumlarda, resmi görevin zorunlu olduğu ve insanlık gereği hariç demekle hastayı reddetmenin sınırlarını belirtmiş devamında *"...mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir"* ifadesini kullanmıştır. Buna göre hekim acil durumlar dışında hastayı özel ya da mesleki nedenlerden ötürü reddedebilecektir (74).

2.3.7. Hekim, Tedavi Bitmeden Hastayı Bırakabilir Mi?

Hekim, şahsi ya da mesleki nedenlerden dolayı eğer hastaya faydalı olamayacağını anladıysa hastanın tedavisi bitmeden hastayı bırakma hakkına sahiptir. Hekimin hastayla, meslek dışı bir konuda hukuki ilişkisi olup çıkarları ters düşebilir. Böyle bir durumda hekimin hastaya fayda yerine zarar vereceği ortadadır. Hekim bu şartlarda hastanın tedavisine başlamış olsa dahi hastaya bakma işine son verebilir.

Hekim hastayı muayene eder. Teşhisi belirledikten sonra uygulanacak tedavi konusunda kararını verir ve tedaviye başlar. Bu tedavi sonunu hekim beklemek zorunda değildir. Hekim mesleki bilgi ve becerisinin yetmediğini anladığı anda tedaviden vazgeçebilir. Araç ve gereç eksikliği nedeniyle tedavinin uygulanamayacağını anladığı zaman, tedavinin sonucunu beklemeden tedaviyi bırakabilir. Bu gibi hallerde uzman hekimin görüşünü alabilir. Tedaviyi

uygulama konusunda yardım talep edebilir. Bunun yanında hastayı araç gereci olan başka bir sağlık kuruluşuna ve uzman hekime sevk edebilir. Bunun için hastanın rızasını almalıdır. Hekim, özel sebeplerle hastayı başka bir hekime sevk ederken de aynı özeni göstermelidir (54).

Hekim mesleki ve kişisel sebeplerle tedaviyi bitirmeden hastayı bırakabilir. Bu gibi hallerde bile hastayı çaresiz bırakamaz. Bu hak hastaya zarar verecek şekilde kullanılamaz. Başka bir hekimin müdahale etmesi için gerekli olan zamanda hasta zarar göreceksen, diğer hekimin hastaya bakacağı zamana kadar, kendi üzerine düşen hekimlik görevini yerine getirmelidir. Bu kurala aykırı hareket eden hekim sorumlu olur. Hastaya bakacak olan yeni hekime, hasta ile ilgili bilgi ve notları, vermelidir. Bu konuyla ilgili yasal düzenlemede mevcuttur. Buna göre;“*Tabip ve dış tabibi mesleki veya şahsi sebeplerle, tedaviyi bitirmeden hastasını bırakabilir. Ancak, bu gibi hallerde, diğer bir meslektaşın tedavi veya müdahalesine imkân verecek zamanı evvelden hesaplayarak hastayı vaktinde haberdar etmesi şarttır. Hastanın bırakılması halinde hayatının tehlikeye düşmesi veya sıhhatinin zarara uğraması muhtemel ise, diğer bir meslektaş temin edilmedikçe hastayı terkedemez. Hastayı bu suretle terkeden tabip veya dış tabibi, lüzum gördüğü veya hasta tarafından talep edildiği takdirde, tedavi zamanına ait müşahade notlarını verir*” ifadesi Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nin 19.maddesinde mevcuttur.

Tedaviyi yürüten hekim ile konsültan hekim arasında tanı ya da tedavi aşamasında uyuşmazlık olursa ve hasta konsültan hekimin düşüncelerini kabul ederse bu durumda tedaviyi yürüten hekim hastayı bırakabilir. Böyle bir durumda hekim sorumlu olmaz. Bununla ilgili olarak Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi Madde 28: “*Konsültan tabip veya dış tabibi ile müdavi tabibin kanaatleri arasında aykırılık hasıl olur ve hasta, konsültan tabip veya dış tabibinin kanaatini tercih eder ise, müdavi tabip kendi görüşünde ısrar ettiği takdirde hastayı terkedebilir*” hükmüyle yasal olarak düzenleme yapılmıştır (54).

2.4. Pediatri Hekimi Tanımı

Pediatri hekimi, doğumdan 18 yaşına kadar çocukların fiziksel, davranışsal ve zihinsel bakımını yöneten tıp doktorudur. Bir çocuk doktoru, küçük sağlık sorunlarından ciddi hastalıklara kadar çok çeşitli çocukluk hastalıklarını teşhis etmek ve tedavi etmek için eğitilmiştir. Uzman çocuk doktorları tıp fakültesinden mezun olmuş ve pediatri alanında dört yıllık bir ihtisas programını tamamlamıştır.

Pediatric, gelişmekte olan çocuk üzerindeki biyolojik, sosyal ve çevresel etkilerle ve hastalık ve işlev bozukluğunun gelişim üzerindeki etkisi ile ilgilenen bir disiplindir. Çocuklar yetişkinlerden anatomik, fizyolojik, immünolojik, psikolojik, gelişimsel ve metabolik olarak farklılık gösterir.

Birinci basamak pediatristleri, hastalarının büyüme ve gelişme olaylarının sürekli değişen bu işlevsel durumunu ve buna bağlı olarak yaşa göre değişen “normal” standartlarını anlar. Bir çocuk doktoru, öncelikle çocukların sağlığı, refahı ve gelişimi ile ilgilenen ve başlangıç eğitimi nedeniyle bu çabalar için benzersiz bir şekilde kalifiye olan bir doktordur. Bu eğitim, 6 yıllık tıp fakültesi eğitiminin yanı sıra, yalnızca çocuklar, ergenler ve genç yetişkinler için tıbbi bakımın tüm yönlerine ayrılmış ek 4 yıl yoğun eğitimi içerir. Bu yetkinliklerin korunması tecrübe, sürekli eğitim ve öz değerlendirme ile sağlanır,

Bir çocuk doktoru, çocuğun sağlık durumunu doğru bir şekilde tanımlayabilir ve bir danışman olarak hizmet verebilir. Gerektiğinde, ideal olarak hekim liderliğindeki tıbbi ev bağlamında veya bununla bağlantılı olarak diğer uzmanlardan danışman olarak yararlanabilir. Çocuğun refahı büyük ölçüde eve ve aileye bağlı olduğundan, çocuk doktoru besleyici bir ortam yaratma çabalarını destekler. Bu tür bir destek, sağlıklı yaşam hakkında eğitimi ve hem hastalar hem de ebeveynler için öngörülü rehberliği içerir. Çocuk doktoru, çocuk sağlığı hizmetlerinde sorunların önlenmesine veya çözülmesine toplum düzeyinde katılır ve çocukların nedenlerini alenen savunur (78).

2.5. Pediatric Hekiminin Sorumlulukları

Çocuk doktorları sağlıklarını korumak, hastalıkları teşhis ve tedavi etmek ve gelişimlerini izlemek için bebeklerden genç yetişkinlere kadar genç hastalarla çalışır. Bir çocuk doktorunun birçok önemli görevi vardır.

Çocuk doktorları, bebeklerin, çocukların, ergenlerin ve genç yetişkinlerin sağlık bakımı ihtiyaçları konusunda uzmanlaşmıştır. Çoğu çocuk doktoru genel pediatric alanında çalışmaktadır. Ancak bazıları pediatric yan dallarında veya genç nüfusta yaygın olan daha ciddi tıbbi durumlarda uzmanlaşabilir. Çocuk doktorunun görevleri, hastalarının doğumdan itibaren sağlığını, büyümesini ve gelişimini izlemeyi içerir. Düzenli olarak hastalarını kontroller için

görürler. Bu kontroller doğumdan iki yaşına kadar sıklıkla ve daha sonra genellikle ergenlik dönemine kadar yılda bir kez yapılır.

Çocuk doktorunun sorumlulukları şunları içerir:

- Yaygın çocukluk hastalıklarını ve küçük yaralanmaları teşhis ve tedavi etmek
- Hastaları daha ileri tedaviler için ve gerektiğinde uzmanlara tavsiye etmek
- Aşı tavsiyeleri dahil olmak üzere koruyucu bakım sağlamak
- Hastalarının sağlık ve gelişim bilgilerini kaydetmek ve sürdürmek
- Hastalarının sağlık, beslenme ve spor ihtiyaçlarını koruyucularına etkili bir şekilde iletmek

2.6. Hekim Hasta İlişkisi

Tıp teknoloji ve bilgi birikiminin yanında iletişim becerilerini ve çeşitli sanatsal yaklaşımları da kapsamaktadır. Bu nedenle tıp bilimi tek boyutta değerlendirilemez. Uygulamalı bir bilimdir ve aynı zamanda sanat ve alt kültür olarak ele alınmalıdır (79). Hekimlik mesleği sadece eğitim değildir. Toplumsal yapı içerisinde bir yaşam biçimi, bir konumdur (79,80). Bu nedenle hastalarla hekimlerin ilişkisi özel ve çok yönlüdür. Hekim mesleği gereği uğraştığı insanı sadece biyolojik özellikleriyle değil sosyal ve psikolojik açıdan da ele almalıdır. Çok faktörlü yapıdan dolayı hekim ile hasta ilişkisi özelde hukuk ve tıp etiği, genelde ise ahlak ile ilgilidir (80).

Tıbbi uygulamalarda tedavi girişiminin ve her türlü yaklaşımın temel dayanağında hasta ve hekim arasındaki ilişki yer almaktadır. Tedavinin başarısı hasta ile hekim arasında bulunan ilişkinin gücüne ve şekline dayanmaktadır. Hekimler klinik uygulamalarda hastaların gereksinimine ve beklentilerine göre bir değerlendirme yapmakta ve yapılan bu değerlendirme onların gerekli becerilere sahip olduğunu ve klinik duyarlılıklarının bulunduğunu ifade etmektedir. Hasta ile hekim arasındaki dinamik ilişki ekonomik, toplumsal, teknolojik, kültürel, etik ve psikolojik birçok faktörden etkilenmektedir. Dolayısıyla hasta ile hekim arasında gerçekleşen ilişkinin kültürel açıdan değerlendirilmesinde hekim kavramı, hekimden beklenen davranışlar, hekim rolü, hekim ve çağın hastalığı kavramı, hastalıkların tanı ve tedavi yöntemleri, sağlık kuruluşlarından, hastadan ya da sağlık hizmetlerinden kaynaklanan

problemler, hastalığın kendine özgü nitelikleri oldukça etkilidir(81). Sonuç olarak hasta ile hekim arasında toplumsal detaylarda bulunmaktadır (82).

Tarihsel olarak incelendiğinde hasta ile hekim arasındaki ilişki çağ ve toplumdan bağımsız değildir. Toplumlarda ortak olarak görülen belli bir çağ ve toplumda görülen insan davranışları ile hasta-hekim arasında ilişki söz konusudur. Bu ilişkinin bazı toplumlarda ortak olduğu da ortadadır. Bu benzerliği açıklamak için belirleyici öğelerin başında tıp bilgisi düzeyi gelmektedir (79).

Eski Mısır, Yunan ve Orta Çağ'da mistik öğelerin ağır bastığı görülmekte ve sıklıkla hekim, toplum tarafından iyileştirici güçlere sahip olan ve hastası ile bu güçler sayesinde bağ kuran üstün kişidir ve aynı zamanda din adamıdır (79, 80).

Çağdaş ruh hekimliğinin kurulmasında öncülük eden Philippe Pinel ve Fransız Devrimi etken ve edilgen temele dayalı hekim-hasta ilişkisinden iş birliğinde bulunma, yol gösterme temeline geçişte etkili olmuştur (83). 18 ve 19.yüzyıllarda tıp ve bilim alanında yaşanan tüm gelişmeler, teknolojinin de ilerlemesiyle bilgi birikiminin artmasına ve bu da hastanın hekim karşısında bağılılığını üst düzeye çıkarmasına neden olmuştur (80).

Karşılıklı katılım esasına dayalı hekim-hasta ilişkisinin meydana gelmesi 19.yüzyıl sonlarına doğru psikiyatri bilim dalının gelişmesiyle olur. Sigmund Freud ve Joseph Brauer hastayı dikkatli bir şekilde dinleyerek tanı yöntemleri ve tedavi metotları geliştirmeye bu dönemde ağırlık vermiştir. Bu da hasta ve hekim ilişkisinde karşılıklı katılım yolunda büyük bir adımdır. Kraepelin'ci görüş bu dönemde hastalığı ve sağlıklı olma durumunu ak ve kara olarak ayırmıştır. Bugünkü görüşte ise daha çok hastalık kavramı biyopsikososyal açıdan kapsamlı bir şekilde ele alınmaktadır. Geniş kapsamların içerisinde hekimin rolü ise oldukça etkindir (79,80).

Tıp uygulamalarında geçmişten günümüze dek hasta ile hekim ilişkisi daima merkezde bulunan bir konudur. Hipokrat yemininde bu dönemde hekimlerin genel uygulamasına yön veren yaklaşımlar yer almaktadır. Önceleri hasta ile hekim arasında etkinlik ve edilgenlik şeklinde ilişki vardır. Bu ilişkide hekim hastayı bütünü ile yönlendirmekte hasta daha edilgen durumda kalmaktadır. Hipokrat yemininde de belirtilen hasta hekim ilişkisi günümüzde komada olan ya da anesteziye bilinci yerinde olmayan hasta ile hekim arasındaki ilişkiye benzer. Zamanla bu ilişkide hekim daha fazla belirleyici olur ve hasta da belirlemelere uyarak gerekenleri yapmakla yükümlüdür. Yol gösterme, iş birliği yapma ilişkisi doğar. Bulaşıcı hastalıklarda ya da akut seyirli durumlarda hastanın hekimin söylediklerini yaptığına benzer.

Hasta hekim ilişkisinde diğer bir model ise paylaşımcı ya da karşılıklı katılıma dayalı ilişkidir. Bu ilişki modelinde hasta, hastalık sürecinde belli sorumluluklar üstlenir ve böylece katılımı gerçekleşir. Karşılıklı katılıma dayalı ilişki daha çok kronik hastalıklar ya da ruh hastalıklarının tedavisinde geçerlidir ve hekim hastayı kendisine yararlı olması konusunda yönlendirir (84).

Hekim ile hasta arasında meydana gelen ilişkide değişimin meydana gelmesine pek çok etken neden olmaktadır. Bunlardan bazıları hastalık ve sağlık kavramlarında oluşan değişim, hekim kimliğinde meydana gelen farklılaşmalar, teknolojinin ilerlemesiyle tıbbın giderek bu yoğun teknolojiyi kullanmasıdır. Bu etkenler hasta ve hekim kimliklerinde belirleyicidir. Hekim ile hasta arasındaki gelişmeler en fazla 20.yüzyılın son 35 yılı içerisinde meydana gelmiştir (84).

Süreç içerisinde sağlık ve özerklik, diğer yandan hastanın değerleri ve hekim değerleri arasında oluşan zıtlıklar olarak değerlendirilen konuların ışığında hastanın hastalığı ile ilgili tıbbi kararların verilmesindeki rolü üzerindeki tartışmalar devam etmektedir. Bir kesim hekimin rolünün azalması gerektiğini savunmakta ve hastanın kararlarının daha ön planda olmasını istemektedir. Diğer bir kesim ise bunu uygunsuz görerek ideal olanı sorgulamaktadır (84, 85).

Hasta ve hekim arasında oluşan ilişkide dengelerin kurulması adına eşitlikçi yaklaşımı savunanlar da bulunur. Bunu savunanlar, hasta ve hekimlerin beklentileri ile beraber hekimin görevleri, hastayı bilgilendirdikten sonra onamın alınması, tıbbi uygulamaların etik ve yasal boyutları gibi konulara açıklık getirerek ‘İdeal bir hasta ile hekim ilişkisi nasıl olmalıdır?’ sorusuna açıklık getirmektedir (84, 85, 86).

2.6.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları

Sağlığın tanımı ile ilgili yapılan açıklamalara bakıldığında ‘Hasta olmayan insan sağlıklıdır’ şeklinde basit bir tanımın yapıldığı görülür. 1900’lü yılların başında ve ilerisinde çeşitli bilimler hastalık ve sağlık kavramlarını farklı şekillerde tanımlamaya çalışmışlardır. Bazı tanımlarda psikolojik, bazılarında sosyal alana bazılarında ise fiziksel ve biyolojik alana daha fazla vurgu yapılmaktadır.

Sağlık kavramı esasında canlının hücresel boyutta kendi çekirdeğinde yer alan DNA bütünlüğünü korumak ve kararlılığını sürdürmek amacıyla oluşturduğu üst düzey bir

örgütlenmedir (87). Bu tanımdan hareketle sağlık tanımı sadece biyolojik açıdan ele alınmaktadır.

T. Parson's, sağlık kavramını bireylerin işlevselliği ile paralel görmüştür. Toplumsal süreçte her birey kendi rolünü ve sorumluluğunu gerçekleştirmektedir. Eğer kişi bu sorumluluk ve rolünü yerine getirebiliyorsa sağlıklıdır (88).

Tanıma göre birey işlevsel olduğu sürece sağlıklı kabul edilmektedir. Bazı durumlarda kişi semptomları göstermesine rağmen kendini hasta olarak görmeyebilir. Ayrıca kronik hastalık durumlarında kişi hastalığa ve tedaviye uyum sağladıktan sonra gündelik işlerine dönebilmektedir. Bu durum elbette bireyin sağlıklı olduğu anlamına gelmez.

1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü, sağlık kavramını bireyde sadece sakatlık ve hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda sosyal, fiziksel ve ruhsal açıdan tam bir iyilik hali şeklinde açıklamıştır. Tanımdan hareketle sağlık olgusu tek boyutlu değil çok boyutlu bütüncül bir yaklaşımla ele alınmaktadır (88).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yukarıda yer alan tanımına göre sağlık kavramı, tanımın yapıldığı ana kadar sürekli olarak hastalık, sakatlık, ölüm ve yas gibi negatif göstergelerle ele alınmıştır. Görüldüğü gibi olumsuz durumların olmaması, pozitifliğin göstergesi olarak kabul görmüştür. Sağlığın tanımlarında yukarıda sözü geçen ölçütlere bağlı kalmanın temelde iki nedeni vardır;

1. Hastalık ve ölüm gibi negatif durumların ölçülebilmesinde kolaylık ve kesinliğin olması
2. Sağlıklı olma durumunu pozitif yönde tanımlayabilecek olumlu göstergelerin saptanamaması

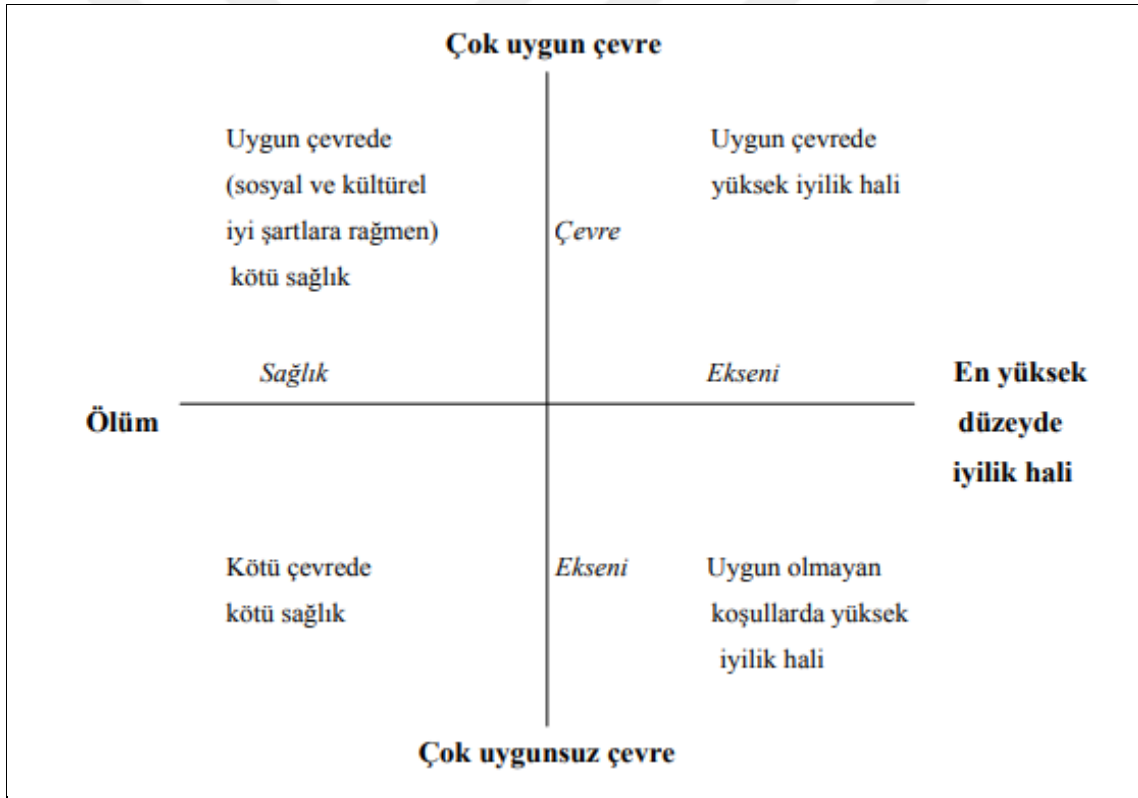
Hastalık ve ölüm kavramları esasında sağlık göstergesi değildir ve tamamen sonuç ile ilişkilidir. Bu noktaya gelinceye dek ölüm ve hastalık bir sağlık göstergesi olsalar da ancak sonuca ilişkindirler. O noktaya gelinceye kadar kişinin yaşadıklarının belirlenmesi ve yaşananlar üzerinden sağlık kavramının tanımının yapılması, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasına yönelik vurgunun gereksinimine yol açmıştır (89).

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu sağlık tanımına bazı kesimler eleştiriler yöneltmiştir. Yapılan eleştirilere göre birey hangi kriterleri taşıdığına sağlıklı olacak veya ne gibi standartları karşıladıklarında tam bir iyilik halinde bulunacakları belli değildir.

Yapılan tanımlara göre bireylerin ne kadar sağlıklı olduğunu ölçebilmek olanaksızdır. Tarihte güzel görünebilmek için Japon kadınlar metalden yapılmış ayakkabılar giymiş ve bu da

onların fiziksel olarak rahatsız olmalarına neden olmuştur. Ancak bu kadınlar ruhsal anlamda iyilik halindedir (89) Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında yer alan ruhsal, sosyal ve fiziksel açıdan tam bir iyilik hali tanımının kullanılması, gelişmemiş ülkelerde çok az insanın sağlıklı olacağı sonucunu çıkarır. Dunn, sağlık ile iyilik halinin farklı olduğunu ifade etmiştir. Sağlıklı olma durumu kişinin çevresiyle uyumunun pasif hali iken, iyilik durumu kişinin potansiyelini tam olarak kullanabilmesine yönelik aktif bir süreci gösterir. Dolayısıyla iyi olma durumu bireyin doğası ve çevresi değiştikçe sürekli değişir (90).

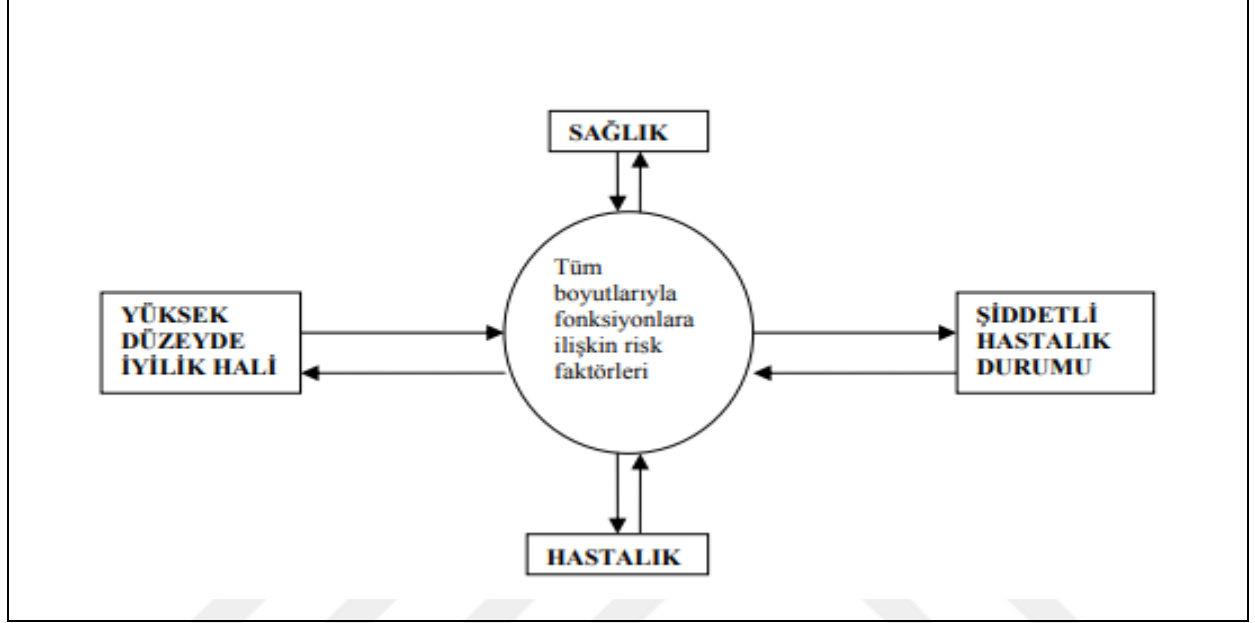
İyi olma durumu mutluluk, rahatlık, enerjik olma ya da verimlilik gibi öznel halleri içermektedir. Yani kronik bir hastalık varlığında da kişinin iyilik halinde olduğundan bahsedilebilir. Kendi öz bakımını yapabilen hasta kişi, yapmayan bireye göre fiziksel açıdan daha iyi haldedir.



Şekil 1. İyilik halinin yüksek düzeyde olmasının çevresel etkenlerle ilişkisi (35)

Bireylerin hasta ve sağlıklı olma durumları ekolojik çevre ile etkileşim içerisinde. Kişinin sağlıklı olma durumu iç ve dış çevrenin bütün olması ve birbirleriyle etkileşmesi ile ortaya çıkar. Burada asıl önemli olan kişinin adaptasyonudur. Kişinin sağlıklı olmasının ölçütü çevresine başarılı ve anlamlı olarak uyum sağlamasıyla belirlenir(Şekil 1) (91).

İllich sağlık tanımını; kişinin çevresinde meydana gelen değişimlere uyum sağlama, yaşlanabilme, büyüyüp gelişebilme, acı çekebilme, hastalandığı zaman iyileşebilme ve ölüm anını rahat bir şekilde bekleyebilme kabiliyetidir. Sağlıklı olma hali, kişiye acıyla birlikte yaşamak için gereken tinsel kuvveti de vermektedir (91). Sonuç olarak buradan hareketle sağlık, toplumun sosyal ve kültürel yapısına, kişinin biyolojik gelişim aşamasında meydana gelen değişimlere ne kadar uyum sağlayabildiğini değerlendirmektedir.



Şekil 2. Sağlık- hastalık sürecinin modellenmesi (91)

Yukarıdaki şekilde (Şekil 2) sağlık ve hastalık süreç modeli anlatılmış ve bu modelin bir ucunda şiddetli hastalık durumu, diğer ucunda ise yüksek düzeyde iyilik hali derecelendirilmiştir. Modele göre sağlık kavramı, entelektüel, fiziksel, sosyal, duygusal ve gelişimsel açıdan ruhsal iyilik halini devam ettirmek, kişinin iç-dış çevresindeki değişikliklere uyumudur. Dolayısıyla bu uyum sürekli ve dinamiktir.

Hastalık kavramı ise; bireyin işlevsel durumunda eski haline kıyasla az ya da çok derecede azalma veya bozulmanın meydana gelmesidir. Bireyin sağlıklı olma düzeyi belirlenirken yaşam tarzı, yaş ve çevre gibi faktörler anlatılan modelin ortasında bulunmaktadır (91).

Yüksek düzeyde iyilik hali, kişinin yaşam kalitesini artırır. Tam zıddı ise kişiyi ölüme daha da yaklaştırır. Jahoda, nitelik olarak sağlığı hastalıktan ayrı tutmaktadır. Dolayısıyla

modeldeki gibi sağlık ve hastalık kavramlarını skalanın iki ucunda değil, ayrı parametreler olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünmektedir (92).

Tarihsel süreçte, hastalığın yanı sıra hastalığa özgü tedavi ve hastalık nedenleri de değişiklik göstermiştir.Tarımdan önce insanlar avcılığı ve toplayıcılığı benimsedikleri için avlanırken yaşanan kazalar ve çevresel faktörler ölüm nedenleri arasında önemli yer tutmaktadır.

Tarımla uğraşan toplumlarda ise enfeksiyon kaynakları hava, su ve yiyecek olarak değişmiş, salgınlar can kaybını artırmıştır.Zaman ilerledikçe enfeksiyonlar da yerini kronik hastalıklara bırakmıştır. Kalp hastalıkları, dejeneratif hastalıklar ve kanser çağımızın ölüm nedenlerinde en ön sıralarda yer almıştır(92).

Animistik (gizemci büyüsel) fikirlerin egemen olduğu bazı toplumlardan eski Yunan-roma dönemine kadar olan dönemde insanlar, hastalıklara sebep olarak doğa-üstü güçleri örnek göstermişlerdir. Doğa karşısında yetersiz ve zayıf hisseden ilkel insanlar bu ruh hali içerisindeyken doğa-üstü güçlerin varlığına inanarak açıklayamadığı olguları açıklamaya ve buna göre savunma yolları geliştirmeye başlamıştır (93).

Hastalıkları ve doğanın yıkıcı etkisini beden gücü ve var olan teknolojiyle yenemeyince, bu durumlara yönelik inançlar, kavramlar ve uygulamalar ortaya çıkmıştır.Sonuç olarak ortaya büyü ve doğaüstü güçlere (cin, şeytan, peri) dayalı bir korunma ve tedavi yolları ortaya çıkmıştır. Bu düşüncelerin hâkim olduğu toplumlarda doğal olarak sağaltım yapanlar, din adamları ve şamanlar çoğalmıştır (94).

Zaman içerisinde eski çağlar son bulurken hastalıkların tanrısal kaynaklı olmayıp doğal kaynaklardan da meydana gelebileceği fikri gelişmeye başlamıştır. Toprak, bataklık gibi yerlerde ortaya çıkan zehirli maddelerin de hastalığa sebep olabileceğini öne süren miasma teorisi oluşmuştur.Hipokrat ise hastalıklara sebep olarak doğaüstü güçleri değil; vücutta bulunan bir dengenin bozulmasını savunmuştur. Bu dengeyi oluşturan öğeler kan balgam sarı safra ve kara safradır. Dengeyi korumak içinse temiz hava, kaliteli beslenme ve düzenli yaşam önermiştir (95).

Orta Çağda İslam tıbbında pozitif gelişmeler yaşanırken bunun aksine Avrupa'da kiliselerin de etkisiyle katı dogmatik tutum yeniden ortaya çıkmış, büyüsel gizemci düşünce tekrar çağın tıp bakış açısına egemen olmuştur. Avrupa kentlerini pislik, salgın hastalıklar enfeksiyonlar sarmış ve büyük kitlesel ölümler yaşanmıştır.

Ancak bu dönemde anatomi, fizyoloji biyokimya gelişmeye başlamış üstüne mikroskopun da keşfi eklenince 19. yüzyılda gelişecek olan tıbbın temelleri atılmıştır.

19.yüzyılda biyomekanik yaklaşım deney ve felsefe ile birleşince Descartes'in fikri benimsenmiş, infeksiyon kaynaklarının mikrobiyolojik keşfi ile ortaya çıkan spesifik etiyoloji doktrini doğmuştur.Ehrlich, Pasteur ve Koch'un çalışmaları sayesinde yiyecek hava su ve böcek ısırıkları sonucu vücuda giren mikroorganizmaların sağlık problemleri yarattığı ortaya çıkmıştır.1882 de Koch'un tüberküloz keşfini 20 yy. a kadar 22 çeşit mikrobun keşfi takip etmiştir. Sonuç olarak tek mikrop tek hastalığa sebep olur fikri benimsenmiştir(93, 94, 95).

2.6.2.Beden Algısı

Biyolojik ve nesnel bir temeli olan insan bedeni aynı zamanda toplumsal ve sosyal yapıdan da gelişmiştir. Beden algısını oluşturan maddi unsurlar; beden biçimi, rengi ve kütesiyken cinsiyet, ırk ve cinsellik gibi toplumsal unsurları da barındırır. Bu değerlendirmenin başlangıcı 1980'li yıllara dayanır (96).

Bu yıllarda bireyin bedenini algılamasında sosyolojik bakış açısı ele alınarak toplumsal ve kültürel çerçeve değerlendirilmiş ve bunun sonucunda çeşitlilikler gözlenmiştir(96). Beden imgesi ve beden algısı farklı kavramlardır. Beden imgesi iletişimimizi ve hayatımızı belirlemede bedenimiz için oluşturulan bir imge olup, zihnen vücut ölçüsü ve biçimini tanımlarken kullandığımız bir tanımdır(97).

Çağımızda televizyon programları, magazin etkisi ve reklamlar; genç kalma, fit vücut, sağlıklı yaşam konusunu sık sık gündeme getirmektedir. Bu yüzden bireyler bu beden şekillerine ve standartlarına sürekli maruz bırakılmaktadır (98).Bu maruz kalma sonucu bireyler vücudunun belli bölgelerine anlamlar yüklemekte ve sonucunda özgüven sorunları ve benlik kaygıları oluşmaktadır (99). Bu tarz bir bedene sahip olduğunda saygınlığın artacağını, daha sağlıklı ilişkiler kurulacağını düşünen bireyler aksi durumda özgüven kaybı ve sağlıksız davranışlar sergilemektedirler.

Newell ve Marks, insanların kendi bedeni hakkında olumsuz görüşlerinin sosyal ve psikolojik sorunlara yol açtığını ve bu durumun ilerledikçe yetersizlik hissine ve karmaşık duygulara dönüşebileceğine dikkat çekmişlerdir (101).Zengin toplumlarda insan bedeni tüketim projesinin ana unsurudur.

Günümüzde kozmetik vazgeçilmez bir tüketim alanı olup yaşam tarzı diyet ve spor pazarlama alanı olarak kullanılmaktadır. Bireylerin hem kendisi hem de çevresel faktörler bedenine müdahale etmektedir. Aynı zamanda bu beden iletişim aracı olarak kullanılmakta olup çevresindeki insanları etkilemek için kullanılmaktadır. Çevresel müdahaleler bireyin hareketlerini etkileyebilir. Örneğin bir bireyin toplum içerisindeki davranışlarının kendi isteği olduğu kadar ortam şartlarına göre değişebilmektedir. Güçlü bireyler toplum içinde beden müdahalesini tüm topluma yansıtabilmektedir (101).

Günümüzde toplumsal beden şekilleri ve görünüşleri hakkında etkili olan gruplar vardır. Bedene müdahale konusuna örnek vermek gerekirse insanların fazla/az yemesi, gebelik, cinsel ilişki, ameliyat, rejim, kıyafet, vücut bakımı ve dövme örnek olarak verilebilir (100). Buradan da anlaşılacağı gibi sosyal ilişkilerdeki değişim beden üzerinde değişikliğe yol açmaktadır.

Din, zihniyet ve ideolojiler toplumsal değişimlere örnek olarak verilse de temelde değişimin hayat bulması bedendedir. Beden devamlı olarak dış etmenlere açık olduğundan aktif bir varlık olarak düşünülebilir. Dış dünya ile bağlantımızı sağladığımız aynı zamanda kendi algılarımızı dışarı yansıttığımız kadar dış dünyanın da bizi nasıl algıladığıyla alakalıdır.

İnsanların birbiriyle iletişimde sözel iletişim kadar dış görünüş ve imaj de etkilidir. Bedenle ilgili geri bildirimler bize kendimiz hakkında olumlu olumsuz fikirler oluşmasında etkilidir. Bu fikirlerin oluşmasında kadınlar ve erkekler farklı bakış açısına sahiptirler. Vücut ölçüsü, kilo kadınlarda beden incelemesinde daha ön plandadır. Genele bakarsak beden algısını oluşturan etkenler bireysel ve toplumsal bakış açısının yanı sıra çevrenin ve bireyin kendisini nasıl gördüğüyle ilgili ideal bedene ulaşma çabasıdır (99).

Özetlemek gerekirse beden hayatın her alanında etkin bir şekilde kullanılmakla beraber toplumun belli aktörleri tarafından ele alınabilen sınıfsal ve sosyal ilişkilere yön veren önemli bir araçtır.

2.6.3. Mahremiyet/Teslimiyet

Bireylerin kültür ve bilgi birikimlerinin yükselmesi, insanlığa bakış açısında değişiklik yaşanması, insanın değerli olduğunun bilincine varılması, teknolojik gelişmeler, insan haklarının korunması ve gelişmesi adına yaşanan gelişmeler, ulusal ve uluslararası mevzuatlarda yapılan değişiklikler hasta hakları ve hastanın mahremiyetine yönelik ortaya çıkan gelişmelerin önemini artırmaktadır. Sağlık hizmetleri içerisinde hasta hakları, insanın

değerleri ve haklarının uygulanmasını sağlar. Bu haklar üçüncü kuşak insan hakları olarak değerlendirilir ve genel anlamda hastanın hekime karşı olan hakları manası taşımaktadır (102, 103).

Hasta Hakları Yönetmeliği 4.maddesinde yer alan ifadeye göre; *“Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını”* şeklinde belirtilmiştir.

Hastanın sahip olduğu haklar, hekim ve diğer sağlık alanında çalışan kişilerin hastaya yönelik uyguladığı tanı ve tedavi sürecinde gereken her türlü özeni göstermeleri, üzerlerine düşen davranış ve görevleri eksiksiz yerine getirebilmeleri esasına dayanır. Sadece hekim ile hasta arasındaki ilişkiden doğmayan hasta hakları, sağlık hizmetlerinin her aşamasında geçerliliğini korumaktadır. Sonuç olarak bu kavramdan pek çok meslek gurubu etkilenmekte ve hasta hakları içerisinde yaşam hakkı ve sağlık hakkı gibi kavramları da barındırmaktadır (104, 105, 106, 107).

3. MALPRAKTİS KAVRAMI: KAVRAMSAL ÇERÇEVE, NEDENLERİ, HEKİM KAYNAKLI MALPRAKTİS, TÜRK CEZA HUKUKU AÇISINDAN MALPRAKTİS KAVRAMI

3.1. Malpraktis Kavramı

Tıbbi ve diş tedavilerinden kaynaklanan sorunlara atıfta bulunmak için birbirinin yerine kullanılan yaygın terimler arasında "komplikasyon", "yan etki", "sekel", "ters reaksiyon" ve "tıbbi uygulama hatası" yer alır. Hatalı uygulama; komplikasyon, yan etki ve sekelden kesin olarak ayırt edilmelidir. Komplikasyon, belirli bir hastalıkla ilişkili olarak ortaya çıkan diğer hastalık veya semptomları ifade eder. Yan etki, başlangıçta amaçlanan sonuçla eşzamanlı olarak ortaya çıkan istenmeyen durumlar için kullanılır. Sekel, bir hastalıktan sonra kalan semptomları veya bir olaydan sonra ortaya çıkan advers reaksiyonları ifade eder. Hekimlerin ve diğer sağlık personellerinin kusurlu olup olmadığına bakılmaksızın, hastaların tedavisi ile bağlantılı olarak meydana gelen tüm olaylar “tıbbi kaza” olarak adlandırılır (108).

Hatalı uygulama, doktorlar ve diğer sağlık çalışanları tarafından yetersiz tedavi ve yanlış teşhis dahil olmak üzere tıbbi bir ihmal veya hata anlamına gelir. İctihatta, yanlış uygulama, yasadışı bir mesleki ihmal eylemidir. En yaygın tıbbi uygulama hataları arasında ameliyatın ardından ameliyat yerinde bir gazlı bez veya alet unutulması, unutilan materyalin tedavi bölgesiyle ilgisi olmayan vücut kısımlarında travmaya neden olması, vücudun yanlış kısmında etki göstermesi gibi durumlar yer alır. Komplikasyon, postoperatif nörolojik hasar, enfeksiyon, kanama, hematoma ve ilaçla ilişkili yan etkiler gibi yeterli tedaviden sonra bile meydana gelebilecek beklenmedik olayları ifade eder. Nedeni erken tespit edilirse ve yeterli tedavi sağlanırsa, komplikasyonlar herhangi bir ciddi sorun olmadan çözülebilir. Bu durumda sağlık personelinin yasal sorumluluk alması nadirdir. Ancak, yanlış uygulama durumlarında, tıbbi personelin ihmali apaçık ortadaysa ve ölümle sonuçlanırsa, hukuki ve cezai yaptırımlar kaçınılmazdır (109).

Malpraktis sözcüğünün kökeni Latince mala ve praxis’ten gelmektedir. Mesleki eylemleri gerçekleştirirken hekimin yapmış olduğu özen ya da beceri eksiliğinden ileri gelen bütün hatalı durumları içermektedir. Malpraktis genel bir kavramdır ve bu kavram tıp alanında kullanılıncaya tıbbi malpraktis ya da tıbbi uygulama hatası şeklinde geçmektedir. Tıbbi malpraktis; hekimlerin tıbbi alanda gerçekleştirdikleri herhangi bir girişim, uygulama veya tedaviyi güncel ve herkes tarafından kabul edilen standartlar içerisinde gerçekleştirmemesi,

ortalama seviyede bir tıbbi beceri, bilgi, özen ve dikkati göstermesi beklenen bir hekimden bu davranışları gösterememesi ve tüm bunların sonucunda da hastanın zarar görmesidir. Tıbbi malpraktis, sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda herhangi bir aşamada meydana gelebilmektedir (110).

3.2. Tıbbi Hata Kavramı

Hata kelime anlamı olarak eylem ya da bir planın amaçlandığı doğrultuda tamamlanamaması ya da belirlenen amaca ulaşmak için planın yanlış bir şekilde kullanılmasıdır. Tıbbi hata kavramı ise hekimlerin kendilerinden beklenen normal standartta tedavileri karşılayabilmek konusunda yetersiz kalması sonucunda hastaların karşılaştığı hak ihlalidir (111).

Hekimler meslekleri gereği her an risk altında görevlerini yerine getirmektedir. Hastalığın normal gidişatı ve hastaya uygulanan tedavi ile tıbbi müdahalelere hastanın vermiş olduğu tepkimeler gibi birçok etken sonucunda hekim istenmeyen sonuçlarla karşılaşabilir. İnsan hayatı söz konusu olduğu için hataların telafisi zordur ve telafisi olmayan risk ve hataların sağlık sektöründe önemi büyüktür. Hekim tarafından hastaya uygulanan her tıbbi müdahalenin belirli riskleri bulunmaktadır. Ancak ortaya çıkan her türlü tedavi ya da tıbbi müdahale sonucundan hekim sorumlu değildir. Hekim hastaya uyguladığı her türlü tıbbi destek için özenli davranmalıdır. Çalışılan hastane ya da sağlık kuruluşunun imkanları ve hastanın taşımış olduğu risk hekimin özenli davranışında birtakım değişikliğe yol açabilir. Hekim, hastaya vermiş olduğu tıbbi müdahaleden dolayı oluşan olumsuz durumlardan sorumlu olmaktadır (112).

3.3. Komplikasyon Kavramı

Hekimler hastalarına yönelik müdahale ve uygulamalarını hukuk literatüründe yer alan izin verilen risk kavramı çerçevesinde gerçekleştirir. İzin verilen risk kavramı tıp literatüründe incelendiğinde komplikasyon olarak karşımıza çıkar. Başka bir ifade ile komplikasyon kavramı tıbbi müdahale makul kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmezse sonucu kötü olsa bile hekimin sorumluluğunda olmayan olumsuzluklar olarak tanımlanır. Hekimin durumu zamanında fark

etmediği ya da zamanında farkedip yeterli önlemleri almadığı veya her iki durumun birlikte meydana gelmesine rağmen tıbbi standartlarının oluşmadığı koşullarda komplikasyon tıbbi hataya dönüşebilir. Komplikasyon meydana geldiğinde hekim psikolojik açıdan hasta ise hem psikolojik hem ekonomik yönden sıkıntıya girer. Ancak sonuçta; hem hekim hem hasta durumdan olumsuz etkilense de ortada hukuki açıdan herhangi bir sorumluluk yoktur (113, 114).

3.4. Malpraktis Nedenleri

Hekim ile hasta arasında meydana gelen bütün olumsuz durumların temel nedeni tedavi sırasında ya da sonrasında, hastada oluşan öngörülemez veya öngörülebilir zararlardan ileri gelmektedir. Bu nedenle hastalar hekim tarafından muayene edilmeden önce meydana gelebilecek ve istenmeyen durumlar için geniş çaplı bilgilendirilmeli ve oluşabilecek her türlü olumsuz durumlar için rıza göstermelidir. Olası bir zarar meydana geldiğinde hekim hastası ile iletişimini kesmemeli, hastalığa yönelik tanıyı zamanında ve doğru bir şekilde koymalı, ardından doğru tedaviyi uygulamalıdır. Süreç boyunca hastaya gereken özeni göstermeli ve tedavisi bitene kadar hastanın yanında olacağını garanti etmelidir.

3.4.1. Hekim ve Diğer Sağlık Çalışanlarından Kaynaklı Faktörler

3.4.1.1. Tecrübe ve Eğitim

Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının bilgisizliğinden ya da deneyimsiz oluşlarından kaynaklanan hatalar oldukça fazladır. 21.yüzyılda artık teknolojinin gelişmesi ve bunun tıbbi tedavilere yansması nedeniyle hastalar hekimlerden yeni tedavi yöntemlerini talep edebilmektedir. Daha önceden deneyimlemediği, internet ortamından ya da katıldığı, izlediği bir kongreden öğrendiği uygulama veya tekniği hastası üzerinde denemeye çalışan hekim, öğrendiği bu prosedürlerinyan etkileri ve sonuçlarının yeteri kadar anlaşılmamış olmasından dolayı hem kendini hem de hastanın sağlığını tehlikeye düşürmektedir. Pediatri ya da diğer alanlarda etkinliği tam olarak ispatlanmamış bir tedaviyi hasta hekimlerden talep edebilmekte, hekim ise henüz sonuçlarını bilmediği ve yeteri kadar deneyimlemediği tedaviyi, uygulamayı ya da malzemeyi kullanarak sonuçların telafisinin mümkün olmamasına neden olmakta ve bu

da hastanın dava sürecini başlatmasında önemli bir etken olabilmektedir. Tedavi aşamasında son teknolojinin verdiği bilgiye hızlı bir şekilde ulaşmak ve bunu kullanmak ne hekimin ne de hastanın yararına değildir. Mesleki bilgi açısından yeterli olmayan sağlık çalışanı ya da hekim, hem kendisinden sonra görev yapacak olan kişilerin eğitimlerini engellemekte hem de olguların normalden daha hızlı artışına yol açmaktadır (115, 116, 117).

3.4.1.2. Fiziksel Yorgunluk Durumları

Fiziksel yorgunluk ve bunun neden olduğu dikkat eksiklikleri, malpraktis olayları için önemli faktörler arasındadır. Hekimler hem iş ve aile problemleri hem de fiziksel olarak yaşamış oldukları yorgunluk nedeniyle hastayı muayene ve tedavi ederken dikkatleri bazen dağılabilmektedir. Nöbet süresi ülkemizde çeşitli tıp dallarına göre değişmekle birlikte genellikle 36 saattir ve bu zaman dilimi hekimlerin hastasını muayene etme, hastalığa tanı koyma ve tedavi süreçlerini olumsuz etkilemektedir (117).

Gece boyunca asistan hekimlerin mesaisi sonraki günün sabahında da devam ettiği için bulundukları kıdem de göz önünde bulundurulursa malpraktis durumları karşısında savunmasız oldukları anlaşılabilmektedir. Tüm sağlık çalışanlarının nöbet sonrası izinleri Yataklı Tedavi Kuruluşları İşletme Yönetmeliği 41.maddesi gereğince ele alınmış olup *“Gece nöbeti tutanlara ertesi günü görev verilmez. Geceyi yoğun mesai ile uykusuz geçiren sağlık çalışanlarına kurumun personel durumu ve imkanları müsait olmak, hizmeti aksatmamak kaydıyla evinde veya kurum içerisinde lüzum görüldüğü sürece dinlenmesi için baştabip izin verebilir. Böyle durumlarda da bunlar baştabip veya nöbetçi tabibin davetine uymaya mecburdurlar.”* ibaresi yer almaktadır. İlgili maddeden de anlaşılabileceği gibi hekimler açısından nöbet sonrası izin zorunlu değildir ve hekimler dikkati dağınık ve yorgun bir şekilde hastaları muayene etmeye, hastalıklara tanı koymaya ve tedavileri başlamaya devam ederken kendilerinden yeteri kadar dikkat ve özeni göstermelerini beklemek haksızlıktır (118).

3.4.1.3. İletişim

Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının hastalıklara tanı koyma, tedavilerini planlama aşamalarında iletişim becerileri oldukça önemlidir. Sağlık çalışanlarının hastalarla olan iletişimleri malpraktis durumlarının azalmasıyla da yakından ilişkilidir (119). Hekimin hastası ile iletişim sorunu uyumsuzluğa, hekimin hastası ile ilgili diğer hekimlerle iletişiminin zayıf

olması da iletişim eksikliğine neden olmaktadır. Hekimin ya da hastanın muayene ve tedavi aşamasında telefon ya da çeşitli iletişim araçlarıyla birbirlerinden başka kişilerle iletişim kurması yanlış anlamalara ya da hatalı işlemlere yol açabilmektedir (119,120).

Hekimin hastaya yazılı herhangi bir belge vermeden başka bir hekimden sözlü olarak hasta hakkında bilgi istemesi ve hastanın diğer hekimden aldığı cevabı muayeneyi gerçekleştiren hekime iletmesinin beklenmesi çeşitli yanlış anlaşılmalara veya doğru şekilde yapılmayan yönlendirmelere neden olacaktır (119).

Hekimin hasta ile konuştuğu ses tonunun malpraktis iddialarının artışına neden olabileceği ve bu konuyla ilgili hastanın dava açma yolunun doğabileceği bildirilmiştir (119).

Hekimin ses tonunun malpraktis davalarında etkisinin olabileceği konusuna istinaden kadın hekimlere hastalar ya da yakınları tarafından daha az dava açıldığı bildirilmiştir. İnsanın iletişim kurabilme yetisi standart bir beceri değildir ve kişi bu becerisini zamanla öğrenerek geliştirebilir. İletişim becerisini öğrenme hızı bireyden bireye farklılık gösterir. Yapılan araştırmalara göre kadınlarda bu beceriyi öğrenme hızı erkeklere nazaran daha yüksektir (121).

İletişim becerilerinin kadınlarda yüksek olmasına bakarak tıbbi malpraktis davalarından erkek hekimlerin daha fazla muzdarip oldukları görülmektedir. İletişim bozukluğunun görüldüğü durumlarda malpraktis iddialarına maruz kalma riski daha fazla artmaktadır. Hekim tarafından hastayı muayene etmek için ayrılan süre, yapılan muayenenin kalitesi, hastanın içinde bulunduğu durumla ilgili şikayetlerinin dinlenmesi ve isteklerinin anlaşılacak yerine getirilip getirilemeyeceğinin net olarak ortaya konulması malpraktis iddialarının sayısında önemli derecede bir azalmanın olmasına yol açacaktır (119, 122).

3.4.1.4. Özen Eksikliği

Hekimin mesleğini yaparken özenli davranması bütün sorumluluklarının yapı taşıdır. Hekim, hastasına zarar gelmesini engellemek adına azami dikkat ve özeni göstererek yaptığı tıbbi uygulamalarda tıp biliminin getirdiği kuralları dikkate almalı ve tedaviyi planlarken gereken önlemleri almalıdır (119).

Hekimin dikkat ve özen eksikliğinden meydana gelen hukuki durumlar, tedavi aşamasında oluşan ihmalin hekime yüklediği sorumlulukları barındırmaktadır. Hastaların hekimlere yönelik şikayetleri hastalığı hakkında hekimin doğru tedaviyi uygulamadığı, hekimin

gereken itinaı göstermediği ya da hastalığına doğru bir şekilde tanı konulamadığı yönündedir (123, 124).

Hekimin hasta ya da yakınları tarafından kendisine yöneltilebilecek malpraktis iddialarını en aza indirebilmesi için gerçekleştirdiği bir ameliyat ya da tedavi sonucunda oluşan komplikasyonun devamında hastasının tedavisini devam ettirmek, belirli periyotlarla hastasını görmek, muayene etmek, ona her zaman yanında yer aldığı hissini aktarabilmek, hastaya karşı yaptığı her uygulamayı kayıt altına almak hem etik yükümlülüğünü yerine getirmesi açısından hem de kendini koruma altına alması yönünden oldukça önemlidir. Hekimin tüm bu davranışlarına karşın ona yönelik malpraktis davası açılrsa bile hekim özen sorumluluğunu yerine getirdiği için ortada herhangi bir tıbbi uygulama hatası oluşmayacak ve komplikasyon gelişse bile bu durum kusurlu olarak atfedilmeyecektir (125).

3.4.1.5. Altyapı ve Organizasyon Eksiklikleri

Tıbbi Cihaz ve Çevresel Faktörler

Özel ya da devlet hastanelerinde, çeşitli sağlık kuruluşlarında çalışan hekim ya da diğer sağlık personellerinin davranışlarını çevresel faktörler etkilemektedir. Hekim hastası ile ilgili tüm tedaviyi üstlenmek ile yükümlüdür. Bir sağlık kuruluşunda çalışması durumunda hekim gereken özeni göstermeli ve bilgilendirme borcunu yerine getirmelidir. Ayrıca çalıştığı sağlık kuruluşu da hastalara en iyi hizmeti sağlaması için gereken özeni göstermelidir. Hekimin bu davranışları sergilemesinde ekip çalışması oldukça önemlidir. Sadece hastanın muayene edilip tanı alması yeterli olmayıp bunun yanında hastanın bakımının sağlıklı ve temiz koşullar altında sağlanması, tetkiklerinin doğru ve özenli bir şekilde gerçekleştirilmesi, ameliyat sonrasında hastaların herhangi bir hastane enfeksiyonu kapmaması için gerekli koruma ve bakımının yapılması, hekimin istediği tetkik ve konsültasyon sonuçlarının güvenilir ve doğru bir şekilde kendisine ulaştırılması geniş bir iş birliği içerisinde gerçekleştirilmelidir (116, 117, 126).

Hastanın tedavisi için hekimin kullandığı malzemeler tıbbi ya da cerrahi girişim sırasında hastanın sağlığına negatif yönde etki edebilmektedir. Malzemenin kırılması, kopması ya da çalışmaması gibi durumlarda hekim ve hasta açısından olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir. Eğer malzemeyi kullanan kişi hekimse ve ortada hatalı bir uygulama bulunuyorsa hekim hatalı uygulamadan dolayı sorumlu tutulur. Ancak sağlık hizmetlerinin yürütölmesi esnasında meydana gelebilecek aksaklıklardan dolayı zararın oluşması da sağlık kuruluşunun

sorumluluğu altındadır.Hekime kendine yardım eden personelinin hatası sebebiyle kusursuz sorumluluğu gündeme gelir (125).

Yukarıda anlatılanlara örnek verecek olursak ameliyat esnasında kullanılan koter plağına bağlı hastada yanık meydana gelmesi cihazı kullanan personelin doğru bir şekilde yerleştirme yapmamasından ya da cihazın arızalanmasından kaynaklanabilir. Anestezi ekibinin ya da ameliyathanede çalışan personelin uzun süren ameliyatlarda esnasında topuk altında yumuşak destek olmamasından kaynaklı bası yarası meydana gelebilir.Yine ameliyat esnasında sinirlerde motor kayıp, güçsüzlük ya da hissizlik gelişmesi kolların aşırı gerilmesi nedeniyle anestezi ekibinde çalışan personelin örtü altında bulunan omuz açısının dikkatli bir şekilde kontrol etmemesi sonucu oluşabilir. Cerrahi alan dışında yer alan vücut bölümlerinin yeteri kadar ısıtılmamasına bağlı olarak gelişen hipotermi durumları yine anestezi ekibinin sorumluluğu altındadır (127).

Girişim Hataları ve Teknik Hatalar

Cerrahin ameliyat esnasında hastanın vücudunda yabancı cisim unutması malpraktis iddiası ile karşı karşıya kalmasına neden olabilir.Üstelik bu durum ameliyatı gerçekleştiren cerrahi ekibin mahkeme karşısında savunmasız kalmasına yol açabilir (123).

Ameliyat sırasında ortaya çıkabilecek her türlü aksaklık tutanak tutularak kayıtlara resmi bir şekilde yazılmalıdır.Meydana gelen olayın sorumlusu yardımcı personel olabilir ve duruma göre yardımcı personellerin hatalarından dolayı da hekim sorumlu olabilmektedir (122).

Ameliyat bittikten sonra hemşirenin görevi malzeme sayımını gerçekleştirmektir.Hemşire bu görevini düzgün bir şekilde yapsa bile hekim malzemelerin eksiksiz bir şekilde olduğundan emin olmalıdır ve bunu teyit etmelidir. Ortada emin olunamayan herhangi bir durum varsa malzemeler tekrar tekrar sayılmalı ve gerektiği takdirde röntgen cihazları kullanılarak herhangi bir malzemenin ya da aletin hastanın içinde unutulmadığının kanıtlanması lazımdır (128).

Kayıt Tutma Yükümlülüğü ve Kayıt Hataları

Hekim ile hasta arasında olduğu düşünülen sözleşmeden dolayı kayıt tutma yükümlülüğü hekim tarafındadır.Malpraktis iddiası hakkında çeşitli değerlendirmeler gerçekleştirilirken mahkeme kayıt altına alınan belgeleri dikkate alır ve bu belgeler sağlık personelleri tarafından oluşturulan ve saklanan dokümanlardır (129).

Hekim ile hasta arasında meydana gelen iletişimden doğan belgelerin kayıt altına alınması hukuken zorunluluk sonucu oluşmakta ve hasta ile ilgili dokümanlar elektronik ya da kağıt ortamında kaydedilerek bu kayıtların hasta dosyasına düzenli ve ayrıntılı bir şekilde işlenmesi gerekmektedir. Tüm bu belge ve dokümanların saklanma yükümlülüğü ise bireylere sağlık hizmetini sunan kurum ya da kuruluşlara aittir (130).

Hastalar muayene olmak için devlet hastanelerindeki polikliniğe gelmekte ve devamında pansuman için tekrar geldiklerinde bu polikliniklerde günlük kayıt açılmamaktadır. Kayıt açılırsa bile hekim görev yoğunluğundan dolayı bu kayıtları eksiksiz bir şekilde tutamamaktadır. Doğru tanı kodu olarak adlandırılan ICD, hekim tarafından sisteme girilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Ancak çoğu zaman kod karmaşıklığı olduğundan dolayı bu durum mümkün olamamaktadır. Sorunun önüne geçilmesi için veri girişlerini yapan bir personelin poliklinik odasında bulunması yeterli olacaktır. Ancak ülkemiz şartları düşünüldüğünde böyle bir durum çoğu kez mümkün olamamaktadır (130).

3.5. Türkiye’de ve Dünyada Malpraktis Görülme Sıklığı

Tıbbi hata kavramı çok eski yıllardan beri var olan kompleks bir tanımdır. Kompleks kavram zaman zaman hasta, hasta yakınları ve hekim arasında çeşitli tartışmalara yol açmıştır. Türkiye ve dünya genelinde tıbbi hata uygulamaları olarak bilinen malpraktis iddialarının görülme oranı her geçen gün artmaktadır. Bu açıdan hekimlere yönelik malpraktis iddialarının incelenmesi ve bu alanda üretilen literatürlerin değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

2002 yılında Blendon ve arkadaşları tarafından 831 hekimle gerçekleştirilen bir çalışmada, hekimler %6 oranında uzun süre devam eden sakatlık, %18 oranında ise ölüm durumu bildirmiştir. Çalışmaya konu olan hekimlerin yalnızca %5’i tıbbi hata uygulamalarını en ciddi sorunlar içerisinde görmüştür. Yüksek oranda hekim, dünya üzerinde hastanelerde ve çeşitli sağlık kuruluşlarında beş bin ya da daha az ölüm olayının çeşitli nedenlerden dolayı önlenabilir tıbbi hatalar sonucu olduğunu bildirmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %53’ü, hemşirelerin hastanede hasta bakımı ve tedavisi konusunda yetersiz kaldığını düşünmekte, %50 oranında ise sağlık çalışanlarının fazla çalışması sonucu meydana gelen yorgunluklarının tıbbi hataların nedenleri arasında olduğunu belirtmektedir (131).

2006 yılında Mikkelsen ve arkadaşları tarafından 727 hekimin katılımıyla gerçekleşen bir araştırmanın sonucuna göre hekimler %79 oranında rapor tutma konusunda başarılı

bulunmuştur. Hekimlerin %58'i ise malpraktis durumlarını bildirmenin yararlı olduğunu düşünmektedir (132).

2007 yılında Garbutt ve arkadaşlarının yaptığı 439 hekimin içerisinde bulunduğu çalışmada hekimlerin tıbbi malpraktise karşı deneyimleri sınıflandırılmış ve hekimler arası hata bilgilerinin ne derece paylaşıldığı ve meslektaşları, hasta yakınları ile tıbbi hatalar konusunda ne şekilde iletişim kurdukları değerlendirilmiştir. Sonuç olarak hekimlerin %76'sı tıbbi hataların sunulan sağlık hizmetlerindeki tüm hatalardan daha önemli olduğunu vurgulamıştır. %56 oranında hekim ise tıbbi hataların çoğunlukla hasta, hekim ya da hasta yakınlarından değil, sistemden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Hekimlerin %97'si sadece ciddi hataların malpraktis davalarına konu olabileceğini düşünmekte, %82'lik kesim ise küçük tıbbi hataların ilgili yerlere bildirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin %91'i oluşan tıbbi hataları kendi meslektaşları ile tartıştığını dile getirmiş, hemen hepsi ise tıbbi malpraktis durumlarını kendi hastaları ya da hasta yakınları ile konuştuğunu, onlara durumu açıkladığını ifade etmiştir (133).

2008 yılında Kaldjian ve arkadaşları tarafından 338 hekimle gerçekleştirilen bir çalışmada hekimlerin tıbbi hataları raporlaması ve bu raporlamadan meydana gelen hatalar araştırılmıştır. Hekimlerin %17,8'i hastanın tedavisinin uzamasına neden olan ufak bir hatayı bildirmemiş, %3,8'i ise sadece ölüm ve kalıcı sakatlığa neden olan hataları bildirmediğini dile getirmiştir. Hekimlerin %54,8'i çalıştıkları kurum ya da kuruluşa gerçekleşen tıbbi hatayı nasıl bildirmeleri gerektiğini bilmekte, %39,5'i ise hangi hataların bildirilmesi gerektiğinin bilincinde olduklarını belirtmektedir (134).

2008 yılında Top ve arkadaşları 236 hekimle gerçekleştirdikleri çalışmalarında hekimlerin kısa sürede fazla hasta bakmaları sonucu yorgunluk, demotivasyon ve bitkinlik ile birlikte tıbbi hatalarda artışın meydana geldiğini söylediklerini bildirmiştir. Buna karşın hekimler kendilerini de eleştirerek çeşitli branşlarda görev yapan hekimlerin bilgi eksikliklerinin de tıbbi hataya yol açtığı görüşünü savunmuşlardır (135).

Uğrak ve arkadaşlarının 2019 yılında 248 hekimle gerçekleştirdikleri çalışmada, hekimler oluşan tıbbi hataların çoğunlukla çalışma şartlarından kaynaklandığını dile getirmiştir. Tüm katılımcılar meydana gelen tıbbi malpraktis durumlarının hasta ve hasta yakınlarına açıklanarak durumun meslektaşlar ile tartışılması gerektiğini savunmuşlardır. 248 hekimin geneli tıbbi hataya karşı bilinçli davranmakta ancak %22,6 oranında hekim raporlamayı nasıl

yapacağını bilmediğini söylemektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin tamamı hastaları iyileşse bile yapılan tıbbi hatayı onlara açıklama gereği hissetmektedir (136).

Yöyler, 2019 yılında 206 sağlık çalışanı ile bir çalışma gerçekleştirmiş ve bu çalışma sonucuna göre %73,3 oranında bir kitle daha öncesinde tıbbi malpraktis konuları hakkında eğitim aldığını açıklamıştır. %89,8 oranında hekim ise tanık olduğu ya da bizzat tecrübe ettiği bir olayı bildirdiğini söylemiştir. 206 sağlık çalışanı arasında tıbbi hatalara yönelik farkındalık oranı %69 çıkmıştır. %91,3 oranında sağlık çalışanı ise tıbbi hatayı raporlamıştır (137).

3.6. Defansif Tıp

Tıbbın babası olarak adlandırılan Hipokrat'ın yemini özgün haliyle şu şekildedir;

"Hekim Apollon, Eskülap (Aesculapius), Hijia (Hygia), Panase (Panacea), bütün Tanrılar huzurunda, onları tanık tutarak ant içerim ki yeminimi, aşağıdaki sözümü tüm gücümle ve yeteneğimce yerine getireceğim.

Tıp hocamı, anama babama eşdeğerde sayacağım. Varlığımı onunla paylaşacağım; gerekirse onun ihtiyaçlarını karşılayacağım. Çocuklarını kardeşlerimle bir tutacağım. Onlar hekimliği öğrenmek isterlerse, kendilerine ücretsiz ve karşılıksız olarak öğreteceğim. Kuralları, sözlü dersleri ve öğretimin öteki bilgilerini, oğullarıma, hocamın oğullarına, tıp yasasına uygun antla ve yükümlenmeyle bağımlı öğrencilere öğreteceğim. Başka hiç kimseye öğretmeyeceğim.

Hastaların bakımını, aklımın ve gücümün yettiğince, onların yararına olarak yöneteceğim. Tüm kötülüklerden ve haksızlıklardan kaçınacağım. Benden istenmiş olsa bile kimseye zehir vermeyeceğim ve böyle bir telkinde de bulunmayacağım. Hiçbir kadına düşük ilacı vermeyeceğim.

Yaşamımı dürüst ve temiz geçireceğim; sanatımı böyle yapacağım. Mesane taşı ameliyatını yapmayacağım; ameliyatını bu işle uğraşana bırakacağım.

Hangi eve girersem gireyim, her türlü kötülükten kaçınacağım. İster özgür ister köle olsun erkek ve kadınların bedenlerine kötülük yapmaktan sakınacağım. Her eve hastaya iyilik amacıyla gireceğim. Sanatımı yaparken, gördüklerimi ve işittiklerimi, sır saklamayı bir görev sayarak, kimseye söylemeyeceğim. Bu andımı yerine getirdiğim takdirde, yaşamımda ve mesleğimde mutlu ve yararlı olmak, insanlar arasında saygı görmek Tanrıların bana lütfü olsun. Bu andıma bağlı kalmazsam dileğimin aksi olsun." (138).

Defansif tıp tanımı tek bir şekilde değil, bilimsel araştırma yapan kişiler tarafından çeşitli varyasyonları olacak şekilde yapılmıştır. Defansif tıp tanımının yanında tıbbi malpraktis davalarında son yıllarda yaşanan artış nedeniyle hekimler, çeşitli hasta ve hastalıklar karşısında kendi tutum ve davranışlarını ‘*önce zarar verme*’ düşüncesi yerine ‘*önce kendini koru*’ ya da ‘*önce kendine zarar verme*’ şeklinde değiştirmişlerdir. Bu düşünce nedeniyle defansif tıp uygulamaları önem kazanmış ve hekimler tıbben herhangi bir gereklilik oluşturmadan hastalardan çeşitli ek tahliller, testler ya da araştırmalar istemektir, sonuç olarak da risk bakımından yüksek olan hastaları muayene etmekten, tedavilerine başlamaktan geri durarak tıbbi malpraktis davalarından kendilerini korumayı hedef edinmişlerdir.

Parveen Kumar, defansif tıp tanımını, hasta ve yakınlarını malpraktis davasından vaz geçirme, yapılması gerekenlerin yasal süreç içerisinde yapıldığına ikna etme veya olumsuz neticeleri azaltma amaçları ile tıbbi bir değer taşımayan, marjinal tanı ve tedavilerin uygulanması olarak tanımlamıştır (139). Scarman’ın tanımı, hasta için iyi olduğuna inanılmadığı halde yasal olduğu için uygulanan tedavi şeklinde yapmıştır (140). Studdert’e göre defansif tıp, hekimlerin risk karşısında almış oldukları bir tedbirdir. Bu tedbir klinik etkili kararları ve uygulanan prosedürleri içermektedir (141).

Hekimlerin davranış değişikliklerine son zamanlarda giderek artış gösteren tıbbi malpraktis iddiaları sonucu meydana gelen ceza ve hukuk davaları neden olmuştur. Defansif tıbbi kısaca ifade etmek gerekirse hekimlerin tıbbi malpraktis davalarına karşı kendilerini koruma altına almaları şeklinde tanımlanabilir.

Savunma tıbbi olarak da bilinen defansif tıp yaygındır ve tüm dünyada uygulanmakta olup, hastalar, doktorlar ve sağlık bakım masrafları için ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Öğrenciler ve asistanlar bile defansif tıp uygulamalarına maruz kalmakta ve onlara klinik kararlar verirken yanlış uygulama sorumluluğunu dikkate almaları öğretilmektedir. Savunma tıbbının genel olarak, hekimlerin, varsayılan tıbbi hatalar için tazminat isteyen hastalar veya yakınları tarafından kolayca dava edilebilecekleri algısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, bizim görüşümüze göre, savunma tıbbının büyümesi, tıp anlayışında son on yılda meydana gelen ve geleneksel olarak profesyonelliğin ana kaynağı olan hasta-hekim güvenini zayıflatan daha büyük değişiklikler bağlamında görülmelidir.

3.6.1. Defansif Tıbbın Tarihçesi

Defansif tıp hekimler tarafından yıllardır benimsenmekte ve uygulanmaktadır. Örneğin, infeksiyonu olan bir hastada, savunma tıbbı uygulayan bir doktor antibiyotik süresini uzatabilir, gereksiz geniş spektrumlu antibiyotikler veya ajan kombinasyonları reçete edebilir. Bu davranış antibiyotik direncinin yayılmasına katkıda bulunabilir. Legal medikal işlemler, diğer hata türlerine kıyasla meydana gelebilecek herhangi bir ihmali daha fazla tolere edebilme eğilimindedir. Hekimler strateji olarak yasal riski azaltmak amacıyla aşırı sayıda tanısal araştırmayı teşvik eder. Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı görülmüş hem hasta hem de hekimler açısından tedaviye yönelik mükemmel bir fırtına oluşturulduğu izlenmiştir. Bu nedenle ülkede, savunma tıbbına ilişkin mali yük oldukça fazladır. Amerika Birleşik Devletleri tıbbi sorumluluk sisteminin maliyeti yıllık 55,6 milyar dolardır ve savunma tıbbının katkısı%82'nin üzerindedir (45 milyar \$). İtalya'da savunma tıbbının maliyetinin 10–12 milyar avro/yıl civarında olduğu tahmin edilmektedir. Aslında, doktorlar tarafından daha yüksek kaynak kullanımı, daha az yanlış uygulama iddiasıyla ilişkilidir.

‘Savunma tıbbı yalnızca, hekimlerin, farzedilen tıbbi hatalar için tazminat isteyen hastalar veya yakınları tarafından kolayca dava edilebilecekleri algısından mı kaynaklanıyor yoksa bundan daha fazlası mı?’ sorusuna cevap aranmalıdır.

Klinik tıp her zaman hasta-hekim güvenine dayanmıştır ve bu geleneksel olarak hekimler için mesleki tatminin açık ara ana kaynağı olmuştur. Ne yazık ki, bu temel güven, hasta ile yüz yüze görüşme eksikliği, artan klinik özerklik eksikliği ve sorumluluk endişeleri nedeniyle giderek aşınmıştır. Ulusal bir Amerika Doktorları araştırmasında 17236 hekim ile yapılan çalışmada tıp mesleğinin endişe verici tarafı resmedilmiştir. Ankete katılan hekimlerin sadece%14'ü en yüksek düzeyde bakım sağlamak için gerekli zamana sahip,% 60'ı elektronik sağlık kayıtlarıyla hasta etkileşiminden uzaklaşan,%54 oranında hekim moral olarak kötü durumda,%49'u tükenmişlik hissinden muzdarip,% 49'u çocuklarına tıbbi meslek olarak önermemekte,%48'i çalışma saatini azaltma niyetinde ve sadece%37'si tıp mesleğinin geleceği hakkında olumlu duygulara sahiptir. Araştırma sonucu, bir ülkeyle sınırlı bir tablo değildir. Aksine, bu duygular birçok ülkede doktorlar tarafından giderek daha fazla paylaşılmaktadır (142).

Doktorlar, hastalarına doğrudan bakmaktan ziyade verileri bilgisayara eklemek için gittikçe daha fazla zaman harcamaları uygun değildir. Bakım sadece hastaları muayene etmek, testleri ya da tahlilleri istemek ve ilaç yazmak değildir. Hastalarla zaman geçirmek, onların yanında olmak, acele etmeden onlarla konuşmak, durumlarına ve sosyal sonuçlarına samimi bir

ilgi göstermek, sorularını cevaplamak ve endişelerini dile getirmekle ilgilidir. Bu ilişki kaybolursa veya kabul edilemez seviyelere inerse, savunma tıbbının uygulanması mantıksal bir sonuçtur.

Tıp, bir aile veya kişisel doktordan bir hastaneci/hastane çalışanı modeline geçmiştir. Hastalar, kendileriyle konuşmak için yeterince zaman harcamayan doktorların, hastalıklarının önemli yönlerini gözden kaçırmış olabileceğini düşünmektedir. Hastalarının korku ve endişelerini dinlemeye vakti olmayan hekimler, yüzeysel davranmış ve hatalar yapmış olabilir.

Bu sorunları gidermek için, doktorların hastalarıyla gerekli zamanı geçirmelerine izin verilmelidir. Doktorların hastalarla daha fazla zaman geçirmesini sağlamak için daha fazla personel işe almak ve daha fazla fon ayırmak gerekir. Savunma tıbbı azaltılırsa, aslında sağlık harcamaları da büyük ölçüde azalır.

Hastalar aslında güvenebilecekleri ve onlara bakacak deneyimli hekimler aramaktadır. Onlar algoritmaları ve yönergeleri katı bir şekilde takip eden doktorlar tercih etmemektedir. Hasta bakımını bir evet / hayır kararları dizisine dönüştüren algoritmalar, tıbbın karmaşıklığını ve klinik yargıya özgü muhakemeyi dikkate almamaktadır. Genç klinisyenler, yönergelerle sıkı sıkıya bağlı kalmamanın mahkemede hüküm giymeyi gerektirdiği fikrinden vazgeçmeli ve yönergelerin tüm sağlık sorunları için sihirli bir mermi olduğunu düşünmemelidir. Bir tarif kitabının yemeğin lezzetli olacağını garanti edemeyeceği gibi klinik kılavuzlar da tanı ve tedavide başarıyı garanti etmemektedir. Aslında, protokoller ve yönergeler ile standartlaştırılmış bir kanıta dayalı uygulama, bireysel sağlıktan ziyade nüfusu iyileştirmeyi amaçlamaktadır.

Klinik muhakeme son derece önemlidir ve bunu öğrenmek için tıp fakültesi müfredatında çalışmalar ve dersler yapılmalıdır. Popüler inancın aksine, hatalara bilgi eksikliğinden daha çok bilişsel işlevdeki hatalar (mevcut bilgiyi ortaya çıkarma, sentezleme veya bunlara göre hareket etme) neden olur.

Tıp, protokoller ve kontrol listelerinin ima ettiği kadar siyah beyaz olamaz ve değildir. Bu nedenle halkın ve hekimlerin tıbbın her zaman olduğu gibi mükemmel bir bilim değil, daha çok kusurlu bir sanat olduğu konusunda eğitilmesi gerekmektedir. Teknolojik açıdan en gelişmiş ortamda bile hiç kimsenin garanti edemeyeceği mükemmellik ve tamamen öngörülebilir sonuçlar beklemek büyük bir hatadır. Komplikasyonlardan kaçınmak zordur ve tıbbi uygulama hatası davalarında önemli bir rol oynar.

New York'ta çok alıntı yapılan bir çalışmada, tüm hastaneye yatışların%3,7'sinde yan etkiler bildirilmiştir ve bu vakaların%30'undan daha azında ihmal mevcuttur. Modern toplumun kaçınılmaz morbidite ve mortaliteye tolerans eksikliği ile birleştiğinde (Bu sayede ölüm bile artık bir hastalığın olası bir sonucu değil, önlenabilir bir komplikasyon olarak kabul edilir), kötü bir sonucun yanlış bir süreci gösterdiği varsayılır (143).

Savunmacı tutum, son on yılda dünya çapında otopsi sayısındaki etkileyici azalmaya katkıda bulunan faktörlerden biridir. Bazı doktorlar, bulguların yanlış bir tanı koymasına veya klinik olarak gözden kaçan bir patolojiyi kanıtlaması halinde kendilerine dava açılabilirliğinden korkmaktadır. Bir kısır döngü, doktorlar beklenmedik bir olumsuz olay, hata ve / veya hastayla ilgili bir zarara uğradığında başlar. Daha sonra hasta veya yakınları tarafından hekim dava edilir. Olayla ilgili bazen büyük travma, savunma tıbbi uygulaması dahil olmak üzere fiziksel, bilişsel ve davranışsal semptomlara yol açar. Bu hekimlerin çalıştıkları kurumlarından aldıkları destek zayıf ve verimsizdir. Bu olumsuz olaylar dizisinin kesilmesine yardımcı olmak için yeterli destek gereklidir.

3.6.2. Defansif Tıp Türleri

Defansif tıp ile ilgili tüm uygulamalara bakıldığında pratik olarak iki şekilde karşımıza çıktığını görürüz. Bunlardan ilki hekimin hukuki risk ile karşılaşmaması adına tıbben gerekli olmayan herhangi bir ekstra tedavi, tetkik ya da muayene yapması yani pozitif defansif tıp uygulamalarıdır. İkincisi ise pozitif defansif tıpta olduğu gibi hekimin yine hiçbir hukuki risk ile karşılaşmamak adına hastaya tıbben gerekli olan müdahalelerde bulunmayarak bunun yerine diğer sağlık kurum ya da kuruluşlarına sevkini gerçekleştirmesine yönelik negatif defansif tıptır.

Pozitif Defansif Tıp

Yabancı literatürde pozitif defansif tıp kavramı 'assurance behavior' şeklinde geçmekte ve güvence yaklaşımı anlamına gelmektedir. Hekimlerin tercih ettikleri pozitif defansif tıp, meydana gelebilecek kötü sonuçları azaltmak ve tıbbi hatalardan doğabilecek malpraktis iddialarını engellemek amacıyla teşhis ve tedavi sürecinde tıbbi değer içermeyen ek hizmetlerdir (144).

Defansif tıp, genel anlamda hekimin tıbbi standardın getirdiği davranışları eksiksiz yerine getirmesi ve daha sonra kendini oluşabilecek malpraktis iddialarına karşı daha güçlü konuma getirebilmek amacıyla çeşitli ek girişimlerde bulunma uğraşıdır. Pozitif defansif tıp farklı yollarla yıllarca hekimler tarafından uygulanmaktadır (145).

Pozitif defansif tıbbın başka tanımında ise; sağlık hizmeti veren personel ve hekime karşı hasta ve hasta yakınlarının dava açma ihtimallerini minimum düzeye getirmek veya engellemek için, olası bir dava açılması durumunda hekim ve diğer sağlık personellerinin kendilerini kanıtlayabileceği, tedavi ve tanı aşamalarında herhangi bir eksiğin olmadığını ispatladıkları ek işlemler ifadesi yer almaktadır (146).

Bazı hastalıkların semptomları hastalığın tanınması olarak koydursa da istenebilen bazı ek tetkikler teşhis aşamasında yüksek oranda sonuç bilgisi verir. Bunların dışında hekim tarafından istenebilecek ek tetkik ve testlerin tanıda yardımcı olma ihtimali daha azdır. Bazı durumlarda istenen ek işlemlerin teşhise daha az yararlı olduğu durumlar da vardır. Bu konuda karar mercii hekimdedir. Eğer hekimin amacı ekonomik açıdan minimal düzeyde kaynakları kullanarak sağlık hizmeti sunmak ise daha az tetkik istemektedir. Diğer durumda hekim öncelikli olarak hastasına sunabileceği en iyi hizmeti vermek amacıyla ise tanıda faydalı olabileceğini düşündüğü her test ve tetkiki isteyebilir (147).

Hastane ve hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına sebep olan durumlardan biri, hastalığın tanı ve tedavisinde yönetmeliğe ve çeşitli prosedürlere göre eksik bir uygulamanın olmadığını, standart prosedürlerin fazlasıyla yerine getirildiğini, bundan oluşabilecek olası bir hukuki süreçte hekim ve hastanenin kendini kolay ve rahatça ispat etmesidir (148).

1995 yılında Summerton, pozitif defansif tıp kavramını hekim ve diğer sağlık personelleri tarafından görüntüleme yöntemlerinin daha fazla kullanıldığı, hasta memnuniyetine yönelik yapılan faaliyetler, hasta ve hasta yakınlarına uygulanan tedaviyi detaylı bir şekilde açıklamak ve bunların bilgisini kaydetmek şeklinde tanımlamıştır. Çeşitli yollarla ortaya çıkan pozitif defansif tıp uygulamaları içerisinde örnek verilecek olursa; yatışa ihtiyaç duymayan hastaya yatış verilmesi, gerekli olmayan testlerin istenmesi, fazladan ilaç reçete etmek, konsültasyon işlemlerine gereksiz yere başvurmak, tıbbi kayıtların daha detaylı tutulması şeklinde sıralanabilir (149).

Pozitif defansif tıp uygulamaları daha çok hekimlerin hastalarına verdikleri standart tedavi hizmetinin dışında istediği gereksiz prosedür ve fazladan testlerden oluşmaktadır. Sonuç

olarak maliyet, beklenen faydayı aşar. Dolayısıyla pozitif defansif tıp, mali etkin değildir, verimsizdir ve hastaya zarar vermektedir (150).

Tüm bunlara nazaran hekim tarafından fazla tahlil ve testlerin istenmesinin hastaya yarardan çok bu istemlerin maliyet olarak değmediği düşünülmektedir. Bunun aksine fazladan yapılan uygulamaların hastaya faydasının olabileceğini ve sağlık hizmetlerini daha iyi noktaya taşıyabileceğini düşünen kesim de bulunmaktadır (145).

Pozitif defansif tıp uygulamaları çeşitli durumlara göre verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir ya da azaltabilir. Hekimin standart bakım hizmeti haricinde istediği ek tahlil ve testler, çeşitli şekilde yapılan kendini garantiye alma davranışları vakaya, hastaya, durumun ciddiyetine, bulunulan şartlara göre değişiklik gösterebilmektedir. Pozitif defansif tıp uygulamalarının varlığı hekime ve diğer sağlık personellerine gereksiz iş yükü vermekte ve hasta açısından da zaman kaybı gibi çeşitli olumsuzluklar oluşmaktadır. Kısaca bu uygulamalar, hasta memnuniyetini zaman kaybı haricinde artırsa da, ülke ve dünya ekonomisine negatif etki göstermektedir. Ancak hastalığın tanı ve tedavisinde kullanılabilecek ek işlemler hasta için faydalıysa ekonomi ikinci plana alınmaktadır (150).

Pozitif defansif tıp uygulamaları sadece ekonomik açıdan değil hastaya uygulanan tıbbi müdahalelerde çeşitli risk ve komplikasyonları da beraberinde getirebilmektedir. Hekim ve diğer sağlık personelleri tarafından hastaya uygulanan her ek işlemde nadir de olsa olumsuz sonuçlar görülebilmektedir. Bazı durumlarda hastanın sağlığına kavuştuğu da görülmüştür. Çünkü bazı ayrıntılar, fazladan yapılan testler sonucunda rastlantısal bir şekilde ortaya çıkabilmektedir (151).

Hekim hastasına karşı gerekli olduğu halde tetkik istememişse bu durumdan sorumlu tutulmaktadır. Diğer yandan güvenilirliği henüz kanıtlanmayan bir test aracı nedeniyle hasta süreç içerisinde zarara uğradıysa bu durumdan da hekim sorumludur. Sonuç olarak tıbbi gerekliliği olmayan testlerin istenmesinde, gerekliliği olan testlerin ise istenmemesinde her zaman hekim sorumlu tutulmaktadır.

Hekim hastasına karşı gerekli olan tüm tıbbi standart hizmeti vermesine rağmen yine de malpraktis iddiası ile karşı karşıya kalmışsa bu durumdan hastane ya da sağlık kurumunun da sorumluluğu araştırılmalıdır. İdare donanımsal olarak yetersiz olabilir ya da sağlık hizmetleri kurum içerisinde yeterli düzeyde işlememiştir. Dolayısıyla idarenin de sorumluluğu bulunmaktadır. Hekimler hastalarına tanı koymak için tahlil ve tetkik isteme hakkına sahiptir ama istenilen bu tetkiklerin tanı ile bağlantısı olması gerekir (152).

Negatif Defansif Tıp

Yabancı literatürü incelediğimizde negatif defansif tıp dendiğinde ‘avoidance behavior’ kavramı karşımıza çıkmakta ve bu da dilimizde sakıngan yaklaşım anlamına gelmektedir. Bu kavram hekimin malpraktis iddiası ile karşı karşıya gelmemek amacıyla riskli hastaya karşı gerekli olan müdahaleyi gerçekleştirmeyip başka bir hekime ya da sağlık kuruluşuna sevk etmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Burada hekim hastanın tedavi ve tanı aşamasında yer almak istememektedir (146).

Negatif defansif tıp uygulamalarının nedenlerine değinecek olursak pek çok faktörün etkili olduğunu görebiliriz. En önemli neden sağlık kuruluşunun kaçınıcı basamakta yer aldığı, hekimin tıbbi algısı ve teknolojik imkanlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Örnek verilecek olursa; hekimin yüksek riskli hastaya tedavi vermekten kaçınması, hastanın başka bir hekime ya da sağlık kuruluşuna sevkini gerçekleştirmesi, riski yüksek olan cerrahi girişimden kaçınmasıdır.

Negatif ve pozitif defansif tıp uygulamalarının ortak noktası hekimin malpraktis iddalarından korunmayı amaçlamasıdır. Pozitif defansif tıp kadar yaygın olmasa da klinisyenler, negatif defansif tıp uygulamalarını da tercih edebilmektedir (145).

Negatif defansif tıp uygulamalarında önemli bir nokta; hekimlerin malpraktis riski ile karşı karşıya kalma riskinden korktukları için elinde bulunduğu imkanları kullanmaması ve riskli hastayı başka bir sağlık kuruluşuna ya da hekime sevk etmesidir. Hekimlerin bu davranışı etik olarak tartışmalıdır. Sonuçta hekimin en önemli sorumluluğu hastayı sağlığına kavuşturmak için imkanlar dahilinde en uygun tıbbi müdahaleyi uygulamaktır. Hekim negatif defansif tıba başvurduğu zaman tedavi sonucunda meydana gelebilecek riskler ve yan etkilerin hastalık durumundan daha büyük ve kötü olabileceği koşullarda gereksiz tedaviyi önlemektedir (146).

Hekim elinde imkanları olmasına rağmen risk altında olan hastayı diğer sağlık kurumuna sevk ettiyse ya da standart tedavi sürecinden geri durduysa ve tüm bu durumlardan hasta zarar gördüyse kendiliğinden malpraktis tehlikesi doğmaktadır. Hekim hastası için çatışan risk ve faydaların arasında kaldığında doğru kararı verme zorunluluğu içerisinde (148).

Negatif defansif tıbbın aynı pozitifte olduğu gibi çeşitli tartışmalı kısımları bulunmaktadır. Hekim hastasını elinde olan imkanlar dahilinde muayene etmekte ve hastalığın tanı ve tedavi aşamasında yine bu imkanları kullanmaktadır. Ancak gerekli ekipmana sahip

değilse, uzmanlık alanı dışında bir hastayla karşı karşıya kalmışsa ya da tanı ve tedavi için uygun olmayan koşullar altında ise yapması gereken standart işlemleri uygulayıp kalan tedavi ve tanı sürecini uygun olan bir kuruma sevk etmesi en doğrusudur.

Defansif tıp uygulamalarını kısaca özetlemek gerekirse; pozitif defansif tıbbın hastaya ek ve fazladan sağlık hizmeti verildiği, dolayısıyla onunla daha fazla ilgilenildiği algısı oluşmakta, hasta ise bu durumdan memnun olmaktadır. Diğer yandan negatif defansif tıp uygulamalarında ise daha fazla risk vardır ve hastanın zarar görme ihtimali de fazladır. Sonuç olarak negatif defansif tıp, pozitif defansif tıp gibi tolerans kabul etmemektedir (147).

Defansif Tıp Uygulamalarının Ortaya Çıkış Nedenleri

Sağlık hizmetlerinin verilmesinde teknik olarak kurum, insan ve diğer detaylar temelde en fazla etkiye sahiptir. Malpraktis durumları ise bu faktörlere göre meydana gelmekte ve malpraktis kaygısının verdiği defansif tıp uygulamaları da yine sayılan faktörlerden büyük oranda etkilenmektedir. Tıbbi bakım ve müdahale işlemleri kurum, insan ve teknik faktörlerin bir araya gelmesiyle oluşur. Sonuç itibarıyla tıbbi hatanın meydana gelmesinde bu faktörler çoğu zaman birbiri ile ilişkilidir.

Hekimlerin çoğunluğu gün geçtikçe daha fazla defansif tıp uygulamalarını tercih etmektedir. Bunun en önemli nedeni ise sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen hastaların daha fazla bilinçlenmesidir. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen kitlenin bilinçlenmesiyle birlikte hekimler tanı ve tedavi sürecinde bilimsellikten uzaklaşarak kendilerini hukuki açıdan güvence almak istemektedir (146).

Defansif tıp, ortaya çıkış nedenleri olarak dört grupta incelenmektedir. Hekimden kaynaklı nedenler, hastadan kaynaklanan nedenler, hem hasta hem hekimden kaynaklı nedenler ve sistem-politika kaynaklı nedenler şeklindedir. Aşağıda bu nedenlerin ayrıntıları yer almaktadır.

Hekimden kaynaklanan nedenler;

- Tıbbi hata uygulamaları (Malpraktis)
- Hekimlerin meslekleri gereği yoğun olması
- Maddi zarar
- Hekimlerde şikayet edilme endişesi

- Hekimlerin tutum ve davranışları
- Huzursuz hissetme ve istememe
- Mesleki tecrübe
- Hekimlerin kendilerini garantiye alma düşüncesi

Hasta Kaynaklı Nedenler;

- Hastanın önyargıda bulunması
- Hastanın eğitim düzeyi
- Hastanın şiddete başvurusu

Hem Hasta Hem Hekim Kaynaklı Nedenler;

- Hasta ile hekim arasındaki iletişimsizlik

Sistem ve Politika Kaynaklı Nedenler;

- Hastanelerde var olan hasta yoğunluğu
- Medya ve çeşitli iletişim araçları
- Mevcut sağlık sistemi (146)

Tıbbi imkanların ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte hekimlerin hastalarına ayırdığı zamanda azalma, mesleki sorumluluk için yapılan sigortaların yetersiz oluşu da listeye eklenebilir. Hekimler bir hata yaptığında hasta ve hasta yakınlarına karşı zor duruma düşmekte ve genel olarak özür dilemekten çekindiklerinden dolayı defansif tıp uygulamalarını tercih etmektedir.

Defansif Tıp Uygulamalarının Sağlık Hizmetlerine Olan Etkisi

Bireylere sağlık hizmetlerinin sunulmasında hekimler büyük paya sahiptir. Dolayısıyla hekimlik mesleği insan sağlığı söz konusu olduğu için hatayı kabul edemez ve yapılan her işlemin geri dönüşü bulunmamaktadır. Büyük sorumluluğun olduğu meslekte hekimler yaptıkları uygulamalar ile gerek tanı gerekse tedavi sürecinde oldukça titiz davranmak durumundadır.

Hekimler çoğu zaman hastalarına karşı oldukça titiz davranışlar bile çeşitli sebeplerden dolayı malpraktis davaları ile karşılaşabilmektedir. Dolayısıyla hekimlerde tedirginlik, kaygı gibi durumlar oluşmakta ve bunun sonucunda da defansif tıp uygulamalarına başvurulmaktadır.

Ülke ekonomisine ek yük getiren bu uygulamalar çoğunlukla standart tedavi süreci içerisinde değildir. Fazladan istenen test, tetkik ya da görüntüleme yöntemleri defansif tıp uygulamalarının çoğunluğunu meydana getirmektedir (148).

Hastalar bazı durumlarda kendi imkanları ile tedavi olmakta bu da özel sağlık sigortası yapan şirketlere Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından yapılan ödemelerde artışa neden olmaktadır. Ülke ekonomisi bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Kısaca defansif tıp uygulamalarının hem dünya hem de ülkemiz ekonomisine makro ve mikro zararlar verdiği açıktır. Ekonomiye dolaylı zararlara örnek olarak hastanın tedavisi için hastanede fazla yatış süresinin olması ve bu durumun kişiye kaybettirdiği zaman örnek verilebilir (145).

Defansif tıp kavramının oluşması ve hekimlerce uygulanması sağlık bakım hizmetlerinin maliyetlerinde ne denli etkiye sebep olduğu hala tartışmalıdır. Çünkü defansif tıbbın boyutu imkansız derecede ölçülebilir bir şey değildir. Ülkemizde ve tüm dünyada defansif tıp uygulamalarına yönelik hastanın tanı ve tedavisi sırasında istenilen tetkik ve testlerin sayısı gözle görülür şekilde artış göstermiştir. Sonuç olarak sağlık giderleri de artmıştır.

Defansif tıp doğal olarak hasta ve hekim arasındaki ilişkiyi doğrudan etkilemektedir. Bazı hekimler malpraktis iddiaları ile karşı karşıya kalmamak ya da dava edilmemek amacıyla hastayı tanı ve tedavi aşamasında bilgilendirip karşılaşılabilecek riskleri ve ek tedavi seçeneklerini detaylı bir şekilde anlatarak hastası ile daha fazla zaman geçirmekteyken bazı hekimler ise hastaya karşı zıt davranma ve tedavisini kabul etmeyi istememektedir. Talepkar, davranışları öngörülemeyen ya da duygusal davranışlar sergileyen hastaların varlığı, hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönlendirmektedir (151).

Hasta ile hekim arasında oluşan ilişkinin bozulmasında malpraktis davalarının artışının neden ya da sonuç olduğu henüz net değildir. Tıbbi tanı ve tedavide yeni teknolojik gelişmelerin yaşanmasıyla hasta bakımının daha mekanik hale gelmesi hasta ile hekim ilişkisini bozmakta ve sosyolojik anlamda çeşitli kısıtlamalara yol açarak malpraktis suçlamalarının artmasına neden olmaktadır. Bunun aksi olarak malpraktis iddialarında meydana gelen artışın hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi bozduğu da söylenebilir (152).

3.7. Türk Hukuk Sisteminde Malpraktis Hakkında Verilen Örnek Yargıtay Kararları

Dünyada ve ülkemizde yaygın bir şekilde hekimlerin karşılaştığı malpraktis iddialarında Türk Cceza Kanunu çerçevesinde Yargıtay kararlarını bu başlık altında vermeyi uygun gördük.

‘...Kalp krizi geçiren hasta, hastaneye müracaatında kendisini tedavi eden doktorun kusuru nedeni ile maddi ve manevi tazminat talep etmiştir. Bunu BK. m.386-39’a ve vekilin özen borcuna aykırılığına dayandırmıştır. Yargıtay, bu davada kusur hafif dahi olsa sorumluluğun gereğidir.’ şeklinde Yargıtay’ın 23.02.2006 tarihli kararı mevcuttur (153).

Bir başka kararda davacı, 13 Kasım 2000 tarihinde davalı konumunda bulunan hekim ve sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilen by-pass operasyonu sırasında kalbinde salgı bezinin unutulduğunu düşünerek kendisinin yeniden ameliyat edildiğini ve bunun sonucunda da uğradığı maddi ve manevi zarar talebinde bulunduğunu bildirmiştir. Arada meydana gelen uyuşmazlık durumu, davada hekimlerin ya da diğer sağlık çalışanlarının ihmallerinin olup olmadığının araştırılması, tespit edilmesi yönündedir. Davanın temelinde vekalet sözleşmesi yer almaktadır. Davanın temelini, vekâlet sözleşmesi oluşturmaktadır. Yargıtay’ın kararı ise hafifte olsa kusurdan sorumluluğun olması yönünde gerçekleşmiştir (154).

Başka bir davada Yargıtay’ın verdiği karar *‘Davacının kolundaki dövmeyle estetik amaçla silmek için müdahale de bulunan doktor, aynı zamanda izi tamamen yok etmeyi de, eser sözleşmesinin niteliği itibariyle taahhüt etmiş sayılır. Oysa dosya kapsamına ve fotoğraflara göre, davacının kolunda eski durumu aratırcasına, sağlıklı ve çirkin görünümlü yeni bir iz, cerrahi müdahalenin izi olarak ortaya çıkmıştır. Yapılan iş BK. madde 360 gereğince, kabule, icmar edilemeyecek derecede ayıplı bir işir. Bu durumda, davacının hayatı boyunca taşıyacağı bu çirkin iz nedeniyle üzüntü duymuş olması, izahtan varestedir.’* şeklindedir (155).

3.8. Çocuk Kavramı, Çocuklarda Tıbbi Müdahale ve Yasal Sorunlar

Çocuk kavramı; tarihe bakıldığında toplumun kültürel yapısına, inançlarına, ekonomik durumuna göre değişmektedir (156). Çocuk Hakları Sözleşmesi’nde “Ulusal yasalarca daha genç bir yaşta reşit sayılma hariç, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayılır.” İfadesi yer almaktadır (157). Bu konuda ulusal yasalar katı davranmamış ve 18 yaşını tamamlamamış dahi olsa çocuğa belli bir özerklik verilebileceğini ifade etmiştir. Medeni Kanun 28.maddesinde “Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer.” şeklinde kanun yer almakta ve küçük olma halinin başlangıcını düzenlemiştir. Çocuklara yönelik yasalar incelendiğinde 18 yaşını tamamlamamış kişiler çocuk olarak tanımlanmıştır. Bu durum Türk Medeni Kanunu’nda ‘küçük’ kavramı çerçevesinde ele alınmıştır (158).

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 22.maddesi ve Biyo-Tıp Sözleşmesi maddesine göre tıbbi müdahalelerin kişinin haklarına saldırı niteliğinde değerlendirilmemesi için hastanın rızası

alınmalıdır. Aydınlatılmış onam ile birlikte bu rıza yetkili bir sağlık personeli ile birlikte tıp bilimi ilkelerine uygun olacak şekilde gerçekleştirilmelidir (159). Tababet Kanunu 70.maddesine göre kısıtlı ve küçük olan hastanın öncelikli olarak veli ya da vasisi olarak kabul edilen kişinin rızası alınmalıdır (160, 161, 162, 163, 164).

ocuk Hukuku adlı eserde Serozan, ‘‘Küçüğün kişi varlığıyla daha da yakından ilgili işlerde ve işlemlerde, özellikle kişilik değerleriyle ilgili tasarruflarda örneğin cerrahi müdahalelerde onun görüşünü almakla yetinmeyip, doğrudan doğruya onun olurunun sağlamak yerinde olur.’’ şeklinde bilgiler yer almaktadır. Doktrinde küçük olarak nitelendirilen hastanın tıbbi müdahalelere onam vermesi ile alakalı çeşitli görüşler bulunmaktadır. Yaygın görüşlerden biri; birtakım ayırtım gücü mevcut olsa da, küçüklerin kendilerine uygulanan tıbbi müdahalelere yalnız başına onam veremeyeceği yönündedir. Ancak bu görüş tıbbi onam vermenin kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak olduğu nedeniyle eleştirilmiştir.

İkinci doktrin görüşünde ise; küçüğün korunması amacının olması nedeniyle beden bütünlüğü ile alakalı ve birtakım riskler içeren uygulamalarda küçüğün onamı ile birlikte yasal vasisinin de izin vermesi gerektiği ifadesi yer almaktadır. Bu görüş, küçüğün onamının yanında olası bir vasisin aranmasının gereksiz olduğu düşüncesi ile eleştirilmiştir.

nc bir doktrin görüşü ise ayırtım gücü yerinde olan küçüğün herhangi bir tıbbi uygulamaya tek başına karar verebilmesini savunmaktadır. Bu görüş, küçüğün kararının bireye sıkı sıkıya bağlı haklar olduğu ve bu kararı vermekle küçüğün geleceğini de belirlediği gerekçesine dayandırılır.

Pediatric hekimleri erişkin hastalar gibi semptomları açıkça belli olmayan küçük hastalara tanı koyma aşamasında oldukça dikkatli olmalıdır. Amerika’da yapılan araştırmalar sonucunda en yaygın pediatrik hata ‘yanlış tanı’dır (165). Yaygın görülen diğer bir hata ise; iş yükü fazla olan hekimlerin anne gerginliğini ve çocuğun şikayetlerini fazla bulması sonucunda ‘şikayetçi anne’ ya da ‘sinirli anne’ gibi ifadelerle etiketleyerek hastasını ihmal etmesi sonucunda problemlerin daha da artmasıdır (166). Bundan dolayı annenin çocuğunun şikayetleri ile ilgili söyledikleri dikkate alınmalı ve kaydedilmelidir. Annenin söyledikleri çocuktaki herhangi bir hastalığın habercisi olabilir.

4. KAYGI KAVRAMI VE HEKİMLERİN KARŞILAŞTIĞI MALPRAKTİS DURUMLARI İLE İLİŞKİSİ

4.1. Kaygı Tanımı

Kaygı, içsel veya dışsal olabilen tehlike beklentisinden kaynaklanan endişe, gerginlik veya huzursuzluk olarak tanımlanabilir. Bazı tanımlar korkuyu gerçek ve bilinçli olarak tanınan bir tehdide duygusal bir tepki olarak ayırt etse de gerçeklik böyle bir tepkiyi haklı çıkarmadığında bir korku tepkisi olarak kaygıyı ayırsa da anksiyete ve korkunun vücuttaki tezahürleri benzerdir. Genel popülasyonun%2 ila 4'ünün anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılmaya yetecek kadar anksiyete semptomları yaşadığı tahmin edildiğinden, anksiyetenin varlığı konusunda dikkatli araştırma yapılması son derece önemlidir (167).

Anksiyete bazen fiziksel acının psikolojik eşdeğeri olarak anılır. Zihnin güçlü bir şekilde çelişen duygularla başa çıkmakta güçlük çektiği açıktır. Zihnin bu tür çatışmalarla başa çıkmak için kullandığı zihinsel mekanizmalardan biri de bastırmadır. Baskı sürecinde zihin, çatışan duyguların bir tarafını basitçe bloke eder. Bu baskı eylemi tam anlamıyla başarılı olmadığında, bastırılan materyal sürekli olarak bilinç haline gelmek için mücadele eder. Hastanın hissettiği anksiyete, bu materyali bilinçten uzak tutmak için harcanan zihinsel çaba miktarı ile sıklıkla yakından ilişkilidir. Savunma mekanizmaları olarak adlandırılan bir dizi zihinsel manevra, bastırılmış materyalin bilince ulaşmasını engelleme çabasında kullanılır. Bu zihinsel mekanizmalar, tepki oluşumu, yansıtma, rasyonalizasyon ve yer değiştirme gibi şeyleri içerir.

Savunma mekanizmalarının yoğun kullanımının hastalar için sorun yaratmasının bir nedeni, bu tür kullanımın gerçekliği çarpıtma eğiliminde olmasıdır. Bir çatışmanın bir tarafını kapatmaya zorlanan hasta, bir problemin tüm yönlerini görme yeteneğini kısıtlayan bir durum yaratmıştır. Bu da zorluklar için en uygun çözümü seçmeyi zorlaştırır (167,168, 169, 170, 171)

4.2. Patolojik Kaygı Kavramı

Patolojik kaygı, büyük ve giderek artan küresel bir sağlık sorunudur. Bozukluğu olan kişiler, günlük yaşamlarını olumsuz etkileyen sakatlayıcı anksiyete dönemlerinden geçerler. Katkıda bulunan en önemli semptomlardan biri, olumsuz veya potansiyel olarak tehdit edici yaşam deneyimlerine sürekli ve zayıflatıcı bir odaklanmadır. Bu olumsuz duygusal önyargı, sinirsel, psikolojik ve davranışsal düzeylerde artan tehdit işleme olarak deneysel olarak ölçülebilir.

Bununla birlikte, anksiyete, bir bireyin zarardan kaçınma yeteneğini geliştiren uyarlanabilir bir süreç de olabilir. Aslında, geçici kaygı veya stres yaşayan sağlıklı insanlarda tehditlere yönelik olumsuz duygusal önyargılar kaydedilmiştir.

Uyarlanabilir ve uyumsuz kaygı kaynaklı olumsuz duygusal önyargılar bağlantılı olabilir, belki de aynı ölçeğin zıt uçlarına düşebilir. Böyle bir ilişki, bu bozuklukları nasıl teşhis ve tedavi ettiğimiz konusunda sonuçlara sahip olabilir, ancak şu anda kanıt yetersizdir.

Sağlıklı bireylerde anksiyete semptomlarının ortaya çıkış nedeni azalmış serotonerjik aktivite ile bağlantılıdır. Yapılan bir çalışmada seçici serotonerjik geri alım inhibitörü ilaçların, modülasyonu sağladığı ve bu sayede anksiyeteyi hafifletebileceği sonucuna ulaşılmıştır (167, 168).

4.3. Kaygı Çeşitleri

Anksiyete bozuklukları, en yaygın ruh sağlığı durumlarıdır. Şizofreni, depresyon ve bipolar bozukluktan daha az görünür olsalar da aynı derecede engelleyici olabilirler. Anksiyete bozukluklarının tanıları sürekli olarak gözden geçirilmektedir. Hem boyutsal hem de yapısal tanımlar klinik tedavi ve araştırmada kullanılmıştır ve her iki yöntem de Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı V (DSM-5) 'de yeni sınıflandırma için önerilmiştir. Bununla birlikte, bu yaklaşımların her birinin sınırlamaları vardır. Daha yakın zamanlarda, tanıdaki vurgu, nörogörüntüleme ve genetik araştırmalara odaklanmıştır. Bu yaklaşım kısmen, anksiyete

semptomlarını şekillendirmek için biyoloji, stres ve genetiğin nasıl etkileşime girdiğine dair daha kapsamlı bir anlayış ihtiyacına dayanmaktadır (168).

Anksiyete bozuklukları, psikofarmakolojik ve bilişsel davranışçı müdahalelerle etkili bir şekilde tedavi edilebilir. Bu müdahalelerin farklı semptom hedefleri vardır. Bu nedenle, gelecekteki sonuçları iyileştirmek için bu stratejilerin mantıksal kombinasyonlarının daha fazla araştırılması gerekir. Anksiyeteyi yönetmek ve tedaviye dirençli vakalar için alternatif stratejiler alanında yeni gelişmeler ortaya çıkmaktadır. Ek tedavi geliştirmeleri, birinci basamakta kolaylıkla kullanılabilen algoritmaların geliştirilmesini ve anksiyeteli hastalarda fonksiyonel bozukluğun yönetilmesine daha fazla odaklanmayı içermelidir (167).

Anksiyete bozuklukları, ABD'deki bireylerin %13,3'üne kadar mevcuttur ve en yaygın ruhsal bozukluk alt grubunu oluşturur. Yaygınlıkların kapsamı ilk olarak yaklaşık 26 yıl önce Epidemiyolojik Havzalar Bölgesi çalışmasında ortaya çıkmıştır. Yaygın durumlara rağmen, bu bozukluklar duygudurum ve psikotik bozukluklar gibi diğer ana sendromlarla aynı şekilde kabul görmemiştir. Ek olarak, birinci basamak hekimi genellikle asıl değerlendirici ve tedavi sağlayıcısıdır. Bu yönetim ortamının bir sonucu olarak, anksiyete bozukluklarının nüfusun geniş bir kesiminde azalmış üretkenlik, artan hastalık, ölüm oranları, alkol ve uyuşturucu kullanımının artmasından sorumlu olduğu söylenebilir (167).

Klinik uygulamada ve araştırmada, aynı hastada iki veya daha fazla teşhis edilebilir durumun bir arada varlığını veya en azından birkaç alt sendrom durumuyla semptomatik çakışmayı bulmak olağandışı değildir. Bu, özellikle farklı anksiyete bozuklukları, depresyon, alkol ve uyuşturucu kullanımı arasındaki semptom çakışması için geçerlidir (168).

Tıbbi hastalıklarda benzer birtakım bakış açıları bulunabilir. Semptomlar genellikle zararlı bir ajan ve vücudun varlığına tepkisinin bir kombinasyonunu temsil eder. Örneğin, akciğerler zararlı organizma *Mycobacterium tuberculosis* ile enfekte olduğunda, doku çevresinde yara izleri oluşturarak telafi ederler. Kısa vadede bu, enfeksiyonu ortadan kaldırmada etkili olabilir. Ancak aşırıya gidildiğinde strateji başarısız olur ve bazı durumlarda solunum yetmezliğine yol açar (167, 168).

Son yıllarda bilim adamları ve klinisyenler, anksiyete ve korkunun altında yatan süreçlerin çeşitli bozukluklar arasında benzer olabileceğini fark etmeye başlamışlardır. Bu, birinci basamakta tek tip tedavi rejimlerinin uygulanmasına ve birleşik anksiyete teorisinin geliştirilmesine neden olmuştur (167, 168, 169, 170, 171, 172).

4.4. Kaygı Belirtileri

Korku, mevcut veya yakın tehlikenin (gerçek veya algılanan) bilişsel bir değerlendirmesine karşı bir dövüş veya kaç tepkisi ile karakterize edilen otomatik bir nörofizyolojik alarm durumudur. Anksiyete korku ile bağlantılıdır ve tehdit edici olarak algılanan beklenen olaylara veya koşullara hazırlık ile ilişkili karmaşık bir bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal tepki sisteminden oluşan geleceğe yönelik bir ruh hali olarak kendini gösterir. Algılanan tehdidin aşırı tahmin edilmesi veya aşırı ve uygunsuz tepkilere yol açan bir durumun hatalı bir tehlike değerlendirmesi olduğunda patolojik anksiyete tetiklenir.

Bilişsel belirtiler: kontrolü kaybetme korkusu; fiziksel yaralanma veya ölüm korkusu; "delirme" korkusu; başkaları tarafından olumsuz değerlendirme korkusu; korkutucu düşünceler, zihinsel imgeler veya anılar; gerçekdışılık veya tarafsızlık algısı; zayıf konsantrasyon, kafa karışıklığı, dikkatin dağılması, dikkatin daralması, tehdit için hipervijilans; zayıf hafıza; ve konuşma güçlüğü.

Fizyolojik semptomlar: artan kalp atış hızı, çarpıntı; nefes darlığı, hızlı nefes alma; göğüs ağrısı veya basıncı; boğulma hissi; baş dönmesi, terleme, sıcak basması, titreme; mide bulantısı, mide rahatsızlığı, ishal; titreme; kollarda ve bacaklarda karıncalanma veya uyuşma; zayıflık, istikrarsızlık, baygınlık; gergin kaslar, sertlik; ağız kuruluğu.

Davranışsal belirtiler: tehdit ipuçlarından veya durumlardan kaçınma; kaçış; güvenlik arayışı, güvence; huzursuzluk, ajitasyon, hızlanma; hiperventilasyon; donma, hareketsiz kalma; konuşma güçlüğü.

Duygusal semptomlar: gergin, yaralanmış; korkmuş, sinirli, sabırsız, hüsrana uğramış.

Anksiyete en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir, ancak gerçek yaygınlık pek çok insan yardım istemediği veya klinisyenler tanı koyamadığı için bilinmemektedir.

4.5. Kaygı ile Baş Etme Yolları

Akut anksiyete, bir benzodiazepin ile tedavi gerektirebilir. Kronik anksiyete tedavisi, psikoterapi, farmakoterapi veya her ikisinin kombinasyonundan oluşur.

Farmakoterapi: seçici serotonin geri alım inhibitörleri, serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri, benzodiazepinler, trisiklik antidepresanlar, hafif sakinleştiriciler ve beta blokerleri anksiyete bozukluklarını tedavi eder.

Psikoterapi: Psikoterapinin en etkili biçimlerinden biri bilişsel-davranışçı terapidir. Bireylerin semptomları tetikleyen ve sürdüren karakteristik uyumsuz düşünme kalıplarını ve inançlarını tanımlamasına bunu değiştirmesine yardımcı olmaya odaklanan yapılandırılmış, hedefe yönelik ve didaktik bir terapi şeklidir. Bu terapi şekli, hastaların anksiyete üreten durumlara daha uyumlu davranabilmeleri ve tepki verebilmeleri için davranışsal beceriler geliştirmeye odaklanır. Maruz kalma terapisi, bireyleri tipik olarak kaçındıkları kaygı uyandıran durumlarla ve uyaranlarla yüzleşmeye yönlendirmek için kullanılır. Bu maruz kalma, kaygılarının yanlış alarmlar yaşamalarına neden olduğunu ve durumdan veya uyaranlardan korkmaları gerekmediğini ve böyle bir durumla etkili bir şekilde başa çıkabildiklerini öğrendikçe anksiyete belirtilerinde bir azalmaya neden olur (170, 172).

4.6. Hekimlerin Karşılaştığı Malpraktis Durumları Karşısında Yaşadıkları Kaygı

Tükenmişlik özellikle, hekimlerin bireysel sağlığı üstünde olumsuz etkiler meydana getirmektedir. Ayrıca tıbbi hataları artırıcı ve profesyonelliği yıpratıcı etkileri de vardır. Sağlık üzerinde de risk oluşturan tükenmişlik aynı zamanda yaşam dengesini de bozabilir

Bu koşulları doğrudan tıbbi malpraktis oluşturmaktan ziyade hekimlerin iş hayatındaki rollerini ve psikolojilerini daha iyi anlamak için yorumlaması gerekir. Malpraktis süreci bu durumlara ek hekimlerde yıpratıcı bir sonuca da yol açabilir. Duygusal travmalar, öfke, haklı içerlemeler ve en çok da yüksek seviyede anksiyete görülür. Aynı zamanda kişinin benlik saygısı da etkilenir. Günümüzde malpraktis davaları ve hukuki süreçler o kadar artmıştır ki

uygulayıcılar ve uzmanlar arasında dava edilme korkusunun yanı sıra litigafobi olarak tanımlanmış duygusal ve davranışsal sorunlar görülmeye başlamıştır (130).

Hekimlerin bu davalara psikolojik tepkileri zamanla artmıştır. Uyum bozuklukları, depresif bozukluklar, fizyolojik rahatsızlıklar ve alkol kullanımı görülmeye başlar. Bu psikolojik tepkilerin temelinde stres, hayal kırıklığı ve buna eşlik eden suçluluk sosyal izolasyon ve duygusal denge bozuklukları yatmaktadır. (130)

Buna benzer başka bir çalışmada ise, hekimler bu dava süreçlerini hayatlarının en stresli dönemlerinden biri olarak tanımlamışlardır. Olumsuz etkilenen iş tatmini sonucunda yetersizlik hissi, kendini suçlama, üzüntü, kaygı, öfke gibi duygulara ek konsantrasyon bozuklukları ve uyku sorunları da görülmeye başlamıştır(130).

Bu sürece maruz bırakılan hekimlerden bazıları ani büyük kararlar alarak emeklilik düşünmekte olup kendi çocuklarına karşı tıp eğitimi almamaları konusunda fikirler vermeye başlamışlardır. Hekimlerin olası bir hukuki süreçte sakin kalmaları süreci daha fazla kişiselleştirmeden hukukçular ve avukatlarla halletmeyi denemesi gerekir. Sürecin oluşturduğu duygusal etkiler anlaşılır bir şekilde ortaya çıkar. Öfke ile birlikte incinme ve incitme duygularını bir kenara bırakmak önemlidir

Dava süreci hekimler için belki de en değerli şey olan zamanı gereksiz yere kaybetmeye yol açabilir. Olumsuz sonuçlarda ortaya çıkabilecek kariyer ve finans sorunları endişe yaratabilir. Aleyhte dava süresi boyunca hekimlerin yaşadığı duyguları Elizabeth Kübler Ross yas/üzüntü modelinde şöyle açıklamıştır;

- 1-reddetme inkâr,
- 2-öfke,
- 3-görüşme pazarlık süreci
- 4-depresyon,
- 5-kabulleniş.

Tamamı olmasa da bu süreçte maddelerden en az ikisini yaşamak olasıdır. Kendisine dava açılan bir hekim yukarıdaki duyguları da içine alan sürece girmektedir. Doğal olarak kendini savunma yoluna girecek hukuki bir yardım arayışıyla birlikte yargısal sürece dahil olacaktır.

Maslow'un ihtiyaçlar teorisine atıfta bulunan Brenner, hekimlerin bu stresli durumda güvenlik açıklarını karşılamaya özen gösterdiklerini belirtmiştir. Genellikle ekip halinde

alışan hekimler motivasyonlarını kaybetmekte, sosyal ihtiyaçlarını karşılarken sorunlar yaşamaktadırlar (129).

Hekimlerin genel olarak özgüveni yerinde, endişe olmadan, stressiz açık bir zihinle yetkilerini kullanmasını beklerken bu süreçte odaklanamama, performans kayıpları yaşamaktadırlar. Stres kaynakları sonucu oluşabilen zihinsel ve psikolojik sorunlar olması çok doğaldır.

Tıbbi malpraktis o kadar yaygındır ki; çoğu klinisyen ömründe en az bir kez bu durumu yaşamaktadır. Kıdem ve tecrübesi az olan klinisyenlerde bu oran nispeten daha da artmaktadır. Genelde bu davalarda mağdur hasta olduğu düşünülmektedir ancak hekimlerin de mağdur edilebileceği unutulmamalıdır.

Tüm bu durumların yanı sıra hekimler tıbbi malpraktis davalarında yüklü tazminatlara maruz kalabilmektedir. Ekonomik açıdan riskli durumlarla yüzleşmek durumunda kalan hekimler bu malitablolar sonucu kariyerlerinin olumsuz etkilenmemesi için olumsuz durumlar ve stresten uzak durmak zorundadırlar (129).

4.7. Tıbbi Malpraktis Stres Sendromu (MMSS)

Tıp bilimi ile uğraşmak ve bu alanda çalışmalar yapmak son derece streslidir ve doktorlar klinik karar verme süreçleri üzerindeki kontrollerini giderek daha fazla kaybetmektedir. Bununla birlikte, çoğu hekim kişisel ve profesyonel yaşamlarında tıbbi malpraktis dava deneyimini yönetmek için iyi bir bilgi düzeyine ulaşmayı hedeflemek zorundadır. Tıbbi müdahaleler sırasında beklenmedik bir sonuç meydana geldiğinde bu durumdan ilk olarak müdahaleyi gerçekleştiren hekim sorumludur. Bu olayın ardından tıbbi malpraktis iddiası oluşursa, geçici olarak işlev görme yeteneklerinin tehlikeye atılmasıyla hekimler, birdenbire aşırı yüklenmiş ve kontrolden çıkmış hissedebilirler (173).

Davaya verilen tepkinin başında genellikle felaketle sonuçlanan bir olayın veya olumsuz sonucun ardından bir duygusal kargaşa dönemi gelir. Hekim, ilgili kişiler için aşırı derecede sorumlu veya suçlu, özgün, endişeli ve dava edilme korkusunu hissetmektedir. Bu duygular zaman aşımı süresi dolana veya dava aılana kadar hiçbir şekilde zlemeyebilir (178).

Doktorların %95'inden fazlası, uzun dava sürecinin tamamı veya bir kısmı sırasında duygusal olarak sıkıntılı dönem yaşayarak dava açılmasına tepki göstermektedir. Bu, şikayetle birlikte nihai sonucun kişisel ve mali etkileri hakkında bir öfke, şok veya korku duygusu ile kendisine yöneltilen malpraktis iddiasının tebliğ edilmesiyle başlamaktadır. Bu dönemde yoğun öfke, hayal kırıklığı, iç gerginlik ve uykusuzluk durumları sıktır (174).

Majör depresif bozukluk belirtileri arasında % 27- 39 arasında görülen uyum bozukluğu, fiziksel bir hastalığın başlangıcı veya şiddetlenmesi meydana gelebilir. Hekimlerin %2'sinden daha azı ilaç kullanmayı kabul etmekte ve çoğu zaman alkol kullanımı görülmektedir (179).

Hekimler kendi vakalarına özgü oluşabilecek stres kaynaklarını net bir şekilde belirlerse bununla etkili olarak baş edebilir. Tıbbi malpraktis iddiası ile uğraşan avukat ve sigortacılar, hekimlere yöneltilen suçlamaları kişisel olarak algılamamaları gerektiğini söylemektedir. Ancak yöneltilen malpraktis iddiaları davanın niteliğine göre değişse de hekimler ortak duygu ve tepkileri paylaşmaktadır. Bu tepkiler hekimlerin kişilik özelliklerinden ve haksız fiil hukukunun doğasından etkilenmektedir. Hekimler öz eleştiri yaparak kendilerinden şüphe etmekte ve suçluluk hissine kapılarak abartılı bir sorumluluk duygusuna sahip olma eğilimindedir. Onların bu kişilik özellikleri haksız fiil hukukunun taleplerine karşı hekimleri savunmasız bırakır. Doğabilecek bir tazminatın ödenmesi için kusurun tespit edilmesi gerekir (180).

Hekimlerin malpraktis iddialarına karşı yaşadıkları duygusal stresin literatürde Tıbbi Malpraktis Stres Sendromu olarak bilinmektedir.

Tıbbi malpraktis iddialarında dikkat edilecek kanun maddelerinde, hekimin tıbbi hatası sağlık hizmetleri kapsamında verdiği standart uygulamalardan sapmaya dayanır. Hekimler, bakım standartlarını karşılayamadıklarına veya “iyi” doktor olmadıklarına dair herhangi bir öneriye karşı son derece hassastır. Dava sürecindeki aşamalar Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Dava sürecindeki aşamalar

Dava sürecindeki aşamalar
Şikayet
Doktorun yaralanmaya neden olmak için ne yaptığını veya yapmadığını iddia ettiğinin ayrıntılarını içeren suçlama; devam ettirilebilir veya ardından kamuya açık bir duyuru yapılabilir
Keşif
Sorgulama: ilgili olduğu düşünülen gerçeklerle ilgili yazılı soruları içerir. İfadeler: mahkeme işlemlerinde kullanılabilecek yeminli sözlü ifadedir. Tanıklar: her iki tarafın davanın gerçeklerine ve bunların bakım standardıyla ilgisine ilişkin görüşlerini sunan kişilerdir.
Süreç
Uzlaşma: parasal veya başka bir anlaşma ile davanın çözülmesine yol açabilecek bir dizi ön duruşmadır. Duruşma: her iki tarafın da davaya ilişkin görüşlerini tartışmasına olanak tanıyan bir dizi kuralla yönetilen bir prosedürdür. Karar: Hakimin kararını içerir.
Temyiz
Yeniden yargılama süreci olarak algılanmamalıdır. Davayı kaybeden taraf, yasanın lafzına ve amacına uygun olup olmadığını belirlemek için duruşma kaydının incelenmesini talep edebilir.

Bu sendromla başa çıkma stratejileri Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2. Malpraktis stres sendromunda başa çıkma stratejileri

Sosyal Destek
Hekim duygularını, güvendiği bir kişiyle, avukatı, başka bir doktor, bir aile üyesi veya bir arkadaşı ile paylaşabilir. Bunlar mevcut değilse, Türk Tabipler Birliği gibi sivil toplum kuruluşlarından destek alınabilir.
Meslekte güven ve öz saygıyı geri kazanma çabaları
Avukattan süreç hakkında detaylı bilgi alınmalıdır. Vakayı işleme koymak için gereken tahmini süre sorulabilir. Hekim kendini sürecin ön görülemeyen taraflarına karşı hazır tutmalıdır. Savunma aşamasında avukattan destek alınabilir. Kaygıya yol açabilecek stres faktörleri bulunarak yaşanan stres durumu azaltılabilir. Bu sırada hekim mesleğinde kendini geliştirme ile ilgili her türlü çalışmaya katılarak psikolojik duygu durumunu dengede tutabilir.
Tıbbi malpraktis iddialarına karşı genel tavır
Tıbbi malpraktis iddialarına karşı hekim suçlandığında kendini kötü hekim statüsünde hissetmesi normaldir ve bu durumu lehine çevirmesi için çalışma performansını artırmalı ve kendini geliştirmeye devam etmelidir. Hekimlik kariyerini tarafsız bir şekilde gözden geçirerek davayla ilgili hukuk ve sigorta danışmanlarının görüşleri dikkate alınmalıdır.

Dava stresinin anlaşılması ve hekimler üzerindeki potansiyel psikolojik etkilerinin bir miktar öngörülmesi, ortaya çıkan olumsuz duygu ve tepkilere karşı koymak için hekimleri adım atmaya zorlar. Burada hekimin davranışındaki amaç; stresin etkilerini anlamak ve bu stresi azaltmak için işlevselliğini göz önünde bulundurarak duygusal iç dengesini yeniden kazanmaktır (178, 179, 180).

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Hekimlerin kendi hak ve sorumluluklarını bilerek hastaya karşı çeşitli işlem ve uygulamaları yapması, bunun sonucunda doğabilecek malpraktis davalarının bilincinde olması son derece önemlidir. Bu çalışmanın amacı; pediatri alanında çalışan hekimlerin malpraktis konusundaki bilgi ve bununla ilişkili kaygı düzeylerini demografik verilerle incelemek ve bu konudaki önerilerini almaktır. Çalışmanın diğer amacı ise malpraktis konusundaki bilgi ve kaygı düzeylerinin mesleki tecrübe, ünvan ve sosyodemografik bulgularına göre farklı olup olmadığını ortaya koymaktır.

5.2. Problem Cümleleri ve Hipotezler

Çalışma kapsamında aşağıdaki problem cümleleri kuruldu:

1. Pediatri hekimlerinin malpraktis konusundaki bilgileri ne düzeydedir, bu konuda eğitim almışlar mıdır?
2. Pediatri hekimlerinin malpraktis iddiaları karşısındakikaygıları ne düzeydedir?
3. Pediatri hekimlerinin ünvanları, meslekte çalışma süreleri, cinsiyetleri, çalıştıkları iller ve günlük baktıkları hasta sayıları ile malpraktis kaygıları arasında ilişki var mıdır?
4. Malpraktis konusundaki yasal düzenlemeler hakkındaki bilgileri ile kaygı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

Bu problem cümlelerine yanıt verebilmek için de aşağıdaki hipotezler oluşturuldu:

Hipotez 1: Pediatri hekimlerinin malpraktis konusundaki bilgi düzeyleri yetersizdir.

Hipotez 2: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile mevcut düzenlemeler hakkında bilgisinin olması ilişkilidir.

Hipotez 3: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile hekimlik uygulamalarının etik ve hukuki yönleri konusunda yeterli olması ilişkilidir.

Hipotez 4: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile tıbbi malpraktis ile ilgili son aldığı eğitim zamanı ilişkilidir..

Hipotez 5: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile hastaya tıbbi müdahalede bulunurken çekimser davranması ilişkilidir.

Hipotez 6: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile malpraktis davası endişesinin psikolojik olarak etki etme durumu ilişkilidir.

Hipotez 7: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile malpraktis davası endişesinin yarattığı meslek değiştirme isteği ilişkilidir.

Hipotez 8: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile malpraktis endişesi ile hasta tedavisini değiştirme durumu ilişkilidir.

Hipotez 9: Pediatri hekimlerinin cinsiyeti ile malpaktis davaları konusundaki kaygısı ilişkilidir.

Hipotez 10: Pediatri hekimlerinin meslekte çalışma süreleri ile malpaktis davaları konusundaki kaygısı ilişkilidir.

Hipotez 11: Pediatri hekimlerinin baktıkları günlük hasta sayıları ile malpaktis davaları konusundaki kaygısı ilişkilidir.

Hipotez 12: Pediatri hekimlerinin görev yaptıkları iller (metropol ve diğer iller) ile malpaktis davaları konusundaki kaygısı ilişkilidir.

Hipotez 13: Pediatri hekimlerinin malpraktis ile ilgili yasal düzenlemeler konusundaki bilgi düzeyi ile malpaktis davaları konusundaki kaygısı ilişkilidir.

5.3. Evren ve Örneklem

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 13.08.2020 tarih ve 37068608-6100-15- 1931 sayılı kararı ile onay alındıktan sonra hazırlanan anket formları yalnızca hekimlerin üye olabildiği sosyal medya gruplarına gönderilerek bu gruptakigönüllü hekimler tarafından doldurulmuştur.Araştırmanın örneklemini evren içerisinde basit tesadüfi yöntemle seçilen pediatri hekimleri oluşturmaktadır.Katılımcılardan anket formlarına isimlerini yazma isteklerine bağlı olup doldurulan anket formları sadece araştırmacılar tarafından değerlendirmiştir.Anket formlarının aynı kişi tarafından tekrar doldurulmaması için her sosyal media grubuna sadece 1 defa gönderildi fakat yinede aynı isimle

doldurulan 5 anket vardı onlar 2. defa gönderilenler silindi. Birde isimsiz anketlerden de bire bir aynı olupta 5 dk içinde gönderilenler 7 anket silindi.

Anket toplamda 30 adet sorudan oluşmaktadır. Anket formlarında katılımcılara demografik verilerinden cinsiyetleri, kaç yıllık hekim oldukları, uzmanlık durumları ve varsa ünvanları, çalıştıkları il, baktıkları günlük hasta sayıları ile malpraktis kaygı düzeyini, malpraktis bilgi seviyesini ve malpraktis ile ilgili önerilerini değerlendiren sorular soruldu. Anket formunda yer alan sorular Bahadır Kumral ve Taner Özdeş adlı araştırmacıların yaptıkları ‘Tekirdağ İlindeki Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hatalarına (Malpraktis) Bakışı ve Değerlendirmeler’ başlıklı çalışmadan gerekli izinler sağlanarak alınmıştır. Alınan izne dair kanıt çalışmamızın EKLER bölümünde belirtilmiştir.

Çalışmamızdaki ankette yer alan 30 soruyu analiz ederken temelde 3 bölüme ayırdık. Birinci bölümdemalpraktis bilgi düzeyi, ikinci bölümde, üçüncü bölümde ise malpraktis iddialarına karşı öneri soruları yer almaktadır.

5.4.İstatistiksel Yöntem

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 25.0. programı ile yapılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler frekans (f) ve yüzde (%) olarak belirtilmiştir. Araştırmada ilk olarak pediatri hekimlerinin sosyo-demografik profili incelenmiştir. Daha sonrasında pediatri hekimlerinin ünvanlarına göre fenotipik özellikleri ve pediatri hekimlerinin ünvanlarına göre malpraktis davalar hakkındaki farkındalıkları için Ki Kare analizi kullanılmıştır. Ayrıca her gruptaki katılımcı sayısı 30 ve üzeri olduğu için normal dağılım varsayımının sağlandığı kabul edilmiştir. Değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında “bağımsız örneklem t testi” kullanılırken üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında “tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA)” kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak değerlendirilmiştir. Tek tönü varyans analizinde aşağıdaki basamaklar izlenerek çalışma gerçekleştirilmiştir.

Çalışılan il karşılaştırmasında İstanbul, Ankara ve İzmir metropol illeri olarak, diğerleri diğer iller olarak kabul edildi.

Meslekte çalışma süreleri; 10 yıl ve altı, 11-20 yıl ve 21 yıl ve üzeri olarak gruplandırıldı.

Günlük bakılan hasta sayıları; 20 hasta ve altı ve 21 hasta ve üzeri şeklinde gruplandırıldı.

Karşılaştırmalar Ki Kare yöntemi ile analiz edildi.



6. BULGULAR

Araştırmanın örneklemini evren içerisinde basit tesadüfi yöntemle seçilen 508 pediatri hekimi oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri pediatri hekimlerine malpraktis davaları hakkındaki farkındalıklarını ve bilgilerini ölçmek için sorulan ifadelerle birlikte demografik soruların uygulanması ile elde edilmiş olup verilerin analizi bu bölümde yapılmıştır. Bu bölümde yapılan analizlerde; araştırmaya katılan pediatri hekimlerinin, sosyo-demografik profili, pediatri hekimlerinin unvanı ile fenotipik özellikleri ve malpraktis konusundaki endişe düzeyleri, bilgi seviyeleri ve önerileri ile ilgili sorular yer almaktadır.

6.1. Pediatri Hekimlerinin Fenotipik Özellikleri

Araştırmanın bu bölümünde pediatri hekimlerinin fenotipik özellikleri incelenmiş olup fenotipik özelliklerine yönelik tanımlayıcı analizler Tablo 3 ve Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 3. Pediatri Hekimlerinin Çalıştığı İllere Yönelik Tanımlayıcı Analizi

	Çalışılan İl	F	%	Çalışılan İl	f	%
	Adana	22	4,3	Kahramanmaraş	2	,4
	Adıyaman	13	2,6	Karabük	1	,2
	Afyonkarahisar	2	,4	Kayseri	4	,8
	Ankara	58	11,4	Kırıkkale	2	,4
	Antalya	8	1,6	Kilis	1	,2
	Aydın	6	1,2	Kocaeli	4	,8
	Balıkesir	3	,6	Konya	1	,2
	Bolu	4	,8	Malatya	12	2,4
	Bursa	7	1,4	Manisa	2	,4
	Çorum	1	,2	Mersin	2	,4
	Denizli	13	2,6	Muğla	1	,2
	Diyarbakır	9	1,8	Muş	1	,2
	Düzce	4	,8	Niğde	1	,2
	Edirne	1	,2	Osmaniye	2	,4

	Elazığ	20	3,9	Rize	1	,2
	Erzurum	2	,4	Sakarya	4	,8
	Eskişehir	1	,2	Samsun	4	,8
	Gaziantep	5	1,0	Siirt	1	,2
	Giresun	2	,4	Şanlıurfa	2	,4
	Hatay	1	,2	Tekirdağ	2	,4
	Isparta	6	1,2	Trabzon	3	,6
	İstanbul	249	49,0	Van	2	,4
	İzmir	15	3,0	Zonguldak	1	,2
	Toplam	508	100			

Araştırmaya katılan pediatri hekimlerinin %49,0'unun İstanbul'da, %11,4'ünün Ankara'da, %4,3'ünün Adana'da ve %3,9'unun Elazığ'da ikamet ettiği görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 4. Pediatri Hekimlerinin Fenotipik Özelliklerine Yönelik Tanımlayıcı Analizi

	Demografik Özellik	F	%
Ünvan Durumu	Pediatri Asistanı	108	21,3
	Pediatri Uzmanı	191	37,6
	Pediatri Yandal Asistanı	42	8,3
	Pediatri Yandal Uzmanı	73	14,4
	Pediatri Doçenti	39	7,7
	Pediatri Profesörü	55	10,8
Cinsiyet	Kadın	328	64,6
	Erkek	180	35,4
Çalışılan Kurum	Devlet Hastanesi	48	9,4

	Devlet Üniversite Hastanesi	148	29,1
	Eğitim Araştırma Hastanesi	124	24,4
	Kurum hekimi	1	,2
	Özel muayenehane	13	2,6
	Özel sektöre bağlı kurumlarda	89	17,5
	Şehir Hastanesi	37	7,3
	Vakıf Üniversite Hastanesi	46	9,1
	Serbest	1	,2
	Çalışmıyorum	1	,2
Doktor Olarak Çalışma Süresi	0-5 Yıl Arasında	88	17,3
	6-10 Yıl Arasında	106	20,9
	11-20 Yıl Arasında	172	33,9
	20 Yıl Üzeri	142	28,0
Günlük Hasta Sayısı	0-10 Arasında	65	12,8
	11-20 Arasında	87	17,1
	21-40 Arasında	165	32,5
	41-60 Arasında	95	18,7
	60 üzeri Arasında	96	18,9

Tablo 4’de yapılan frekans analizi neticelerine göre araştırmaya dahil olan pediatri hekimlerinin %37,6’sının pediatri uzmanı ve %64,6’sının kadın olduğu görülmüştür. Ayrıca pediatri hekimlerinin %29,1’inin Devlet Üniversite Hastanesi’nde çalıştığı, %33,9’unun 11-20 yıl arasında doktor olarak çalışma süresinin olduğu ve %32,5’inin günde ortalama 21-40 arasında hastayla ilgilendiği saptanmıştır.

6.2. Pediatri Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Malpraktis Davalar Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Karşılaştırılması

Araştırmanın bu bölümünde pediatri hekimlerinin ünvanlarına göre malpraktis davaları hakkındaki farkındalıklarının ve bilgilerinin karşılaştırılması Ki Kare ile incelenmiş olup istatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiş ve tablolar halinde sunulmuştur.



Tablo 5. Pediatri Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Malpraktis Davaları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Dağılımı - 1

		Pediatri Asistanı			Pediatri Uzmanı			Pediatri Yandal Asistanı			Pediatri Yandal Uzmanı			Pediatri Doçenti			Pediatri Profesörü			p
		N=108	*	**	N=191	*	**	N=42	*	**	N=73	*	**	N=39	*	**	N=55	*	**	
Malpraktis davası olan bir pediatrist	Benim var	13	18,1	12,0	33	45,8	17,3	1	1,4	2,4	10	13,9	13,7	7	9,7	17,9	8	11,1	14,5	,285
	Tanıdığım birinin var	55	22,5	50,9	89	36,5	46,6	26	10,7	61,9	28	11,5	38,4	19	7,8	48,7	27	11,1	49,1	
	Hayır, yok	40	20,8	37,0	69	35,9	36,1	15	7,8	35,7	35	18,2	47,9	13	6,8	33,3	20	10,4	36,4	
Mevcut yasal düzenlemeler hakkında bilgi	Evet	6	13,0	5,6	16	34,8	8,4	3	6,5	7,1	4	8,7	5,5	7	15,2	17,9	10	21,7	18,2	,002
	Kararsızım	39	27,3	36,1	40	28,0	20,9	15	10,5	35,7	16	11,2	21,9	14	9,8	35,9	19	13,3	34,5	
	Hayır	63	19,7	58,3	135	42,3	70,7	24	7,5	57,1	53	16,6	72,6	18	5,6	46,2	26	8,2	47,3	
Malpraktis kelimesi sizin için ne ifade ediyor?	Hekimin beceri ve bilgi eksikliği sonucunda hastanın zarar görmesi	35	29,9	32,4	35	29,9	18,3	14	12,0	33,3	18	15,4	24,7	5	4,3	12,8	10	8,5	18,2	,001
	Hekimin görevini ihmal etmesi sonucunda hastanın zarar görmesi	14	26,9	13,0	11	21,2	5,8	4	7,7	9,5	10	19,2	13,7	8	15,4	20,5	5	9,6	9,1	
	Tanı ve tedavi sırasında standart uygulama yapmaması sonucunda hastanın zarar görmesi	28	26,7	25,9	35	33,3	18,3	10	9,5	23,8	16	15,2	21,9	6	5,7	15,4	10	9,5	18,2	
	Hepsi	31	13,2	28,7	110	47,0	57,6	14	6,0	33,3	29	12,4	39,7	20	8,5	51,3	30	12,8	54,5	
Hekimlik uygulamalarının etik ve hukuki yönleri konusunda yeterli olma	Evet	23	19,2	21,3	41	34,2	21,5	9	7,5	21,4	19	15,8	26,0	13	10,8	33,3	15	12,5	27,3	,569
	Kararsızım	31	20,0	28,7	64	41,3	33,5	10	6,5	23,8	19	12,3	26,0	14	9,0	35,9	17	11,0	30,9	
	Hayır	54	23,2	50,0	86	36,9	45,0	23	9,9	54,8	35	15,0	47,9	12	5,2	30,8	23	9,9	41,8	

* Satır Yüzdesi ** Sütun Yüzdesi

Tablo 5'teki Ki Kare Analizi Sonuçları İncelendiğinde;

“6. Sizin veya tanıdığınız bir pediatriğin malpraktis davası var mı?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %50,9'unun, pediatri uzmanlarının %46,6'sının, pediatri yandal asistanlarının %61,9'unun, pediatri yandal uzmanlarının %38,4'ünün, pediatri doçentlerinin %48,7'sinin ve pediatri profesörlerinin %49,1'inin malpraktis davası olan tanıdıklarının olduğu belirlenmiştir. Pediatri hekimlerinin ünvanına göre bu soruya verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

“7. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilginiz var mı?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %58,3'ünün, pediatri uzmanlarının %70,7'sinin, pediatri yandal asistanlarının %57,1'inin, pediatri yandal uzmanlarının %72,6'sının, pediatri doçentlerinin %46,2'sinin ve pediatri profesörlerinin %47,3'ünün tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre “H1: Pediatri hekimlerinin malpraktis konusundaki bilgi düzeyleri yetersizdir.” Hipotezi kabul edilmiştir. Pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$). Bu sonuca göre “H2: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile mevcut düzenlemeler hakkında bilgisinin olması ilişkidir.” hipotezi kabul edilmiştir. Burdan anlaşıldığı üzere hekimlerin unvan dereceleri arttıkça bu konudaki bilgi düzeyleride artmaktadır .

“8. Malpraktis kelimesi sizin için ne ifade ediyor?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %32,4'ünün malpraktis kelimesinin kendisi için sadece “Hekimin beceri ve bilgi eksikliği sonucunda hastanın zarar görmesi” olarak ifade ettiklerini belirtirken; pediatri uzmanlarının %57,6'sı, pediatri yandal asistanlarının %33,3'ü, pediatri yandal uzmanlarının %39,7'si, pediatri doçentlerinin %51,3'ü ve pediatri profesörlerinin %54,5'i için malpraktis kelimesini “Hekimin beceri ve bilgi eksikliği sonucunda hastanın zarar görmesi”, “Hekimin görevini ihmal etmesi sonucunda hastanın zarar görmesi” ve “Tanı ve tedavi sırasında standart uygulama yapmaması sonucunda hastanın zarar görmesi” olarak tanımladığı belirlenmiştir. Pediatri hekimlerinin ünvanına göre bu soruya verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

“9.Kendinizi iyi hekimlik uygulamalarının etik ve hukuki yönleri konusunda yeterli hissediyor musunuz?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %50,0’si, pediatri uzmanlarının %45,0’i, pediatri yandal asistanlarının %54,8’i, pediatri yandal uzmanlarının %47,9’u, pediatri doçentlerinin %30.8’i ve pediatri profesörlerinin %41,8’i kendini hekimlik uygulamalarının etik ve hukuki yönleri konusunda yeterli görmezken pediatri doçentlerinin %35,9’u ve pediatri profesörlerinin %30.9’u bu konuda kararsız olduklarını belirtmiştir. Pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuca göre “H3: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile hekimlik uygulamalarının etik ve hukuki yönleri konusunda yeterli olması ilişkilidir.” hipotezi ret edilmiştir.

Tablo 6. *Pediatric Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Malpraktis Davaları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Dağılımı - 2*

		Pediatric Asistanı		Pediatric Uzmanı		Pediatric Yandal Asistanı		Pediatric Yandal Uzmanı		Pediatric Doçenti		Pediatric Profesörü	
		N=108	*	N=191	*	N=42	*	N=73	*	N=39	*	N=55	*
Eğitim gereksinimi	Aydınlatılmış onam / ortak karar verme	58	18,9	134	43,6	27	8,8	40	13,0	20	6,5	28	9,1
	Hasta-hekim ilişkisi; Hekim-hekim ilişkisi	39	23,8	66	40,2	17	10,4	22	13,4	7	4,3	13	7,9
	Kusur, zarar, komplikasyon	69	24,0	110	38,3	25	8,7	39	13,6	18	6,3	26	9,1
	Kayıtların tutulması, arşivleme	55	21,7	111	43,7	22	8,7	35	13,8	12	4,7	19	7,5
	Özen eksikliği, ihmal ve hata	51	24,8	89	43,2	14	6,8	19	9,2	13	6,3	20	9,7
	Sistem ve yönetsel kusurlar	71	20,1	124	35,0	36	10,2	51	14,4	30	8,5	42	11,9
	Hiçbiri	4	14,3	11	39,3	2	7,1	4	14,3	1	3,6	6	21,4
	Bilimsel yayınlar	9	15,5	23	39,7	4	6,9	7	12,1	3	5,2	12	20,7

Mevcut yasal düzenlemeler hakkında bilgi	Çalıştığım kurum	26	19,7	39	29,5	12	9,1	26	19,7	15	11,4	14	10,6
	Hekimlik mesuliyet sigortası yapan şirket temsilcileri	16	29,1	22	40,0	4	7,3	4	7,3	5	9,1	4	7,3
	Kongre ve sempozyum etkinlikleri	17	10,0	70	41,2	8	4,7	27	15,9	18	10,6	30	17,6
	Meslektaşlarım	76	22,8	131	39,2	30	9,0	48	14,4	21	6,3	28	8,4
	Sosyal medya	49	24,7	76	38,4	24	12,1	26	13,1	13	6,6	10	5,1
	Tıp eğitimi sürecinde	54	34,8	43	27,7	17	11,0	22	14,2	8	5,2	11	7,1
	Türk Tabipler Birliği çalışmaları	11	13,1	32	38,1	7	8,3	15	17,9	3	3,6	16	19,0
Malpraktis - Komplikasyon ayırımı size göre aşağıdaki kriterlerden hangi veya hangilerine göre yapılmalı	Hastanın aydınlatılmış onamının alınıp alınmamasına	35	26,3	46	34,6	13	9,8	12	9,0	11	8,3	16	12,0
	Hekimin gerekli beceri, özen ve dikkati gösterip göstermemesine	63	22,6	96	34,4	26	9,3	45	16,1	25	9,0	24	8,6
	Hekimin alanındaki ortalama bir meslektaşının performansını gösterip göstermemesine	29	30,9	23	24,5	6	6,4	15	16,0	9	9,6	12	12,8

Hekimin sağlık kuruluşlarındaki eksiklerinden hastane yönetimini bilgilendirip bilgilendirmemesine	18	17,5	38	36,9	9	8,7	19	18,4	12	11,7	7	6,8
Hekimin tıbbi uygulamalarla ilgili tüm kayıtları tutup tutmamasına	36	23,7	41	27,0	18	11,8	23	15,1	15	9,9	19	12,5
Ortaya çıkan durumun, hekimin müdahalesinin beklenir bir sonucu olup olmamasına	72	23,0	112	35,8	32	10,2	45	14,4	24	7,7	26	8,9
Hepsi	26	17,3	61	40,7	4	2,7	27	18,0	12	8,0	20	13,3

* Satır Yüzdesi

Araştırmaya dahil olan pediatri hekimlerinin ünvanlarına göre eğitim gereksinimi dağılımları incelendiğinde; 108 pediatri asistanının 69'u "Kusur, zarar, komplikasyon", 191 pediatri uzmanının 134'ünün "Aydınlatılmış onam / ortak karar verme", 42 pediatri yandal asistanının 36'sinin "Sistem ve yönetsel kusurlar", 73 pediatri yandal uzmanının 51'inin "Sistem ve yönetsel kusurlar", 39 pediatri doçentinin 30'unun "Sistem ve yönetsel kusurlar" ve 55 pediatri profesörünün 42'sinin "Sistem ve yönetsel kusurlar" eğitimine ihtiyaç duyduğu görülmüştür.

Araştırmaya dahil olan pediatri hekimlerinin ünvanlarına göre mevcut yasal düzenlemeler hakkında bilgilerinin nereden edindiğine dair dağılımları incelendiğinde; 108 pediatri asistanının 76'sı, 191 pediatri uzmanının 131'i 42 pediatri yandal asistanının 30'u, 73 pediatri yandal uzmanının 48'i, 39 pediatri doçentinin 21'i meslektaşlarından ve 55 pediatri profesörünün 30'unun ise kongre ve sempozyum etkinliklerinden mevcut yasal düzenlemeleri öğrendiği görülmüştür.

Araştırmaya dahil olan pediatri hekimlerinin ünvanlarına göre malpraktis - komplikasyon ayırımına dair verdiği cevapların dağılımları incelendiğinde; 108 pediatri asistanının 72'sinin “Ortaya çıkan durumun, hekimin müdahalesinin beklenir bir sonucu olup olmamasına”, 191 pediatri uzmanının 112'sinin “Ortaya çıkan durumun, hekimin müdahalesinin beklenir bir sonucu olup olmamasına”, 42 pediatri yandal asistanının 32'sinin “Ortaya çıkan durumun, hekimin müdahalesinin beklenir bir sonucu olup olmamasına”, 73 pediatri yandal uzmanının 45'inin “Hekimin gerekli beceri, özen ve dikkati gösterip göstermemesine”, 39 pediatri doçentinin 25'inin “Hekimin gerekli beceri, özen ve dikkati gösterip göstermemesine” ve 55 pediatri profesörünün 26'sinin “Ortaya çıkan durumun, hekimin müdahalesinin beklenir bir sonucu olup olmamasına” göre malpraktis - komplikasyon ayırımının yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Tablo 7. Pediatri Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Malpraktis Davaları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Dağılımı - 3

		Pediatri Asistanı			Pediatri Uzmanı			Pediatri Yandal Asistanı			Pediatri Yandal Uzmanı			Pediatri Doçenti			Pediatri Profesörü			p
		N=108	*	**	N=191	*	**	N=42	*	**	N=73	*	**	N=39	*	**	N=55	*	**	
Tıbbi malpraktis ile ilgili en son ne zaman eğitim aldınız?	Son 1 yıl içinde	12	42,9	11,1	8	28,6	4,2	1	3,6	2,4	3	10,7	4,1	1	3,6	2,6	3	10,7	5,5	,079
	1-3 yıl içinde	16	28,1	14,8	18	31,6	9,4	5	8,8	11,9	5	8,8	6,8	6	10,5	15,4	7	12,3	12,7	
	3 yıldan fazla	19	13,8	17,6	54	39,1	28,3	9	6,5	21,4	29	21,0	39,7	9	6,5	23,1	18	13,0	32,7	
	Almadım	61	21,4	56,5	111	38,9	58,1	27	9,5	64,3	36	12,6	49,3	23	8,1	59,0	27	9,5	49,1	
Suçun kanuni tanımındaki unsurlarını gerçekleştirebileceğini öngörmesine rağmen, kişinin bu fiili işlemesi hali aşağıdaki kavramlardan hangisine girer?	Bilinçli taksir	45	21,2	41,7	75	35,4	39,3	19	9,0	45,2	30	14,2	41,1	16	7,5	41,0	27	12,7	49,1	,564
	Taksir	22	26,2	20,4	28	33,3	14,7	5	6,0	11,9	10	11,9	13,7	9	10,7	23,1	10	11,9	18,2	
	Kast	13	16,5	12,0	33	41,8	17,3	5	6,3	11,9	17	21,5	23,3	5	6,3	12,8	6	7,6	10,9	
	Olası kast	10	28,6	9,3	11	31,4	5,8	6	17,1	14,3	4	11,4	5,5	2	5,7	5,1	2	5,7	3,6	
	Komplikasyon	5	19,2	4,6	8	30,8	4,2	3	11,5	7,1	5	19,2	6,8	1	3,8	2,6	4	15,4	7,3	
	Fikrim yok	13	18,1	12,0	36	50,0	18,8	4	5,6	9,5	7	9,7	9,6	6	8,3	15,4	6	8,3	15,4	
	TCK	70	21,8	64,8	105	32,7	55,0	33	10,3	78,6	48	15,0	65,8	25	7,8	64,1	40	12,5	72,7	,129

Adli nitelik kazanmış tıbbi uygulama hataları mevcut hangi yasal düzenleme kapsamında ele alınmaktadır?	CMUK	10	21,7	9,3	19	41,3	9,9	2	4,3	4,8	7	15,2	9,6	2	4,3	5,1	6	13,0	109	
	Fikrim yok	28	19,9	25,9	67	47,5	35,1	7	5,0	16,7	18	12,8	24,7	12	8,5	30,8	9	6,4	16,4	
Tıbbi uygulama hataları nedeniyle açılan davalarında görüşünün alınması zorunlu olan kurum hangisidir?	Adli tıp kurumu	42	18,7	38,9	80	35,6	41,9	15	6,7	35,7	38	16,9	52,1	22	9,8	56,4	28	12,4	50,9	
	İl ya da ilçe mülki amirliği/Yargıtay	11	28,2	10,2	14	35,9	7,3	8	20,5	19,0	2	5,1	2,7	1	2,6	2,6	3	7,7	5,5	
	Türk tabipler birliği	10	22,2	9,3	18	40,0	9,4	4	8,9	9,5	5	11,1	6,8	2	4,4	5,1	6	13,3	10,9	
	Yüksek sağlık şurası	16	19,0	14,8	35	41,7	18,3	5	6,0	11,9	11	13,1	15,1	7	8,3	17,9	10	11,9	18,2	
	Fikrim yok	29	25,2	26,9	44	38,3	23,0	10	8,7	23,8	17	14,8	23,3	7	6,1	17,9	8	7,0	14,5	

* Satır Yüzdesi** Sütun Yüzdesi

Tablo 7'deki Ki Kare Analizi Sonuçları İncelendiğinde;

“12. Tıbbi malpraktis ile ilgili en son ne zaman eğitim aldınız?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %56,5'inin, pediatri uzmanlarının %58,1'inin, pediatri yandal asistanlarının %64,3'ünün, pediatri yandal uzmanlarının %49,3'ünün, pediatri doçentlerinin %59,0'unun ve pediatri profesörlerinin %49,1'inin tıbbi malpraktis eğitimi almadığı belirlenmiştir ve pediatri hekimlerinin

ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuca göre “H4: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile tıbbi malpraktis ile ilgili son aldığı eğitim zamanı ilişkidir.” hipotezi ret edilmiştir.

“13 .Suçun kanuni tanımındaki unsurlarını gerçekleştirebileceğini öngörmesine rağmen, kişinin bu fiili işlemesi hali aşağıdaki kavramlardan hangisine girer?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %41,7’sinin, pediatri uzmanlarının %39,3’ünün, pediatri yandal asistanlarının %45,2’sinin, pediatri yandal uzmanlarının %41’inin, pediatri doçentlerinin %41,0’inin ve pediatri profesörlerinin %49,1’inin suçun kanuni tanımındaki unsurlarını gerçekleştirebileceğini öngörmesine rağmen, kişinin bu fiili işlemesini bilinçli taksir olarak tanımladığı, ancak pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

“14. Adli nitelik kazanmış tıbbi uygulama hataları mevcut hangi yasal düzenleme kapsamında ele alınmaktadır?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %64,8’inin, pediatri uzmanlarının %55,0’inin, pediatri yandal asistanlarının %78,6’sının, pediatri yandal uzmanlarının %65,8’inin, pediatri doçentlerinin %64,1’inin ve pediatri profesörlerinin %72,7’sinin adli nitelik kazanmış tıbbi uygulama hatalarını yasal düzenlemesinin TCK kapsamında ele alındığını belirttiği görülmüş, ancak pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

“15. Tıbbi uygulama hataları nedeniyle açılan ceza davalarında görüşünün alınması zorunlu olan kurum hangisidir?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %38,9’unun, pediatri uzmanlarının %41,9’unun, pediatri yandal asistanlarının %35,7’sinin, pediatri yandal uzmanlarının %52,1’inin, pediatri doçentlerinin %56,4’ünün ve pediatri profesörlerinin %50,9’unun tıbbi uygulama hataları nedeniyle açılan ceza davalarında görüşünün alınmasının zorunlu olduğu kurumun Adli Tıp Kurumu olduğu belirtmiş olup, pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 8. Pediatri Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Malpraktis Davaları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Dağılımı - 4

		Pediatri Asistanı			Pediatri Uzmanı			Pediatri Yandal Asistanı			Pediatri Yandal Uzmanı			Pediatri Doçenti			Pediatri Profesörü			p
		N=108*		**	N=191*		**	N=42	*	**	N=73	*	**	N=39	*	**	N=55	*	**	
Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu bir malpraktis rehberine ihtiyaç var mı?	Var	104	21,3	96,3	183	37,5	95,8	39	8,0	92,9	73	15,0	100,0	38	7,8	97,4	51	10,5	92,7	,307
	Yok	4	20,0	3,7	8	40,0	4,2	3	15,0	7,1	-	-	-	1	5,0	2,6	4	20,0	7,3	
Hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken çekimser davranman	Evet	93	25,6	86,1	139	38,3	72,8	29	8,0	69,0	55	15,2	75,3	20	5,5	51,3	27	7,4	49,1	,000
	Kararsızım	8	13,3	7,4	27	45,0	14,1	6	10,0	14,3	7	11,7	9,6	7	11,7	17,9	5	8,3	9,1	
	Hayır	7	8,2	6,5	25	29,4	13,1	7	8,2	16,7	11	12,9	15,1	12	14,1	30,8	23	27,1	41,8	
Tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz	Evet	104	23,6	96,3	166	37,7	86,9	39	8,9	92,9	67	15,2	91,8	28	6,4	71,8	36	8,2	65,5	,000
	Kararsızım	1	3,0	0,9	16	48,5	8,4	1	3,0	2,4	3	9,1	4,1	7	21,2	17,9	5	15,2	9,1	
	Hayır	3	8,6	2,8	9	25,7	4,7	2	5,7	4,8	3	8,6	4,1	4	11,4	10,3	14	40,0	25,5	

İçin endişe oluşturuyor mu?																				
Tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi	Çok fazla zarar verir	62	29,0	57,4	87	40,7	45,5	19	8,9	45,2	25	11,7	34,2	11	5,1	28,2	10	4,7	18,2	,000
hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler?	Bir miktar zarar verir	39	16,2	36,1	84	34,9	44,0	14	5,8	33,3	44	18,3	60,3	24	10,0	61,5	36	14,9	65,5	
	Bir miktar iyileştirir	5	17,9	4,6	10	35,7	5,2	6	21,4	14,3	1	3,6	1,4	2	7,1	5,1	4	14,3	7,3	
	Fikrim yok	2	8,0	1,9	10	40,0	5,2	3	12,0	7,1	3	12,0	4,1	2	8,0	5,1	5	20,0	9,1	

* Satır Yüzdesi ** Sütun Yüzdesi

Tablo 8'deki Ki Kare Analizi Sonuçları İncelendiğinde;

“16. Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu bir malpraktis rehberine ihtiyaç var mı?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %96,3'ünün, pediatri uzmanlarının %95,8'inin, pediatri yandal asistanlarının %92,9'unun, pediatri yandal uzmanlarının tamamının, pediatri doçentlerinin %97,4'ünün ve pediatri profesörlerinin %92,7'sinin Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu bir malpraktis rehberine ihtiyaç duyulduğunu belirtmişlerdir, Pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

“17. Hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu?” sorusuna yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %86,1'inin, pediatri uzmanlarının %72,8'nin, pediatri yandal asistanlarının %69,0'unun, pediatri yandal uzmanlarının %75,3'ünün, pediatri doçentlerinin %51,3'ünün ve pediatri

profesörlerinin %72,8'inin hastaya tıbbi müdahale ederken çekimser davrandıklarını belirtmişlerdir. Pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$). Bu sonuca göre “H5: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile hastaya tıbbi müdahalede bulunurken çekimser davranması ilişkidir.” hipotezi kabul edilmiştir.

“18. Tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz için endişe oluşturuyor mu?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %96,3'ünün, pediatri uzmanlarının %86,9'unun, pediatri yandal asistanlarının %92,9'unun, pediatri yandal uzmanlarının %91,8'inin, pediatri doçentlerinin %71,8'inin ve pediatri profesörlerinin %65,5'inin tıbbi malpraktis davaları endişesi yaşadıklarını belirtmişlerdir ve pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$). Bu sonuca göre “H6: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile tıbbi malpraktis davaları endişesinden kaynaklı mesleki endişesi ilişkilidir.” hipotezi kabul edilmiştir.

“19. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %57,4'ünün pediatri uzmanlarının %45,5'inin ve pediatri yandal asistanlarının %45,2'sinin tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetine çok fazla zarar verdiğini değerlendirirken pediatri yandal uzmanlarının %60,3'ünün, pediatri doçentlerinin %61,5'inin ve pediatri profesörlerinin %65,5'inin bir miktar zarar verdiği şeklinde değerlendirdiği görülmüş ve pediatri hekimlerinin ünvanına göre sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 9. Pediatri Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Malpraktis Davaları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Dağılımı - 5

		Pediatri Asistanı			Pediatri Uzmanı			Pediatri Yandal Asistanı			Pediatri Yandal Uzmanı			Pediatri Doçenti			Pediatri Profesörü			p
		N=108	*	**	N=191	*	**	N=42	*	**	N=73	*	**	N=39	*	**	N=55	*	**	
Tıbbi malpraktis davalarında hekimlerin suçlu bulunma oranları sizce hangi aralıkta yer almaktadır?	%0-1	9	20,5	8,3	16	36,4	8,4	4	9,1	9,5	3	6,8	4,1	6	13,6	15,4	6	13,6	10,9	,189
	%2-5	20	21,7	18,5	38	41,3	19,9	9	9,8	21,4	13	14,1	17,8	5	5,4	12,8	7	7,6	12,7	
	%6-10	22	26,8	20,4	15	18,3	7,9	7	8,5	16,7	13	15,9	17,8	10	12,2	25,6	15	18,3	27,3	
	%11-15	7	17,1	6,5	19	46,3	9,9	3	7,3	7,1	6	14,6	8,2	2	4,9	5,1	4	9,8	7,3	
	%16-20	7	11,9	6,5	25	42,4	13,1	6	10,2	14,3	10	16,9	13,7	3	5,1	7,7	8	13,6	15,5	
	Fikrim yok	43	22,6	39,8	78	41,1	40,8	13	6,8	31,0	28	14,7	38,4	13	6,8	33,3	15	7,9	27,3	
Sizce tıbbi malpraktis davaları ile bir hekimin mesleki hayatı boyunca karşılaşma oranı yüzde kaçtır?	%0-10	10	9,1	9,3	40	36,4	20,9	14	12,7	33,3	12	10,9	16,4	15	13,6	38,5	19	17,3	34,5	,000
	%11-25	22	19,6	20,4	36	32,1	18,8	9	8,0	21,4	25	22,3	34,2	7	6,3	17,9	13	11,6	23,6	
	%26-50	19	22,9	17,6	31	37,3	16,2	5	6,0	11,9	12	14,5	16,4	6	7,2	15,4	10	12,0	18,2	
	%51-75	18	34,6	16,7	20	38,5	10,5	2	3,8	4,8	6	11,5	8,2	4	7,7	10,3	2	3,8	3,6	

	%76-100	28	50,9	25,9	18	32,7	9,4	2	3,6	4,8	5	9,1	6,8	1	1,8	2,6	1	1,8	1,8	
	Fikrim yok	11	11,5	10,2	46	47,9	24,1	10	10,4	23,8	13	13,5	1,8	6	6,3	15,4	10	10,4		

* Satır Yüzdesi** Sütun Yüzdesi

Tablo 9'daki Ki Kare Analizi Sonuçları İncelendiğinde;

“20.Tıbbi malpraktis davalarında hekimlerin suçlu bulunma oranları sizce hangi aralıkta yer almaktadır?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %39,8'inin, pediatri uzmanlarının %40,8'inin, pediatri yandal asistanlarının %31,0'inin, pediatri yandal uzmanlarının %38,4'ünün, pediatri doçentlerinin %33,3'ünün ve pediatri profesörlerinin %27,3'ünün tıbbi malpraktis davalarında hekimlerin suçlu bulunma oranları konusunda bilgilerinin olmadığını belirtmişler ve pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

“21. Sizce tıbbi malpraktis davaları ile bir hekimin mesleki hayatı boyunca karşılaşma oranı yüzde kaçtır?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri uzmanlarının %24,1'inin tıbbi malpraktis davaları ile bir hekimin mesleki hayatı boyunca karşılaşma oranı konusunda fikir belirtmezken pediatri asistanlarının %25,9'unun %76-100 arasında, pediatri yandal asistanlarının %33,3'ünün %0-10 arasında, pediatri yandal uzmanlarının %34,2'sinin %11-25 arasında, pediatri doçentlerinin %38,5'inin %0-10 arasında ve pediatri profesörlerinin %34,5'inin %0-10 arasında tıbbi malpraktis davaları ile bir hekimin mesleki hayatı boyunca karşılaşma oranı belirttikleri ve pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 10. Pediatri Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Malpraktis Davaları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgilerinin Dağılımı - 6

		Pediatri Asistanı			Pediatri Uzmanı			Pediatri Yandal Asistanı			Pediatri Yandal Uzmanı			Pediatri Doçenti			Pediatri Profesörü			p
		N=108*		**	N=191*		**	N=42	*	**	N=73	*	**	N=39	*	**	N=55	*	**	
Malpraktis davaları endişesi, psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi?	Evet	81	22,1	75,0	149	40,7	78,0	30	8,2	71,4	45	12,3	61,6	26	7,1	66,7	35	9,6	63,6	,068
	Hayır	27	19,0	25,0	42	29,6	22,0	12	8,5	28,6	28	19,7	38,4	13	9,2	33,3	20	14,1	36,4	
Malpraktis davaları endişesi, sizde başka meslek değiştirme isteği	Evet	79	28,0	73,1	120	42,6	62,8	26	9,2	61,9	34	12,1	46,6	10	3,5	25,6	13	4,6	23,6	,000
	Hayır	29	12,8	26,9	71	31,4	37,2	16	7,1	38,1	39	17,3	53,4	29	12,8	74,4	42	18,6	76,4	
Malpraktis davalarınız konusunda yardım alacağınız kişi	Evet	26	17,7	24,1	55	37,4	28,8	6	4,1	14,3	21	14,3	28,8	17	11,6	43,6	22	15,0	40,0	,024
	Hayır	82	22,7	75,9	136	37,7	71,2	36	10,0	85,7	52	14,4	71,2	22	6,1	56,4	33	9,1	60,0	
Malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi?	Evet	63	30,4	58,3	84	40,6	44,0	14	6,8	33,3	23	11,1	31,5	13	6,33	33,3	10	4,8	18,2	,000
	Hayır	45	15,0	41,7	107	35,5	56,0	28	9,3	66,7	50	16,6	68,5	26	8,6	66,7	45	15,0	81,8	

Tıp eğitiminin içinde sağlık hukuku eğitimine yer verilmeli mi?	Evet	106	21,2	98,1	188	37,6	98,4	41	8,2	97,6	71	14,2	97,3	39	7,8	100,0	55	11,0	100,0	,796
	Hayır	2	25,0	1,9	3	37,5	1,6	1	12,5	2,4	2	25,0	2,7	-	-	-	-	-	-	
Hekimlere verilen tıbbi eğitimin, malpraktisi önlemek/azaltmak açısından yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	Çok yetersiz	28	22,4	25,9	48	38,4	25,1	15	12,0	35,7	17	9,6	16,4	7	5,6	17,9	15	12,0	27,3	,373
	Yetersiz	61	21,9	56,5	97	34,8	50,8	18	6,5	42,9	44	15,8	60,3	27	9,7	69,2	32	11,5	58,2	
	Emin değilim	15	18,5	13,9	34	42,0	17,8	7	8,6	16,7	15	18,5	20,5	5	6,2	18,8	5	6,2	9,1	
	Yeterli	4	17,4	3,7	12	52,2	6,3	2	8,7	4,8	2	8,7	2,7	-	-	-	3	13,0	5,5	
Hekimler yapacakları tüm tıbbi müdahaleler için hastalarını bizzat kendileri bilgilendirmek zorunda mıdır?	Evet	64	16,7	59,3	148	38,5	77,5	34	8,9	81,0	59	15,4	80,8	32	8,3	82,1	47	12,2	85,5	,000
	Hayır	40	40,4	37,0	30	30,3	15,7	7	7,1	16,7	11	11,1	15,1	4	4,0	10,3	7	7,1	12,7	
	Fikrim yok	4	16,0	3,7	13	52,0	6,8	1	4,0	2,4	3	12,0	4,1	3	12,0	7,7	1	4,0	1,8	

* Satır Yüzdesi** Sütun Yüzdesi

Tablo 10'daki Ki Kare Analizi Sonuçları İncelendiğinde;

“22. Tıbbi malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %75,0'i, pediatri uzmanlarının %78,0'i, pediatri yandal asistanlarının %71,4'ü, pediatri yandal uzmanlarının %61,6'sı, pediatri doçentlerinin %66,7'si ve pediatri profesörlerinin %63,6'sı malpraktis davaları endişesinin psikolojik durumlarını etkilediğini belirtmişlerdir. Ancak pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuca göre “H6: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile malpraktis davası endişesinin psikolojik olarak etki etme durumu ilişkidir.” hipotezi ret edilmiştir.

“23. Tıbbi malpraktis davaları endişesi sizde başka bir bölüm seçme veya tamamen meslek değiştirme isteği oluşturdu mu ?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %73,1'inde, pediatri uzmanlarının %62,8'inde ve pediatri yandal asistanlarının %61,9'unda malpraktis davaları endişesi meslek değiştirme isteği oluştururken pediatri yandal uzmanlarının %53,4'ünde, pediatri doçentlerinin %74,4'ünde ve pediatri profesörlerinin %76,4'ünde meslek değiştirme isteği oluşturmadığı ve pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$). Bu sonuca göre “H7: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile malpraktis davası endişesinin yarattığı meslek değiştirme isteği ilişkilidir.” hipotezi kabul edilmiştir.

“24. Tıbbi malpraktis davalarınız konusunda yardım alacağınız bir birim veya kişi var mı?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %75,9'unda, pediatri uzmanlarının %71,2'sinde, pediatri yandal asistanlarının %85,7'sinde, pediatri yandal uzmanlarının %71,2'sinde, pediatri doçentlerinin %56,4'ünde ve pediatri profesörlerinin %60,0'ında malpraktis davalarınız konusunda yardım alacağı birilerinin olduğu belirtilmiş olup pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

“25. Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %58,3’ü malpraktis endişesi ile tedavi değiştirirken pediatri uzmanlarının %56,0’sının, pediatri yandal asistanlarının %66,7’sinin, pediatri yandal uzmanlarının %68,5’inin, pediatri doçentlerinin %66,7’sinin ve pediatri profesörlerinin %81,8’inin tedaviyi değiştirmedeği belirtilmiş ve pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$). Bu sonuca göre “H8: Pediatri hekimlerinin ünvanı ile malpraktis endişesi ile hasta tedavisini değiştirme durumu ilişkilidir.” hipotezi kabul edilmiştir.

“27. Sizce tıp eğitiminin içinde sağlık hukuku eğitimine de yer verilmeli mi?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %98,1’i, pediatri uzmanlarının %98,4’ü, pediatri yandal asistanlarının %97,6’sı, pediatri yandal uzmanlarının %97,3’ü, pediatri doçentlerinin ve profesörlerinin tamamı tıp eğitiminin içinde sağlık hukuku eğitimine yer verilmesi gerektiğini belirtmişler ve pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

“29. Hekimlere verilen mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıbbi eğitimin, malpraktisi önlemek/azaltmak açısından yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %56,5’i, pediatri uzmanlarının %50,8’i, pediatri yandal asistanlarının %42,9’u, pediatri yandal uzmanlarının %60,3’ü, pediatri doçentlerinin %69,2’si ve pediatri profesörlerinin %58,2’si hekimlere verilen tıbbi eğitimin, malpraktisi önlemek/azaltmak açısından yeterli olmadığını belirtmişler ve pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

“30. Hekimler yapacakları tüm tıbbi müdahaleler için hastalarını bizzat kendileri bilgilendirmek zorunda mıdır?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %59,3’ü, pediatri uzmanlarının %77,5’i, pediatri yandal asistanlarının %81,0’i, pediatri yandal uzmanlarının %80,8’i, pediatri doçentlerinin %82,1’i ve pediatri profesörlerinin %85,5’i hekimlerin yapacakları tüm tıbbi müdahaleler için hastalarını bizzat kendileri bilgilendirmek zorunda olduğunu belirtmiş ve pediatri hekimlerinin ünvanına göre verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 11. Pediatri Hekimlerinin Cinsiyetine Göre Malpraktis Davalar Hakkındaki Endişelerinin Dağılımı

		Kadın			Erkek			p
		N=328	*	**	N=180	*	**	
17. Hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu?	Evet	225	62,0	68,6	138	38,0	76,7	,110
	Kararsızım	45	75,0	13,7	15	25,0	8,3	
	Hayır	58	68,2	17,7	27	31,8	15,0	
18. Tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz için endişe oluşturuyor mu ?	Evet	284	64,5	86,6	156	35,5	86,7	,984
	Kararsızım	21	63,6	6,4	12	36,4	6,7	
	Hayır	23	65,7	7,0	12	34,3	6,6	
19. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler?	Çok Fazla Zarar Verir	135	63,1	41,2	79	36,9	43,9	,715
	Bir Miktar Zarar Verir	160	66,4	48,8	81	33,6	45,0	
	Bir Miktar İyileştirir	16	57,1	4,9	12	42,9	6,7	
	Fikrim Yok	17	68,0	5,1	8	32,0	4,4	
22. Tıbbi malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi ?	Evet	232	63,4	70,7	134	36,6	74,4	,372
	Hayır	96	67,6	29,3	46	32,4	25,6	
23. Tıbbi malpraktis davaları endişesi sizde başka bir bölüm seçme veya tamamen meslek değiştirme isteği oluşturdu mu ?	Evet	174	61,7	53,0	108	38,3	60,0	,132
	Hayır	154	68,1	47,0	72	31,9	40,0	
25. Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi ?	Evet	118	57,0	36,0	89	43,0	49,4	,003
	Hayır	210	69,8	64,0	91	30,2	50,6	

* Satır Yüzdesi ** Sütun Yüzdesi

Tablo 11'deki Ki Kare Analizi Sonuçları İncelendiğinde;

Araştırmayadahlil olan kadın pediatri hekimlerinin %68,6'sının ve erkek pediatri hekimlerinin %76,7'sinin hastaya tıbbi müdahale ederken çekimser davrandığı, ancak pediatri hekimlerinin cinsiyetine göre "17. Hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir (p>0,05).

Araştırmaya dahil olan kadın pediatri hekimlerinin %86,6'sının ve erkek pediatri hekimlerinin %86,7'sinin tıbbi malpraktis davaları konusunda endişe yaşadığı, ancak pediatri hekimlerinin cinsiyetine göre "18. Tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz için

endişe oluşturunuyor mu?” sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya dahil olan kadın pediatri hekimlerinin %48,8’inin ve erkek pediatri hekimlerinin %45,0’inin sunduğu sağlık hizmetine bir miktar zarar verdiği şeklinde değerlendirdiği, ancak pediatri hekimlerinin cinsiyetine göre “19. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler?” sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya dahil olan kadın pediatri hekimlerinin %70,7’sinin ve erkek pediatri hekimlerinin %74,4’ünün malpraktis davaları endişesinin psikolojik durumunu etkilediği, ancak pediatri hekimlerinin cinsiyetine göre “22. Tıbbi malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi?” sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya dahil olan kadın pediatri hekimlerinin %53,0’ünün ve erkek pediatri hekimlerinin %60,0’ının malpraktis davaları endişesinin meslek değiştirme isteği oluşturduğu, ancak pediatri hekimlerinin cinsiyetine göre “23. Tıbbi malpraktis davaları endişesi sizde başka bir bölüm seçme veya tamamen meslek değiştirme isteği oluşturdu mu ?” sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya dahil olan kadın pediatri hekimlerinin %64,0’ünün ve erkek pediatri hekimlerinin %50,6’sının malpraktis davaları endişesi ile tedaviyi değiştirmediği ve pediatri hekimlerinin cinsiyetine göre “25. Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi?” sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

Bu sonuçlara göre ‘Hipotez 9: Pediatri hekimlerinin cinsiyeti ile malpraktis davaları konusundaki kaygısı ilişkilidir.’ hipotezi sadece “25. Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi?” sorusunda geçerlidir .

Tablo 12. Pediatri Hekimlerinin Kıdemine Göre Malpraktis Davalar Hakkındaki Endişelerinin Dağılımı

		10 Yıl ve Altı			11-20 Yıl Arası			21 Yıl ve Üzeri			p
		N=194	*	**	N=172	*	**	N=142	*	**	
17. Hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu?	Evet	152	41,9	78,4	124	34,2	72,0	87	24,0	61,3	,000
	Kararsızım	21	35,0	10,8	24	40,0	14,0	15	25,0	10,6	
	Hayır	21	24,7	10,8	24	28,2	14,0	40	47,1	28,1	
18. Tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz için endişe oluşturuyor mu ?	Evet	183	41,6	94,3	153	34,8	89,0	104	23,6	73,2	,000
	Kararsızım	8	24,2	4,1	9	27,3	5,2	16	48,5	11,3	
	Hayır	3	8,6	1,5	10	28,6	5,8	22	62,9	15,5	
19. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler?	Çok Fazla Zarar Verir	104	48,6	53,6	71	33,2	41,3	39	18,2	27,5	,000
	Bir Miktar Zarar Verir	73	30,3	37,6	84	34,9	48,8	84	34,9	59,2	
	Bir Miktar İyileştirir	12	42,9	6,2	6	21,4	3,5	10	35,7	7,0	
	Fikrim Yok	5	20,0	2,6	11	44,0	6,4	9	36,0	6,3	
22. Tıbbi malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi ?	Evet	143	39,1	73,7	128	35,0	74,4	95	26,0	66,9	,271
	Hayır	51	35,9	26,3	44	31,0	25,6	47	33,1	33,1	
23. Tıbbi malpraktis davaları endişesi sizde başka bir bölüm seçme veya tamamen meslek değiştirme isteği oluşturdu mu ?	Evet	129	45,7	66,5	102	36,2	59,3	51	18,1	35,9	,000
	Hayır	65	28,8	33,5	70	31,0	40,7	91	40,3	64,1	
25. Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi ?	Evet	96	46,4	49,5	69	33,3	40,1	42	20,3	29,6	,001
	Hayır	98	32,6	50,5	103	34,2	59,9	100	33,2	70,4	

* Satır Yüzdesi ** Sütun Yüzdesi

Tablo 12'deki Ki Kare Analizi Sonuçları İncelendiğinde;

10 yıl ve altı çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %78,4'ünün, 11-20 yıl arası çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %72,0'sinin ve 21 yıl ve üzeri çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %61,3'ünün hastaya tıbbi müdahale ederken çekimser davrandığı ve pediatri hekimlerinin kıdemine göre "17. Hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

10 yıl ve altı çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %94,3'ünün, 11-20 yıl arası çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %89,0'unun ve 21 yıl ve üzeri çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %73,2'sinin tıbbi malpraktis davaları endişesi yaşadığı ve pediatri hekimlerinin kıdemine göre "18. Tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz için endişe oluşturuyor mu?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

10 yıl ve altı çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %53,6'sının sunduğu sağlık hizmetine çok fazla zarar verdiği değerlendirirken 11-20 yıl arası çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %48,8'inin ve 21 yıl ve üzeri çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %59,2'sinin sunduğu sağlık hizmetine bir miktar zarar verdiği değerlendirdiği ve pediatri hekimlerinin kıdemine göre "19. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

10 yıl ve altı çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %73,7'sinin, 11-20 yıl arası çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %74,4'ünün ve 21 yıl ve üzeri çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %66,9'unun malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunu etkilediği, ancak pediatri hekimlerinin kıdemine göre "22. Tıbbi malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

10 yıl ve altı çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %66,5'inde ve 11-20 yıl arası çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %59,3'ünde malpraktis davaları endişesi meslek değiştirme isteği oluştururken 21 yıl ve üzeri çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %64,1'inde malpraktis davaları endişesi meslek değiştirme isteği oluşturmadığı ve pediatri hekimlerinin kıdemine göre "23. Tıbbi malpraktis davaları endişesi sizde başka bir bölüm seçme veya tamamen meslek değiştirme isteği oluşturdu mu ?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

10 yıl ve altı çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %50,5'inin, 11-20 yıl arası çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %59,9'unun ve 21 yıl ve üzeri çalışma süresi olan pediatri hekimlerinin %70,4'ünün malpraktis davaları endişesi ile tedaviyi değiştirmediği ve pediatri hekimlerinin kıdemine göre "25. Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark

görülmüştür ($p<0,05$). H:10.Pediatric hekimlerinin meslekte çalışma süreleri ile malpraktis davaları konusundaki kaygısı ilişkilidir hipotezi kabul edilmiştir .

Tablo 13. Pediatric Hekimlerinin Günlük Hasta Sayısına Göre Malpraktis Davalar Hakkındaki Endişelerinin Dağılımı

		20 Hasta ve Altı			21 Hasta ve Üzeri			P
		N=152	*	**	N=356	*	**	
17. Hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu?	Evet	99	27,3	65,1	264	72,7	74,2	,110
	Kararsızım	23	38,3	15,1	37	61,7	10,4	
	Hayır	30	35,3	19,8	55	64,7	14,4	
18. Tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz için endişe oluşturuyor mu ?	Evet	120	27,3	78,9	320	72,7	89,8	,004
	Kararsızım	15	45,5	9,9	18	54,5	5,1	
	Hayır	17	48,6	11,2	18	51,4	5,1	
19. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler?	Çok Fazla Zarar Verir	46	21,5	30,2	168	78,5	47,2	,000
	Bir Miktar Zarar Verir	79	32,8	52,0	162	67,2	45,5	
	Bir Miktar İyileştirir	13	46,4	8,6	15	53,6	4,2	
	Fikrim Yok	14	56,0	9,2	11	44,0	3,1	
22. Tıbbi malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi ?	Evet	102	27,9	67,1	264	72,1	74,2	,105
	Hayır	50	35,2	32,9	92	64,8	25,8	
23. Tıbbi malpraktis davaları endişesi sizde başka bir bölüm seçme veya tamamen meslek değiştirme isteği oluşturdu mu ?	Evet	58	20,6	38,2	224	79,4	62,9	,000
	Hayır	94	41,6	61,8	32	58,4	37,1	
25. Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi ?	Evet	46	22,2	30,3	161	77,8	45,2	,0002
	Hayır	106	35,2	69,7	195	64,8	54,8	

* Satır Yüzdesi ** Sütun Yüzdesi

Tablo 13'teki Ki Kare Analizi Sonuçları İncelendiğinde;

Günlük hasta sayısı 20 ve altında olan pediatric hekimlerinin %65,1'inin ve günlük hasta sayısı 21 ve üzerinde olan pediatric hekimlerinin %74,2'sinin hastaya tıbbi müdahale ederken çekimser davrandığı, ancak pediatric hekimlerinin günlük hasta sayısına göre "17. Hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Günlük hasta sayısı 20 ve altında olan pediatri hekimlerinin %78,9'unun ve günlük hasta sayısı 21 ve üzerinde olan pediatri hekimlerinin %89,8'inin tıbbi malpraktis davaları endişesi yaşadığı ve pediatri hekimlerinin günlük hasta sayısına göre "18. Tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz için endişe oluşturuyor mu?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

Günlük hasta sayısı 20 ve altında olan pediatri hekimlerinin %52,0'sinin ve günlük hasta sayısı 21 ve üzerinde olan pediatri hekimlerinin %45,5'inin sunduğu sağlık hizmetine bir miktar zarar verdiği değerlendirdiği ve pediatri hekimlerinin günlük hasta sayısına göre "19. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

Günlük hasta sayısı 20 ve altında olan pediatri hekimlerinin %67,1'inin ve günlük hasta sayısı 21 ve üzerinde olan pediatri hekimlerinin %74,2'sinin malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunu etkilediği, ancak pediatri hekimlerinin günlük hasta sayısına göre "22. Tıbbi malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Günlük hasta sayısı 20 ve altında olan pediatri hekimlerinin %61,8'inde malpraktis davaları endişesi meslek değiştirme oluşturmazken günlük hasta sayısı 21 ve üzerinde olan pediatri hekimlerinin %62,9'unda malpraktis davaları endişesi meslek değiştirme isteği oluşturduğu ve pediatri hekimlerinin günlük hasta sayısına göre "23. Tıbbi malpraktis davaları endişesi sizde başka bir bölüm seçme veya tamamen meslek değiştirme isteği oluşturdu mu ?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

Günlük hasta sayısı 20 ve altında olan pediatri hekimlerinin %69,7'sinin ve günlük hasta sayısı 21 ve üzerinde olan pediatri hekimlerinin %54,8'inin malpraktis davaları endişesi ile tedaviyi değiştirmedeği ve pediatri hekimlerinin günlük hasta sayısına göre "25. Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$). H:11.Pediatri hekimlerinin baktıkları günlük hasta sayıları ile malpraktis davaları konusundaki kaygısı ilişkilidir hipotezi kabul edilmiştir

Tablo 14. Pediatri Hekimlerinin Yaşadığı Şehre Göre Malpraktis Davalar Hakkındaki Endişelerinin Dağılımı

		Metropol iller			Diğer iller			p
		N=306	*	**	N=202	*	**	
17. Hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu?	Evet	217	59,8	70,9	146	40,2	72,3	,908
	Kararsızım	36	60,0	11,8	24	40,0	11,9	
	Hayır	53	62,4	17,3	32	37,6	15,8	
18. Tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz için endişe oluşturuyor mu ?	Evet	263	59,8	85,9	177	40,2	87,6	,314
	Kararsızım	18	54,5	5,9	15	45,5	7,4	
	Hayır	25	71,4	8,2	10	28,6	5,0	
19. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler?	Çok Fazla Zarar Verir	121	56,5	39,5	93	43,5	46,0	,072
	Bir Miktar Zarar Verir	146	60,6	47,7	95	39,4	47,0	
	Bir Miktar İyileştirir	23	82,1	7,5	5	17,9	2,5	
	Fikrim Yok	16	64,0	5,3	9	36,0	4,5	
22. Tıbbi malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi ?	Evet	222	60,7	72,5	144	39,3	71,3	,756
	Hayır	84	59,2	27,5	58	40,8	28,7	
23. Tıbbi malpraktis davaları endişesi sizde başka bir bölüm seçme veya tamamen meslek değiştirme isteği oluşturdu mu ?	Evet	163	57,8	53,3	119	42,2	58,9	,210
	Hayır	143	63,3	46,7	83	36,7	41,1	
25. Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi ?	Evet	125	60,4	40,8	82	39,6	40,6	,954
	Hayır	181	60,1	59,2	120	39,9	59,4	

* Satır Yüzdesi ** Sütun Yüzdesi

Tablo 14'teki Ki Kare Analizi Sonuçları İncelendiğinde;

Metropol olarak ayırdığımız Ankara, İstanbul, İzmir illeri ve periferde kalan illerden katılan pediatri hekimlerine yönelik analize göre Ankara ilinden 58, İstanbul'dan 249 ve İzmir ilinden ise 15 hekim katılmıştır. Yüzdeleri ise sırayla % 11,4, %49 ve % 3'tür. Kalan illeri ise perifer olarak ele alındı ve periferden çalışmaya katılan hekimlerin oranı ise %36,6'dır. Metropol illerde yaşayan pediatri hekimlerinin %79,0'unun ve diğer illerde yaşayan pediatri hekimlerinin %72,3'ünün hastaya tıbbi müdahale ederken çekimser davrandığı, ancak pediatri hekimlerinin yaşadığı şehre göre "17. Hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Metropol illerde yaşayan pediatri hekimlerinin %85,9'unun ve diğer illerde yaşayan pediatri hekimlerinin %87,6'sının tıbbi malpraktis davaları endişesi yaşadığı, ancak pediatri hekimlerinin yaşadığı şehre göre “18. Tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz için endişe oluşturuyor mu?” sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Metropol illerde yaşayan pediatri hekimlerinin %47,7'sinin ve diğer illerde yaşayan pediatri hekimlerinin %47,0'sinin sunduğu sağlık hizmetine bir miktar zarar verdiği değerlendirdiği, ancak pediatri hekimlerinin yaşadığı şehre göre “19. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler?” sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Metropol illerde yaşayan pediatri hekimlerinin %72,5'inin ve diğer illerde yaşayan pediatri hekimlerinin %71,3'ünün malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunu etkilediği, ancak pediatri hekimlerinin yaşadığı şehre göre “22. Tıbbi malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi?” sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Metropol illerde yaşayan pediatri hekimlerinin %53,3'ünün ve diğer illerde yaşayan pediatri hekimlerinin %58,9'unun malpraktis davaları endişesi meslek değiştirme isteği oluşturduğu, ancak pediatri hekimlerinin yaşadığı şehre göre “23. Tıbbi malpraktis davaları endişesi sizde başka bir bölüm seçme veya tamamen meslek değiştirme isteği oluşturdu mu ?” sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$). H:12.Pediatri hekimlerinin görev yaptıkları iller (metropol ve diğer iller) ile malpraktis davaları konusundaki kaygısı ilişkilidir hipotezi kabul edilmiştir.fakat burada anlamlı farkın sadece meslek değiştirmek ilgi soruda bulunmuştur.

Metropol illerde yaşayan pediatri hekimlerinin %59,2'sinin ve diğer illerde yaşayan pediatri hekimlerinin %59,4'ünün malpraktis davaları endişesi ile tedaviyi değiştirmediği, ancak pediatri hekimlerinin yaşadığı şehre göre “25. Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi?” sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 15. Pediatri Hekimlerinin Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Yasal Düzenlemeler Hakkındaki Bilgisine Göre Malpraktis Davalar Hakkındaki Endişelerinin Dağılımı

		Evet			Kararsızım			Hayır			P
		N=46	*	**	N=143	*	**	N=319	*	**	
17. Hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu?	Evet	35	9,6	76,1	96	26,4	67,1	232	63,9	72,7	,357
	Kararsızım	2	3,3	4,3	21	35,0	14,7	37	61,7	11,6	
	Hayır	9	10,6	19,6	26	30,6	18,2	50	58,8	15,7	
18. Tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz için endişe oluşturuyor mu ?	Evet	37	8,4	80,5	114	25,9	79,7	289	65,7	90,6	,011
	Kararsızım	3	9,1	6,5	15	45,5	10,5	15	45,5	4,7	
	Hayır	6	17,1	13,0	14	40,0	9,8	15	42,9	4,7	
19. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler?	Çok Fazla Zarar Verir	24	11,2	52,2	51	23,8	35,7	139	65,0	43,5	,123
	Bir Miktar Zarar Verir	15	6,2	32,6	81	33,6	56,6	145	60,2	45,5	
	Bir Miktar İyileştirir	4	14,3	8,7	5	17,9	3,5	19	67,9	6,0	
	Fikrim Yok	3	12,0	6,5	6	24,0	4,2	16	64,0	5,0	
22. Tıbbi malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi ?	Evet	35	9,6	76,1	90	24,6	62,9	241	65,8	75,5	,017
	Hayır	11	7,7	23,9	53	37,3	37,1	78	54,9	24,5	
23. Tıbbi malpraktis davaları endişesi sizde başka bir bölüm seçme veya tamamen meslek değiştirme isteği oluşturdu mu ?	Evet	25	8,9	54,3	63	22,3	44,1	194	68,8	60,8	,004
	Hayır	21	9,3	45,7	80	35,4	55,9	125	55,3	39,2	
25. Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi ?	Evet	21	10,1	45,7	65	31,4	45,5	121	58,5	37,9	,244
	Hayır	25	8,3	54,3	78	25,9	54,5	198	65,8	62,1	

* Satır Yüzdesi ** Sütun Yüzdesi

Tablo 15'teki Ki Kare Analizi Sonuçları İncelendiğinde;

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgisi olan pediatri hekimlerinin %76,1'inin, bilgisinde kararsız olan pediatri hekimlerinin %67,1'inin ve bilgisi olmayan pediatri hekimlerinin %72,7'sinin hastaya tıbbi müdahale ederken çekimser davrandığı, ancak pediatri hekimlerinin tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkındaki bilgisine göre "17. Hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgisi olan pediatri hekimlerinin %80,5'inin, bilgisinde kararsız olan pediatri hekimlerinin %79,7'sinin ve bilgisi olmayan pediatri hekimlerinin %90,6'sının tıbbi malpraktis davaları endişesi yaşadığı ve pediatri hekimlerinin tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkındaki bilgisine göre "18. Tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz için endişe oluşturuyor mu?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$). H:13.Pediatri hekimlerinin Malpraktis ile yasal düzenlemeler konusundaki bilgi düzeyi ile malpraktis davaları konusundaki kaygısı ilişkilidir hipotezi kabul edilmiştir

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgisi olan pediatri hekimlerinin %52,2'sinin sunduğu sağlık hizmetine çok fazla miktar zarar verirken bilgisinde kararsız olan pediatri hekimlerinin %56,6'sının ve bilgisi olmayan pediatri hekimlerinin %45,5'inin sunduğu sağlık hizmetine bir miktar zarar verdiği değerlendirildiği, ancak pediatri hekimlerinin tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkındaki bilgisine göre "19. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgisi olan pediatri hekimlerinin %76,1'inin, bilgisinde kararsız olan pediatri hekimlerinin %62,9'unun ve bilgisi olmayan pediatri hekimlerinin %75,5'inin malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunu etkilediği ve pediatri hekimlerinin tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkındaki bilgisine göre "22. Tıbbi malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgisi olan pediatri hekimlerinin %54,3'ünün, bilgisinde kararsız olan pediatri hekimlerinin %44,1'inin ve bilgisi olmayan pediatri hekimlerinin %60,8'inin malpraktis davaları endişesi meslek değiştirme isteği oluşturduğu ve pediatri hekimlerinin tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkındaki bilgisine göre "23. Tıbbi malpraktis davaları endişesi sizde başka bir bölüm seçme veya tamamen meslek değiştirme isteği oluşturdu mu ?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmüştür ($p<0,05$).

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgisi olan pediatri hekimlerinin %54,3'ünün, bilgisinde kararsız olan pediatri hekimlerinin %54,5'inin ve bilgisi olmayan pediatri hekimlerinin %62,1'inin malpraktis davaları endişesi ile tedaviyi değiştirmedeği, ancak pediatri hekimlerinin tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkındaki bilgisine göre "25. Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi?" sorusuna verdiği cevapların dağılımları arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir ($p>0,05$).



7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Tıbbi hata tüm dünyada yaygın bir şekilde görülebilen sağlık sorunları arasındadır. Hekimler yaptıkları bu tıbbi hata sonucu hasta, hasta yakınları, hastane yönetimi ya da diğer kişiler tarafından dava ya da şikayet edilebilmektedir. Yapılan ya da yapılmayan bir tıbbi işlem sonucu dava ya da şikayet edilen hekimlerde davranış değişiklikleri görülmekte ve zamanla mesleklerini icra ederken malpraktis korkusu yaşanmaktadır. Pediatri hastaları hayatını kaybettiğinde ve/veya sakatlık oluştuğunda yaşayabileceği süre daha fazla olduğu için çok yüksek tazminatlar talep edilmekte, bu da pediatri alanında görev yapan hekimlerde stresi daha da fazla artırmaktadır. Çalışmamızdaki amacımız; pediatri alanında görev yapan hekimlerin malpraktis hakkında bilgi seviyelerini ve kaygılarını değerlendirmek ve malpraktis iddialarına karşı çözüm önerilerini ortaya koymaktır.

Sağlık sektörünün kabul edilen gerçeklerinden olan tıbbi hata, önemli bir sorundur. ABD’de yapılan iki detaylı çalışmanın sonuçlarına göre yılda ortalama 44.000 ile 98.000 yakın kişinin önlenebilir tıbbi malpraktis uygulama hataları nedeniyle hastanelerde hayatını kaybettiği düşünülmektedir. (2). Goodman ve arkadaşları 2011 yılında ABD’de yaptığı çalışmada tıbbi uygulama hatalarından kaynaklı hastane içinde ve dışında senede 187.000 dolayında ölümün gerçekleştiği, 6,1 milyon yaralanmanın oluştuğu bildirmişlerdir(2). Hatta tıbbi uygulama hataları nedeni ile ölen insan sayısının trafik kazasında ölen insan sayısından bile fazla olabileceği tahmin edilmektedir.(2). Garbutt ve arkadaşlarının (2007) 118 çocuk hekimi üzerinde yaptığı çalışmada hekimlerin %39’unun önemli bir tıbbi hata ile karşı karşıya kaldıklarını beyan etmişlerdir. Bakar’ın ve arkadaşlarının 2016 yılında 763 hasta kişi ile yaptıkları araştırmasında katılımcıların %13’ü hastanelerde ciddi bir tıbbi uygulama hatasına maruz kaldıklarını beyan etmişlerdir. Ancak Türkiye’de tıbbi hata sebebi ile oluşan ölüm veya yaralanmalara yönelik gerçek veriler henüz mevcut değildir. Literatürden de anlaşıldığı gibi tıbbi hatalar oldukça yaygındır.

Hekimlerin karşılaştıkları tıbbi malpraktis dava sayısı her geçen gün giderek artış eğilimindedir. 2007 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde asistan ve uzman hekimlerin yer aldığı çalışmada, %36 oranında uzman hekimler malpraktis davaları ile karşı karşıya kalmıştır (190). 2011 yılında Jena ve arkadaşları hekimler üzerinde çalışma yapmışlar ve cerrahi branş hekimlerinin %20’si, aile hekimlerinin %5’i ve diğer alanlarda görev yapan hekimlerin ise %7’si her yıl tıbbi malpraktis iddiaları ile karşılaştıklarını ifade etmiştir. Düşük riskli uzmanlık alanlarında görev yapan 121 hekimin dahil olduğu çalışmada hekimlerin %75’i 65 yaşına gelene kadar en az bir defa malpraktis iddiası ile karşı karşıya kaldıklarını ifade etmiştir. Sonuç

olarak hakkında malpraktis iddiası ile dava açılan hekimlerin davalarının sonucunda yalnızca %1,6 oranında tazminat talebinde bulunulduğu ve bunların da %78'inin tazminata hak kazanamadıkları ortaya çıkmıştır (191). 1991 yılında Hauser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Amerika Birleşik Devletleri'nde, açılan malpraktis dava dosyalarının yalnızca %6'sının incelendiği, mahkemelerce kabul edilen bu dosyaların da %80'inin hekimlerin yaptığı savunma sonucunda hekimlerin lehine sonuçlandığı ifade edilmiştir (192).

Hekimlerin karşılaştığı malpraktis iddiaları hakkında dava sayılarına ilişkin sayısal veriler ülkemizde Adli Tıp Kurumu bilgilerine göre 2004 yılında 295, 2013 yılında 3006'dır (189). Türkiye'den yapılan bir çalışmada, çevrelerinde malpraktis davasına dâhil olan meslektaşları bulunan hekimlerin oranı %48,4 olarak bulunmuş, çevrelerinde malpraktis nedeni ile ceza alan meslektaşlarının olduğunu ifade eden hekimlerin oranının ise %11 olduğu görülmüştür (136). Çalışmamızda, hekimlerin malpraktis tecrübelerine ilişkin yapılan değerlendirmelerde, %14'ünün malpraktis davasına dâhil olduğu ve %53,6'sının ise tanıdığı bir hekimin malpraktis davası ile karşı karşıya kaldığı saptanmıştır. Hekimlerin tıbbi malpraktis şikâyetine maruz kalmalarına rağmen bu şikâyetlerin dava ve/veya ceza ile sonuçlanma oranlarının oldukça düşüktür. 2018 yılında ülkemizde Kırtışoğlu tarafından yapılan çalışmada 508 malpraktis davası incelenmiş ve ceza davalarının %27,4'ü, hukuki davaların da %20,7'si hekim ya da diğer sağlık personelleri aleyhinde sonuçlanmıştır. Kararların %79'unun da Yargıtay tarafından bozulduğu ifade edilmektedir (193). Yüksek Sağlık Şura'sına 1995 ile 2002 yılları arasında gelen 540 dosya 2002 yılında Tümer ve arkadaşları tarafından incelenmiş ve sonuçta açılan dosyaların yarısının elle tutulur bir temele dayanmayan ve direkt olarak hastaların öfke ve kızgınlıkları nedeniyle açıldığı bilgisine ulaşılmıştır (194).

Dünya çapında tıbbi hataları azaltabilmek için bireysel ve organize olarak birçok girişimde bulunulabilir. En önemli girişimlerden bazıları hekimleri tıbbi hata yapmaları konusunda engellemek ve devletlerin bu konuda uygulayabileceği yasal düzenlemeleri oluşturmaktır. Hasta ya da hasta yakınları hekim tarafından kendilerine uygulanan tıbbi işlemlerde herhangi bir hata düşündükleri zaman haklarını yasal yollara başvurarak aramakta ve malpraktis davaları açabilmektedir. Son yıllarda dünya genelinde hekimlere yönelik malpraktis davalarında hızlı bir artış yaşanmıştır (4,5,6). Malpraktis davalarında yaşanan bu artış her ne kadar fazla olsa da çok az bir kısmı ceza ya da dava ile son bulmaktadır. Ceza ile sonuçlanan ya da kabul edilen malpraktis dava sayılarının az olmasına rağmen sonuç olarak bu davaların büyük bir kısmı çoğunlukla hekim lehine karara bağlanır (5, 7, 8). Sonuçların bu

şekilde olması hekimlerde yine de korku oluşmakta ve bu durum da hekimlerin tedavi ve tanı süreçlerini olumsuz etkilemektedir (5, 6, 9, 10, 11, 12).

Malpraktis korkusu hekimlerde malpraktis dava riski nedeniyle ortaya çıkmaktadır. İnsanların doğası gereği yaşadıkları korku duygusu kişilerin çevrelerini algılama süreçlerinde ortaya çıkan bir savunma mekanizmasıdır (13). Yaşanan algılama süreci içerisinde iyi- kötü, sevgi- nefret ya da heyecan- korku gibi çeşitli duygusal deneyimler de ortaya çıkmaktadır (14). McDugall ve ark yaptığı çalışmalar sonucu korkuyu bireylerin algılama ve düşünme süreçleri sonucu meydana geldiğini göstermiştir(15). Bay ve Algase yaptığı çalışmada korku ya da kaygıyı tehdit ya da önceden yaşanmış olumsuz durumlar karşısında kişilerde ortaya çıkan bir savunma biçimi olarak görmektedir(16). Kaygı ve beraberinde gelen korku duygusu algılama süreci sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Algılama ise kişinin sosyal çevresinde etkileşimde bulunması sonucu oluşmaktadır. Etkileşim sonucunda yaşanan öğrenme ise kişilerde sosyal ya da fiziki çevreye karşı gösterdikleri davranışın temelini oluşturmaktadır. Dolayısıyla algı ile davranış arasında sıkı bir ilişki vardır (17, 14, 18). Kaygı duygusu çeşitli açılardan ele alınabilir. Genel anlamda yapılan araştırmalar göstermiştir ki; kaygı kişide davranış değişikliği yaşatabilir (20, 21, 22, 23).

Algı, kaygı ve davranış arasındaki ilişkiler incelendiğinde hekimlerin yaptığı tıbbi hataların kaynağında tıbbi hataların oluşumuna yönelik kaygı, korku ve algılama seviyelerinin etkisi büyüktür. Ayrıca kaygının davranış değişikliğine yol açtığı (5, 6, 9, 10, 11, 12) düşünüldüğünde malpraktis kaygısı, hekimlerin yaptığı işlem ve uygulamalarda onların tıbbi hata davranışlarını etkilediği de görülmüştür. Uluslararası literatürler incelendiğinde genel anlamda malpraktis kaygısının hem hekimler hem de ülkelerin sağlık sistemleri üzerinde etkilerini değerlendiren birçok çalışma mevcuttur (24, 25, 26, 27).

Ülkemizde malpraktis ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde hekimlerin malpraktis kaygılarının bir sonucu olan defansif tıp tutum ve davranışları (28, 29, 30), defansif tıp alanının hukuki boyutu (31, 32, 33) gibi araştırmaların yanında hekimlerde tıbbi hataya karşı algı ve davranışlarını değerlendirmeye yönelik (34, 35, 36, 37, 38, 39) araştırmalar da yer almaktadır.

Malpraktis kaygısına yol açan tıbbi hata kaynaklarının bilinmesi, sağlık sorunları açısından ciddi düzeyde oluşabilecek maliyeti ve defansif tıp uygulamalarını indirekt olarak azaltmaktadır. Ayrıca malpraktis kaygısının pediatri hekimlerinde görülmesi ve bu duruma yönelik iyileştirici çalışmaların yapılması da pediatristlerin kaygı karşısında davranışlarını önemli ölçüde olumlu etkileyecektir.

Çalışma kapsamında elde ettiğimiz verileri, anket sorularını malpraktis bilgi düzeyi, malpraktis kaygı seviyesi ve malpraktis iddiaları karşısında öneriler şeklinde gruplandırarak ulusal ve uluslararası literatürleri inceleyerek tartışacağız.

Tıbbi Malpraktis bilgi düzeyi ve dava sıklığı değerlendirmeleri

Çalışmamızda sadece %8.3 oranında hekim mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli kadar bilgi sahibi olduklarını belirtti. 2003 yılında Bates ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hekimlerin malpraktis davalarıyla karşılaşmamak istediklerini, ancak bu durumu önlemek için ise yeterli kadar bilgiye sahip olmadıkları tespit edilmiştir (34). Benzer şekilde 2006 yılında Evans ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, tıbbi hata karşısında raporlamanın nasıl olacağını bilmeyen hekimlerin oranını %43 oranında saptamışlardır. Burada da yine hekimlerin malpraktis iddiaları karşısında yeterli kadar bilgiye sahip olmadıkları sonucunu çıkarmaktayız.(188)

Araştırmamıza dahil olan pediatri asistanlarının %58,3'ünün, pediatri uzmanlarının %70,7'sinin, pediatri yandal asistanlarının %57,1'inin, pediatri yandal uzmanlarının %72,6'sının, pediatri doçentlerinin %46,2'sinin ve pediatri profesörlerinin %47,3'ünün tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgilerinin olmadığı belirlenmiş ve pediatri hekimlerinin ünvanı arttıkça bu konu hakkındaki bilgi düzeylerinin de arttığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan pediatri asistanlarının %32,4'ünün malpraktis kelimesinin kendisi için sadece “Hekimin beceri ve bilgi eksikliği sonucunda hastanın zarar görmesi” olarak ifade ettiklerini belirtirken pediatri uzmanlarının %57,6'sı, pediatri yandal asistanlarının %33,3'ü, pediatri yandal uzmanlarının %39,7'si, pediatri doçentlerinin %51,3'ü ve pediatri profesörlerinin %54,5'i için malpraktis kelimesini “Hekimin beceri ve bilgi eksikliği sonucunda hastanın zarar görmesi”, “Hekimin görevini ihmal etmesi sonucunda hastanın zarar görmesi” ve “Tanı ve tedavi sırasında standart uygulama yapmaması sonucunda hastanın zarar görmesi” olarak tanımladığı belirlenmiştir. Araştırmaya dahil olan pediatri hekimlerinin ünvanlarına göre malpraktis - komplikasyon ayırımına dair verdiği cevapların dağılımları incelendiğinde; 108 pediatri asistanının 72'sinin “Ortaya çıkan durumun, hekimin müdahalesinin beklenir bir sonucu olup olmamasına”, 191 pediatri uzmanının 112'sinin “Ortaya çıkan durumun, hekimin müdahalesinin beklenir bir sonucu olup olmamasına”, 42 pediatri yandal asistanının 32'sinin “Ortaya çıkan durumun, hekimin müdahalesinin beklenir bir sonucu olup olmamasına”, 73 pediatri yandal uzmanının 45'inin “Hekimin gerekli beceri, özen ve dikkati gösterip

göstermemesine”, 39 pediatri doçentinin 25’inin “Hekimin gerekli beceri, özen ve dikkati gösterip göstermemesine” ve 55 pediatri profesörünün 26’sının “Ortaya çıkan durumun, hekimin müdahalesinin beklenir bir sonucu olup olmamasına” göre malpraktis - komplikasyon ayırımının yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Aslında komplikasyon dışındaki tüm şıklar bu sorunun doğru yanıtını oluştururken, hekimlerin malpraktis kelimesine yükledikleri anlamın çok farklı olduğunu görmekteyiz. Yanlış bir yaklaşım olarak komplikasyon yanıtını veren hekim oranı %1 ile sınırlıydı.

Araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %41,7’sinin, pediatri uzmanlarının %39,3’ünün, pediatri yandal asistanlarının %45,2’sinin, pediatri yandal uzmanlarının %41’inin, pediatri doçentlerinin %41,0’inin ve pediatri profesörlerinin %49,1’inin suçun kanuni tanımındaki unsurlarını gerçekleştirebileceğini öngörmesine rağmen, kişinin bu fiili işlemini bilinçli taksir olarak tanımlamış ve soruya doğru cevap vermiştir. Araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %64,8’inin, pediatri uzmanlarının %55,0’inin, pediatri yandal asistanlarının %78,6’sının, pediatri yandal uzmanlarının %65,8’inin, pediatri doçentlerinin %64,1’inin ve pediatri profesörlerinin %72,7’sinin adli nitelik kazanmış tıbbi uygulama hataları mevcut hangi yasal düzenlemesinin TCK kapsamında ele alındığı belirtilmiş ve pediatri hekimleri soruya genel anlamda doğru cevap vermiştir. Araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %38,9’unun, pediatri uzmanlarının %41,9’unun, pediatri yandal asistanlarının %35,7’sinin, pediatri yandal uzmanlarının %52,1’inin, pediatri doçentlerinin %56,4’ünün ve pediatri profesörlerinin %50,9’unun tıbbi uygulama hataları nedeniyle açılan ceza davalarında görüşünün alınmasının zorunlu olduğu kurumun Adli Tıp Kurumu olduğu belirtilmiştir. Fakat buna rağmen bu sorunu doğru cevabı yüksek sağlık şurası iken yaklaşık %10’u bu soruyu doğru yanıtlamıştır. Bu sonuçlar, hekimlerin sağlık hukukunun bazı alanlarında daha kısıtlı bilgiye sahip olduklarını göstermiştir.

Araştırmaya dahil olan pediatri uzmanlarının %24,1’inin tıbbi malpraktis davaları ile bir hekimin mesleki hayatı boyunca karşılaşma oranı konusunda fikir belirtmezken pediatri asistanlarının %25,9’unun %76-100 arasında, pediatri yandal asistanlarının %33,3’ünün %0-10 arasında, pediatri yandal uzmanlarının %34,2’sinin %11-25 arasında, pediatri doçentlerinin %38,5’inin %0-10 arasında ve pediatri profesörlerinin %34,5’inin %0-10 arasında tıbbi malpraktis davaları ile bir hekimin mesleki hayatı boyunca karşılaşma oranı belirttikleri görülmüştür. Bu sonuçlar da hekimlerde kıdem arttıkça dava ile karşılaşma oranlarının daha düşük olacağına inandıklarını göstermiştir. Benzer şekilde hekimlerde kıdem arttıkça suçlu bulunma ihtimallerini azalacağı kanaatinde olmuşlardır.

Araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %59,3'ü, pediatri uzmanlarının %77,5'i, pediatri yandal asistanlarının %81,0'i, pediatri yandal uzmanlarının %80,8'i, pediatri doçentlerinin %82,1'i ve pediatri profesörlerinin %85,5'i hekimlerin yapacakları tüm tıbbi müdahaleler için hastalarını bizzat kendileri bilgilendirmek zorunda olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya dahil olan pediatri hekimlerinin ünvanlarına göre mevcut yasal düzenlemeler hakkında bilgilerini nereden edindikleri sorulduğunda çoğunluğu meslektaşlarından edindiğini, pediatri profesörlerinin ise önemli bir kısmının kongre ve sempozyum etkinliklerinden öğrendiği görülmüştür. Burada hekimlerin daha çok bilgilenebilmesi için kitle iletişim organları ya da Sağlık Bakanlığı eğitim kanalları aracılığıyla daha fazla çalışma yapılması gerektiği kanısına ulaşmaktayız. Bu sorunun da doğru yanıtı mesleki kıdemle doğru orantılı olarak arttığı görülmüştür.

Araştırmaya dahil olan pediatri hekimlerinin ünvanlarına göre eğitim gereksinimi dağılımları incelendiğinde; 108 pediatri asistanının 69'u "Kusur, zarar, komplikasyon" eğitimine ihtiyaç duyduğu, 191 pediatri uzmanının 134'ünün "Aydınlatılmış onam / ortak karar verme" eğitimine ihtiyaç duyduğu, 42 pediatri yandal asistanının 36'sının "Sistem ve yönetsel kusurlar" eğitimine ihtiyaç duyduğu, 73 pediatri yandal uzmanının 51'inin "Sistem ve yönetsel kusurlar" eğitimine ihtiyaç duyduğu, 39 pediatri doçentinin 30'unun "Sistem ve yönetsel kusurlar" eğitimine ihtiyaç duyduğu ve 55 pediatri profesörünün 42'sinin "Sistem ve yönetsel kusurlar" eğitimine ihtiyaç duyduğu görülmüştür.

Hekimlerin tıbbi malpraktis nedeni ile şikâyet/dava ile karşı karşıya kalma oranlarının yüksek olmasına karşın, ceza ve tazminat ile sonuçlanan malpraktis iddialarının oldukça az olduğu görülmektedir. Bu durumun hasta ve hasta yakınlarının tedavi sonuçlarını analiz ederken komplikasyon ve tıbbi malpraktis ayırımını yapamamaları ve tatmin edici olmayan tedavi sonuçlarını tıbbin hatalı uygulamaları olarak değerlendirme eğiliminde olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak çalışmamızda pediatri hekimlerinin tıbbi malpraktis alanındaki bilgi düzeylerinin bu alandaki diğer literatürle benzer şekilde düşük olduğunu saptadık. Bu yüzden tüm hekimlerin üniversiteler ve sağlık bakanlığı işbirliği içinde tıbbi malpraktis konusunda eğitim almalarının gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Malpraktis kaygı düzeyine ilişkin;

2000 yılında Franks ve arkadaşları tarafından 187 hekimle gerçekleştirilen çalışmada, hekimlerde malpraktis kaygısının yüksek olduğu ifade edilmiştir (195). Fiscella ve arkadaşlarının 2000 yılında 172 aile hekimi ile stajyer doktor üzerinden gerçekleştirdiği çalışmada, iki hekim grubunun da yüksek düzeyde malpraktis kaygısı taşıdığı sonucuna ulaşmıştır (196).

2001 yılında Benbassat ve arkadaşları kendi geliştirdikleri ölçeği kullanarak 82 uzman ve 72 asistan hekim ile malpraktis korkusunun değerlendirilmesi konusunda çalışma yapmıştır. Araştırma sonucunda hekimlerde malpraktis korkusunun yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (197). 2005 yılında Katz ve arkadaşlarının 33 acil uzman hekim ile gerçekleştirdiği çalışmada hekimlerin %43,7 oranında düşük seviyede malpraktis korkusuna sahip olduğu görülmüştür (198).

2008 yılında Reed ve arkadaşlarının 270 hekim ile gerçekleştirdikleri çalışmada, hekimlerde malpraktis korkusu yüksek düzeydedir (199). 2017 yılında Reschovsky ve Saiontz-Martinez'in 3201 hekim ile gerçekleştirdiği çalışmada yine hekimlerde malpraktis korkusunu üst düzeyde saptamıştır. 2010 yılında Carrier ve ark. 4720 hekim ile yaptığı çalışmada malpraktis kaygısı oranı %67,7 olarak bulunmuş, pediatri hekimlerinde ise bu oran %62.5 olarak tespit edilmiştir (199).

Bizim çalışmamız kapsamında elde edilen bulgulara göre hekimlerin malpraktis endişesi yüksek seviyede bulunmuştur. Sorduğumuz sorulardan, 'hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu' sorusuna %71.1 evet olarak cevap verilmiştir. Benzer bir diğer soru olan 'tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz için endişe oluşturuyor mu' sorusunu hekimlerin %86,2'si evet olarak cevaplamıştır. 'Tıbbi malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi' sorusuna %71.3 evet olarak cevap verildiği saptanmıştır.

Malpraktis kaygısına katkıda bulunan diğer faktörlerin araştırıldığı Carrier ve arkadaşlarının yaptığı bir anket çalışmasında, doktorların çalışma yılları arttıkça ve kıdem derecesi arttıkça malpraktis endişesi oranlarının azaldığı gözlenmiştir (200). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hekimlik yaptığı süre ve kıdem dereceleri arttıkça malpraktis kaygılarının azaldığı görülmüştür. Hekimlerin günlük hasta yoğunluğu, metropol illerde çalışmaları ve cinsiyetlerinin kaygıyı etkileyip etkilemediğini araştırdığımızda çalışmamızda hekimlerin günlük baktığı hasta sayısı arttıkça kaygılarının da arttığı görülmüştür. Metropol illerde çalışma ve cinsiyetin kaygı düzeyinde değişikliğe yol açmadığı saptanmıştır.

Hekimlerin tıbbi hata sebeplerinin araştırıldığı bir çalışmada, Top ve arkadaşları 2008 yılında yaptığı çalışmada çalışma şartlarını tıbbi uygulama hatasına belirgin katkısı olan faktör olarak bulmuştur (135). Canatan ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmasında ise yoğun iş yükü sağlık çalışanları tarafından en çok tıbbi uygulama hatasına neden olan faktör olarak görülmüştür (201). Robblee ve Nicklin'in 2002 yılında yaptığı çalışmasında tıbbi uygulama hatalarına neden olan başlıca sebepler; yetersiz sayıda hemşire, aşırı çalışma, stres ve yorgunluk olarak belirlenmiştir (202). Menachemi ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları araştırmasında ise diğerlerinden farklı olarak tıbbi uygulama hatası oluşumunda temel faktörlerin hekimlerin bilgi seviyelerinden kaynaklandığı, yorgunluğun ise 4. sırada kaldığını belirtmiştir (203). Çalışmamız kapsamında pediatri hekimlerine yönelik yaptığımız anket çalışmasında, 'Pediatri polikliniğinizde günde kaç hasta muayene ediyorsunuz' sorusuna hekimlerin %71.8'i 20 hastadan fazla baktığını beyan etmiştir. Aynı zamanda pediatri hekimliği çocuk acil sebebi ile 36 saat kadar nöbeti olan bir bölüm olduğu göz önünde bulundurulunca ve literatürdeki kaynaklar tıbbi hata oluşumuna en yüksek oranda etki eden boyutun "kısa zamanda çok hasta muayene etme çabası, stres ve yorgunluk" ifadeleri yer aldığından pediatri hekimlerinin daha çok stres altında olması kaçınılmazdır. Aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü verileri değerlendirildiğinde Türkiye'de her 10.000 nüfusa 17 hekim düşerken, bu oran ABD'nde 26'dır (DSÖ, 2019). Diğer bir ifadeyle Türkiye'de hekim sayısının standartların altında olması ve aile başına düşen çocuk sayısının göreceli olarak fazla olması pediatri hekimlerinin iş yüklerini artırmakta ve mevcut hasta yoğunluğunu karşılamada ekstra çaba sarf etmelerine neden olmaktadır. Bu yoğunluğun stres ve yorgunluğa dönüşerek ciddi hataların yapılmasına kaynak olduğu düşünülmektedir.

Bilindiği üzere insanların bilmedikleri konular hakkındaki kaygı düzeyleri daha yüksektir. Biz de çalışmamızda malpraktis konusunda bilgi düzeylerinin düşük olduğunu beyan edenlerin kaygı düzeylerinin daha fazla olduğunu saptadık.

2010 yılında Carrier ve arkadaşlarının, 2008 yılında ise Reed ve arkadaşlarının çalışmalarında medikolegal yaklaşımla ilgili sorulan sorularda "Teşhis koyarken teknolojik testlerden ziyade klinik yargıya güvenmek medikolegal açıdan artık belirgin riskli olmaya başlamıştır" ifadesi en yüksek ortalamaya sahip yaklaşım olarak öne çıkmıştır (199,200). Carrier ve arkadaşlarının çalışmasında tüm hekimlerin %62'si, pediatristlerin ise %50,8'i defansif tıp uyguladıklarını beyan etmişlerdir. Bizim çalışmamızda da 'Hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu' sorusuna %71.1 oranında evet yanıtı alınmıştır. 'Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi' sorusuna ise %

41.4 oranında evet yanıtını aldık. Literatürdeki kaynaklar ve bizim çalışmamızda da görüldüğü üzere genel olarak hekimlerin tıbbi malpraktis endişesi yüksektir. Bu endişede hekimleri daha garantici ve savunmacı davranmaya, daha fazla gereksiz test ve daha fazla sevk yapmaya yönlendirmektedir. Bu durum da sağlık sistemi üzerindeki mali yükü artırmaktadır.

Malpraktis iddiaları karşısında öneriler;

Araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %75,9'unda, pediatri uzmanlarının %71,2'sinde, pediatri yandal asistanlarının %85,7'sinde, pediatri yandal uzmanlarının %71,2'sinde, pediatri doçentlerinin %56,4'ünde ve pediatri profesörlerinin %60,0'ında malpraktis davaları konusunda yardım alacağı birilerinin olduğu görülmüştür. Pediatri hekimlerinin % 95,7'si sağlık bakanlığından tıbbi malpraktis konusunda yardım alabileceği bir kaynağa ihtiyaç duyduğunu belirtmektedir. Araştırmaya dahil olan pediatri asistanlarının %56,5'i, pediatri uzmanlarının %50,8'i, pediatri yandal asistanlarının %42,9'u, pediatri yandal uzmanlarının %60,3'ü, pediatri doçentlerinin %69,2'si ve pediatri profesörlerinin %58,2'si hekimlere verilen tıbbi eğitimin, malpraktisi önlemek/azaltmak açısından yeterli olmadığını belirttiği ortaya çıkmıştır. Pediatri hekimlerinin %98,6'sı tıp eğitimin içinde malpraktis eğitimine detaylı yer verilmesi gerektiğine inanmaktadır.

Çalışmamın kısıtlı yönleri

1. Çalışma sadece pediatri hekimlerine yönelik uygulandığından diğer branşlarda çalışan hekimlerle karşılaştırma yapılamamıştır.
2. Anket çalışması Kovid-19 önlemleri kapsamında yüz yüze yapılamadı. Çevrimiçi pediatrik platformlara anket gönderilerek veriler toplanabildi. İsim yazma zorunluluğu olmadığından aynı kişinin birden fazla anket doldurup doldurmadığını saptayamadık.
3. Örneklem basit rastgele yöntemle oluşturulduğundan dolayı analiz sonuçlarımız tüm Türkiye genelini yansıtmamaktadır.
4. Ölçeklendirme kullanmadığımız için bazı karşılaştırmalarımız yeterli güçte olmamıştır.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Özellikle son yıllarda insanlar hak arama eğilimlerindeki artışla beraber malpraktis davası sayısında belirgin bir artış olmuştur. Hekimlere karşı açılan tıbbi malpraktis davalarının çok az bir kesimi tazminat veya ceza ile sonuçlanmasına rağmen, şikâyet ve dava süreçleri hekimlerde ciddi bir malpraktis kaygısı neden olmaktadır. Oluşan bu kaygıda hekimlerin hastaya sunduğu tedavi yaklaşımlarından, psikolojik durumlarından, tıpta uzmanlık alan seçimine kadar geniş bir alanda sonuç bulmaktadır. Malpraktis iddia ve şikâyetlerinin en önemli nedeni yanlış tıbbi uygulamalardan kaynaklanmaktadır. Bu bulgulardan yola çıkarak hekimlerin tıbbi malpraktis bilgi seviyelerinin, malpraktis kaygılarının, cinsiyet, yasadıkları şehrin metropol yada diğer iller olması, mesleki kıdem, çalışma yılı ve baktığı hasta sayısı gibi faktörlerden etkilenip etkilenmediği mevcut hipotezler ışığında analiz edildi. Araştırmanın evrenini Türkiye'deki pediatri hekimleri olarak belirledik ve 508 tane pediatri hekimine ulaşılarak veriler toplandı.

Araştırmanın amacına uygun olarak geliştirilen hipotezleri test etmek için yapılan analizler sonucunda elde edilen bulguların literatür kapsamında değerlendirilmesiyle aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Hekimler veya tanıdıkları meslektaşlar, sıklıkla tıbbi malpraktis davaları ile karşı karşıya kalmaktadır.
- Pediatri hekimlerinin büyük bir çoğunluğunun tıbbi malpraktis kaygısı yüksek bulunmuştur.
-
- Tıbbi malpraktis kaygısı kıdem azaldıkça artmaktadır.
- Tıbbi malpraktiskaygısı, bakılan hasta sayısı arttıkça artmaktadır.
- Diğer iller (perifer) pediatristler, İstanbul, Ankara, İzmir'e göre daha fazla hasta muayene etmektedir. Üç büyük ildeki pediatristler periferdeki illerde çalışan pediatri hekimlerine göre daha fazla oranda son bir sene içinde malpraktis eğitimi almıştır
- Tıbbi malpraktis kaygısı metropol illerinde diğer illerine göre daha az gözlenmektedir.
- Tıbbi malpraktis kaygısı çalışma yılı arttıkça azalmaktadır.
- Tıbbi Malpraktis kaygısı meslekiünvan arttıkça azalmaktadır.

- Pediatri hekimlerinin % 95.7'si sağlık bakanlığından tıbbı malpraktis konusunda yardım alabileceği bir kaynağa gereksinim duymaktadır.
- Pediatri hekimlerinin %98.6'sı tıp eğitiminin içinde tıbbı malpraktis eğitimine detaylı yer verilmesi gerektiğine inanmaktadır.

ÖNERİLER

Türkiye'de tıbbi uygulama hatalarının sebeplerinive defansif tıp yaklaşımının maliyetine yönelik kapsamlı araştırmaların yapılması gerektiğini önermekteyiz. Bu tür araştırmaların sonuçlarının ihtiyaç duyulan sağlık politikalarına doğru yol gösterebileceğini düşünmekteyiz

Çalışmamıza katılan hekimlerin sadece %17.7'si son 3 yıl içinde tıbbi malpraktise yönelik eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Buradan hareketle hekimlerin büyük bir kısmının tıbbi uygulama hataları yönünden bilgi seviyesi yetersiz olduğunu düşünmekteyiz.Bu açıdan pediatri hekimleri dahil tüm hekimlere tıbbi malpraktise yönelik sağlık bakanlığınca düzenli olarakbroşür dağıtılması, seminer,uygulamalı eğitim ve konferansların düzenlenmesi ve özellikle bu tür eğitimlerde bu konuda yeterli birikime sahip hukukçu hekimlerden destek alınmasını önermekteyiz. Mezuniyet öncesi tıp eğitimini kapsamında da tıbbi malpraktis eğitimine gerek olduğunu düşünmekteyiz.

Tıbbi malpraktis davalarına en çok konu olan alanlardan biri aydınlatılmış onamdır. Hastalara yapılacak tanı ve tedavi işlemlerine yönelik hasta ve hasta yakınlarından onam alırkenpediatrik hastanın mümkünse hem anne hem de babadan ayrı ayrı uygulanacak tıbbi girişimin doğasında olan riskler detaylı bir şekilde anlatılmalı ve olası riskleri anladıklarından emin olunmalıdır.Bu sayede malpraktis şikâyet ve davalarına maruz kalma ihtimali azaltma olanağı sağlanabilir.

Vakaların tanı ve tedavilerine karar verirken yapılan işlemin tatmini ile güncel Tıbbi Uygulama Rehberlerine uygunluğu,yapılan işlemin zaruri tıbbi endikasyonu olup olmadığı, hastanın mortalite ve morbiditesinin olup olmaması gibi durumlar dikkatlice göz önüne alınmalı,gerekirse vakanın bir üst derece kuruma sevki planlanmalıdır.

Malpraktis dava ve şikâyet sürecinde sigorta ve bu alanda tecrübesi olan hukukçulardan yardım alınmalıdır. Hekimlerin tıp hukuku alanındaki bilgilendirme ve eğitim programlarına katılımı sağlanmalıdır.

Pediatri hekimlerinin günlük çalışma şartları ve nöbet şartlarının iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılması ve mümkünse daha kabul edilebilir sayıda hasta bakılacak

şekilde randevu sisteminin revize edilmesi, yardımcı personel görevlendirilerek hekimin iş yükünün azaltılması, nöbet sonrası izin verilmesi gibi düzenlemelerle hekimlerin çalışma şartlarının iyileştirilmesini önermekteyiz.

Bundan sonra tıbbi malpraktis konusuna yönelik araştırma yapmayı düşünen araştırmacılara çalışmalarını planlarken aşağıdaki hususları göz önüne almalarını önermekteyiz:

- Malpraktis kaygısından kaynaklı defansif tıp yaklaşımının neden olduğu maliyetlere yönelik literatürde çalışmalar mevcut iken ülkemizde böyle bir çalışma bulunmamaktadır. Malpraktis kaygısının en önemli sonuçlarından defansif tıbbın Türkiye sağlık sistemi üzerindeki mali yükünün incelenmesi önem oluşturmaktadır.

- Tıpta uzmanlık öğrencilerinin tıbbi malpraktis kaygılarının alan seçimi üzerindeki etkilerinin araştırılmasını önermekteyiz.

- Uluslararası literatürde hekimlerin malpraktis korkularının tıbbi yaklaşımlarına yönelik etkilerini inceleyen çalışmalar mevcut olmasına rağmen, bu konuda ülkemizde kısıtlı sayıda çalışma vardır. Bu alanda daha detaylı çalışmaların yapılabileceğini düşünmekteyiz.



KAYNAKLAR

1. Leape, L. L. (1994). *Error in medicine*. JAMA, 272(23), 1851-1857.
2. Kohn, L. T., Corrigan, J. M. ve Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America: Washington, DC: National Academy Press.
3. Goodman, J. C., Villarreal, P. ve Jones, B. (2011). *The social cost of adverse medical events, and what we can do about it*. Health Affairs, 30(4), 590- 595.
4. Barlıoğlu, H. C. (2018). *Defansif tıp unsuru olarak tıbbi malpraktis*. (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Ana Bilim Dalı, Gaziantep.
5. Hauser, M. J., Commons, M. L., Bursztajn, H. J. ve Gutheil, T. G. (1991). *Fear of malpractice liability and its role in clinical decision making* Decision Making in Psychiatry and The Law (pp. 209-226). US: Williams & Wilkins Co.
6. Hershey, N. (1972). *The defensive practice of medicine: myth or reality*. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 50(1), 69-97.
7. Kırtıçoğlu, M. (2018). *Yargıtay'da 2010-2017 yılları arasında karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) dava kararlarının değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi)*, T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana.
8. Tümer, A. R. (2002). *1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi vakalarının komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması. (Tıpta Uzmanlık)*, T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara.
9. Kristiansen, I. S., Førde, O. H., Aasland, O., Hotvedt, R., Johnsen, R. ve Førde, R. (2001). *Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial*. The Lancet, 357(9264), 1258- 1261.
10. Reed, D. A., Windish, D. M., Levine, R. B., Kravet, S. J., Wolfe, L. ve Wright, S. M. (2008). *Do fears of malpractice litigation influence teaching behaviors?* Teaching and Learning in Medicine, 20(3), 205-211.
11. Summerton, N. (1995). *Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners*. BMJ, 310(6971), 27-29.

12. Vandersteegen, T., Marneffe, W. ve Vandijck, D. (2015). *Defensive medicine: implications for clinical practice, patients and healthcare policy*. Acta Clinica Belgica, 70(6), 396-397
13. Öhman, A. (2008). *Fear and anxiety. Overlaps and dissociations Handbook of Emotions Third Edition Edited (pp. 709)*: The Guilford Press New York, London.
14. İnceoğlu, M. (2011). *Tutum-algı iletişim: Siyasal Kitabevi*.
15. McDougall, W. (2001). *An introduction to social psychology*. Kitchener, Ontario.: Batoche Books.
16. Bay, E. J. ve Algase, D. L. (1999). *Fear and anxiety: A simultaneous concept analysis*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 10(3), 103-111.
17. Bakan, İ. ve İlker, K. (2012). *Kurumsal açıdan algı ve algı yönetimi*. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2(1), 19-34.
18. Pickens, J. (2011). *Attitudes and perceptions*. In N. Borkowski (Ed.), *Organizational Behavior in Health Care*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers (pp. 43-75). Canada: Jones and Barlett Publishers, LLC.
19. Witte, K. (1996). *Fear as motivator, fear as inhibitor: Using the extended parallel process model to explain fear appeal successes and failures Handbook of Communication and Emotion (pp. 423-450)*: Elsevier.
20. DeWolfe, A. S. ve Governale, C. N. (1964). *Fear and attitude change*. The Journal of Abnormal and Social Psychology, 69(1), 119-123.
21. Janis, I. L. ve Feshbach, S. (1953). *Effects of fear-arousing communications*. The Journal of Abnormal and Social Psychology, 48(1), 78-92.
22. Leventhal, H., Singer, R. ve Jones, S. (1965). *Effects of fear and specificity of recommendation upon attitudes and behavior*. Journal of Personality and Social Psychology, 2(1), 20-29.
23. Maddux, J. E. ve Rogers, R. W. (1983). *Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change*. Journal of Experimental Social Psychology, 19(5), 469-479.
24. Christensen, J. F., Levinson, W. ve Dunn, P. M. (1992). *The heart of darkness. The impact of perceived mistakes on physicians*. Journal of General Internal Medicine, 7(4), 424-431.
25. Fiscella, K., Franks, P., Zwanziger, J., Mooney, C., Sorbero, M. ve Williams, G. C. (2000). *Risk aversion and costs*. Journal of Family Practice, 49(1), 12- 18.

26. Franks, P., Williams, G. C., Zwanziger, J., Mooney, C. ve Sorbero, M. (2000). *Why do physicians vary so widely in their referral rates?* Journal of General Internal Medicine, 15(3), 163-168.
27. Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. ve Studdert, D. (2010). *National costs of the medical liability system.* Health Affairs (Project Hope), 29(9), 1569- 1577.
28. Aydaş, S. (2014). *Hekimlerde malpraktis kaynaklı defansif tıp davranışları.* (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
29. Başer, A., Kolcu, M. İ. B., Kolcu, G. ve Balcı, U. G. (2014). *Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği: Ön çalışma.* Tepecik Eğitim Hast Derg., 24 (2), 99-102.
30. Solaroglu, I., Izci, Y., Yeter, H. G., Metin, M. M. ve Keles, G. E. (2014). *Health transformation project and defensive medicine practice among neurosurgeons in Turkey.* PloS one, 9(10), e111446.
31. Gökşen, Ö. (2014). *Defansif tıp ve tıbbi malpraktis uygulamalarının hukuki boyutu, çözüm önerileri ve mesleki sorumluluk sigortası.* (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
32. Odabaşı, A. B. ve Tümer, A. R. (2006). *Çekinik (Defansif) hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun uygulanma aşamasında toplumu bekleyen tehlike.* Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), 15(4), 55-59.
33. Selçuk, M. (2015). *Çekinik (Defansif) Tıp.* (Yüksek Lisans Tezi), T.C. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Bilim Dalı, İzmir.
34. Bates, J. E., Phelps, C. ve Johnson, C. W. (2003). *The physician's perception of medical error and its application to the development of an educational training tool.* Paper presented at the AMIA Annual Symposium Proceedings.
35. Güleç, D. (2012). *Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi.* (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
36. Kıymaz, D. (2015). *Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ve tutumlarını etkileyen faktörler.* (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun.
37. Menachemi, N., Shewchuk, R. M., O'connor, S. J., Berner, E. S. ve Allison, J. J. (2005). *Perceptions of medical errors by internal medicine residents: Development and validation of a new scale.* Quality Management in Healthcare, 14(3), 144-154.

38. Muller, D. ve Ornstein, K. (2007). *Perceptions of and attitudes towards medical errors among medical trainees*. Medical Education, 41(7), 645-652.
39. Saygın, T. ve Keklik, B. (2014). *Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma: Isparta İli örneği*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 17(2).
40. Ahmet Taşkın, *Organ ve Doku Nakillerinde Hekimin Cezai Sorumluluğu*, Ankara: Adil Yayınevi, 1997, s. 132.
41. Çetin Aşcıoğlu, *Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar*, Ankara: Tek Işık Ofset Tesisleri, 1993, s. 1.
42. Taşkın, Ahmet, *Organ ve Doku Nakillerinde Hekimin Cezai Sorumluluğu*, Ankara: Adil Yayınevi, 1997.
43. <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 30.08.2020.
44. Bayraktar K. *Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu*, 1.Baskı. İstanbul: Sermet Matbaası, 1972:28.
45. Illich, I., I. K.-Zola, J.-McKnight, J.-Caplan, H.-Shaiken, (1994). *Profesyoneller İktidarı*, , Çev: Cevdet Cerit, İstanbul, Pınar Yayınları.
46. Foucault, M., (2002). *Kliniğin Doğuşu*, Çev: İnci Uysal, Ankara, Epos Yayınları.
47. “The World Medical Association Inc 28, Avenue Des Alpes 01210 Fernevolet-Fransa” -Dünya Tabip Birliği Rancho Mirage Bildirgesi Tıp Eğitimi, Aktaran; Füsün Sayek (Haz) Sağlıklı İlgili, Uluslararası Belgeler, Dünya Tabipler Birliği Avrupa Konseyi Birleşmiş Milletler Unesco Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, Ankara; Tisamat Yayınları, 1998, s. 73.
48. Peter Schmucker, “Anesteziyolojide Etik”, Çev. Arın Namal, Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2000, s. 87.
49. Nevzat Eren, *Sağlık Çıkmazı” Hekim ve Yaşam*, Sayı 8, Eylül / Ekim 1999 s. 40.
50. Özbenli, Taner, “*Hekim Hakları” Etik Bunun Neresinde*, Funda Matbaacılık, Ankara Tabip Odası Yayını, Ekim 1997.
51. Lösch, M.Günter : “*Plastik Cerrahide Sistemik ve Etik*”, çev. Arın Namal, Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2000, s. 221-225.
52. M.Günter Lösch,: “*Plastik Cerrahide Sistemik ve Etik*”, Çev. Arın Namal, Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2000, s. 221.
53. Hancı, İ. Hamit, *Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları Tıp ve Sağlık Hukuku*, 2. Baskı, İzmir: Toprak Ofset Matbaacılık, 1999.
54. Karakuzu, İlbaşı, *Türk Sağlık Mevzuatı*, İstanbul:Yasa yayınları, 1996.

55. Aşcıoğlu, Çetin, *Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar*, Ankara: Tek Işık Ofset Tesisleri, 1993.
56. Özbenli, Taner, “*Hekim Hakları*” *Etik Bunun Neresinde*, Funda Matbaacılık, Ankara Tabib Odası Yayını, Ekim 1997.
57. İ.HamitHancı, “*Hekim Hakları*” (Çevrimiçi) <http://www.med.ege.edu.tr/~hanci/hekmhak.html>, 25.09.1999.
58. Büken, Nüket Örnek, “*Hasta Hakları Bağlamında Hekim Hataları*” *III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri*, Ankara: Biyoetik Derneği yayınları, 1998, s. 48-50.
59. Okuyan Kemal, *Toplum ve Hekim Dergisinin 20.Yılı Etkinlikleri Çerçevesinde Düzenlenen Yuvarlak Masa Toplantısı: “Yayıncılık ve Toplumsallaşma” aktaran Toplum ve Hekim*, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayın Organı, Cilt. 14, Sayı 7 (Ocak – Şubat 1999), s. 12.
60. Türk Tabipler Birliği, Etik Kurulu Görüşleri, “*Sağlığa Yönelik Televizyon Programlarında Hekim-Hasta İlişkileri Hakkında Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu Görüşü*” Ankara, Haziran 1998 s. 57.
61. Kılınç Bülent, *Toplum ve Hekim Dergisinin 20.Yılı Etkinlikleri Çerçevesinde Düzenlenen Yuvarlak Masa Toplantısı: “Yayıncılık ve Toplumsallaşma” aktaran Toplum ve Hekim*, Ankara:Türk Tabipler Birliği Yayın Organı, Cilt. 14, Sayı 7 (Ocak – Şubat 1999), s. 10.
62. Zuhale Amato, Semih Semin. Murat Civaner, Yücel Demiral, “*Bilim, Araştırma ve Etik*” *III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri*, Ankara: Biyoetik Derneği Yayınları, 1998. s.11.
63. Amato, Zuhale, Semih Semin, Murat Civaner, Yücel Demiral, “*Bilim, Araştırma ve Etik*” *III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri*, Ankara: Biyoetik Derneği Yayınları, 1998. s.11-12.
64. Sütlaş, Mustafa, *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*, İstanbul, Yayınevi: Çivi Yazıları, Berdan Matbaası, 2000.
65. Earl W. Campbell, JR and Christopher K. Lynn.Clinical Methods: *The History, Physical, and Laboratory Examinations*. 3rd edition. Chapter 4.
66. Robbins JA, Bertakis KD, Helms L, Azari R, Callahan E J, Cretan DA. *The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction*. Fam Med. 1993;25:17–20.
67. Collins KS, Schoen C, Sandman DR. New York, NY: *The Commonwealth Fund*; 1997. The Commonwealth Fund Survey of Physician Experiences with Managed Care.
68. Robbins JA, Bertakis KD, Helms L, Azari R, Callahan E J, Cretan DA. *The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction*. Fam Med. 1993;25:17–20.

69. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE. *Characteristics of physicians with participatory decision-making styles*. Ann Intern Med. 1996;124:497–504.
70. Like R, Zyzanski SJ. *Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants*. Soc Sci Med. 1987;24:351–7.
71. Ridsdale L, Carruthers M, Morris R, Ridsdale J. *Study of time availability on the consultation*. J R Coll Gen Pract. 1989;39:488–91.
72. Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO. *The “five minute” consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction*. BMJ. 1986;292:870–3.
73. Klaus Kruse, “*Pediatride Etik Sorunlar*”, Çev. Arın Namal, Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2000, s. 135.
74. Aşcıoğlu, Çetin, *Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar*, Ankara: Tek Işık Ofset Tesisleri, 1993.
75. Bakanlar Kurulu Kararının Tarihi: 14/11/1983, No:83/7395.
76. <http://www.istabip.org.tr/yasa/rahim.html> Erişim Tarihi: 28.10.2020.
77. Türk Tabipler Birliği, Etik Kurulu Görüşleri “*Acil Olaylarda Sağlık Hizmeti Veren Ambulans Hekimleriyle İlgili Görüş*” Ankara, Haziran 1998, s. 63.
78. Bkz: <https://pediatrics.aappublications.org/content/135/4/780#:~:text=Pediatrics%20is%20the%20specialty%20of,of%20acute%20and%20chronic%20diseases.,> Erişim: 01.09.2020.
79. Oğuz NY. *Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi*. Tıbbi Etik 1995; 3(2-3): 59-65.
80. Örs Y. *Geçmişte ve günümüzde hekim-hasta ilişkisi*. Tıp Dünyası 1975; 48(6): 224-30.
81. Hardoff D, Schonmann S. *Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients*. Med Educ 2001; 35(3): 206-10.
82. Koch E, Turgut T. *Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri: bir bakış*. Türk Psikiyatri Derg 2004; 15(1): 64-9.
83. Çobanoğlu N. *Hasta yönetimi ve hekim-hasta ilişkisinde özerklik sorunu (Uzmanlık Tezi)*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2000.
84. Lazaro J. *Doctors’ status: changes in the past millenium*. Lancet 2000; 354: 17.
85. Emanuel EJ, Emanuel LL. *Four models of the physicianpatient relationship*. JAMA 1992; 267(16): 2221-6.
86. Erdemir AD, Elçioğlu ÖŞ. *Tıp etiği ışığında hasta-hekim hakları*, Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 2000.
87. Belek İ. Vd.; *Türkiye İçin Sağlık Tezi*, Sorun Yay., İstanbul, 1998, s.25.

88. Patricia Potter ve Anne Perry, *Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice*, Third Edition, Mosby Year Book, 1993, s. 39.
89. M. Hulki Uz, “Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü’nün Tanımı Üzerine Düşünceler”, Yeni Türkiye, Sayı. 39, Sağlık Özel Sayısı, Mayıs-Haziran 2001, s. 321-322.
90. Halbert L. Dunn, “High Level Wellness for Man and Society”, American Journal of Public Health, Vol. 49, No. 6, 1959, s. 788.
91. Ivan Illich, *Sağlığın Gasplı*, Ayrıntı Yay., İstanbul, 1995, s. 190.
92. Perihan Velioğlu, *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, Alaş Ofset, 1999, İstanbul, s. 85.
93. Ray M. Fitzpatrick, “Society and Changing Patterns of Disease”, Edit. Graham Scambler, *Sociology as Applied to Medicine*, Bailliere Tindall, Kent, 1991, s.4, 5.
94. M. Orhan Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997, s. 2.
95. İnci Erefe ve Diğerleri, “Tıbbın Tarihsel Gelişimi İçinde Halk Sağlığı Kavramı”, Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir, 1996, s. 2.
96. Laura Abrams ve Colleen Cook Stormer, “Sociocultural Variations in The Body Image Perceptions of Urban Adolescent Females”, Journal of Youth and Adolescence, 2002; 31(2): 443-450.
97. Thomas Cash, *The Psychology of Physical Appearance: Aesthetics, Attributes, and Images*, Guilford Press, 1990; aktaran Sarah Grogan, *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction In Men, Women And Children*, International Universities Press, New York, 1999, s. 2.
98. Ayla Özhan Dedeoğlu, ve İpek Savaşçı. “Tüketim kültüründe beden güzelliği ve yemek yeme arzuları: kadınların tüketim pratiklerine yansımaları”, Ege Akademik Bakış Dergisi, 2005; 5(1): 77-87.
99. Aysel Günindi Ersöz, “Tüketim toplumunda ‘sıfır beden’ söylemi: neden ve sonuçları üzerine sosyolojik bir değerlendirme”, Edebiyat Fakültesi Dergisi, 2010; 27(2): 37-53.
100. Dilek Aslan “Beden algısı ile ilgili sorunların oluşturabileceği beslenme sorunları”, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara, 2004; 13(9): 316-329.
101. Robert Newell ve Isaac Marks, “Phobic nature of social difficulty in facially disfigured people”, British Journal Of Psychiatry, 2000; 176(2): 177-181.

102. İpekyüz, Filiz Yavuz (2006). *Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi*. İstanbul: Vedat Kitapçılık Basım Yayım Dağıtım.
103. McGowan, Claire (2012). “*Patients’ confidentiality*”. *Critical Care Nurse* 32(5): 61–64.
104. Şen, Yusuf (2015). “*İslâm Hukukuna Göre Sağlık Hizmetlerinde Mahremiyet Hakkı*”. *Ekev Akademi Dergisi* 19 (61): 425-450.
105. Kavuncubaşı, Şahin, Yıldırım, Selami (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. 3. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
106. Sağlık Bakanlığı (2005). *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
107. Rybowski, Lise (1998). *Protecting the Confidentiality of Health Information*. The George Washington University.
108. Hiatt H. Medical malpractice. *Bull N Y Acad Med* 1992;68: 254-260.
109. Kim YK. *Complications and medicolegal problems*. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2014;40:259.
110. Çetin G. *Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi- Tıbbi malpraktis*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi 48. İstanbul, 2-3 Şubat 2006:21-42.
111. Shapiro S. A., McGarity T. O., Vidargas N. W. and Goodwin J. (2012) *The Truth About Torts: Defensive Medicine and the Unsupported Case for Medical Malpractice'Reform'*. <http://www.progressivereform.org/articles/MedMalMyths1203.pdf> (Erişim Tarihi: 20.12.2020)
112. Koç, S. (2007). *Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumluluğu*. *Türkderm*, 41,33-38.
113. Çelik, F. (2013). *Komplikasyon*. S.Akyıldız (Haz.).Tıp Hukuku Atölyesi (s. 77- 104). Ankara: Seçkin Yayınları.
114. Aşcıoğlu, Ç. (1993). *Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Doktorların Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu (Cezai Ve Hukuki)*. Ankara: Tekışık Ofset.
115. Karaoğlu N, Şeker M, Kara F, Okka B. *Knowledge of New Entrant Medical Students About Medical Errors in Selçuk University: An Educational Perspective*. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008;28(5):663-671.

116. Hancı İH. *Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu*: I. Baskı, Seçkin yayıncılık, 2002, Ankara.
117. Mc Intyre N, Popper K. *The critical attitude in medicine: the need for a new ethics*, Br. Med. J., 1983;287: 1919-23.
118. İstanbul Tabip Odası. *Nöbet ertesi dinlenme hakkı ve nöbet ücretleri hukuki değerlendirme*, <https://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/drer.pdf>, Erişim 16.20.2020.
119. Ambady N, LaPlante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinson W. *Surgeon's tone of voice: a clue to malpractice history*, Surgery, 2002;132:5-9.
120. Hakeri H. *Tıp Hukuku*. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2012.
121. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. *Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review*. JAMA 2002;288:765–64.
122. Özkara E, Hancı H. *Türkiye'de Nöroşirurjinin Yasal Sorumlulukları ve Medikolegal Sorunları*. Türk Nöroşirurji Dergisi. 2003;13:213-20.
123. Polat O. Pakiş Işıl, *Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu*, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2011(2):119-125.
124. Koç S. Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekimlerin Sorumluluğu. TürkDerm. 2007;41:33-8.
125. Ersoy Y. *Tıbbi Hatanın Hukuki ve Cezai Sonuçları*. TBB Dergisi 2004;(53): 161-190.
126. Polat O. *Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları*, I. Baskı, Seçkin Yayıncılık, 2005, Ankara.
127. MEB, Anestezi ve Reanimasyon. *Anestezi komplikasyonları* [Internet] http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Anestezi%20Komplikasyonları.pdf Erişim: 16.12.2020.
128. Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Ameliyathane Kılavuzu [Internet] <https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/65797> Erişim: 17.12.2020.
129. Çetin G, Yorulmaz C. *Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi*. İstanbul, 2006.
130. İnce H, İnce N, Özyıldırım BA, Safran N. *Hatalı tıbbi uygulama ve korunma yolları*. İst Tıp Fak Derg 2005;68:123-7.
131. Blendon, R.J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E. et al. (2002). *Views Of Practicing Physicians And The Public On Medical Errors*. New England Journal Of Medicine, 347, 1933–1940.

132. Mikkelsen, T. H., Sokolowski, I., Olesen, F. (2006). *General Practitioners' Attitudes Toward Reporting and Learning From Adverse Events: Results From A Survey*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 24(1), 27- 32.
133. Garbutt, J., Brownstein, D. R., Klein, E. J., Waterman, A., Krauss, M. J., Marcuse, E. K. et al. (2007). *Reporting And Disclosing Medical Errors: Pediatricians' Attitudes And Behaviors*. Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine, 161(2), 179-185.
134. Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H. And Rosenthal, G. E. (2008). *Reporting Medical Errors to Improve Patient Safety: A Survey Of Physicians in Teaching Hospitals*. Archives Of Internal Medicine, 168(1), 40-46.
135. Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., Çimen, S. (2008). *Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2), 161-200.
136. Uğrak, U. (2019). *Hekimlerin Tıbbi Hata Algı Ve Tutumları İle Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
137. Yöyler, F. (2019). *Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata Farkındalıkları İle Raporlama Durumları Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
138. https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=b6b3bd8a-c9e0-11e7-8a71-159198489f44, Erişim tarihi: 23.12.2020.
139. Kumar, P. (2010). *The Myth of Inexpensive Defensive Medicine*, Health Affairs, 29(11), 2126.
140. Scarman, L. (1985). “*Sidaway and Bethlem Royal Hospital Governors*”, House of Lords, 643.
141. Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., vd. (2005). “*Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment*”, JAMA Internal Medicine, 293(21), 2609-2617.
142. The Physicians Foundation. 2016. *2016 Survey of America's Physicians Practice Patterns Perspectives*. September. Available from: [https://physiciansfoundation.org/wpcontent/uploads/2018/01/Biennial Physician Survey 2016.pdf](https://physiciansfoundation.org/wpcontent/uploads/2018/01/Biennial_Physician_Survey_2016.pdf).
143. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. *Incidence of adverse events and negligence in*

- hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med.* 1991;324:370–376.
144. Studdert, M.D., Mello, M.M., Sage, W.M., DesRoches, C.M., Peugh, J., Zapert, K. et al. (2005). *Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment.* JAMA, 293(21), 2609- 2617.
145. Selçuk, M. (2015). *Çekinik (Defansif) Tıp.* Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi, İzmir.
146. Aynacı, Y. (2008). *Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması.* Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
147. Aydaş, S. (2014). *Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Davranışları.* Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
148. Yahata, S. (2011). *A Study of Defensive Medicine In Japan. Center For Applied Ethics And Philosophy* (Ed.). *Applied Ethics Old Wine in New Bottle?* (175- 186). Hokkaido University.
149. Summerton, N. (1995). *Positive And Negative Factors in Defensive Medicine: A Questionnaire Study of General Practitioners.* BMJ (Clinical research ed.), 310(6971), 27-29.
150. Ellyson, A. (2015). *Medical Malpractice and Family Medicine: Physician Supply, Choices, And Patient Outcomes.* Doctoral Thesis. Florida State University, ABD.
151. Dijck, V.G. (2013), *Assessing The Defensive Practices Concern In Tort Law. Bridging The Gap Between Empirical Analysis and Doctrinal Reasoning.* Tilburg Law School Legal Studies Research Paper Series, 12, Netherlands.
152. Ball, J. R. (1971). *The Malpractice Threat: A Study Of Defensive Medicine.* Duke Law Journal, 939, 939-993.
153. Yargıtay 13.HD E:2005/15820, K:2006/2367, T:23/02/2006.
154. Yargıtay 13. HD E:2006/6704, K:2006/9459, T:12/06/2006.
155. Yargıtay 15.HD, E:1999/4007 K:1999/3868 T:3.11.1999.
156. Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet, (1998) T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları: Bilim Serisi 113, Ankara.
157. Kurtay, D., *Çocuk İhmal Ve İstismarının Önlenmesi*, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/cocukistismariveonlenmesi.doc> (Erişim Tarihi: 28.10.2020).

158. Talay, N.M., *Çocuğun Tanımı ve Çocuk Konusuna yaklaşımlar*, http://www.canakkaleram.gov.tr/download/diger_dokumanlar/cocugun_tanimi_ve_cocuk_konusuna_yaklasimlar.ppt#, (Erişim Tarihi. 28.10.2020).
159. Hakeri, H., (2007) *Tıp Hukuku*, Seçkin yayıncılık, Ankara.
160. Öztürkler, C., (2003) *Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları*, Seçkin Yayınevi, Ankara.
161. Hancı, İ.H., (2005) *Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu*, Seçkin Yayınevi, Ankara.
162. Aydın, E., (2003) *Çocuklarda Aydınlatılmış Onam Sorunu*, Çocuk Sağ. Ve Hst. Dergisi, C.46, Sy.2, s.148–152, http://csh.dergisi.org/pdf/pdf_CSH_45.pdf (Erişim Tarihi: 29.10.2020).
163. Tıbbiyeliler Derneği İnternet Sayfası, <http://www.tibbiyelilercemiyeti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=112> (Erişim Tarihi: 29.10.2020) 80
164. Mastroianni, A.C., (2006) *Liability, Regulation and Policy in Surgical Innovation: The Cutting Edge of Research and Therapy*, Health Matrix: Journal of Law-Medicine, Vol.16, No.:2, pp.351-442, USA.
165. Ravo v. Rogatnik, (1987) 70 NY.2d 305, 520 NYS 2d 533, 524 NE 2d 1104 .
166. Robinson v. *Pediatric Affiliates Medical Group*, (1979) 159 Cal. Rptr. 791.
167. Carr DB, Sheehan DV. *Panik ve kaygı: yeni bir biyolojik model*. J Clin Psychol. 1984; 45: 323–30.
168. Ruhsal bozuklukların teşhis ve istatistiksel el kitabı. 3. baskı Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği, 1980; 354.
169. Freud S. Anksiyete nevrozu. İçinde: Toplanan makaleler. New York: Temel Kitaplar, 1959; 1:84.
170. MacKenzie KR. *Fobilerin tedavisine elektriksel yaklaşım*. Ben J Psychiatr. 1973; 130: 1103–06.
171. Muskin PR, Kornfeld DS. *Anksiyetenin yönetimi. İçinde: Kornfeld DS, Finkel JB, editörler. Tıp pratisyenleri için psikiyatrik yönetim*. New York: Grune & Stratton, 1982; 87–106.
172. Robinson OJ, Vytal K, Cornwell BR, Grillon C, *The impact of anxiety upon cognition: perspectives from human threat of shock studies*. Front Hum Neurosci. 2013; 7: 203.

173. Robinson et al., *The dorsal medial prefrontal (anterior cingulate) cortex–amygdala aversive amplification circuit in unmedicated generalised and social anxiety disorders: an observational study*, *The Lancet*, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70305-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70305-0).
174. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey*. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8–19.
175. Weissman MM, Merikangas KR. *The epidemiology of anxiety and panic disorders: An update*. *J Clin Psychiatry*. 1986;(47 Suppl):11–17.
176. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, et al. *A randomized effectiveness trial of cognitive–behavioral therapy and medication for primary care panic disorder*. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(3):290–298. [PMC free article]
177. Stein MB, Sherbourne MG, Craske MG, et al. *Quality of care for primary care patients with anxiety disorders*. *Am J Psychiatry*. 2004;161(12):2230–2237.
178. Leon AC, Portera L, Weissman MM. *The social costs of anxiety disorders*. *Br J Psychiatry Suppl*. 1995;(27):19–22.
179. Wittchen HU, Fehm L. *Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia*. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24(4):617–641.
180. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, et al. *Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management*. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(Suppl 8):24–34.
181. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV)* Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2000.
182. Coutinho FC, Dias GP, do Nascimento Bevilacqua MC, et al. *Current concept of anxiety: Implications from Darwin to the DSM-V for the diagnosis of generalized anxiety disorder*. *Exp Rev Neurother*. 2010;10(8):1307–1320.
183. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvu J, et al. *Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? Depress Anxiety*. 2010;27(6):495–506.
184. Department of Professional Liability. *Litigation Assistant: A Guide for the Defendant Physician*. 2nd ed. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1998.
185. *Coping with Malpractice Litigation Stress: Resources for Physicians Directory*. Washington, DC, and Elk Grove Village, IL: American College of Obstetricians and Gynecologists and the American Academy of Pediatrics; December 1998.

186. Charles SC, Kennedy E. Defendant: A Psychiatrist on Trial for Medical Malpractice. New York: The Free Press; 1985.
187. Evans, S. M., Berry, J., Smith, B., Esterman, A., Selim, P., O'shaughnessy, J. ve DeWit, M. (2006). *Attitudes and barriers to incident reporting: A collaborative hospital study*. Quality and Safety in Health Care, 15(1), 39- 43.
188. Top, M., Gider, Ö., Taş, Y. ve Çimen, S. (2008). *Hekimlerin tıbbi hatalara neden olan faktörlere ilişkin değerlendirmeleri: Kocaeli ilinden bir alan çalışması*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2), 161-200.
189. Barlıoğlu, H. C. (2018). *Defansif tıp unsuru olarak tıbbi malpraktis*. (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Ana Bilim Dalı, Gaziantep.
190. Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H. ve Rosenthal, G. E. (2008). *Reporting medical errors to improve patient safety: a survey of physicians in teaching hospitals*. Archives of Internal Medicine, 168(1), 40-46.
191. Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D. ve Chandra, A. (2011). *Malpractice risk according to physician specialty*. The New England Journal of Medicine, 365(7), 629-636.
192. Hauser, M. J., Commons, M. L., Bursztajn, H. J. ve Gutheil, T. G. (1991). *Fear of malpractice liability and its role in clinical decision making* Decision Making in Psychiatry and The Law (pp. 209-226). US: Williams & Wilkins Co.
193. Kırtışoğlu, M. (2018). *Yargıtay'da 2010-2017 yılları arasında karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) dava kararlarının değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi), T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana.
194. Tümer, A. R. (2002). *1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi vakalarının komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması*. (Tıpta Uzmanlık), T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara.
195. Franks, P., Williams, G. C., Zwanziger, J., Mooney, C. ve Sorbero, M. (2000). *Why do physicians vary so widely in their referral rates?* Journal of General Internal Medicine, 15(3), 163-168.
196. Fiscella, K., Franks, P., Zwanziger, J., Mooney, C., Sorbero, M. ve Williams, G. C. (2000). *Risk aversion and costs*. Journal of Family Practice, 49(1), 12- 18.

197. Benbassat, J., Pilpel, D. ve Schor, R. (2001). *Physicians' attitudes toward litigation and defensive practice: development of a scale*. Behavioral Medicine, 27(2), 52-6.
198. Katz, D. A., Williams, G. C., Brown, R. L., Aufderheide, T. P., Bogner, P. S. ve Selker, H. P. (2005). *Emergency Physicians' Fear of Malpractice in Evaluating Patients With Possible Acute Cardiac Ischemia*. Annals of Emergency Medicine, 46(6), 525-533.
199. Reschovsky, J. D. ve Saiontz-Martinez, C. B. (2017). *Malpractice claim fears the costs of treating medicare patients: A new approach to estimating the costs of defensive medicine*. Health Services Research, 1498-1516.
200. Carrier, E. R., Reschovsky, J. D., Mello, M. M., Mayrell, R. C. ve Katz, *Physicians' fears of malpractice lawsuits are not assuaged by tort reforms*. Health Affairs, 29(9), 1585-1592.
201. Canatan, H., Erdoğan, A. ve Yılmaz, S. (2015). *Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri*. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2(2), 83-89.
202. Robblee, J. A. ve Nicklin, W. L. (2002). *Views of practicing physicians and public on medical errors*. New England Journal of Medicine, 348(12), 1184-1185.
203. Menachemi, N. (2002). *Physicians' perceptions of medical errors*. (Doctoral)Dissertation), The University of Alabama, Birmingham.

EKLER

EK :1

1. tezimde sizin anket çalışma sorularınızı kullanmak istiyorum



Taşkın Özdeş	12 Ocak Sal 15:53
Alıcı: ben	

Merhaba Kamuran Dayan Bey;

Tekirdağ İlindeki Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hatalarına (Malpraktis) Bakışı ve Değerlendirmeler başlıklı çalışmanın anket sorularını ve çalışma içeriğini kaynak gösterilerek " PEDİATRİ HEKİMLERİNDE MALPRAKTİS KAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ' adlı tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.İyi çalışmalar.

Dr Taşkın ÖZDEŞ

Ek: 2.Etik Kurul Onayı





T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

Sayı : 37068608-6100-15- 1931
Konu: Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başvurusu hk.

13/08/2020

İlgili Makama (Kamuran Dayan)

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Prof. Dr. Filiz Bakar'ın proje koordinatörü olduğu Arş. Gör. Dr. Kamuran Dayan'ın sorumlu araştırmacı olduğu **"Pediatri Hekimlerinde Malpraktis Kaygısının Değerlendirilmesi"** isimli araştırma projesine ait Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (KAEK) Başvuru Dosyası (1929) kayıtlı Numaralı KAEK Başvuru Dosyası, Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 12.08.2020 tarihli toplantıda incelenmiştir.

Kurul tarafından yapılan inceleme sonucu, yukarıdaki isim belirtilen çalışmanın yapılmasının etik ve bilimsel açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir

(KAEK Karar No:1263)

Prof. Dr. Turgay Çelik

Yeditepe Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek: 3. Anket Soruları

PEDİATRİ HEKİMLERİNDE MALPRAKTİS KAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TIPTA UZMANLIK TEZİ ANKET SORULARI

* Gerekli

Adınız - Soyadınız *İsteğe bağlı

*Bu anket sadece pediatristler içindir.

Yanıtınız

Çalıştığınız il ?

Yanıtınız

1. Lütfen size uygun şıkkı işaretleyiniz. *

Pediatric Uzmanı

Pediatric Asistanı

Pediatric Yandal Uzmanı

Pediatric Yandal Asistanı

Pediatric Doçenti

Pediatric Profesörü

2. Cinsiyetiniz nedir ? *

Kadın

Erkek

3. Çalıştığınız kurum ?

Eğitim Araştırma Hastanesi

Şehir Hastanesi

Devlet Hastanesi

Devlet Üniversite Hastanesi

Vakıf Üniversite Hastanesi

Özel sektöre bağlı kurumlarda

Diğer:

4. Kaç yıldır doktor olarak çalışıyorsunuz?

0-5 yıl

6-10 yıl

11-20 yıl

20 yıl üzeri

5. Pediatri polikliniğinizde günde kaç hasta muayene ediyorsunuz?

0-10

11-20

21-40

41-60

60 üzeri

6. Sizin veya tanıdığınız malpraktis davası olan bir pediatrist var mı ? *Birden fazla şık işaretlenebilir

Evet, benim var

Evet, tanıdığım birinin var

Hayır, yok

7. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilginiz var mı?

Evet

Hayır

Kararsızım

8. Malpraktis kelimesi sizin için ne ifade ediyor?

Hekimin tanı ve tedavi sırasında standart uygulama yapmaması sonucunda hastanın zarar görmesi

Hekimin beceri ve bilgi eksikliği sonucunda hastanın zarar görmesi

Hekimin görevini ihmal etmesi sonucunda hastanın zarar görmesi

Komplikasyon

Hepsi

9. Kendinizi iyi hekimlik uygulamalarının etik ve hukuki yönleri konusunda yeterli hissediyor musunuz?

Evet

Hayır

Kararsızım

10. Aşağıda sıralanan konulardan hangisi/hangileri hakkında eğitim gereksinimi duyuyorsunuz? *Birden fazla şık işaretlenebilir

Aydınlatılmış onam / ortak karar verme

Kusur, zarar, komplikasyon

Özen eksikliği, ihmal ve hata

Hasta-hekim ilişkisi, hekim-hekim ilişkisi

Kayıtların tutulması, arşivleme

Sistem ve yönetsel kusurlar

Hiçbiri

11. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında bilginiz varsa bu bilgileri nereden edindiniz? * Birden fazla şık işaretlenebilir

Çalıştığım kurum

Kongre ve sempozyum etkinlikleri

Türk Tabipler Birliği çalışmaları

Bilimsel yayınlar

Meslektaşlarım

Hekimlik mesuliyet sigortası yapan şirket temsilcileri

Tıp eğitimi sürecinde

Sosyal medya

12. Tıbbi malpraktis ile ilgili en son ne zaman eğitim aldınız?

Almadım

Son 1 yıl içinde

1-3 yıl içinde

3 yıldan fazla

13 .Suçun kanuni tanımındaki unsurlarını gerçekleştirebileceğini öngörmesine rağmen, kişinin bu fiili işlemesi hali aşağıdaki kavramlardan hangisine girer?

Taksir

Bilinçli taksir

Kast

Olası kast

Komplikasyon

Hiç biri uygun olmaz

Fikrim yok

14. Adli nitelik kazanmış tıbbi uygulama hataları mevcut hangi yasal düzenleme kapsamında ele alınmaktadır ?

TCK (Türk Ceza Kanunu)

CMUK (Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu)

TTBY (Türk Tabipler Birliği Yönetmeliği)

Tıbbi Deontoloji tüzüğü

Fikrim yok

15. Tıbbi uygulama hataları nedeniyle açılan ceza davalarında görüşünün alınması zorunlu olan kurum hangisidir?

Yargıtay

Türk Tabipler Birliği

İl ya da İlçe Mülki Amirliği

Yüksek Sağlık Şurası

Adli Tıp Kurumu

Fikrim yok

16. Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu bir malpraktis rehberine ihtiyaç var mı ?

Var

Yok

Kararsızım

17. Hekimlik uygulamalarınız sırasında malpraktis kavramı hastanıza tıbbi müdahalede bulunurken veya tedavi düzenlerken çekimser davranmanıza yol açıyor mu?

Evet

Hayır

Kararsızım

18. Tıbbi malpraktis davaları endişesi mesleki geleceğiniz için endişe oluşturuyor mu ?

Evet

Hayır

Kararsızım

19. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler?

Çok fazla zarar verir

Bir miktar zarar verir

Bir miktar iyileştirir

Önemli gelişme sağlar

Etkilemez

Fikrim yok

20. Tıbbi malpraktis davalarında hekimlerin suçlu bulunma oranları sizce hangi aralıkta yer almaktadır?

% 0-1

% 2-5

% 6-10

% 11-15

%16-20

Fikrim yok

21. Sizce tıbbi malpraktis davaları ile bir hekimin mesleki hayatı boyunca karşılaşma oranı yüzde kaçtır ?

% 0-10

% 11-25

% 26-50

% 51-75

% 76-100

Fikrim yok

22. Tıbbi malpraktis davaları endişesi psikolojik durumunuzu hiç etkiledi mi ?

Evet

Hayır

23. Tıbbi malpraktis davaları endişesi sizde başka bir bölüm seçme veya tamamen meslek değiştirme isteği oluşturdu mu ?

Evet, bölüm değiştirmeyi istedim

Evet, mesleğimi değiştirmeyi istedim

Hayır

24. Tıbbi malpraktis davalarınız konusunda yardım alacağınız bir birim veya kişi var mı ?

Evet

Hayır

25. Tıbbi malpraktis endişesi ile tedavinizi hiç değiştirdiniz mi ?

Evet

Hayır

26. Tıbbi malpraktis ile ilgili olarak sağlık bakanlığından nasıl bir talebiniz olurdu ?

Sınırsız hekimlik sigortası

Avukat desteği

Yasa ile hekime karşı dava açılmasının önüne geçilmesi

Hekimlerin yargı biriminin mahkemece değil hekim şuralarıyla yapılması

Yok

Diğer:

Cevabınız diğer ise kısaca açıklayınız.

Yanıtınız

27. Sizce tıp eğitiminin içinde sağlık hukuku eğitime de yer verilmeli mi ?

Evet

Hayır

Kararsızım

28. Malpraktis - Komplikasyon ayırımı size göre aşağıdaki kriterlerden hangi veya hangilerine göre yapılmalıdır? *Birden fazla şık işaretlenebilir

Hekimin gerekli beceri, özen ve dikkati gösterip göstermemesine

Ortaya çıkan durumun, hekimin müdahalesinin beklenir bir sonucu olup olmamasına

Hastanın aydınlatılmış onamının alınıp alınmamasına

Hekimin tıbbi uygulamalarla ilgili tüm kayıtları tutup tutmamasına

Hekimin alanındaki ortalama bir meslektaşının performansını gösterip göstermemesine

Hekimin sağlık kuruluşlarındaki eksiklerinden hastane yönetimini bilgilendirip bilgilendirmemesine

Hepsi

Fikrim yok

29. Hekimlere verilen mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıbbi eğitimin, malpraktisi önlemek/azaltmak açısından yeterli olduğunu düşünüyor musunuz ?

Çok yeterli

Yeterli

Emin değilim

Yetersiz

Çok yetersiz

30. Hekimler yapacakları tüm tıbbi müdahaleler için hastalarını bizzat kendileri bilgilendirmek zorunda mıdır ?

Evet

Hayır

Fikrim yok

Ek: 4. Özgeçmiş

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Bu bölümde belirtilen tüm iletişim bilgilerinin güncel ve ulaşılabilir olması gerekmektedir.

Adı Soyadı	Kamuran Dayan
Akademik unvan/pozisyon	Araştırma görevlisi (asistan hekim)
Görev yeri	Asistan hekim Yeditepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında
Telefon numarası	0532 717 12 46
E-posta adresi	Kamuran.dayan@yeditepe.edu.tr

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Bu bölümde mezun olunan üniversite ve sonrasındaki eğitim bilgilerinizi yazınız. Derece bölümü Uzmanlık, Doktora, Yüksek Lisans vb. şekilde belirtilmelidir.

Yıl	Bölüm	Kurum	Derece
2013	Tıp fakültesi	Yeditepe Üniversitesi	mezun
2017	Hukuk fakültesi	Yakındoğu Üniversitesi	Mezun
2020	Sağlık hukuku	Medipol Üniversitesi	Devam ediyor

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Bugüne kadar çalıştığınız kurum/kuruluşları tarih sırasına göre yazınız.

Tarih Aralığı	Kurum	Görev
2014	Kurtalan ilçe sağlık müdürlüğü	İlçe sağlık müdürü
2016	Adıyaman üniversitesi	Asistan hekim
2018	Yeditepe üniversitesi	Asistan hekim

D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Bu bölümdeki bilgileritarih sırasına göre yazınız.

- İyi Klinik Uygulamaları (İKU) ve klinik araştırma konularında alınan eğitim/sertifika bilgileri:

Aldığınız eğitime dair bir sertifika varsa lütfen bir kopyasını ekleyiniz.

Eğitim/sertifika adı ve eğitim yeri	Tarih
yok	

2. Görev alınan klinik araştırma bilgileri:

Görev olarak Sorumlu Araştırmacı, Yardımcı Araştırmacı, Koordinatör, Saha Görevlisi, İzleyici(Monitör), Eczacı vb. olarak belirtilmelidir.

Bu bölümdeki bilgileritarih sırasına göre yazınız.

Klinik araştırma	Tarih Aralığı	Görev
yok		

E. ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI

Yukarıda beyan ettiğim bilgilerin doğru ve güncel olduğunu ve klinik araştırmaların yürütülmesine ilişkin ilgili mevzuat hükümlerine ve iyi klinik uygulamalarına uyacağımı kabul ve beyan ederim.

Ad Soyad	Kamuran Dayan
Tarih (gün/ay/yıl olarak)	25.02.1987
İmza	