



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

TIP TARİHİ ve ETİK
ANABİLİM DALI



SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN TIPTA UZMANLIK DALI
TERCİHLERİNE ETKİSİ

İLKNUR ARSLAN

YÜKSEK LİSANS

BURSA-2019

İlknur ARSLAN

TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI**



SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN TIPTA UZMANLIK DALI TERCİHLERİNE ETKİSİ

İlknur ARSLAN

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**DANIŞMAN:
Doç. Dr. Elif ATICI**

BURSA-2019

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum

“Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Tıpta Uzmanlık Dalı Tercihlerine Etkisi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.


İlknur ARSLAN

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi İlknur ARSLAN tarafından hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Tıpta Uzmanlık Dalı Tercihlerine Etkisi konulu Yüksek Lisans tezi 19/09/2019 günü, 10.00-12.00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	<u>Adı-Soyadı</u>
Tez Danışmanı	Doç. Dr. Elif Atıcı
Üye	Prof. Dr. Ayşegül Demirhan Erdemir
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Sezer Erer Kafa
Üye	
Üye	

İmza

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında alınan numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Gülşah ÇEÇENER
Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

29/08/2019

Adı Soyadı: İlknur ARSLAN

Anabilim Dalı: Tıp Tarihi ve Etik

Tez Konusu: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Tıpta Uzmanlık Dalı Tercihlerine Etkisi

ÖZELLİKLER

UYGUNDUR

UYGUN DEĞİLDİR

AÇIKLAMA

Tezin Boyutları	☒	☐	
Dış Kapak Sayfası	☒	☐	
İç Kapak Sayfası	☒	☐	
Kabul Onay Sayfası	☒	☐	
Sayfa Düzeni	☒	☐	
İçindekiler Sayfası	☒	☐	
Yazı Karakteri	☒	☐	
Satır Aralıkları	☒	☐	
Başlıklar	☒	☐	
Sayfa Numaraları	☒	☐	
Eklerin Yerleştirilmesi	☒	☐	
Tabloların Yerleştirilmesi	☒	☐	
Kaynaklar	☒	☐	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Doç. Dr. Elif ATICI

İmza:



İÇİNDEKİLER

Dış Kapak	
İç Kapak	
ETİK BEYAN.....	II
KABUL ONAY.....	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TÜRKÇE ÖZET.....	IX
İNGİLİZCE ÖZET.....	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesindeki Sürece Dair Genel Bilgi	6
2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı	8
2.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri	8
2.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Hayata Geçirilen Uygulamalar	13
2.2.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi	15
2.2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı'na Getirilen Temel Eleştiriler	16
2.3. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı	17
2.4. Tıpta Uzmanlık Dalları	17
2.5. Tıpta Uzmanlık Dalı Tercihlerindeki Değişimin Nedenleri.....	18
2.5.1. Malpraktis	18
2.5.1.1. Malpraktis ve Malpraktis ile İlişkili Kavramların Açıklanması	18
2.5.1.1.1. Malpraktis Kavramı	18
2.5.1.1.2. Tıbbi Malpraktis	19
2.5.1.1.3. Komplikasyon	19
2.5.1.1.4. Özen Yükümlülüğü	20
2.5.1.1.5. Kusur	20
2.5.1.1.6. Hekimin Eyleminin Hukuka Uygunluk Koşulları	22
2.5.1.1.7. Hekim Sorumluluğu	22
2.5.1.1.8. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası	24
2.5.1.2. Tıbbi Malpraktisin Nedenleri	25
2.5.1.3. Tıbbi Malpraktis Davalarının Dağılımı	27

2.5.1.3.1. Dünyada Tıbbi Malpraktis Davalarının Dağılımı	27
2.5.1.3.2. Türkiye’de Tıbbi Malpraktis Davalarının Dağılımı	27
2.5.2. Şiddet	29
2.5.2.1. Şiddetin Tanımı	29
2.5.2.2. Şiddet Türleri	29
2.5.2.2.1. Sözel Şiddet	29
2.5.2.2.2. Psikolojik Şiddet	30
2.5.2.2.3. Fiziksel Şiddet	30
2.5.2.3. Sağlık Kuruluşunda Şiddet	30
2.5.2.4. Hekime Yönelik Şiddet	31
2.6. Defansif Tıp	31
2.6.1. Defansif Tıp Türleri	32
2.6.1.1. Pozitif Defansif Tıp	32
2.6.1.2. Negatif Defansif Tıp	33
2.6.2. Defansif Tıbbın Nedenleri	33
2.6.3. Defansif Tıp Yaygınlığı	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırma Evreni ve Örneklemi	36
3.2. Veri Toplama Aracı	37
3.2.1. Anket Formunun İçeriği	37
3.2.2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	38
3.3. Veri Analizi	39
3.4. İzin ve onay	39
3.5. Araştırmanın kısıtlılığı	39
4. BULGULAR	40
4.1. Tanımlayıcı Verilerin Analizi	40
4.2. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Analizi	49
4.3. Katılımcıların Uzmanlık Eğitimini Tamamlamamış Olma Durumuna ve Tamamlamamayı Düşünmeye İlişkin Yanıtlarının Analizi.....	51
4.4. Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası ve Tıbbi Malpraktise İlişkin Yasal Düzenlemeler Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu.....	53

4.5. Katılımcıların Tıbbi Malpraktisin Nedenlerine ve Tıbbi Malpraktis İddialarından Korunmaya İlişkin Yanıtlarının Analizi.....	55
4.5.1. Tıbbi Malpraktisin Nedenleri.....	55
4.5.2. Tıbbi Malpraktis İddialarından Korunma.....	58
4.6. Katılımcıların Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'nin Etki ve Sonuçlarına İlişkin Yanıtlarının Analizi	60
4.7. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumlarının, Maruz Kalınan Şiddet Türlerinin ve Hekime Yönelik Şiddet Nedenlerine İlişkin Yanıtlarının Analizi	62
4.7.1. Şiddete Maruz Kalma Durumu ve Maruz Kalınan Şiddet Türleri	62
4.7.2. Hekime Yönelik Şiddet Nedenleri	65
4.8. Şiddet Olgusunun İş Yüğü ile İlişkisi	66
4.9. Katılımcıların Yanıtları Doğrultusunda Tıbbi Malpraktis, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve Hekime Yönelik Şiddet Arasındaki İlişki Durumunun İncelenmesi	68
4.9.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ile Tıbbi Malpraktis İlişkisi	68
4.9.2. Hekime Yönelik Şiddet Nedenleri ile Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi İlişkisi	69
4.9.3. Hekime Yönelik Şiddet Nedenlerinden “Tıbbi Malpraktis” Maddesi ile Tıbbi Malpraktis Nedenleri Arasındaki İlişki	69
4.10. Katılımcıların Sevk Sistemine İlişkin Yanıtlarının Analizi	70
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	72
5.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması	72
5.1.1. Cinsiyet Dağılımı, Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı Klinik Puanı	72
5.1.2. Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Bilim Dalı Dağılımı, İlk Tercih Edilen Uzmanlık Dalı	73
5.1.3. İş Yüğü	75
5.1.3.1. Haftalık Çalışma Süresi	75
5.1.3.2. Hizmet Verilen Poliklinik Hasta Sayısı	77
5.1.3.3. Nöbet Tutma ve Nöbet İzni Kullanımı	79
5.1.4. Genel Değerlendirme	81
5.2. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı Tercihlerini Etkileyen Faktörler	83

5.3. Katılımcıların Daha Önce Bir Uzmanlık Eğitimini Tamamlamama Durumu ve Eğitim Almakta Oldukları Uzmanlık Dalını Bırakma İsteği.....	86
5.4. Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası ve Tıbbi Malpraktise İlişkin Yasal Düzenlemeler Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu.....	89
5.5. Tıbbi Malpraktis	90
5.5.1. Tıbbi Malpraktisin Nedenleri	90
5.5.1.1. Eğitimdeki Yetersizliğe Bağlı Tıbbi Malpraktis.....	91
5.5.1.2. Sistem Kaynaklı Tıbbi Malpraktis (Sağlık Politikaları ve Sağlık Finansmanında Yetersizlik)	91
5.5.1.3. Yoğunluğa Bağlı Tıbbi Malpraktis.....	93
5.5.1.4. İletişim Sorunlarına Bağlı Tıbbi Malpraktis.....	94
5.5.1.5. Hekim Kaynaklı Tıbbi Malpraktis.....	96
5.5.2. Tıbbi Malpraktis İddialarından Korunma Tutumu	97
5.6. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi	99
5.7. Şiddet	104
5.7.1. Katılımcıların Şiddet Olgusuyla İlgili Özellikleri	104
5.7.1.1. Lisans Eğitimi Sürecinde Şiddet Olgusu.....	104
5.7.1.2. Uzmanlık Eğitimi Sürecinde Şiddet Olgusu.....	104
5.7.1.3. Şiddet Türü.....	106
5.7.1.4. Şiddete Tanık Olma Durumu ve Şiddete Maruz Kalma Kaygısı.....	108
5.7.2. Hekime Yönelik Şiddet Nedenleri	109
5.8. Sevk Sistemi	114
5.9. Araştırmanın Özetlenmesi ve Sonuç	114
5.10. Öneriler.....	119
6. KAYNAKLAR	121
7. KISALTMALAR	142
8. EKLER	143
9. TEŞEKKÜR	154
10. ÖZGEÇMİŞ	155

TÜRKÇE ÖZET

Giriş: Literatürde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tıbbi uygulama hatalarının, tıbbi malpraktis davalarının ve şiddet vakalarının artışına yol açan bir çalışma ortamını beraberinde getirdiği belirtilmektedir. Bu çalışmayla, araştırmaya katılan asistan hekimlerin bu konudaki düşüncelerinin ve bu durumun hekimlerin uzmanlık dalı tercihlerinde etkisinin olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Katılımcıların düşüncelerini ve tutumlarını öğrenmeye yönelik kesitsel bir araştırma yapılmıştır. Araştırmaya Bursa'da eğitim almakta olan 205 asistan hekim katılmıştır. Veri, araştırmacı tarafından literatür taraması doğrultusunda geliştirilen; 7 bölüm ve 27 sorudan oluşan anket formu aracılığıyla toplanmıştır.

Bulgular: Hekime yönelik şiddet, tıbbi malpraktis ve dava edilme riski uzmanlık dalı tercihlerini etkilemektedir. Sistem kaynaklı sorunların tıbbi malpraktis ve hekime yönelik şiddet nedenleri olduğuna katılım yüksektir. İş yükü ve beraberinde gelen sıkıntıları göz önüne alanlar dahili dallarda, idealleri doğrultusunda tercih yapanlar ise daha çok cerrahi dallarda eğitim almaktadır. Lisans eğitiminde şiddete maruz kalma ile cerrahi tıp bilimlerini tercih etme arasında ters orantı vardır. Cerrahi dallarda ve uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalanların iş yükü anlamı olarak daha fazladır. Cinsiyetçi yaklaşımın da uzmanlık dalı tercihlerinde etkili olduğu bulunmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşenlerinden Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'nin uygulanması, sevk sisteminin uygulanmaması iş yükünü artıran, hasta yararını önceleyen hizmetin niteliğini düşüren, uzmanlık eğitimini olumsuz etkileyen ve hekime yönelik şiddet, tıbbi malpraktis ve dava edilme riskini artıran sonuçlara neden olmaktadır. Bu durum, hekimlerin uzmanlık dalı tercihlerini etkilemektedir. Sistem sorunlarının giderilmesi, nicelikten çok niteliğe odaklanması öncelikli hedef olmalıdır.

Anahtar sözcükler: Tıpta Uzmanlık Sınavı, Sağlıkta Dönüşüm, Tıbbi malpraktis, Şiddet, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

İNGİLİZCE ÖZET

The Effect of The Health Transformation Program on Medical Specialty Preference

Introduction: It is stated in the literature that the Health Transformation Program brings a working environment that leads to an increase in medical malpractice, medical malpractice suits and violence. In this study, it is aimed to determine the opinions of the resident physicians participating in the research on this issue and whether this has an effect on the preferences of the physicians.

Material and Methods: A cross-sectional study was conducted to learn the thoughts and attitudes of the participants. 205 resident physicians who have been studying in Bursa have attended this study. The data were collected through a questionnaire consisting of 7 sections and 27 questions developed by the researcher in line with the literature review.

Results: Violence towards the physician, medical malpractice and the risk of being prosecuted affect the preferences of the specialist. Participation is high as system-related problems are the causes of medical malpractice and violence against physicians. Those who take into consideration the workload and accompanying problems are trained in the internal branches and those who prefer according to their ideals receive training in the surgical branches. There is an inverse relationship between exposure to violence in undergraduate education and the preference of surgical medical sciences. The workload of those exposed to violence in surgical branches and specialist training process is significantly higher. The gendered approach is effective in the choice of specialty.

Discussion and Conclusion: The implementation of the Performance Related Additional Payment System, which is one of the components of the Health Transformation Program, and the failure to apply the referral system leads to consequences that increase the workload, reduce the quality of services that prioritize patient benefit, adversely affect specialist training, and increase the risk of violence against the physician, medical malpractice and litigation. This situation affects the preferences of the physicians. The primary objective should be to eliminate system problems and to focus on quality rather than quantity.

Key words: Medical Specialty Examination, Health Transformation, Medical Malpractice, Violence, Performance Related Additional Payment System

1. GİRİŞ

Gelişmekte olan pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmetleri alanında pek çok değişim yaşanmaktadır. Bu doğrultuda 2003 yılından beri uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, döner sermayenin performans sistemine göre dağıtılması alınan kararlardan yalnızca biridir. Sunulan hizmete katkı oranında yapılacak olan ödeme karşısında, daha fazla performans puanı toplamak isteyen hekimin daha fazla sayıda hasta bakması, dolayısıyla her bir hastaya ayırdığı zamanın ve sunulan sağlık hizmetinin niteliğinin azalması gibi olumsuzlukları barındıran sistem (Çelebi Çakıroğlu ve Harmancı Seren, 2016) tıbbi malpraktisin yaşanmasına da zemin oluşturmaktadır (Güner, 2011). Türkiye’de genel olarak tüm hekimler giderek artan sayı ve kapsamda tıbbi malpraktis olgusu ile karşılaşmaktaysa da uzmanlık dalları içerisinde Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ortopedi ve Travmatoloji ile Nöroşirurji ön sıralarda yer almaktadır (Koç, 2014; Özgönül, 2010).

Tıbbi uygulama hataları karşısında açılan davaların gittikçe artması hekimleri defansif tıp uygulamalarına yöneltmektedir. Tıbben herhangi bir faydası olmamasına karşın, uygulayıcının hastalığın teşhis ve tedavisinde üzerine düşenden daha fazlasını yaptığını göstermek amacıyla başvurduğu güvence davranışları, pozitif defansif tıbbi uygulamalar olarak adlandırılırken negatif defansif tıbbi uygulamalarda yüksek risk taşıyan hastalardan kaçınma söz konusudur. Pozitif defansif tıbbi uygulamalar kadar sık uygulanan ve rağbet gören davranışlar olmadığı halde günden güne kliniklerde görülme sıklığının arttığı dile getirilen negatif defansif tıbbi uygulamaların, tıbbi malpraktis davaları ile daha fazla karşılaşan uzmanlık dalı mensuplarınca daha fazla tercih edilmesi dikkat çekmektedir (Yılmaz ve ark., 2014). Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yapılan bir çalışmada defansif tıp uygulamalarının yaygın olarak Acil Tıp, Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlığı ile diğer yüksek riskli dallarda tercih edildiği görülmüştür (Selçuk ve ark., 2015). Hasta haklarıyla çelişen defansif tıbbi uygulamalar, hastaların zarar görmesine neden olabilmekte dolayısıyla

da hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gündeme getirebilmektedir. Defansif tıp uygulamalarıyla hekimler tıbbi malpraktis davası riskini uzaklaştırmak isterken kendi elleriyle yakınlaşmaktadırlar (Yılmaz ve ark., 2014).

Tıbbi malpraktis davaları, hekimleri hukuksal ve finansal açıdan güç duruma sokarken hekim mesleki sorumluluk sigortası finansal açıdan hekime destek olmakta, tıbbi malpraktis sonucunda ortaya çıkan tazminat ve diğer masrafları karşılamaktadır (Gökmen ve Güleç, 2010). Sigortanın kapsamı ise hekimin uzmanlık alanı, risk faktörleri ve prim miktarı gibi değişkenler tarafından belirlenmektedir (Koç, 2014). Sigorta primleri, uzmanlık dallarının yer aldığı ve birinci gruptan dördüncü gruba doğru gidildikçe risk oranının arttığı her bir risk grubunda farklılık göstermektedir. Örneğin Dermatoloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon gibi son yıllarda Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı'nda (TUS) yüksek puan alan hekimler tarafından tercih edilen uzmanlık dalları 2. risk grubunda yer alırken; Beyin Cerrahisi, Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ortopedi ve Travmatoloji ile Acil Tıp gibi uzmanlık dalları 4. risk grubunda yer almaktadır (Yıldırım, 2015).

Tüm bunların yanı sıra son yıllarda medyada sıklıkla kendine yer bulan hekime yönelik şiddet haberleri de dikkat çekmekte ve sağlık alanında hizmet verenler diğer iş alanlarında çalışanlara göre şiddete daha fazla maruz kalmaktadırlar (Yıldırım, 2013). Meslek gruplarına göre incelendiğinde hemşirelerin daha sık şiddete uğradığı, ikinci sıklıkta pratisyen hekimlerin daha sonra da uzman hekimlerin ve diğer personelin şiddete uğradığı bildirilmiştir. Gerek yurt dışında gerekse Türkiye'de yapılan çalışmaların çoğunluğunda şiddetin, cerrahi tıp bilimlerinde dahili tıp bilimlerine göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (Annagür, 2010).

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 128 intern ile yapılan bir araştırmada, TUS'ta uzmanlık eğitimi almaya hak kazananların en çok tercih ettiği uzmanlık dalları sırasıyla Dahiliye ile Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon olmuştur. Aile Hekimliği staj döneminde internler tarafından en çok tercih edilen uzmanlık dalları içerisinde ilk sırada Dermatoloji gelirken bunu Dahiliye, Kardiyoloji ve Radyoloji takip etmiştir. Aynı araştırmada dahili tıp bilimlerinin ilk sıralarda tercih edilmesinin nedeninin cerrahi tıp bilimlerinde mesleki riskin yüksek ve iş yükünün yoğun olması olduğuna değinilmiştir (Kara ve ark., 2013). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2011-2012 yılları arasında 170 son sınıf öğrencisinin katıldığı bir araştırmada ise en

çok tercih edilen uzmanlık dalı Dermatoloji olarak bulunmuştur. Aynı araştırmada önceki yıllarda daha sıklıkla tercih edilen uzmanlık dallarının Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Genel Cerrahi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Pediatri olduğu belirtilirken, şimdilerde daha öncelikli tercih edilen dalların, tıbbi malpraktis riskinin daha az olduğu Dermatoloji, Psikiyatri ve Radyoloji olduğu belirtilmiştir (Budakoğlu ve ark., 2014).

Kaya ve ark. (2014) tarafından, 2007 Nisan-2013 Nisan arasında düzenlenen 13 adet TUS taban puanlarının ölçüt alınarak yapıldığı bir çalışmada yıllar içerisinde Tıbbi Biyokimya'nın ve Tıbbi Mikrobiyoloji'nin taban puanlarında yükselme olurken Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları dallarının taban puanlarında belirgin düşüş olduğu saptanmıştır. Tıbbi malpraktis davalarının ve cezaların artmasının ve 5947 sayılı Kanun'un bu değişimde etkili olduğuna değinilmiştir (Kaya ve ark., 2014a). Kasap ve ark. (2015) tarafından 2009-2013 yılları arasındaki beş yıllık süreçte düzenlenen toplam 10 TUS'un taban puanları incelenmiştir. Çalışmada “*Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası*” kapsamındaki risk düzeyi en yüksek olan 4. risk grubunun taban puanlarının anlamlı derecede düştüğü, 2. risk grubunun taban puanlarının giderek arttığı, 3. risk grubunun taban puanlarının ise değişmediği bildirilmiştir. Tıbbi malpraktis riskinin, son yıllarda hekime yönelik şiddet olaylarındaki artışın TUS tercihlerini etkilediği kanaatine varılan çalışmada 4. risk grubunun dava edilme riskinin de yüksek olduğu bilgisine yer verilmiştir (Kasap ve ark., 2015). Yirmi dokuz uzmanlık dalında 2007-2017 yılları arasındaki TUS taban puanlarının incelenmesiyle yapılan başka bir araştırmada taban puanlarının yıllar içerisinde artış gösterdiği dahili uzmanlık dallarının Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları, Psikiyatri, Dermatoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile Nöroloji olduğu; azalış gösterdiği uzmanlık dallarının ise Aile Hekimliği, Kardiyoloji, Acil Tıp, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları olduğu saptanmıştır. Kadın Hastalıkları ve Doğum'da taban puanın yıllar içerisinde yaklaşık on puan azaldığı; Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Cerrahisi, Genel Cerrahi ile Beyin ve Sinir Cerrahisi taban puanlarının yıllar içerisinde azalma eğilimi gösterdiği; on yıllık süreçte araştırmaya dahil edilen tüm temel tıp bilimleri uzmanlık dallarında TUS taban puanlarının ise artış gösterdiği bildirilmiştir. Araştırmada, Performansa Dayalı Ek

Ödeme Sistemi'nin (PDEÖS) ve 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un tercihlerin değişmesinde en önemli faktörler olduğu yorumuna yer verilmiştir (Öztürk ve Gençtürk, 2018).

Medimagazin'de yer alan 21 Şubat 2019 tarihli bir habere göre en son düzenlenen TUS sonuçlarına göre ilk sırada tercih edilen uzmanlık dalı Dermatoloji olmuştur. Bununla birlikte Kalp ve Damar Cerrahisi 25., Kadın Hastalıkları ve Doğum 26., Genel Cerrahi 29., Beyin Cerrahisi 30., Çocuk Cerrahisi 31. ve Göğüs Cerrahisi 33. sırada tercih edilmiştir (Demirer, 2019). Hürriyet'te yer alan 17 Şubat 2019 tarihli bir haberde, TTB Başkanı Prof. Dr. Sinan Adıyaman, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum gibi cerrahi dallardan uzaklaşıldığından ve hekime yönelik şiddet faktörünün bunda önemli bir etken olduğundan söz etmektedir. Hekimlerin yoğun iş yükünün gerek komplikasyonların gerekse tıbbi malpraktis davalarının artmasında etkisinin olduğunu belirtmektedir. TUS'ta yüksek puan alanların cerrahi tıp bilimlerini tercih etme oranının azaldığı ve bu kişilerin komplikasyon olasılığının daha az olduğu uzmanlık dallarına yöneldiği belirlemelerini yapmaktadır (Hürriyet, 2019).

Uzmanlık dallarında hekimlerin sayıları arasında oluşabilecek bir dengesizliğin sağlık hizmetinin sunumuna etkileri düşünüldüğünde, hekimlerin tercihlerini etkileyen faktörlerin dikkate alınması ve soruna yönelik çözüm getirilmesi gerekmektedir. Gerek nitelikli sağlık hizmetinin sürdürülebilirliği gerekse hekimlerin özlük haklarının iyileştirilmesi noktasında çalışmanın değerli olduğunu düşünmekteyiz.

Literatürde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tıbbi uygulama hatalarının, tıbbi malpraktis davalarının ve şiddet vakalarının artışına yol açan bir çalışma ortamını beraberinde getirdiği ifade edilmektedir. Bu çalışmayla, araştırmaya katılan asistan hekimlerin bu konudaki düşüncelerinin ve bu durumun hekimlerin uzmanlık dalı tercihlerinde etkisinin olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Tezin temel hipotezi; hekime yönelik şiddetin, tıbbi malpraktis riskinin ve dava edilme riskinin hekimlerin TUS tercihlerinde etkili olduğudur. Bununla birlikte belirlenen alt hipotezler şu şekildedir:

H₁: TUS'ta yüksek puan alma ile dahili tıp bilimlerini tercih etme arasında doğru orantı vardır.

H₂: Cerrahi tıp bilimlerinde uzmanlık eğitimi tamamlamama düşüncesi daha fazla orandadır.

H₃: Hekime yönelik şiddetin, tıbbi malpraktis ve dava edilme riskinin TUS tercihlerinde dahili tıp bilimlerine yönelmede etkisi daha fazladır.

H₄: Cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanlarda şiddete maruz kalma, meslektaşına yönelik şiddet olayına tanık olma ve şiddete maruz kalma kaygısı daha fazladır.

H₅: Lisans eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma ile cerrahi tıp bilimlerini tercih etme arasında ters orantı vardır.

H₆: Asistan hekimler, tıbbi malpraktisin nedenlerini hekimden ziyade sistem kaynaklı görmektedir.

H₇: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'nin sunulan hizmetin niteliğini azalttığı düşüncesi cerrahi tıp bilimlerinde daha yüksek orandadır.

H₈: Asistan hekimler, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'nin tıbbi malpraktis riskini artırdığını düşünmektedirler.

H₉: Asistan hekimler, sevk sisteminin uygulanmasının hekime yönelik şiddeti ve tıbbi malpraktis riskini azaltacağını düşünmektedirler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesindeki Sürece Dair Genel Bilgi

Cumhuriyetin kuruluşundan 1982 yılına kadar geçen sürede, devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilen sağlık hizmetleri yasalarla düzenlenmiştir (Pala, 2017). Sağlığın insan hakkı olduğunun kabulü 1961 Anayasası'nın 49. maddesinde *“Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır”* ifadeleriyle yer almıştır (1961 Anayasası). Aynı yıl kabul edilen 224 sayılı *“Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”* ile Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu kabul edilmiştir. Yirmi bir yıl sonrasında devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılan sağlık hizmetlerine (Erol ve Özdemir, 2014; Pala, 2017) yaklaşım 1982 Anayasası’nın 56. maddesinde *“Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir”* ifadeleri ile yer almıştır (1982 Anayasası). Söz konusu madde ile devlet, kamu sektöründeki ve özel sektördeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenlemekle görevlendirilmiştir (Pala, 2017). Vatandaşın devletle birlikte yükümlülük altına girdiği bu maddede, sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için Genel Sağlık Sigortası’nın kurulabileceğine de yer verilmiştir (1982 Anayasası; Aksakoğlu ve Elçi, 1996).

Seksenli yılların sonlarında tüm dünyayı etkileyen liberal ekonomik uygulamalar Türkiye’yi ve sağlık sistemini de etkilemiştir. Kabulü 1987 olan *“Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”* ile kamu hastanelerinin merkeziyetçi yapısının değiştirilmesi hedeflenerek (Aktel ve ark., 2013) kamu kurum ve kuruluşlarına ait

sağlık kurumlarının sağlık işletmesine dönüştürülebileceği, kamu kurumlarında çalışan hekimlerin mesai saatleri dışında kurumda özel teşhis ve tedavi yapabileceği, sağlık işletmesi uygulamasına geçen kuruluşun sözleşmeli sağlık personeli çalıştırabileceği ifade edilmiştir. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile devletin özel ve kamu sağlık kuruluşuna aynı mesafede yaklaşması hakim kılınmış, kamu sağlık kuruluşlarının statü olarak işletmeleştirilmesi sonucunda özel sağlık kuruluşlarının yanı sıra kamu sağlık kuruluşlarının da hizmetleri fiyatlandırılarak sosyal güvencesi olan herkesin istediği sağlık kuruluşundan yararlanması mümkün hale getirilmiştir. Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen maddeleri de bulunmakla birlikte kanun uygulanamamıştır (Kol, 2015; Resmi Gazete (RG), 1987).

Sağlık reformları 1980 sonrası yürütülen sağlık politikalarına karşı artan memnuniyetsizlik karşısında çözüm olarak getirilmiş ve başlangıçta üç bileşen üzerinde yapılandırılmıştır (Pala, 2017):

1. Sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanının ayrılarak finansmanın Genel Sağlık Sigortası yoluyla sağlanması
2. Devletin sağlık hizmet sunumundaki payının azaltılması
3. Sağlık insan gücünün devlet memuru olarak çalıştırılmak yerine sözleşmeli personel olarak çalıştırılması.

Sağlık reformları ile harcamaların kontrol altına alınmasına ve verimliliğin artırılmasına odaklanılmıştır (Aktel ve ark., 2013). Doksanlı yıllarda sağlık reformu çalışmaları hızlandırılmış, sosyal güvenlik kapsamı dışındaki düşük gelirli vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak adına 1992 yılında Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır (Kol, 2015).

Doksanlı yıllarda yürütülen sağlık reformu çalışmalarının ana bileşenlerini Sağlık Bakanlığı (SB) şu şekilde açıklamaktadır (Kol, 2015; SB, 2007):

1. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması
2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi
3. Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi
4. SB'nin koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren, sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması

SB, bu dönemin teorik çalışmaların yapıldığı fakat söz konusu çalışmaların yeterince uygulama alanı bulamadığı bir dönem olduğunu dile getirmiştir (Kol, 2015; SB, 2007).

2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Kamu sağlık harcamalarının karşılanamayacak bir hal alması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yetersiz olması pek çok ülkede sağlık reformlarının temel nedeni olarak gösterilmektedir. Türkiye’de 1980’lerden bu yana sağlık sisteminde reformlar gerçekleştirilmek istenmiş ve 2003 yılında bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı verilen sistem hayata geçirilmiştir (Kol, 2014).

SDP öncesinde; kamu sektöründe ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin yetersiz olduğu, sevk sisteminin çalışmadığı, halkın birinci basamak sağlık hizmetlerine olan talebinin düşük olmasının hastanelere yapılan başvuruyu artırdığı, sağlık harcamalarının önemli bir kısmının hastanelere ayrıldığı dolayısıyla sağlık kaynaklarının verimsiz kullanıldığı, halkın önemli bir bölümünün sağlık güvencesinin olmadığı ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler yaşandığı (Soyer, 2009), sağlık finansmanının ve hizmet sunumunun yapısının çok parçalı olduğu gibi belirlemeler yapılmıştır (Soyer, 2009; Sülkü, 2011).

SB, SDP’nin amacını *“sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması”* olarak ifade etmiştir (SB, 2003). Bu amaç doğrultusunda, farklı sosyal güvenlik kurumları arasındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, özel sektörün sağlık hizmeti sunumundaki rolünün artırılması (Kol, 2014), sağlık hizmetlerinin adil ve hakkaniyetli olarak halka sunulması, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlanması ve sistemin finansal olarak sürdürülebilmesi (Sülkü, 2011) planlanan eylemler olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Bileşenleri

Sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve örgütlenmesinde önemli değişiklikleri beraberinde getiren SDP’nin (Aktel ve ark., 2013; Bostan ve Çiftçi, 2016) sekiz bileşenden oluştuğu ve her bileşenin bir diğeriyle ilişkilendirildiği 2003 yılında SB tarafından açıklanmıştır. Bu bileşenler şunlardır (SB, 2003):

1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı:

SB'nin politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konuma ulaştırılmasının hedeflenmesini (Aktel ve ark., 2013) başka bir ifadeyle SB'nin hizmet sunumundan çekilmesini ifade etmektedir (Pala, 2017). Önce SB'ye bağlı olmayan diğer kamu hastaneleri SB'ye bağlanmış (Erol ve Özdemir, 2014), 2011'de kurulan "Kamu Hastane Birlikleri" ile SB, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunumundan çekilmiştir (Pala, 2017).

Literatürde 1980'lerden sonra, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumundaki temel değişimin, hizmet sunumunda özel sektöre öncelikli olarak yer açılmasının sağlanması olduğu yer almaktadır (Pala, 2017). Seksen öncesi dönemde, daha çok bir kamu hizmeti niteliğinde sunulan sağlık hizmetlerinin özel hastaneler tarafından sunulması sadece İstanbul ve Ankara'da sınırlı sayı ve yatak kapasitesine sahip hastaneler tarafından gerçekleştirilmekteydi (Kol, 2015). Özel sektörün sağlık hizmetlerindeki payı 2003'te %8 iken 2009 itibari ile %30'a çıkmıştır (Kutlar ve Torun, 2017).

2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası:

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) ilk adımlarını tanımlayan kanun olmakla birlikte (Pala, 2017) farklı iktidarlar döneminde farklı adlarla hazırlanan tasarı ve taslaklar 1990'lı yılların başından itibaren bütün kalkınma planlarında yer almış ve iktidara gelen hükümetler tarafından benimsenmiştir. GSS, 1998 yılında Bakanlar Kurulu tarafından TBMM'ye sunulmuş ancak kanunlaştırılamamıştır. GSS ile ilgili 2000 yılında, Sağlık Sandığı adı altında bakanlıkların görüşüne sunulan bir kanun tasarı taslağı da sonuçlandırılmamıştır (Kol, 2015). Sosyal güvenlik kuruluşlarını tek çatı altında toplayan 5502 sayılı *Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu*'nun 2006 yılında çıkarılmasının hemen ardından aynı yıl 5510 sayılı *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu* çıkarılmıştır. Asgari ücretin üçte birinden fazla geliri olan herkesin prim ödemekle yükümlü olduğu, prim toplamaya dayalı (Erol ve Özdemir, 2014; Pala, 2017), hizmetten yararlanmak isteyen katkı payı ödemesinin zorunlu olduğu (Pala, 2017), sunulacak hizmetlerin temel teminat paketi adıyla sınırlandırıldığı (Erol ve Özdemir, 2014; Pala, 2017) ve temel teminat paketinin içeriğinin her yıl Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yeniden belirlendiği (Erol ve Özdemir, 2014) bir

GSS kurulmuştur (Pala, 2017). Zorunlu GSS uygulamasına ise 2012 yılı itibariyle geçilmiştir (Erol ve Özdemir, 2014).

3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi:

3.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği:

Sağlık ocaklarının tamamen kapatıldığı, aile hekimliği birimlerinin yanısıra aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinin kurulduğu (Kutlar ve Torun, 2017) aile hekimliği sistemine yönelik yasal düzenlemeler, 2004 yılı sonunda yürürlüğe giren 5258 sayılı *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun* ile başlatılmıştır (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) ve Dünya Bankası (DB), 2008; Kol, 2014). İlk uygulama 15 Eylül 2005'te Düzce ilinde gerçekleştirilirken (OECD ve DB, 2008; Kol, 2014; Soysal ve ark., 2016), 2010 yılı sonunda tüm Türkiye'de aile hekimliği sistemine geçilmiş (Kol, 2014; Soysal ve ark., 2016), 2011 yılında ise *663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname* (KHK) ile yasalaşarak sağlık ocağı sisteminin yerini almıştır (Soysal ve ark., 2016; Yenimahalleli Yaşar, 2017). Çevresel koruyuculuk ve sağlığı geliştirici hizmetler öncesinden farklı olarak birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamına alınmayıp Toplum Sağlığı Merkezleri'ne devredilmiştir (Yenimahalleli Yaşar, 2017). Aile hekimliği sistemi ile kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri aile hekimlerinin, topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise toplum sağlığı merkezlerinin sorumluluğuna bırakılmıştır. Bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanından oluşan sistemde hekim, aile sağlığı elemanını kendisi seçmekte, tıbbi hizmetler dışında gereksinim duyulan emekgücü hekim tarafından genellikle taşeron aracılığıyla sağlanmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014).

3.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri:

Sağlık hizmetlerinden biri olan tedavi edici sağlık hizmetleri (Kutlar ve Torun, 2017), kendi içinde de üçe ayrılmakta ve birinci/ikinci/üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere alt basamaklar halinde sunulmaktadır (İlhan ve ark., 2006; Kutlar ve Torun, 2017). Sevk sistemi, 224 sayılı *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun* ile zorunlu hale getirilirken (Yenimahalleli Yaşar, 2017), aile hekimlerinin yoğun iş yükü nedeniyle, 2006 yılı Temmuz ayı itibariyle aile hekimliği sistemine kayıtlı bir kişinin bir kamu hastanesinden ikinci basamak hizmeti alabilmesi için var olan sevk zorunluluğu askıya alınmış (OECD ve

DB, 2008) ve Haziran 2007 itibariyle aile hekimi sayısının yetersiz olduğu gerekçesiyle uygulamadan kaldırılmıştır (Yenimahalleli Yaşar, 2017).

Yükseköğretim Kurulu'nun 2017 tarihinde düzenlediği Tıp Dallarında Asistan Eğitimi Çalıştayı Raporu'nda poliklinik sayılarının sınırlandırılması ile birlikte sevk sisteminin uygulanmasının asistan eğitimini daha işlevsel hale getireceği ifade edilmiştir (Yükseköğretim Kurulu, 2017).

3.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri:

Kamu hastanelerinin işletme haline getirilmesini öngören girişim 1987'de kabul edilen *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu* iken (Erol ve Özdemir, 2014; Pala, 2017) SB tarafından 1993'te hazırlanan ve özelleştirmeleri teşvik eden "Ulusal Sağlık Politikası"nın da sağlık hizmetlerini piyasalaştırma girişimlerinden birisi olduğu bilgisine literatürde yer verilmektedir. Kamu hastanelerinin bir yıl içerisinde idari ve mali açıdan özerk işletmeler haline dönüştürülmesi ise 663 sayılı KHK ile gerçekleştirilmiştir (Yenimahalleli Yaşar, 2017). DB'nin 2003 tarihli raporunda, kamu hastanelerinin verimliliğinin artırılması için idari ve sağlık hizmeti üretimi açısından özerkleşmesi gerektiği savunulmaktadır (DB, 2003).

Türkiye'de sağlık alanı, kamu özel ortaklığı modelinin uygulandığı alanlardan bir tanesidir. Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modelinde kamu sektörü arzın karşılanması için finansman kaynağı olarak özel sektörü aracı kılmakta, özel sektör ise sözleşme süresi içerisinde kira geliri elde ederek kar elde edebilmektedir. Her iki sektörün de hizmet sunumunda yer aldığı KÖO modelinin finansman problemi nedeniyle benimsendiği ifade edilmektedir. Yap-Devret, Yap-Kirala-İşlet-Devret, Yap-Devret-İşlet, Yap-İşlet-Devret, Yap-Sahiplen-İşlet-Devret, Yap-Sahiplen-İşlet KÖO modellerini oluşturmaktadır (Keskin, 2011). KÖO Daire Başkanlığı'nın 2007 yılında kurulması ile SB'ye ait sağlık kuruluşlarının özel sektöre kiralama karşılığı yaptırılması mümkün kılınmıştır (Erol ve Özdemir; 2014).

KÖO modelinde proje devlet tarafından hazırlanmakta, arsa devlet tarafından gösterilmekte, devletin bütçesinden harcama yapılmamakta, finansman tamamıyla gerçek kişiler ya da özel sektör kurumlarınca sağlanmakta, söz konusu finansman ile inşa edilen ve gerekli teçhizatla donatılan, mülkiyeti kamuya ait olan hastane azami 49 yıl olmak üzere devlete kiraya verilmektedir (Keskin, 2011). *Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun*'da yer alan Ek Madde

7’de “... Bu şekilde yapılacak kiralama işlemlerine ait kira bedelleri SB’ye bağlı Döner Sermaye İşletmelerince ödenir. SB’nin kullanımında bulunan sağlık tesislerinin, öngörülecek proje ve belirlenecek esaslar doğrultusunda yenilenmesi; tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında, sözleşmeyle gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine yaptırılabilir.” ifadeleri yer almaktadır (RG, 2005). Türkiye’de 1980 öncesi dönemde sağlık hizmetleri, SB bütçesine konulan ödenekler, Sosyal Sigortalar Kurumu’nun (SSK) prim gelirleri ve Hazine transferlerinden oluşan kaynaklar ile devlet hastaneleri, SSK hastaneleri ve az sayıdaki üniversite hastaneleri aracılığı ile verilmekteydi (Kol, 2015).

4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
 - 7.1 . Ulusal İlaç Kurumu
 - 7.2 . Tıbbi Cihaz Kurumu
8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi

SB açıklamış olduğu 8 bileşene 2007 yılında 3 yeni başlık daha eklemiştir (SB, 2008a ve SB, 2008b):

1. Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları
2. Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu
3. Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

2.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Hayata Geçirilen Uygulamalar

SDP, iki temel faz şeklinde gerçekleştirilmiştir. İlki 2003-2009 yılları arasında *Sağlıkta Dönüşüm Projesi* başlığı altındaki uygulamalardan, ikincisi ise 2009-2014 yılları arasında *Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi* başlığı altında hedeflenen uygulamalardan oluşmaktadır (Aktel ve ark., 2013; Bostan ve Çiftçi, 2016; Kutlar ve Torun, 2017).

SDP ile örgütlenme, finansman ve sağlık hizmet sunumu olmak üzere sağlık sisteminin üç temel alanına birden müdahale ile sağlığın finansmanının tek elde toplanmasıyla sağlık hizmet sunucularının SGK'dan hizmet aldıkları, birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının başlatıldığı, kamu hastanelerinin yarı otonom hale getirilerek kamu hastane birliklerinin oluşturulduğu, PDEÖS ile kamu kurumları içinde rekabete dayalı bir ücretlendirmenin uygulamaya konulduğu, sağlık insan gücü istihdamında köklü değişikliklerin yapıldığı bir süreç içerisine girilmiştir (Erol ve Özdemir, 2014). SDP'nin aile hekimliği, kamu hastanelerinin işletme haline dönüştürülmesi ve GSS olmak üzere üç ana unsurunun olduğu söylenmektedir (Öztek, 2006; Pala, 2017).

SDP çerçevesinde yasal düzenlemeler oluşturularak hayata geçirilen uygulamalar şunlardır (Erol ve Özdemir, 2014):

1. Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK 5502 sayılı “*Sosyal Güvenlik Kanunu*” ile SGK çatısı altında birleştirilerek sosyal güvenlik sistemi yeniden yapılandırılmış ve 5510 sayılı “*Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*” ile GSS oluşturulmuştur.
2. Birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılarak aile hekimliği sistemi oluşturulmuştur. 5258 sayılı “*Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun*” 2004 yılında yürürlüğe girmiştir.
3. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sağlık işletmesi modeli uygulamaya konulmuştur.
4. SB, merkez teşkilatı yeniden yapılandırılarak “düzenleyici” işlevlerle sınırlandırılmıştır. Kasım 2011’de yayınlanan 663 sayılı KHK’nın içinde Kamu Hastaneler Birliği uygulaması yer almaktadır.

Aşağıdaki tabloda SDP ile hayata geçirilen uygulamaların tarih ve içeriğine yer verilmiştir (OECD ve DB, 2008; Pala, 2017).

Yıl	Uygulama
2003	PDEÖS'nin, belirlenen 10 pilot ilde bulunan 10 SB hastanesinde uygulanması
2004	Bireysel PDEÖS'nin SB kuruluşlarında uygulamaya geçirilmesi Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavi kapsamına alınması Hekim seçme hakkının SB hastanelerinde uygulanması
2005	Yeşil Kart sahiplerinin ayaktan tedavide verilen reçeteli ilaçlarının kapsama alınması (<i>Yeşil Kart sahiplerinin mali koruma ve hizmete erişim imkanlarının artırılması için</i>) Kurumsal kriterlerin ve kalite kriterlerinin SB kuruluşlarındaki PDEÖS'ye eklenmesi SSK eczanelerinin kapatılması ve üyelerin özel kuruluşlara erişimine izin verilmesi SSK hastanelerinin SB'ye devredilmesi (SSK'lıların tüm devlet hastanelerine ve eczanelere erişim olanağı sağlanmış) Aile hekimliğinin ilk olarak Düzce'de uygulamaya konulması
2006	Sağlık için KÖO Kanunu'nun Meclis'te kabul edilmesi Aile Hekimliğinin Eskişehir, Edirne, Denizli, Adıyaman ve Gümüşhane illerinde uygulamaya konulması SB hastaneleri için global bütçenin uygulamaya başlaması 5502 sayılı kanunun uygulanmasına başlanması 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu ile sağlık hizmetlerinin finansmanının sigorta yoluyla sağlanması ve özel sağlık sektöründen sağlık hizmet satın alınmasının kapsamının genişletilmesi
2007	Sosyal güvence kapsamında olmasa bile birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi Yeni Sağlık Uygulama Tebliği'nin kabulü, buna göre: ▪ SSK ve Bağ-Kur için SB hastanesinden üniversite hastanesine sevk zorunluluğunun kaldırılması ▪ SGK ile sözleşmeli tüm SB hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde işlemsel ve ICD 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) kodlama sistemlerini esas alarak ayakta ve yatan hasta prosedürlerine yönelik toplu (sabit fiyat) ödemenin getirilmesi ▪ SGK ile sözleşmeli hastanelerin yatan hasta ilaç ve tıbbi malzemeleri (sigorta kapsamında) ücretsiz sağlaması ve hastadan ücret alınırca cezalandırılması Aile Hekimliğinin Elazığ, Isparta, Samsun ve İzmir illerinde uygulamaya konulması
2008	GSS uygulamasının başlaması Yeşil Kart programının GSS kapsamına alınması Yeşil Kart sahiplerinin GSS kapsamındaki diğer sağlık sigortası sistemindekilerle aynı teminatlardan yararlanması
2010	5947 sayılı tam gün yasası ile hekim emeğinin değersizleştirilmesi
2011	Kamu Hastane Birlikleri'nin kurulması, yabancı hekim çalıştırılabilmesi
2013	Kamu özel iş birliği modeli ile tesis yaptırılması, yenilenmesi ve hizmet alınması

2.2.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

“İş başarımı” olarak Türkçeleştirilen performans kavramı bireyin, grubun veya kurumun belli bir amaca ne kadar ulaşabildiğinin niceliksel ve niteliksel ölçümünü ifade etmektedir. Performans değerlendirilirken önceden belirlenmiş performans göstergelerine göre iş ve görev tanımının ne düzeyde gerçekleştirildiği ve tanımlanmış olan görevlerin belirli bir zaman dilimi içerisindeki gerçekleştirilme düzeyi dikkate alınmaktadır (Özkal Sayan ve Şahan, 2011).

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir parçası olan döner sermaye uygulaması 2004 yılının Ocak ayından beri “Performansa Dayalı Ek Ödeme” olarak isimlendirilmektedir. (Pala, 2007). Türkiye’de nüfus başına düşen sağlık personeli oranının, diğer orta gelirli ülkeler ve OECD ülkelerinden daha düşük olması, kamudaki hekimlerin çoğunun yarı zamanlı çalışması, muayene için uzun bekleme sürelerinin olması ve hastaların ve hizmet sunucularının sağlık sistemine ilişkin memnuniyet düzeylerinin düşük olması gibi problemler karşısında PDEÖS bu problemleri çözebilecek bir müdahale olarak düşünülmüştür (OECD ve DB, 2008).

SDP, sağlık bakım hizmetlerine erişimi kolaylaştırmakla birlikte bu hizmetlere olan talebi daha da artırmış, SB ise artan talebi SB hastanelerindeki personelin verimlilik artışı ile dengelemek (Sülkü, 2011), kamudaki sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmek için PDEÖS’yi uygulamaya koymuştur. OECD ve DB tarafından hazırlanan incelemede, PDEÖS’nin SDP’nin kritik bir bileşeni olduğu ifade edilmekte, sistem kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti kavramları ile ilişkilendirilmektedir (OECD ve DB, 2008).

Bir tür hizmet başı ödeme sistemi olan (Pala, 2005), 2003 yılında pilot olarak uygulanmaya başlanan, 2004 yılında SB’ye bağlı tüm kurum ve kuruluşlarda uygulamaya konulan (Çakır ve Sakaoğlu, 2014; Erkan, 2011) PDEÖS’de performans değerlendirmesi kurumun ve bireyin performansının değerlendirilmesi şeklinde iki basamakta gerçekleştirilmektedir. Öncesinde yalnızca bireysel performansın değerlendirildiği kurumsal performans değerlendirmesi için katsayının 1 olarak esas alındığı sistemde, 2005 yılında 0 ile 1 arasında değişen ve kurumda dağıtılacak toplam ek ödemeyi etkileyen “kurumsal performans katsayısı” da sisteme eklenmiştir. Katsayı 1’e yaklaştıkça alınacak ek ödeme tutarı artmakla birlikte (Özkal

Sayan ve Şahan, 2011) sağlık kuruluşunun sağlık personeline yapılacak PDEÖ için tahsis edebileceği toplam miktar, üst limit olarak gelirlerin %40'ı ile sınırlandırılmaktadır (OECD ve DB, 2008; Sülkü, 2011). Bireysel performans değerlendirmesinde hekimlerin doğrudan emeğe dayalı hizmetleri puanlandırılmakta ve bu puanlamalara göre hesaplanan tutar “ek ödeme” adıyla maaşlara ilaveten alınan ücreti oluşturmaktadır. Hekimlerin bireysel performans puanları, aylık olarak yapmış oldukları hizmetlerin (Özkal Sayan ve Şahan, 2011) “*Tıbbi İşlemler Yönergesi*” doğrultusunda puanlandırılmasıyla hesaplanmaktadır (Çakır ve Sakaoğlu, 2014; Özkal Sayan ve Şahan, 2011). PDEÖS, sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasında aracı rol verilen sağlık çalışanları tarafından itiraz edilmekle birlikte en çok uyum gösterilen uygulama olmuştur. Bununla birlikte sağlık kurumlarının işletmeye dönüştürülmesinde önemli rolü olan döner sermaye uygulamasının devamı niteliğindeki sistemde, rekabetçi anlayışın ön plana çıkmasıyla sağlık çalışanları arasındaki iş barışının bozulmasına neden olarak gösterilmektedir (Erol ve Özdemir, 2014).

2.2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı’na Getirilen Temel Eleştiriler

Özel sağlık kuruluşlarının desteklendiği SDP ile birlikte varsayılanın aksine sağlık harcamalarında önemli artışlar görülmüştür. GSS’de temel teminat paketinin sınırlı tutulması halinde yurttaşın ek harcama yapmak durumunda kalması ve özel sağlık sigortacılığının teşvik edilmesi eleştirilen yönlerdendir. Aile hekimliği sistemi ile ekip çalışması yerine ikili çalışma yöntemi benimsenerek emek gücü maliyeti azaltılmaya çalışılmakta gerek hekim gerekse aile sağlığı elemanı ücretini piyasa koşullarında kazanmaya terk edilmektedir (Erol ve Özdemir, 2014).

Sağlık kuruluşlarında taşeronlaşmanın ön plana çıkarılması, gerek aile hekimleri için gerekse kamu hastanelerinde görev yapan hekimler için hizmet başı ödeme yöntemlerinin uygulanması, çalışanların iş yükünün SDP ile birlikte artması ve çalışma saatlerinin uzaması, şiddetin sağlık kuruluşlarında günlük yaşamın bir parçası haline gelmesi SDP’nin eleştirilen bölümleri içerisinde kendisine yer bulmaktadır (Pala, 2017).

2.3. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı

Altı yıllık tıp eğitimi sonrasında uzmanlık eğitimi almak isteyen hekimlerin girmiş oldukları TUS 1987 yılından beri her yıl yapılmaktadır. Öncesinde yalnızca Ankara ilinde yapılmaktayken 2012 yılı itibarıyla İzmir ve İstanbul illerinde de yapılmaya başlanmıştır. TUS, her birinde 120’şer soru bulunan Temel Tıp Bilimleri ve Klinik Tıp Bilimleri Testi olmak üzere iki testten oluşmaktadır (Kaya ve ark., 2014a). Günümüzde temel tıp bilimleri içerisinde yer alan Tıp Tarihi ve Etik alanı ise 1961 tarihinde 5/1789 sayılı kararla *Tababet İhtisas Tüzüğünde Yapılacak Değişikliklere Dair Tüzük*’ün uygulamaya konması ile Tıp Tarihi adı ile bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (RG, 1961). 2002 yılına gelindiğinde 24790 sayılı *Tıpta Uzmanlık Tüzüğü* ile uzmanlık dalları içerisinde çıkarılmıştır (RG, 2002).

Her yıl Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından yılda iki kez yapılan (Hacettepe, 2018) sınavda ÖSYM adayların, “*tıp alanındaki temel kavram, ilke ve yöntemleri tanıma, kavrama; bu kavram, ilke ve yöntemler ile düşünme ve bunları belli durumlara uygulama yetilerini yoklayan sorular bulunduğunu*” belirtmektedir. ÖSYM Başkanlığı’nca yürütülen seçme işlemleri sonrasında yerleşmeye hak kazananlar tercihlerine göre mevcut kontenjanlara yerleştirilmekte ve Adli Tıp Kurumu’nda (ÖSYM, 2019), SB eğitim ve araştırma hastanelerinde ve tıp fakültelerinde tıpta uzmanlık eğitimi alabilmektedirler (Kaya ve ark., 2014a; ÖSYM, 2019). Söz konusu uzmanlık eğitimi, bilimsel gelişmelerin takibi ile tıp bilim dallarının belirli bir alanına özgü yetki ve yetenek kazanmak amacıyla eğitim, öğretim ve uygulamalı çalışmaları ve bilimsel araştırmaların sonuçlarını ortaya koyup değerlendirmeyi kapsayan bir eğitimidir (Hacettepe, 2018).

2.4. Tıpta Uzmanlık Dalları

Tıpta uzmanlık eğitiminde eğitim alınan uzmanlık dalları temel, dahili ya da cerrahi tıp bilimleri olarak üçe ayrılmıştır. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde anatomi, biyofizik, biyoistatistik, fizyoloji, histoloji ve embriyoloji, immunoloji, tıbbi biyokimya, tıbbi biyoloji, tıbbi mikrobiyoloji, tıp eğitimi, tıp tarihi ve etik anabilim dalları temel tıp bilimlerinde; acil tıp, adli tıp, aile hekimliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları, deri ve zührevi hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, fiziksel tıp ve

rehabilitasyon, göğüs hastalıkları, halk sağlığı, dahiliye, kardiyoloji, nöroloji, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi, radyoloji, ruh sağlığı ve hastalıkları, spor hekimliği, tıbbi farmakoloji, tıbbi genetik anabilim dalları dahili tıp bilimlerinde; anesteziyoloji ve reanimasyon, beyin ve sinir cerrahisi, çocuk cerrahisi, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, göz hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, kalp ve damar cerrahisi, kulak burun ve boğaz hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, patoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, üroloji anabilim dalları ise cerrahi tıp bilimlerinde yer almaktadır (Uludağ Üniversitesi, 2018).

SSK bünyesinde 2002 yılında hizmet vermeye başlayan, 2005 itibari ile SB'ye bağlanan o dönemki adıyla Şevket Yılmaz Devlet Hastanesi, 2009 yılı sonunda Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde uzmanlık eğitime başlamıştır (Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2019).

2.5. Tıpta Uzmanlık Dalı Tercihlerindeki Değişimin Nedenleri

2.5.1. Malpraktis

2.5.1.1. Malpraktis ve Malpraktis ile İlişkili Kavramların Açıklanması

2.5.1.1.1. Malpraktis Kavramı

Etimolojik kökenine bakılacak olunursa Latince “mala” ve “praxis” kelimelerinin birleşiminden oluşan malpraktis hatalı uygulama anlamına gelmektedir (Saatcıoğlu, 2009). Mesleki standartlardan sapma (Özer ve ark., 2015), bir meslek mensubunun mesleğini uygularken ortaya çıkan hatalı uygulamalar şeklinde tanımları yapılan malpraktisi (Özgönül, 2010) Türk Dil Kurumu (TDK), özen göstermeksizin veya yanlış uygulanan tedavi sonucunda ortaya çıkan, görevi kötüye kullanma anlamına gelen hukuki durum olarak tanımlamaktadır (TDK, 2018).

Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) madde 53/6'da malpraktise “*Belli bir meslek veya sanatın ya da trafik düzeninin gerektirdiği dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla işlenen taksirli suç*” şeklinde gönderme yapılmaktadır (TCK, 2004). Aslında bir hukuk terimi olan ve Türkiye’de tüm tıbbi hataları karşılamak için

kullanılan malpraktis kavramı, İngilizce “malpractice” kelimesinin karşılığı olarak kullanılmakta ve İngilizce’de tazminat davalarına giden hatalı uygulamaları karşılamaktadır (Özgönül, 2010).

2.5.1.1.2. Tıbbi Malpraktis

Tıp mensuplarının mesleklerini uygularken ortaya çıkan hatalı uygulamalar, tıbbi malpraktis olarak isimlendirilmektedir (Özgönül, 2010). Türk Tabipleri Birliği (TTB) *Malpraktis Bildirgesi*’nde malpraktisi, tıbbi uygulamadaki bilgi, beceri eksikliği ya da ihmal nedeniyle hizmet sunulan kişinin sağlığına zarar gelmesi olarak tanımlanmaktadır (TTB, 2010). Dünya Tabipler Birliği (DTB) ise komplikasyon ile tıbbi malpraktis ayrımına dikkat çekerek malpraktisin, hastada direkt yaralanmaya sebep olan hekim hatasını, beceri eksikliğini ya da hizmet sağlamada ihmali içerdiğini bildirmektedir (DTB, 1992). Kavramın içeriğinde tıbbi uygulamanın yanlış yapılması, eksik yapılması, yapılması gerektiği halde yapılmaması ya da yapılmaması gerektiği halde yapılması yer almaktadır (Caymaz, 2015). Bu tanımlardan yola çıkılarak insanın verilen ve/veya veril(e)meyen sağlık hizmeti dolayısıyla zarar görmesini tıbbi malpraktis olarak tanımlamak mümkündür.

Tıbbi malpraktis kavramının Türkçe karşılığı olarak tıbbi uygulama hatası, hizmet kaynaklı zarar (Civaner, 2011), hekimliğin kötü uygulanması (TTB, 2012), tıbbi kötü uygulama (Oğuz ve ark., 2005) gibi ifadeler kullanılmaktaysa da tam bir fikir birliği bulunmamaktadır.

2.5.1.1.3. Komplikasyon

Tıbbın gerek ve kurallarına uygun davranılmasına, özen yükümlülüğüne aykırı davranılmamasına rağmen meydana gelen ve tıp dünyası tarafından da ortaya çıkabileceği kabul edilen zarar, komplikasyon olarak isimlendirilmektedir (Hakeri, 2014). Komplikasyon, hekimin her türlü özeni göstermesi, alabileceği her türlü tedbiri almasına rağmen ortaya çıkan olumsuz sonuçtur (Ersoy, 2014). Tıbbi malpraktis iddiaları karşısında istenmeyen sonucun komplikasyon mu yoksa tıbbi malpraktis mi olduğuna karar vermek için görevlendirilen tıbbi bilirkişi, hakkında iddia olan hekimin aynı ortam koşullarındaki, aynı yetkinlik düzeyindeki bir hekimin göstermesi gereken özen yükümlülüğünü gösterip göstermediğini dikkate almaktadır

(Polat ve Pakiş, 2011). Aksi durumda hasta zarar görmüşse hekimin kusurlu bir davranışta bulunduğu kabul edilmektedir (Çetin, 2006).

2.5.1.1.4. Özen Yükümlülüğü

Özen yükümlülüğü, gereken müdahaleyi gerektiğı şekilde yapmayı ifade eder. Gereken müdahaleyi hiç yapmama ya da gerektiğı şekilde yapmama özen yükümlülüğünün ihlal edilmesidir (Hakeri, 2012; Hakeri, 2014). Özen yükümlülüğünün belirlenmesinde ölçüt olarak kullanılan “bilim ve tekniğin son durumu” ifadesinin yerini zamanla daha dinamik, olaylara ve tehlikelere devamlı uyum sağlayan bir sürecin ifade edildiğı “standart” kavramı almıştır. Tıbbi standart kavramı ile “tıp biliminin genel olarak tanınıp kabul edilmiş kuralları” anlatılmak istenmektedir. Hekim yerleşmiş ve standartlaşmış kuralları uygulamakla yükümlü olduğı gibi her yeni yöntemi derhal uygulamak zorunda değildir. Dolayısıyla tıbbi müdahalenin yapıldığı zaman ve hekimin bu standarda ulaşabilme olanağı da tıbbi standart belirlenirken göz önünde bulundurulması gereken faktörlerdendir. ABD’de tıbbi standardın belirlenmesinde geliştirilen yöre kuralı ile aynı veya benzer hastalar bakımından aynı veya benzer şartlar altında, aynı alanda görev yapan, aynı ekipman, kaynak ve olanağa sahip olan hekimler göz önünde bulundurularak tıbbi standart belirlenmektedir (Hakeri, 2012).

Özen yükümlülüğü noktasında pratisyen ve uzman hekim arasında herhangi bir fark kabul edilmemekle birlikte uzman hekimin pratisyen hekime göre belli bir konuda daha fazla bilgi ve tecrübeye sahip olduğı beklentisi vardır. Eğitimi devam eden ve klinikte çalışmaya yeni başlayan bir asistan hekimin özen yükümlülüğünün belirlenmesinde ise yine aynı durumdaki bir asistan hekim ölçüt alınmaktadır. Üst düzeyde uzmanlık gerektiren faaliyetlerde beklenen özen ise daha yüksek düzeyde olmaktadır (Hakeri, 2012).

2.5.1.1.5. Kusur

Zamanının genel kabul gören tıbbi uygulama standartları çerçevesinde bilgi, beceri, dikkat ve özen unsurları açısından ortalama bir hekimin göstermesi gereken davranışın gösterilmemesi kusur olarak tanımlanmaktadır (Çetin, 2006). Hekimin

yapması gereken birşeyi yapmaması ya da hatalı bir uygulama yapması durumunda kusur kavramından bahsedilebilmektedir (Ersoy, 2014).

Kusurun nedeni her zaman tek kişi olmamakta, birden çok kişi kaynaklı olabileceği gibi kurum ya da sistemden kaynaklanan kusurlar da meydana gelebilmektedir (Çetin, 2006). Ortada bir kusur olması durumunda bu kusurun kim ya da kimlerden/nere-den kaynaklandığını araştırmak gerekmektedir (Ersoy, 2014). Nitekim hastanın zarar görmesinde hata ve eksikliğin nerden kaynaklandığı araştırılarak ortaya çıkan zarardan herkes kusuru oranında sorumlu olmaktadır (Çetin, 2006).

Meydana gelen zarar, hizmeti veren kişiye atfedilen ve atfedilemeyen olmak üzere ikiye ayrılarak incelenebilmektedir. Kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde görevli olan idari makamın üzerine düşeni yerine getirmemesi, verilen hizmetin kuruluşunda, işleyişinde, örgütlenmesinde, düzenlenmesinde ortaya çıkan sorunlar yani kamu hizmetlerinin hiç işlememesi, geç işlemesi ya da eksik veya kötü işlemesi hizmet kusuru olarak ifade edilmektedir. Şahsi kusur, sağlık hizmeti sunan personelin bizzat kendi eylem ya da eylemsizliğinden kaynaklanmakta ve şahsi kusurun var olması halinde tıbbi malpraktisten söz edilebilmektedir. Görev kusuru ise kamu hizmetinin verilmesi esnasında görevi sunan kamu personelinin göreviyle ilgili bir konuda uygunsuz davranışından kaynaklanan kusur olarak ifade edilmektedir (Çolak, 2005).

Tıbbi malpraktis olgularında hekimin kusurunun yanında idari kusurun da olabileceği göz önünde bulundurularak araştırma yapılması gerekmektedir (Ersoy, 2014). Sağlık kuruluşlarındaki eksikliklerden kaynaklanan tıbbi malpraktis olgularında hekim daha önce yazılı talepte bulunmamışsa bu durumda hekim sorumlu tutulmaktadır (Çetin, 2006). Gerekli personel ve gerekli donanım bakımından yeterli tıbbi standardın olmadığı bir sağlık kuruluşunda hekimin sevk zorunluluğu bulunmakta olup aksi üstlenme kusuru olarak değerlendirilmektedir (Hakeri, 2012). Hekimden özenin beklenemeyeceği hallerde ise kusurdan söz edilmez (Hakeri, 2014).

Tıbbi malpraktis iddiası durumunda hekim, hukuki ve cezai dava ile karşılaşabilmekte, hekime idari soruşturma açılabil-mekte ve TTB tarafından yürütülen disiplin işlemlerine tabi tutulabilmektedir. Hekim bu dört hukuksal

süreçten bir ya da daha fazlasıyla aynı anda baş etmek zorunda kalabilir. Son iki süreçte zarar kavramı aranmazken, hukuka aykırı eylem ve kusurlu bir davranışın olması yeterli görülmektedir (Ersoy, 2014).

2.5.1.1.6. Hekimin Eyleminin Hukuka Uygunluk Koşulları

Hekimin eyleminin hukuka uygun olduğundan bahsedebilmek için tıbbi endikasyon olması (Hakeri, 2012), hekimin o uygulamayı yapmak için yetkinliğinin bulunması (Çetin, 2006; Ersoy, 2014) ve mesleğinin gereklerine uygun davranması (Ersoy, 2014), hastanın muayene için onam, yapılacak her türlü tıbbi uygulama için ise aydınlatılmış onam vermesi (Çetin, 2006) gerekmektedir. Acil durumlar dışında uzmanlık gerektiren uygulamalarda kendi uzmanlık alanında olmayan tıbbi müdahalelerde bulunan, aydınlatılmış onamı hiç ya da gerektiği gibi almayan, hasta kayıtlarını gerektiği gibi tutmayan, hastasına karşı sır tutma, sadakat ve özen yükümlülüğünü yerine getirmeyen, teşhis ve tedavi konusunda uygun bilimsel yöntemi uygulamayan hekim, meslek gereklerine uygun davranmayan hekim olarak ifade edilmektedir (Ersoy, 2014).

2.5.1.1.7. Hekim Sorumluluğu

Hukuka aykırı bir fiile, hukukun ön gördüğü yaptırım sorumluluk olarak tanımlanmaktayken hekim sorumluluğu kavramı ile anlatılmak istenen tıbbi uygulamalar sırasında hukuka aykırı bir eylemde bulunan ve hastasına zarar veren hekimin bu zararı karşılamakla yükümlü olmasıdır (Özgönül, 2010). Türk hukuk sisteminde hekimler için özel kurallar bulunmamakta olup (Polat ve Pakiş, 2011) hekimin hukuka aykırı bir eylemde bulunmuş olması durumunda çeşitli hukuk dalları karşısında sorumlulukları doğmaktadır (Özgönül, 2010). Bir eylemin yapılması kadar yapılmaması da suç olabilmektedir (Çoltu, 2011).

Hekimin hukuki sorumluluğu noktasında tecrübeli bir uzman hekimin bilgi ve becerisi esas alınmakta ve hekim aldığı eğitimin niteliğini, gerekli tecrübeye sahip olmadığını, kendi alanındaki gelişmeleri takip edemediğini ileri sürerek özel hukuk sorumluluğundan kurtulamamaktadır. Hukukun ve mahkemenin hekimden beklentisi kendi uzmanlık alanında geliştirilmiş kurallara uymasındır. Hekimin tazminat sorumluluğundan bahsedebilmek için sözleşmenin ihlali ya da haksız fiil şeklinde

gerçekleşen hukuka aykırı bir eylem, kusurlu bir davranış, maddi veya manevi zarar ve meydana gelen zarar ile hekimin eylemi arasında nedensellik bağının olması şeklinde açıklanan dört şartın da sağlanmış olması gerekmektedir (Hakeri, 2012).

Sözleşmeden doğan sorumluluk hekim ile hastanın ilk karşılaşma anı itibariyle aralarında imzalandığı varsayılan, hekimin sonucun iyi olacağını garanti etmediği vekalet sözleşmesi tarzında olan sorumluluktur (Polat ve Pakiş, 2011). Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi dalında yapılan bazı cerrahi ameliyatlarda ise vekalet değil eser sözleşmesi geçerli olup sonuç garanti edilmektedir (Çetin, 2006). Zarar gören ile hekim arasında sözleşme olmaması durumunda oluşan zarar nedeniyle doğan sorumluluk haksız fiile dayanmaktadır. Aydınlatılmış onam olmadan yapılan uygulamalar, sözleşmenin geçerliliğini yitirdiği yasal olmayan organ alma ve kürtaj uygulamaları haksız fiile örnek oluşturmaktadır (Polat ve Pakiş, 2011).

Hekimin kanunda yasaklanan bir eylemde bulunmuş olması durumunda cezai sorumluluğu doğmaktadır (Özgönül, 2010). Hekimin cezai sorumluluğundan söz edebilmek için eyleminin hukuka aykırı olması, kusurlu bir davranışının bulunması, hastada bir zarar ortaya çıkması ve bu zarar ile hekimin eylemi arasında neden-sonuç ilişkisinin bulunması gerekmektedir (Ersoy, 2014). Kusurlu davranışı kasten veya taksirle işlenen eylemler meydana getirmektedir. Kast ve olası kasttan dolayı hekimin kasttan dolayı sorumluluğu oluşurken; taksir ve bilinçli taksir durumlarında ise taksirden dolayı sorumluluğu oluşmaktadır (Özgönül, 2010).

5237 sayılı TCK'nın 21/1. maddesinde verilen tanıma göre kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir. İlgili kanunun 21/2. maddesinde kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleştirebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi durumu olası kast olarak nitelendirilmiştir (TCK, 2004). Endikasyonun bulunmaması, hastanın rızasının alınmaması ya da hasta aydınlatılmadan müdahalede bulunulması kasten yaralama suçu kapsamında değerlendirilmektedir (Özgönül, 2010). İlgili Kanun'un 22/2. maddesinde taksir, dikkatsizlik ve özen yükümlülüğüne aykırı davranım nedeniyle sonucun öngörülemez ile suçun gerçekleşmesi durumu olarak tanımlanmaktayken eğer öngörülen sonuç istenmemesine karşın, sonucun meydana gelmesi durumu bilinçli taksir olarak adlandırılmaktadır. Hekimin taksiri nedeniyle hastanın zarar görmesi

durumunda ise TCK'nın 85. ve 89. maddeleri uygulanmaktadır. Taksirle ölüme sebebiyet verme (85. madde) hapis cezasını gerektirirken taksirle yaralama durumunda (89. madde) hapis cezasının yanı sıra hekimin tazminat sorumluluğu da bulunmaktadır (TCK, 2004). Hekimlerin sorumluluğu çoğunlukla taksirli eylem nedeniyle oluşmaktadır (Özgönül, 2010).

Özen yükümlülüğünün ihlal edilmesi durumunda tıbbi malpraktisten bahsedilmekte ve hekim sorumlu tutulmaktadır. Hekimin müdahalesi değerlendirilirken tıbbi müdahale öncesi şartlar incelenmekte, hekimin tıbbi müdahale anındaki durumu da göz önünde bulundurulmaktadır. Örneğin hekimin konsantrasyonunu bozacak bir çalışma düzeninde çalıştırılması durumunda aşırı yorgunluk ve konsantrasyon eksikliği nedeniyle tıbbi hata meydana gelmiş olsa da bundan hekimin sorumlu tutulamayacağına dair bir mahkeme kararı mevcuttur. Ancak böyle bir durumda söz konusu hekim, başka bir hekimin sorumluluğu üstlenmesine izin vermez ise sorumlu tutulmaktadır (Hakeri, 2012).

Hekim, komplikasyon nedeniyle sorumlu tutulmamakla birlikte hekimin komplikasyonu zamanında farkedip tıp kurallarına uygun şekilde bir komplikasyon yönetimi yapması gerekmektedir (Ersoy, 2014; Hakeri, 2014). Öngörülebilir komplikasyona karşın tedbir alınmamış ya da tedbir almakta geç kalınmışsa komplikasyonun tıbbi malpraktise dönüşme ve hekimin sorumlu tutulma ihtimali vardır. Tıp biliminin öngöremediği bir netice durumunda ise hekim sorumluluğundan söz edilmemektedir (Hakeri, 2014).

2.5.1.1.8. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası

Sigortalının karşılaşılabileceği tazminat taleplerini karşılamada güvence oluşturan sorumluluk sigortalarının bir örneğini tıp alanında görmek mümkündür. Tıp, doğası gereği istenmeyen sonuçların ortaya çıkabileceği dolayısıyla sağlık hizmet sunumunda görev alan tıp mensuplarının tazminat davalarıyla karşılaşılabileceği bir alandır. Sorumluluk sigortası ise hastanın zararını tazmin ederek hekime finansal olarak destek olan yani tıbbi malpraktis oluşması durumunda devreye giren bir yapıya sahiptir (Gökmen ve Güleç, 2010).

Türkiye'de 2010 yılında kamu ya da özel kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra eden hekim, diş hekimi ve uzman hekimlerin

sigorta yaptırmaları zorunlu hale getirilmiştir (RG, 2010a). Yine aynı yıl dört risk grubu tanımlanarak uzmanlık dallarının hangi risk grubunda yer aldıkları, ilk kez yapılacak sigortada her bir risk grubu tarafından ödenecek olan prim miktarları ve her bir olay için 300.000 TL'yi geçemeyeceği belirtilen azami teminat tutarı bildirilmiştir (RG, 2010b).

Sigorta sözleşmesinin teminat kapsamı, mesleki faaliyet nedeniyle oluşan zarara karşılık talep edilen tazminatı, yargılama giderlerini, hükmolunacak faizi içermekte olup poliçede belirlenen limitler dahilinde teminat sağlamaktadır. Teminat süresi sözleşme tarihinden önceki on yıllık dönemi de kapsamaktadır (RG, 2012). Her bir olay için ödenecek olan azami teminat tutarı 2010 yılında risk grubu ayrımı olmaksızın belirlenirken (RG, 2010b) 2015 yılında risk gruplarına göre belirlenmeye başlanmıştır (RG, 2015) (EK 1).

2.5.1.2. Tıbbi Malpraktisin Nedenleri

Hekimler teşhis ve tedavi aşamalarında tıbbi malpraktise neden olabilmektedir. Teşhis hatası eksik ön muayene ve yetersiz hasta öyküsü alma, teşhise yönelik gerekli tetkiklerin yapılmaması (Hakeri, 2012), muayene bulgularının ve/veya tetkiklerin yanlış yorumlanması (Özer ve ark., 2015), gerekli konsültasyonların istenmemesi (Çetin, 2006) şeklinde gerçekleşebilmektedir. Birinci basamakta karşılaşılan tıbbi malpraktis iddialarının incelendiği bir araştırmada, tıbbi malpraktis iddiası ile sonuçlanan en yaygın tıbbi hatanın teşhis koyamama ya da gecikme (%26-63) olduğu bunu ilaç hatalarının (%5,6-20) takip ettiği bulunmuştur (Wallace ve ark., 2013). Karpuz (2015) araştırmasında, tanı aşamasında saptanan tıbbi malpraktis nedenlerini yanlış değerlendirme, konsültasyon yetersizliği, tanı koymada eksiklik ve gecikme olarak bildirmiştir (Karpuz, 2015).

Malpraktis iddiaları ile ilgili olarak 1986-2010 tarih aralığını kapsayan 24 yıllık sürecin değerlendirildiği bir araştırmada, tazminatla sonuçlanan olgularda teşhis hatalarının oranı %28,6 olarak saptanmıştır. Teşhis hatalarının %54,2'sinin teşhis koyamama, %19,9'unun teşhiste gecikme, %9,9'unun ise yanlış teşhis şeklinde gerçekleştiği bildirilmiştir (Saber Tehrani ve ark., 2013). ABD'de 2004-2014 yıllarını kapsayan malpraktis iddiaları karşısında yapılan ödemelerin dikkate alındığı bir araştırmada, malpraktis iddialarının %31,8'ini teşhis, %26,9'unu cerrahi,

%24,5'ini tedavi ya da ilaç kaynaklı hataların oluşturduğu bulunmuştur. Teşhis hatalarına dair iddiaların en fazla olduğu dal Patoloji, en az olduğu dal ise Anesteziyolojidir (Schaffer ve ark., 2017).

Bilimsel bilgi ve yöntemlere uygun olarak gerekli özenin gösterilmediği her türlü tıbbi müdahale, tıbbi müdahale sırasında ve sonrasında verilen hatalı kararlar, müdahalenin yapılmaması ya da geç yapılması, hasta vücudunda yabancı madde unutulması, yanlış tedavi yöntemi seçme ya da seçilen yöntemin yanlış uygulanması, yanlış ilaç, hasta karıştırma, yanlış taraf cerrahisi, komplikasyonun fark edilememesi, hatalı ameliyat tekniği, teknik aletlerin kullanılmasında yapılan hatalar, hasta sevinde gecikme, uzman hekime çok geç danışılması (Hakeri, 2012), bir hekimin yetkisi bulunmadığı halde kendi uzmanlık alanı dışındaki bir müdahaleyi gerçekleştirmesi (Altınok, 2015), enfeksiyon ve hijyen kurallarına uyulmaması, kayıtlar ve testler incelenmeden tıbbi müdahalede bulunulması, konsültasyon istenmemesi tedavi hatası noktasında verilebilecek örneklerdendir (Hakeri, 2012).

Yapılan araştırmalarda dikkatli muayene etmeme ve iyi değerlendirme yapmama, konsültasyon istenen uzmanın hastaneye gitmemesi, hastanın yeterli süre hastanede takip edilmemesi (Türkan ve Tuğcu, 2004), yanlış tedavi, hastada özen ve dikkat göstermeme, ihmal ve tanı hatası gibi nedenler (Can ve ark., 2011) tıbbi malpraktis nedenleri arasında ilk sıralarda olma özelliğine sahiptirler. Bunlardan farklı olarak Teke ve ark. (2007) tarafından 142 hekimin görüşlerinin alınarak yapılan ankete dayalı araştırmada, tıbbi malpraktis nedenleri sırasıyla günlük bakılan hasta sayısı, hastane fiziki koşulları ve yeterli alt yapının bulunmaması olarak bildirilmiştir (Teke ve ark., 2007). Arşivine internet aracılığı ile ulaşılabilen 18 gazetenin incelenmesi sonucunda tıbbi malpraktis ile ilgili 172 haberin örneklemini oluşturduğu bir araştırmada, tıbbi malpraktis nedeni olarak bilgi eksikliği-meslekte acemilik %62,1 ile ilk sırada yer alırken bunu %16,9 ile dikkatsizlik-tedbirsizlik, %7 ile ihmal ve %3,5 ile aşırı yorgunluk-tükenmişlik izlemiştir (Ertem ve ark., 2009).

2.5.1.3. Tıbbi Malpraktis Davalarının Dağılımı

2.5.1.3.1. Dünyada Tıbbi Malpraktis Davalarının Dağılımı

İsveç'te 1997-2004 yılları arasında taburcu edilen 11,514,708 hastanın %0,2'si tıbbi malpraktis iddiasıyla başvururken iddiaların %49,5'i haklı bulunarak ödeme yapılmıştır. Uzmanlık dallarının şikayet oranına bakıldığında El Cerrahisi birinci, Ortopedi ikinci, Kardiyotorasik Cerrahi üçüncü, Nöroşirurji dördüncü ve Göz Hekimliği beşinci sırada yer almıştır. En fazla ödeme %31,05 ile Kadın Hastalıkları ve Doğum, %26,58 ile Ortopedi ve Travmatoloji, %14,93 ile Genel Cerrahi alanında yapılmıştır (Harenstam ve ark., 2009). ABD'de yapılan bir araştırmada Kadın Hastalıkları ve Doğum riskli uzmanlık dalları sıralamasında 12. sırada yer almasına rağmen en yüksek tazminat ödemesi olan uzmanlık dalı olarak bildirilmiştir (Jena ve ark., 2011).

ABD'de ülke çapında büyük bir meleki sorumluluk sigortacısı tarafından sigortalanan 40 binin üstündeki hekimin 1991'den 2005'e kadar olan bilgilerinin analiz edilmesiyle yapılan bir araştırma sonucuna göre uzmanlık dallarının yıllık olarak bir malpraktis davası ile karşılaşma oranına bakıldığında %19,1 ile Beyin Cerrahisi, %18,9 ile Göğüs Cerrahisi ve Kardiyovasküler Cerrahi, %15,3 ile Genel Cerrahi ilk üçte yer alırken %5,2 ile Aile Hekimliği, %3,1 ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, %2,6 ile Psikiyatri son üçte yer almaktadır. (Jena ve ark., 2011). Avustralya'da 2000-2011 yılları arasındaki 11 yıllık süreçte hekimlerle ilgili 18,907 resmi şikayetin değerlendirildiği bir araştırmada şikayetlerin %47'sinin genel pratisyenler, %11'inin Dahiliye, %6'sının Psikiyatri, %5'inin Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Bismark ve ark., 2013). Başka bir araştırmada ise ABD'de ve Avustralya'da, pratisyen hekimlerin %7,6-20 oranı ile iddialar açısından ilk beşte yer aldıkları saptanmıştır (Wallace ve ark., 2013).

2.5.1.3.2. Türkiye'de Tıbbi Malpraktis Davalarının Dağılımı

Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'na 2000-2011 yılları arasında tıbbi malpraktis iddiası ile başvuru alan 330 olgunun değerlendirildiği bir araştırmada, 2000'de 7 olan iddia sayısı 2003'te 10, 2006'da 36, 2010 yılında ise 55 olarak bildirilmiştir (Yazıcı ve ark., 2015). Tıbbi malpraktis iddiasıyla Adli Tıp Kurumu 3.

İhtisas Kurulu'na gönderilen 1458 olgunun retrospektif olarak incelendiği bir araştırmada, 2002 yılındaki olgular tüm olguların %3,9'unu oluştururken 2006 yılında bu oran %37,7 olarak bulunmuştur (Özkaya, 2008). Kalp ve damar hastalıkları nedeni ile tedavi edilen ve tıbbi malpraktis iddiası ile başvuran 389 olgunun retrospektif olarak incelendiği başka bir araştırmada ise 2009 yılından sonra olgu sayısında belirgin bir artış olduğu bildirilmiştir. Adli Tıp Kurumu'na tıbbi malpraktis iddiası nedeni ile yapılan başvuru sayısı 2010 yılında 1000 iken bir yıl sonra sayının iki katına çıktığı görülmüştür (Karpuz, 2015).

Yapılan araştırmalarda tıbbi malpraktis iddiası ile karşılaşanlar içerisinde hekimler, hekimler içerisinde ise cerrahi uzmanlık dallarında çalışanlar ilk sırada yer almaktadır (Ertem ve ark., 2009; Güzel ve ark., 2002; Özkaya, 2008). Bir araştırma sonucuna göre hemşire ve ebeler (Özkaya, 2008) başka bir araştırmada ise hemşireler tıbbi malpraktis iddiası ile karşılaşanlar içerisinde ikinci sırada yer almaktadır (Ertem ve ark., 2009). Hakkında tıbbi malpraktis kararı verilen kişilerde ise hekimler yine ilk sırada yer alırken (Özkaya, 2008; Pakiş ve ark., 2008) ebeler ikinci, hastane yönetimi ise üçüncü sırada yer almıştır (Pakiş ve ark., 2008).

Yapılan araştırmalarda tıbbi malpraktise dair karar verilen olgular tüm olguların %33,3'ü (Yazıcı ve ark., 2015), %32,6'sı (Karpuz, 2015) gibi oranlara sahiptirler. Sıralamaları değişmekle birlikte tıbbi malpraktis iddiasına konu olan uzmanlık dalları içerisinde Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Genel Cerrahi ilk üçte yer almaktayken (Can ve ark., 2011; Özkaya, 2008; Pakiş ve ark., 2008; Yazıcı ve ark., 2015) Ortopedi ve Travmatoloji yapılan üç araştırmada üçüncü sırada yer almıştır (Can ve ark., 2011; Özkaya, 2008; Yazıcı ve ark., 2015). Bir araştırmada Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları son sırada yer almıştır (Can ve ark., 2011). Tıbbi malpraktis kararı verilen uzmanlık dallarına bakıldığında ilk sırada belirtilen uzmanlık dalları içerisinde Ortopedi ve Travmatoloji (Özkaya, 2008), Kadın Hastalıkları ve Doğum; ikinci sırada belirtilen uzmanlık dalları içerisinde Genel Cerrahi (Pakiş ve ark., 2008), Beyin ve Sinir Cerrahi; üçüncü sırada belirtilen uzmanlık dalları içerisinde ise Genel Cerrahi yer almaktadır (Özkaya, 2008).

2.5.2. Şiddet

2.5.2.1. Şiddetin Tanımı

Şiddet kavramını TDK “1. Bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğlilik, sertlik. 2. Hız. 3. Bir hareketten doğan güç. 4. Karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma. 5. mec. Kaba güç. 6. mec. Duygu veya davranışta aşırılık” şeklinde tanımlamaktadır (TDK, 2018). Dünya Sağlık Örgütü’ne (World Health Organization, WHO) göre şiddet, “Kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanması” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002a). Kişiye karşı istemediği davranışta bulunma ya da zarar verme amacı güderek saldırma olarak da tanımlanan (TTB, 2013) ve bir sağlık sorunu olan şiddet (Al ve ark., 2012; Ankara Tabip Odası, 2008) kişiyi fiziksel ve psikolojik olarak etkilemekte (Al ve ark., 2012; Duğan, 2015), iş performansına ve sosyal ilişkilere de zarar vermektedir (Al ve ark., 2012).

2.5.2.2. Şiddet Türleri

Ulusal ve uluslararası literatürde şiddet türleri konusunda tam bir fikir birliği bulunmamakla (Duğan, 2015) birlikte genel olarak sözel, psikolojik, fiziksel ve cinsel şiddet olarak ele alınmaktadır. Sözel ve psikolojik şiddet birlikte değerlendirilebildiği gibi cinsel şiddet hem fiziksel hem de sözel şiddet türü içerisinde ele alınabilmektedir (WHO, 2002a).

2.5.2.2.1. Sözel Şiddet

Bireyi inciten, kişinin öz saygınlığına ve benliğine zarar vererek kişiyi fizyolojik ve emosyonel olarak da etkileyen alay etme, suçlama, hakaret etme, yüksek sesle öfke ve kinini bildirme, saygısızlık, kabalık vb. davranış biçimi sözel şiddet olarak tanımlanmaktadır (Sarcan, 2013).

2.5.2.2.2. Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddet, kişinin fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ya da sosyal gelişimine zarar veren; fiziksel güç tehdidini içeren kasıtlı güç kullanımıdır. Sözlü taciz, zorbalık/yıldırma, taciz ve tehdit içeren (ILO/ICN/WHO/PSI, 2003), kişi ya da kişilerin duygularına ve psikolojik durumuna zarar veren psikolojik şiddet (Arslan, 2015) çalışanın iş doyumunu azaltan, moral ve motivasyonunu düşüren, yüksek düzeyde stres yaşatan, psikosomatik ve fiziksel hastalıkları ortaya çıkaran ve çalışanın iş gücü piyasasından dışlanmasına neden olan bir yapıya sahiptir (Özen Çöl, 2008).

2.5.2.2.3. Fiziksel Şiddet

Başka birine ya da gruba karşı fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarar ile sonuçlanan fiziksel güç kullanımı fiziksel şiddet olarak tanımlanmaktadır (Bilişli, 2016; Duğan, 2015; ILO/ICN/WHO/PSI, 2003).

2.5.2.3. Sağlık Kuruluşunda Şiddet

İş yerinde şiddet kavramı, iş ortamında kişinin işini yapması sırasında diğer kişi ya da kişilerce saldırıya maruz kalması ya da istismara uğraması şeklinde ifade edilmiştir (Warshaw ve Messite, 1996). Sağlık hizmeti sunumunda meydana gelen şiddet, hasta/hasta yakınları tarafından sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlanmıştır. (Al ve ark., 2012; Annagür, 2010; İlhan ve ark. 2013; Saines, 1999).

Türkiye’de olduğu gibi yurt dışında da sağlık alanında hizmet verenlerin diğer iş alanlarında hizmet verenlere göre daha fazla şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir (Al ve ark., 2012; Annagür, 2010; Ayrancı ve ark., 2002; Dursun, 2012; WHO, 2006). Sadece yaralanma gibi ciddi olaylar şiddet olarak algılandığı için de sağlık kuruluşlarında bildirilen şiddetin gerçeği yansıtmadığı düşünülmektedir (Al ve ark., 2012; Annagür, 2010; Ayrancı ve ark., 2002). Bir çalışmada sağlık çalışanlarının %40’ı bunun özel bir sorun olduğunu düşünmeleri nedeniyle şiddet bildiriminde bulunmadıklarını ifade etmişlerdir (Ayrancı ve ark., 2002). Literatürde şiddetin en fazla birinci basamak sağlık kuruluşlarında, en az ise üniversite hastanelerinde yaşandığı (Al ve ark., 2012); sağlık çalışanlarının şiddete uğrama

oranının SDP ile birlikte arttığı bilgisi yer almaktadır (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlasının mesleklerini uyguladıkları herhangi bir zamanda şiddete maruz kaldıklarını bildirdikleri bir araştırmada, genel olarak sağlık çalışanlarının %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %3-17'sinin fiziksel, %0,7-8'inin cinsel içerikli, %0,8-2,7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir (WHO, 2002b). Ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda ise sağlık çalışanlarının çoğunlukla fiziksel ve sözel şiddetle karşı karşıya kaldığı bilgisi yer almaktadır (TTB, 2014).

2.5.2.4. Hekime Yönelik Şiddet

Küresel bir olgu olan hekime yönelik şiddetle ilgili yapılan araştırmalarda acil servislerin, psikiyatri kliniklerinin, bekleme alanlarının ve geriatri kliniklerinin hekimlerin şiddete en fazla maruz kaldığı yerler olduğu bildirilmektedir (TTB, 2014). Yine psikiyatri, acil servis ve genel bakımın şiddet açısından yüksek riskli alanlar olduğu düşünülmektedir (Bayram ve ark., 2017).

Hekimlerle yapılan farklı araştırmalarda şiddete uğrama oranı %54,13 ile %91,8 arasında değişmektedir (Altınbaş ve ark., 2011; Aydın ve ark., 2009; Boz Eravcı, 2014; Eker ve ark., 2011; Gökçe ve Dündar, 2008; Kaya ve ark., 2014b; Kaya ve ark., 2016; Sönmez ve ark., 2013; Türkmenoğlu ve Sümer, 2017). Acil serviste çalışan hekimlerle yapılan araştırmalarda şiddete uğrama oranı %78,1 ile %80 arasındadır (Bayram ve ark., 2017; Donaldson ve ark., 2012). Acil servislerde hekimlerin maruz kaldığı iş yükü empati kurabilme becerilerini ve toleranslarını azaltmakta ve streslerini artırmaktadır (Al ve ark., 2012).

2.6. Defansif Tıp

Defansif tıp bir hekimin, hastalar ya da hastaların aileleri tarafından maruz kalabileceği şikayet ya da eleştiriyi azaltmak ya da engellemek için alışılmış davranıştan ya da iyi uygulama olarak düşünülen sapması (Ortashi ve ark., 2013) olarak tanımlandığı gibi; tazminat davalarının giderek artması sonucu hekimlerin kendilerini korumaya yönelik geliştirmiş oldukları davranış değişikliklerini de ifade etmektedir. İlk olarak 1970'li yılların başlarında ABD'de kullanılmaya başlanan

kavram (Ridic ve ark., 2012), 1 Haziran 2005'te Yeni TCK'nın yürürlüğe girmesinden sonra Türkçe kaynaklarda “defansif tıp, çekinik tıp, savunmacı tıp, temkinli tıp” gibi ifadelerle yer almıştır (Özgönül, 2010). Potansiyel sosyal sorun olarak tanımlanan defansif tıp her ne kadar sorumlu tutulma endişesinin bir sonucu olduğu ifade edilse de maliyetler açısından verimsizliği artırmakta ve hekimin özen yükümlülüğü ile çelişmektedir (Kessler ve McClellan, 1996).

2.6.1. Defansif Tıp Türleri

2.6.1.1. Pozitif Defansif Tıp

Olası bir şikayetin önlenmesi, şikayetin gerçekleşmesi durumunda ise gerekenin yapıldığı konusunda yetkili mercilerin ikna olması için (Özgönül, 2010) gerekli olmayan ek tanı ve/veya tedavi yöntemlerinin uygulanması pozitif defansif tıp olarak isimlendirilmektedir (Fratı ve ark., 2015; Özgönül, 2010).

Tıbben gerekli olmayan görüntüleme tekniklerine başvurulması ya da gerekenden daha fazla başvurulması, tıbben gerekli olmayan tahlil ve testlerin talep edilmesi ya da gerekenden fazla talep edilmesi, tıbben gerekli olmayan ilaçların reçetelendirilmesi/konsültasyon istenmesi (Yılmaz ve ark., 2014), tıbben gerekli olmayan müdahalede bulunulması (Ortashi ve ark., 2013), endikasyonsuz hasta yatışı yapılması pozitif defansif tıp uygulamaları noktasında literatürde karşılaşılan örneklerdendir. Bu uygulamalarla hekim hukuki güvenliğini, hasta yararına incelemektedir (Yılmaz ve ark., 2014). Esasen hekimin yükümlülüklerinden biri olan (Altundiş, 2016) ve pozitif defansif tıp uygulamalarına örnek olarak verilen detaylı kayıt tutma da hekimin kendini korumaya yönelik geliştirdiği bir davranış biçimidir. Detaylı kayıt tutmada kayıt tutma hatalarından kaynaklanan olumsuzlukların en aza inmesi ihtimali, diğer uygulamalarda ise hastanın gerek ekonomik (Madazlı, 2012; Yılmaz ve ark., 2014) gerekse de fiziksel/ruhsal zarar görmesi ihtimali söz konusudur (Yılmaz ve ark., 2014).

Literatürde gerekli olmayan radyolojik tetkik isteminin diğer tüm defansif tıp tutumlarından daha fazla tercih edildiği bilgisi yer almaktadır (Demir, 2016). Birleşik Krallık'ta hekimlerle yapılan bir araştırmada, gerekli olmayan testlerin istenmesi en yaygın defansif tıp uygulaması olarak bulunurken bunu diğer uzmanlık dallarına

gerekli olmayan sevk, gerekli olmayan müdahalede bulunma, gerekli olmayan ilaç yazma izlemiştir (Ortashi ve ark., 2013). Türk Nöroşirurji Derneği'ne kayıtlı hekimlerin %36,7'sinin yanıtladığı bir anket araştırmasında araştırmaya katılan hekimlerin %60,9'u ek görüntüleme ve %33,7'si ek laboratuvar testi istediklerini ifade etmişlerdir (Solaroğlu ve ark., 2014).

2.6.1.2. Negatif Defansif Tıp

Malpraktis davasıyla sonuçlanma olasılığı yüksek tanı ve/veya tedavi yöntemlerinden kaçınma davranışı negatif defansif tıp olarak isimlendirilmektedir (Özgönül, 2010). Komplikasyonla sonuçlanma olasılığı yüksek tedavi yöntemlerinden kaçınma (Yılmaz ve ark., 2014), riskli inceleme yöntemlerinden ve cerrahi girişimlerden kaçınma, riskli hastaları olası yan etkileri abartarak ya da başka sağlık kurumlarını överek kaçırma (Selçuk ve ark., 2015), yaşamsal riski bulunan hastaları tedavi etmekten kaçınma, kendisinin ya da yakınlarının dava etme ihtimali bulunan hastalardan kaçınma, hastayı gerekli olmadığı halde bir başka sağlık kurumuna sevk etme negatif defansif tıp uygulamalarındandır (Yılmaz ve ark., 2014).

Birleşik Krallık'ta yapılan bir araştırmada araştırmaya katılan 204 hekimin %20,6'sı yüksek riskli yöntemlerden kaçındığını ve %9'u yüksek riskli hastaları tedavi etmeyi reddettiğini bildirmiştir (Ortashi ve ark., 2013). Türkiye'de yapılan bir araştırmada araştırmaya katılan hekimlerin %62,6'sı yüksek riskli yöntemlerden kaçındıklarını ve %31,2'si hastaları başka tıp merkezlerine yönlendirdiklerini bildirmişlerdir (Solaroğlu ve ark., 2014).

Günümüzde hekimlerin gelirin maaş ve performansa dayalı ödemedenden oluşması da pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarına yön verdiği ifade edilmektedir (Selçuk, 2015; Selçuk ve ark., 2015).

2.6.2. Defansif Tıbbın Nedenleri

Dava edilme korkusunun defansif tıp uygulamalarının en önemli nedeni olduğu iddia edilmektedir (Akıncı ve ark., 2013; Kasap ve ark., 2015; Panella ve ark., 2015; Selçuk ve ark., 2015). ABD'de 1028 nöroşirurjistin katıldığı ulusal bir araştırmada araştırmaya katılanların %69'u (Nahed ve ark., 2012), Türkiye'de

nöroşirurjistlerle yapılan bir araştırmada ise araştırmaya katılanların %68,3'ü her hastayı potansiyel bir dava olarak gördüğünü ifade etmiştir (Solaroğlu ve ark., 2014). Yedi ülkede 3000 hekim ile yapılan bir anket sonuçlarına göre hekimlerin %73'ü dava ve şikayetlerden korunmak için defansif tıp uyguladıklarını bildirmişlerdir (Selçuk ve ark., 2015).

Gerek dünyada gerekse Türkiye'de giderek artan tıbbi malpraktis davalarından korunma amacıyla defansif tıp uygulamalarına yönelinmekte ve bu kısır döngü hekimleri tıbbi malpraktis davalarından uzaklaştırmak yerine tıbbi malpraktis davalarına yakınlaştırmaktadır. Basın yayın kuruluşlarının sıradan tıbbi vakaları dahi abartarak yansıtmaları ve yaşanan aksaklıklarda hekimi günah keçisi konumunda sunması, gerçekten hekimin kusuru olup olmadığının araştırılmadan ve kesin bir sonuca varılmadan var olan durumun skandal olarak nitelendirilmesi, kimi zaman halkın da bunları sorgulamadan aynı düşüncede olması bu olumsuz tutumlar karşısında kendini güvence altına almak isteyen hekimin defansif tıp uygulamalarına yönelmesine neden olmaktadır (Selçuk, 2015).

Ünlü olma dürtüsü ve küçük düşme korkusu ile pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelen böylelikle ek tetkiklerle olası bir tıbbi durumun gözden kaçırılmasını en aza indirmeyi amaçlayan hekimin (Selçuk, 2015) ya da gelirini artırma amacıyla defansif tıp uygulamalarına yönelen (Selçuk, 2015; Selçuk ve ark., 2015) hekimin defansif tıp uyguladığını söylemek mümkün değildir. Hem pozitif hem de negatif defansif tıp uygulamalarındaki temel amaç tıbbi malpraktis iddialarını engellemektir (Fratı ve ark., 2015).

2.6.3. Defansif Tıp Yaygınlığı

Türkiye'de defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı yeterince ölçülmemiş olmasına karşın sezaryen artışı defansif tıp uygulamaları anlamında örnek olarak verilmektedir (Selçuk, 2015). Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranının uluslararası karşılaştırmasında ilk sırada yer alan Türkiye'de sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı 2002 yılında %21, 2012 yılında %48, 2013 yılında %50,4, 2014 yılında %51,1 (SB, 2016), 2015-2017 yıllarında %53,1 olarak bildirilmiştir (SB, 2017).

ABD’de 1214 Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı ile yapılan bir araştırmada araştırmaya katılanların %96’sı (Sethi ve ark., 2012), Kolcu’nun (2013) kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimler ve asistan hekimlerle yaptığı araştırmada araştırmaya katılan hekimlerin tümü (Selçuk ve ark., 2015), Türk Nöroşirurji Derneği’ne kayıtlı hekimlerin %36,7’sinin (n=404) yanıtladığı ankete dayalı araştırmada hekimlerin %72’si (Solaroğlu ve ark., 2014), Avusturya’da Ortopedi ve Travmatoloji cerrahlarının katıldığı bir araştırmada hekimlerin %97,’si (Osti ve Steyrer, 2015), Konya il merkezinde çalışan 173 hekimin katıldığı başka bir araştırmada ise araştırmaya katılan hekimlerin %93,6’sı defansif tıp uyguladıklarını bildirmişlerdir (Özata ve ark., 2018).

Yalnızca tıbbi malpraktis davalarıyla karşılaşma olasılığının fazla olduğu yüksek riskli uzmanlık dallarında değil diğer uzmanlık dallarında da defansif tıp uygulamalarına rastlamak mümkündür (Selçuk, 2015). Nitekim 81 aile hekimin katıldığı bir anket araştırmasında hekimlerin %21’inin çok iyi, %49,3’ünün iyi, %23,5’inin orta, %6,2’sinin zayıf derecede defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır. Malpraktis davaları yönünden düşük riskli bir branş olan aile hekimliğinde de defansif tıp uygulamaları yaygın olarak uygulanmaktadır (Başer ve ark., 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Literatürde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tıbbi uygulama hatalarının, tıbbi malpraktis davalarının ve şiddet vakalarının artışına yol açan bir çalışma ortamını beraberinde getirdiği ifade edilmektedir. Tezin amacı, araştırmaya katılan asistan hekimlerin bu konudaki düşüncelerinin ve bu durumun hekimlerin uzmanlık dalı tercihlerinde etkisinin olup olmadığının belirlenmesidir. Tezin amacı doğrultusunda Bursa ilinde tıpta uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerin düşünce ve tutumlarını öğrenmeye yönelik olarak kesitsel bir araştırma planlanmıştır.

3.1. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde eğitim almakta olan 205 ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nde eğitim almakta olan 385, toplamda 590 asistan hekimin tamamı dahil edilmiştir. Mevcut sayılar Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden alınmıştır. Örneklem alınmamış olup, asistan hekimlerin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Toplam 218 asistan hekim araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmaya katılım oranı %34,7'dir. Değerlendirmeye alınamayacak düzeyde eksik bilgi içeren 12 anket formu istatistiksel analize dahil edilmemiştir. Araştırma evrenini oluşturan hekimlerin %0,8'i (n=5) temel bilimlerde eğitim almaktaysa da araştırmaya katılmayı bir hekim kabul etmiştir. İstatistiksel analizin daha doğru sonuç vermesi için biyoistatistik uzmanının yönlendirmesi doğrultusunda, temel tıp bilimlerinde eğitim alan hekimin yanıtları istatistiksel analize dahil edilmemiştir. Toplam 218 anket formundan 205 tanesi değerlendirmeye alınmış olup hedeflenen verinin %34,7'sine ulaşılmıştır.

3.2. Veri Toplama Aracı

Veri, araştırmacı tarafından literatür taraması doğrultusunda geliştirilen anket formu aracılığı ile toplanmıştır (EK 2). Anket formları asistan hekimlere elden teslim edilmiş olup istekleri doğrultusunda gerek gün içinde anket formunu yanıtlamaları beklenmiş gerekse ortalama 1-2 hafta süre tanınmış olup bu süreçte anketlerin doldurulup doldurulmadığı takip edilmiştir.

3.2.1. Anket Formunun İçeriği

Anket formu 7 bölümden ve 27 sorudan oluşmaktadır. Anketin 1. ve 2. bölümleri katılımcıların demografik bilgilerini, iş yükünü, uzmanlık dalı tercihlerini ve tercihlerini etkileyen faktörleri; 3. bölümü katılımcıların bilgi durumunu; 4.-7. bölümleri tıbbi malpraktis, tıbbi malpraktis iddialarından korunma, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, şiddet ve sevk sistemi ile ilgili olarak katılımcıların yaşanmışlık durumlarını, düşüncelerini ve tutumlarını irdelemeye yönelik olarak hazırlanmıştır.

Birinci bölümde cinsiyet, eğitim almakta olunan uzmanlık dalı, haftalık çalışma süresi, günlük ortalama poliklinik hasta sayısı, bir aydaki nöbet sayısı, TUS yerleştirme puanı, yerleşilen yıl, tercih sıralamalarında yer alan ilk üç uzmanlık dalı ve nöbet sonrası izin kullanma durumunun sorgulandığı toplamda 9 soru bulunmaktadır.

İkinci bölümde TUS tercihlerini belirlerken etkili olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla 16 maddeden oluşan 3'lü likert tipi (katılıyorum– kararsızım– katılmıyorum) hazırlanmış bir soru ile uzmanlık eğitimini tamamlamamış olma ve tamamlamamayı düşünme durumunun sorgulandığı 2 soru olmak üzere toplamda 3 soru bulunmaktadır.

Üçüncü bölümde Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılmakta olan ve yapılacaklar konusunda, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası ve tıbbi malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında bilgi durumlarının sorgulandığı ve “var” ya da “yok” şeklinde yanıt verebilecekleri toplam 4 soru bulunmaktadır.

Dördüncü bölümde; tıbbi malpraktisin nedenlerine dair katılımcıların düşüncelerinin sorgulandığı 18 maddeden oluşan ve tıbbi malpraktis iddialarından korunmaya ilişkin tutumlarının sorgulandığı 14 maddeden oluşan 3'lü likert tipi (katılıyorum– kararsızım– katılmıyorum) 2 soru bulunmaktadır.

Beşinci bölümde Performansa Dayalı Ödeme Sistemi ile ilgili katılımcıların düşüncelerinin sorgulandığı 11 maddeden oluşan 3'lü likert tipi (katılıyorum – kararsızım – katılmıyorum) 1 soru bulunmaktadır.

Altıncı bölümde lisans ve uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma durumunu “evet” ya da “hayır” şeklinde yanıtlayabilecekleri ve “evet” yanıtı verenlerden maruz kalınan şiddet türlerini işaretlemelerinin istendiği toplamda 2 soru, uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete tanık olma ve şiddete maruz kalma konusunda kaygı duyma durumlarını “evet” ya da “hayır” şeklinde yanıtlayabilecekleri 2 soru, hekime yönelik şiddetin nedenlerine dair katılımcıların düşüncelerinin sorgulandığı 15 maddeden oluşan 3'lü likert tipi (katılıyorum – kararsızım – katılmıyorum) 1 soru olmak üzere toplamda 5 soru bulunmaktadır.

Yedinci bölümde sevk sisteminin uygulanmamasının eğitim alınan kurumlarda hekimin iş yoğunluğunu artırıp artırmadığına, sevk sisteminin uygulanacak olmasının hekime yönelik şiddeti ve tıbbi malpraktisi azaltıp azaltmayacağına dair katılımcıların düşüncelerinin sorgulandığı ve “evet” ya da “hayır” şeklinde yanıtlayabilecekleri toplamda 3 soru bulunmaktadır.

3.2.2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni asistan hekimlerin bilgi, düşünce ve tutumları, bağımsız değişkenleri cinsiyet, eğitim alınan bilim alanı ve uzmanlık dalı, haftalık ortalama çalışma süresi, günlük ortalama poliklinik hasta sayısı, bir aydaki nöbet sayısı ve lisans eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma durumu olarak belirlenmiştir.

3.3. Veri Analizi

Araştırma kapsamında veriler 26 Şubat 2018 – 1 Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. İstatistiksel analiz SPSS 22.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Verinin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro Wilk testiyle incelenmiştir. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen sürekli değişkenlerde tanımlayıcı istatistikler medyan (minimum-maximum) olarak verilmiştir. İki'den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis, iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde (n; %) olarak verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare, Fisher Exact ve Yates'in Süreklilik Düzeltmesi testleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak alınmıştır.

3.4. İzin ve onay

Araştırmanın her iki kurumda yürütülebilmesi için Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan 15.11.2017 tarih ve 63688658-301.10/26473 sayılı kararı ve Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nün 29.12.2017 tarih ve 85144463/605.01 sayılı kararı ile izin alınmıştır. Araştırmanın etik açısından uygun olduğu Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Kurulu'nun 21 Kasım 2017 tarih ve 2017-17/28 nolu kararıyla onaylanmıştır.

3.5. Araştırmanın kısıtlılığı

Araştırmanın temel kısıtlılığı bulguların yalnızca katılımcıların düşüncelerini ifade etmesi ve sonuçların Türkiye'deki asistan hekimlerin tümüne genellenemeyecek olmasıdır. Ancak bu kısıtlılık katılımcıların görüşlerini önemsiz kılmayacağı gibi gerek bulguların gelecekteki araştırmalara yol gösterici özellik taşıması gerekse de ülkede uygulanan sağlık politikalarının gözden geçirilmesi doğrultusunda araştırmanın değerli olduğunu düşünmekteyiz.

4. BULGULAR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nde tıpta uzmanlık eğitimi alan 205 asistan hekimden alınan veri değerlendirildi. Bulgular 10 başlık altında toplandı.

İlk bölümde cinsiyet, bilim alanı, uzmanlık dalı, yerleştirildikleri dala ait TUS puanları, ilk tercihte yer alan uzmanlık dalı, haftalık çalışma süresi, günlük poliklinik hasta sayısı, bir aylık nöbet sayısı, nöbet sonrası izin kullanma durumu ile ilgili katılımcıların tanımlayıcı veri analizlerine ve tanımlayıcı veriler arasında anlamlılık ilişkisine yer verildi. Diğer başlıklar, Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı tercihlerini etkileyen faktörlerin analizi; uzmanlık eğitimini tamamlamamış olma durumuna ve tamamlamamayı düşünmeye ilişkin yanıtların analizi; Sağlıkta Dönüşüm Programı, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası ve tıbbi malpraktise ilişkin yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olma durumu; tıbbi malpraktisin nedenlerine ve tıbbi malpraktis iddialarından korunmaya ilişkin yanıtların analizi; Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'nin etki ve sonuçlarına ilişkin yanıtların analizi; katılımcıların şiddete maruz kalma durumlarının, maruz kalınan şiddet türlerinin ve hekime yönelik şiddet nedenlerine ilişkin yanıtlarının analizi; şiddet olgusunun iş yükü ile ilişkisi; tıbbi malpraktis, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve hekime yönelik şiddet arasındaki ilişki durumunun incelenmesi ile katılımcıların sevk sistemine ilişkin yanıtlarının analizi olarak belirlendi.

4.1. Tanımlayıcı Verilerin Analizi

Araştırmaya katılan 205 asistan hekimin %53,2'si (n=109) kadın, %46,8'i (n=96) erkektir. Katılım oranı %34,7'dir. Katılımcıların %72,7'si (n=149) dahili tıp bilimlerinde, %27,3'ü (n=56) cerrahi tıp bilimlerinde tıpta uzmanlık eğitimi almaktadır. Eğitim alınan uzmanlık dalları içerisinde ilk üç sırada Dahiliye, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ile Acil Tıp yer almaktadır.

Dahili tıp bilimlerinde uzmanlık eğitimi alanların %57,7'si (n=86) kadın, %42,3'ü (n=63) erkek; cerrahi tıp bilimlerinde uzmanlık eğitimi alanların %41,1'i kadın (n=23), %58,9'u erkektir (n=33). Toplamda 109 kadın katılımcının %78,9'unun dahili, %21,1'inin dahili tıp bilimlerinde eğitim aldıkları görülmektedir. Bu oranlar erkeklerde sırasıyla %65,6 ve %34,4'tür. Dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alma durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark vardır (p=0,033) (Tablo 4.1.1).

Dahili tıp bilimlerinde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin medyan TUS puanı 61,2 (min-maks= 45-72) olup bu değer cerrahi tıp bilimlerinde 61,65'tir (min-maks= 49-70). TUS puanını bildiren 201 (%98,0) katılımcı dikkate alındığında dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde uzmanlık eğitimi alma durumu ile TUS puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,519).

Tablo 4.1.1. Eğitim Alınan Uzmanlık Dallarının Cinsiyete Göre Frekans Dağılımı

Bilim Alanı	Uzmanlık Dalı	Cinsiyet				Toplam	p değeri
		Kadın		Erkek			
		n	%	n	%	n	%
Dahili Tıp Bilimleri	Deri ve Zührevi Hastalıklar	4	3,7	1	1,0	5	2,4
	Acil Tıp	10	9,2	15	15,6	25	12,2
	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	2	1,8	0	0,0	2	1,0
	Psikiyatri	3	2,8	2	2,1	5	2,4
	Radyoloji	2	1,8	3	3,1	5	2,4
	Dahiliye	21	19,3	11	11,5	32	15,6
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	21	19,3	5	5,2	26	12,7
	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	4	3,7	1	1,0	5	2,4
	Spor Hekimliği	0	0,0	4	4,2	4	2,0
	Halk Sağlığı	4	3,7	1	1,0	5	2,4
	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	6	5,5	4	4,2	10	4,9
	Nöroloji	0	0	1	1,0	1	0,5
	Aile Hekimliği	5	4,6	7	7,3	12	5,9
	Adli Tıp	0	0,0	3	3,1	3	1,5
	Kardiyoloji	2	1,8	4	4,2	6	2,9
	Tıbbi Farmakoloji	1	0,9	0	0,0	1	0,5
	Tıbbi Genetik	0	0,0	1	1,0	1	0,5
	Nükleer Tıp	1	0,9	0	0,0	1	0,5
	Dahili Tıp Bilimleri Toplamı		86	78,9	63	65,6	149
Cerrahi Tıp Bilimleri	Kadın Hastalıkları ve Doğum	2	1,8	0	0,0	2	1,0
	Beyin ve Sinir Cerrahisi	0	0,0	2	2,1	2	1,0
	Ortopedi ve Travmatoloji	0	0,0	5	5,2	5	2,4
	Göğüs Cerrahisi	1	0,9	3	3,1	4	2,0
	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	2	1,8	3	3,1	5	2,4
	Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	1	0,9	3	3,1	4	2,0
	Kardiyovasküler Cerrahi	1	0,9	5	5,2	6	2,9
	Genel Cerrahi	1	0,9	2	2,1	3	1,5
	Üroloji	0	0,0	1	1,0	1	0,5
	Tıbbi Patoloji	4	3,7	1	1,0	5	2,4
	Göz Hastalıkları	5	4,6	2	2,1	7	3,4
	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	6	5,5	6	6,3	12	5,9
	Cerrahi Tıp Bilimleri Toplamı		23	21,1	33	34,4	56
Toplam		109	100	96	100	205	100

0,033

Katılımcılardan TUS tercihlerinde yer alan ilk üç uzmanlık dalını sıralamaları istenmiştir. İkinci ve üçüncü tercihini bildiren katılımcıların sayısı az olduğu için yalnızca ilk tercihte yer alan uzmanlık dalı, bilim alanına göre sınıflandırılmıştır. Soruya yanıt veren 202 (%98,5) katılımcının %1'i (n=2) temel tıp bilimlerini, %67,31'i (n=36) dahili tıp bilimlerini ve %31,7'si (n=64) cerrahi tıp bilimlerini ilk sırada tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Cinsiyet açısından bakıldığında 107 kadın katılımcının %26,2'sinin cerrahi, %72,9'unun dahili tıp bilimlerini ilk sırada tercih ettikleri görülmektedir. Bu oranlar erkeklerde sırasıyla %37,9 ve %61,1'dir. İlk tercihte yer alan bilim alanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,133) (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2. İlk Sırada Yer Alan Uzmanlık Tercihinin Ait Olduğu Bilim Alanının Cinsiyete Göre Frekans Dağılımı

İlk Tercihde Yer Alan Bilim Alanı	Cinsiyet				p değeri	Toplam	
	Kadın		Erkek			n	%
	n	%	n	%			
Temel Tıp Bilimleri	1	0,9	1	1,1	0,133	2	1,0
Dahili Tıp Bilimleri	78	72,9	58	61,1		136	67,3
Cerrahi Tıp Bilimleri	28	26,2	36	37,9		64	31,7
Toplam ¹	107	100	95	100		202	100

¹ n=202

Uzmanlık eğitimi alanların TUS'ta ilk sırada tercih ettikleri bilim alanı değerlendirildiğinde cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanların %94,4'ünün (n=51) ilk tercihlerinde de cerrahi tıp bilimlerini, %5,6'sının (n=3) ise dahili tıp bilimlerini tercih ettikleri saptanmıştır. Dahili tıp bilimlerinde eğitim alanların %89,9'u (n=133) ilk tercihlerinde dahili tıp bilimlerini, %8,8'i (n=13) cerrahi tıp bilimlerini ve %1,4'ü (n=2) temel tıp bilimlerini tercih etmiştir (Tablo 4.1.3). Dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alma ile TUS'ta ilk sırada tercih edilen bilim alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,001). Bu fark cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanların %94,4'ünün ilk tercihlerinde de aynı bilim alanını; dahili tıp bilimlerinde eğitim alanların ise %89,9'unun ilk tercihlerinde yine dahili tıp

bilimleri alanını tercih etmelerinden kaynaklanmaktadır ($p<0,001$). Ayrıca sadece dahili tıp bilimlerinde eğitim almakta olanların ilk sırada temel tıp bilimlerini tercih ettikleri görülmektedir ($p=0,049$).

Tablo 4.1.3. Uzmanlık Eğitimi Alınan Bilim Alanına Göre İlk Sırada Tercih Edilen Bilim Alanlarının Dağılımı

Eğitim Alınan Bilim Alanı	İlk Tercihde Yer Alan Bilim Alanı					
	Temel Tıp Bilimleri		Dahili Tıp Bilimleri		Cerrahi Tıp Bilimleri	
	n	%	n	%	n	%
Dahili Tıp Bilimleri ¹	2	1,4	133	89,9	13	%8,8
Cerrahi Tıp Bilimleri ²	0	0,0	3	5,6	51	%94,4
Temel Tıp Bilimleri	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Toplam ³	2	1,0	136	67,3	64	%31,7

¹ n=148, ² n=54, ³ n=202; p(Temel/Dahili)=1,000, p(Dahili/Cerrahi) <0,001, p(Temel/Cerrahi)=0,049

Dahili tıp bilimlerinde eğitim alan asistan hekimlerin (n=139; %71,6) haftalık çalışma süresinin medyanı 60 (min-maks= 35-144) saat iken cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanların (n=55; %28,4) haftalık çalışma süresinin medyanı 80 (min-maks= 40-144) saattir. Dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alan 194 asistan hekimin haftalık çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,003$). Buna göre cerrahi tıp bilimlerinde çalışma süresi daha uzundur. Eğitim alınan uzmanlık dallarının haftalık çalışma sürelerinin medyan değerlerine göre çalışma süreleri fazla olan ilk üç uzmanlık dalı Beyin ve Sinir Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji ile Kardiyoloji'dir. Eğitim alınan uzmanlık dalı ile haftalık çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$) (Tablo 4.1.4).

Dahili tıp bilimlerinde eğitim alan asistan hekimlerin (n=119; %69,2) günlük medyan poliklinik hasta sayısı 50 (min-maks= 0-400), cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanların (n=53; %30,8) günlük medyan poliklinik hasta sayısı 80'dir (min-maks: 0-140). Dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alan asistan hekimlerin günlük olarak hizmet verdikleri poliklinik hasta sayılarının medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,021$). Buna göre cerrahi tıp bilimlerinde

günlük poliklinik hasta sayısı daha fazladır. Uzmanlık dalları dikkate alındığında Acil Tıp, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Kardiyovasküler Cerrahi dallarının diğer uzmanlık dallarına göre poliklinik hasta sayıları fazladır. Eğitim alınan uzmanlık dalı ile günlük medyan poliklinik hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$) (Tablo 4.1.5).

Tablo 4.1.4. Haftalık Çalışma Süresinin Medyan Değerlerinin Eğitim Alınan Uzmanlık Dalına Göre Dağılımı

Bilim Alanı	Uzmanlık Dalı	Haftalık çalışma süresi (saat) Medyan (min-maks)	p değeri
Cerrahi Tıp Bilimleri	Kadın Hastalıkları ve Doğum	85,5 (76 - 95)	0,003
	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	80 (70 - 100)	
	Ortopedi ve Travmatoloji	100 (65 - 130)	
	Göğüs Cerrahisi	80 (50 - 110)	
	Göz Hastalıkları	50 (40 - 86)	
	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	40 (40 - 132)	
	Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları (*)	--	
	Beyin ve Sinir Cerrahisi	133 (130 - 136)	
	Kardiyovasküler Cerrahi	81 (60 - 144)	
	Genel Cerrahi	80 (70-90)	
	Tıbbi Patoloji	45 (40 - 45)	
	Üroloji (*)	--	
Dahili Tıp Bilimleri	Acil Tıp	60 (48 - 96)	0,003
	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	37,5 (35 - 40)	
	Psikiyatri	60 (56 - 66)	
	Radyoloji	55 (50 - 72)	
	Dahiliye	71 (40 - 100)	
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	80 (45 - 144)	
	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	50 (40 - 96)	
	Spor Hekimliği	40 (40 - 42,5)	
	Halk Sağlığı	40 (40 - 45)	
	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	40 (40 - 80)	
	Nöroloji	--	
	Aile Hekimliği	40 (35 - 80)	
	Adli Tıp (*)	--	
	Kardiyoloji	90 (70 - 106)	
	Tıbbi Farmakoloji (*)	--	
	Tıbbi Genetik (*)	--	
	Nükleer Tıp (*)	--	

*Uzmanlık dalında sadece bir asistan hekimin olması ya da aynı uzmanlık dalında her asistan hekimin aynı değeri yazmış olması nedeniyle haftalık çalışma süresinin istatistiksel analize dahil edilemediği uzmanlık dalı

Tablo 4.1.5. Günlük Olarak Hizmet Verilen Poliklinik Hasta Sayısının Medyan Değerlerinin Eğitim Alınan Uzmanlık Dalına Göre Dağılımı

Bilim Alanı	Uzmanlık Dalı	Poliklinik Hastası Medyan (min-maks)	p değeri
Cerrahi Tıp Bilimleri	Kadın Hastalıkları ve Doğum	94 (88 - 100)	0,021
	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	100 (80 - 140)	
	Ortopedi ve Travmatoloji	77,5 (60 - 100)	
	Göğüs Cerrahisi	50 (50 - 100)	
	Göz Hastalıkları	40 (35 - 45)	
	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	45 (45 - 90)	
	Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	80 (50 - 85)	
	Beyin ve Sinir Cerrahisi	70 (60 - 80)	
	Kardiyovasküler Cerrahi	90 (50 - 110)	
	Genel Cerrahi	60 (60 - 80)	
	Tıbbi Patoloji (*)	--	
	Üroloji (*)	--	
Dahili Tıp Bilimleri	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (*)	--	0,021
	Acil Tıp	100 (25-400)	
	Psikiyatri	40 (30 - 50)	
	Radyoloji	50 (48 - 90)	
	Dahiliye	50 (25 - 80)	
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	50 (30 - 100)	
	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	25 (9 - 50)	
	Spor Hekimliği	27,5 (25 - 30)	
	Halk Sağlığı (*)	--	
	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	35 (30 - 80)	
	Nöroloji (*)	--	
	Aile Hekimliği	50 (40 - 80)	
	Adli Tıp (*)	--	
	Kardiyoloji (*)	--	
	Tıbbi Farmakoloji (*)	--	
	Tıbbi Genetik (*)	--	
	Nükleer Tıp (*)	--	

* Uzmanlık dalında bir asistan hekimin olması, birden fazla asistan hekim olmakla birlikte bir kişinin yanıtlanması, yazılan değerlerin sıfır olması ya da aynı uzmanlık dalında her asistan hekimin aynı değeri yazması nedeniyle günlük medyan poliklinik hasta sayısının istatistiksel analize dahil edilemediği uzmanlık dalı

Dahili tıp bilimlerinde eğitim almakta olan 143 asistan hekimin (%72,2) bir aydaki nöbet sayısının medyanı 7 (min-maks= 0-12), cerrahi tıp bilimlerinde bu değer (n=55; %27,8) 8'dir (min-maks= 0-16). Dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim almakta olan 198 asistan hekimin bilim alanları ile bir aydaki nöbet sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,006$). Eğitim alınan uzmanlık dallarının bir aydaki nöbet sayısı dikkate alındığında ilk üç sırada Ortopedi ve Travmatoloji, Kardiyoloji ve Göğüs Cerrahisi ile Kardiyovasküler Cerrahi yer almaktadır. Eğitim alınan uzmanlık dalı ile bir aydaki nöbet sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.1.6)

Katılımcıların %74,1'i (n=152) nöbet sonrası izin kullanamamaktadır. Nöbet tutmayan hekim oranı %12,7'dir (n=26). Nöbet sonrası izin kullanabilenlerin %92,6'sı (n=25) Acil Tıp'ta, %7,4'ü (n=2) Aile Hekimliği'nde eğitim almaktadır. Eğitim alınan uzmanlık dalı ile nöbet sonrası izin kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Nöbet sonrası izin kullanamayan 152 kişinin %67,1'i (n=102) dahili, %32,9'u (n=50) cerrahi tıp bilimlerinde, nöbet sonrası izin kullanabilen 27 kişinin tamamı ise dahili tıp bilimlerinde eğitim almaktadır. Nöbeti olmayanların dahil edilmediği analizde, eğitim alınan bilim alanı ile nöbet sonrası izin kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 4.1.6. Bir Aydaki Nöbet Sayısının Medyan Değerlerinin Eğitim Alınan Uzmanlık Dalına Göre Dağılımı

Bilim Alanı	Uzmanlık Dalı	Bir aydaki nöbet sayısı Medyan (min-maks)	p değeri
Cerrahi Tıp Bilimleri	Kadın Hastalıkları ve Doğum	7,5 (7 - 8)	0,006
	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	8,5 (8 - 10)	
	Ortopedi ve Travmatoloji	10 (9 - 12)	
	Göğüs Cerrahisi	9 (7 - 14)	
	Göz Hastalıkları	4,5 (2 - 9)	
	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	7 (7 - 10)	
	Beyin ve Sinir Cerrahisi (*)	--	
	Kardiyovasküler Cerrahi	9 (3 - 16)	
	Genel Cerrahi	7 (4 - 7)	
	Tıbbi Patoloji (*)	--	
	Üroloji (*)	--	
Dahili Tıp Bilimleri	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	3,5 (3 - 4)	
	Acil Tıp	9,5 (8-11)	
	Psikiyatri	4 (3 - 4)	
	Radyoloji	5 (3 - 6)	
	Dahiliye	7 (4 - 9)	
	Pediyatri	9 (3 - 11)	
	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	7 (7 - 8)	
	Spor Hekimliği (*)	--	
	Halk Sağlığı (*)	--	
	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	3,5 (2 - 7)	
	Nöroloji (*)	--	
	Aile Hekimliği	2 (0,00 - 7)	
	Adli Tıp (*)	--	
	Kardiyoloji	10 (7 - 12)	
	Tıbbi Farmakoloji (*)	--	
	Tıbbi Genetik (*)	--	
	Nükleer Tıp (*)	--	

* Uzmanlık dalında bir asistan hekimin olması, yazılan değerlerin sıfır olması ya da aynı uzmanlık dalında her asistan hekimin aynı değeri yazması nedeniyle bir aydaki nöbet sayısının istatistiksel analize dahil edilemediği uzmanlık dalı

4.2. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Analizi

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin TUS tercihlerini belirlemelerinde en çok etkisi olan ilk üç faktör sırasıyla seçilen uzmanlık dalının yaşamdan beklentilerine etkisi (n=151; %73,7), uzmanlık eğitimi alınacak olan şehir (n=137; %66,8) ve idealdeki uzmanlık dalı olmasıdır (n=135; %65,9). Eğitim alınmak istenilen uzmanlık dalı tercihinde en az etkili olan faktörler arasında toplumsal cinsiyet baskısı (n=12; %5,9), aile isteği (n=33; %16,1) ve TUS puanının yüksek olması (n=39; %19) yer almaktadır. Yaklaşık her üç katılımcıdan biri tıbbi malpraktis riski, dava edilme riski ve hekime yönelik şiddetin TUS tercihlerinde etkili olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1. Katılımcıların TUS Tercihlerini Belirlemelerinde Etkili Olan Faktörlerin Frekans Dağılımı

TUS Tercihlerini Belirlemede Etkili Olan Faktörler *	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)
İdealdeki uzmanlık dalı olması ¹	135 (65,9)	41 (20,0)	25 (12,2)
Aile isteği ²	33 (16,1)	14 (6,8)	153 (74,6)
Toplumsal cinsiyet baskısı ²	12 (5,9)	17 (8,3)	171 (83,4)
TUS puanının bu alana yetmesi ³	117 (57,1)	22 (10,7)	63 (30,7)
TUS puanının yüksek olması ⁴	39 (19,0)	31 (15,1)	123 (60,0)
İlgili uzmanlık eğitimi sürecinin yaşamdan beklentilere etkisi ⁵	130 (63,4)	45 (22,0)	23 (11,2)
Seçilen uzmanlık dalının yaşamdan beklentilere etkisi ²	151 (73,7)	34 (16,6)	17 (8,3)
Saygın bir uzmanlık dalı olması ⁶	105 (51,2)	62 (30,2)	36 (17,6)
Uzmanlık eğitimi alınacak şehir ²	137 (66,8)	25 (12,2)	40 (19,5)
Uzmanlık eğitimi alacak kurumun niteliği ²	102 (49,8)	53 (25,9)	45 (22,0)
Seçilen uzmanlık dalının maddi getirisinin yüksek olması ¹	53 (25,9)	52 (25,4)	96 (46,8)
Klinik stajlar esnasındaki gözlemler ve deneyimler ²	114 (55,6)	42 (20,5)	46 (22,4)
Rol model ⁷	56 (27,3)	64 (31,2)	79 (38,5)
Tıbbi malpraktis riski ¹	67 (32,7)	42 (20,5)	92 (44,9)
Dava edilme riski ¹	64 (31,2)	50 (24,4)	87 (42,4)
Hekime yönelik şiddet ²	76 (37,1)	40 (19,5)	86 (42,0)

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

¹ n=201, ² n=200, ³ n=202, ⁴ n=193, ⁵ n=198, ⁶ n=203, ⁷ n=199

Katılımcıların 8'i (%3,9) TUS tercihlerini belirlemelerinde etkili olan faktörlere ilişkin yaptıkları açıklamada “TUS puanı en önemli faktör”, “seçilen uzmanlık dalındaki diğer asistanların tecrübeleri”, “hastalarla birebir iletişimin olmaması ve nöbetsiz olması”, “devlet tarafından korunmadığı için hayati branşlara girmek istemedim”, “toplum baskısı”, “spesifik bölüm olması”, “hastayla birebir olmamak ve nöbet olmaması”, “rahatlık ve düzenli hayat yaşayabileceğim nöbeti az bölüm olması” ifadelerine yer vermiştir.

TUS tercihlerini belirlerken etkili olan faktörlere ilişkin verilen yanıtlarda yalnızca “saygın bir uzmanlık dalı olması” faktöründe cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0.041$). Kadınların %48,1'i ($n=52$) katılıyorum, %27,8'i ($n=30$) kararsızım ve %24,1'i ($n=26$) katılmıyorum derken bu oranlar erkeklerde sırasıyla %55,8 ($n=53$), %33,7 ($n=32$) ve %10,5 ($n=10$)'tir.

TUS tercihlerini belirlerken etkili olan faktörlere ilişkin dahili ve cerrahi bilimlerde eğitim alan katılımcıların yanıtları karşılaştırıldığında “idealimdeki uzmanlık dalı olması” ($p=0,017$), “ilgili uzmanlık eğitimi sürecinin yaşamdan beklentilerime etkisi” ($p=0,018$), “tıbbi malpraktis riski” ($p=0,001$), “dava edilme riski” ($p=0,015$) faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2. TUS Tercihlerini Belirlerken Etkili Olan Faktörlere İlişkin Dahili ve Cerrahi Tıp Bilimlerinde Eğitim Alan Katılımcıların Yanıtlarının Frekans Dağılımı

Tercih Nedeni	Bilim Alanı	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		p değeri
		n	%	n	%	n	%	
İdealdeki uzmanlık dalı olması	Dahili Tıp Bilimleri	89	61,4	34	23,4	22	15,2	0,017
	Cerrahi Tıp Bilimleri	46	82,1	7	12,5	3	5,4	
İlgili uzmanlık eğitimi sürecinin yaşamdan beklentilere etkisi	Dahili Tıp Bilimleri	103	71,5	27	18,8	14	9,7	0,018
	Cerrahi Tıp Bilimleri	27	50	18	33,3	9	16,7	
Tıbbi malpraktis riski	Dahili Tıp Bilimleri	60	41,1	25	17,1	61	41,8	0,001
	Cerrahi Tıp Bilimleri	7	12,7	17	30,9	31	56,4	
Dava edilme riski	Dahili Tıp Bilimleri	55	37,7	34	23,3	57	39	0,015
	Cerrahi Tıp Bilimleri	9	16,4	16	29,1	30	54,5	

4.3. Katılımcıların Uzmanlık Eğitimini Tamamlamamış Olma Durumuna ve Tamamlamamayı Düşünmeye İlişkin Yanıtlarının Analizi

Daha önce eğitimini tamamlamadığı uzmanlık dalı olduğunu bildiren katılımcı oranı %8,3 (n=17) olup %52,9'unu (n=9) erkekler, %47,1'ini (n=8) kadınlar oluşturmaktadır. Cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,784). İş yükü ve yoğun çalışma şartları (n=9; %52,9) en çok ifade edilen uzmanlık dalını değiştirme nedenleri arasındadır. İki katılımcı neden olarak malpraktis riskini belirtmiştir (%11,8) (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.1. Katılımcıların Eğitim Almakta Oldukları Uzmanlık Dallarının, Eğitimini Tamamlamadıkları Uzmanlık Dallarının ve Eğitimi Tamamlamama Nedenlerinin Dağılımı

Eğitim Alınan Uzmanlık Dalı	Eğitimi Tamamlanmayan Uzmanlık Dalı	Eğitimi Tamamlamama Nedeni
Dahiliye	Aile Hekimliği	"Dahiliyeyi istediğim için"
Tıbbi Genetik	Nükleer Tıp	"Yeniden yerleştirme"
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Kardiyoloji	"İş yükü fazla olduğu için"
Tıbbi Farmakoloji	Göğüs Hastalıkları	"Yoğun çalışma şartları ve yetersiz asistan hekim sayısı"
Psikiyatri	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	"Hayatıma uygunsuzluğu, yoğun iş şartları, kronik hastalığının olması"
Dahiliye	Nöroloji	<i>Belirtilmemiş</i>
Spor Hekimliği	Enfeksiyon Hastalıkları	"Yeniden yerleştirme"
KBB	<i>Belirtilmemiş</i>	"Sürekli kapalı alan, mutsuzluk"
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Tıbbi Farmakoloji	"Mesleki tatminsizlik"
KBB	Aile Hekimliği	"Hasta popülasyonunun fazlaca geniş olması, hiç bir konuya tam hakim olamamış hissetmek"
Dahiliye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	"Yoğunluk ve risk"
Aile Hekimliği	Dahiliye	"Kişisel ilişkilerime ve özel yaşantıma kalan vaktin az olması"
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Acil Tıp	<i>Yazı okunamamıştır</i>
Adli Tıp	Dahiliye Anesteziyoloji ve Reanimasyon	"Aile isteği ile yazmış olmam ve sevmemem; yoğun ve stresli çalışma şartları"
Aile Hekimliği	Dahiliye	"Çalışma temposu, mobbing, mevcut sistem içerisinde hastalara faydalı olamama ve ailemden, hayatımdan vazgeçmek zorunda kalma hissi"
Aile Hekimliği	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Acil Tıp	"Yoğunluk, çok hasta olması, malpraktis korkusu"
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Üroloji	"Yoğunluk ve mobbing"

Eğitim aldığı uzmanlık dalını bırakmayı düşünenlerin oranı %11,2 (n=23) olup %82,6'sı kadın (n=19), %17,4'ü (n=4) erkektir. Bu oranın kadınlarda yüksek olması anlamlıdır (p=0,005). İş yükü ve yoğun çalışma şartları (n=15; %65,2) bu düşünceye en çok etki eden faktör olarak ifade edilmiştir. Dahili bilimlerde eğitim alanların %14,1'i (n=21), cerrahi bilimlerde eğitim alanların %3,6'sı (n=2) eğitim almakta olduğu uzmanlık dalını bırakmayı düşünmektedir. Eğitimini almakta olduğu uzmanlık dalını bırakmayı düşünen asistan hekimler arasında dahili ve cerrahi bilimler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,060) (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.2. Uzmanlık Eğitimini Bırakmayı Düşünme Nedeninin Eğitim Alınan Uzmanlık Dalına Göre Dağılımı

Eğitim Alınan Uzmanlık Dalı	Eğitim Alınan Uzmanlık Dalını Bırakmayı Düşünme Nedeni
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	“Yüksek malpraktis riski”
Dahiliye	“Çalışma koşulları, nöbetler, hasta yoğunluğu, beklentilerimi ve ideallerimi karşılamaması, gereksiz iş yoğunluğu nedeniyle akademik alanda gelişmemek”
Dahiliye	“Sınırsız çalışma saatleri”
Spor Hekimliği	“Maddi getirisinin kötü olması”
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	“Çalışma şartlarının ağır olması, ailelerin hekime olan yaklaşımı ve baskısı”
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	“Yaptığım işten hiç memnun değilim”
Nükleer Tıp	“Uzmanlık dönemindeki maddi nedenler, tek asistan olduğum için eğitimin niteliğinin yeterli olmaması, iş yetiştirememe”
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	“Yoğun çalışma şartlarından dolayı”
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	“Çalışma koşulları; hocaların, uzmanların ve hasta yakınlarının baskıları”
Halk Sağlığı	“İdealimdeki uzmanlık dalı değil”
Dermatoloji	“İş yoğunluğu, hasta görmeme isteği”
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	“Zaman zaman çok bunalıcı ve dayanılmaz oluyor nöbetler bitmiyor”
Dahiliye	“Nöbet sayısı fazla iş yükü fazla bakılan hasta sayısı fazla”
Acil Tıp	“Çalıştığım kurumun yoğunluğu, düzensizliği ve genel olarak çalışma koşulları”
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	“Aşırı iş yükü”
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	“İş yükü, eğitim kalitesi kaybı, düzensizlik”
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	“Çalışma koşullarının zorluğu, sosyal hayat için zaman kalmıyor”
Dermatoloji	“Asistan sayımız az ve eğitimimiz aksamakta; zor şartlarda çok nöbetle çalışmaktayız”
Acil Tıp	“Yoğunluk”
Dahiliye	<i>Belirtilmemiş</i>
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	<i>Belirtilmemiş</i>
Acil Tıp	<i>Belirtilmemiş</i>
Tıbbi Patoloji	<i>Belirtilmemiş</i>

4.4. Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası ve Tıbbi Malpraktise İlişkin Yasal Düzenlemeler Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu

Katılımcılar, Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası (%79) ve PDEÖS hakkında (%75,1) daha yüksek oranda bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların yarıya yakını ise SDP kapsamında yapılmakta olan ve yapılacaklar konusunda (%44,9) ve tıbbi malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında (%45,9) bilgi sahibi olduklarını bildirmiştir (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.1. Katılımcıların SDP, PDEÖS, Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası ve Tıbbi Malpraktise İlişkin Yasal Düzenlemeler Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Frekans Dağılımı

Bilgi sahibi olma durumunun sorulduğu konular	Bilgisi Var		Bilgisi Yok	
	n	%	n	%
Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılmakta olan ve yapılacaklar	92	44,9	113	55,1
Performansa dayalı ek ödeme sistemi	154	75,1	51	24,9
Hekim mesleki sorumluluk sigortası	162	79,0	43	21,0
Tıbbi malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler	94	45,9	111	54,1

* n=205

SDP kapsamında yapılmakta olan ve yapılacaklar, PDEÖS, Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası ve tıbbi malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmada cinsiyetler arasında ve bilim alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.4.2. Katılımcıların Bilgi Sahibi Olma Durumunun Cinsiyete ve Eğitim Alınan Bilim Alanına Göre Frekans Dağılımı

	Cinsiyet				p değeri
	Kadın		Erkek		
	Bilgisi Var n (%)	Bilgisi Yok n (%)	Bilgisi Var n (%)	Bilgisi Yok n (%)	
Bilgi sahibi olma durumunun sorulduğu konular					
Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılmakta olan ve yapılacaklar	45 (41,3)	64 (58,7)	47 (49,0)	49 (51,0)	0,270
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi	82 (75,2)	27 (24,8)	72 (75,0)	24 (25,0)	0,970
Hekim mesleki sorumluluk sigortası	89 (81,7)	20 (18,3)	73 (76,0)	23 (24,0)	0,325
Tıbbi malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler	49 (45,0)	60 (55,0)	45 (46,9)	51 (53,1)	0,783
	Eğitim alınan bilim alanı				p değeri
	Dahili Tıp Bilimleri		Cerrahi Tıp Bilimleri		
	Bilgisi Var n (%)	Bilgisi Yok n (%)	Bilgisi Var n (%)	Bilgisi Yok n (%)	
Bilgi sahibi olma durumunun sorulduğu konular					
Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılmakta olan ve yapılacaklar	69 (46,3)	80 (53,7)	23 (41,1)	33 (58,9)	0,502
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi	111 (74,5)	38 (25,5)	43 (76,8)	13 (23,2)	0,970
Hekim mesleki sorumluluk sigortası	117 (78,5)	32 (21,5)	45 (80,4)	11 (19,6)	0,924
Tıbbi malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler	69 (46,3)	80 (53,7)	25 (44,6)	31 (55,4)	0,831

4.5. Katılımcıların Tıbbi Malpraktisin Nedenlerine ve Tıbbi Malpraktis İddialarından Korunmaya İlişkin Yanıtlarının Analizi

4.5.1. Tıbbi Malpraktisin Nedenleri

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin yanıtları dikkate alındığında tıbbi malpraktis nedenleri içerisinde ilk üç sırada “hekimin iş yükünün fazla olması” (n=204; %99,5), “hastaya ayrılan sürenin az olması” (n=195; %95,1), “uygulanan sağlık politikaları” (n=189; %92,2) yer alırken; son üç sırada “aydınlatılmış onamın eksik alınması, alınmaması ya da hastanın yeterince aydınlatılmaması” (n=115; %56,1), “hastanın sürece aktif olarak katılmaması” (n=128; %62,4) ve “eksik hasta kaydı” (n=131; %63,9) yer almaktadır (Tablo 4.5.1.1).

Tablo 4.5.1.1. Tıbbi Malpraktis Nedenine İlişkin Verilen Yanıtların Frekans Dağılımı

Tıbbi Malpraktis Nedeni*	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%
EĞİTİM YETERSİZLİĞİ						
Tıp eğitimindeki yetersizlikler ¹	160	78,0	26	12,7	17	8,3
Uzmanlık eğitimindeki yetersizlikler ²	162	79,0	26	12,7	14	6,8
İLETİŞİM SORUNLARI						
Hasta-hekim arası iletişim sorunu ¹	174	84,9	23	11,2	6	2,9
Hekim-sağlık çalışanı arası iletişim sorunu ³	161	78,5	31	15,1	12	5,9
Meslektaşlar arası iletişim sorunu ¹	158	77,1	36	17,6	9	4,4
YOĞUNLUK						
Hekimin iş yükünün fazla olması ⁴	204	99,5	1	0,5	0	
Hastaya ayrılan sürenin az olması ⁴	195	95,1	9	4,4	1	0,5
SİSTEM KAYNAKLI						
Uygulanan sağlık politikaları ¹	189	92,2	12	5,9	2	1,0
Performansa Dayalı Ödeme Sistemi ³	161	78,5	29	14,1	14	6,8
Sevk sisteminin uygulanmaması ¹	171	83,4	28	13,7	4	2,0
Tıbbi malpraktis davalarından duyulan kaygı ²	137	66,8	48	23,4	17	8,3
SAĞLIK FİNANSMANINDA YETERSİZLİK						
İnsan gücü eksikliği / personel yetersizliği ³	179	87,3	20	9,8	5	2,4
Yetersiz tıbbi malzeme ¹	138	67,3	41	20,0	24	11,7
Kalitesiz tıbbi malzeme ¹	147	71,7	40	19,5	16	7,8
HEKİM KAYNAKLI						
Hekimin kendini geliştirme ve yenileme eksikliği ²	132	64,4	53	25,9	17	8,3
Eksik hasta kaydı ²	131	63,9	45	22,0	26	12,7
Aydınlatılmış onamın (bilgilendirilmiş olur) eksik alınması, alınmaması ya da hastanın yeterince aydınlatılmaması ²	115	56,1	54	26,3	33	16,1
Hastanın sürece aktif olarak katılmaması ³	128	62,4	57	27,8	19	9,3

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

¹n= 203, ²n=202, ³n=204, ⁴n=205

Katılımcıların 4'ü (%2) malpraktis nedenine ilişkin yaptıkları açıklamada “malpraktis tanımının net olmaması, ülkemizde malpraktis komplikasyon ayrımının net yapılamaması, devletin yanlış manüplasyonu”; “sadece hekimlere yönelik davalara bakan avukatlar birliği”; “poliklinik ve servislerdeki personel eksikliği nedeniyle her meslek grubunun işini doktorun bizzat yapmak zorunda bırakılışı”; “henüz eğitim almakta olan hekimler olarak her hastaya çok az zaman ayırarak sadece poliklinik yükünü üstlenir gibi çalışarak hata yapma riskimiz çok yüksek” ifadelerine yer vermiştir.

Tıbbi malpraktis nedenine ilişkin verilen yanıtlarda cinsiyetler arasında “hasta-hekim arası iletişim problemleri” (p=0,036), “hekimin kendini geliştirme ve yenileme eksikliği” (p=0,044), “tıbbi malpraktis davalarından duyulan kaygı” (p=0,03), “aydınlatılmış onamın eksik alınması, alınmaması ya da hastanın yeterince aydınlatılmaması” (p=0,03) maddelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Tablo 4.5.1.2).

Tablo 4.5.1.2. Tıbbi Malpraktis Nedenine İlişkin Katılımcıların Yanıtlarının Cinsiyete Göre Frekans Dağılımı

Tıbbi Malpraktis Nedeni	Cinsiyet	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		p değeri
		n	%	n	%	n	%	
Hasta-hekim arası iletişim problemleri	Kadın	98	91,6	8	7,5	1	0,9	0,036
	Erkek	76	79,2	15	15,6	5	5,2	
Hekimin kendini geliştirme ve yenileme eksikliği	Kadın	73	68,9	29	27,4	4	3,8	0,044
	Erkek	59	61,5	24	25	13	13,5	
Tıbbi malpraktis davalarından duyulan kaygı	Kadın	80	75,5	21	19,8	5	4,7	0,03
	Erkek	57	59,4	27	28,1	12	12,5	
Aydınlatılmış onamın eksik alınması, alınmaması ya da hastanın yeterince aydınlatılmaması	Kadın	68	64,2	27	25,5	11	10,4	0,03
	Erkek	47	49	27	28,1	22	22,9	

Tıbbi malpraktis nedenine ilişkin dahili ve cerrahi bilimlerde verilen yanıtlar karşılaştırıldığında “kalitesiz tıbbi malzeme” maddesinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,003$). Dahili bilimlerde eğitim alanların %66’sı ($n=97$) katılıyorum, %25,2’si ($n=37$) kararsızım, %8,8’i ($n=13$) katılmıyorum derken bu oranlar cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanlarda sırasıyla %89,3 ($n=50$), %5,4 ($n=3$) ve %5,4’tür ($n=3$).

4.5.2. Tıbbi Malpraktis İddialarından Korunma

Tıbbi malpraktis iddialarından korunma yolları olarak “hasta kayıtlarını daha detaylı tutma” ($n=193$; %94,1), “hastaya daha detaylı açıklama yapma” ($n=182$; %88,8), “ekte yer alan sağlık çalışanlarıyla daha etkili iletişim kurma” ($n=174$; %84,9) “hekimin bilimsel bilgi, beceri ve mesleki yeteneklerini sürekli olarak yenilemesi” ($n=172$; %83,9) ve “aydınlatılmış onam alırken hastanın yeterince aydınlandığına emin olma” ($n=162$; %79) maddelerine katılım oranı yüksektir. “Endikasyonsuz hasta yatışı yapma” ($n=23$; %11,2), “fazladan ilaç yazma” ($n=38$; %18,5), “tıbbi uygulama hatasının oluşması durumunda hastayla bunu paylaşmama” ($n=58$; %27,3) maddelerine ise katılım oranı düşüktür (Tablo 4.5.2.1).

Tıbbi malpraktis iddialarından korunmaya ilişkin verilen yanıtlarda cinsiyetler arasında “tıbbi uygulama hatasının oluşması durumunda hastamla bunu paylaşmam.” ifadesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,05$). Kadınların %24,5’i ($n=26$) katılıyorum, %48,1’i ($n=51$) kararsızım, %27,4’ü ($n=29$) katılmıyorum derken bu oranlar erkeklerde sırasıyla %31,3 ($n=30$), %31,3 ($n=30$) ve %37,5’tir ($n=36$).

Tıbbi malpraktis iddialarından korunmaya ilişkin dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanların verdiği yanıtlar karşılaştırıldığında “dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınma” ($p=0,03$), “kompleks medikal problemi olan hastalardan kaçınma” ($p=0,035$), “komplikasyonu yüksek tedaviden kaçınma” ($p=0,028$) maddelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 4.5.2.2).

Tablo 4.5.2.1. Tıbbi Malpraktis İddialarından Korunmaya İlişkin Verilen Yanıtların Frekans Dağılımı

Tür	Tıbbi malpraktis iddialarından korunma yolları	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
		n	%	n	%	n	%
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Fazladan tetkik isterim. ¹	108	52,7	45	22,0	51	24,9
	Fazladan konsültasyon isterim. ¹	124	60,5	39	19,0	41	20,0
	Fazladan ilaç yazarım. ²	38	18,5	44	21,5	121	59,0
	Endikasyonsuz hasta yatışı yaparım. ²	23	11,2	40	19,5	140	68,3
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınırım. ³	84	41,0	48	23,4	67	32,7
	Kompleks medikal problemi olan hastalardan kaçınırım. ⁴	78	38,0	56	27,3	68	33,2
	Komplikasyonu yüksek tedaviden kaçınırım. ⁴	105	51,2	50	24,4	47	22,9
	Riskli hastaları sevk ederim. ¹	121	59,0	41	20,0	42	20,5
Diğer	Hasta kayıtlarını daha detaylı tutarım. ¹	193	94,1	9	4,4	2	1,0
	Hastaya daha detaylı açıklama yaparım. ⁴	182	88,8	17	8,3	3	1,5
	Ektepte yer alan sağlık çalışanlarıyla daha etkili iletişim kurarım. ⁵	174	84,9	24	11,7	3	1,5
	Bilimsel bilgimi, becerimi ve mesleki yeteneklerimi sürekli olarak yenilerim, geliştiririm ve güncellerim. ¹	172	83,9	29	14,1	3	1,5
	Tıbbi uygulama hatasının oluşması durumunda hastamla bunu paylaşmam. ⁴	56	27,3	81	39,5	65	31,7
	Aydınlatılmış onam alırken hastanın yeterince aydınlandığına emin olurum. ⁵	162	79,0	38	18,5	5	2,4

¹n= 204, ²n=203, ³n=199, ⁴n=202, ⁵n=201, ⁵n=205

Tablo 4.5.2.2. Tıbbi Malpraktis İddialarından Korunmaya İlişkin Dahili ve Cerrahi Tıp Bilimlerde Eğitim Alan Katılımcıların Yanıtlarının Frekans Dağılımı

Tercih Nedeni	Bilim Alanı	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		p değeri
		n	%	n	%	n	%	
Dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınma	Dahili Tıp Bilimleri	53	36,6	38	26,2	54	37,2	0,03
	Cerrahi Tıp Bilimleri	31	57,4	10	18,5	13	24,1	
Kompleks medikal problemi olan hastalardan kaçınma	Dahili Tıp Bilimleri	54	36,7	36	24,5	57	38,8	0,035
	Cerrahi Tıp Bilimleri	24	43,6	20	36,4	11	20	
Komplikasyonu yüksek tedaviden kaçınma	Dahili Tıp Bilimleri	74	50,3	32	21,8	41	27,9	0,028
	Cerrahi Tıp Bilimleri	31	56,4	18	32,7	6	10,9	

4.6. Katılımcıların Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'nin Etki ve Sonuçlarına İlişkin Yanıtlarının Analizi

PDEÖS'nin hekimin sunduğu hizmetin niteliğini azalttığına (n=183; %89,3), etik olmayan uygulamalara yol açtığına (n=179; %87,3), hasta-hekim arasında iletişim problemlerine neden olduğuna (n=179; %87,3) ve tıbbi malpraktis riskini artırdığına (n=172; %83,9) katılım oranı yüksektir. Katılımcıların %82,9'u (n=170) uzmanlık eğitimini olumsuz etkilediğini, %69,3'ü (n=142) hasta yararını önceleyen bir uygulama olmadığını düşünmektedir. PDEÖS'den (n=1; %0,5) ve elde edilen gelirden memnun olma (n=12; %5,9) ile eğitim alınan uzmanlık dalına özgü uygulanan performans puanlarından memnun olma (n=13; %6,3) oranları ise düşüktür (Tablo 4.6.1).

PDEÖS'ye ilişkin verilen yanıtlarda cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). “Performansa Dayalı Ödeme Sistemi'yle elde ettiğim gelirden memnunum.” maddesine dahili tıp bilimlerinde eğitim alanların %8,2'si (n=12) katılıyorum, %19,9'u (n=29) kararsızım ve %71,9'u (n=105) katılmıyorum derken cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanların %12,5'i (n=7) kararsızım ve %87,5'i (n=49) katılmıyorum demiştir. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'yle elde ettiği gelirden memnun olmada cerrahi ve dahili tıp bilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken ($p=0,028$) diğer maddelerde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanların gelir memnuniyeti düzeyi dahili tıp bilimlerine göre düşüktür.

Tablo 4.6.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Etki ve Sonuçlarına İlişkin Verilen Yanıtların Frekans Dağılımı

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin etki ve sonuçları	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%
Performansa dayalı ödeme sisteminden memnunum. ¹	1	0,5	34	16,6	167	81,5
Performansa dayalı ödeme sistemiyle elde ettiğim gelirden memnunum. ¹	12	5,9	36	17,6	154	75,1
Eğitimini almakta olduğum uzmanlık dalına özgü uygulanan performans puanlarından memnunum. ¹	13	6,3	42	20,5	147	71,7
Performansa dayalı ödeme sistemi hasta muayene süresinin kısalmasına neden olmaktadır. ²	176	85,9	12	5,9	15	7,3
Performansa dayalı ödeme sistemi hasta-hekim arası iletişim problemlerine neden olmaktadır. ³	179	87,3	15	7,3	10	4,9
Performansa dayalı ödeme sistemi tıbbi malpraktis riskini artırmaktadır. ¹	172	83,9	20	9,8	10	4,9
Performansa dayalı ödeme sistemi hasta yararını önceleyen bir uygulamadır. ¹	33	16,1	27	13,2	142	69,3
Performansa dayalı ödeme sistemi uzmanlık eğitimi olumsuz etkilemektedir. ²	170	82,9	21	10,2	12	5,9
Performansa dayalı ödeme sistemi hekimin sunduğu hizmetin niteliğini azaltmaktadır. ¹	183	89,3	14	6,8	5	2,4
Performansa dayalı ödeme sistemi meslektaşlar arası ilişkileri zedelemektedir. ²	174	84,9	23	11,2	6	2,9
Performansa dayalı ödeme sistemi etik olmayan uygulamalara yol açmaktadır. ¹	179	87,3	16	7,8	7	3,4

¹n= 202, ²n=203, ³n=204

4.7. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumlarının, Maruz Kalınan Şiddet Türlerinin ve Hekime Yönelik Şiddet Nedenlerine İlişkin Yanıtlarının Analizi

4.7.1. Şiddete Maruz Kalma Durumu ve Maruz Kalınan Şiddet Türleri

Lisans eğitimi sürecinde 154 kişi (%75,1) şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Bu oran kadınlarda %80,7 (n=88), erkeklerde %68,8'dir (n= 66). Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,048). Maruz kaldığı şiddet türünü bildiren 149 kişinin (%72,7) yanıtları değerlendirildiğinde en çok sözel ve psikolojik şiddetle karşılaşıldığı, bunu yalnızca sözel şiddete maruz kalmanın izlediği görülmektedir (Tablo 4.7.1.1).

Lisans eğitimi sürecinde şiddete maruz kalanlardan 153 kişinin verdiği yanıtlara göre katılımcıların %0,7'si (n=1) temel, %69,9'u (n=107) dahili ve %29,4'ü (n=45) cerrahi tıp bilimlerine yönelmiştir. Şiddete maruz kalmadığını bildiren 49 kişinin %2'si (n=1) temel, %59,2'si (n=29) dahili ve %38,8'i (n=19) cerrahi tıp bilimlerine yönelmiştir. Lisans eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma ile ilk tercihte temel, dahili ve cerrahi tıp bilimlerine yönelme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,203).

Tablo 4.7.1.1. Lisans Eğitimi Sürecinde Şiddete Maruz Kalma Durumu ve Maruz Kalınan Şiddet Türlerinin Frekans Dağılımı

Lisans eğitim sürecinde şiddet olgusu		n	%	Toplam n (%)	
Şiddete maruz kalma durumu	Evet	Kadın	88	80,7	154 (75,1)
		Erkek	66	68,75	
	Hayır	Kadın	21	19,3	51 (24,9)
		Erkek	30	31,25	
Maruz kalınan şiddet türü*	Yalnızca fiziksel		1	0,7	149 (72,7)
	Yalnızca sözel		43	28,8	
	Yalnızca psikolojik		14	9,4	
	Fiziksel ve sözel		4	2,7	
	Fiziksel ve psikolojik		1	0,7	
	Sözel ve psikolojik		64	42,9	
	Fiziksel, sözel ve psikolojik		22	14,8	

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

Katılımcıların %83,9'u (n=172) uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Bu oran kadınlarda %90,7 (n=98), erkeklerde %77,1'dir (n=74). Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalmada cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,007). Maruz kaldığı şiddet türünü bildiren 169 kişinin (%82,4) yanıtları değerlendirildiğinde en çok sözel ve psikolojik şiddetle karşılaştığı, bunu yalnızca sözel şiddete maruz kalmanın izlediği görülmektedir (Tablo 4.7.1.2).

Tablo 4.7.1.2. Uzmanlık Eğitimi Sürecinde Şiddete Maruz Kalma Durumu ve Maruz Kalınan Şiddet Türlerinin Frekans Dağılımı

Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddet olgusu		n	%	Toplam n (%)	
Şiddete maruz kalma durumu	Evet	Kadın	98	90,7	172 (83,9)
		Erkek	74	77,1	
	Hayır	Kadın	10	9,3	32 (15,6)
		Erkek	22	22,9	
Maruz kalmayan şiddet türleri*	Yalnızca fiziksel	1	0,6	169 (82,4)	
	Yalnızca sözel	45	26,6		
	Yalnızca psikolojik	17	10,1		
	Fiziksel ve sözel	4	2,4		
	Fiziksel ve psikolojik	0			
	Sözel ve psikolojik	82	48,5		
	Fiziksel, sözel ve psikolojik	20	11,8		

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

Dahili tıp bilimlerinde eğitim almakta olan asistan hekimlerin %84,5'i (n=125), cerrahi tıp bilimlerinde eğitim almakta olan asistan hekimlerin %83,9'u (n=47) uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalmada cerrahi ve dahili tıp bilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,926). Uzmanlık eğitimi sürecinde en çok şiddete maruz kalınan uzmanlık dalları içerisinde ilk üç sırada Dahiliye, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ile Acil Tıp yer almaktadır. Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma ile eğitim alınan uzmanlık dalı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,001).

Uzmanlık eğitimi sürecinde meslektaşına yönelik şiddet olayına 163 kişi (%79,5) tanık olurken, 41 kişi (%20) tanık olmadığını bildirmiş ve 1 kişi (%0,5) yanıt vermemiştir. Dahili tıp bilimlerinde eğitim alan asistan hekimlerin %80,4'ü (n=119), cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alan asistan hekimlerin %78,6'sı (n=44) uzmanlık eğitimi sürecinde meslektaşına yönelik şiddet olayına tanık olduğunu bildirmiştir. Şiddet olayına tanık olmada dahili ve cerrahi bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,924$).

Katılımcıların %87,8'inin (n=180) uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma konusunda kaygısı bulunmaktadır. Bu oran kadınlarda %92,7 (n=101), erkeklerde %82,3'tür (n=79). Şiddete maruz kalma kaygısı taşımada cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,040$). Kaygı duymayanların oranı ise %12,2'dir (n=25). Dahili tıp bilimlerinde eğitim alan asistan hekimlerin %89,9'u (n=134), cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alan asistan hekimlerin %82,1'i (n=46) uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma konusunda kaygısının olduğunu bildirmiştir. Şiddete maruz kalma kaygısı taşıma konusunda dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,201$). Uzmanlık eğitimi sürecinde en çok şiddete maruz kalma kaygısı taşıyan uzmanlık dalları içerisinde ilk üç sırada Dahiliye, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ile Acil Tıp yer almaktadır. Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma konusunda kaygı sahibi olmada eğitim alınan uzmanlık dalları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$).

Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalan 172 kişinin %89'u (n=153) eğitim almakta olduğu uzmanlık dalını bırakmayı düşünmemektedir. Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma ile eğitim almakta olunan uzmanlık dalını bırakmayı düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=1,000$).

4.7.2. Hekime Yönelik Şiddet Nedenleri

Hekime yönelik şiddet nedeni olarak en çok ifade edilenler “hekimin yaşanan aksaklıklarda hedef olarak gösterilmesi” (n=202; %98,5), “yasal düzenlemelerin caydırıcı olmaması” (n=199; %97,1), “hekimin yoğun iş gücü” (n=187; %91,2) ve “uygulanmış sağlık politikaları” (n=187; %91,2) maddeleridir. “Hekimin bilgi/beceri eksikliği” maddesine katılım oranı ise düşüktür (n=42; %20,5) (Tablo 4.7.2.1).

Katılımcıların 5’i (%2,4) hekime yönelik şiddet nedenlerine ilişkin yaptıkları açıklamada “medya tarafından şiddeti teşvik edici söylemler”, “çalışma alanının fiziksel şartlarının kötü olması”, “kadın olmak, ufak yapılı olmak, kibar davranmak”, “saygısız bir toplum”, “insanlara hekimlerin maaşının çok yüksekmiş gibi gösterilmesi, dizilerde hekime yönelik şiddetin pekiştirilmesi ve özendirilmesi” ifadelerine yer vermiştir. Hekime yönelik şiddet nedenlerine ilişkin verilen yanıtlarda cinsiyetler arasında ve bilim alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 4.7.2.1. Hekime Yönelik Şiddet Nedenlerine İlişkin Verilen Yanıtların Frekans Dağılımı

Şiddet Nedenleri*	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%
Hastanın bekleme süresinin uzun olması ¹	153	74,6	26	12,7	26	12,7
Hastanın muayene süresinin kısa olması ²	148	72,2	22	10,7	34	16,6
Hastanın/hasta yakınının beklentisinin yüksek olmasından dolayı sunulan sağlık hizmetine karşı memnuniyetsizlik ²	177	86,3	20	9,8	7	3,4
Şiddeti gerçekleştirenlerin eğitim düzeyinin düşük olması ¹	163	79,5	17	8,3	25	12,2
Ekonomik nedenler ³	108	52,7	52	25,4	43	21
Hastanın yeterince aydınlatılmaması ⁴	88	42,9	58	28,3	56	27,3
Hasta-hekim arası iletişim problemleri ¹	156	76,1	33	16,1	16	7,8
Personel yetersizliği ¹	153	74,6	37	18,0	15	7,3
Hekimin bilgi/beceri eksikliği ³	42	20,5	70	34,1	91	44,4
Hekimin yoğun iş gücü ³	187	91,2	12	5,9	4	2,0
Tıbbi malpraktis ²	101	49,3	59	28,8	44	21,5
Uygulanmış sağlık politikaları ⁴	187	91,2	12	5,9	3	1,5
Hekimin yaşanan aksaklıklarda hedef olarak gösterilmesi ²	202	98,5	0	0,0	2	1,0
Sevk sisteminin uygulanmaması ²	154	75,1	42	20,5	8	3,9
Yasal düzenlemelerin caydırıcı olmaması ²	199	97,1	3	1,5	2	1,0

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

¹ n=205, ² n=204, ³ n=203, ⁴ n=202

4.8. Şiddet Olgusunun İş Yüğü ile İlişkişisi

Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalan 164 asistan hekimin (%84,5) haftalık çalışma süresinin medyanı 64,5 saat (min-maks: 35-144) iken şiddete maruz kalmayan 30 asistan hekimin (%15,5) haftalık çalışma süresinin medyanı 46,5 saattir (min-maks: 40-106). Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma ile haftalık çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,030$) (Tablo 4.8.1).

Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalan 147 asistan hekimin (%85,5) günlük medyan poliklinik hasta sayısı 55 (min-maks: 0-400) iken şiddete maruz kalmayan 25 asistan hekimin (%14,5) günlük medyan poliklinik hasta sayısı 30'dur (min-maks: 0-400). Uzmanlık eğitim sürecinde şiddete maruz kalma ile günlük medyan poliklinik hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,003$) (Tablo 4.8.1).

Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalan 166 asistan hekimin (%83,8) bir aydaki nöbet sayısının medyanı 7,5 (min-maks: 0-16), şiddete maruz kalmayan 32 asistan hekimin (%16,2) bir aydaki nöbet sayısının medyanı 5,5'tir (min-maks: 0-12). Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma ile bir aydaki nöbet sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,017$) (Tablo 4.8.1).

Uzmanlık eğitimi sürecinde meslektaşına yönelik şiddet olayına tanık olan 156 asistan hekimin (%80,4) haftalık çalışma süresinin medyanı 65 saat (min-maks: 35-144) iken, tanık olmayan 38 asistan hekimin (%19,6) haftalık çalışma süresinin medyanı 45 saattir (min-maks: 35-142). Uzmanlık eğitimi sürecinde meslektaşına yönelik şiddet olayına tanık olma ile haftalık çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.001$) (Tablo 4.8.1).

Uzmanlık eğitimi sürecinde meslektaşına yönelik şiddet olayına tanık olan 134 asistan hekimin (%77,9) günlük medyan poliklinik hasta sayısı 55 (min-maks: 0-400), tanık olmayan 38 asistan hekimin (%22,1) günlük medyan poliklinik hasta sayısı 42,5'tir (min-maks: 0-300). Uzmanlık eğitimi sürecinde meslektaşına yönelik şiddet olayına tanık olma ile günlük medyan poliklinik hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,001$) (Tablo 4.8.1).

Uzmanlık eğitimi sürecinde meslektaşına yönelik şiddet olayına tanık olan 157 asistan hekimin (%79,3) bir aydaki nöbet sayısının medyanı 8 (min-maks: 0-15),

tanık olmayan 41 asistan hekimin (%20,7) bir aydaki nöbet sayısının medyanı 5'tir (min-maks: 0-16). Uzmanlık eğitimi sürecinde meslektaşına yönelik şiddet olayına tanık olma ile bir aydaki nöbet sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,002$) (Tablo 4.8.1).

Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma konusunda kaygısı olan 169 asistan hekimin (%87,1) haftalık çalışma süresinin medyanı 60 saat (min-maks: 35-144), kaygısı olmayan 25 asistan hekimin (%12,9) haftalık çalışma süresinin medyanı 45 saattir (min-maks: 35-136). Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma konusunda kaygı varlığı ile haftalık çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,085$) (Tablo 4.8.1).

Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma konusunda kaygısı olan 148 asistan hekimin (%86) günlük medyan poliklinik hasta sayısı 55 (min-maks: 0-400), kaygısı olmayan 24 asistan hekimin (%14) günlük medyan poliklinik hasta sayısı 27,5'tir (min-maks: 0-200). Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma konusunda kaygı varlığı ile günlük medyan poliklinik hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$) (Tablo 4.8.1).

Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma konusunda kaygısı olan 173 asistan hekimin (%87,4) bir aydaki nöbet sayısının medyanı 8 (min-maks: 0-16), kaygısı olmayan 25 asistan hekimin (%12,6) bir aydaki nöbet sayısının medyanı 0'dır (min-maks: 0-12). Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma konusunda kaygı ile bir aydaki nöbet sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,002$) (Tablo 4.8.1).

Tablo 4.8.1. Uzmanlık Eğitimi Sürecinde Şiddet Olgusunun İş Yüğü ile İlişkisi

		Haftalık çalışma süresi	Günlük poliklinik hasta sayısı	Bir aydaki nöbet sayısı
Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddet olgusu		Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)
Şiddete maruz kalma	Evet	64,5 (35-144)	55 (0-400)	7,5 (0-16)
	Hayır	46,5 (40-106)	30 (0-400)	5,5 (0-12)
	p değeri	0,030	0,003	0,017
Meslektaşına yönelik şiddet olayına tanık olma	Evet	65 (35-144)	55 (0-400)	8 (0-15)
	Hayır	45 (35-142)	42,5 (0-300)	5 (0-16)
	p değeri	<0,01	0,001	0,002
Şiddete maruz kalma konusunda kaygısı olma	Evet	60 (35-144)	55 (0-400)	8 (0-16)
	Hayır	45 (35-136)	27,5 (0-200)	0 (0-12)
	p değeri	0,085	<0,001	0,002

4.9. Katılımcıların Yanıtları Doğrultusunda Tıbbi Malpraktis, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve Hekime Yönelik Şiddet Arasındaki İlişki Durumunun İncelenmesi

4.9.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ile Tıbbi Malpraktis İlişkisi

PDEÖS'nin hasta muayene süresinin kısalmasına neden olduğuna katılan 170 kişi (%83,7) aynı zamanda hastaya ayrılan sürenin az olmasını tıbbi malpraktis nedenlerinden biri olduğunu düşünmektedir. PDEÖS'nin hasta-hekim arasında iletişim problemlerine neden olduğuna katılan 155 kişi (%76,7) aynı zamanda hasta-hekim arasında iletişim problemlerinin tıbbi malpraktis nedenlerinden olduğuna da katılmaktadır. PDEÖS'nin uzmanlık eğitimi olumsuz etkilediğini düşünen 135 kişi (%67,5) aynı zamanda uzmanlık eğitimindeki yetersizliklerin tıbbi malpraktis nedenlerinden olduğuna katılmaktadır. PDEÖS'nin meslektaşlar arası ilişkileri zedelediğini düşünen 135 kişi (%67,2) aynı zamanda meslektaşlar arası iletişim problemlerinin tıbbi malpraktis nedenlerinden olduğuna katılmaktadır.

4.9.2. Hekime Yönelik Şiddet Nedenleri ile Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi İlişkisi

Hekime yönelik şiddet nedeni olarak hastanın muayene süresinin kısa olmasını belirten 134 kişi (%66,3) aynı zamanda PDEÖS'nin hasta muayene süresinin kısalmasına neden olduğunu düşünmektedir. 'Hasta-hekim arasındaki iletişim problemlerinin hekime yönelik şiddete neden olduğunu düşünen 137 kişi (%67,2) aynı zamanda PDEÖS'nin hasta-hekim arasında iletişim problemlerine neden olduğuna katılmaktadır. Hekimin bilgi/beceri eksikliğinin hekime yönelik şiddet nedenlerinden olduğunu ifade eden 34 kişi (%16,9) aynı zamanda PDEÖS'nin uzmanlık eğitimi olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Tıbbi malpraktisin hekime yönelik şiddete neden olduğunu ifade eden 83 kişi (%41,3) aynı zamanda PDEÖS'nin tıbbi malpraktis riskini artırdığını düşünmektedir.

4.9.3. Hekime Yönelik Şiddet Nedenlerinden “Tıbbi Malpraktis” Maddesi ile Tıbbi Malpraktis Nedenleri Arasındaki İlişki

Hekime yönelik şiddet nedenlerinden “tıbbi malpraktis” maddesi ile tıbbi malpraktisin nedenine ilişkin verilen yanıtlar karşılaştırılmıştır. “Hekim sağlık çalışanı arasındaki iletişim problemleri” ($p=0,007$), “Hekimin kendini geliştirme ve yenileme eksikliği” ($p=0,003$), “Aydınlatılmış onamın eksik alınması, alınmaması ya da hastanın yeterince aydınlatılmaması” ($p=0,002$) ve “Eksik hasta kaydı” ($p<0,001$) olarak ifade edilen tıbbi malpraktis nedenleri ile hekime yönelik şiddet nedeni olarak tıbbi malpraktis maddesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.9.3.1).

Tablo 4.9.3.1. Hekime Yönelik Şiddet Nedenlerinden “Tıbbi Malpraktis” Maddesi ile Tıbbi Malpraktis Nedenleri Arasındaki İlişkinin Frekans Dağılımı

Tıbbi Malpraktis Nedeni		Hekime Yönelik Şiddet Nedeni Olarak “Tıbbi Malpraktis”						p değeri
		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		
		n	%	n	%	n	%	
Hekim sağlık çalışanı arasındaki iletişim problemleri	Katılıyorum	89	88,1	41	70,7	30	68,2	0,007
	Kararsızım	10	9,9	13	22,4	8	18,2	
	Katılmıyorum	2	2	4	6,9	6	13,6	
Hekimin kendini geliştirme ve yenileme eksikliği	Katılıyorum	77	77	32	55,2	23	52,3	0,003
	Kararsızım	18	18	22	37,9	13	29,5	
	Katılmıyorum	5	5	4	6,9	8	18,2	
Aydınlatılmış onamın eksik alınması, alınmaması ya da hastanın yeterince aydınlatılmaması	Katılıyorum	66	65,3	28	48,3	21	48,8	0,002
	Kararsızım	19	18,8	25	43,1	10	23,3	
	Katılmıyorum	16	15,8	5	8,6	12	27,9	
Eksik hasta kaydı	Katılıyorum	73	72,3	29	50,0	29	67,4	<0,001
	Kararsızım	13	12,9	25	43,1	7	16,3	
	Katılmıyorum	15	14,9	4	6,9	7	16,3	

4.10. Katılımcıların Sevk Sistemine İlişkin Yanıtlarının Analizi

Yanıt veren 203 kişinin %76,4’ü (n=155) basamak sistemini dikkate aldığına karşılaştığı hastaların bulunduğu kuruma gelmesi gerekmeyen hastalar olduğunu, %23,6’sı (n=48) karşılaştığı hastaların bulunduğu kuruma gelmesi gereken hastalar olduğunu bildirmiştir. Dahili tıp bilimlerinde eğitim alanların %23,6’sı (n=35) ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanların %23,6’sı (n=13) basamak sistemini dikkate aldığına karşılaştığı hastaların bulunduğu kuruma gelmesi gereken hastalar olduğunu düşünmektedir. Verilen yanıtlarda dahili ve cerrahi tıp bilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=1,000).

Yanıt veren 205 kişinin %73,7'si (n=151) sevk sisteminin uygulanmasının hekime yönelik şiddeti azaltacağını, 204 kişinin 81,4'ü (n=166) tıbbi malpraktis riskini azaltacağını düşündüğünü bildirmiştir. Karşılaştığı hastaların bulunduğu kuruma gelmesi gerekmeyen hastalar olduğunu bildiren 155 katılımcının %76,1'i (n=118) hastanın bekleme süresinin uzun olmasını; 154 kişinin %77,3'ü (n=119) sevk sisteminin uygulanmamasını hekime yönelik şiddet nedeni olarak ifade etmişlerdir. Söz konusu 155 katılımcının %87,7'si (n=136) uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kaldığını, %83,2'si (n=129) meslektaşına yönelik şiddet olayına tanık olduğunu, %91'i (n=141) şiddete maruz kalma konusunda kaygısının olduğunu bildirmiştir.



5. TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

5.1.1. Cinsiyet Dağılımı ve Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı Klinik Puanı

ÖSYM tarafından bugüne dek yayınlanmış 3 farklı döneme ait TUS Değerlendirme Raporlarından sonuncusu olan Ekim 2018 tarihli TUS İlkbahar Değerlendirme Raporu'nda TUS'a başvuran adayların dağılımı %48,7 (n=6,254) erkek, %51,3 (n=6,584) kadın olarak verilmiştir. Adayların %86'sını lisans eğitimi henüz tamamlamış olanlar, %14'ünü ise uzmanlık eğitimine devam edenler, uzmanlık eğitimine devam etmekte iken istifa edenler, bir uzmanlık alanına yerleştirildiği hâlde eğitime başlamayanlar ile uzmanlık eğitimi tamamlayanlar oluşturmaktadır. Başvuran adayların %28'i (n=3,594) eğitim programına yerleşmeye hak kazanmıştır. Adayların klinik puan aralığı 48,35 - 70,29'dur. En yüksek klinik puan ortalaması Dermatoloji'de iken, görece düşük puana sahip uzmanlık dalları Çocuk Cerrahisi, Acil Tıp ve Göğüs Cerrahisi şeklindedir. Kadın adayların klinik puanlarının ortalaması (57,52) erkek adaylarınkinden (56,86) yüksek olmakla birlikte cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktur. Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji alanlarına yerleşen adayların tamamı kadındır. Erkek adayların özellikle cerrahi alanlarda yoğunlaştığı gözlenmiştir (ÖSYM, 2018). Daha önce yayınlanan her iki raporda da benzer değerlerin olduğu görülmektedir (ÖSYM, 2017a; ÖSYM, 2017b).

Araştırmamıza katılan asistan hekimlerin cinsiyet dağılımı ve klinik puan aralığı ilgili raporlarda verilen değerler ve sonuçlarla uyumludur. Araştırmanın yapıldığı Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uzmanlık eğitimi alanların verilerinin Türkiye'nin genel dağılımına uygunluk gösterdiği söylenebilir. Asistan hekimlerle yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre TUS klinik puanı 60'tan fazla olanların çoğunluğu dahili (%71,9),

%28,1'i cerrahi; 60 ya da 60'tan az puanı olanların ise %51,9'u dahili, %48,1'i cerrahi bilimlerde eğitim almaktadır (Akis ve ark., 2018). Çeler ve ark. (2015) araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde bilim alanları ile TUS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını ifade etmişlerdir (Çeler ve ark., 2015).

5.1.2. Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Bilim Dalı Dağılımı, İlk Tercih Edilen Uzmanlık Dalı

Uzmanlık dalı tercihinde değişimin varlığı ve cinsiyete bağlı farklılıkların bunda etkisi olup olmadığına dair araştırmalar yapılmaktadır. Almanya'da 720 tıp öğrencisi ile yapılan bir araştırmada dahili tıp bilimlerinin tercih edilme oranı (%40-50) cerrahi tıp bilimlerine (%25) göre yüksektir. Alman Cerrahlar Birliği (Bund Deutscher Chirurgen), uzmanlık eğitiminde cerrahi dalları seçenlerin oranının düştüğünü bildirmekle beraber Grasreiner ve ark.'nın (2018) araştırmasında oranın sabit kaldığı bulunmuştur. Araştırmanın detaylarına baktığımızda dahili dalları seçmede pozitif etki eden faktörler çoktan aza doğru hasta ile temas, saygınlık ve iş-yaşam dengesi sağlamasıdır. İş yükü, kariyer hedefi ve gelir faktörleri ise negatif etkenler olarak ifade edilmiştir. Cerrahi dalları tercih edenler için pozitif etkenler kariyer hedefi, gelir ve saygınlık iken negatif etkenler iş-yaşam dengesi ve hasta ile temastır (Grasreiner ve ark., 2018). Suudi Arabistan'da son sınıf tıp öğrencileriyle yapılan bir araştırmada ise öğrencilerin tercihlerinde dışladıkları ilk iki uzmanlık dalının sırasıyla Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Genel Cerrahi olduğu bildirilmiştir. Gerekçe olarak düşük yaşam kalitesi ve iş yükü ilk sıralarda yer almıştır (Ashour ve ark., 2018).

TUS, eğitimde fırsat eşitliği yaratması açısından önemlidir. Geçmişte cerrahi uzmanlık dallarına kabul edilmeyen kadın hekimler günümüzde cerrahi tıp bilimleri alanında çalışabilmektedirler. TUS sonrası cerrahi tıp bilimleri alanında yer alan kadın hekim oranının %32'ye ulaştığı, bununla birlikte kadınların uzmanlık alanı olarak temel ve dahili bilimleri erkeklere göre iki kat daha fazla oranda tercih ettikleri görülmektedir (Çiçek ve Terzi, 2006). Kanada ve ABD'de cerrahi dallardaki kadın oranı ise %21'dir (Park ve ark., 2005). Hekimlerin ilk tercihte temel, dahili ve cerrahi tıp bilimlerine yönelmesi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulan (Koyun ve ark., 2013) ve araştırmamızda olduğu gibi (Tablo 4.1.2) anlamlılık

bulmayan araştırmalar (Göktaş Dörtıyol, 2017) mevcuttur. Anlamlılık kadınların daha çok dahili, erkeklerin ise cerrahi tıp bilimlerini tercih etmesinden kaynaklanmaktadır. Anlamlı fark bulunmayan çalışmalarda ise görece aynı sonuçlara ulaşılmıştır.

Başlangıçta, her iki cinsiyet de tıp eğitime eşit erişim imkanına sahipken eğitim sürecinde cinsiyet de dahil olmak üzere birçok faktör tıpta uzmanlık dalı seçiminde etkili olmaktadır (Ridell ve Tett, 2010). Araştırmamızda yer alan tüm katılımcıların %72,7'sinin ve kadın asistan hekimlerin %78,9'unun dahili tıp bilimleri alanında eğitim aldıkları görölmektedir. Genel duruma bakıldığında kadınlarda cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alma durumu, dahili tıp bilimlerine göre düşüktür (Tablo 4.1.1). Literatürde özellikle cerrahi bilimler alanında kadın oranının azlığı vurgulanmaktadır (Koyun ve ark., 2013). Tıpta uzmanlaşmada cinsiyetin ele alındığı araştırmalarda, toplumsal cinsiyet beklentisinin hekimlerin uzmanlık dalı tercihlerini etkilediğı (Koyun ve ark., 2013), cerrahi alanlarda kadın sayısının az olmasının nedenleri olarak kadınlarda erkeklere kıyasla rol model ve mentorluk eksikliğinin, lisans eğitiminde algılanan cinsiyete dayalı ayrımcılık deneyimlerinin ve cerrahi alanın aile hayatı, mutlu evlilik ya da çocuk sahibi olmaları ile bağdaşmadığı algısının (Park ve ark., 2005), kadınların özellikle düzensiz mesai saatleri ve nöbeti olan uzmanlık dallarına yönelmek istememelerinin yer aldığı ve kadınların cerrahi dalların akademik ilerlemelerinde engel olacağını düşündükleri bildirilmiştir (Genç Kuzuca ve Arda, 2010). Uluslararası boyutta da tıp alanında kariyer yapmada cinsiyet farklılıkları olduğu belirtilmektedir (Kilminster ve ark., 2007). Ürdün'de yapılan bir araştırmada daha çok cerrahi dalları tercih eden erkek öğrencilerin saygınlık ve gelir gibi faktörlerden oldukça etkilendikleri, kadınların ise bu faktörleri çok büyük öneme sahip olarak değerlendirmedikleri, ancak çalışma saatleri konusunda erkeklere göre daha çok etkilendikleri bildirilmiştir (Khader ve ark., 2008). Bu tespitler, cerrahi tıp bilimlerinde kadın asistan hekim sayısının sınırlı olmasının gerekçeleri olarak gösterilebilir.

Tıp eğitimi sırasında cinsiyete dayalı uzmanlık tercihlerini belirlemeyi amaçlayan, 2000-2013 yıllarını kapsayan literatür taramasına dayalı bir araştırmada uluslararası boyutta tıp eğitiminde cinsiyete dayalı uzmanlık tercihlerinin kişilerin uyruğundan ve ülkesinden bağımsız olduğu, kadınların özellikle Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık dallarına ilgi duydukları,

erkeklerin ise daha çok cerrahi dalları tercih ettiği, bunlar içinde özellikle Ortopedi ve Travmatoloji dalının ön plana çıktığı, Dahiliye'nin ise her iki cinsiyet tarafından tercih edildiği, uzmanlık tercihi olmayanlarda ise cinsiyetler arasında fark olmadığı ifade edilmektedir (Alers ve ark., 2014). Araştırmamızın katılımcı profili ilgili araştırma sonuçları ile uyumludur (Tablo 4.1.1). İlk tercihlerine göre eğitim alma durumunu değerlendirdiğimizde ise katılımcıların yüksek oranlarda ilk tercihlerinde yer alan bilim alanlarında eğitim almakta oldukları görülmektedir (Tablo 4.1.3).

Genel olarak değerlendirdiğimizde cinsiyetçi yaklaşım, uzmanlık dalı seçiminde etkili olmakla birlikte cerrahi dalların dahili dallara göre daha az tercih edilmesinin öncelikli nedeni çalışma koşullarının iş-yaşam dengesine olan olumsuz etkisidir. İyileştirilmiş çalışma koşullarına gereksinim vardır. Aksi takdirde sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşanması ihtimali bulunmaktadır.

5.1.3. İş Yüğü

5.1.3.1. Haftalık Çalışma Süresi

Uzmanlık eğitiminde yaşanan sorunlar küresel boyuttadır. Avrupa Tıp Uzmanları Birliği'nin (European Union of Medical Specialists, UEMS) 1958 yılında kuruluşu ile Avrupa Birliği ülkelerinde tıpta uzmanlık eğitiminin standartlaşması çalışmaları başlamıştır. Türkiye'nin UEMS'e üyelik tarihi ise 1993'tür. Avrupalı Genç Doktorlar (European Junior Doctors) topluluğu uzmanlık eğitim grubu, 1999 yılında İngiltere'de tıpta uzmanlık eğitiminde yaşanan sorunları temel başlıklar altında toplamıştır. Buna göre saptanan sorunlar; yetersiz eğitim finansmanı, iyi planlanmamış eğitim, eğitimcilerin yetersizliği, yetersiz eğitim organizasyonu, asgari kriterleri karşılayamayan akredite eğitim kurumları, bilgi teknolojisi ve kütüphane hizmetlerinin yetersizliği ya da olmaması ve araştırma ve kalite geliştirme programlarına katılım fırsatı verilmemesidir. Saptanan temel sorunlar arasında ilk sırada asistan hekimlerin aşırı uzun çalışma saatleri ve eğitim gereksinimlerinin yeterince dikkate alınmaması gelmektedir. Benzer şekilde Türkiye'de 2006 yılında yayınlanan bir araştırma sonucuna göre asistan hekimler tarafından tıpta uzmanlık eğitiminin öncelikli sorunları arasında ilk sırada ifade edilen çalışma saatlerinin uzun

ve yoğun olması nedeniyle eğitime ayrılan zamanın yetersiz kalmasıdır. Asistan hekimlerin yarısı ise sosyal yaşama zaman ayıramamaktan yakınmışlardır (Çiçek ve Terzi, 2006).

Farklı araştırmalarda günlük 8 saatten fazla çalıştığını bildiren asistan hekimlerin oranı %79,5 ile %88 (Batur Çağlayan ve ark., 2014; Karaoğlu ve ark., 2006; TTB, 2015; Ünal, 2008), 8 saat veya 8 saatten daha az çalıştığını bildirenlerin oranı %16,3 ile %20,5 (TTB, 2015; Ünal, 2008) arasında değişmektedir. Günlük iş yükünün “çok ağır veya ağır” olduğunu söyleyen asistan hekimlerin oranı yüksektir (%74,9) (İlhan ve ark., 2009).

Haftalık çalışma süresini $73,8 \pm 26,5$ saat (İlhan ve ark., 2009) ve $74,65 \pm 15,64$ saat (Turgut ve ark., 2016) olarak bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Haftada 90 saat ve üzeri çalışanların oranını %32,5 ve %65,4 olarak (Çıtak ve Altaş, 2012; Urgan ve Hamzaoglu, 2016), 70 saatten fazla çalışanların oranını %24,3 ve haftalık çalışma süresi 40 saat ile sınırlananların oranını %42,9 olarak (TTB, 2015) bildiren çalışmalar literatürde yer almaktadır. Bir araştırmada asistan hekimlerin aylık ortalama çalışma süresi dahili tıp bilimlerinde 302 ± 59 saat, cerrahi tıp bilimlerinde ise 322 ± 62 saat olarak ifade edilmiştir (Arıca ve ark., 2011).

Araştırma sonuçlarında çalışma süreleri değişiklik arz etse de cerrahi tıp bilimlerinde çalışma süresinin daha fazla olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak cerrahi dallarda uygulanan girişimsel işlemler gösterilebilir (Tanrıverdi ve Teker, 2010). Bununla birlikte dahili tıp bilimleri içerisinde yer alan Acil Tıp asistan hekimlerinin dahil edildiği bir araştırmada ortalama çalışma süresi ($256,6 \pm 31,8$ saat/ay) (İz ve ark., 2019) cerrahi tıp bilimleri içerisinde yer alan Patoloji’de eğitim almakta olan asistan hekimlerin ortalama çalışma süresinden ($10,2 \pm 1,6$ saat/gün) (Kösemehmetoğlu ve ark., 2010) fazladır.

Araştırmamızda da literatürle benzer şekilde cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanların haftalık çalışma süresinin dahili tıp bilimlerinde eğitim alanlardan fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.4).

Avrupa Birliği’nde 2004 yılında belirlenen asistan hekimlerin haftalık çalışma süresi 56 saattir. Aynı yıl ABD’de asistan hekimlerin haftada 80 saatten daha uzun süre çalışması yasaklanmıştır. Bu süreyi aşan kurumlara uygulanan yaptırım eğitim verme yetkisinin askıya alınmasıdır (Çiçek ve Terzi, 2006). TTB ise

hekimlerin çalışma saatlerinin fazla olduğunu ifade ederek ve Avrupa Birliği ile uyumlu olarak asistan hekimlerin haftalık çalışma saatinin en fazla 56 saat ile sınırlandırılması gerektiğini bildirmektedir (TTB, 2017). Ancak araştırma sonuçlarımıza göre, Avrupa Birliği ve TTB'nin belirlediği çalışma süresinin Patoloji ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi dalları dışında cerrahi tıp bilimlerinde, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Spor Hekimliği, Halk Sağlığı, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Aile Hekimliği gibi poliklinik hizmetlerinin ağırlıkta olduğu dahili tıp bilimleri dışında kalan diğer uzmanlık dallarında uygulanmadığı görülmektedir (Tablo 4.1.4).

5.1.3.2. Hizmet Verilen Poliklinik Hasta Sayısı

Tababet Uzmanlık Yönetmeliği'nin poliklinikler başlığı altında yer alan 10. maddesinde, bir uzmanın günde 20'den fazla hastaya bakamayacağı hükmü ile birlikte fazla hastanın olması halinde görevlendirme ile tüm başvuranların muayenesinin sağlanması gerektiği belirtilmektedir (RG, 1974). Hakan Hakeri'ye göre bu hüküm, hukuka aykırı olup günlük muayene sayısı için bir standart belirlemek kadar hekimi hasta sayısını artırması konusunda zorlamak da doğru değildir (Hakeri, 2007).

Sağlık Uygulama Tebliği'nde 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında poliklinik hizmetleri için günlük muayene sayısına sınırlama getirilmiştir. Buna göre muayene sayısı hekimin çalışma saatinin 6 katıdır ve günde 60 hasta ile sınırlandırılmıştır. Göz hekimleri için ise katsayı 4,5 olup muayene sayısı günlük 45 ile, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon için 48 ile sınırlandırılmıştır. Ancak bu sınırlamanın gerekçesi SGK'ya yapılan faturalandırmanın sınırını belirlemektir. Bu uygulama özel sağlık hizmeti sunan kurumlar için belirlenmiş olup acil başvurular ve kamu kurumları hariç tutulmuştur (RG, 2013). Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından en son yayınlanan 2017 yılı verilerinin paylaşıldığı 2018 tarihli rapora göre en çok hasta muayenesi yapılan uzmanlık dalları Acil Tıp, Dahiliye, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ve Nöroloji'dir. İlgili raporda Türkiye genelinde acil servise başvuru oranı %28,4'tür. Başvuru yoğunluğu açısından bakıldığında araştırma verilerimizi

topladığımız iki kurumdan biri olan Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Türkiye’de ilk 100 hastane sıralamasında 9. (2017 yılı başvuru sayısı: 2,537,918 kişi), acil başvuruları sıralamasında ise 4. sıradadır (2017 yılı başvuru sayısı: 677,190 kişi) (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2018).

Türk Toraks Derneği tarafından 2011 yılında yayınlanan İş Gücü Anketi sonuçlarına göre asistan hekimlerin %38’i günde 31-55, %19’u ise 56-70 hastaya poliklinik hizmeti verdiklerini belirtmişlerdir. İş yükü fazlalığı nedeniyle kendilerini “tükenmiş” olarak ifade edenlerin oranı %61’dir. Türk Toraks Derneği, raporda asistan sayısının yetersiz olduğuna vurgu yapmıştır (Türk Toraks Derneği, 2011). Dermatoloji dalında uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerin katıldığı bir araştırmada yaklaşık her üç hekimden birinin günlük ortalama 60 hasta, her dört hekimden birinin 40 hastaya hizmet verdiği ifade edilmektedir (Cengiz ve ark., 2014). Bir araştırmada günlük ortalama poliklinik hasta sayısının 40’ın üzerinde olduğunu söyleyenler cerrahi tıp bilimlerinde (%97,5) dahili tıp bilimlerine (%95) oranla daha fazladır (Tanrıverdi ve Teker, 2010).

Araştırma verilerimizde günlük hizmet verilen poliklinik hasta sayısının medyan değerlerine göre cerrahi uzmanlık dallarında yoğunluğun daha fazla olması literatürle uyumludur. Nitekim araştırmamızda da cerrahi bilimlerde eğitim almakta olanların günlük medyan poliklinik hasta sayısı dahili bilimlerin 1,6 katıdır. Uzmanlık dallarına göre ise ilk beş sırada Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kardiyovasküler Cerrahi, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları ile Ortopedi ve Travmatoloji yer almaktadır (Tablo 4.1.5).

OECD verilerine göre Türkiye’de on bin kişiye 17,1 hekim düşmekte iken bu oran OECD ülkelerinde ortalama on bin kişiye $29,77 \pm 7,65$ ’dir (Sayılı ve ark., 2017). Bu veriler ülkemizdeki yoğun hasta başvurusu ile birlikte değerlendirildiğinde iş yükü artışının arka planı netleşmektedir.

5.1.3.3. Nöbet Tutma ve Nöbet İzni Kullanımı

Avrupa Birliği'nde 2004 yılında belirlenen kurallara göre asistan hekimlerin 24 saat nöbetten sonra 11 saat kesintisiz izin kullanması yasal zorunluluktur. Ancak ülkemizde asistan hekimlerin nöbet sayısının ve süresinin fazla olduğu, nöbet sonrası izin kullanımının çok düşük olduğu (%7), bu durumun gerek hasta güvenliği gerek asistan hekimlerin temel insani standartlarda yaşaması, mesleki ve kişisel gelişmelerini sağlayabilmeleri ve özlük hakları açısından sorun oluşturduğu ifade edilmektedir (Çiçek ve Terzi, 2006).

Asistan hekimlerle yapılan araştırmalarda nöbetinin olmadığını bildirenlerin oranı %3,3 ile %22 arasında değişmektedir (Altınok, 2018; Cengiz ve ark., 2014; Çiçek ve Terzi, 2006; Demir ve ark., 2007; Turgut ve ark., 2016). Araştırmamızın sonucu (%12,7) literatürle uyumludur.

Asistan hekimlerle yapılan bir araştırmada nöbet sayısında temel, dahili ve cerrahi bilimlerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunarak cerrahi bilimlerin nöbet sayısının en fazla olduğu ifade edilmiştir (Çeler ve ark., 2015). Araştırmamızda cerrahi tıp bilimlerinde eğitim almakta olanların bir aydaki nöbet sayısı dahili tıp bilimlerine göre daha fazla ve literatürle uyumludur (Tablo 4.1.6).

Literatürde asistan hekimlerin %72,4'ünün (Turgut ve ark., 2016) ve %61'inin aylık 5'ten fazla (Altınok, 2018), çoğunluğunun ise 6 ve 6'dan fazla nöbet tuttuğunu bildiren araştırmalar mevcuttur (Sönmez ve ark., 2018; Urgan ve Hamzaoğlu, 2016). Tan ve ark.'nın (2012) araştırma sonuçlarına göre nöbet sayılarının fazla olduğunu ifade eden asistan hekimlerin oranı cerrahi, dahili ve temel bilimlerde sırasıyla %78,5, %37,9 ve %23,8'dir. Nöbet sayısının mesleki eğitimin ve hizmetin gerektirdiği sayının üstünde olduğunu düşünenlerin oranı %54 olup; bu düşüncede temel, dahili ve cerrahi bilimlerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tan ve ark., 2012). Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'de nöbet sayısının kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğunu bildirenlerin oranı %49,5 iken bu oran cerrahi tıp bilimlerinde yüksektir (%79,4) (Çeler ve ark., 2015).

Uzmanlık dalları özelinde yapılan araştırma sonuçlarına göre Göğüs Cerrahisi'nde eğitim almakta olan asistan hekimlerin aylık nöbet sayısı 7,6'dır (min-maks=3-15) (Akçam ve ark., 2012). Göğüs Cerrahisi ile Kalp ve Damar Cerrahisi'nde katılımcıların (n=204) %59,8'i aylık 8'den fazla (Çıtak ve Altaş,

2012); Nöroloji’de katılımcıların (n=136) %85’i aylık 3’ten fazla (Batur Çağlayan ve ark., 2014), Dermatoloji’de katılımcıların %34,8’i aylık 5’ten fazla ve %9,1’i 7’den fazla nöbet tuttuğunu bildirmiştir (Cengiz ve ark., 2014). Araştırma verilerimize göre aylık 8’den fazla nöbet tutulan uzmanlık dalları Ortopedi ve Travmatoloji, Kardiyoloji, Acil Tıp, Kardiyovasküler Cerrahi ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları’dır.

Nöbet izni kullanamayan asistan hekimlere dair %72,5-%93,7 (Tanrıverdi ve Teker, 2010; TTB, 2015; Yılmaz ve ark., 2019), nöbet izni kullanabilenlere dair %5,3-%27,5 (Tanrıverdi ve Teker 2010; TTB, 2015) arasında değişen oranlar mevcuttur. Araştırma sonuçlarımız da literatürle uyumlu olarak bu oranlar arasında yer almakta ve asistan hekimlerin çoğunluğunun nöbet sonrası izin kullanamadığı görülmektedir. Bir araştırmada Göğüs Cerrahisi’nde uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerin (n=52) tamamının nöbet sonrası izin kullanmadığı bildirilmiştir (Akçam ve ark., 2012). Araştırmamızda da benzer şekilde cerrahi bilimlerde eğitim almakta olan asistan hekimlerin tamamının nöbet sonrası izin kullanamadığı sonucuna ulaşılmıştır. TTB tarafından yürütülen araştırmada, asistan hekimlerin çoğunluğu ara vermeksizin en uzun çalışma saatinin 36 saat olduğunu bildirirken, %20,8’i bu sürenin 48 saatten fazla olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %67’si ise iş yükünün fazla olduğunu, %75’i çalışma saatlerinin sosyal hayatlarını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir (TTB, 2015).

Aysan ve ark. (2008) tarafından yapılan asistan hekimlerin katıldığı bir araştırmada, iş yoğunluğu ve nöbetlerin çokluğu eğitim süresince en çok zorlanılan ilk iki konu olarak bildirilmiştir (Aysan ve ark., 2008). Birçok bölümde nöbet ertesinde de tam mesai şeklinde çalışmak zorunda kalan asistan hekimlerin sosyal hayatları olumsuz etkilenmektedir (Yaşayan ve ark., 2015). Nöbet sonrasında çalışmak, İstanbul Tıp Fakültesi’nde Anesteziyoloji’de uzmanlık eğitimi almakta olan 41 kişinin katıldığı araştırmada katılımcıların çalışma şartlarını zorlayan ve streslerini artıran nedenler içerisinde ilk sırada (%43) bildirilmiştir. Araştırmada nöbet ertesi çalışmanın işlerini yapmayı güçleştirdiği, nöbet sayısının fazlalığının çalışma isteksizliğini beraberinde getirdiği ve uykusuz çalışmanın gerek zihinsel gerek fiziksel performansta düşüşe neden olduğu da bildirilmiştir (Büget ve ark., 2015). Nöbet sonrası izin kullanmamanın performansı azalttığını bildiren başka bir

araştırmada ise bu oran dahili tıp bilimlerinde cerrahi tıp bilimlerine göre daha fazla bulunmuştur (Tanrıverdi ve Teker, 2010).

5.1.4. Genel Değerlendirme

Araştırma sonuçlarımıza göre genel olarak iş yükü fazlalığı literatürle uyumlu olarak cerrahi tıp bilimlerinde daha yüksek bulunmuştur. Önerilen çalışma süresi ve hasta sayısının üzerine çıkıldığı görülmektedir. Haftalık çalışma süresi, günlük ortalama poliklinik hasta sayısı ve aylık ortalama nöbet sayısı açısından en yoğun olan uzmanlık dalları Ortopedi ve Travmatoloji ile Kardiyovasküler Cerrahi'dir. Liu ve ark. (2004) tarafından Genel Cerrahi'nin gelecekteki iş yükünü analiz etmeye yönelik yapılan araştırmada 2000-2020 yılları arasında nüfusun %18 oranında artışına karşılık cerrahların iş yüklerinin uzmanlık durumuna bağlı olarak 2020 yılına kadar %31,5 oranında artacağı, ancak tıp öğrencilerinin cerrahiye olan ilgisinin azaldığı belirtilmektedir (Liu ve ark., 2004).

Gerek araştırmamızda gerekse de literatürde karşılaşılan sonuçlar dikkate alındığında asistan hekimlerin; çalışma süresi, poliklinik hasta sayısı, nöbet sayısı ve nöbet sonrası izin kullanmama durumunu kapsayan yoğun bir iş yükü ile karşı karşıya kaldıkları görülmektedir. Uzun ve esnek çalışma saatleri ve eksik istihdam, çalışanların yaptığı işe yabancılaşmasına neden olmakta ve tükenmenin alt yapısını hazırlamaktadır (Aydın Tabip Odası, 2012). Herbert J. Freudenberger tarafından 1970'lerin başlarında ifade edilen tükenmişlik; duygusal tükenme, motivasyon ve bağlılık kaybı, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarı hissini içeren iş stresine bağlı bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Tükenmişliğin hizmet sunumundaki etkileri hekimin iş performansındaki düşüşe bağlı olarak tıbbi hataların artması, hasta bakım kalitesinin düşmesi ve düşük hasta memnuniyeti olarak sıralanmaktadır (Goodman ve Berlinerblau, 2018). Hekimi, hata yapmasına neden olabilecek bir süreçte itebileceği için tükenmişlik sendromunun gerek hasta gerek hekim açısından dikkate alınması gerekmektedir (Marakoğlu ve ark., 2013).

Asistan hekimlerle yapılan iki araştırmada, dahili tıp bilimlerinde Kişisel Başarı (KB) puanı (Çolak Oray ve ark., 2013), cerrahi tıp bilimlerinde Duyarsızlaşma (DYS) puanı (Marakoğlu ve ark., 2013) ve Duygusal Tükenmişlik (DT) puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Çan ve ark., 2006). Asistan

hekimlerle yapılan bir araştırmada nöbet sayısı ve çalışma saatleri arttıkça DYS puanlarının arttığı, günde 8 saatten fazla çalışanlarda DT ve DYS puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Erol ve ark., 2007). Hekimlerle yapılan başka bir araştırmada günlük 8 saatten fazla çalışanlarda DYS ve DT puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu, aylık tutulan nöbet sayısı arttıkça DT ve DYS puanının arttığı ve KB puanının azaldığı belirtilmiştir (Ozkula ve Durukan, 2017).

Almanya’da 2008-2009 yılları arasında cerrahi ve dahili dallarda çalışan hekimlerle yapılan bir araştırmada cerrahların %68’inin haftada 60 saatten fazla çalıştığı (dahili dallarda %39), %74’ünün özel ve aile hayatlarında kısıtlama yaptıkları (dahili dallarda %59), %40’ının kendi yaşam kalitelerini düşük (dahili dallarda %22) olarak, %32’sinin ise yaşam kalitelerini hizmet verdikleri hastalardan daha da düşük (dahili dallarda %17) olarak ifade ettikleri bulunmuştur (Bohrer ve ark., 2011). Tükenmişliğin tetikleyicileri arasında yer alan taleplerin yetersiz zaman ile bağlantılı olarak karşılanamaması durumu hekimlerin günde 12 saatten fazla çalışmasına neden olmaktadır. Bunun getirisi ise kronik stres, uyku yoksunluğu ve kişisel zamanın azalması, sağlıklı bir iş-yaşam dengesi oluşmasıdır. Bu gibi durumlarda, hekimlerin alternatif plan olarak kariyer değişimi ya da emekliliği düşünmeleri söz konusu olmaktadır (Goodman ve Berlinerblau, 2018).

Artan iş yükünün sıkıntıları karşısında cerrahi dallara talebin artırılması için asistan hekim ve personel sayısının artırılması ve hekimlerin çalışma saatlerinin düzenlenmesi önerilmektedir (Bohrer ve ark., 2011; Liu ve ark., 2004).

5.2. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı Tercihlerini Etkileyen Faktörler

SB'nin 2017 verilerine göre, Türkiye'de uzman hekim oranı %54, pratisyen hekim oranı %29,7'dir. Uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerin oranı ise %16,3 olarak bildirilmiştir. Son verilere göre Türkiye'de %70,3 oranında uzman ve uzmanlaşma sürecinde olan hekim bulunmaktadır (Açıkgöz ve ark., 2019). Tıp eğitimi sürecinin yetersizliklerinin, sağlık sisteminin ve pratisyen hekimlik ile ilgili sağlık politikalarının tıp öğrencilerini uzmanlaşmaya yönlendiren etkenler olduğu ifade edilmektedir. Mesleki açıdan kendisini pratisyen hekim olarak yetersiz gören öğrencilerin mesleki kaygı ölçeği puanlarının yüksek olduğu, pratisyen hekimlerin saygınlığının her geçen gün azaldığı, mecburi hizmet yükümlülüğünün ise bu etkenleri desteklediği vurgulanmaktadır (Açıkgöz ve ark., 2019; Mayda ve ark., 2014). Düşük oranlarda da olsa uzmanlık eğitimi almak istemeyen tıp öğrencileri, TUS'u kazanmanın zor olmasını (%70,9), uzmanlık eğitiminin zorluğunu (%63,6), uzmanların çalışma şartlarının daha ağır olmasını (%32,7) ve uygulanan sağlık politikalarını (%33,6) gerekçe olarak ifade etmektedirler (Açıkgöz ve ark., 2019).

Uzmanlık eğitimi alma kararı sonrası, hangi faktörlerin uzmanlık dalı seçiminde etkili olduğu sorusu gündeme gelmektedir. Hekimlerin uzmanlık dalı tercihlerinde en etkili faktörler, sevdikleri ve ilgi duydukları alan olması (Çiçek ve Terzi, 2006) ve mesleki tatmin isteğidir (Açıkgöz ve ark., 2019). Araştırmalara göre ideallerindeki uzmanlık dalı olduğunu ya da ilgi duyduğunu, sevdiğini ifade edenlerin oranı %17-%72 (Çeler ve ark., 2015; Ergün ve ark., 2010; Kafadar ve ark., 2013; Tan ve ark., 2012) arasında değişmektedir. Göğüs Cerrahisi'nde uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerin (n=52) %40,4'ü ilgi duyduğu alan olması sebebiyle Göğüs Cerrahisi'ni seçtiğini bildirirken (Akçam ve ark., 2012) benzer şekilde asistan hekimlerin TUS tercihlerinde ilginin %38,4-%51 oranında etkili olduğunun bildirildiği araştırmalar da mevcuttur (Akis ve ark., 2018; Ergün ve ark., 2010). Son sınıf tıp öğrencilerinin katıldığı bir araştırmada ise her beş hekimden dördü ilgi duymayı uzmanlık tercihlerini etkileyen faktör olarak bildirmiştir (Göktaş Dört Yol, 2017). İlgi dışında uzmanlık dalı seçiminde etkili olan faktörler arasında statü ve kariyer beklentisi (%64,3) (Açıkgöz ve ark., 2019), saygınlık (%28,2) (Tan ve ark., 2012), TUS puanının eğitim alınan uzmanlık dalına yetmesi (%9,4-%26) (Akis ve ark., 2018; Çeler ve ark., 2015; Ergün ve ark., 2010), maddi getiri ya da

maddi kaygılar (%2-%38,1) (Açıkgöz ve ark., 2019; Ergün ve ark., 2010; Kafadar ve ark., 2013; Tan ve ark., 2012) yer almaktadır.

Araştırmamıza katılan asistan hekimler maddi getiriye 13. sırada yer vermekle birlikte her dört hekimden biri için maddi getirinin önemli olduğu (%25,9) görülmektedir. İlk sırada uzmanlık dalının yaşamdan beklentilerine etkisi faktörünün yer aldığı (%73,7) saptanmıştır. Literatürde düşük oranda yer alan şehir faktörü araştırmamızda 2. sırada olup her üç hekimden ikisi tarafından etkili olan faktör olarak belirtilmiş (%66,8) ve eğitim sürecinin yaşamdan beklentiyi karşılaması faktöründen (%63,4) daha etkili bulunmuştur. İdealdeki uzmanlık dalı olması faktörü (%65,9) literatür bilgisini desteklemektedir. TUS puanının eğitim aldıkları uzmanlık alanına yetmesinin (%57,1) TUS puanının yüksek olmasından (%19) daha belirleyici olduğu bulunmuştur. Toplumsal cinsiyet faktörünün etkili olduğunu bildirenlerin oranı ise düşüktür (%5,9). Açıkgöz ve ark.'nın (2019) araştırma sonuçlarında aile ve/veya toplum baskısı faktörünün uzmanlaşma isteğini etkileme oranı (%20,9) tercih ettikleri uzmanlık dalını etkileme oranından (%8,1) yüksektir (Açıkgöz ve ark., 2019). Araştırmamızda ise aile isteğinin TUS tercihlerini etkileme oranı Açıkgöz ve ark. (2019) tarafından bildirilen oranın iki katına yakındır. Lisans eğitimi sırasındaki klinik gözlem ve deneyimlerin etkisinin (%55,6) eğitim kurumunun niteliğinden (%49,8) daha etkili olduğu ifade edilmiştir (Tablo 4.2.1). Saygınlık faktörünün erkekler için daha etkili olduğu görülmüştür. Bilim alanı tercihlerinde cinsiyete göre farklılaşma olduğu literatürde ifade edilmekle birlikte araştırmamızda anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bilim dalları açısından uzmanlık dalına idealize yaklaşımın cerrahi dallarda (%82,1) (dahili dallarda %61,4), eğitim sürecinin yaşamdan beklentiye etkisinin ise dahili dallarda (%71,%) (cerrahi dallarda %50) daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımızın yurtdışı araştırma sonuçlarıyla (Grasreiner ve ark., 2018; Khader ve ark., 2008) uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışma şartlarının, malpraktis riskinin, şiddetin ve özlük haklarıyla ilgili problemlerin hekimlerin uzmanlık dalı seçimini etkilediğinden, hatta bazen hekimlerin sevmedikleri halde çalışma şartlarından ötürü bir uzmanlık dalını tercih ettiklerinden söz edilmektedir (Şahin, 2017). Farklı çalışmalarda seçilen uzmanlık dalının rahat olmasının (%14,5) (Çeler ve ark., 2015) ve çalışma koşullarının (%17) (Akis ve ark., 2018) TUS tercihlerinde etkili olduğuna dair bilgiler yer almaktadır.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin (n=183) katıldığı bir araştırmada ise çalışma şartları içinde değerlendirilebilecek olan nöbet tutma ve nöbet sayısı ile çalışma saatlerinin yoğunluğu katılımcıların çoğunluğu tarafından uzmanlık tercihlerini etkileyen faktörler içerisinde yer almıştır (Göktaş Dört Yol, 2017).

Göktaş Dört Yol'un (2017) araştırmasında malpraktis riski uzmanlık tercihlerini etkileyen faktörler içerisinde %42,6 oranı ile son sırada yer alırken (Göktaş Dört Yol, 2017) Konya'da hekimlerle yapılan bir araştırmada katılımcıların %91,3'ü malpraktis davalarının TUS tercihlerini etkileyeceğini düşündüğünü bildirmiştir (Özata ve ark., 2018). Tokat ilinde hekimlerle yapılan bir araştırmada katılımcıların (n=125) çoğunluğu tıbbi uygulama hataları ile ilgili mevcut yasal düzenlemelerin uzmanlık dalı seçimlerinde bir değişikliğe yol açmayacağını, her dört hekimden biri ise değişikliğe yol açacağını bildirmiştir (Yıldırım ve ark., 2009). Araştırmamızda neredeyse her üç hekimden biri gerek tıbbi malpraktis riskini gerekse de dava edilme riskini tercih yaparken göz önünde bulundurduğunu bildirmiştir. Bu maddelere katılım dahili dalları tercih edenlerde cerrahi dalları tercih edenlere göre anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.2.2).

Odak grup görüşmesi tekniği kullanılarak 30 son sınıf tıp öğrencisi ile yapılan bir araştırmada mezuniyet öncesi mesleki kaygılar içerisinde çalışma koşulları ile ideallerden uzaklaşıldığı, rahat bölümlere yönelimin artması ile birlikte bu bölümlerin puanlarının arttığı, performans sistemiyle çalışma koşullarının ağırlaştığı ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında performans nedeniyle yeterli eğitim alamama, tanı koyma ve tedavi aşamasında hastaya zarar verme, hasta yakınlarından şiddet görme, haklarında dava açılma ya da şikayet edilme kaygılarının olduğu görülmüştür (Köksal Yasin ve ark., 2018).

Hindistan'da her dört hekimden üçünün şiddete maruz kaldığı verisinden yola çıkarak tıp öğrencilerinin konu hakkındaki bakış açısını değerlendirmek amacıyla yapılan bir araştırmada katılımcıların çoğunluğu hekime yönelik şiddet olaylarının arttığının farkında olduklarını, endişe duyduklarını ve bu olayların kariyer seçimlerini etkileyeceğini bildirmişlerdir. Katılımcıların çoğunluğu (%60,8) belli uzmanlık dallarının şiddetle daha fazla karşılaştığını bildirmiştir. Hangi uzmanlık dallarının şiddete daha meyilli olduğunun sorulduğu açık uçlu bir soruya

katılımcıların çoğunluğu cerrahi dallar ve Kadın Hastalıkları ve Doğum yanıtını vermiştir. Araştırmada tıp öğrencilerinin geleceğin hekimleri olduğu ve onların bu konudaki düşüncelerinin önem arz ettiğine değinilerek öğrencilerin daha az risk içeren cerrahi dışındaki dallara yöneldikleri vurgulanmıştır (Sood ve ark., 2017). Türkiye’de Acil Tıp Uzmanları Derneği tarafından kurulan bir komisyonca hazırlanan 2013 tarihli raporda, güvenliklerinin tehdit altında olmasının ve Acil Tıp hekimlerine yöneltilen şiddet oranının yüksek olmasının yeni hekimlerin neden bu uzmanlık dalını seçmediklerinin en önemli nedenlerinden olduğuna yer verilmiştir (Satar ve ark., 2013).

Tüm bu bilgiler ışığında çalışma şartlarının beraberinde getirdiği ve bazı uzmanlık dallarında daha sık karşılaşılan şiddet ve tıbbi malpraktis gerçeğinin TUS tercihlerinde dikkate alındığını söylemek mümkündür. Nitekim araştırmamızda hekime yönelik şiddetin (%37,1) tıbbi malpraktis (%32,7) ve dava edilme (%31,2) riskine göre daha fazla göz önünde bulundurulduğu görülmektedir (Tablo 4.2.1). Tıbbi malpraktis ve dava edilme riskini göz önünde bulundurmanın dahili dallara yönelmede etken olduğu söylenebilir.

5.3. Katılımcıların Daha Önce Bir Uzmanlık Eğitimini Tamamlamama Durumu ve Eğitim Almakta Oldukları Uzmanlık Dalını Bırakma İsteği

Yapılan araştırmalarda eğitimi aldıkları uzmanlık dalına isteyerek başlama oranları yüksektir (%88,8-94,2) (Çolak Oray ve ark., 2013; Sönmez ve ark., 2018; Tan ve ark., 2012). Asistan hekimlerin çoğunluğunun (Aysan ve ark., 2008; Başpınar ve ark., 2016; Çolak Oray ve ark., 2013; Yılmaz ve ark., 2019) ya da tamamının (Cengiz ve ark., 2014) eğitim aldığı uzmanlık dalından memnun olduğu bildirilmiştir. Bu tablonun aksine Kadın Hastalıkları ve Doğum’da eğitim alan asistan hekimlerin yalnızca %40’ı tekrar sınava girse yine aynı uzmanlık dalını seçebileceğini düşünmektedir (Kafadar ve ark., 2013). Çeler ve ark. (2015) tarafından yapılan araştırmada ise asistan hekimlerin %41’i imkanı olduğu takdirde başka bir uzmanlık dalı tercihinde bulunabileceğini bildirmiştir. Bu oran dahili tıp bilimlerinde en yüksek, temel tıp bilimlerinde en düşüktür (Çeler ve ark., 2015). Araştırmamızda gerek eğitimi tamamlamayanların gerekse de tamamlamayı

düşünmeyenlerin oranının yukarıdaki bilgilerin geneliyle uyumlu olduğu ve eğitimi tamamlamama oranının görece düşük olduğu görülmektedir.

Asistan hekimlerin çoğunluğunun sağlıklı bir yaşam sürdüremediğinin ve sosyal aktivitelere yeterli vakit ayıramadığının bildirildiği bir araştırmada oranlar cerrahi tıp bilimlerinde dahili tıp bilimlerine göre daha fazla bulunmuştur. Sosyal aktivite ya da aile için yeterli zaman bulamama nedenleri içerisinde iş yükü ön plana çıkmıştır (Çeler ve ark., 2015). Kadın Hastalıkları ve Doğum asistanlarının katıldığı bir araştırmada mevcut sorunlar arasında ilk sırada ağır çalışma şartları (%43) belirtilirken uzmanlık sonrası en temel kaygının malpraktis (%42) olduğu ifade edilmiştir (Kafadar ve ark., 2013). Eğitim aldıkları kurumun işleyişinden memnun olmayan asistanların memnuniyetsizlik nedenleri içerisinde ise ilk sırada asistan-personel eksikliği nedeniyle iş yükünün ve angaryanın çok olması yer almıştır (Çeler ve ark., 2015). Özetle dile getirilen sorunlar iş yükü, tıbbi malpraktis riski, kurumsal işleyişten memnuniyetsizlik ve asistan hekim sayısının yetersizliğidir.

Kanada’da Genel Cerrahi eğitimi almakta olan asistan hekimlerin eğitimlerini bırakma isteği ve nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada eğitimlerini bırakmayı düşünme oranının %32 olduğu ve en önemli etkenin iş-yaşam dengesi olduğu bulunmuştur (Ginther ve ark., 2016). Hollanda’da 3,5 yıl süren araştırma sonuçlarına göre uzmanlık dalını değiştirme oranı %25 olup iş-yaşam dengesi (%67,4), beklenenden başka iş içeriği (%44,0) ve iş yükü (% 38,3) en çok ifade edilen etkenler arasındadır ve cinsiyetler arasında fark bulunmamaktadır. Çalışmada sağlıklı bir iş gücünün toplumsal bir konu olarak önemli olduğu ve iyi bir iş-yaşam dengesi için politikaların oluşturulması gerekliliği vurgulanmaktadır (Bustra ve ark., 2019). Bongiovanni ve ark. (2015) sağlık hizmeti sunumunun uzmanlık eğitiminin önüne geçmesi, rol modellerin azlığı gibi eğitim yetersizliğine vurgu yapan gerekçeleri ve kötü bir iş-yaşam dengesini uzmanlık eğitimi bırakma isteğine neden olan faktörler olarak bulmuşlardır (Bongiovanni ve ark., 2015).

Türkiye’den 1712 asistan hekimin katılımıyla gerçekleşen bir araştırmada şiddete uğradığını bildiren 1150 katılımcıdan (şiddete uğrama oranı %68) sadece %5’i şiddetin kendisi üzerinde büyük bir etki oluşturduğunu ve eğitim almakta olduğu uzmanlık dalını bırakmayı düşündüğünü bildirirken %39’u son derece rahatsız olmasına karşın kariyeri uğruna baş etmek zorunda olduğunu düşündüğünü,

%26'sı her meslekte şiddetle karşılaşılabilceğini bildirmiştir. Şiddet uygulayanlar arasında akademisyenlerin ve hastane personelinin olması ise dikkat çekicidir (Acik ve ark., 2008). Araştırmamızın sonuçlarına göre şiddet, TUS tercihlerini belirlemede etkili olan faktörler arasında yer almaktadır (%37,1) (Tablo 4.2.1). Araştırmamızda da cerrahi daldaki eğitimini bırakarak dahili dalda eğitimine başlayan bir katılımcının gerekçe olarak yoğunluğun yanı sıra mobbingi bildirdiği görülmüştür (Tablo 4.3.1, Tablo 4.3.2).

Literatürde iş yükü, kötü iş-yaşam dengesi, malpraktis riski, kurumsal işleyişten memnuniyetsizlik, asistan hekim sayısının yetersizliği, eğitim yetersizliği ve şiddet dile getirilen sıkıntıların ana başlıklarını oluşturmaktadır. Araştırmamızda da gerek daha öncesinde gerekse araştırmanın yapıldığı tarihte eğitimini tamamlamama tutumunun nedenleri içerisinde iş yükü ön plana çıkmakta ve yukarıdaki araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Bununla birlikte iş yükü ile ilintili olabilecek malpraktis korkusu, mevcut sistem içerisinde hastalara faydalı olamama ve uzmanlık eğitime dair duyulan kaygı da nedenler içerisinde yer almaktadır (Tablo 4.3.1). Araştırmamızda cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanlar dahili tıp bilimlerinde eğitim alanlara göre iş yükünün daha fazla olduğunu bildirirse de uzmanlık dalını bırakma düşüncesinde dahili ve cerrahi dallar arasında fark olmaması dikkat çekmektedir. Kadınların eğitimi bırakma düşüncesi (%86,6) erkeklere göre (%17,4) anlamlı derecede yüksektir. Kadınlar için en önemli etken iş yükü ve yoğun çalışma şartlarıdır. Bu veri, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının varlığını desteklemektedir. Dikkat çeken başka bir bilgi de uzmanlık eğitimi sırasında şiddete maruz kalanların %90'ına yakınının eğitimini almakta olduğu uzmanlık dalını bırakmayı düşünmemesidir.

5.4. Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası ve Tıbbi Malpraktise İlişkin Yasal Düzenlemeler Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu

Literatürde hekimlerin tıbbi malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgi sahibi olma oranı %18-%40 arasında değişmektedir (Aygün ve ark., 2018; Kumral ve Özdeş, 2013; Yıldırım ve ark., 2009). TTB'nin yürüttüğü %57,8'i uzman %42,2'si pratisyen olan hekimlerin katıldığı bir araştırmada SDP'ye ilişkin yapılmakta olan ve yapılacaklar konusunda katılımcıların çoğunluğu bilgisinin olduğunu söylerken %35,6'sı çok az bilgisinin olduğunu ve %4,1'i bilgisinin olmadığını belirtmiştir (TTB, 2009). Araştırmamızda ise SDP kapsamında yapılmakta olan ve yapılacaklar konusunda ve tıbbi malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olduğunu söyleyeyenler katılımcıların yarısından azını oluşturmaktadır. Her dört hekimden üçü ise PDEÖS ve hekim mesleki sorumluluk sigortası hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etmektedir. Bilgi sahibi olmada gerek dahili ve cerrahi tıp bilimleri gerekse de cinsiyetler arasında fark olmadığı görülmektedir. Ancak dahili dallarda SDP ve tıbbi malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olma, cerrahi dallarda ise PDEÖS ve hekim mesleki sorumluluk sigortası hakkında bilgi sahibi olma görece daha fazladır. Asistan hekimlerin hizmet sunumları ile ilgili olan PDEÖS ve mesleki sorumluluk sigortası hakkında daha çok bilgi sahibi olduklarını belirtmeleri, buna karşılık hizmet sunumlarının nicelik ve niteliğini etkileyen SDP ve sorumluluklarının çerçevesini belirleyen yasal düzenlemeler hakkında daha az oranda bilgi sahibi olduklarını ifade etmeleri, kendi hizmet sunumlarından beklenenleri ve sağlık politikası açısından SDP hedeflerini özümsemede yetersizlik olduğunun bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

5.5. Tıbbi Malpraktis

5.5.1. Tıbbi Malpraktisin Nedenleri

Tıbbi malpraktisin tanımında da yer aldığı üzere bilgi eksikliği ve meslekte acemilik/deneyimsizlik, tıbbi malpraktis nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Arıkan ve ark., 2017; Ertem ve ark., 2009). Mezuniyet öncesinde ve sonrasında alınan eğitimin niteliğinden kaynaklanan bilgi ve beceri eksikliği (Güner, 2011), sağlık finansmanındaki yetersizlik nedeniyle yaşanan araç-gereç, mekan yetersizliği sorunları (Ersoy, 2014; Güner, 2011), yeterli zaman ayrılamayan hastaların yeniden başvuruları ile artan hasta yükü (Ersoy, 2014), yoğun iş yüküne karşılık gelişen fiziki yorgunluk ve buna bağlı gelişen dikkat eksikliği (Güner, 2011; Karpuz, 2015), tıbbi müdahalede bulunacak olan ekip üyelerinin yeterli nicelik ve/veya nitelikte olmaması, yalnızca hekimin değil ekibin diğer üyelerinin de bilgi, beceri eksikliği ya da ihmali ve yönetsel sorunlar (Ersoy, 2014) tıbbi malpraktis nedenleri olarak literatürde ifade edilmektedir. PDEÖS ile niceliğin ön planda tutulması ve eğitime ayrılan sürenin azalması; eğitici kadro, donanım ve fiziki şartlar dikkate alınmadan tıp fakültesi sayısının ve kontenjanlarının artırılması ve eğitimin tüm bu süreçlerden etkilenen niteliği tıbbi malpraktis olasılığını artıran nedenler olarak belirtilmektedir (Ersoy, 2014; Güner, 2011). Sıralanan bu nedenler ülkenin sağlık politikası ve sistem kaynaklı olup hekimin eyleminden bağımsızdır.

Tıbbi malpraktis iddiaları ile en sık tanı koyamama, tanı hataları, gecikmiş tanı ve yanlış tanı olarak tanı koyma aşamasında karşılaşıldığı, bunu cerrahi uygulamaların ve hatalı tedavilerin izlediği ifade edilmektedir (Saber Tehrani ve ark., 2013; Schaffer ve ark., 2017). Hekimin tıbbi özen gösterme yükümlüğü ile ilintili olan tıbbi malpraktis, doğrudan hekimin eylem ya da eylemsizliği ile ya da sağlık sistemindeki eksiklikler nedeniyle ortaya çıkabilir.

Tıbbi malpraktis temelde, insan ve sistem kaynaklı olmak üzere iki ana başlıkta değerlendirildiğinde sistem hatalarının daha yüksek oranda etkisi olduğu ifade edilmektedir. Hastanın zarar görme nedenleri sadece hekimlerle sınırlı değildir. Bir diğer sınıflandırmaya göre hatalar bilimsel standartlara uygun davranmama (tıbbi hata), kurumsal işleyişteki yetersizlikler ve eksiklikler (idari hata) ve meslek değerleri ile örtüşmeyen uygulamalar (etik hata) olarak da bölümlenmektedir

(Caymaz, 2015). Araştırmamızda tıbbi malpraktis nedenleri eğitimdeki yetersizlik, sistem kaynaklı (sağlık politikaları ve sağlık finansmanında yetersizlik), yoğunluk, iletişim sorunları, hekim kaynaklı nedenler olmak üzere beş başlık altında toplanmıştır.

5.5.1.1. Eğitimdeki Yetersizliğe Bağlı Tıbbi Malpraktis

Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimin yetersizliği tıbbi malpraktis nedenleri arasında ilk (Yıldırım ve ark., 2009) ya da ikinci sırada bildirilirken (Özmen ve ark., 2013) hekimlerin %73,8'i mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinin malpraktisi önlemek ya da azaltmak açısından yetersiz olduğunu düşünmektedirler (Civaner ve ark., 2011). Bir üniversite hastanesinde yapılan bir araştırmada asistan hekimlerin %68,75'i tıbbi malpraktis ve yetersiz eğitim konularına dair kaygılarının olduğunu bildirmişlerdir. Aynı araştırmada asistan hekimlerin her iki konuda da kaygılı olması yetersiz eğitime bağlı tıbbi malpraktis korkusu şeklinde yorumlanmıştır (Tunç ve Özen Kutanis, 2015). Araştırmamızda da lisans ve uzmanlık eğitimindeki yetersizlikler neredeyse her beş hekimden dördünün katıldığı tıbbi malpraktis nedeni olarak karşımıza çıkmakla birlikte ilk sıralarda yer almamaktadır (Tablo 4.5.1.1).

Hekimlerin inisiyatifine bırakılan mezuniyet sonrası tıp eğitimi de tıbbi malpraktis olasılığını artıran nedenler arasında yer almaktadır (Ersoy, 2014). Tüm bu bilgiler ışığında tıp eğitiminin, hekimlerin nazarında tıbbi malpraktis oluşumunda önemli bir etken olarak görüldüğü anlaşılmaktadır.

5.5.1.2. Sistem Kaynaklı Tıbbi Malpraktis (Sağlık Politikaları ve Sağlık Finansmanında Yetersizlik)

Tıp eğitimi sağlık politikalarından ve hekimin içinde hizmet vermekte olduğu sağlık sisteminden ayrı olarak düşünülmemelidir. Sağlık politikaları yalnızca sağlık hizmet sunumunu değil tıp eğitimi de etkileme potansiyeline sahiptir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda giderek artan ticari yaklaşımdan dolayı ekip bilincinin göz ardı edilmesi ve ekip bilincinin yerini daha fazla kazanç kaygısının alması söz konusudur. Hekimler yalnızca proleterleşmekle kalmamakta prestij, saygınlık ve statü kaybına da uğramaktadır. Söz gelimi sağlık ocaklarının yerini aile hekimliği

uygulamasına bırakması ile birlikte rekabet ortamının, dayanışma ortamının yerini aldığı ifade edilmektedir (Aksu, 2008).

Özgönül (2010) tarafından yapılan araştırmada hekimler Türkiye’de tıbbi malpraktisin azalan sırayla sağlık sisteminin yetersizliklerinden, sağlık çalışanlarının hatalarından ve hastaların tutum ve davranışlarından kaynaklandığını belirtmiştir (Özgönül, 2010). PDEÖS, sevk sisteminin uygulanmaması, sağlık finansmanında yetersizliğe neden olan sağlık harcamalarını azaltma politikaları sonucunda uygun olmayan tıbbi malzeme alınması/kullanılması gibi sağlık politikalarının hekimler tarafından malpraktis oluşumuyla bağdaştırıldığına yer verilmiştir. Araştırmada hekimler topluma yönelik önerilerden ziyade sağlık politikalarına yönelik önerilere yoğunlaşmakta ve bu durumun hekimlerin, sağlık politikalarının hastaların olumsuz tutumunda temel rol aldığı düşüncesi ile ilişkili olduğu yorumu getirilmektedir (Civaner ve ark., 2011). Araştırmamızda uygulanan sağlık politikaları etkeni sağlık politikalarıyla ilintili olan sevk sisteminin uygulanmaması, PDEÖ, kalitesiz tıbbi malzeme ve yetersiz tıbbi malzeme gibi nedenlerden önce gelerek tıbbi malpraktise dair çoğunluk tarafından katılımın olduğu nedenler arasında yer almıştır (Tablo 4.5.1.1).

SDP ile sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin kaldırılması başka bir ifadeyle erişim olanaklarının artırılması ile sağlık hizmetleri talebi artmıştır. Sosyal sigorta kapsamının genişletilmesi ile bireylerin kendilerinden kaynaklanan, PDEÖS ile ise hizmeti sunanın yönlendirmiş olduğu bir talep artışından söz edilmektedir (Atılğan, 2015). Aile hekimliği uygulamasına geçilen ve araştırmanın yapıldığı tarihte sevk zincirinin olmadığı 6 pilot ilden elde edilen verilere göre uygulamaya geçildikten sonra ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan yıllık hasta başvuru artışının %22 olduğu ifade edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı illerde 2002’den 2008’e geline süreçte ikinci basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuru oranının toplam başvuru oranı içindeki payının arttığı dolayısıyla birinci basamak başvuru oranının payının azaldığı bildirilmiştir (Üstü ve ark., 2012).

Hasta memnuniyeti adına artırılan çalışma süreleri ise tıbbi malpraktis olasılığını artıran nedenler arasında yer almaktadır (Ersoy, 2014). Arz talep dengesinin sağlanamadığı durumlarda niteliğin korunması mümkün olmamaktadır (Ercan, 2016). Araştırmamızda katılımcıların çoğunluğunun tıbbi malpraktis nedenleri

arasında değerlendirdiği insan gücü eksikliği/personel yetersizliği (%87,3) başka bir araştırmada nedenler arasında ilk sırada yer almaktadır (zmen ve ark., 2013). Nitekim araştırmamızda asistan hekimlerden biri hekimin, personel yetersizliği nedeniyle her meslek grubunun işini yapmak zorunda bırakılışına dikkat çekmektedir. Bu yanıtı benzer şekilde Bustraen ve ark.'nın (2019) alışmasında da beklenenin dışındaki iş, uzmanlık eğitimini bırakma gerekçelerinden biri olarak ifade edilmiştir (Bustraen ve ark., 2019). İnsan gücü eksikliği ve/veya personel yetersizliği iş yoğunluğunun artışını da beraberinde getirmektedir.

Tıbbi malpraktis nedeni olarak yoğun çalışma koşullarının ardından ifade edilen sistem kaynaklı nedenler içerisinde en düşük katılım tıbbi malpraktis davalarından duyulan kaygıdır (%66,8). Kaygı kadınlarda ($p=0,044$), kalitesiz tıbbi malzeme kullanımının tıbbi malpraktis nedeni olduğuna katılım ise cerrahi dallarda ($p=0,003$) daha yüksektir. Kurumlarda standardizasyon sağlanamamakta, tıbbi malzemeler her kurumda aynı şekilde kullanılamamakta, SGK'nın ödemelere getirdiği kısıtlamalar nedeniyle daha ucuz malzemelerin tercih edilmesi zorunluluğu oluşmakta, bu durum da hasta sağlığını olumsuz etkilemektedir. İnsan bedenine temas eden her şeyin komplikasyona neden olması mümkündür. Kalitesiz malzeme kullanımı öngörülen riskleri artırmaktadır. Kalitesiz malzeme kullanımının neden olduğu zarar ise hekime mal edilerek şikayet ve dava konusu olabilmektedir (Doğan, 2017).

5.5.1.3. Yoğunluğa Bağlı Tıbbi Malpraktis

Kocaeli ilinde 5 kamu hastanesinden uzman ve pratisyen hekimlerin ($n=236$) katıldığı bir araştırmada olası tıbbi uygulama hatası nedenleri arasında kısa zamanda çok sayıda hastayı muayene etme ve tedavi etme baskısı, yoğun çalışma vb. nedenlerden oluşan yorgunluk, bitkinlik, tükenmişlik (fatigue) ve kompleks tıbbi vakalar, hastaların aynı anda birden fazla hastalığının olması (comorbidities) ilk üçte yer almıştır. İlgili araştırmada olası 28 tıbbi malpraktis nedeni faktör analizi sonucunda altı faktörde toplanmıştır. Bunlar (Top ve ark., 2008):

1. Yardımcı sağlık personeli ve tanı destek birimleri
2. İletişim ve hasta dosyası
3. Hekim odaklı

4. Çalışma koşulları
5. Mevzuat eksikliği ve tazminat ödeme baskısı
6. Hastanın dürüst davranmama ve maliyet baskısı

Civaner ve ark. (2011) tarafından yürütülen bir araştırmada “hasta sayısının çokluğu, sağlık çalışanı sayısındaki yetersizlik” gibi olumsuz çalışma koşulları her beş hekimden biri tarafından tıbbi malpraktis oluşumunda sorumlu olarak gösterilmiştir (Civaner ve ark., 2011). Çocuk cerrahlarının katıldığı bir anket araştırmasında vaka sayısının fazla olması tıbbi malpraktis nedenleri arasında son sırada yer alırken (Arıkan ve ark., 2017), diğer araştırmalarda günlük bakılan hasta sayısı (Teke ve ark., 2007) ve çok sayıda hasta bakımı (Yıldırım ve ark., 2009) ilk üçte yer almıştır. Araştırmamızda hekimin iş yükünün fazla olması (%99,5) birinci, hastaya ayrılan sürenin az olması (%95,1) ikinci sırada yer almakta ve tıbbi malpraktis nedenleri arasında hekimin çalışma şartları öne çıkmaktadır. Nitekim iki asistan hekimden biri henüz eğitim aldıkları süreçte, hastalara yeterince zaman ayıramadan ve poliklinik yükünü üstlenircesine çalıştıkları için hata yapma olasılıklarının fazla olduğunu benzer şekilde diğer asistan hekim de hastalara 3 dakika ayırmanın yeterli olmadığını belirterek tıbbi malpraktis nedenleri içerisinde iş yükünün artmasına ve hastaya ayrılan sürenin azalmasına dikkat çekmektedir.

5.5.1.4. İletişim Sorunlarına Bağlı Tıbbi Malpraktis

Tıbbi uygulamalar, bilimsel bilginin doğru ve gerektiği gibi uygulanmasının yanı sıra hastaların gereksinimlerinin ve beklentilerinin de değerlendirilmesini ve iletişim becerilerinin kullanılmasını gerektirir (Atıcı, 2007a). İletişimin taraflar arasında sağlıklı bir şekilde kurulması doğru tanı konulmasını, sağlık kaynaklarının gereksinime göre kullanımını, tedaviden olumlu sonuç alınma olasılığının artırmakla birlikte hasta memnuniyeti üzerinde de önemli bir role sahiptir (Atıcı, 2007b). Hekim açısından ise stressiz, güvenli ve hızlı iş akışı ortamı sağlar. Hekimin mesleki yeterliliği ne kadar iyi olsa da iletişim aksaklıkları hastalarda güvensizliğe ve hekime başvuru artışına, tedaviye uyum sağlanamamasına, daha fazla laboratuvar ve ileri tetkiklerin yapılmasına neden olabilmektedir (Bol ve ark., 2013). Sağlıklı iletişim kurulamamasının arka planında zaman sınırlılığı, hekimin tükenmişlik düzeyi,

mesleki deneyimsizlik, günlük çalışma süresi, iş yoğunluğu, zaman yönetimi, fazla nöbet, personel ve donanım eksikliği bulunmaktadır (Arda ve ark., 2007).

Hasta-hekim arasındaki iletişim problemleri gerek tıbbi malpraktis olasılığını gerekse de tıbbi malpraktis iddiası oranını etkilemektedir (Karpuz, 2015). Günümüzde artan malpraktis iddialarının sıklığı ile iletişim arasında ilişki bulunmaktadır (Huntington ve Kuhn, 2003). Tıbbi malpraktis, özellikle iletişim kurulmamasından kaynaklanan tıbbi malpraktis, günümüz sağlık kuruluşlarında yaygın bir sorundur. ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'ne göre ilk on ölüm nedeni arasında tıbbi malpraktis 5. sırada yer almaktadır (O'Daniel ve Rosenstein, 2008). Oysa etkin bir tedavi süreci ve istenmeyen sonuçların gelişmemesi için hekimin, hastasını bir bütün olarak değerlendirebilmesi, özelliklerini bilmesi ve hastanın hekimine yeterli ve doğru bilgi vermesi önemlidir (Bol ve ark., 2013). Avustralya'da 2000-2011 yılları arasındaki 11 yıllık süreçte hekimlerle ilgili 18,907 resmi şikayetin değerlendirildiği bir araştırmada, şikayetlerin %23'ünün iletişim ile ilişkili olduğu ve klinik bakımdan sonra gelerek ikinci sırada yer aldığı bildirilmiştir (Bismark ve ark., 2013). Nitekim araştırmamızda asistan hekimlerin önemli bir çoğunluğu (%84,9) tarafından tıbbi malpraktis nedenlerinden biri olduğu düşünülen hasta ve hekim arasındaki iletişim problemleri beşinci sırada yer almaktadır. Hekimin iş yükünün artışı hasta-hekim iletişiminin niteliğini olumsuz etkilemektedir (Atıcı, 2007b). Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi, hizmet alanın müşteri konumuna getirilmesi hasta-hekim ilişkisini ve hekimin mesleğinin toplumun nazarındaki konumunu da değiştirmektedir. Sağlık hizmetinin sunumunda satın alma gücü değil gereksinim ölçütü ve sağlığın tüm belirleyenleri dikkate alınmalı ve bireye odaklı tedavi edici hizmetlerin ön plana çıkarılmasından uzaklaşılmalıdır (Civaner, 2009).

Araştırmamızda hekim-sağlık çalışanı arası (%78,5) ve meslektaşlar arası (%77,1) iletişim problemlerinin tıbbi malpraktis nedeni olduğuna katılım oranları yüksektir. Bu oranlar bize asistan hekimlerin, sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim sorunlarının hasta güvenliğini riske ettiğine yüksek oranda katıldıklarını göstermektedir. Sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliği, ekip üyelerinin, birbirlerinin bilgi ve becerilerine ilişkin farkındalıklarını artırarak karar verme sürecine katkı sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde iş birliği, birbirlerini tamamlayıcı

roller üstlenen ve iş birliği içinde birlikte çalışan, problem çözme sorumluluğunu paylaşan ve hasta bakımı için plan oluşturma ve yürütme kararlarını alan sağlık çalışanlarını ifade etmektedir. Hekim ve diğer sağlık personelinin hastanın ihtiyaçlarına ilişkin rol ve sorumlulukları hakkında farklı algılara sahip olmaları, kişisel değerler ve kişilik farklılıkları, hiyerarşi, cinsiyet, rekabet, statü farklılıkları, mesleki eğitimin gereklilikleri, düzenlemeleri ve normlarındaki farklılıklar iletişim sorunlarına neden olmaktadır (O'Daniel ve Rosenstein, 2008).

5.5.1.5. Hekim Kaynaklı Tıbbi Malpraktis

Tıbbi uygulamaların temel dayanağı hasta-hekim ilişkisidir. Bu ilişki hasta-hekim etkileşiminin amacı, hekimin yükümlülüğü, hasta değerlerinin rolü ve hasta özerkliği kavramları çerçevesinde ele alınmaktadır. Tıbbın amaçları temelinde bir araya gelen taraflar, hastanın en iyi yararını hedefler (Atıcı, 2007a). Hekimin dahil olduğu hatalar iletişim sorunları, tanı-tıbbi girişim-tedavi hataları, özensiz davranış, yetkinin aşılması, kayıt hataları, ve aydınlatılmış onamın alınmaması ya da eksik alınması olarak sıralanmaktadır (Polat ve Pakiş, 2011). Tıbbi malpraktisin en sık nedenleri arasında hekimin kendini geliştirme ve yenileme eksikliğinin olduğu bildirilmektedir (Yıldırım ve ark., 2009). Araştırmamızda hekimin kendini geliştirme ve yenileme eksikliği tıbbi malpraktis nedenleri arasında yer almaktadır (%64,4), ancak katılım oranı yoğunluk ve sistem kaynaklı hatalar kadar yüksek değildir (Tablo4.5.1.1).

Hastanın tıbbi sürece dahil edilmesi, yeterli ve doğru bilgilendirmenin hekim tarafından hastanın anlaması ve karar vermesini sağlayacak şekilde verilmesi ile mümkündür. Hastanın hastalığı ile ilgili bilgilendirilmemesinin, hastalığının takibi için polikliniğe yönlendirilmemesinin ve hasta yakınlarının sürece dahil edilmemesinin hatalara neden olacağı ifade edilmektedir (Bol ve ark., 2013). Amerika Ortopedi Cerrahları Birliği (American Academy of Orthopaedic Surgeons, AAOS) hastanın dürüstçe sorularının yanıtlanması, hastaların tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, hastaların tıbbi bakım kararlarına dahil edilmesinin önemi üzerinde durmaktadırlar (Huntington ve Kuhn, 2003). Araştırma verilerimize göre hastanın sürece aktif olarak katılmamasının (%62,4), aydınlatılmış onamın eksik alınması, alınmaması ya da hastanın yeterince aydınlatılmamasının

(%56,1) tıbbi malpraktis nedenleri olduğuna katılım daha alt sıralarda yer almakta ise de yarıdan fazla asistan hekimin katılım gösterdiği nedenlerdir. Kadınların erkeklere göre aydınlatılmış onam ile ilgili sorunları daha yüksek oranda ifade ettikleri görülmüştür ($p=0,03$). Aydınlatılmış onam tıbbi uygulamanın hukuka uygunluk şartlarından biridir. Acil müdahale, tedavi sürecinde gelişen önceden planlanmamış olağan dışı bir durumda müdahale ve yasal zorunluluklar dışında aydınlatılmış onam alınması hekimin hukuki yükümlülüğüdür ve gerektiği gibi yapılmadığında ihmal suçu kapsamında değerlendirilir. Bir iddia durumunda ise hekimin hastasının aydınlatılmış onamını aldığını kanıtlaması gerekir (Polat ve Pakiş, 2011).

Araştırma sonuçlarımıza göre eksik hasta kaydı diğer bir tıbbi malpraktis nedeni olarak ifade edilmiştir (%63,9). Kayıt tutulması hekimin hukuku sorumluluğu (Polat ve Pakiş, 2011) olduğu gibi hastanın takibi sürecinde de hastanın yararının sağlanmasında önem arz etmektedir.

5.5.2. Tıbbi Malpraktis İddialarından Korunma Tutumu

Tıbbi malpraktis iddialarından korunma, hekimin kendisini korumaya yönelik geliştirdiği davranış ve tercihler ile defansif tıp uygulamalarına neden olmaktadır. Bununla birlikte hekimlerin hukuki yükümlülükleri kapsamında yer alan aydınlatılmış onam, hasta kaydı gibi konularda hekimler daha dikkatli ve hassas davranabilmektedir. Yapılan araştırmalarda fazladan tetkik isteme tutumu (%67,9-%90,6), fazladan konsültasyon isteme tutumu (%84,4-%94,5), fazladan ilaç yazma tutumu (%53,7-%65,8), endikasyonsuz hasta yatışı yapma tutumu (%50-%77,7) gibi pozitif defansif tıp uygulamaları; şikayet ya da dava etme olasılığı yüksek hastadan kaçınma tutumu (%74,9-89,5), kompleks medikal problemi olan hastadan kaçınma tutumu (%73,9-86), komplikasyonu yüksek tedaviden kaçınma tutumu (%84-%91,4), riskli hastayı sevk etme tutumu (%70,73-%86,8) gibi negatif defansif tıp uygulamaları tıbbi malpraktis iddialarından korunmada hekimler tarafından tercih edilmektedir. Daha detaylı kayıt (%96,3-%100), daha detaylı açıklama yapma (%93,8-97,7), aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verme (%94,9-%97,9) gibi defansif tıp uygulamaları kapsamında olmayan davranışlar ise hekimlerce daha yüksek oranda (%97,7) sergilenmektedir (Altındiş ve ark., 2019; Aynacı, 2008; Başer ve ark., 2014; Göcen ve ark., 2018; Mete ve ark. 2017; Selçuk, 2015).

Japonya’da 131 gastroenteroloğun katıldığı bir araştırmada araştırmaya katılanların %98’i defansif tıp uyguladıklarını; kaçınma davranışlarını (%96) ise güvence davranışlarından (%91) daha fazla uyguladıklarını bildirmişlerdir (Hiyama ve ark., 2006). Birleşik Krallık’ta 7926 hekimin katıldığı bir araştırmada hekimlerin %46’sı kaçınarak, % 84’ü garantiye alarak defansif tıp uyguladıklarını bildirmişlerdir (Bourne ve ark., 2015). Araştırmamızda pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarına genel olarak verilen yanıtlar dikkate alındığında, Hiyama ve ark. (2006) tarafından yapılan araştırmaya benzer olarak, negatif defansif tıp uygulamalarına daha fazla yönelimin olduğu ancak literatürden farklı olarak araştırmamızda söz konusu tutumlara ilişkin daha düşük oranların olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda hekimlerin tıbbi malpraktis iddialarından korunmak için negatif ya da pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelmekten çok kayıt, açıklama, aydınlatma, kendini geliştirme ve yenileme, ekip bilinci ile daha etkili iletişim kurma gibi davranışlarla bireysel sorumluluklarını artırma eğiliminde oldukları dikkat çekmektedir (Tablo 4.5.2.1). Hasta kayıtlarını daha detaylı tutma ve hastaya daha detaylı açıklama yapma tutumlarında karşılaşılan oranlar literatürdeki oranlara nispeten daha yakındır. Dava etme olasılığı yüksek olan ve kompleks medikal problemi olan hastalardan, komplikasyonu yüksek tedaviden kaçınma davranışı cerrahi dallarda daha yüksektir ($p<0,05$).

Tüm bu bilgilerden sonra asıl irdelenmesi gereken mevzu ise hekimleri defansif tıba iten gerçeklerin neler olduğudur. Ordu ilinde acil serviste hizmet veren 100 hekimin katıldığı bir araştırmada toplamda katılımcıların %86’sı malpraktis kavramının hastaya defansif davranmasına yol açtığını bildirmiştir (Aygün ve ark., 2018). Bir araştırmada hasta ve hasta yakınlarının sözel ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladığını söyleyen hekimlerin oranı %89,1 (Selçuk, 2015), başka bir araştırmada kendilerini yasal risklerden korumak için defansif davranışlar sergilediğini düşünen hekimlerin oranı %98,42 olarak bildirilmiştir (Altındış ve ark., 2019). Türkiye’de yapılan ve 700 hekimin katıldığı bir araştırmada gereksiz istenen tüm radyolojik tetkiklerin nedeni olarak; hasta yoğunluğu/zaman kısıtlılığı, hasta memnuniyetini sağlama, hekimin bilgi eksikliği, tıbbi malpraktisten kaçınma ve yetersiz anamnez alımı yüksek oranda sorumlu

tutulmuştur (Demir, 2016). Öğretim üyeleriyle hekimleri defansif tıba iten nedenler üzerine yapılan nitel bir araştırmada, alınan yanıtlar makro ve mikro nedenler olarak sınıflandırılmıştır. Makro nedenler içerisinde araştırmamızla da direkt ilintili olabileceğini düşündüğümüz eğitim sistemi, hekimlere karşı şiddet, performans sistemi, sağlık politikaları, tıbbi malpraktis davaları ve zorunlu meslek sigortası yer almıştır (Toraman ve Çarıkçı, 2019).

5.6. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

PDEÖS'nin olumlu ve olumsuz yönleri bulunduğu ifade edilmektedir. Kamuda tam zamanlı çalışan hekim sayısının artması, hastanelerin var olan kapasitelerini daha etkin kullanması sistemin olumlu yönleri arasında yer almıştır (Erkan, 2011). Hekim seçme hakkı, hastanelerin fiziksel koşullarının düzenlenmesi, sistemin ifade edilen diğer olumlu yönleri olmakla birlikte gerek hekimler arasındaki iletişimin gerekse hasta-hekim iletişiminin dejenere olması gibi bir durum söz konusudur (Kart, 2013). Türk Cerrahi Derneği 2009 yılında yayınladığı raporda, PDEÖS'nin olumsuz etkilerinin olumlu etkilerinden çok daha fazla olduğunu, çalışma barışının bozulmasına, etik değerlerin göz ardı edilmesine neden olduğunu, halk sağlığını ve ülke ekonomisini olumsuz etkilediğini bildirmiştir (Türk Cerrahi Derneği, 2009). Sistem, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının güvencesiz çalıştırılması ve emekliliğe yansıyan bir ücret olmaması yönleriyle özlük hakları açısından da eleştirilmektedir (Tıp Dünyası, 2013). Aynı zamanda hastanelerin işletmeleştirilmesi aşamasında istihdam edilecek hekimin belirlenmesinde sistemin kıstas olarak kullanılması ve diğerlerinin işine son verilmesi gibi bir risk de bulunmaktadır (Pala, 2005). Araştırmamızda her beş katılımcıdan dördünün PDEÖS'den memnun olmadığı, memnuniyet oranının %0,5 olduğu görülmektedir. Bu oranlar araştırmamızda yer alan asistan hekimlerin sistemin daha çok olumsuz etkilerini önceliklediklerini göstermektedir.

Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki asistanlar, verdiği hizmete göre aldığı PDEÖ ücretinin (%83) ve iş yüküne göre aldığı ek ücretin yeterli olmadığını (%91), PDEÖ ücrete esas işlem puanlarının adil olmadığını (%83) ve PDEÖ ücretinin kaldırılması gerektiğini (%61) düşündüklerini ifade etmişlerdir (Çakır ve Sakaoğlu, 2014). Araştırmamızda PDEÖS ile elde ettiği gelirden ve eğitim aldığı uzmanlık

dalına özgü uygulanan performans puanlarından memnun olmayanların oranı literatürdeki orandan düşük olmakla birlikte katılımcıların çoğunluğunun aynı düşüncede olduğu görülmektedir. PDEÖS ile elde ettiği gelirden memnun olanların tamamının dahili tıp bilimlerinde eğitim almakta olması, cerrahi tıp bilimlerinin iş yükü dikkate alındığında olası görünmektedir. Nitekim PDEÖS’den memnun olmayan asistanlara dair literatürde %31,24 (Küçük ve ark., 2012) gibi bir oranla karşılaşmış ve araştırmamıza katılan asistanların önemli bir çoğunluğu da aynı görüşte olduğunu bildirmiştir. PDEÖS’nin kişisel güdülenmeye etkisinin olmadığını, mesleksi saygınlık ve doyumu olumsuz yönde etkilediğini belirten araştırmalar (Nesanır ve ark., 2006) olduğu gibi sistemin çalışanları motive ettiğini belirtenler de vardır (Küçük ve ark., 2012).

Hekimlerle yapılan araştırmalarda hekimlerin çoğunluğunun PDEÖS ile endikasyonsuz müdahalelerin (TTB, 2009), etik olmayan uygulamaların (TTB, 2009; Yüzden, 2013), daha fazla kazanç nedeniyle muayenenin, tetkikin, vizitin, müdahalenin arttığı (Yiğit, 2017) düşüncesinde olduğu görülmüştür. Bir üniversite hastanesinde 236 hekimin (araştırma görevlisi, öğretim üyesi, uzman) katıldığı bir araştırmada hekimler PDEÖS’nin meslek etiğini olumsuz etkilediği görüşünde olduklarını ifade etmişlerdir (Akpınar ve Taş, 2013). Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği’nde eğitim alan asistan hekimlerin katıldığı bir araştırmada, katılımcıların %78’i PDEÖS’den sonra endikasyonu olmayan girişimlerin yapılmaya başlandığını ve %72,91’i anestezi yöntemlerinin daha çok puan getiren uygulamalar yönünde değiştiğini düşünmektedir (Küçük ve ark., 2012). Araştırmamızda PDEÖS’nin etik olmayan uygulamalara neden olduğunu düşünenler literatürle benzer şekilde katılımcıların çoğunluğunu oluşturmaktadır.

Araştırmamızda %69,3’lük bir oranda asistan hekimler PDEÖS’nin hasta yararını önceleyen bir uygulama olmadığını düşünmektedir. Benzer şekilde Nesanır ve ark. (2006) tarafından yapılan araştırmada da hekimlerin yalnızca %26,3’ü uygulamanın hastalara olumlu yansıdığını düşünmektedir (Nesanır ve ark., 2006).

Uzman ve pratisyen hekimlerle yapılan bir araştırmada katılımcıların yarısı PDEÖS ile hasta sayısının arttığını düşünmektedir (Nesanır ve ark., 2006). TTB tarafından yürütülen PDEÖS’nin eğitime etkilerinin de sorgulandığı uzman ve pratisyen hekimlerin katıldığı bir araştırmada eğitim hastanelerinde beceri

kazandırma eğitimine ayrılan sürenin (%70,9), hasta başı eğitim süresinin (%66,6), asistanların teorik eğitimine ayrılan sürenin (%69,6), sürekli tıp eğitimine katılma sıklığının (%64,4) ve literatür okumaya ayrılan sürenin azaldığı (%65,8) düşünülmektedir (TTB, 2009). Karşıt görüş olarak başka bir araştırmada ise hekimlerin %64'ü PDEÖS'nin bireysel performansı, bilimsel faaliyetleri, eğitim ve öğretim faaliyetlerini desteklediğini düşünmektedir (Yiğit, 2017). Asistan hekimler PDEÖS'nin eğitimi olumsuz yönde etkileyeceğini bildirirken (Çıtak ve Altaş, 2012) Küçük ve ark. (2012) tarafından yapılan araştırmada eğitici kadroların bu sistemde yer almasının uygun olmadığı da bildirilmiştir (Küçük ve ark., 2012). Araştırmamızda da çoğunluğun katılımıyla PDEÖS'nin uzmanlık eğitimini olumsuz yönde etkilediği düşüncesinin hakim olduğu görülmektedir. Gelir getirici olmayan eğitim ve araştırma çalışmaları aynı zamanda poliklinik yapmaya da engel olduğu için mesai dışı saatlere bırakılabilmekte bu da ilgililerin yeterli eğitimi almasına engel olabilmektedir (HASUDER, 2011).

Hekimlerle yapılan araştırmalarda hekimlerin, PDEÖS ile hekimlerin iş yükünün arttığı (Küçük ve ark., 2012; Yiğit, 2017; Yüzden, 2013), mesai saatlerinin uzadığı (Küçük ve ark., 2012), çalışma sürelerinin arttığı (Yüzden, 2013), hastaların bekleme süresinin azaldığı (Yiğit, 2017), hasta başına düşen muayene süresinin azaldığı ya da uzamadığı (TTB, 2009; Yüzden, 2013), tetkik sayısının arttığı (Çakır ve Sakaoğlu, 2014; Nesanır ve ark., 2006; TTB, 2009; Yüzden, 2013), yatırılan hasta sayısının arttığı (TTB, 2009), hekim-hasta ilişkisinin olumsuz yönde etkilendiği (TTB, 2009; Yüzden, 2013), sağlık hizmetinin niteliğinin olumlu yönde etkilendiği (Küçük ve ark., 2012) ya da azaldığı (TTB, 2009) ve tıbbi malpraktisin arttığı (TTB, 2009; Yüzden, 2013) düşüncesinde olduğu görülmüştür. Araştırmamızda da literatürdeki oranlardan yüksek olmakla birlikte, PDEÖS ile hasta muayene süresinin ve sunulan sağlık hizmetinin niteliğinin azaldığı, tıbbi malpraktis riskinin arttığı ve PDEÖS'nin hasta-hekim arası iletişim problemlerine neden olduğu düşüncesinin hakim olduğu görülmektedir. Niceliğin ön plana çıkarılması, hekimin hastayı bir an önce odadan çıkarmasının en kolay yolunun tetkik istemekten geçmesi dolayısıyla teknoloji odaklı tıbbi hizmetin ön plana çıkarılması, yüksek puan getirmeyen uygulamaların arka plana itilmesi gibi riskleri barındıran sisteme yönelik yapılan eleştirilerden biri de “puan” odaklı anlayışla sağlık çalışanlarının getirildiği

konumudur (Pala, 2007). Hekimi puan toplayan konumuna getiren sistem (Tıp Dünyası, 2013), hastalara daha az zaman ayırarak daha çok hasta bakma potansiyelinde olduğu dolayısıyla hizmetin niteliğini olumsuz yönde etkilediği için eleştirilmektedir (Erkan, 2011). Performans puanı dikkate alınarak hastaların gereksinimi olmayan işlemlere maruz bırakılması hastanın sağlığını olumsuz etkileyebilmekte iken gereksiz teknoloji kullanımı gereksiz sağlık harcamalarına neden olmaktadır (HASUDER, 2011; Pala, 2007). Ödemede çalışılan gün sayısı dikkate alındığı için ek gelirin azalmaması adına izin kullanmak istemeyen sağlık çalışanlarında depresyon ve yorgunluk benzeri şikayetler oluşabilmektedir (HASUDER, 2011). Muayene edilen hasta sayısının artırılmasına yönelik baskılar gerek hekimi ruhsal ve fiziksel olarak yormakta gerekse de artan çalışma saatleriyle birlikte tıbbi malpraktis riskini artırmaktadır (Kart, 2013). Araştırmamızda “PDEÖS hasta muayene süresinin kısalmasına neden olmaktadır” diyenlerin %96,6’sı hastaya ayrılan sürenin az olmasının, “PDEÖS hasta hekim arası iletişim problemlerine neden olmaktadır” diyenlerin %87,6’sı hasta hekim arası iletişim problemlerinin, “PDEÖS uzmanlık eğitimini olumsuz etkilemektedir” diyenlerin %80,8’i uzmanlık eğitimindeki yetersizliklerin ve “PDEÖS meslektaşlar arası ilişkileri zedelemektedir” diyenlerin %78’i meslektaşlar arası iletişim problemlerinin tıbbi malpraktis nedenlerinden olduğunu düşünmektedir. Sonuç olarak asistan hekimlerin, PDEÖS ile tıbbi malpraktisin birbiriyle ilişkili olduğu düşüncesinde oldukları görülmektedir.

Farklı araştırmalarda hekimlerin PDEÖS’nin meslek grupları arasında çatışmaya yol açtığı (Çakır ve Sakaoğlu, 2014), hekimler arasındaki (Yüzden, 2013) ve çalışanlar/klinikler arasındaki rekabeti artırdığı (TTB, 2009), hekimler arasındaki çatışmayı artırdığı ve iş birliğini azalttığı (Yiğit, 2017), çalışma arkadaşları/meslektaşlar ile ilişkiyi azalttığı ve mesleki dayanışmayı azalttığı (TTB, 2009) düşüncesinde oldukları görülmüştür. Araştırmamızda her beş hekimden dördü PDEÖS’nin meslektaşlar arası ilişkileri zedelediğini düşündüğünü bildirerek literatürü desteklemektedir. PDEÖS’de var olan rekabet anlayışı esasen sağlık hizmetlerinin doğasına aykırıdır. Sistem, sağlık çalışanları arasındaki iş barışını olumsuz yönde etkilemekte (Pala, 2007), hekimleri birbiri ile yarışa sevk etmekte ve ekip bilincinin arka planda kalması nedeniyle ekip çalışmasını da olumsuz etkilemektedir (Küçük ve ark., 2012). Oysa nitelikli sağlık hizmeti sunumu

noktasında ekip bilincinin göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Bunun için de çalışanlar arasındaki iletişimin ön plana çıkarılması önemlidir (Ekingen ve ark., 2017).

Sistem aynı zamanda, hastane gelirini azaltmamak için sevk zincirinin göz ardı edilme riskini de barındırmaktadır (HASUDER, 2011). Örneğin, Bursa ilinde PDEÖS'nin birinci basamak sağlık hizmetlerine etkisinin araştırıldığı bir araştırmada 2003 yılından sonra daha belirgin olmakla birlikte 1998-2007 yılları arasında her yıl muayene sayılarının arttığı, sevk oranının 1998-2003 yılları arasında %13,6'dan %19,1'e yükseldiği, 2004'ten sonra hızla azalarak 2007'de %1,9'lara kadar düştüğü bildirilmiştir. Aynı araştırmada, 1998-2007 yılları arasında, PDEÖS öncesinde muayene sayısındaki en yüksek artışın %11,7, sonrasında %53,3 olduğu, hekime başvuru sayısındaki en yüksek artışın PDEÖS öncesinde %9,2 sonrasında 49,1 olduğu, sevk oranlarındaki artışın öncesinde %19,1 sonrasında %10,9 olduğu ifade edilmiştir. PDEÖS geçilmesiyle birlikte toplam laboratuvar tetkik sayılarında %163,3'lük bir artış görüldüğü belirtilmiştir (Kizek ve ark., 2010). Uzman hekimlerin katıldığı nitel bir araştırmada hekimlerin %28'i PDEÖS'nin koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini azalttığını düşündüğünü belirtmiştir (Yiğit, 2017). Koruyucu uygulamaların performans değerlendirmesinde önem arz etmemesi ve tedavi edici hizmetlerin ön plana çıkarılması koruyucu hizmetlere gereken önemin verilememesine neden olmaktadır. Yalnızca tedavi edici hizmetler için değil sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetler için de gerek bireysel gerek kurumsal gerekse de toplumsal düzeyde ölçülebilir kriterler oluşturulmalı ve sonuçların niteliksel olarak da değerlendirilebilmesi için ölçütler geliştirilmelidir (HASUDER, 2011). Çalışanlarının verimliliğinin ölçülmesi için uygun bir yöntem olarak görülmeyen sistem için uygun performans ölçütlerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Pala, 2007).

5.7. Şiddet

5.7.1. Katılımcıların Şiddet Olgusuyla İlgili Özellikleri

5.7.1.1. Lisans Eğitimi Sürecinde Şiddet Olgusu

Tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan bir araştırmada katılımcıların %17,6'sının öğrencilik yaşamı boyunca şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir (Saygun ve ark., 2013). Araştırmalardan yola çıkarak intern hekim iken şiddete maruz kalma oranının %16,6 ile %97,8 arasında değiştiğini söylemek mümkündür (Gökşin Cihan ve ark., 2017; İlhan ve ark., 2009; Saygun ve ark., 2013; Terzi ve Pekşen, 2018; Turla ve ark. 2013). Araştırmamızda da her dört hekimden üçü lisans eğitim sürecinde şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Maruz kaldıklarını belirttikleri şiddetin türü açısından değerlendirdiğimizde şiddet türleri içerisinde ilk sırada sözel ve psikolojik şiddet yer almaktadır. Sonuçlarımız, fiziksel şiddetin görülme oranının sözel ve psikolojik ya da sadece sözel şiddetten daha az olduğu araştırmalarla (İlhan ve ark., 2009; Saygun ve ark., 2013; Turla ve ark. 2013) benzer fakat fiziksel şiddete psikolojik şiddetten daha fazla maruz kalındığının bildirildiği Saygun ve ark. (2013)'nın araştırmasından ayrı özelliktedir (Saygun ve ark., 2013). İtern hekimlerde yapılan bir araştırmada şiddete uğramada cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına karşın şiddete maruz kalanların %57,1'ini kadınlar oluşturmaktadır (Gökşin Cihan ve ark., 2017). Araştırmamızda ise cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmuş, kadınların lisans eğitimleri sırasında şiddete daha çok maruz kaldığı görülmüştür (p=0,048).

5.7.1.2. Uzmanlık Eğitimi Sürecinde Şiddet Olgusu

Literatürde hekimlerin son bir yılda şiddete maruz kalma oranı %24,4 ile %77,3 arasında değişmektedir (Adaş ve ark., 2008; Çuvadar, 2017; Hıdıroğlu ve ark., 2013; Isparta-Burdur Tabip Odası (IBTO), 2008; İlhan ve ark., 2009; Öktem ve ark., 2013; TTB, 2014; Yaşar ve ark., 2016). Gaziantep-Kilis Tabipler Odası tarafından yapılan araştırmada hekimlerin %74,5'i (Adaş ve ark., 2008) ve bir il merkezinde yapılan diğer bir çalışmada hekimlerin %86,4'ü meslek hayatı boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığını bildirmiştir (Öktem ve ark., 2013).

Asistan hekimlerle yapılan farklı çalışmalarda çalışma yaşamı boyunca iş yerinde şiddete maruz kalma oranı %48-%85,9 (Altınok, 2018; Çuvadar, 2017; IBTO, 2008; İlhan ve ark., 2009; Ucar ve ark., 2013; Yaşayanca ve ark., 2015), son bir yıl içinde çalıştığı kurumda şiddet içeren en az bir olaya maruz kalma oranı %53,8'dir (Hıdıroğlu ve ark., 2013). Araştırmamızda uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalanların oranı literatürle uyumludur, her beş hekimden dördünün şiddete maruz kaldığı görülmektedir.

Ulusal ve uluslararası literatürde yapılan çalışmalarda cerrahi uzmanlık dallarında dahili uzmanlık dallarına göre daha fazla şiddet olayı yaşandığı bildirilmekteyse de (Annagür, 2010; Eker ve ark., 2011) aksinin bildirildiği az sayıda çalışma da mevcuttur (Al ve ark., 2012; Annagür, 2010; Eker ve ark., 2011). Hekim ve hemşirelerden oluşan bir grup üzerinde yapılan araştırmada şiddete uğramada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte şiddete uğranılan bölümlerin azalan sırayla acil klinik (%83,3), cerrahi klinik (%77,7), yoğun bakım (%73,9), dahili klinik (%71,5) ve temel tıp bilimleri (%33,3) şeklinde olduğu görülmüştür (Çuvadar, 2017). Çanakkale ilinde 130 hekimin katıldığı bir araştırmanın sonuçlarına göre farklı olarak dahili dallarda şiddete maruz kalanların oranı (%54,5) cerrahi dallara göre (%45,5) daha yüksektir (Karaahmet ve ark., 2014). Asistan hekimlerle yapılan bir araştırmada şiddete maruziyet oranı temel, dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde sırasıyla %50, %55,3 ve %80,6 olup cerrahi dallarda şiddete maruz kalma oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Temel ve dahili ile cerrahi tıp bilimleri şeklinde ikiye ayrılarak yapılan incelemede ise şiddete maruz kalmada anlamlı farklılık olup şiddete maruz kalmayanların çoğunu (%77,4) temel ve dahili tıp bilimlerinde görev yapanlar oluşturmuştur (Yaşayanca ve ark., 2015). Asistan hekimlerle yapılan başka bir araştırmada temel tıp bilimlerinde çalışanların 66,7'sinin, dahili tıp bilimlerinde çalışanların %83,1'inin, cerrahi tıp bilimlerinde çalışanların %93'ünün ve acil serviste çalışanların %100'ünün şiddete maruz kaldığı ifade edilmiş olmakla birlikte şiddete maruz kalmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Altınok, 2018). Araştırmamızda dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alan asistan hekimlerin şiddete maruz kalma oranları birbirine oldukça yakındır. Literatürde karşılaşılan bilgiler dikkate alındığında ise cerrahi tıp bilimlerinde şiddete uğrama oranının dahili tıp bilimlerinden yüksek olduğu; acil

servisin cerrahi ve dahili tıp bilimlerinden ayrı değerlendirilecek kadar şiddet riski taşıdığı görülmektedir.

Şiddete maruz kalmada araştırmamızda olduğu gibi cinsiyetler arası anlamlı fark bulunan (İlhan ve ark., 2009) ve bulunmayan (Altınok, 2018; Öktem ve ark. 2013; Ucar ve ark., 2013; Yaşayancan ve ark., 2015) araştırma sonuçları mevcuttur. Anlamlılık ilişkisi olsun olmasın kadınların daha çok şiddete maruz kaldığı görülmektedir. IBTO tarafından yapılan bir araştırmada son bir yılda çalıştığı kurumda ve meslek hayatı boyunca iş yerinde şiddete maruz kalmada gerek uzman, gerek pratisyen gerekse de asistan hekimlerde kadınların erkeklerden daha fazla şiddete maruz kaldığı ifade edilmiştir (IBTO, 2008). İki farklı araştırmada kadın hekimlerin erkek hekimlere göre şiddete daha fazla maruz kaldığı (Aydın ve ark., 2009; Öktem ve ark., 2013) bildirilirken başka bir araştırmada öncekilerden farklı olarak erkek hekimlerin %54,9'unun, kadın hekimlerin %51,7'sinin şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Hıdıroğlu ve ark., 2013). Araştırmamız şiddete maruz kalanların çoğunluğunu kadınların oluşturması yönüyle literatürdeki genel bilgiyi destekler niteliktedir.

5.7.1.3. Şiddet Türü

Şiddetin türü incelendiğinde cinsiyetler arasında farkın bulunmadığının belirtildiği (Altınok, 2018), istatistiksel fark olmakla birlikte erkek hekimlerin daha çok fiziksel, kadın hekimlerin daha çok sözel şiddete maruz kaldığının belirtildiği araştırmaya (Öktem ve ark., 2013) rastlamak mümkündür. Başka bir araştırmada sözel ve cinsel şiddetin kadın hekimlere, fiziksel ve ekonomik şiddetin ise erkek hekimlere yönelik olarak daha yaygın olduğu bulunmuştur (Aydın ve ark., 2009).

Hekimlerle yapılan araştırmalarda maruz kalınan şiddet türleri içerisinde ilk sırada sözel şiddetin yer aldığı görülmüştür (Altınbaş ve ark., 2011; Aydın ve ark., 2009; Kaya ve ark., 2014b). Başka bir araştırmada ise ilk sırada sözel ve fiziksel şiddet, ikinci sırada sözel/psikolojik, üçüncü sırada ise fiziksel şiddet yer almıştır (Adaş ve ark., 2008). Fiziksel şiddete maruz kalma oranı %31,1-%36,2 (Bayram ve ark., 2017; Sönmez ve ark., 2013; Talas ve ark., 2011) arasında değişmekteyken psikolojik şiddete maruz kalma oranına dair %70,8 (Sönmez ve ark., 2013) ve cinsel şiddete maruz kalma oranına dair %19,2 değerleri ile karşılaşılmıştır (Talas ve ark.,

2011). Asistan hekimlerle yapılan farklı araştırmalarda maruz kalınan şiddet türleri içerisinde %61,8-76,5 oranı ile ilk sırada sözel şiddetin ( uvadar, 2017; Yaşayanca ve ark., 2015), %95,7 ile ilk sırada duygusal/sözel şiddetin ( lhan ve ark., 2009), ikinci sırada %3,2-13,2 oranları ile fiziksel şiddetin yer aldığı görülmektedir ( uvadar, 2017;  lhan ve ark., 2009; Yaşayanca ve ark., 2015). Hekim ve hemşirelerle yapılan bir araştırmada hekimlerin genel olarak maruz kaldığı şiddet türleri azalan sırayla sözel, fiziksel, sözel-fiziksel şeklinde bildirilmiştir ( uvadar, 2017). Her beş hekimden dördünün asistan hekim olduğu bir araştırmada en sık maruz kalınan şiddet türü sözel şiddet olarak ifade edilmiştir (Hıdıroğlu ve ark., 2013). Bir araştırmada tüm çalışma yaşamı boyunca hekimlerin %83'ünün sözel, %32,6'sının fiziksel şiddete (Kilinç Bulut ve ark., 2013), başka bir araştırmada asistan hekimlerin %91,9'unun sözel, %8,1'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilirken (Ucar ve ark., 2013) Yaşayanca ve ark. (2015) tarafından yapılan bir araştırmada uygulanan şiddetin %94,8'inin sözel ve %5,2'sinin fiziksel şiddet olduğu bildirilmiştir (Yaşayanca ve ark., 2015). Hekimlerle yapılan bir araştırmada hekimlerin meslek hayatları boyunca en sık karşılaştıkları şiddet türünün sözel şiddet olduğu; son 12 ayda maruz kalınan fiziksel tehdit/saldırı oranının %47,8, sözel şiddet oranının %47,8 her iki durumla karşılaşan hekim oranının %24,2 olduğu ifade edilmiştir ( ktem ve ark., 2013). Altınok (2018) tarafından yapılan araştırmada ise araştırmamızla benzer şekilde maruz kalınan şiddet türleri içerisinde sözel (%83,1), psikolojik/mobbing (%8,7) ve fiziksel (%7,7) şiddet ilk üçte yer almakla birlikte araştırmamızda seçenekler içerisinde yer vermediğimiz cinsel şiddet (%0,5) de yer almıştır (Altınok, 2018). Tüm bu araştırmalardan yola çıkararak diyebiliriz ki hekimler daha çok sözel ve fiziksel şiddet türlerine maruz kalmaktaysa da sözel şiddet fiziksel şiddetten daha fazla görülmektedir.

TTB'nin başvurusuna istinaden Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen yazıda Beyaz Kod birimine 2015 yılı içerisinde kayıt altına alınan toplam 11.919 (3.533 fiziksel, 8.386 sözel), 2016 yılında 10.771 (2.730 fiziksel, 8.041 sözel) ve 2017 yılının ilk 5 aylık döneminde 2.753 (630 fiziksel, 2.123 sözel) olgu olduğu bildirilmiştir (TTB, 2016-2017).

5.7.1.4. Şiddete Tanık Olma Durumu ve Şiddete Maruz Kalma Kaygısı

Hekimlerin de katılımcılar içerisinde yer aldığı (%55,8) sağlık çalışanlarıyla yapılan bir araştırmada son bir yılda çalıştığı kurumda şiddet içeren bir olaya tanık olma oranı uzman, asistan ve pratisyen hekimlerde sırasıyla %52, %57 ve %66 (IBTO, 2008) olarak bildirilmiştir. Farklı araştırmalarda hekimlerin son bir yılda şiddet içeren bir olaya tanık olma oranı yarıdan fazladır (%62,3-%68) (Adaş ve ark., 2008, Yaşar ve ark., 2016). Araştırmamızda uzmanlık eğitimi sürecinde meslektaşına yönelik şiddet olayına tanık olanların oranı (%79,5) literatürden yüksek olup, tanık olmada dahili ve cerrahi tıp bilimleri arasında fark olmadığı da görülmektedir.

Literatürde hekimlerin çalıştığı ortamda şiddete maruz kalma kaygısının yüksek olduğu görülmektedir (%81,1-%93,4) (Altınok, 2018; TTB, 2014). Araştırmamızda ise uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma konusunda kaygı duyanların oranı söz konusu oranlarla uyumlu olup katılımcıların önemli bir çoğunluğunun bu kaygı durumunu yaşadığı saptanmıştır. Şiddete maruz kalma konusunda kaygı duymada cinsiyetler arasında fark oluşunu ve kaygı duyanların çoğunluğunu kadınların oluşturmasını gerek lisans gerek uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalanların çoğunluğunu kadınların oluşturması ile açıklamak mümkündür. Şiddete maruz kalma konusunda kaygı duymada dahili ve cerrahi tıp bilimleri arasında istatistiksel olarak fark olmayışını da yine uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalmada aralarında fark olmaması ile açıklanabilir.

Gerek literatürde gerek araştırmamızda şiddetin yüksek oranlarda görüldüğü, genel tabloya bakıldığında lisans ve uzmanlık eğitimi sürecinde şiddetin hekimlerin bir gerçeği olduğu, daha çok sözel şiddete maruz kaldıkları, kadınların erkeklerden daha fazla şiddete uğradığı ve dahili tıp bilimlerinde şiddete uğrama oranının cerrahi tıp bilimlerinden daha yüksek olduğu görülmektedir. WHO tarafından, şiddete uğrayan sağlık çalışanlarında saldırganlık ve tükenmişlik durumlarının geliştiği, hastalık izni kullanımının arttığı ve personel kaybının gerçekleştiği bildirilmektedir (WHO, 2006). Bu durum sunulan sağlık hizmetinin niteliğinin düşmesine neden olmaktadır.

5.7.2. Hekime Yönelik Şiddet Nedenleri

Sağlık kuruluşlarında karşılaşılan şiddetin çoğunluğu zedelenme-saldırganlık teorisiyle yani kişi ya da kişiler için önemli olan beklentinin yerine gelmemesine karşı verilen yanıt şeklinde açıklanmaktadır (Al ve ark., 2012; Annagür, 2010). Kişinin hastaneye başvurduktan sonra hekim ile muhatap olana kadar geçen sürenin yani bekleme süresinin uzun olması (Al ve ark., 2012; İlhan ve ark., 2013), sağlık çalışanlarının zamanının kısıtlı olması, sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinin uzun olması (Al ve ark., 2012), sağlık çalışanlarının sayısının az olması (Al ve ark., 2012; Bilişli, 2016; Büyükbayram ve Okçay, 2013), sağlık kuruluşunda yaşanan yatak, cihaz, ilaç vb. yetersizliği, kimi zaman medyanın tutumunun şiddeti meşrulaştırması (Adaş ve ark., 2008; Büyükbayram ve Okçay, 2013; IBTO, 2008) ve hekim karşıtı yayın yapılması (Adaş ve ark., 2008; IBTO, 2008), mental veya davranış bozukluğu olan hastaların olması, kalabalık ve gürültü gibi çevresel faktörler (Al ve ark., 2012), saldırganın şiddeti kendine hak görmesi, hastalık psikolojisi (Altınok, 2018), haksız isteklerin reddedilmesi (Adaş ve ark., 2008; Altınok, 2018), kötü haber alma (IBTO, 2008) ve ilaç ve alkol etkisinde olunması (Adaş ve ark., 2008) ve hastada gecikme hissi (Hıdıroğlu ve ark., 2013) şiddet nedenleri olarak literatürde yer almaktadır. Bir araştırmada hekimlerin %92,1'i medyada yer alan şiddet olaylarının sağlıkta şiddeti artırdığını düşünmektedir (Öktem ve ark., 2013). Sağlık kuruluşuna başvuran 1179 kişiyle yapılan, sağlık çalışanlarının neden şiddete maruz kaldıklarının sorgulandığı bir araştırmada nedenler; muayene sırasında fazla bekleme (%62,7), tedaviden memnun kalmama (%43,2), yanlış anlama gibi iletişim problemleri (%41,4), hastaya olumsuz, kötü haber verme (%41,3) ve istenilen ilacı yazmama (%20,2) olarak sıralanmıştır (İlhan ve ark., 2013).

Çin'de artan şiddet olayları ile ilgi yapılan araştırmalarda, sağlık sisteminin eksiklerinin neden olduğu hasta-hekim ilişkisindeki bozulmaların şiddetin temel nedeni olduğu ve hastanın beklentisinin yüksek olmasının memnuniyetsizliğe ve şiddete neden olduğu ifade edilmiştir (Hesketh ve ark., 2012; Zeng ve ark., 2018).

İstanbul Tabip Odası'na kayıtlı 205 hekimin yanıtladığı ankete dayalı bir araştırmada, hekim ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerinin kısa başlıklar halinde önem sırasına göre yazılması istenmiştir. SDP, sağlık çalışanlarının siyasi iktidar tarafından hedef gösterilmesi, sağlık çalışanları hakkında medyada

çıkan olumsuz haberler, toplumun eğitim düzeyinin düşük olması, iletişim becerilerinde yetersizlik, yetişmiş insan gücü ve fiziksel kapasite yetersizliği, aşırı iş yükü ve sağlık çalışanlarının iş doyumsuzluğu ve tükenmişliği, toplumsal nedenler ve şiddete eğilimin artması, şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin yetersizliği, meslek örgütünün güçsüzlüğü ve etkin güvenlik önlemlerinin alınamaması ve çalışma ortamı ve mimari yapılanmanın uygunsuzluğu şeklinde bir sıralamayla karşılaşılmıştır (Özyurt ve ark., 2009).

Bir araştırmada uğradığı şiddetin sağlık sistemi ya da uygulamalarıyla bir ilişkisi olduğunu düşünenler uzman hekimlerde %88,5, araştırma görevlisi hekimlerde %74,6, öğretim görevlisi hekimlerde %64,7 olarak bildirilmiştir (Çuvadar, 2017). Asistan hekimlerle yapılan farklı araştırmalarda sağlık sistemi (Yaşayanca ve ark., 2015) ve sağlık politikaları (Altınok, 2018) şiddet nedenleri içerisinde ilk sırada yer alırken, hekimlerle yapılan iki farklı araştırmada sağlık politikaları ilk beşte yer almıştır (Adaş ve ark., 2008; IBTO, 2008). Aydın Tabip Odası tarafından yapılan bir araştırmada, izlenen sağlık politikaları ve hekimlerin süreçte hedef olarak gösterilmesi sağlıkta artan şiddetin nedenleri içerisinde hekimler tarafından ilk sıralarda belirtilmiştir (Aydın Tabip Odası, 2012). İntern hekimlerle yapılan bir araştırmada ise hekimlerin meslekleri nedeniyle maruz kaldıkları şiddetin nedenleri içerisinde ilk sırada “sağlık sistemindeki olumsuzlukların sorumlusunun hekim olarak gösterilmesi” (%82,7), ikinci sırada sağlık politikaları (%74,8) yer almıştır (Turla ve ark., 2013).

Hastaların beklediği davranışı görmemesi (İlhan ve ark., 2009), sunulan sağlık hizmetiyle ilgili memnuniyetsizlik (Hıdıroğlu ve ark., 2013; TTB, 2014), ihmal edildiği düşüncesi (Adaş ve ark., 2008; Hıdıroğlu ve ark., 2013; IBTO, 2008) ve tedaviden memnuniyetsizlik (Adaş ve ark., 2008; IBTO, 2008) hekimlerin katıldığı araştırmalarda şiddet nedenleri içerisinde bildirilmiştir

Araştırmamızda hekimin yaşanan aksaklıklarda hedef olarak gösterilmesi hekime yönelik şiddet nedenleri arasında ilk sıradadır ve uygulanan sağlık politikaları, hasta/hasta yakını beklentisinin yüksek olmasından dolayı sağlık hizmeti sunumundan memnuniyetsizlik şiddet nedenleri olarak en çok ifade edilenlerdir (Tablo 4.7.2.1).

Hekimlerle yapılan araştırmalarda hastanın bekleme süresinin şiddet nedenleri içerisinde değerlendirildiği görülmektedir (Altınok, 2018; IBTO, 2008; İlhan ve ark., 2009; TTB, 2014;). Bir araştırmada hekimlerin yarısından fazlası tarafından muayene sırasında fazla bekleme şiddet nedenleri içerisinde ilk sırada (Hıdıroğlu ve ark., 2013), başka bir araştırmada dördüncü sırada yer almıştır (Turla ve ark., 2013). TTB Eski Başkanı Bayazıt İlhan şiddetin nc sebebinin uzun bekleme süreleri olduğunu ve medyanın sağlık çalışanına karşı olumsuz tutumu şekillendirmede önemli rol oynadığını ifade etmiştir (Smith, 2015). Nitekim araştırmamızda da hastanın bekleme süresinin uzun olması hekimlerin çoğunluğu tarafından hekime yönelik şiddet nedenleri içerisinde değerlendirilmektedir (Tablo 4.7.2.1).

Hastaların şiddete başvurmaları ile eğitim ve gelir düzeyleri arasında bir ilişki olduğunu döşenen asistan hekimlerin oranının %90 olduğu bir araştırmada asistanların %62'si düşük, %43' orta ve %43' yüksek gelir grup hasta ve hasta yakınlarının; %76'sı eğitim düzeyi düşük %43' eğitim düzeyi yüksek hasta ve hasta yakınlarının şiddete daha çok başvurma eğiliminde olduğunu düşündüğünü bildirmiştir (IBTO, 2008). Başka bir araştırmada hekimlerin çoğunluğu hastaların gelir düzeyi arttıķa şiddete başvurma eğiliminin azaldığını, düşük eğitimli hastaların yüksek eğitimli hastalara göre daha fazla şiddete başvurduğunu düşündüğünü bildirmiştir ki hekimlerin hastaların eğitim ve gelir düzeyi ile şiddet arasında ters ilişki bulunduğunu dşndğkleri anlaşılmaktadır (Adaş ve ark., 2008). Araştırmamızda ekonomik nedenlerden (%52,7) ziyade şiddeti gerçekleştirenlerin eğitim düzeyinin düşük olması (%79,5) n plana çıkmış ve şiddet nedenleri içerisinde ilk beşte yer almıştır. Katılımcıların yarısından fazlası ekonomik nedenlerin hekime yönelik şiddet nedenleri içerisinde yer aldığını düşündüğünü bildirmiştir. Kişilerin şiddet eğilimlerinin nedenleri noktasında hekimlerin düşüncelerinin sorgulandığı bir araştırmada sosyokültürel statü ve eğitim düzeyi en önemli faktörler olarak belirtilirken; alkol tüketimi, madde kullanımı, psikiyatrik hastalık, hastaların kendilerinin ya da yakınlarının sağlık durumu da azalan sırayla belirtilen nedenler arasında yer almıştır (Bayram ve ark., 2017).

Aydın Tabip Odası tarafından yapılan araştırmada ağır iş şartlarına karşın yaşanan personel yetersizliğinin şiddet nedenlerinden biri olduğuna değinilmiştir

(Aydın Tabip Odası, 2012). Hekim ve hemşirelerin yanıtlarının değerlendirildiği bir araştırmada ön plana çıkan şiddet nedenlerinin iş yoğunluğu, hastanın memnuniyetinin gerekenden fazla ön plana çıkarılması, neredeyse her şikayetin dikkate alınması dolayısıyla çalışanlar üzerinde oluşan baskı olduğu görülmüştür (Çuvadar, 2017). Araştırmamızda hekimin yoğun iş yükünün uygulanan sağlık politikalarıyla aynı oranda ve nedenler arasında üçüncü sırada yer aldığı görülmekle birlikte hekimin yoğun iş yükünün neden ve/veya sonuçları arasında yer alabilecek olan personel yetersizliği, sevk sisteminin uygulanmaması, hasta-hekim arası iletişim problemleri, hastanın muayene süresinin kısa olması %70’lerde katılımın sağlandığı nedenlerdendir. Nitekim araştırmamızda her dört hekimden üçü karşılaştığı hastaların bulunduğu kuruma gelmesi gerekmeyen hastalar olduğunu söylemekteyken, aynı kişilerin önemli bir çoğunluğu uzmanlık eğitim sürecinde şiddete maruz kaldığını, meslektaşına yönelik şiddet olayına tanık olduğunu ve şiddete maruz kalma konusunda kaygılarının olduğunu da söylemektedir. Araştırmamızda yaklaşık her dört hekimden üçü sevk sisteminin uygulanmasının hekime yönelik şiddeti azaltacağını, %81,4’ü de tıbbi malpraktis riskini azaltacağını düşünmektedir.

Araştırmamızda yasal düzenlemelerin caydırıcı olmaması hekime yönelik şiddet nedenleri içerisinde ikinci sırada yer alırken başka bir araştırmada araştırma görevlisi hekimlerin %96,9’u mevzuatın sağlıkta şiddeti önlemede yeterli olmadığını ifade etmiştir (Çuvadar, 2017). Çin Sağlık Bakanlığı artan şiddet olayları karşısında önlem olarak, hastanelerde güvenlik gücünün artırılması ve hizmet sunumunda etkinlik ve verimliliğin artırılması yönünde prosedürler belirlemiş ancak sağlık sistemindeki problemlerin çözümü gündeme getirilmemiştir (Hesketh ve ark., 2012). İletişim becerileri kazanımı, stresle baş etmeyi öğrenme ve stres yönetimi gibi kişisel önlemler, kamera sistemi, metal dedektörler, bekleme salonlarının rahat olması, hastalara düzenli bilgi veren bir sistemin olması, personel ve hasta giriş kapılarının ayrı olması vb. kurumun fiziksel yapısı ile ilgili önlemler ve caydırıcı yaptırım uygulanması gibi idari önlemlerin şiddeti önlemede etkili olacağı ifade edilmektedir (Kaplan ve ark., 2013). Sağlık Bakanlığı’nın 2001 tarihli “*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*”inin 7. maddesinde, sağlık kurumlarının sağlık çalışanına yönelik fiziksel saldırıların önlenmesi için düzenlemeler yapması ve gerekli önlemleri alması gerektiğine değinilmektedir

(Sağlık Bakanlığı, 2011). Bununla birlikte ağır cezalar uygulanmadığı sürece kısa vadede caydırıcılığın sağlanması mümkün görünmemektedir. İsrail’de şiddete sıfır tolerans ilkesi ile 2010 yılında sağlık çalışanlarına yönelik şiddete 5 yıl hapis cezası getirilmiştir. Sadece fiziksel şiddet değil sözel şiddet ve tehdit etme de suç kapsamındadır. Hindistan’da ise 2007 yılında getirilen “*Hastane Koruma Kanunu*” ile şiddet eyleminde bulunanlara 3-10 yıl arası hapis cezası uygulanmaktadır (Kaplan ve ark., 2013).

Araştırma sonuçlarımızda, hekime yönelik şiddet nedenleri arasında hekimin bilgi/beceri eksikliğine katılım oranı düşüktür (%20,5). Bu veri, hekimlerin şiddet nedenlerinde kendileri dışındaki faktörlerin asıl rol oynadığı düşüncesini ortaya koymaktadır. Hekimin yükümlülüğü kapsamında olan aydınlatılmış onam aynı zamanda sistemin yetersizlikleri ile de ilişkilidir. Artan iş yükünün, hastaya ayrılan sürenin azalmasının doğal bir sonucu olarak hastanın aydınlatılması süreci yeterli bir şekilde yapılamayabilmektedir. Hastanın tıbbi süreci hakkında bilgisinin yetersiz olması memnuniyetsizliğinin nedenleri arasında yer almaktadır. Memnuniyetsizlik ise şiddet nedenleri arasında yer almaktadır. Araştırmamızda hastanın yeterince aydınlatılmamasının şiddete neden olduğuna katılım %42,9 oranı ile nedenler arasında alt sıralarda yer almaktadır. Tıbbi malpraktisin şiddet nedeni olduğuna katılım oranı biraz daha yüksektir (%49,3).

Araştırmamızda hekime yönelik şiddet nedenlerine ilişkin verilen yanıtlarda gerek dahili ve cerrahi bilimlerde eğitim almakta olanlar arasında gerekse de cinsiyetler arasında farkın olmayışı dikkat çekmektedir.

Araştırmamızda tıbbi malpraktisin şiddet nedenlerinden olduğunu düşünenlerin %83’ü PDEÖS’nin tıbbi malpraktis riskini artırdığını, hastanın muayene süresinin kısa olmasının şiddet nedenlerinden olduğunu düşünenlerin %91,2’si PDEÖS’nin hasta muayene süresinin kısılmasına neden olduğunu, hasta-hekim arası iletişim problemlerinin şiddet nedenlerinden olduğunu düşünenlerin %88,4’ü PDEÖS’nin hasta-hekim arası iletişim problemlerine neden olduğunu, hekimin bilgi/beceri eksikliğinin şiddet nedenlerinden olduğunu düşünenlerin %81’i PDEÖS’nin uzmanlık eğitimi olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Bu sonuçlar, uzmanlık dalı tercihlerinde etkili olan şiddet unsurunun daha çok sistem kaynaklı olduğunu desteklemektedir.

5.8. Sevk Sistemi

Çin’de yapılan bir araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetini tercih etmeyerek gerekmediği halde 2. ve 3. basamakta hizmet veren kurumlara yönelen hastaların beklentisinin yüksek olduğu ve tedavide başarısızlığın sorumluluğunu hekime yükledikleri, medyada yer alan suçlayıcı haberlerin de öfkeyi artırdığı ifade edilmekte ve bunun hekime yönelik artan şiddetin nedenleri arasında yer aldığı belirtilmektedir (Hesketh ve ark., 2012; Zeng ve ark., 2018). Üniversite hastanelerindeki anlaşmazlıkların artış oranının ikinci basamak hastanelere göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu, poliklinik hasta sayısının artmasının sunulan sağlık hizmetinin niteliğini de ciddi şekilde etkileyen sağlık çalışanlarının iş yükünü artırdığı ve hastaya ayrılan süreyi azalttığı belirtilmiştir (Zeng ve ark., 2018). Çözüm olarak ise 1. basamak sağlık hizmetinin kullanımının doğru bir şekilde sağlanması ve artırılması önerilmiş, sevk sisteminin önemi vurgulanmıştır (Hesketh ve ark., 2012).

Araştırmamızda her dört hekimden üçünün karşılaştığı hastaların bulunduğu kuruma gelmesi gerekmeyen hastalar olduğunu düşündükleri görülmüştür. Söz konusu kişilerin çoğunluğu hastanın bekleme süresinin uzun olmasının, sevk sisteminin uygulanmamasının hekime yönelik şiddet nedenlerinden olduğuna katılmıştır. Benzer şekilde araştırmamızda neredeyse her dört hekimden üçü sevk sisteminin uygulanacak olmasının hekime yönelik şiddeti azaltacağını, her beş hekimden dördü ise tıbbi malpraktis riskini azaltacağını düşünmektedir.

5.9. Araştırmanın Özetlenmesi ve Sonuç

Araştırma sonuçlarımızı dikkate aldığımızda şöyle bir tabloyla karşılaşmaktayız:

1. Dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim almakta olan asistan hekimlerin TUS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Hekimler, yüksek oranlarda ilk tercihlerinde yer alan bilim alanlarında eğitim almaktadırlar. TUS puanı bilim alanı seçiminde etkili değildir. Bununla birlikte TUS puanının tercih edilen alana yetmesinin, TUS puanının yüksek olması faktöründen daha çok TUS tercihlerini belirlemede etkili olduğu görülmüştür. *“TUS’ta yüksek puan alma ile dahili tıp bilimlerini tercih etme arasında doğru orantı vardır”* savı (H_1) geçersizdir.

2. Kadınların cerrahi tıp bilimlerini tercih etme oranı erkeklerden düşüktür. Cinsiyetçi yaklaşım uzmanlık dalı tercihlerinde etkilidir.

3. Cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanların iş yükü (haftalık çalışma süresi, poliklinik hasta sayısı, aylık nöbet sayısı) daha fazladır. Katılımcılar, uzmanlık dalının yaşamdan beklentilerine etkisini, uzmanlık dalı tercihlerini etkileyen faktörler içerisinde birinci sırada ifade etmişlerdir (%73,7). Uzmanlık eğitimi sürecinin yaşamdan beklentilerine etkisi ise tercih nedenleri içerisinde ilk sıralardadır (%63,4). Literatürde, asistan hekimlerin uzun çalışma saatleri, uzmanlık eğitiminde saptanan temel sorunlar arasında öncelikli yere sahiptir. Eğitim sürecinin yaşamdan beklentiye etkisi ile dahili tıp bilimlerinde eğitim alma arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Anlamlı bulunan bu ilişki, iş yükünü dikkate alanların daha çok dahili tıp bilimlerine yöneldiği anlamı taşımaktadır. Bununla birlikte TUS tercihlerinde en çok etkili olan faktörler içerisinde ifade edilen hekimlerin idealindeki uzmanlık dalı olması faktörü anlamlı olarak cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanlarda yüksektir. Dahili dallarda eğitim alanların ideal yaklaşımdan çok iş yükü ve beraberinde gelen sıkıntıları göz önüne aldığı, idealleri doğrultusunda tercih yapanların ise daha çok cerrahi dallara yöneldiği söylenebilir.

Asistan hekimlere göre hekimin iş yükü, tıbbi malpraktis nedenleri içerisinde ilk sırada (%99,5), hekime yönelik şiddet nedenleri içerisinde ise hekimlerin yaşanan aksaklıklarda hedef gösterilmesi (%98,5) ve yasal düzenlemelerin caydırıcı olmaması (%97,1) nedenlerinin ardından uygulanan sağlık politikaları (%91,2) nedeni ile birlikte üçüncü sırada yer almaktadır. Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma, tanık olma ve şiddete maruz kalma kaygısının olması ile iş yükü arasında doğru orantı olduğu görülmüştür.

4. Daha önce başladığı uzmanlık eğitimini tamamlamama ve aldığı eğitimi bırakmayı düşünme nedenleri içerisinde iş yükü, yoğun çalışma şartları ön plandadır. Cerrahi tıp bilimlerinde iş yükünün daha fazla olduğu bildirilmesine rağmen eğitimini tamamlamamayı düşünmede bilim alanları arasında fark yoktur, ancak eğitimi bırakmayı düşünenlerin oranı kadınlarda yüksektir. “*Cerrahi tıp bilimlerinde uzmanlık eğitimini tamamlamama düşüncesi daha fazla orandadır*” savı (H₂)

geçersizdir, bununla birlikte cinsiyetin etkili olduğu görülmüştür. Tıbbi malpraktis ve hekime yönelik şiddet nedenleri içerisinde iş yükünün ilk sıralarda yer aldığı düşünüldüğünde iş yükünün, eğitimi tamamlamama tutumunda ve aldığı eğitimi bırakmayı düşünmede etkisinin olduğu söylenebilir.

5. Şiddete maruz kalma, tıbbi malpraktis ve dava edilme riski TUS tercihlerinde dikkate alınmaktadır. Hekime yönelik şiddet riskini TUS tercihlerinde göz önünde bulunduranların oranı (%37,1), tıbbi malpraktis (%32,7) ve dava edilme riskini (%31,2) göz önünde bulunduranların oranından fazladır. Yaklaşık her üç hekimden biri hekime yönelik şiddet, tıbbi malpraktis ve dava edilme riskini göz önüne alarak uzmanlık dalı tercihiinde bulunmuştur. Tıbbi malpraktis ve dava edilme riskini tercih yaparken göz önünde bulunduranların oranı dahili tıp bilimlerinde eğitim alanlarda daha fazladır. *“Hekime yönelik şiddetin, tıbbi malpraktis ve dava edilme riskinin TUS tercihlerinde dahili tıp bilimlerine yönelmede etkisi daha fazladır.”* savı (H₃) geçerlidir.

Bu verilere göre endişemiz yüksek puan alan hekimlerin cerrahi tıp bilimlerinden uzaklaşmasından ziyade tercihlerde cerrahi tıp bilimlerinden uzaklaşılmasıdır. Cerrahi tıp bilimlerinde ya da hekime yönelik şiddet riskinin ve tıbbi malpraktis davalarının yoğunlaştığı uzmanlık dallarında hekimlerin nicelik ve niteliğinin yeterli olmayışının sağlık hizmeti sunumunda da aksaklıklara sebep olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

6. Uzmanlık eğitimi sürecinde şiddete maruz kaldığını, meslektaşının maruz kaldığı şiddete tanık olduğunu ve şiddete maruz kalma kaygısı olduğunu ifade edenlerin oranları yüksek olup bilim alanları açısından farklılık yoktur. *“Cerrahi tıp bilimlerinde eğitim alanlarda şiddete maruz kalma, meslektaşına yönelik şiddet olayına tanık olma ve şiddete maruz kalma kaygısı daha fazladır”* savı (H₄) geçersizdir. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise lisans ve uzmanlık eğitimi sürecinde kadınların şiddete daha çok maruz kaldığı ve şiddete maruz kalma kaygısının da erkeklere oranla daha fazla olduğu görülmektedir.

Lisans eğitimi sürecinde şiddete maruz kalan her üç hekimden biri TUS tercihlerini belirlerken “hekime yönelik şiddet” faktörünü göz önünde

bulundurmıştır. Şiddete maruz kalan ve kalmayan hekimlerin çoğunlukla dahili tıp bilimlerine yöneldiği görülmekle birlikte lisans eğitimi sürecinde şiddete maruz kalmayanlarda cerrahi tıp bilimlerine yönelme oranı, şiddete maruz kalanlara göre daha yüksektir. *“Lisans eğitimi sürecinde şiddete maruz kalma ile cerrahi tıp bilimlerini tercih etme arasında ters orantı vardır* savı (H₅) geçerlidir.

7. Hekime yönelik şiddet nedenleri olarak belirtilenler sistem, hasta/hasta yakını ve hekim kaynaklı olarak üç ana başlıkta toplandığında katılımcıların şiddet nedenlerinde kendileri dışındaki faktörlerin özellikle sistem kaynaklı faktörlerin asıl rol oynadığı düşüncesinde oldukları görülmektedir. Sistemin neden olduğu “hekimin yaşanan aksaklıklarda hedef olarak gösterilmesi”, “yasal düzenlemelerin caydırıcı olmaması”, “uygulanan sağlık politikaları”, “hekimin yoğun iş gücü” nedenlerine katılım oranları %90’ın üzerindedir.

Hekim kaynaklı olan “iletişim problemleri”, “hastanın yeterince aydınlatılmaması” ve “hekimin bilgi/beceri eksikliği”ne bağlı şiddet nedenlerine kıyasla, hasta/hasta yakını kaynaklı olan “beklentinin yüksek olmasından dolayı sunulan sağlık hizmetine karşı duyulan memnuniyetsizlik” ve “düşük eğitim düzeyi” faktörlerinin hekime yönelik şiddetin nedenleri olarak görülmesine katılım oranları daha yüksektir.

8. Asistan hekimlerin tıbbi malpraktisin nedenleri olarak “hekimin iş yükünün fazla olması”, “hastaya ayrılan sürenin az olması” ve “uygulanan sağlık politikaları”na katılım oranları %90’ın üzerindedir. Tıbbi malpraktis nedenlerine ilişkin yanıtlar “yoğunluk”, “sistem kaynaklı nedenler (sağlık politikaları, sağlık finansmanındaki yetersizlikler)”, “iletişim sorunları”, “eğitim yetersizliği” ve “hekim kaynaklı nedenler” olmak üzere beş başlıkta değerlendirildiğinde yoğunluk ve sistem kaynaklı nedenlerin öncelikle ifade edildiği görülmektedir. Literatürde yer alan iletişim sorunları ve eğitim yetersizliğinin iş yükünün fazlalığı ile ilişkili olduğu ve iş yükü artışında sağlık politikalarının etkisi olduğu bilgisi göz önüne alındığında tıbbi malpraktisin temelinde sistem kaynaklı sorunların ağırlıklı olarak yer aldığı söylenebilir. *“Asistan hekimler, tıbbi malpraktisin nedenlerini hekimden ziyade sistem kaynaklı görmektedir”* savı (H₆) geçerlidir.

9. Asistan hekimler tıbbi malpraktis iddialarından korunmak için bireysel sorumluluklarını artırmayı önelemektedirler. Bununla birlikte defansif tıp uygulamalarına yönelimin olduğu da görülmektedir.

10. Asistan hekimlerin PDEÖS'den memnuniyet oranı sıfıra yakın olup puanlama sistemi ve elde edilen gelirden memnuniyetleri oldukça düşüktür. Memnuniyetsizlik cerrahi dallarda daha fazladır. Katılımcıların büyük çoğunluğu PDEÖS'nin hizmetin niteliğini azalttığını, etik olmayan uygulamalara ve hasta-hekim arası iletişim problemlerine neden olduğunu, hasta muayene süresini kısalttığını düşünmekte ve hasta yararını önceleyen bir uygulama olmadığını ifade etmektedir. *“Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'nin sunulan hizmetin niteliğini azalttığı düşüncesi cerrahi tıp bilimlerinde daha yüksek orandadır”* savı (H₇) geçersiz olup bilim alanından bağımsız olarak katılımcılar, PDEÖS'nin olumsuz yönlerine vurgu yapmışlardır.

11. Asistan hekimler, hastaya ayrılan sürenin azalmasının, iletişim sorunlarının ve uzmanlık eğitimindeki yetersizliklerin neden olduğu tıbbi malpraktis olguları ile PDEÖS arasında ilişki olduğunu düşünmektedir. Bilim alanları arasında fark olmaması dikkat çekicidir. *“Asistan hekimler, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'nin tıbbi malpraktis riskini artırdığını düşünmektedirler”* savı (H₈) geçerlidir. Hekime yönelik şiddet nedeni olarak tıbbi malpraktisi işaret eden asistan hekimlerin yarıya yakınının PDEÖS'nin tıbbi malpraktis riskini artırdığını ifade etmesi performans uygulamasının hekimlerin şiddete maruz kalmalarında etkili olduğunu düşündürmektedir. PDEÖS, hizmet alanını olumsuz yönde etkilemektedir.

12. Katılımcıların çoğunluğu basamak sistemi dikkate alındığında hizmet verdiği hastaların bulunduğu kuruma başvurması gerekmeyen hastalar olduğunu ifade etmekte ve bu düşüncede bilim alanları arasında fark bulunmamaktadır. Sevk sisteminin uygulanmaması, bir anlamda hastalara kurum seçme hakkının sağlanması olmakla birlikte aslında iş yükünü artırarak hastaların bekleme sürelerini uzatmakta, muayene sürelerini kısaltmakta, iletişim sorunlarına neden olmaktadır. Şiddet ve tıbbi malpraktis riskini artıran bu sonuçların olumsuz etkilerinin azaltılmasında basamak sistemini dikkate alarak hastanın kurum seçme hakkından önce gereksinimi

oranında hizmet almasını sağlayacak olan sevk sisteminin uygulanması önemlidir. *“Asistan hekimler sevk sisteminin uygulanacak olmasının hekime yönelik şiddeti ve tıbbi malpraktis riskini azaltacağını düşünmektedirler”* savı (H₉) geçerlidir.

5.10. Öneriler

1. Araştırmamızda şiddet faktörünün hekimler tarafından tercih yaparken göz ardı edilmediği görülmektedir. Bundan yola çıkarak şiddetin nedenlerini anlamak, nedenlere dair çözüm önerileri getirilmesi noktasında önem arz etmektedir.
2. Her geçen gün tıp fakültelerinin ve eğitim hastanelerinin sayısının artması ancak hekim kadrolarının azaltılması hekimlerin iş yükünü artırmaktadır. İş yükünün fazla olması ve nöbet sonrası izin kullanmaksızın çalışmaya devam edilmesi gerek tıbbi malpraktis olasılığını dolayısıyla tıbbi malpraktis davalarını gerekse de hekime yönelik şiddeti artırma potansiyeline sahiptir. Sağlık politikaları hekimlerin içinde bulunduğu sağlık sisteminin bir parçasıdır. Hekimin iş yükünün azaltılmasına ve nitelikli hizmet sunmasına olanak veren sağlık politikalarının geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.
3. Hekimlerin TUS tercihlerinde iş yükünün etkisinin yanı sıra iş yükünün cerrahi bilimlerden uzaklaşmada bir etken olup olmadığının araştırılması etkin sağlık politikaları oluşturmada yol gösterici olacaktır.
4. Sağlık hizmetlerine olan talebin artması sağlık harcamalarının artışını beraberinde getirmiştir. Artan harcamalarla birlikte gerek bireylerin gerek toplumun sağlığının olumlu yönde mi etkilendiğinin yoksa var olan kaynakların verimsiz mi kullanıldığının önem arz ettiğine dikkat etmek gerekmektedir. Etkin bir sevk sistemi ile 2. ve 3. basamak hastanelerdeki yoğunluğun azaltılması bunu yaparken de 1. basamağın artan talebi karşılayacak düzeyde yapılandırılması kaçınılmazdır. SDP'nin bir bileşeni olan PDEÖS'nin de hizmet alan ve veren açısından değerlendirilerek revize edilmesi, nicelikten çok niteliğe odaklanması ve gerekiyorsa başka bir ödeme yöntemine geçilmesi gerekmektedir.

5. Asistan hekim ve personel sayısının artırılması, çalışma şartlarının ve saatlerinin düzenlenmesi ve artan iş yükünün hafifletilmesi ile cerrahi dallara olan talebi artırmak mümkün olabilir.



6. KAYNAKLAR

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, (1961),
<https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>, (13.01.2019).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, (1982),
<https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>, (13.01.2019).

Acik Y, Deveci E, Gunes G (2008) Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occupational Medicine* 58: 361–366.

Açıkgöz B, Ekemen A, Zorlu I ve ark. (2019) Tıp öğrencilerinde uzmanlaşma eğilimi, uzmanlık alan seçimi ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniv. Sağlık Bilim Dergisi* 12: 113-125.

Adaş EB, Elbek O, Bakır K, (2008), Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı, <http://www.ttb.org.tr/siddet/images/file/gaziantepsiddet.pdf>, (05.02.2019).

Akçakanat T, Oksay A (2014) Sağlıkta Performans Uygulamaları ve Yol Açtığı Etik Sorunlar Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma. 2. Uluslararası Davraz Kongresi KüreBioetiksel Sorunlar ve Çözüm Arayışları, Isparta, s: 2335-2362.

Akçam Tİ, Çağırıcı U, Çakan A ve ark. (2012) Göğüs cerrahisi asistanları cerrahi eğitimleri konusunda ne düşünüyor? *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 20: 107-110.

Akıncı SB, Sarıcaoğlu F, Erden İA ve ark. (2013) Anesteziyologlarda Defansif Tıp Uygulamalarının Araştırılması. *Anestezi Dergisi* 21: 151-156.

Akis N, Taneri PE, Avsar Baldan G ve ark. (2018) The effects of personality traits and other variables on the specialty choices of resident doctors. *Turk J Public Health* 16: 157-166.

Akpınar AT, Taş Y (2013) Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekimlerin Tutumları Üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Bir Araştırma. *Çalışma ve Toplum* 2: 167-181.

Aksakoğlu G, Elçi ÖÇ (1996) Sağlıkta Özelleştirme ve Sonuçları. *Toplum ve Hekim Dergisi* 11: 67-74.

Aksu F, (2008), Eskişehir Tabip Odası Bülteni Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı, Sağlıkta Dönüşüm Tıp Eğitimini Nasıl Etkiliyor?, <http://www.ebto.org.tr/bulten/Bulten.pdf>, (03.01.2019).

Aktel M, Altan Y, Kerman U ve ark. (2013) Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz. Sosyal Bilimler Dergisi 15: 33-62.

Al B, Zengin S, Deryal Y ve ark. (2012) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet. Eurasian Journal of Emergency Medicine 11: 115-24.

Alers M, Van Leerdam L, Dielissen P et al (2014) Gendered specialities during medical educaion: a literature review. Perspectives on Medical Education 3: 163-178.

Altınbaş K, Altınbaş G, Türkcan A ve ark. (2011) A survey of verbal and physical assaults towards psychiatrists in Turkey. Int J Soc Psychiatry 57: 631-636.

Altındış S, Coşar E, Atasoy AR ve ark. (2019) Sağlık Uygulamalarında Defansif Tıp. Balıkesir Mecial Journal 3: 12-19.

Altınok M (2015) Perinatal Döneme Yönelik Tıbbi Malpraktis İddiası Bulunup Anne ya da Bebek Ölümüyle Sonuçlanmış ve Adli Tıp Kurumu Tarafından Görüş Bildirilmiş Olguların Medikolegal Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul.

Altınok R (2018) Pamukkale Üniversitesi Hastanesi’nde Çalışan Asistan Hekimlerin Şiddete Maruziyet Sıklığı ve İlişkili Etmenler. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli.

Altundış M (2016) Tıbbi Kişisel Verilerin Tutulması ve Korunması Yükümlülüğü ve İdarenin Bu Yükümlülüğünü Yerine Getirmemesinden Doğan Sorumluluğu. TAAD 28: 313-351.

Ankara Tabip Odası, (2008), Hekimlere-Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Neden? Nasıl Önlenebilir?, <https://docplayer.biz.tr/1091400-Ankara-tabip-odasi-rapor-hekimlere-saglik-calisanlarina-yonelik-siddet-neden-nasil-onlenebilir.html>, (04.05.2018).

Annagür B (2010) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2: 161-173.

Arda H, Ertem M, Baran G ve ark. (2007) Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri. İ.Ü.F.N Hem. Dergisi 15: 68-74.

Arıca SG, Özer C, Arı M ve ark., (2011) Cerrahi ve dahili bölüm asistanlarında tükenmişlik düzeyleri ve etkileyen faktörler. Smyrna Tıp Dergisi : 6-9.

Arıkan A, Çınarlı S, Şenuzun Aykar F ve ark. (2017) Attitudes of Medical Malpractice in Pediatric Surgery. J Pediatr Res 4: 117-122.

Arslan SY (2015) Hastanelere Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarında MVQ (Maudsley Violence Questionnaire) Ölçeği ile Şiddetin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır.

Ashour A, Ashour A, Asiri M et al (2018) Career choices of final year medical students and interns at King Abdulaziz University: Where does orthopaedics stand? J Health Spec 6: 23-29.

Atıcı E (2007a) Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 33: 45-50.

Atıcı E (2007b) Hasta - Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 33: 91-96.

Atılgan E (2015) Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerine Etkileri. Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi 18: 8-23.

Aydın B, Kartal M, Midik Ö ve ark. (2009) Violence Against General Practitioners in Turkey. Journal of Interpersonal Violence 24: 1980-1995.

Aydın Tabip Odası, (2012), Şiddetin Gölgesinde Hekimlik, <http://www.saglikcalisanisagligi.org/289-iddetin-goelgesinde-hekimlik-aydn-tabip-odas-iddete-sfr-tolerans-calma-grubu-.html>, (04.05.2019).

Aygün A, Karabacak V, Işık HS (2018) Acil Servis Hekimlerinin Tıbbi Hukuki Sorumlulukları Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 20: 321-328.

Aynacı Y (2008) Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Konya.

Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y ve ark. (2002) Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 3: 147-154.

Aysan E, Köroğlu G, Türkeli V ve ark. (2008) Türkiye’de Asistan Hekimler. 11 İlde, 1069 Asistan Hekim Katılımlı Anketin Sonuçları. Turk J Med Sci 38: 35-42.

Başer A, Kolcu G, Çığırıl Y ve ark (2014) İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Smyrna Tıp Dergisi 3: 16-24.

Başpınar R, Gökşin Cihan F, Kutlu R (2016) Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi 7: 1-9.

Batur Çağlayan HZ, Ege F, Baştan B ve ark. (2014) Türkiye’de Asistan Bakış Açısıyla Nöroloji Eğitiminin Durumu: Ulusal Anket. Turkish Journal of Neurology 20: 72-75.

Bayram B, Çetin M, Çolak Oray N (2017) Workplace violence against physicians in Turkey’s emergency departments: a cross-sectional survey. BMJ Open 7: 1-10.

Bektemür G, Arıca S, Gençer MZ (2018) Türkiye’de Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri Nasıl Uygulanmalıdır? Ankara Med J 18: 256-266.

Bilişli Y (2016) Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyerinde Şiddet: Üniversite Hastanesi Örneği. The Journal of Academic Social Science Studies 52: 473-486.

Bismark MM, Spittal MJ, Gurrin LC et al (2013) Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia. BMJ Qual Saf 22: 532–540.

Bohrer T, Koller M, Schlitt HJ et al (2011) Workload and quality of life of surgeons. Results and implications of a large-scale survey by the German Society of Surgery. Langenbecks Arch Surg. 396: 669-676.

Bol P, Gül G, Erbaycu EE (2013) Hasta - Hekim İletişimindeki Eksiklik ve Hataların Ortaya Konmasında FMEA Model Analizinin Katkısı. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 27: 181-191.

Bongiovanni T, Yeo H, Sosa JA (2015) Attrition from surgical residency training: perspectives from those who left. The American Journal of Surgery 210: 648-654.

Bostan S, Çiftçi F (2016) Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 7: 1-8.

Bourne T, Wynants L, Peters M et al (2015) The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey. BMJ Open 4: 1-12.

Boz Eravcı D (2014) Şiddet; Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi, Risk Faktörleri, “Bir Kamu Hastanesi Örneği”. Uzmanlık Tezi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi, Ankara.

Budakoğlu II, Karabacak O, Coskun O ve ark. (2014) Personality and learning styles of final-year medical students and the impact of these variables on medical specialty choices. Gazi Medical Journal 25: 138-141.

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, (2019), <https://bursayuksehtisaseah.saglik.gov.tr/>, (05.06.2019).

Buistraan J, Dijkhuizen K, Velthuis S et al (2019) Why do trainees leave hospital-based specialty training? A nationwide survey study investigating factors involved in attrition and subsequent career choices in the Netherlands. *BMJ Open* 9: 1-8.

Büget Mİ, Aksoy Ö, Ali A ve ark. (2015) Tek Merkezli Anket Çalışması: Anestezi Asistanları Arasında Mesleki Değerlendirme. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 78: 62-66.

Büyükbayram A, Okçay H (2013) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing* 4: 46-53.

Can İÖ, Özkara E, Can M (2011) Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 25: 69-76.

Caymaz M (2015) Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2: 1-14.

Cengiz FP, Kemeriz F, Emiroğlu N ve ark. (2014) Deri ve Zührevi Hastalıkları Uzmanlık Öğrencilerinin Görüşleri: Uzmanlık Eğitiminde Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Türk J Dermatol* 2: 88-94.

Civaner M, Sarıkaya Ö, Balcıoğlu H (2009) Uzmanlık eğitiminde tıp etiği. *Anadolu Kardiyol Derg* 9: 132-138.

Civaner M (2011) “Malpraktis” yerine “hizmet kaynaklı zarar”. *Türk Pediatri Arşivi* 46: 6-12.

Civaner M, Yürür K, Pala K, (2011),Sağlık Alanında “Hizmet Kaynaklı Zarar”: Hekimler Ne Diyor?, *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, http://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=cc967e24-9472-11e7-914a-a458ccf77150, (02.04.2018).

Çakır Ö, Sakaoğlu HH (2014) Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adaleti Algısı: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Çalışma İlişkileri Dergisi* 5: 1-21.

Çan E, Topbaş M, Yavuzylmaz A ve ark. (2006) Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Araştırma Görevlisi Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu ile İş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *O.M.Ü. Tıp Dergisi* 23: 17-24.

Çelebi Çakıroğlu O, Harmancı Seren AK (2016) Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 3: 37-43.

Çeler A, Kara İH, Baltacı D ve ark. (2015) Tıp Fakültesi’ndeki Araştırma Görevlilerinde Depresyon Düzeyinin İş Doyumu ile İlişkinin İncelenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 7: 125-133.

Çetin G (2006) Tıbbi Malpraktis. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 48. Etkinlik, İstanbul, s: 31-42.

Çıtak N, Altaş Ö (2012) Türkiye’deki göğüs cerrahisi ve kalp ve damar cerrahisi uzmanlık öğrencisi gözü ile tıpta uzmanlık eğitimi ve eğitim veren kurumlardaki durum. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 20: 826-834.

Çiçek C, Terzi C, (2006), Tıpta Uzmanlık Eğitimi (İzmir Ölçekli İki Araştırma Ve Karşılaştırmalı Sonuçları, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tipta_uzmanlik_egitimi.pdf, (06.07.2019).

Çolak A (2005) Hizmet Kusurundan Malpraktise. Türk Nöroşirürji Derneği Bülteni 6: 48-52.

Çolak Oray N, Balcı B, Özlem EN ve ark. (2013) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 27: 67-73.

Çoltu A (2011) Tıbbi Uygulama Hataları. I. Tıp Hukuku Günleri, İstanbul, s: 24-34.

Çuvadar A (2017) Edirne Merkez İlçede Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hekim ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Boyutu ve Nedenleri Edirne/2013. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne.

Demir F, Ay P, Erbaş M ve ark. (2007) İstanbul’da Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi 18: 31-37.

Demir MC (2016) Rayolojik Görüntüleme İsterken Doktorların Göz Önünde Bulundurdıkları Durumlar. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara.

Demirer S, (2019) Şartlar Genç Hekimlerin Cerrahiye Tercih Etmelerini Engelliyor, Medimagazin, <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-prof-dr-seher-demirer-sartlar-genc-hekimlerin-cerrahiye-tercih-etmelerini-engelliyor-11-681-80573.html>, (07.07.2019).

Doğan Ü (2017) Sağlıkta Medikal Malzeme Kullanımı; “Ucuz Etin yahnisinden Kurtulmak”. Hekim Hakları Dergisi 1:18-19.

Donaldson RI, Shanovich P, Shetty P et al (2012) A Survey of National Physicians Working in an Active Conflict Zone: The Challenges of Emergency Medical Care in Iraq. Prehosp Disaster Med. 27: 1-9.

Duğan Ö (2015) Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansıması. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Konya.

Dursun S (2012) İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. Çalışma İlişkileri Dergisi 3: 105-115.

Dünya Bankası, (2003), Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficency, <http://documents.worldbank.org/curated/en/919651468760505354/Turkey-Reforming-the-health-sector-for-improved-access-and-efficiency>, (06.08.2018).

Dünya Tabipler Birliği, (1992), <https://www.wma.net/policies-post/world-medical-association-statement-on-medical-malpractice/>, (02.02.2019).

Eker HH, Topçu İ, Şahinöz S ve ark. (2011) Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Şiddet Sıklığı. Bidder Tıp Bilimleri Dergisi 3: 16-22.

Ekingen E, Yıldız A, Korku C ve ark. (2017) Hastanelerde Uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Çalışanların Motivasyonu ve Performansına Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 7: 71-83.

Ergün O, Huri E, Acar C ve ark. (2010) Türkiye'deki üroloji eğitimine ve üroloji mesleğine bakış: Anket sonuçlarının değerlendirilmesi. Türk Üroloji Dergisi 36: 298-301.

Ercan S (2016) Tıp Fakültelerinin Yüz Yüze Kaldığı Genel Sorunlar Ve Tıp Fakültelerinde Eğitim Kalitesinin İyileştirilmesi. Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi sayı 45: 45-50.

Erkan A (2011) Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması. Maliye Dergisi 160: 423-437.

Erol A, Sarıçiçek A, Gülseren Ş (2007) Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 8: 241-247.

Erol H, Özdemir A (2014) Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi 4: 9-34.

Ersoy LV (2014) Tıbbi Malpraktis. Toraks Cerrahisi Bülteni 5: 29-32.

Ertem G, Oksel E, Akbıyık A (2009) Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi 1: 1-10.

Fрати P, Busardò FP, Sirignano P et al (2015) Does defensive medicine change the behaviors of vascular Surgeons? A qualitative review. BioMed Research International : 1-5.

Genç Kuzuca İ, Arda B (2010) What Can We Say About Gender Discrimination in Medicine? A Limited Research From Turkey. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 63: 1-8.

Ginther DN, Dattani S, Miller S et al (2016) Thoughts of Quitting General Surgery Residency: Factors in Canada. J Surg Educ. 73: 513-517.

Goodman M, Berlinerblau M (2018) Treating Burnout by Addressing its Causes. Physician Leadership Journal 5: 41-45.

Göcen Ö, Yılmaz A, Aslanhan H ve ark. (2018) Hekimlerin, Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Düzeyleri. TJFMPC 12: 77-87.

Gökçe T, Dündar C (2008) Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 15: 25-28.

Gökmen H, Güleç S (2010) Tıbbi Malprakti Riskinin Yönetiminde Bir Araç olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 1: 9-16.

Gökşin Cihan F, Kutlu R, Karademirci MM (2017) İntörn Doktorların Stresle Başa Çıkma Durumları ile Gelecek Kaygı Düzeyleri. JAREM 7: 122-127.

Göktaş Dört Yol B (2017) Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası ile İlgili Düşünceleri, Kariyer Seçimleri ve Etkileyen Faktörler. Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi 16: 12-21.

Grasreiner D, Dahmen U, Settmacher U (2018) Specialty preferences and influencing factors: a repeated cross-sectional survey of first- to sixth-year medical students in Jena, Germany. BMC Med Educ. 18 : 1-11.

Güner Ş (2011) Tıbbi Uygulama Hataları ve Tazmini. I. Tıp Hukuku Günleri, İstanbul, s: 52-55.

Güzel S, Yavuz MS, Aşırdizer M (2002) Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulları ile Yüksek Sağlık Şurası Raporları Arasında Çelişki Bulunan ve Adli Tıp Genel Kurulu'nda Görüşülen Malpraktis Olgularının İrdelenmesi. Adli Tıp Bülteni 7: 14-20.

Hacettepe Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS), <http://www.tip.hacettepe.edu.tr/agorevlisi/personel.php>, (02.02.2018).

HASUDER, (2011), Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, <http://webb.deu.edu.tr/halksagligi/?SID=ContentBlogger&ID=145&PID=CalisanlaraYonelik&TID=G%C3%BCncel%20Konular%20%C2%BB%20%C3%87al%C4%B1%C5%9Fanlara%20y%C3%B6nelik>, (23.11.2017).

Hakeri , (2007), Bir Hekim Günde Kaç Hastaya Bakmak Zorundadır?,
<https://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-bir-hekim-gunde-kac-hastaya-bakmak-zorundadir-72-64-1373.html>, (05.06.2019).

Hakeri H (2012) Tıp Hukuku. 5. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s: 511-599.

Hakeri H (2014) Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı. Toraks Cerrahisi Bülteni DOI:10.5152/tcb.2014.003.

Ha'renstam KP, Ask J, Brommels M et al (2009) Analysis of 23 364 patient-generated, physicianreviewed malpractice claims from a non-tort, blamefree, national patient insurance system: lessons learned from Sweden. Postgrad Med J 85: 69-73.

Hesketh T, Wu D, Mao L et al (2012). Violence against doctors in China. BMJ 345: 1-5.

Hıdıroğlu S, Önsüz MF, Issa A ve ark. (2013) İstanbul'da Hastanede Çalışan Bir Grup Hekimde Şiddete Maruz Kalma Durumu Ve Sonuçları. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, s: 256.

Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S et al (2006) Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists in Japan. World Journal of Gastroenterology 12: 7671-7677.

Huntington B, Kuhn N (2003) Communication Gaffes: a Root Cause of Malpractice Claims. Proc (Bayl Univ Med Cent) 16: 157–161.

Hürriyet, (2019), Cerrahi tehlike, <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/cerrahi-tehlike-41119546>, (07.07.2019).

ILO/ICN/WHO/PSI, (2003), Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study – Questionnaire ,
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf, (09.10.2018).

Isparta-Burdur Tabip Odası, (2008), Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı,
http://www.ttb.org.tr/siddet/index.php?option=com_content&view=article&id=66:rapor&catid=23:rapor&Itemid=8, (05.06.2018).

İlhan MN, Tüzün H, Aycan S ve ark. (2006) Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. Toplum Hekimliği Bülteni 25: 33-41.

İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ ve ark. (2009) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni 28: 15-23.

İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ ve ark. (2013) Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar. Gazi Medical Journal 24: 5-10.

İz M, Topaçoğlu H, Dikme Ö ve ark. (2019) İstanbuldaki Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Acil Tıp Asistanlarının Piper Yorgunluk Ölçeği ve Epworth Uykululuk Ölçeği İle Yorgunluk ve Uykululuk Değerlerinin Ölçülmesi ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Van Tıp Derg 26: 91-96.

Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D et al (2011) Malpractice Risk According to Physician Specialty. N Engl J Med. 365: 629-636.

Kafadar YT, Göde F, Demir C ve ark. (2013) Türkiye’de Kadın Doğum Asistanlarının Güncel Sorunları. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 10: 37- 41.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017, <https://khgm.saglik.gov.tr/TR,40113/kamu-hastaneleri-istatistik-raporu--2017.html>, (04.08.2019).

Kaplan B, Pişkin ER, Ayar B (2013) Violence Against Health Care Workers. Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences 21: 4-10.

Kara İH, Üzüm HG, Deler MH ve ark. (2013) Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnternlerinin Branş Tercihleri ve TUS Kazanma Durumlarının İncelenmesi. Avrasya Aile Hekimliği Dergisi 2: 11-18.

Karaahmet E, Bakım B, Altınbaş K ve ark. (2014) Evaluation of Assaults on Doctors in Canakkale within the Last Year. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 27: 108-114.

Karaoğlu L, Şahin T, Eğri M ve ark. (2006) İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi’nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Hekimlerin Mesleki Memnuniyet Düzeyi. Toplum Hekimliği Bülteni 25: 7-14.

Karpuz H (2015) Kardiyovasküler Hastalıklar ile İlgili Kusurlu Tıbbi Uygulamalar. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Tıp Bilimleri Anabilim Dalı, İstanbul.

Kart E (2013) “Sağlıkta Dönüşüm” Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. Çalışma ve Toplum 3: 103-139.

Kasap H, Akar T, Demirel B ve ark. (2015) Tıbbi Uygulama Hatası Riski Yüksek Olan Uzmanlık Dallarının Tıpta Uzmanlık Sınavında Tercih Edilme Önceliklerinin Yıllara Göre Değişimi. Adli Tıp Bülteni 20: 34-37.

Kaya A, Aktürk Z, Çayır Y ve ark. (2014a) 2017-2013 Arası Tıpta Uzmanlık Sınavları: Bir Trend Analizi. Ankara Medical Journal 14: 53-58.

Kaya A, Karadayı B, Kolusayın MÖ (2014b) Violence in the Health Sector and Its Properties: A Questionnaire toward Physician Working in the Emergency Departments. *Eurasian J Emerg Med* 13: 124-30.

Kaya S, Bilgin Demir İ, Karsavuran S ve ark. (2016) Violence Against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey. *Journal of Forensic Nursing* 12: 26-34.

Keskin S (2011) Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Aydın.

Kessler D, McClellan M (1996) Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Quarterly Journal of Economics 111 : 353–390.

Khader Y, Al-Zoubi D, Amarin Z et al (2008) Factors affecting medical students in formulating their specialty preferences in Jordan. *BMC Medical Education* 8: 1-7.

Kilinç Bulut Z, Kayaalp Z, Palancı Y ve ark. (2013) Bir İl Merkezinde Çalışan Sağlık Personellerinin Şiddete Maruziyet Durumu. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, s: 674.

Kilminster S, Downes J, Gough B et al (2007) Women in medicine-is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Med Educ.* 41: 39-49.

Kizek Ö, Türkkan A, Pala K (2010) Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Bursa İlinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9: 613-622.

Koç S (2014) Adli Tıbbi Açından Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu. *Toraks Cerrahisi Bülteni* DOI: 10.5152/tcb.2014.002.

Kol E (2014) Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm: Eskişehir Örneği. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi* 16: 31-57.

Kol E (2015) Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi* 5: 135-164.

Koyun A, Akgün Ş, Özvarış ŞB (2013) Türkiye’de hekimler uzmanlaşmada cinsiyet ayrımı yaşıyor mu? *International Journal of Human Sciences* 10: 521-531.

Köksal Yasin Y, Öztürk S, Dereboy ÇG ve ark. (2018) Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Kaygıları Üzerine Kalitatif Bir Araştırma, Aydın. *Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi* sayı 52: 35-49.

Kösemehmetoğlu K, Tan A, Esen T ve ark. (2010) Asistanların Bakışı ile Türkiye’de Patoloji Uzmanlık Öğrencisi Eğitimi: Bir Anket Çalışması. *Türk Patoloji Dergisi* 26: 95-106.

Kumral B, Özdeş T (2013) Tekirdağ İlindeki Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hatalarına (Malpraktis) Bakışı ve Değerlendirmeler. Uluslararası Temel ve Klinik Tıp Dergisi 1: 89-93.

Kutlar A, Torun P (2017) Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri. III. IBANESS Congress Series, Edirne, s: 110-122.

Küçük A, Gökçınar D, Aksoy E ve ark. (2012) Performansa Göre Ek Ücret Ödenmesinin Anestezi Uygulamalarına Etkileri. Turk J Anesth Reanim 40: 262-268.

Liu JH, Etzioni DA, O’Connell JB (2004) The Increasing Workload of General Surgery. Arch Surg. 139: 423-428.

Madazlı R (2012) Adli Tıp Uygulamaları Açısından Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım. II. Tıp Hukuku Günleri: Adli Obstetrik ve Jinekoloji, İstanbul, s: 18-24.

Marakoğlu K, Çetin Kargın N, Armutlukuyu M (2013) Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi 23: 102-108.

Mayda A, Yılmaz M, Bolu F ve ark. (2014) Bir Tıp Fakültesi 4, 5 ve 6. Sınıf Öğrencilerinde Gelecek İle İlgili Kaygı Durumunun Değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 4: 7-13.

Mete B, Nacar E, Tekin C ve ark. (2017) Investigating the defensive medical practices of the physicians working in the city center of Malatya. Medicine Science 6:270-275.

Nahed BV, Babu MA, Smith TR et al (2012) Malpractice Liability and Defensive Medicine: A National Survey of Neurosurgeons. PLOS ONE 7: 1-7.

Nesanır N, Erem A, Bilge B ve ark. (2006) Manisa’da Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Bakış Açısıyla Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması. Toplum ve Hekim 21: 231-238.

O’Daniel M, Rosenstein AH, (2008), Professional Communication and Team Collaboration. In: Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1201002/>, (21.08.2019).

OECD ve Dünya Bankası, (2008), OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>, (12.07.2018).

Oğuz YN, Tepe H, Örnek Büken N ve ark. (2005) Biyoetik Terimleri Sözlüğü. 1. Basım, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara, s: 167, 235.

Ortashi O, Virdee J, Hassan R et al (2013) The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. BMC Medical Ethics 14: 1-6.

Osti M, Steyrer J (2015) A national survey of defensive medicine among orthopaedic surgeons, trauma surgeons and radiologists in Austria: evaluation of prevalence and context. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 21: 278- 284.

Ozkula G, Durukan E (2017) Burnout Syndrome Among Physicians: The Role of Socio-Demographic Characteristics. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 30: 136-144.

Öktem İS, Baykan Z, Çetinkaya F (2013) İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Şiddete Uğrama Durumları. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, s: 229.

Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi Başkanlığı, (2017a), 2017 TUS Sonbahar Değerlendirme Raporu, <https://www.osym.gov.tr/TR,15093/2017-tus-sonbahar-degerlendirme-raporu.html>, (05.06.2019).

Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi Başkanlığı, (2017b), 2017 TUS İlkbahar Değerlendirme Raporu, <https://www.osym.gov.tr/TR,15001/2017-tus-ilkbahar-degerlendirme-raporu.html>, (05.06.2019).

Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi Başkanlığı, (2018), 2018 TUS İlkbahar Değerlendirme Raporu, <https://www.osym.gov.tr/TR,15428/2018--tus-ilkbahar-degerlendirme-raporu.html>, (05.06.2019).

Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi Başkanlığı, (2019), TUS: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı, <https://www.osym.gov.tr/TR,8854/hakkinda.html>, (02.02.2019).

Özata M, Özer K, Akkoca Y (2018) Konya İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 7: 132-139.

Özen Çöl S (2008) İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Çalışma ve Toplum* 4: 107-134.

Özer Ö, Taştan K, Set T ve ark. (2015) Tıbbi Hatalı Uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi* 42: 394-397.

Özgönül ML (2010) Türkiye’de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı. *Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*

Özkal Sayan İ, Şahan Y (2011) Sağlık Bakanlığı’nda Performans Değerlendirme ve Ek Ödeme Sistemi. *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi* 6: 33-70.

Özkaya N (2008) 2002–2006 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunca Görüş Bildirilen Pediatrik Malpraktis İddiası İçeren Kararların İncelenmesi ve Tıbbi Hataların Tespiti. *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.*

Özmen P, Şahin S, Çetin M ve ark. (2013) Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Doktorlar ve Tıbbi Malpraktis Düşünceleri. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, s: 313.

Öztekin Z (2006) Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği. Toplum Hekimliği Bülteni 25: 1-6.

Öztürk N, Gençtürk M (2018) Hekimlerin Branş Tercihlerinin Trend Analizi Yöntemi ile İncelenmesi. Social Sciences Studies Journal 4: 2193-2202.

Özyurt A, Ogan H, Solakoğlu Z ve ark., (2009), Hekime Yönelik Şiddet Nasıl Önlenir Çalışmayı Anket Sonuçları, www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/rapor/siddetcalistay.doc, (01.05.2018).

Pakış I, Yayıcı N, Karapirli M ve ark. (2008) Ölümle Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımda Adli Otopsinin Rolü. Türkiye Klinikleri J Med Sci 28: 30-39.

Pala K (2005) Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması. Toplum ve Hekim 20: 72-74.

Pala K, (2007), Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?, https://www.researchgate.net/publication/280230044_Turkiye_icin_nasil_bir_saglik_reformu, (08.10.2018).

Pala K (2017) Türkiye’de Sağlık Reformu/Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci. Derleyenler: Yenimahalleli Yaşar G, Göksel A, Birler Ö, Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa, 1. Baskı, NotaBene Yayınları, İstanbul, s: 43-74.

Panella M, Leigh F, Rinaldi C et al (2015) Defensive Medicine: Overview of the literature. Ig Sanita Pubbl. 71: 335-351.

Park J, Minor S, Taylor RA et al (2005) Why are women deterred from general surgery training? The American Journal of Surgery 190: 141-146.

Polat O, Pakış I (2011) Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2: 119-125.

Resmi Gazete, (1961), Tababet İhtisas Tüzüğünde Yapılacak Değişikliklere Dair Tüzük, <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10942.pdf>, (03.07.2019)

Resmi Gazete, (1974), Tababet Uzmanlık Yönetmeliği, <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/14893.pdf>, (04.06.2019).

Resmi Gazete, (1987), Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/19461.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/19461.pdf>, (20.01.2019).

Resmi Gazete, (2002), Tıpta Uzmanlık Tüzüğü, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2002/06/20020619.htm#9>, (12.06.2019)

Resmi Gazete, (2005), Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-2.htm>, (20.01.2019).

Resmi Gazete, (2010a), Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130-1.htm>, (20.01.2019).

Resmi Gazete, (2010b), Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1), <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/07/20100721-17-1.htm>, (20.01.2019).

Resmi Gazete, (2011), Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ İle Yayımlanan Tarife ve Talimat İle Genel Şartlar'da Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tebliğ, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/07/20110719-4.htm>, (20.01.2019).

Resmi Gazete, (2012), Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (Tebliğ No: 2010/1)'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/08/20120828-10.htm>, (20.01.2019).

Resmi Gazete, (2013), Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130324-3.pdf>, (06.07.2019).

Resmi Gazete, (2015), Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1)'de Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tebliğ, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/10/20151028-1.htm>, (20.01.2019).

Ridic G, Howard T, Ridic O (2012) Medical Malpractice in Connecticut: Defensive Medicine, Real Problem or a Red Herring – Example of Assessment of Quality Outcomes Variables. *Acta Inform Med.* 20: 32–39.

Ridell ST, Tett L (2010) Gender balance in teaching debate: tensions between gender theory and equality policy. *International Journal of Inclusive Education* 14: 463-477.

Saatcioğlu OC (2009) Amerika Birleşik Devletleri ve Japonya'daki Özel Hukuk Uygulamalarında Tıbbi Malpraktis Olgusu. *Sağlık Hukuku Digestası Dergisi* 1: 190-208.

Saber Tehrani AS, Lee H, Mathews SC et al (2013) 25-Year summary of US malpractice claims for diagnostic errors 1986–2010: an analysis from the National Practitioner Data Bank. *BMJ Qual Saf* 22: 672-680.

Sağlık Bakanlığı, (2003), Sağlıkta Dönüşüm, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, (14.01.2019).

Sağlık Bakanlığı, (2007), Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002- Haziran 2007, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/180>, (14.01.2019).

Sağlık Bakanlığı, (2008a), İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf>, (22.05.2018).

Sağlık Bakanlığı, (2008b), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/189>, (22.05.2018).

Sağlık Bakanlığı, (2011), Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>, (22.08.2019).

Sağlık Bakanlığı, (2016), Sağlık İstatistikleri Yıllığı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>, (23.01.2019).

Sağlık Bakanlığı, (2017), Sağlık İstatistikleri Yıllığı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>, (23.01.2019).

Saines JC (1999) Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accid Emerg Nurs* 7: 8-12.

Sarcan E (2013) Toplumun Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısı. Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep.

Satar S, Cander B, Avcı A et al (2013) Why specialty in emergency medicine is not preferred? *Eurasian J Emerg Med* 12: 234–236.

Saygun M, Pınar T, Aydın A ve ark. (2013) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Uzmanlık Alanı Tercihlerine Etkisi. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, s: 676.

Sayılı U, Sayman ÖA, Vehid S ve ark. (2017) Türkiye ve OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması. *Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 2: 1-12.

Schaffer AC, Jena AB, Seabury SA et al (2017) Rates and Characteristics of Paid Malpractice Claims Among US Physicians by Specialty, 1992-2014. *JAMA Intern Med.* 177: 710-718.

Selçuk M (2015) Çekinik (Defansif) Tıp. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku, İzmir.

Selçuk M, Çınarlı S, Arslan Hızal S (2015) Çekinik (Defansif Tıp). LEGES İzmir Üniversitesi Sağlık Hukuku Dergisi 6: 15-48.

Sethi MK, Obremskey WT, Natividad H et al (2012) Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the United States: a national survey study. The American Journal of Orthopedics 41: 69-73.

Smith M (2015) Rise in violence against doctors in Turkey, elsewhere. CMAJ 187: 643.

Solaroğlu İ, İzci Y, Yeter HG ve ark. (2014) Health Transformation Project and Defensive Medicine Practice among Neurosurgeons in Turkey. Plos One 9: 1-7.

Sood R, Singh G, Arora P (2017) To study medical students' perspective on rising violence against doctors. Do they consider obstetrics and gynecology a risky branch? Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 6: 3314-3318.

Soyer A (2009) Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2: 179-182.

Soysal A, Kırac R, Alu A (2016) Türkiye'de Aile Hekimliği Sistemi ve Diyarbakır Halkının Aile Hekimliği Sistemine Olan Memnuniyet Ölçüleri. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 6: 76-88.

Sönmez M, Karaoğlu L, Eğri M ve ark. (2013) Prevalence of workplace violence against health staff in Malatya. Bitlis Eren Univ J Sci & Technol 3: 26-31.

Sönmez CI, Ayhan Başer D, Gülmez H (2018) Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Doktorlarında Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Euras J Fam Med 7: 93-100.

Sülkü SN (2011) Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Hastanelerinin Verimliliği Üzerine Etkileri. Maliye Dergisi 160: 242-268.

Şahin E (2017) Tıpta Uzmanlık Öncesi Saha Hizmeti Yapılmasının Uzmanlık Tercihleri ve Tıp Eğitimi Üzerine Katkısı. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.

Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S (2011) A Survey of Violence Against Staff Working in the Emergency Department in Ankara, Turkey. Asian Nursing Research 5: 197-203.

Tan MN, Özçakar N, Kartal M (2012) Asistan Hekimlerin Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kapsamında Mesleki Memnuniyetleri ve Yaşam Koşulları ile İlişkisi. Marmara Medical Journal 25: 20-25.

Tanrıverdi H, Teker Ç (2010) Eğitim Hastanelerinde Asistan Doktorların Klinik İş Yükleri Bakımından Performans Ölçütlerinin Karşılaştırılması. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 1: 114-136.

Teke HY, Alkan HA, Başbulut AZ ve ark. (2007) Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı ve Bilgilenme Düzeyi: Anket Çalışması. Türkiye Klinikleri Adli Tıp 4: 61-67.

Terzi Ö, Pekşen Y (2018) İntörnlerin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Risklerin Değerlendirilmesi. HSP 5: 65-71.

Tıp Dünyası, (2013), <http://www.tipdunyasi.dr.tr/wp-content/uploads/image/td/TD193/index.pdf>, (07.05.2019).

Top M, Gider Ö, Taş Y ve ark. (2008) Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 11: 161-199.

Toraman A, Çarıkçı İH (2019) Defansif Tıbbın Nedenlerinin Hekim Gözüyle Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi 10: 40-51.

Turgut N, Karacalar S, Polat C ve ark. (2016) Uzmanlık Eğitimindeki Doktorlarda Tukenmişlik Sendromu. Turk J Anaesthesiol Reanim 44: 258-264.

Turla A, Aydın B, Ünlü B (2012) İntern Hekimlerin Hekime Yönelik Şiddet Konusunda Yaşanmışlıkları ve Düşünceleri. Adli Tıp Bülteni 17: 5-11.

Tunç T, Özen Kutanis R (2015) Doktor ve Hemşirelerde Kaygı Nedenleri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi 6: 62-71.

Türk Cerrahi Derneği, (2009), Performans Sistemi Hakkında TCD Görüşü, https://www.turkcer.org.tr/files/files/performans_sistemi_tcd_gorusu.pdf, (25.07.2019).

Türk Ceza Kanunu, (2004), <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237-20150327.pdf>, (27.01.2019).

Türk Dil Kurumu, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5c4dd900af9aa9.17631409, (27.02.2018).

Türk Tabipleri Birliği, (2009), Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme, <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayalioldeme.pdf>, (26.02.2018).

Türk Tabipleri Birliği, (2010), Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri, https://ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=5c42ab9e-9471-11e7-914a-a458ccf77150&1534-D83A_1933715A=7380f2bea502a662662502feb94c797f10065129, (26.02.2018).

Türk Tabipleri Birliği, (2012), Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf, (20.03.2018).

Türk Tabipleri Birliği, (2013), Şiddetle Başa Çıkmak, http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siddetbr_13.pdf, (10.04.2018).

Türk Tabipleri Birliği, (2014), Önlenebilir Bir Sorun: Hekime Yönelik Şiddet Araştırmalardan Yararlanılan Değerlendirmeler ve Çözüm Önerileri, <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/hekimesiddet.pdf>, (12.04.2018).

Türk Tabipleri Birliği, (2015), Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tiptauzmanlikegitimi.pdf>, (14.04.2018).

Türk Tabipleri Birliği, (2016-2017), Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Çalışma Raporu, http://www.ttb.org.tr/c_rapor/2016-2017/2016-2017.pdf, (14.04.2018).

Türk Tabipleri Birliği, (2017), Hekimler Talep Ediyor! İyi Hekimlik İçin Olumlu Çalışma Koşulları ve Yeterli Ücret, https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=67cbd7a6-9232-11e7-b66d-1540034f819c&1534-D83A_1933715A=47732a7bc7dead6cd1f0ef394302b72d1fe3b0f0, (05.07.2018).

Türk Toraks Derneği, (2011), Türk Toraks Derneği İş Gücü Anketi Sonuçları: İlgili Kişiler ve Kurumların Değerlendirmeleri Hangi Yönde?, https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/1682011125549-TTD_IS_YUKU_ANKETI_SONUCLARI-.pdf, (10.04.2018).

Türkan H, Tuğcu H (2004) 2000-2004 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurasında Değerlendirilen Acil Servislerle İlgili Tıbbi Uygulama Hataları. Gülhane Tıp Dergisi 46: 226-231.

Türkmenoğlu B, Sümer HE (2017) Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyet Sıklığı. Ankara Med J 17: 216-225.

Ucar G, Yoldaşcan E, Çelik S ve ark. (2013) Bir Tıp Fakóltesi'nde Çalışan Araştırma Görevlilerinin Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Değerlendirilmesi. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, s: 390.

Uludağ Üniversitesi, (2018), <http://tip.uludag.edu.tr/>, (04.02.2018).

Urgan U, Hamzaoğlu O (2016) Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde Çalışan Asistanlar Arasında Bel Ağrısı Sıklığı ve Bel Ağrısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi : 49-56.

Ünal FE (2008) Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon ve Anksiyete Sıklığının Saptanması ve Sosyodemografik Faktörlerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.

Üstü Y, Uğurlu M, Kasım İ ve ark. (2012) Sağlıkta Dönüşüm Projesi Sonrası Sağlık Kurumlarına Başvuru Sıklıklarının Değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi 4: 48-53.

Wallace E, Lowry J, Smith SM et al (2013) The epidemiology of malpractice claims in primary care: a systematic review. BMJ Open 3: 1-8.

Warshaw LJ, Messite J (1996) Workplace violence: preventive and interventive strategies. JOEM 38: 993-1006.

World Health Organization, (2002a), World report on violence and health, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=88D3A9B85291B9B951657A70D4A13AE7?sequence=1, (07.06.2018).

World Health Organization (2002b) Workplace violence in the health sector. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf, (10.04.2018).

World Health Organization, (2006), Working together for health, https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1, (05.07.2019).

Yaşar ZF, Durukan E, Halibeyoğlu B ve ark. (2016) Sağlık Çalışanlarında Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar. Adli Tıp Dergisi 30: 143-152.

Yaşayancan Ö, Bulut YE, Usta İ ve ark. (2015) Araştırma Görevlilerinin Yaşam Biçimleri ve Şiddete Maruz Kalma Durumları. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 7: 46-61.

Yazıcı YA, Şen H, Aliustaoğlu S ve ark. (2015) Evaluation of the medical malpractice cases concluded in the General Assembly of Council of Forensic Medicine. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 21: 204-208.

Yenimahalleli Yaşar (2017) AKP’li Yıllarda Sağlık ve Sağlık Politikası. Derleyenler: Yenimahalleli Yaşar G, Göksel A, Birler Ö, Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa, 1. Baskı, NotaBene Yayınları, İstanbul, s: 103-142.

Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ ve ark. (2009) Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Cumhuriyet Tıp Dergisi 31: 356-366.

Yıldırım K (2013) Hekime Yönelik Şiddeti Besleyen Skala: Teorik ve Pratik Boyut. Toplum ve Hekim Dergisi 28: 70-80.

Yıldırım İ (2015) Tıbbi Malpraktis ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6: 121-129.

Yılmaz K, Polat O, Kocamaz B (2014) Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi 16: 19-51.

Yılmaz Y, Uçar E, Ertin H (2019) Tıpta Uzmanlık Eğitimi Ve Asistan Hekimlerin Sorunlarının İrdelenmesi: Bir Anket Çalışması. Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi 18: 21-29.

Yiğit V (2017) Türkiye'de Üniversite Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi. CONTEMP MED 7: 126-131.

Yükseköğretim Kurulu, (2017), Tıp Dallarında Asistan Eğitimi Çalıştay Çalıştay Raporu,
https://www.yok.gov.tr/Documents/Yayinlar/Yayinlarimiz/tip_dallarinda_egitim_calistayi_2017.pdf, (06.06.2019).

Yüzden GE (2013) Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve Hekim Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara.

Zeng Y, Zhang L, Yao G et al (2018) Analysis of Current Situation and Influencing Factor of Medical Disputes Among Different Levels of Medical institutions Based on the Game Theory in Xiamen Of China A Cross-Sectional Survey. Medicine (Baltimore) 97: 1-10.

7. KISALTMALAR

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Dünya Bankası (DB)

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO)

Dünya Tabipler Birliği (DTB)

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD)

Genel Sağlık Sigortası (GSS)

Isparta-Burdur Tabip Odası (IBTO)

Kamu Özel Ortaklığı (KÖO)

Kanun Hükmünde Kararname (KHK)

Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM)

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS)

Resmi Gazete (RG)

Sağlık Bakanlığı (SB)

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (TUS)

Türk Ceza Kanunu (TCK)

Türk Dil Kurumu (TDK)

Türk Tabipleri Birliği (TTB)

8. EKLER

EK 1

Uzmanlık Dallarına Göre Risk Gruplarının Dağılımı

A-		RİSK GRUBU			
Kod		1.GRUP	2.GRUP	3.GRUP	4.GRUP
0	Pratisyen Tabip		X		

B-		RİSK GRUBU			
Kod	Uzmanlık Dalları	1.GRUP	2.GRUP	3.GRUP	4.GRUP
1	Acil (İlk ve acil yardım) Tıp				x
2	Adli Tıp	x			
3	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi			x	
4	Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi				x
5	Aile Hekimliği		x		
6	Algoloji			x	
7	Anatomi	x			
8	Anesteziyoloji ve Reanimasyon				x
9	Askeri Psikiyatri		x		
10	Askeri Sağlık Hizmetleri (Askeri Sahra Hekimliği) (Askeri sahra sağlık hizmetleri hekimliği)	x			
11	Beyin ve Sinir Cerrahisi (Nöroşirurji)				x
12	Cerrahi Onkoloji (Onkolojik cerrahi)				x
13	Çevre Sağlığı	x			
14	Çocuk Acil				x
15	Çocuk Cerrahisi			x	
16	Çocuk Endokrinolojisi (Çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları)		x		
17	Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları			x	
18	Çocuk Gastroenterolojisi (Çocuk Gastro. Hepatoloji ve Beslenme)			x	
19	Çocuk Genetik Hastalıkları		x		

20	Çocuk Göğüs Hastalıkları			x	
21	Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi (Çocuk Hematolojisi) (Çocuk Onkolojisi)			x	
22	Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları (Çocuk İmmünolojisi) (Çocuk Alerjisi) (Çocuk allerjisi)		x		
23	Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi				x
24	Çocuk Kardiyolojisi			x	
25	Çocuk Metabolizma Hastalıkları (Çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları)		x		
26	Çocuk Nefrolojisi			x	
27	Çocuk Nörolojisi			x	
28	Çocuk Radyolojisi		x		
29	Çocuk Romatolojisi		x		
30	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları			x	
31	Çocuk Ürolojisi			x	
32	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Çocuk Psikiyatrisi) (Çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları)			x	
33	Çocuk Yoğun Bakımı				x
34	Deri ve Zührevi Hastalıkları (Dermatoloji)		x		
35	El Cerrahisi				x
36	Endodonti			x	
37	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları		x		
38	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (Enfeksiyon Hastalıkları) (Bakteriyoloji ve enfeksiyon hastalıkları)			x	
39	Epidemiyoloji	x			
40	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (Fizik tedavi ve rehabilitasyon)		x		
41	Fizyoloji	x			
42	Gastroenteroloji			x	
43	Gastroenteroloji Cerrahisi				x
44	Genel Cerrahi (Genel şirürji)				x
45	Geriatri (Geriatri)		x		
46	Göğüs Cerrahisi (Göğüs kalp ve damar şirürjisi)				x
47	Göğüs Hastalıkları (Göğüs hastalıkları ve tüberküloz)			x	
48	Göz Hastalıkları			x	

49	Halk Sağlığı	x			
50	Harp Cerrahisi			x	
51	Hava ve Uzak Hekimliği (Hava hekimliği)		x		
52	Hematoloji			x	
53	Histoloji ve Embriyoloji (Embriyoloji ve histoloji) (Tıbbi histoloji ve embriyoloji) (Histoloji ve embriyoloji)	x			
54	İç Hastalıkları			x	
55	İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları (İmmünoloji) (Alerjik Göğüs Hastalıkları) (Alerji Hastalıkları) (Alerjik hastalıklar)		x		
56	İş ve Meslek Hastalıkları (İşçi sağlığı ve iş güvenliği)		x		
57	Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi				x
58	Kadın Hastalıkları ve Doğum				x
59	Kalp ve Damar Cerrahisi (Göğüs kalp ve damar şirürjisi)				x
60	Kardiyoloji			x	
61	Klinik Nörofizyoloji		x		
62	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları			x	
63	Nefroloji			x	
64	Neonatoloji				x
65	Nöroloji			x	
66	Nükleer Tıp		x		
67	Ortodonti			x	
68	Ortopedi ve Travmatoloji				x
69	Çocuk Diş Hekimliği		x		
70	Periferik Damar Cerrahisi				x
71	Perinatoloji				x
72	Periodontoloji		x		
73	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi				x
74	Protetik Diş Tedavisi			x	
75	Radyasyon Onkolojisi		x		
76	Radyoloji (Radyodiyagnostik)			x	
77	Romatoloji (Rumatoloji)		x		
78	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri)			x	
79	Sitopatoloji (Sitoloji)	x			
80	Spor Hekimliği		x		

81	Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp (Deniz ve sualtı hekimliği) (Deniz hekimliği)		x		
82	Temel İmmünoloji (İmmünoloji)	x			
83	Tıbbi Biyokimya (Biyokimya ve klinik biyokimya)	x			
84	Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji (Hidroklimatoloji)	x			
85	Tıbbi Farmakoloji	x			
86	Tıbbi Genetik		x		
87	Tıbbi Mikoloji (Mikoloji)	x			
88	Tıbbi Mikrobiyoloji (Mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji) (Mikrobiyoloji)	x			
89	Tıbbi Onkoloji			x	
90	Tıbbi Parazitoloji (Parazitoloji)	x			
91	Tıbbi Patoloji (Patoloji)	x			
92	Tıbbi Viroloji (Viroloji)	x			
93	Üroloji			x	
94	Yoğun Bakım				x
95	Diş Tabibi		x		
96	Restoratif Diş Tedavisi”			x	
97	Ağız Diş ve Çene Radyolojisi		x		
98	Gelişimsel Pediatri		x		

Kaynak: (RG, 2010b; RG, 2011).

ANKET FORMU

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Tıpta Uzmanlık Dalı Tercihlerine Etkisi

Literatürde Türkiye'de 2003 yılından beri uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uzmanlık öğrencisi hekimleri cerrahi bilimlerden ziyade dahili ve temel bilimlere yönelttiğine dair görüşler yer almaktadır. Bu araştırmayla siz uzmanlık öğrencisi hekimlerin, tıpta uzmanlık tercihlerinizde bu programın bir uzantısı olarak uygulanan performansa dayalı ödeme sisteminin ve yine bu programın çıktıları olarak literatürde yer alan tıbbi uygulama hatalarının (tıbbi malpraktis), tıbbi malpraktis davalarındaki ve şiddet vakalarındaki artışın etkili olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma, UÜTF Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Elif Atıcı'nın danışmanlığında Yüksek Lisans tezi olarak planlanmıştır.

Anket sorularını yanıtlamak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bununla birlikte vereceğiniz yanıtlar var olduğu düşünülen sorunun aydınlatılması açısından büyük önem taşımaktadır. Anket için kimlik bilgilerinizi vermenize gerek yoktur. Yanıtlarınız sadece araştırmacılar tarafından ulaşılan bir veri tabanında gizli tutulacak olup araştırma sonrasında da hiçbir biçimde kimlik belirtici bilgi verilmeyecektir.

İlginiz, desteğiniz ve katkınız için teşekkür ederiz.

İlknur ARSLAN

UÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Doç. Dr. Elif ATICI

UÜTF Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

BÖLÜM I

1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
2. Eğitim almakta olduğunuz uzmanlık dalı:
3. Yerleştiğiniz yıl : () İlkbahar dönemi () Sonbahar dönemi
4. Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) yerleştirme puanınız:
5. Tercih sıralamanızda yer alan ilk üç uzmanlık dalı :
 - 1).....
 - 2).....
 - 3).....
6. Haftalık çalışma süreniz: saat
7. Günlük ortalama poliklinik hasta sayınız:
8. Bir aydaki nöbet sayınız:
9. Nöbet sonrası izin kullanabiliyor musunuz? () Evet () Hayır

BÖLÜM II

10. TUS tercihlerinizi belirlerken etkili olan faktöre ilişkin aşağıda yer alan ifadelerden sizin için uygun olanı işaretleyiniz.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
İdealimdeki uzmanlık dalı olması			
Ailemin isteği			
Toplumsal cinsiyet baskısı			
TUS puanımın bu alana yetmesi			
TUS puanımın yüksek olması			
İlgili uzmanlık eğitimi sürecinin yaşamdan beklentilerime etkisi			
Seçtiğim uzmanlık dalının yaşamdan beklentilerime etkisi			
Saygın bir uzmanlık dalı olması			
Uzmanlık eğitimi alacağım şehir			
Uzmanlık eğitimi alacağım kurumun niteliği			
Seçtiğim uzmanlık dalının maddi getirisinin yüksek olması			
Klinik stajlar esnasındaki gözlemlerim ve deneyimlerim			
Rol model			
Tıbbi malpraktis riski			
Dava edilme riski			
Hekime yönelik şiddet			

Belirtmek istediğiniz diğer neden/nedenler:.....
.....

11. Daha önce eğitimi tamamlamadığınız uzmanlık dalı var mı?

() Yok

() Var (Lütfen uzmanlık dalını ve neden eğitimi bıraktığınızı belirtiniz)

.....
.....

12. Eğitimi aldığınız uzmanlık dalını bırakmayı düşünüyor musunuz?

() Hayır

() Evet (Lütfen nedenini belirtiniz)

.....
.....

BÖLÜM III

Aşağıda yer alan ifadelere ait bilginizin olup olmadığını işaretleyiniz.

13. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılmakta olan ve yapılacaklar konusunda: Var () Yok ()

14. Performansa dayalı ödeme sistemi hakkında: Var () Yok ()

15. Hekim mesleki sorumluluk sigortası hakkında: Var () Yok ()

16. Tıbbi malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında: Var () Yok ()

BÖLÜM IV

17. Dünya Tabipler Birliği, hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zararı tıbbi malpraktis olarak tanımlamaktadır.

Tıbbi malpraktisin nedenine ilişkin aşağıda yer alan ifadelerden sizin için uygun olanı işaretleyiniz.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
Tıp eğitimindeki yetersizlikler			
Uzmanlık eğitimindeki yetersizlikler			
Hasta-hekim arası iletişim problemleri			
Hekim-sağlık çalışanı arası iletişim problemleri			
Meslektaşlar arası iletişim problemleri			
Hekimin iş yükünün fazla olması			
Hastaya ayrılan sürenin az olması			
Hastanın sürece aktif olarak katılmaması			
İnsan gücü eksikliği / personel yetersizliği			
Yetersiz tıbbi malzeme			
Kalitesiz tıbbi malzeme			
Hekimin kendini geliştirme ve yenileme eksikliği			
Tıbbi malpraktis davalarından duyulan kaygı			
Performansa dayalı ödeme sistemi			
Aydınlatılmış onamın (bilgilendirilmiş olur) eksik alınması, alınmaması ya da hastanın yeterince aydınlatılmaması			
Eksik hasta kaydı			
Uygulanan sağlık politikaları			
Sevk sisteminin uygulanmaması			

Belirtmek istediğiniz diğer neden/nedenler:.....

18. Tıbbi malpraktis iddialarından korunmaya ilişkin aşağıda yer alan ifadelerden sizin için uygun olanı işaretleyiniz.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
Fazladan tetkik isterim.			
Fazladan konsültasyon isterim.			
Fazladan ilaç yazarım.			
Endikasyonsuz hasta yatışı yaparım.			
Dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınırım.			
Kompleks medikal problemi olan hastalardan kaçınırım.			
Komplikasyonu yüksek tedaviden kaçınırım.			
Riskli hastaları sevk ederim.			
Hasta kayıtlarını daha detaylı tutarım.			
Hastaya daha detaylı açıklama yaparım.			
Ektepte yer alan sağlık çalışanlarıyla daha etkili iletişim kurarım.			
Bilimsel bilgimi, becerimi ve mesleki yeteneklerimi sürekli olarak yenilerim, geliştiririm ve güncellerim.			
Tıbbi uygulama hatasının oluşması durumunda hastamla bunu paylaşmam.			
Aydınlatılmış onam alırken hastanın yeterince aydınlandığına emin olurum.			

Diğer:

BÖLÜM V

19. Performansa dayalı ödeme sistemine ilişkin aşağıda yer alan ifadelerden sizin için uygun olanı işaretleyiniz.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
Performansa dayalı ödeme sisteminden memnunum.			
Performansa dayalı ödeme sistemiyle elde ettiğim gelirden memnunum.			
Eğitimi almakta olduğum uzmanlık dalına özgü uygulanan performans puanlarından memnunum.			
Performansa dayalı ödeme sistemi hasta muayene süresinin kısalmasına neden olmaktadır.			
Performansa dayalı ödeme sistemi hasta-hekim arası iletişim problemlerine neden olmaktadır.			
Performansa dayalı ödeme sistemi tıbbi malpraktis riskini artırmaktadır.			
Performansa dayalı ödeme sistemi hasta yararını önceleyen bir uygulamadır.			
Performansa dayalı ödeme sistemi uzmanlık eğitimi olumsuz etkilemektedir.			
Performansa dayalı ödeme sistemi hekimin sunduğu hizmetin niteliğini azaltmaktadır.			
Performansa dayalı ödeme sistemi meslektaşlar arası ilişkileri zedelemektedir.			
Performansa dayalı ödeme sistemi etik olmayan uygulamalara yol açmaktadır.			

BÖLÜM VI

20. Lisans eğitimi sürecinizde şiddete maruz kaldınız mı?

- () Evet () Fiziksel () Sözel () Psikolojik (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)
() Hayır

21. Uzmanlık eğitimi sürecinizde şiddete maruz kaldınız mı?

- () Evet () Fiziksel () Sözel () Psikolojik (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)
() Hayır

22. Uzmanlık eğitimi sürecinizde meslektaşınıza yönelik şiddet olayına tanık oldunuz mu?

- () Evet
() Hayır

23. Uzmanlık eğitimi sürecinizde şiddete maruz kalma konusunda bir kaygınız var mı?

- () Evet
() Hayır

24. Hekime yönelik şiddetin nedenlerine ilişkin aşağıda yer alan ifadelerden sizin için uygun olanı işaretleyiniz.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
Hastanın bekleme süresinin uzun olması			
Hastanın muayene süresinin kısa olması			
Hastanın/hasta yakınının beklentisinin yüksek olmasından dolayı sunulan sağlık hizmetine karşı memnuniyetsizlik			
Şiddeti gerçekleştirenlerin eğitim düzeyinin düşük olması			
Ekonomik nedenler			
Hastanın yeterince aydınlatılmaması			
Hasta-hekim arası iletişim problemleri			
Personel yetersizliği			
Hekimin bilgi/beceri eksikliği			
Hekimin yoğun iş gücü			
Tıbbi malpraktis			
Uygulanan sağlık politikaları			
Hekimin yaşanan aksaklıklarda hedef olarak gösterilmesi			
Sevk sisteminin uygulanmaması			
Yasal düzenlemelerin caydırıcı olmaması			

Belirtmek istediğiniz diğer neden/nedenler:.....
.....
.....

BÖLÜM VII

25. Karşılaştığınız hastalar basamak sistemini dikkate aldığınızda bulunduğunuz kuruma gelmesi gereken hastalar mı?

() Evet

() Hayır basamakta hizmet alabilecek hastalar gelmektedir.

Sevk sisteminin uygulanacak olmasının;

26. Hekime yönelik şiddeti azaltacağını düşünüyorum.

() Evet

() Hayır

27. Tıbbi malpraktis riskini azaltacağını düşünüyorum.

() Evet

() Hayır

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 24.11.2017
Karar No : 2017-17 / 28



UÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 1 / 1
Rev. No : 02	Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014	

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı tarafından yürütülen **"Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Tıpta Uzmanlık Dalı Tercihlerine Etkisi"** başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Doç. Dr. Elif ATICI

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmayla siz uzmanlık öğrencisi hekimlerin, tıpta uzmanlık tercihlerinizde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir uzantısı olarak uygulanan performansa dayalı ödeme sisteminin ve yine bu programın çıktıları olarak literatürde yer alan tıbbi uygulama hatalarının (tıbbi malpraktis), tıbbi malpraktis davalarındaki ve şiddet vakalarındaki artışın etkili olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

İzlenecék Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

27 sorudan oluşan anket formu sizlere elden teslim edilecek olup yanıtlamanız için bir hafta süre tanınacaktır. Tüm sorulara yanıt vermeniz ve "diğer" seçeneklerini yanıtlamanız gerektiğini düşünüyorsanız yanıtlamanız araştırmanın amacına ulaşabilmek açısından büyük önem taşımaktadır. Anket sorularını yanıtlamanız için maximum 15 dakikaya gereksiniminiz vardır.

Araştırmanın Süresi: 1 yıl

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 590

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Doç. Dr. Elif Atıcı

YL Öğrencisi İlknur Arslan

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 21.12.2017
Karar No : 2017-17/28

Çalışmanın adı: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Tıpta Uzmanlık Dalı Tercihlerine Etkisi
Tarih: 16.Kasım 2017

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI

Sağlıkta dönüşüm programının tıpta uzmanlık dalı tercihlerine etkisi

Karar No: 2017-17/ 28

Tarih: 21 Kasım 2017

KARAR BİLGİLERİ

Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.

1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna,

2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,

3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,

4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI

Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

ÜYELER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr. Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Görevli
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı- Başkan Vek.	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Görevli
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Görevli
Yrd.Doç.Dr.Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Selen MİĞAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

9. TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi, beceri ve deneyimlerinden yararlandığım saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. M. Murat CİVANER'e, Doç. Dr. Elif ATICI'ya ve Yard. Doç. Dr. Sezer ERER KAFA'ya teşekkür ederim.

Tez araştırmamın konusunu belirlememi “Sağlık Politikalarının Tıp Etiği Sorunlarıyla İlişkisi” adlı dersi almış olmam sağladı. Yukarıda adı geçen dersi kendilerinden aldığım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Kayıhan Pala'ya teşekkür ederim.

Tez araştırmasını tamamlarken yaşadığım en büyük zorluğun asistan hekimlere ulaşmak olduğunu belirtmek isterim. Yoğun çalışma şartlarına karşın araştırmamıza katılmayı kabul eden değerli asistan hekimlere teşekkür ederim.

Biz öğrencilerin tez araştırmasını yürütmesinde ve tamamlamasında hiç şüphesiz tez danışmanlarımız kilit noktadır. Saygıdeğer tez danışmanım Doç. Dr. Elif ATICI'ya teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca en büyük destekçim olan sevgili eşime teşekkür ederim. Sevgili ailelerimize destek ve ilgileri için teşekkür ederim.

10. ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Iğdır’da doğdum. 2006 yılında başladığım Dumlupınar Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü’nden 2010 yılında bölüm birincisi olarak mezun oldum. 2016-2017 Eğitim-Öğretim yılı Güz yarıyılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Programı’nda eğitim almaya başladım. “Fizyoterapistlerin İş Yüküne Bağlı Kas-İskelet Sistemi Yaralanmalarının Sağlık Hizmeti Sunumu Üzerine Etkileri” başlıklı bir araştırma makalem bulunmaktadır.