



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TOKAT İL MERKEZİNDE GÖREVLİ HEKİMLERDE SAVUNMACI TIP
UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hümeysra YILMAZ

UZMANLIK TEZİ

TOKAT

2023



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TOKAT İL MERKEZİNDE GÖREVLİ HEKİMLERDE SAVUNMACI TIP
UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hümeysra YILMAZ

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Rıza ÇİTİL

TOKAT

2023

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında desteğini ve bilgisini esirgemeyen, tıpta uzmanlık eğitimim boyunca sabır ve içtenlikle benim ve tüm asistan arkadaşlarımın yanında olan tez danışmanım, çok kıymetli ve saygıdeğer hocam Doç. Dr. Rıza ÇİTİL’a,

Engin bilgi ve tecrübeleri ile yolumuzu aydınlatan ve bizlere rol model olan, saygıdeğer hocam Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mücahit EĞRİ’ye,

Bilgi birikimini, şefkatiyle harmanlayarak eğitmenlik vasfının yanında bir büyüğümüz olarak her zaman yanımızda olduğunu bildiğimiz saygıdeğer hocam Halk Sağlığı Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Yalçın ÖNDER’e,

Uzmanlık eğitimim süresince beraber çalışmaktan keyif aldığım, her biri çok kıymetli dost olan sevgili asistan arkadaşlarıma,

Yoğun çalışma tempoları ve kısıtlı zamanlarına rağmen, araştırmamıza katılarak, destek veren tüm hekimlere,

Hayatımın her sürecinde olduğu gibi uzmanlık eğitimim boyunca da desteklerini esirgemeyen canım annem ve babama, varlığı ile güç veren sevgili eşim Uzm. Dr. Gökhan YILMAZ’a ve hayatıma kattığı güzellikler için biricik kızım İpek Sare’ye en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Dr. Hümeysra YILMAZ

Tokat/ 2023

ÖZET

TOKAT İL MERKEZİNDE GÖREVLİ HEKİMLERDE SAVUNMACI TIP UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Teknolojik gelişmelerle birlikte, tıbbi bakım standartları ile tanı ve tedavi prosedürlerinin kalitesi de artmıştır. Artan kalite, hastaların en iyi bakıma ulaşma beklentilerinde ve bu bakıma ulaşamama kaygılarında artışa sebebiyet vermektedir. Bu da, hekim-hasta ilişkisinin temeli olan güven duygusunu zedelemekte ve hekimlere yöneltile tıbbi malpraktis iddialarında artışa neden olmaktadır. Sonuç olarak hekimler, bu iddialardan kendilerini korumak amacıyla, savunmacı tıp davranışları sergilemektedirler. Bu araştırmada, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Tokat Devlet Hastanesi'nde görev yapan hekimlerde savunmacı (defansif) tıp davranışları uygulama sıklığı ve bu davranışlara sebep olabilecek nedenlerin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan araştırmamız 01.07.2022-01.11.2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışmakta olan 331 hekim ve Tokat Devlet Hastanesi'nde çalışmakta olan 154 hekim olmak üzere toplam 485 uzman ve pratisyen hekim, araştırmamızın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesabı yapılmadan doğrudan hasta hekim ilişkisi içerisinde olmayan hekimler ve idari görevde olan hekimler dışlandıktan sonra kalan 351 hekimin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Toplam 322 (%91,7) hekime ulaşılmıştır. Etik Kurul Onayı, TOGÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22-KAEK-120 kayıt numaralı kararı ile onaylanmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Tokat İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve TOGÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma verileri, sosyodemografik ve mesleki özellikler ile savunmacı tıp öncüllerini içeren toplam 48 sorudan oluşan anket formu ve Başer ve ark. tarafından 2014 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Ölçek toplam 18 soru ve Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, Negatif Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği ve Defansif Tıp Bilgi Düzeyi olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Tutum ölçen 14 soruda Likert tipi durum ölçer şıklar

kullanılmıştır. Ölçekten alınan toplam puana göre hekimlerin defansif tıp tutumları “Çok yüksek”, “Yüksek”, “Orta” ve “Düşük” şeklinde sınıflandırılmaktadır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra, tanımlayıcı istatistikler, Pearson ki-kare testi, Fisher’ın kesin ki-kare testi, ordinal regresyon analizi, çoklu lojistik regresyon analizi, Binary lojistik regresyon analizi, Kruskal-Wallis H testi, nonparametrik çoklu doğrusal regresyon analizi ve açıklayıcı faktör analizi IBM SPSS 29.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizinde IBM AMOS 26 paket programı, yapısal eşitlik modeli ve sonlu karışım gizli sınıf analizinde ise SmartPLS 4.0.8.5 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmamıza katılan toplam 322 hekimin, %41’i ($n=132$) kadın, %59’u ($n=190$) erkek idi. Yaş ortalaması $35,07 \pm 8,37$ olup en küçüğü 24 yaşında, en büyüğü ise 62 yaşındaydı. Hekimlerin %59,3’ü üniversite hastanesinde çalışırken, %40,7’si devlet hastanesinde çalışmaktaydı. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması $46,95 \pm 11,18$ bulunmuş olup yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Hekimlerin defansif tıp uygulamalarında, yeterli eğitim aldığını düşünme durumu, şikayet edilme kaygısı taşıma durumu ve hata yapma korkusunun anlamlı şekilde etkili olduğu görülmüştür (sırasıyla $p:0,005$; $<0,001$ ve $<0,001$). Ayrıca malpraktis davası ile karşılaşma olasılığı algısı ve Covid 19 pandemisinde ekstra endişeli olma durumu ile defansif tıp uygulamalarının anlamlı şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p:<0,001$; $0,030$).

Sonuç: Araştırmamıza katılan hekimlerin yüksek düzeyde defansif tıp uyguladıkları belirlenmiştir. Defansif tıp uygulamaları beraberinde birçok olumsuz sonuca neden olmaktadır. Hekimleri hukuki olarak savunulamaz durumlara sokmakta, hasta güvenliğini olumsuz etkilemekte ve kısıtlı kaynakların yanlış kullanımına sebebiyet vererek sağlık hizmeti sunumunu baltalamaktadır. Bu yönüyle bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirilebilir. Defansif tıp uygulamalarının neden olduğu olumsuz sonuçların önlenmesi için tıbbi, hukuki, ekonomik ve sosyokültürel bakış açılarını kapsayan bütüncül ve yenilikçi sağlık politikalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Defansif Tıp, Hekim, Tıbbi Hata

ABSTRACT

EVALUATION OF DEFENSIVE MEDICINE PRACTICES IN PHYSICIANS WORKING IN TOKAT PROVINCE CENTRE

Aim: Along with technological developments, standards of medical care and the quality of diagnostic and treatment procedures have also increased. Increased quality leads to an increase in patients' expectations of access to the best care and their concerns about not being able to access this care. This, in turn, damages the sense of trust, which is the basis of the physician-patient relationship, and leads to an increase in medical malpractice claims against physicians. As a result, physicians exhibit defensive medical behaviours in order to protect themselves from these allegations. In this study, it was aimed to determine the frequency of defensive (recessive) medical behaviours in physicians working in Tokat Gaziosmanpaşa University Research and Practice Hospital and Tokat State Hospital and the reasons that may cause these behaviours.

Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted between 01.07.2022 and 01.11.2022. At the time of the research, a total of 485 specialists and general practitioners, 331 physicians working at Tokat Gaziosmanpaşa University Research and Application Hospital and 154 physicians working at Tokat State Hospital, constitute the universe of our research. Without calculating the sample size, it was aimed to reach all of the remaining 351 physicians after excluding physicians who are not in direct patient-physician relationship and physicians who are on administrative duty. A total of 322 (91,7%) physicians were reached. Ethics Committee Approval was approved by TOGU Faculty of Medicine Dean's Clinical Research Ethics Committee's decision with registration number 22-KAEK-120. In order to carry out the research, necessary permissions were obtained from the Tokat Provincial Health Directorate and the TOGU Health Research and Application Center Directorate. Research data, a questionnaire consisting of 48 questions including sociodemographic and occupational characteristics and defensive medicine antecedents, and Başer et al. It was obtained by using the Attitude Scale for Defensive Medicine Practices, the validity and reliability study of which was conducted in 2014. The scale consists of 18 questions and 3 sub-dimensions: Positive Defensive Medicine Practices Attitude Scale, Negative Defensive Medicine Practices Attitude Scale and Defensive Medicine Knowledge Level. Likert-type status meter choices were used in 14 questions measuring attitude. According to

the total score obtained from the scale, the defensive medicine attitudes of the physicians are classified as “Very high”, “High”, “Intermediate” and “Low”. After the data obtained as a result of the research were transferred to the computer environment, descriptive statistics, Pearson chi-square test, Fisher's exact chi-square test, ordinal regression analysis, multiple logistic regression analysis, Binary logistic regression analysis, Kruskal-Wallis H test, nonparametric multiple linear regression analysis and explanatory factor analysis were performed using IBM SPSS 29.0 package program. The IBM AMOS 26 package program was used in the confirmatory factor analysis of the Defensive Medicine Practices Attitude Scale, and the SmartPLS 4 package program was used in the structural equation model and finite mixture latent class analysis. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: Of the 322 physicians who participated in our study, 41% (n=132) were female and 59% (n=190) were male. The mean age was 35.07 ± 8.37 years, the youngest was 24 years old and the oldest was 62 years old. While 59.3% of the physicians were working in a university hospital, 40.7% were working in a state hospital. The mean total score of the Defensive Medicine Practices Attitude Scale of physicians was 46.95 ± 11.18 and was found to be at a high level. It has been observed that the physicians' thinking that they have received adequate training, the state of being concerned about being complained, and the fear of making a mistake are effective in defensive medicine practices ($p: 0.005$; < 0.001 ; < 0.001). In addition, it was determined that the perception of the possibility of encountering a malpractice lawsuit and being extra anxious in the Covid 19 pandemic were significantly related to defensive medicine practices ($p: < 0.001$; 0,030).

Conclusion: It was determined that the physicians participating in our study practiced defensive medicine at a high level. Defensive medicine practices cause many negative consequences. It puts physicians in legally untenable situations, negatively affects patient safety, and undermines health care delivery by causing misuse of limited resources. In this respect, it can be considered as a public health problem. There is a need for holistic and innovative health policies covering medical, legal, economic and sociocultural perspectives in order to prevent the negative consequences caused by defensive medical practices.

Key words: Defensive Medicine, Physician, Malpractice

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
GRAFİKLER DİZİNİ.....	xiv
TABLOLAR DİZİNİ.....	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TANIMLAR	3
2.1.1. Tıbbi Uygulama Hatası (Tıbbi Malpraktis)	3
2.1.1.1. Tıbbi Uygulama Hatalarının Hukuki Boyutu	4
2.1.1.2. Tıbbi Uygulama Hatalarının Etik Boyutu.....	4
2.1.1.3. Tıbbi Uygulama Hatalarının Klinik Boyutu.....	5
2.1.2. Tıbbi Uygulama Hatası ve Komplikasyon Ayrımı	5
2.1.3. Defansif (Çekinik) Tıp.....	6
2.1.3.1. Pozitif Defansif Tıp	7
2.1.3.2. Negatif Defansif Tıp	8
2.1.3.3. Defansif Tıp Uygulamalarının Nedenleri	8
2.1.3.3.1. Tıbbi Malpraktis Davaları	8
2.1.3.3.2. Tıbbi Hata Tecrübesi.....	9
2.1.3.3.3. Bireysel Suçlama Kültürü.....	9
2.1.3.3.4. Hasta Hekim İlişkisi	10
2.1.3.3.5. Görsel ve Yazılı Medyanın Rolü	11
2.1.3.3.6. Hekime Yönelik Şiddet.....	11
2.1.3.3.7. Ödeme Sistemleri.....	12
2.1.3.4. Defansif Tıp Uygulamalarının Etkileri	13
2.1.3.5. Defansif Tıp Uygulamalarının Hekimler Arasında Yaygınlığı.....	18
2.1.3.5.1. Dünyada Defansif Tıp Uygulamaları	18
2.1.3.5.2. Türkiye’ de Defansif Tıp Uygulamaları	20

2.1.3.6. Covid 19 Pandemisi ve Defansif Tıp Uygulamaları.....	21
2.1.3.7. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası ve Defansif Tıp Uygulamaları	23
2.1.3.8. Yapılan Kanun Değişiklikleri ve Defansif Tıp Uygulamaları	23
2.1.3.9. Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuki Boyutu.....	25
2.1.3.9.1. Hasta Hakları Açısından Defansif Tıp	26
2.1.3.9.2. Pozitif Defansif Tıp ve Cezai Boyutu	27
2.1.3.9.3. Negatif Defansif Tıp ve Cezai Boyutu.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	29
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.3. Araştırma İçin Alınan İzinler	30
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	30
3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	31
3.6. Araştırmanın Problem Cümleleri, Hipotezler ve Araştırma Modelleri	31
3.6.1. Araştırma Modeli Hipotezleri.....	32
3.6.2. Yapısal Eşitlik Modeli Hipotezleri	33
3.7. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	34
3.8. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	34
3.9. Yapısal Eşitlik Modelinin Gizil Değişkenleri.....	34
3.10. Yapısal Eşitlik Modelinin Gözlenen Değişkenleri.....	34
3.11. Veri Toplama Araçları	35
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
3.13. Verilerin Analizi	36
3.14. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Yapı Geçerliliğinin Araştırılması	39
3.14.1. Açıklayıcı Faktör Analizi.....	39
3.14.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi	41
4. BULGULAR.....	44
4.1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tanımlayıcı Bulguları	44
4.2. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarını Etkileyen Durumlar.....	56
4.3. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Bilgi Düzeyi İle İlişkili	

Durumlar.....	66
4.4. Yapısal Eşitlik Modeli ve Analiz Sonuçları.....	68
4.4.1. Ölçüm Modeli Değerlendirmesi.....	69
4.4.2. Yapısal Modelin Değerlendirilmesi/İlişki Analizi.....	71
4.4.3. Gözlemlenmeyen Heterojenite ve Sonlu Karışım Gizli Sınıf Analizi.....	72
4.5. Hekimlerin Tanımlayıcı Bulguları ve Defansif Tıp Tutum Ölçeğine Ait Sonuçlarının Gizli Sınıflara Göre Karşılaştırılması.....	77
5. TARTIŞMA	85
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	99
KAYNAKLAR	105
EKLER.....	114
EK 1. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yapılacak Araştırma Onay Yazısı	114
EK 2. Başhekimlik Onay Yazısı.....	115
EK 3. Anket Formu.....	116
EK 4. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği.....	118

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
AIC	: Akaike Bilgi Kriteri
AIC3	: Faktör 3 İle Değiştirilmiş Akaike Bilgi Kriteri
AVE	: Açıklanan Varyans Oranı
BIC	: Bayes Bilgi Kriteri
CAIC	: Tutarlı Akaike Bilgi Kriteri
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
CİMER	: Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
COVID 19	: Koronavirüs 19 Hastalığı
CR	: Birleşik Güvenirlik
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DT	: Defansif Tıp
DTTÖ	: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği
DTU	: Defansif Tıp Uygulamaları
EN	: Entropi İstatistiği
FIMIX-PLS	: Sonlu Karışım Kısmi En Küçük Kareler
GFI	: Uyum İyiiliği İndeksi
HTMT	: Heterotrait-Monotrait Oranı
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin Değeri
NDT	: Negatif Defansif Tıp
NDTTÖ	: Negatif Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği

NDTU	: Negatif Defansif Tıp Uygulamaları
NFI	: Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PDT	: Pozitif Defansif Tıp
PDTTÖ	: Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği
PDTU	: Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları
PLS-SEM	: Kısmi En Küçük Kareler Yapısal Eşitlik Modeli
RMSEA	: Yaklaşım Hata Kareler Ortalamasının Karekökü
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SRMR	: Standardize Artık Kareler Ortalamasının Karekökü
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TOGÜ	: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
VIF	: Varyans Büyütme Faktörü
YEM	: Yapısal Eşitlik Modeli
WB	: Dünya Bankası

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Uygunsuz ve Gereksiz İstenen Laboratuvar Tetkiklerinin Nedenleri ve Sonuçları.....	14
Şekil 2. SDG İlişkili Mali Sıkıntı Göstergeleri (Milyon Kişi) 2000-2017	16
Şekil 3. Yıllara Göre Katastrofik Sağlık Harcaması, (%).....	17
Şekil 4. Şekil 4. Covid 19 Pandemisi Nedeni İle Küresel Gelir Kaybı, 2020	17
Şekil 5. Araştırma Modeli ve Hipotezler	32
Şekil 6. Yapısal Eşitlik Modeli ve Hipotezler	34
Şekil 7. Açıklayıcı Faktör Analizinde Ölçek Maddelerinin Özdeğerleri.....	41
Şekil 8. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli.....	43
Şekil 9. PDTTÖP ve Yaş Grupları Arasında Yapılan İkili Karşılaştırma Sonuçları	64
Şekil 10. NDTTÖP ve Yaş Grupları Arasında Yapılan İkili Karşılaştırma Sonuçları ...	64
Şekil 11. DTTÖP ve Yaş Grupları Arasında Yapılan İkili Karşılaştırma Sonuçları	65
Şekil 12. NDTTÖP ve Toplam Hekimlik Yılları Arasında Yapılan İkili Karşılaştırma Sonuçları	65
Şekil 13. Yapısal Eşitlik Modeli	70

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mesleki Unvanlarına Göre Uzmanlık Eğitimi Görmekte Oldukları veya Uzmanı Oldukları Tıp Bilimleri (%).....	46
Grafik 2. Araştırmaya Katılan Hekimlerde Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun İle Defansif Tıp Uygulamalarının Azalacağını Düşünme Durumu (%).....	52
Grafik 3. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hekim Hak ve Sorumlulukları, Malpraktis İle İlgili Yasal Düzenlemeler Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduklarını Düşünme ve Tıp Hukuku Eğitimi Alma Durumları (%)	53
Grafik 4. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Tutum Ölçeği Toplam Puanlarına Göre Sınıflandırılmaları.....	56

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi.....	36
Tablo 2. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	40
Tablo 3. Defansif Tıp Tutum Ölçeğinin Doğrulamalı Faktör Analizi Modeli Uyum İndeks Değerleri.....	42
Tablo 4. Defansif Tıp Tutum Ölçeğinin Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları.....	42
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	45
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mesleki Bilgileri	46
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mesleki Unvanlarına Göre Uzmanlık Eğitimi Görmekte Oldukları veya Uzmanı Oldukları Hekimlik Branşları.....	47
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Öncüllerine Göre Dağılımı	49
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Bilgi Düzeyi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	53
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Pozitif Defansif Tıp Tutum Ölçeği Sorularına Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımları	54
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Negatif Defansif Tıp Tutum Ölçeği Sorularına Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımları	55
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Ölçek Puanlarının Dağılımı	55
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ve Defansif Tıp Öncüllerine Göre Defansif Tıp Tutumları	57
Tablo 14. Ordinal Lojistik Regresyon Modeli Paralel Eğriler Varsayımı	59
Tablo 15. Ordinal Lojistik Regresyon Modeli Uyum İyiliği Testi	59
Tablo 16. Ordinal Lojistik Regresyon Modeli Model Uygunluk Bilgileri	60
Tablo 17. Defansif Tıp Tutumlarını Etkileyen Bağımsız Değişkenlere Ait Ordinal Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	60
Tablo 18. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş ve Mesleki Sürelerine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanlar.....	62
Tablo 19. Hekimlere Malpraktis Davası Açılma Durumu İle İlişkili Değişkenlerin Çoklu Lojistik Regresyon Analizi	66

Tablo 20. Defansif Tıp Kavramını Daha Önce Duyma Durumu ve İlişki Değişkenlerin Çoklu Lojistik Regresyon Analizi	67
Tablo 21. Defansif Tıp Uygulamaları Kavramının İçeriği Konusunda Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu İle İlişkili Değişkenlerin Çoklu Lojistik Regresyon Analizi.....	68
Tablo 22. Modelin Güvenirlik ve Birleşik Geçerliği Verileri	69
Tablo 23. Heterotrait-Monotrait Oranı (HTMT) Ölçütü Verileri	69
Tablo 24. Fornell-Larcker Ölçütü Verileri	70
Tablo 25. Varyans Büyütme Faktör Katsayıları (VIF)	71
Tablo 26. Yapısal Eşitlik Modeli Hipotezlerinin Sınanması	72
Tablo 27. Bir İla Dört Sınıflı Çözüm İçin Bilgi ve Sınıflandırma Kriterleri	72
Tablo 28. Gizli Sınıfların Görelî Boyutları (%).....	73
Tablo 29. Üç Sınıflı Çözüm İçin PLS-POS Analizi	73
Tablo 30. Gizli Sınıflar ve Genel Modelin Yol Analizi Sonuçları	75
Tablo 31. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Gizli Sınıflara Göre Bazı Sosyodemografik ve Mesleki Bilgilerinin Karşılaştırılması	77
Tablo 32. Gizli Sınıflara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	78
Tablo 33. Gizli Sınıflara Göre Defansif Tıp Öncüllerinin Karşılaştırılması	79
Tablo 34. Gizli Sınıflara Göre Defansif Tıp Bilgi Düzeylerinin Dağılımı	81
Tablo 35. Gizli Sınıf 1 İçin Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Bazı Bağımsız Değişkenlerin Booststrap (Bca) Yöntemi İle Nonparametrik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi	82
Tablo 36. Gizli Sınıf 2 İçin Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Bazı Bağımsız Değişkenlerin Booststrap (Bca) Yöntemi İle Nonparametrik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi	83
Tablo 37. Gizli Sınıf 3 İçin Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Bazı Bağımsız Değişkenlerin Booststrap (Bca) Yöntemi İle Nonparametrik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi	84

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Defansif tıbbı, genel anlamda, hekimlerin hastaya yardım etmekten ziyade malpraktis davalarından kaçınmak amacıyla uyguladıkları tepkisel bir yöntem olarak tanımlamak mümkündür. Hasta veya yakınları tarafından açılan tıbbi ihmal ve malpraktis davaları sağlık profesyonellerini savunmaya dayalı tıp davranışlarına yönlendirmektedir (1).

Defansif tıp uygulamaları, pozitif defansif tıp uygulamaları ve negatif defansif tıp uygulamaları olarak ikiye ayrılmaktadır. Gereksiz veya tekrarlayan görüntüleme ve laboratuvar tetkikleri, gereksiz konsultasyon ve sevkler bazı pozitif defansif tıp uygulamalarıdır. Negatif defansif tıp uygulamalarına ise yüksek riskli hastalara bakım vermekten ve yüksek riskli tedavi prosedürlerinden kaçınma örnek verilebilir (2, 3).

Artan davalara paralel olarak çoğu ülkede artış gösteren defansif tıp, modern tıp literatürünün üzerinde tartıştığı ve tanımlamaya çalıştığı bir konudur (1, 4). Bu tartışmayı, modern tıbbın mükemmel bir kesinlik bilimi mi yoksa kusurlu bir olasılık sanatı mı olduğuna ilişkin genel bir tartışmanın parçası olarak da değerlendirilmek mümkündür. Tıbbi bir olasılık sanatı olarak değerlendiren bakış açısı, en gelişmiş teknolojinin olduğu ortamlarda bile teşhisten tedaviye kadar yalnızca belirsizliğin kesin olduğunu ve kesinliğin bir yanılsamadan ibaret olduğunu savunur. Mükemmel bir kesinlik bilimi olarak değerlendiren yaklaşım ise insan vücudunu makine olarak metaforlaştırır ve bu makinenin çalışmadığı durumda hekimler onun ‘mekaniği’ dir. Bilimsel ve teknolojik ilerlemeler sayesinde hekimler doğru teşhis koyabilir ve doğru tedaviyi uygulayabilir. Bu yaklaşımda herhangi bir hastalık potansiyel olarak tedavi edilebilirdir ve meydana gelen komplikasyon tıbbi hata şüphesi uyandırır. Hekimlerin bu yaklaşımla beraber artan davalara karşı geliştirdikleri defansif tıp uygulamaları kimi yazarlara göre gerekli iken, kimileri de bu uygulamaların etik olmadığını ve tıbbi deontoloji ile çeliştiğini düşünmektedirler (5-8).

Hastalar tıbbi ihmalin ‘ilk kurbanı’, tıbbi ihmal davaları ile giderek artan stresli çalışma koşulları nedeni ile hekimler de ‘ikinci kurbanı’ olarak değerlendirilebilir (9). Herhangi bir malpraktis davası ile yargılanmamış veya meslektaşlarının dava süreçlerine şahit olmamış olsa da defansif tıp uygulamaları bu stresli çalışma koşullarında hekimlere psikolojik fayda sağlayabilir (8).

Defansif tıp uygulamalarının önemli bir etkisi de artan sağlık harcamalarıyla birlikte Ülke ekonomisi üzerine olmaktadır. Ayrıca kanıta dayalı olmayan pozitif defansif tıp uygulamaları nedeniyle de hastalar komplikasyonlara maruz kalabilmektedir (10).

Hekimler tıbbi ihmal ve tıbbi hata davalarından defansif tıp uygulamaları yolu ile kaçınırken farkında olmadan malpraktis yapar konuma gelmektedir. Kast içermeyen malpraktis sonucu yargılanırken taksir nedeniyle yargılanabilecekken, defansif tıp uygulamaları bilinçli olarak değerlendirilecek ve taksirle değil kast ile yargılanmalarına sebebiyet verebilecektir. Bu durumun tabii sonucu olarak da çok daha ağır cezai yaptırımlarla karşılaşabileceklerdir (11).

Bu bilgilerden hareketle yapılan bu araştırmada Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Tokat Devlet Hastanesi'nde görev yapan hekimlerde savunmacı tıp davranışları uygulama sıklığı ve bu davranışlara sebep olabilecek nedenlerin saptanması amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular, ülkemizde ve farklı ülkelerde yapılan benzer araştırmaların sonuçları ile karşılaştırılarak bu uygulamaların neden olduğu olumsuz durumların önüne geçebilmek için yapılabilecekleri belirlemeye çalışarak ilgili literatüre katkı sağlanması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TANIMLAR

2.1.1. Tıbbi Uygulama Hatası (Tıbbi Malpraktis)

İngiliz hukukçu Sir William Blackstone, 1765 yılında İngiltere kanunlarını irdelediği bir hukuk ilkeleri özeti yayımlar ve “Mala Praxis” terimine atıfta bulunarak “*Bir hekim veya cerrahın ihmali veya beceriksiz yönetimi*” olarak tanımlar. Modern malpraktis kelimesi Latince’ de “kötü, hatalı uygulama” anlamına gelen bu terimden türetilmiştir (12).

1794 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’ nin Connecticut eyaletinde bir hastanın cerrahi müdahaleyi takiben meydana gelen komplikasyon nedeniyle ölmesi sonucu açılan dava, kaybedilen ilk tıbbi uygulama hatası davası niteliği taşımaktadır. On dokuzuncu yüzyılda da çoğu kırık, çıkık ve amputasyon ile ilgili olan malpraktis davaları artmaya devam etmiştir. Yirminci yüzyılın ilk atmış yılına kadar malpraktis davalarının konusu, uygulama hatalarını içermekteydi. Cerrahi veya cerrahi olmayan uygulama hataları, tetkiklerin yanlış yorumlanması bu hatalara örnek olarak verilebilir. 1960’ların sonu ve 1970’lerin başında bu iddialar tıbbi ihmal hatalarına evrilmeye başladı. ABD’de yapılan araştırmalar, malpraktis davalarının 1965 ve 1970 yılları arasında %300 arttığını ve kanser teşhisinde gecikme, radyolojik görüntüleme istememe gibi tıbbi ihmal gerekçesi ile açıldığını ortaya koymaktadır. ABD Senatosu 1969 yılında yayınladığı raporda “*malpraktis davalarının ulusal bir krize dönüşme tehdidi oluşturduğu ve bazı doktorları tıp mesleğini bırakmaya zorladığı*” belirtilmiştir (12, 13).

Sadece ABD’de değil tüm dünyada artan davalar sonucunda anlam karmaşasının önüne geçmek amacıyla; 1992 yılında, Dünya Tabipleri Birliği (The World Medical Association) 44. Genel Kurulu’nda yayınladığı “Tıpta Yanlış Uygulama” tebliğinde tıbbi uygulama hatalarını “*hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar*” şeklinde ifade etmiştir (14). Ayrıca Türk Tabipleri Birliği (TTB) Hekimlik Mesleği Etik İlkeleri Madde 13’ te “*Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulanması*” olarak tanımlanan tıbbi uygulama hataları yine TTB Disiplin Yönetmeliği’nde “*Meslekte bilgi ve beceri yetersizliği, özen eksikliği, dikkatsizlik ve benzeri kusurlardan dolayı eksik ya da yanlış tanı ve tedavide bulunarak hastaya geçici-kalıcı zarar vermek*” olarak tanımlanmıştır (15, 16).

2.1.1.1. Tıbbi Uygulama Hatalarının Hukuki Boyutu

Hekimler tıbbi uygulama hatası davalarına, dava edilen taraf olarak veya bu davalarda bilirkişi olarak görevlendirilerek dâhil olurlar. İki seçenekte de hekimlerin tıbbi uygulama hatası kavramına, etik ve hukuki boyutlarına hâkim olması gerekmektedir.

Hukuk, malpraktisi; ihmal varlığı, bilgi eksikliği veya bilgisizlik ve kast varlığı sonucunda hastanın zarar görmesi şeklinde ele alır. Ayrıca hukuki olarak malpraktis varlığından söz edebilmek için görev, görevin ihlali, zarar ve eylem ile zarar arasında illiyet bağı olmalıdır. Adli yargıya yansıyan 120 adet tıbbi uygulama hatası davasının istatistiksel analizi sonuçlarına göre sırasıyla yaralanma, ölüm ve uzuv kaybı sebepleriyle hekimlik mesleğinin en sık (%82) tıbbi uygulama hatası davası açılan meslek grubu olduğu görülmüştür (17, 18).

2.1.1.2. Tıbbi Uygulama Hatalarının Etik Boyutu

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak tam bir iyilik hali şeklinde tanımlamaktadır (19). Hekimler kendilerine başvuran hastalarına DSÖ'nün tanımı doğrultusunda, bilgi birikimleri ve tecrübelerini etik ilkeler çerçevesinde kullanarak faydalı olmaya çalışırlar. Ancak bilindiği üzere medikal ya da girişimsel tıbbi uygulamalar beraberinde bir takım riskler içerebilmektedir. Hekimler hastalarına uygulayacakları teşhis veya tedavi uygulamalarında fayda ve zarar dengesini gözeterek, minimum zararla maksimum fayda elde etmeye çalışarak, önce zarar vermeme (*primum non nocere*) ve yararlılık ilkesine bağlı kalmalıdır (17).

Tıbbi uygulamaların hızla gelişmesi, teknolojik gelişmelerle birlikte hastaların bilgiye ulaşımının kolaylaşması ve artan eğitim düzeyine paralel olarak hekimin karar verici olduğu medikal uygulamalar yerini hasta ve hekimin beraber karar verdiği katılımcı uygulamalara bırakmıştır. Bu da beraberinde hastanın özerkliğine duyulması gereken saygıyı ve hastanın bilgilendirilerek rızasının alınması gerekliliğini gözler önüne sermektedir (20).

Tıbbi zorunluluk ve acil durumlar sebebiyle onam aranmayan durumların dışında her türlü tıbbi işlemlerin öncesinde hasta gerektiği kadar aydınlatılarak, onam vermeye yetkin olan hastanın kendisinden, yetkinliği olmayanların ise kanuni

temsilcisinden rızası alınmalıdır. Böylece özerkliğe saygı ilkesi gereğince hastanın kendi vücudu ile ilgili karar verme hakkı korunmuş olmaktadır (21, 22).

Tıp etiğinin adalet ilkesi gereğince hekimler, tıbbi zorunluluk halleri dışında hastaları arasında dil, din, ırk, yaş, vb. ayrımı yapmaksızın tüm hastalara bilgisini, tecrübesini ve kısıtlı imkânları eşit ve adil bir biçimde uygulamaya çalışmalıdırlar (17).

2.1.1.3. Tıbbi Uygulama Hatalarının Klinik Boyutu

Tıbbi uygulama hatalarının klinik boyutu; teşhis hatası, tedavi hatası, organizasyon kusurları ve uygulanan malpraktis hakkında hastayı bilgilendirmemeyi içermektedir.

Hekimlerin doğru tanı koyma yükümlülüğü olmamakla birlikte gerekli tetkikleri isteme, gerekli durumlarda konsultasyon isteme ve sevk etme yükümlülükleri bulunmaktadır. Teşhis hatası yanlış tedavi, yanlış girişimsel ve cerrahi operasyonlara sebep olabileceği gibi gerçekte hasta olan bireyin sağlıklı olarak değerlendirilmesine ve tanının gecikmesine neden olabilmektedir.

Tedavi hataları; cerrahi operasyonlar sırasında hastanın vücudunda yabancı cisim unutulması, gerekli tıbbi müdahalenin eksik yapılması ya da yapılmaması, istenmeyen durumları öngörememek ve gerekli tedbirleri almamak, yarar-zarar dengesi gözetilmeksizin yüksek komplikasyon riski barındıran tedavi protokolleri seçmek, tanı ve takip sürecinde gerekli tetkiklerin istenmemesi veya gecikmesi, yanlış veya hatalı ilaç uygulamaları, yanlış taraf cerrahisi, cerrahi müdahalelerde hastaların karıştırılması, antisepsinin sağlanmaması sonucu hastada gelişen hastane enfeksiyonları ve bu enfeksiyonların sonucunda ortaya çıkan komplikasyonlar olarak sıralanabilmektedir (23-26).

2.1.2. Tıbbi Uygulama Hatası ve Komplikasyon Ayrımı

Tıbbi uygulama hataları hastalara verdiği zarar neticesiyle ciddi bir halk sağlığı problemidir. Ancak sağlık uygulamaları nedeniyle hastaların gördüğü zararların tümü malpraktis olarak değerlendirilmemelidir.

Komplikasyon (İzin Verilen Risk, Yan Etki), doğru endikasyon ve uygun medikal veya cerrahi müdahale yapıldığı halde, istatistiksel olarak anlamlı bir sıklıkta ortaya çıktığı bilinen, gerekli tüm tedbirlerin alınmasına rağmen önlenemeyen sonuçlar olarak nitelendirilmektedir. Komplikasyona benzer şekilde öngörülebilir olan malpraktis

ise önlenabilir olma özelliği ile komplikasyondan ayrılmaktadır. Hekimlerin tıbbi müdahale öncesi hastayı, komplikasyonlar konusunda bilgilendirerek, aydınlatılmış onam almaları gerekmektedir. Malpraktis hekime cezai sorumluluk getirirken, hukuki olarak “izin verilen hata” olarak adlandırılan komplikasyonun hekim açısından cezai yaptırımını bulunmamaktadır (27, 28).

2.1.3. Defansif (Çekinik) Tıp

Görece yeni bir tanım olan defansif tıp uygulamaları (DTU), ilk olarak 1970’li yıllarda ABD’de artan malpraktis davalarının gözlemlenebilir etkisi olan ekonomik etkileri dışında sağlık profesyonelleri üzerinde oluşturduğu baskının sonuçları araştırılırken, hekimlerin malpraktis davası ve cezai yaptırımları ile karşılaşmamak adına standart sağlık hizmetleri prosedürlerinden saptıklarının fark edilmesi ile tıp ve sağlık hukuku literatüründe sıklıkla kullanılan bir terim haline gelmiştir (29).

Çekinik Tıp veya Savunma Tıbbı olarak da ifade edilen Defansif Tıp (DT), araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Genel olarak DT, hekimlerin, hastalıkların tanı ve teşhisinden ziyade hasta ve hasta yakınlarının tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak amacıyla ek tetkikler istemesi, tedavi protokolleri uygulaması veya riskli hastalar ve riskli tedavi prosedürlerinden kaçınması olarak tanımlanmaktadır (3, 30). Defansif tıp uygulamaları, tıbbi uygulama hatası davaları ve artan malpraktis sigorta primlerine karşı geliştirilmiş bir tepkidir ancak gereksiz ve uygun olmayan tanı ve tedavi prosedürlerinin sebep olabileceği zararlar ile hastaları risk altında bırakırken, sağlık sistemi ve ülke ekonomisinin de artan maliyetlerle zarar görmesine sebebiyet vermektedir (31, 32).

Defansif tıp uygulamaları güvence (pozitif defansif tıp) ve kaçınma (negatif defansif tıp) davranışları olmak üzere iki şekilde kendini göstermektedir. Klinisyenin herhangi bir komplikasyon veya malpraktis olasılığı ile kendisine yönelik algılan riski en aza indirmek ve adli mercileri yapılması gerekeni fazlasıyla yaptığına ikna etmek için standart tıbbi bakımın ötesine geçerek gereğinden fazla tıbbi bakım uygulaması güvence davranışları iken yanlış uygulama riskini azaltmak amacı ile gerekli tıbbi bakımı göstermemesi kaçınma davranışlarıdır (33, 34).

2.1.3.1. Pozitif Defansif Tıp

Pozitif defansif tıp (PDT) davranışlarının, esas itici gücü tıbbi uygulama hatası iddiasından korunmak olsa da modern hekim-hasta ilişkisindeki güven problemi de önemli bir sebeptir. Hekim-hasta iletişiminde yaşanan sorunlar, muayene sürelerinin kısalması, hastaların haklarını arama eğiliminin artması, yasal düzenlemeler ve gelişen tıbbi teknolojinin etkisiyle hastaların beklentilerinin artması güven probleminin sebepleri olarak gösterilebilir (20, 35).

Doğru tanı koyamama endişesi, hasta ve yakınları tarafından şikâyet edilme veya şiddete maruz kalma hekimleri güvence davranışları sergilemeye teşvik etmektedir. Gerekli olan dışında görüntüleme ve laboratuvar tetkikleri isteme, diğer branşlardan konsultasyon isteme, biyopsi gibi invaziv işlemler uygulama, endikasyonsuz ilaç reçete etme, yatış gerekliliği olmadığı halde hastaya yatış verme, sık ve uzun süreli vizitler yapma ve tıbbi kayıtları daha detaylı tutma pozitif defansif tıp uygulamalarıdır (30, 36-38). Ayrıca hasta veya kanuni temsilcisinden aydınlatılmış onam alırken gereğinden fazla bilgilendirme yapılması da bir pozitif defansif tıp uygulamasıdır (PDTU). Oysaki Hasta Hakları Yönetmeliği madde 18’de; “*Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir*” denilerek aydınlatmanın usulü açıkça belirtilmiştir (39).

Bu güvence davranışları daha ihtiyatlı bir bakıma neden oluyor gibi görünse de yukarıda da bahsedildiği gibi hekimin motivasyonu tıbbi faydadan ziyade malpraktis davası korkusudur (33). Ancak bir tanı testini gerekliliğine inanarak isteyen dikkatli bir klinisyen ile defansif bir klinisyenin farklı kavramlar olduğunu da göz ardı etmemek gerekir. Savunma pratiği geliştiren klinisyen kendini korumaya çalışırken dikkatli bir hekimlik pratiği uygulayan klinisyen hastanın çıkarına hizmet etmeye çalışır (40).

Gereksiz istenen testler hastalar için riskli olabilmektedir. Görüntüleme tetkikleri sırasında radyasyona maruz kalma bunun en temel örneğidir (41). Ayrıca PDTU kısıtlı kaynakların akılcı kullanımı önünde ciddi bir engel teşkil etmektedir (42).

2.1.3.2. Negatif Defansif Tıp

Hastaya gereğinden fazla bakımın verildiği pozitif defansif tıp uygulamalarının aksine negatif defansif tıp (NDT) uygulamaları, hekimlerin teşhis ve tedavi aşamalarında sorumluluktan kaçınarak malpraktis davalarını bertaraf etmeye çalışma biçimidir. PDTU kadar yaygın olmasa da hastaya zarar verme ihtimali daha yüksektir.

Negatif defansif tıp uygulamaları (NDTU); hasta için faydalı olduğu halde komplikasyon riski yüksek medikal ve girişimsel işlemlerden, riskli olduğu düşünülen hastalardan, tıbbi uygulama hatası nedeni ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınma ve riskli gördüğü hastaları başka bir sağlık kurumu veya hekime sevk etme davranışlarıdır (43, 44). NDTU'nın günlük pratikte en sık karşılaştığımız şekli hasta sevkleri olsa da, tüm sevkleri NDTU olarak değerlendirilmek hatalı bir yaklaşım olacaktır. Çalışılan hastanenin koşulları gereğince hastanın teknolojik açıdan daha donanımlı bir hastaneye ya da bir üst basamağa transferinin hasta yararına olabileceği durumlarda sevk kaçınılmazdır (45).

Kaçıncı davranışlar ile klinisyenler, malpraktis davası endişesiyle hastanın potansiyel fayda göreceği tıbbi uygulamalardan imtina ederek tıbbın zarar vermeme etik ilkesine aykırı davranmaktadırlar. Ek olarak kaynakların aşırı kullanıldığı PDTU'nın aksine bu uygulamada yetersiz kaynak kullanımından söz etmek mümkündür (40).

2.1.3.3. Defansif Tıp Uygulamalarının Nedenleri

2.1.3.3.1. Tıbbi Malpraktis Davaları

En temel insan haklarından biri olan sağlık hakkı, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi madde 25'te; *"Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır..."* ifadesi ile vurgulanan sosyal haklardan (46). Hasta Hakları Yönetmeliği madde 45'te; *"Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakları vardır"* şeklinde hasta ve hasta yakınlarının dava haklarını vurgulamaktadır (47). Gerçekten tıbbi ihmal durumuyla karşı karşıya kalan hasta ve yakınları için bu hakkın önemi yadsınamaz. Ancak artan tıbbi ihmal davalarının hekimler üzerinde oluşturduğu baskı da göz ardı edilemez. Yapılan araştırmalar tıbbi ihmal suçlaması ile karşılaşan hekimlerin, depresif davranışlar sergilediği, bazılarında travma sonrası stres bozukluğu semptomları ile birlikte alkol ve madde kötüye

kullanımı görüldüğü az bir kısmının da suicidal düşünceler geliştirdiği tespit edilmiştir. Tüm bunların sonucunda hekimlerin mesleki performanslarının da etkilenecek DT davranışları sergilemeleri şaşırtıcı olmamaktadır (48-50). Malpraktis davaları, itibar kaybı endişesi, adli prosedürlerin ve dava sürecinin neden olduğu zaman kaybı, ekonomik etkileri ve özgüven kaybı sebebiyle de DTU'nu artırmaktadır (51-53).

2.1.3.3.2. Tıbbi Hata Tecrübesi

Tıbbi hata iddiaları hekimlerin savunmacı davranışları için ciddi bir tetikleyici olsa da tek sebebi değildir. Yapılan araştırmalar geçmişte klinik bir hatası veya “ramak kala” deneyimi olanların, başarısızlık duygularına kapıldığını, temel mesleki yeterliliği ve klinik uzmanlığını sorgulayarak DT uyguladığını ortaya koymaktadır (54-56).

2.1.3.3.3. Bireysel Suçlama Kültürü

Ceza hukukunun temel yaklaşımı olan suçluyu bulma mantığı, suçlama kültürüne dönüştüğünde hekimler için defansif tıp uygulamaları kaçınılmaz olmaktadır. Bireysel suçlama mantığının altında yatan temel varsayım, insanların görevlerini ve faaliyetlerini umursamadıkları için hata yaptıklarıdır. Bu mantık suçu veya suçluyu belirlerken ön saftaki kişileri göz önünde bulundurur ve hatadan sorumlu tutar. Böylece “çürük elma” belirlenmiş olur ve artık cezalandırılabilir. Reason bireysel suçlama mantığının dayanaklarını şu şekilde sınıflandırmaktadır;

1. İnsanlar güvenli veya güvenli olmayan davranışların seçiminde özgürdür. Yapılan araştırmalar kazaların, %80-90 oranında insan davranışları nedeniyle kaynaklandığını göstermektedir. Bu davranışlar insanların özgür iradesi ile gerçekleştiğinden, kazaların meydana gelmesinde ihmal, dikkatsizlik, özensizlik, yetersizlik vb. unsurlar ön plana çıkmaktadır.
2. Sorumluluk kişiseldir ve kişisel model bireysel sorumluluk üzerine kurulmuştur. Amacı, hata yapan kişiyi bulmaktır.
3. Toplumsal adalet duygusu güçlenir. Bireysel suçlama mantığı duygusal olarak tatmin edicidir; ciddi bir kaza veya daha kötü bir felaketten sonra, suçun/suçlunun tespiti, ilgisini ve kamuoyunu tatmin edecektir.
4. Olaydan sorumlu olarak sisteme en yakın kişiyi (pilot, doktor, hemşire, vb.) belirlemek sistemsel kusuru belirlemekten çok daha kolaydır. Bireysel

sorumluluğun tasavvuru, hem yasal hem de ekonomik açıdan kuruluşların avantajına olacaktır. Organizasyonel yapının değişmesine gerek kalmadan işleyişine devam edebilecektir.

Ancak bireysel suçlama mantığı bir nevi “cadı avı” na sebebiyet verebilmektedir. Organizasyonel iyileşmeyi sağlamadığından, risk faktörlerini ortadan kaldırmaz ve benzer olayların tekrarlanmayacağını garanti etmez. Oysa sistemin doğasında bulunan güvenlik açıklarının tespiti, hataların önüne geçmede büyük önem arz etmektedir. Bahsi geçen bu bireysel suçlama kültürü, klinisyenler üzerinde korku iklimi oluşturmakta ve DTU’ na sebebiyet vermektedir (5, 57-59).

2.1.3.3.4. Hasta Hekim İlişkisi

Tanı ve tedavi sürecinin optimizasyonunda güvene dayalı hasta-hekim ilişkisinin önemi tartışılmaz bir unsurdur. Hastaların geleneksel tedavilere yanıt vermesinde, alternatif/tamamlayıcı tıbbın etkinliğinde ve plasebo etkisinde tedavi şekline duyulan güvenin etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar hastaların, hasta-hekim ilişkisini, güvene dayalı bir ilişki olarak değerlendirdiğini ortaya koymaktadır. Geleneksel hasta-hekim ilişkisi “klinik model” üzerine kuruludur. Karar vericinin klinisyen olduğu bu modelde hasta, dış veya iç etken sebebiyle herhangi bir hastalığa sahiptir ve bu hastalığın tanınması ve tedavisi ile esenliğe kavuşacaktır. “İlişkisel model” olarak tanımlanan modern hasta-hekim ilişkisinde ise hasta, pasif bir kabul edici olmaktan çıkarak, uygulanacak sağlık hizmeti ile ilgili hekim tarafından bilgilendirilen, karar verme sürecinin aktif bir aktörü haline gelmiştir. Gelişen tıbbi teknoloji ile birlikte tıbbi bakım standartları konusunda beklentileri yükselen hastaların, aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin azaldığı ve bunun da hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkilemesi sebebiyle şikâyetlerin arttığı yapılan araştırmalarla gözler önüne serilmiştir. Ayrıca çoğu hastanın, hastalıkların tanı ve tedavisi ile ilgili hekime başvurmadan önce internette araştırdığı ve bu bilgileri doğrulamak için hekime başvurduğu da araştırmaların başka bir bulgusudur. Tüm bunlar hekim-hasta ilişkisini zedelemekte ve azalan güvene karşı güvence davranışları başta olmak üzere, hekimlerin artan savunmacı tıp davranışlarının bir diğer sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır (60-70).

2.1.3.3.5. Görsel ve Yazılı Medyanın Rolü

Defansif tıp uygulamalarında, yazılı ve görsel medyanın etkisi yadsınamaz. Medyada uç örneklerle yer verilerek, sağlık hizmetleri pratiğinin bir parçası gibi gösterilmesi hastalarda, kendilerini malpraktis kurbanı olarak görme psikolojisine neden olmaktadır. Çoğunlukla sağlık çalışanının yasal süreçte aklandığı tıbbi malpraktis davaları, medyada abartılı bir biçimde kendine yer bulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin metalaşmasıyla birlikte sağlık, insanlar tarafından satın alınabilir bir öge, bir tüketim ve kar aracı olarak görülmeye başlamıştır. Bu da ölümün hastalığın doğal bir sonucu değil, önlenabilir bir komplikasyon olarak algılanmasına sebebiyet vermektedir. Medya da tıbbi hata iddiasına bilimsel yargıları bir kenara bırakarak yer vermeye devam ettiği sürece bu algıları besleyecek ve DTU'nu artırma yönündeki etkisi devam edecektir (71).

2.1.3.3.6. Hekime Yönelik Şiddet

Sağlık hizmetleri arzında maruz kalınan şiddet *“Sağlık çalışanları için risk oluşturan, hasta, hasta yakınları ya da diğer bireyler tarafından uygulanan, tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel ve cinsel saldırıdan oluşan durum”* şeklinde tanımlanmaktadır (72, 73).

2019 yılında yapılan bir meta-analiz sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının yaklaşık %62'si şiddete maruz kalmıştır. Sözlü taciz (%58) fiziksel olmayan şiddetin en yaygın biçimidir ve bunu tehdit (%33) ve cinsel taciz (%12) takip etmektedir (74).

Ülkemizde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yıllar içinde arttığı yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur. Bir eğitim araştırma hastanesinde beyaz kod verilerinin retrospektif olarak incelenmesiyle, 2016 yılında %28,4 ve 2017'de %31,8 olan sağlık çalışanına yönelik şiddetin 2018 yılında %39,7 oranına yükseldiği görülmüştür (75).

Yaşayan ve ark. tarafından, 2012 yılında bu araştırmanın uygulandığı merkezlerden biri olan üniversite hastanesinde yapılan çalışmada, temel bilimlerde görev yapmakta olan araştırma görevlilerinin %50, dahili bilimlerde görev yapanların %55,3 ve cerrahi bilimlerde görev yapan araştırma görevlilerinin %80,6 oranında şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmaya katılan araştırma görevlilerinin %65,5'i maruz kaldıkları şiddetten sonra mesleki performanslarında kayıp yaşadığını, %8,6'sı ise hekimlik mesleğinden istifa etmeyi düşündüğünü belirtmiştir (76).

Şiddete maruziyet ya da sağlık çalışanına yönelik şiddete şahit olmanın hekimde güvensizliğe, içe kapanmaya ve yetersizlik hissi gibi farklı birçok psikolojik etki ile DTU'nu artırmaktadır (77).

2.1.3.3.7. Ödeme Sistemleri

Vaka başına ödeme ve hizmet başına ödeme alan hekimlerin karşılaştırıldığı araştırmalarda ikinci gruptaki hekimlerin daha fazla DT davranışları sergiledikleri görülmüştür. Bilindiği üzere bu birçok özel sağlık sektörünün çalışma biçimidir. (78, 79).

Dünya bankası sağlık hizmetlerinin harcama değeri yaratması gerektiğini, özel sektörün teşvik edilmesi gerektiğini savunmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere krediler vererek reformların finansmanını oluşturmaktadır. DSÖ ise 1978 yılında yayınladığı Alma Ata bildirgesinde, üye ülkelere sağlığın temel bir hak olduğunu ve temel sağlık hizmetleri sunumunun kamu görevi olduğunu kabul ettirse de sağlık hizmetlerinin sadece kamu eliyle verilemeyeceğini belirterek, dünya bankası ile aynı çizgide olduğunu gözler önüne sermiştir. Ülkemizde de 1970'li yılların sonundan itibaren temelleri atılan bu reform hareketi, 2003 yılında “sağlıkta dönüşüm programı” olarak uygulanmaya başlamıştır. Bu dönüşüm programı ile performans sistemi de hayata geçmiştir (80-82). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütünün (Organisation for Economic Co-Operation and Development, OECD) sağlıkta dönüşüm programıyla ilgili raporunda, programın işleyişinde performans sistemin önemi açıkça vurgulanmaktadır (83).

Performans sistemiyle beraber hizmet başı ödeme hayata geçmiş ve sağlık harcamaları artmıştır. Hizmet başı ödemenin doğal sonucu olarak, istenilen tetkik sayısı, endikasyonsuz yatışlar, gereksiz medikal ve cerrahi işlemler gibi birçok PDTU yaygınlaşmıştır (84, 85).

12.08.2022 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği” ile sağlık çalışanları için reform gerçekleştirilmiş ve Sağlık Bakanı tarafından “Beyaz Reform” olarak adlandırılmıştır. Yayımlanan bu yönetmelikte, ek ödeme hesaplaması yapılırken birçok performans unsuru sıralanmıştır. Ayrıca “*Ek ödeme, personele sağlık tesisine fiilen katkı sağladığı sürece verilebilir*” ifadesinin yer aldığı madde 5 performans sisteminin devam etmekte olduğunu düşündürmektedir.

Ancak bu değişikliğin DTU üzerinde nasıl bir etki yaratacağı, zaman içinde yapılan bilimsel araştırmalarla ortaya konulabilecektir.

Avrupa’ da yapılan araştırmalarda da hizmet başına yapılan ödemelerin açıkça defansif tıp davranışlarını artırdığı gösterilmiş ve sağlık sistemlerinin “Amerikanlaşmaması” gerektiği vurgulanmıştır (1, 8). 2010 yılında, Türk Cerrahi Derneği tarafından yapılan araştırmada, araştırmaya katılan 413 genel cerrahi hekiminin çoğunluğu (%83), performans dayalı ödeme sistemi ile endikasyonsuz cerrahi girişimlerin artacağını düşündüklerini belirtmişlerdir (86).

2.1.3.4. Defansif Tıp Uygulamalarının Etkileri

Defansif tıp uygulamalarının hekimler, hastalar, sağlık hizmetleri maliyeti ve sağlık hizmetlerinin genel kalitesi üzerinde birtakım etkileri bulunmaktadır. Hekimler, güvence davranışları ile hasta ve yakınlarını ihmal davası açmaktan caydırmaya ve yargıyı yapılması gerekenlerin yapıldığına ikna etmeye çalışırken, kaçınma davranışlarıyla da olumsuz yasal sonuçlarla karşılaşabileceklerini düşündükleri hasta ve prosedürlerden uzak durmaya çalışırlar. Kısmen işe yarıyor gibi görünse de araştırmalar, DT davranışlarının neden olduğu etkilerin kümülatif birikimi sonucu hekimleri dezavantajlı konuma düşürdüğünü göstermektedir. DTU ile hekimlerin, etik ilkelerden uzaklaştığı söylenebilir. İstenen ekstra testler, lüzumsuz tedaviler ile özerkliğe saygı etik ilkesi ihlal edilmektedir. Hekimin istediği ekstra test veya invaziv girişimin sebebinin tıbbi kaygıları değil de, kendisini korumak olduğunu, hastaya açıklamasını beklemek idealist bir yaklaşım olacaktır. Zaten DTU’nın doğası gereği hastanın bunu bilmemesi gerekmektedir. Ancak bunun özerkliğe saygı etik ilkesini ihlal ettiği de göz ardı edilemez. Hekimler hastaya tıbbi açıdan faydası olmayan tetkik ve tedavilerle veya uygulaması gereken prosedürlerden sakınarak hastaya zarar vermektedirler. Bu da açıkça zarar vermeme ve yararlı olma etik ilkelerinin ihlalidir. Ayrıca ihtiyaç olmayan durumlarda kısıtlı kaynakların tüketimine yol açan DTU, ihtiyaç olduğu durumlarda kaynaklara ulaşımı engelleyerek adalet ilkesinin ihlaline sebebiyet vermektedir.

İlgili literatür gözden geçirildiğinde, artan DTU’na rağmen tıbbi uygulama hatası davalarının da arttığı görölmektedir. Bu, artan davalar için nedensel bir kanıt niteliği taşımasa da savunmacı tıp uygulamalarının işe yaramayabileceğini düşündürmektedir. Üstelik DTU yaygın bir biçimde görölüyor ve yaygınlığı da hastalar tarafından

biliniyorsa, hasta ve yakınlarının klinisyenlere olan güveni azalacaktır. Azalan güven paradoksal olarak dava sayılarının artmasına sebebiyet verecektir. Bahsi geçen etkiler göz önüne alındığında DTU'nın hekimler için faydadan ziyade zarara neden olabileceği söylenebilir (40, 87-90).

Defansif tıbbın hastalar üzerindeki olumsuz etkileri birçok araştırmacı tarafından vurgulanmıştır. “Bir şey yapmak hiçbir şey yapmamaktan iyidir” bakış açısıyla yapılan daha fazla tetkik, daha fazla tedavi istenmeyen etkilere neden olabilmektedir. İstenen gereksiz tetkikler ve invaziv girişimler hastalar için ciddi problemler teşkil edebilmektedir. Örnek olarak; invaziv girişimlerde enfeksiyon riski, BT ve MR görüntülüne sırasında verilen kontrast madde sebebiyle gelişebilecek alerjik reaksiyonlar, mamografiye bağlı meme kanseri riski veya ultrason ile ilişkili abdominal aort anevrizması verilebilir (7, 12, 91). Ayrıca endikasyonsuz antibiyotik reçete edilmesiyle, antibiyotik direncinde de etkisi olduğu düşünülmektedir (92, 93).



Şekil 1. Uygunsuz ve Gereksiz İstenen Laboratuvar Tetkiklerinin Nedenleri ve Sonuçları, Kaynak: Lippi ve ark. 2017 (94)

Lippi ve ark. yaptıkları araştırmada, uygunsuz veya gereksiz laboratuvar tetkiklerinin nedenlerini ve sonuçlarını yukarıdaki şekille özetlemişlerdir (94).

Savunmacı tıp davranışlarının önemli bir etkisi de maliyetler üzerine olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde aşırı kullanım, hizmetlerin gereksiz bir şekilde aşırı kullanıldığı tüm durumları ifade eden ve dünya çapında bir sorun olarak düşünülen genel bir terimdir. Morbidite ve mortaliteyi etkilemeyen, herhangi bir semptomu olmayan kişiye teşhis konularak, aşırı teşhis; endikasyonsuz ilaç kullanımı ve hastalık dışı olguların, hastalıkmiş gibi ele alındığı aşırı tıbbileştirme birer aşırı kullanımdır (40, 87).

Hekimlerin DTU' nı ölçmek için yapılan araştırmalar çoğunlukla anket çalışması olarak tasarlandığından, temkinli ve savunmacı tıp davranışlarını ayırt etmek güç olup, sağlık hizmetleri maliyeti üzerine etkisini doğrudan ölçmek zordur. Bu da maliyetlerin olduğundan fazla ya da az tahmin edilmesine sebep olabilir. Birçok ülkede yapılan maliyet tahminleri, dolaylı olarak yapılmıştır. Örneğin; radyolog tarafından, yapılan ultrasonda görülen ve tümörden ziyade gelişimsel bir defekt olarak kabul edilen fibröz kortikal defekt, "İyi huylu olduğu düşünülmeyle birlikte BT ve MR görüntüleme ile klinik korelasyonu önerilir" şeklinde raporlandığında, klinisyen tarafından ileri görüntüleme tetkiki istenilmesine ve artan maliyetlere sebebiyet verecektir. Örnekleri çoğaltabilecek bu uygulamaların klinisyenler arasında bir kartopu etkisi yaratarak maliyet artımına sebebiyet verdiğini söylemek mümkündür. İlgili literatür, tanı atlamama ve tıbbi malpraktis davası endişesi ile istenilen tetkikler ve yapılan medikal ve cerrahi tedavilerin artan maliyetlere sebep olduğunu göstermektedir. Bu sağlık harcamalarının kısıtlı olduğu gelişmekte olan ülkelere, kaynakların akılcı kullanımını baltalamaktadır (8, 90, 95-99).

ABD' de yapılan bir araştırma DTU'larının 2008 yılı için toplam maliyetinin 45,6 milyar dolar olduğunu tahmin etmektedir. Yine ABD' de yapılan yakın zamanlı bir araştırma ise yıllık maliyetin 46 ila 300 milyar dolar arasında değiştiğini belirtmiştir (33, 100). DTU'nın, ekonomik etkileri yanında ekonomik olmayan maliyet etkileri de bulunmaktadır. Malpraktis davası ile karşılaşan hekimler; zaman kaybı, maddi kayıplar, itibar kaybı ve stres sonucu riskli hastalardan ve prosedürlerden kaçınmasına sebebiyet verebilecek bu da dolaylı olarak maliyet artışına neden olacaktır. Ayrıca doktorlar malpraktis iddiaları ile karşılaştıklarında, erken emekliliği düşünme ve akrabalarına sağlık sisteminde kariyer yapmama tavsiyesinde bulunma eğilimindedirler (101, 102).

Defansif tıp davranışları sağlık sistemin kalitesini de etkilemektedir. Artan tetkik ve tedavi prosedürleri, tetkik sonuçlarının, raporların zamanında yetişmemesine

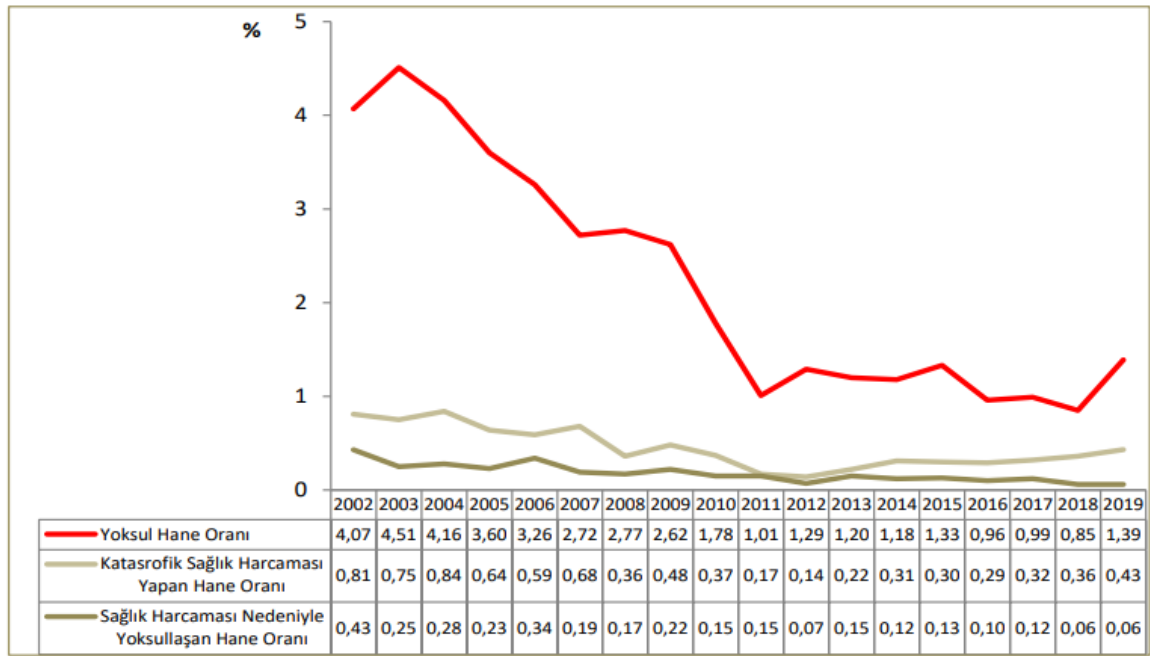
sebebiyet verebilir ve sağlık hizmetlerinde donanımlı insan gücüne olan ihtiyacı artırır. Bazı yazarlar sebep olduğu maliyet artışı nedeniyle, toplumun temel sağlık hizmetlerine erişimini kısıtladığını savunmaktadır (91, 103).

ÜSÖ ve Dünya Bankası (WB) 2015'ten beri, sağlık harcamalarına bağlı mali sıkıntıları azaltma yönündeki ilerlemeyi, iki ana gösterge kullanarak bildirmektedir. Bunlar; katastrofik sağlık harcamaları ve cepten sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşan nüfus oranıdır (Şekil 2). Katastrofik sağlık harcaması, haneler tarafından yapılan sağlık harcamasının, ödeme kapasitesine oranının %40 ve üstü olmasıdır. Dünya Bankası, 2021 yılında yayınladığı raporda, cepten yapılan sağlık harcamaları ve katastrofik sağlık harcamalarının artışına dikkat çekmiştir. Yayımlanan bu raporda, 2017 yılında, yapılan sağlık harcamaları nedeni ile 1,4 milyar ila 1,9 milyar insanın mali sıkıntı yaşadığı bildirilmiştir (104).

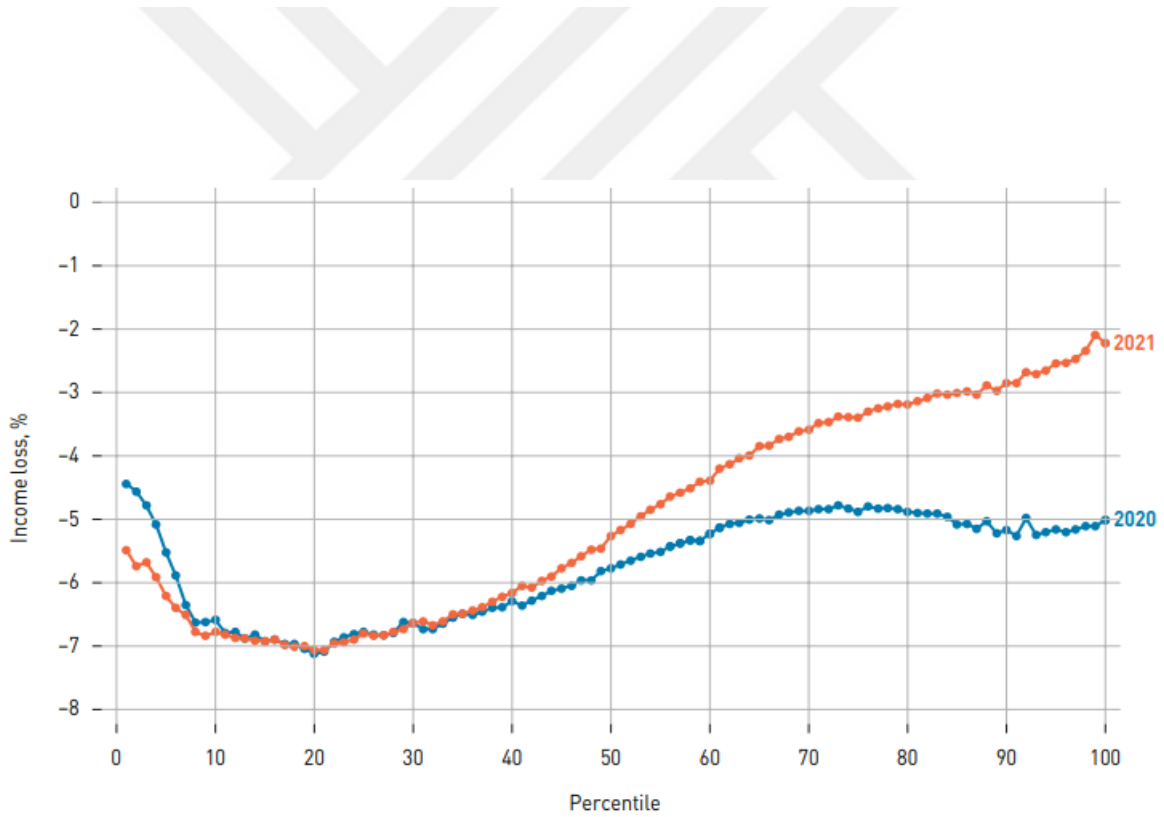
Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya oranı %5' dir. Yıllara göre katastrofik sağlık harcamaları ve yoksul hane oranı verilerine bakıldığında, 2019 yılında, önceki yıllara göre bir artış söz konusudur (Şekil 3).

	2000	2005	2010	2015	2017
Katastrofik sağlık harcamaları (SDG göstergeleri 3.8.21)					
Hanehalkı harcamalarının %10' dan fazlasını cepten sağlık harcamalarına harcayan nüfus (SDG 3.8.2. %10 eşiği)	579	708	785	940	996
Hanehalkı harcamalarının %25' ten fazlasını cepten Sağlık harcamalarına harcayan nüfus (SDG 3.8.2. %25 eşiği)	131	167	189	270	290
Cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle günlük 1.90\$ SGP aşırı yoksulluk sınırına ulaşan nüfus					
Cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşan	1159	1009	826	664	505
Cepten yapılan sağlık harcaması nedeniyle daha da yoksullaşan (herhangi bir nedenle cepten sağlık harcaması yapan yoksullar)	124	130	122	115	70
Cepten yapılan sağlık harcaması nedeniyle daha da yoksullaşan (herhangi bir nedenle cepten sağlık harcaması yapan yoksullar)	1035	879	704	549	435
Cepten sağlık harcamaları nedeniyle göreceli yoksulluk sınırında olan nüfus					
Cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşan	630	808	1007	1153	1125
Cepten yapılan sağlık harcaması nedeniyle daha da yoksullaşan (herhangi bir nedenle cepten sağlık harcaması yapan yoksullar)	91	122	154	182	172
Cepten yapılan sağlık harcaması nedeniyle daha da yoksullaşan (herhangi bir nedenle cepten sağlık harcaması yapan yoksullar)	539	686	853	971	953

Şekil 2. SDG İlişkili Mali Sıkıntı Göstergeleri (Milyon Kişi) 2000-2017 (SDG: Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları, SGP: Satın Alma Gücü Paritesi), Kaynak: Global Monitoring Report of Financial Protection in Health 2021, WB (104)



Şekil 3. Yıllara Göre Katastrofik Sağlık Harcaması, (%), Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020 (106)



Şekil 4. Şekil 4. Covid 19 Pandemisi Nedeni İle Küresel Gelir Kaybı, 2020-2021, Kaynak: Global Monitoring Report of Financial Protection in Health 2021, WB (105)

Bu araştırmanın yapıldığı ve raporlandığı tarihlerde 2020 yılı ve sonrası için yoksul hane oranı, katastrofik sağlık harcaması yapan ve bu harcamalar nedeniyle yoksullaşan hane oranı istatistikleri henüz dünyada ve ülkemizde paylaşılmamıştır. Ancak yaşanan pandeminin etkisiyle artan sağlık harcamaları ve gelir kayıplarının sonucunda bu oranların artacağı öngörülebilir. Nitekim araştırmacılar da küresel gelir kayıplarında pandeminin etkisini vurgulamaktadır (Şekil 4).

Tüm bu istatistiksel veriler, cepten yapılan sağlık harcamaları ve katastrofik sağlık harcamalarının refah düzeyini önemli ölçüde etkilediğini gözler önüne sermektedir. DTU'nın bu harcamalardaki etkisini kesin olarak bilmesek de sağlık harcamaları üzerindeki etkisine yönelik yapılan araştırmalara bakarak önemli bir payı olduğu söylenebilir (104-106).

2.1.3.5. Defansif Tıp Uygulamalarının Hekimler Arasında Yaygınlığı

2.1.3.5.1. Dünyada Defansif Tıp Uygulamaları

DTU'nın, ülkelerin mevcut yasal düzenlemeleri ve cezai yaptırımlarından etkilendiği aşikârdır. Savunma pratiğine ilişkin araştırmaların büyük bir çoğunluğu ABD ve Avrupa ülkelerinde yapılmıştır (93). Artan malpraktis davalarına paralel olarak DTU da artış göstermektedir. Bu konuda ilk olarak 1970 yılında ABD' de yapılan araştırma, malpraktis davalarının hekimlerin defansif tıp davranışları üzerindeki etkilerini araştırmak için Kaliforniya ve Kuzey Karolina eyaletlerinde eş zamanlı olarak yapılmıştır. Araştırmacılar bekledikleri gibi malpraktis davalarının hekimlerin savunmacı tıp davranışları göstermelerine etki ettiğini, ancak bu etkinin tahmin ettiklerinden daha az olduğu sonucuna ulaşmışlardır (107, 108). 1972 yılında Pensilvanya'da yapılan başka bir araştırmada da benzer sonuçlara ulaşılarak, hekimlerin karar verme sürecinde malpraktis davalarının etkisi gözler önüne serilmiştir (107).

1995 yılında İngiltere' de, savunmacı tıp davranışlarını değerlendirmek için beş yüz hekimle yapılan araştırmanın sonucunda, çarpıcı bir biçimde %98' inin tıbbi hata iddiası ihtimaline karşı savunmacı tıp davranışları uyguladıkları saptanmıştır (109). 2002 yılında Birleşik Krallık'ta 154 psikiyatrist ile yapılan araştırmada, yanıt veren hekimlerin, özellikle yeni uzmanlar olmak üzere, %75'inin savunmacı tıp davranışları uyguladığı belirlenmiştir (110).

DTU özellikle, acil tıp, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi ve travmatoloji ve beyin cerrahi gibi branşlarda daha yaygındır. ABD'nin Pensilvanya eyaletinde, 2005 yılında, bu riskli uzmanlık alanlarında görev yapmakta olan 824 hekimle gerçekleştirilen anket çalışmasında, katılımcıların büyük çoğunluğu (%93) defansif tıp davranışları uyguladıklarını belirtmişlerdir. Aynı araştırmada katılımcıların %92'si güvence davranışları sergilediklerini belirtirken, %43'ü de tıbbi olarak gerekli olmayan durumlarda görüntüleme tetkikleri istediklerini belirtmişlerdir. (111).

2006 yılında Hiyama ve ark. tarafından, 131 gastroenterolog ile Japonya'da gerçekleştirilen anket çalışmasında, araştırmaya katılan hekimlerin neredeyse tamamı (%98), DT davranışları sergilediklerini belirtmişlerdir. Araştırmada, hekimlerin %96 oranında kaçınma davranışları, %91 oranında da güvence davranışları sergiledikleri saptanmıştır (112). 2013 yılında, 64 gastroenterolog ile İtalya'da yapılan başka bir araştırma da ise katılımcıların, %94'ünün savunmacı tıp davranışları sergilediği belirlenmiştir (113).

Asher ve ark. tarafından, İsrail'de 2008 yılında gerçekleştirilen kesitsel çalışmada, toplam 889 hekimden, %40'ının her hastayı potansiyel bir dava tehdidi olarak gördüğü, %60'ının da savunmacı tıp davranışları sergilediği tespit edilmiştir (10).

2009 yılında ABD'de 1231 hekimin katıldığı araştırmada, katılımcıların %91'i, hekimlerin tıbbi malpraktis davalarından korunmak amacıyla gereğinden fazla tetkik istediklerine inandıklarını belirtmiştir (114). ABD'de, 1214 ortopedi ve travmatoloji uzmanı ile yapılan çalışma, katılımcıların istedikleri tetkiklerin %22'sinin ve her ay hastaneye yatışların ortalama %9'unun savunma amaçlı olduğunu saptamıştır (115). Birleşik Krallık'ta 2013 yılında yapılan araştırmada, hekimlerin %78'inin savunma tıbbi uyguladığı, yanıt verenler arasında gereksiz tetkiklerin (%59) en fazla DT uygulaması olduğu, onu gereksiz sevklerin (%55) izlediği tespit edilmiştir (3).

İsrail'de üçüncü basamakta çalışan 113 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile yapılan araştırmada, hekimlerin, %97'si günlük hekimlik pratiklerinin tıbbi ihmal davası endişesinde etkilendiğini ve %87'si tıbbi endikasyon olmasa da sezaryen doğumu önerdiğini belirtmiştir (116).

Nahed ve ark. tarafından 2012 yılında, 1028 beyin cerrahı ile çevrimiçi anket gönderilerek yapılan araştırmada, hekimlerin %72'si ekstra görüntüleme tetkikleri, %67'si ekstra laboratuvar tetkikleri, %66'sı gereksiz sevkler ve %40'da endikasyonsuz

ilaç reçete ederek DT davranışları sergilediklerini belirtmişlerdir (4). Kanada, ABD ve Güney Afrika'da görev yapmakta olan 1142 beyin cerrahına, çevrimiçi anket gönderilerek yapılan başka bir araştırmada, Amerika'lı katılımcıların %9'u, Güney Afrika'lı katılımcıların yarısı, toplam katılımcıların ise %38'i sorumluluk nedeniyle emekliliği düşündüklerini, Kanada'lı beyin cerrahları ise emekliliği düşünmediklerini belirtmiştir (117).

İspanya'da malpraktis iddialarının hekimlerin sağlıkları ve günlük pratikleri üzerindeki etkisinin araştırıldığı yakın tarihli bir çalışmada, araştırmaya katılan hekimlerin nerdeyse yarısının (%45,4), hastaları potansiyel davacı olarak gördükleri saptanmıştır (50).

2.1.3.5.2. Türkiye' de Defansif Tıp Uygulamaları

Ülkemizde 2006 yılında Ceza Yasası'nın değişmesi ile beraber malpraktis davalarının savunmacı tıp davranışlarına neden olabileceği düşünülmektedir birçok araştırma yapılmaya başlanmıştır (118).

2008 yılında Aynacı'nın Konya il merkezinde görevli hekimlerle yaptığı araştırmada, hekimlerin %84,26'sı "*Hakkınızda açılacak tıbbi malpraktis davası hekimlik performansınızı azaltır mı?*" sorusuna, "*kesinlikle evet*" ve "*evet*" yanıt vermişlerdir (119). 2013 yılında, Kolcu'nun yaptığı ve araştırmamızda da kullandığımız "Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği"ni geliştirdiği araştırmada, katılımcıların %82,3'ü DTU kavramını daha önce duyduğunu belirtirken, %71'i de bu kavramın içeriği ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmişlerdir (120).

İzmir' de, 2013 yılında aile hekimleri ile Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği kullanılarak gerçekleştirilen araştırmanın sonucunda, yanıt verenlerin, %21'inin çok iyi, %49,3'ünün iyi, %23,5'inin orta derecede ve %6,2'sinin zayıf derecede DT davranışları sergilediği saptanmıştır (121). 2019 yılında yine aile hekimleri ile yapılan ve aynı ölçeğin kullanıldığı farklı bir araştırmada ise daha önce hastalar tarafından şikayet edilen hekimlerin pozitif ve negatif DT puan ortalamalarının şikayet edilmeyen hekimlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (122).

Tanrıverdi ve ark. (2015), tıbbi onkologların defansif tıbbi bakış açılarını ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla onkolojide hizmet veren 402 hekime e-posta yoluyla anket göndermişlerdir. Geri dönüş aldıkları hekimlerden 146 tanesi anketi tamamen doldurmuştur. Sonuç olarak araştırmaya dâhil edilen hekim sayısı 146

olmuştur. Bu araştırmanın sonucunda anketi tamamlayan hekimlerin %45'inin savunmacı tıp davranışları sergilediği bilgisine ulaşmışlardır (123).

2016 yılında Göçen ve arkadaşlarının Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde görev yapmakta olan 200 araştırma görevlisi hekimle yürüttükleri araştırmalarında, cerrahi bilimlerde görevli hekimlerin pozitif, negatif ve toplam defansif tıp puan ortalamalarını, dahili bilimlerde görev yapan hekimlere göre anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır (124).

Küçük 2017 yılında, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı 108 hekimle yaptığı kesitsel araştırmada, yanıt verenlerin büyük bir kısmının (%89,8), yapabilecekleri halde pek çok prosedürden medikolegal kaygılar nedeniyle kaçındığını saptamıştır (125). 2017 yılında yapılan başka bir araştırmada ise yazarlar, katılımcıların %75,7'sinin, tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak amacıyla daha fazla görüntülüme tetkikleri istediğini saptamışlardır (126).

Çalıkoğlu ve Aras'ın 2019 yılında, Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, farklı cerrahi disiplinlerde çalışan hekimlerle yaptıkları araştırmada, yanıt verenlerin büyük bir oranda (%94,2), pozitif veya negatif DT davranışları sergilediği bulunmuştur (32). Yine 2019 yılında 194 göz hekimi ile yapılan araştırmada, araştırmaya katılan hekimlerin %78'i malpraktis davalarının klinik pratiklerini etkilediğini belirtmişlerdir (127).

2.1.3.6. Covid 19 Pandemisi ve Defansif Tıp Uygulamaları

Bilindiği üzere Koronavirus hastalığı 19 (Covid 19), ilk olarak 30 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde saptanan, daha sonra etkeni SARS-CoV-2 olarak belirlenen, viral bir enfeksiyondur. Küresel yayılımı ve oluşturduğu tehdit nedeniyle, 11 Mart 2020 tarihinde, DSÖ tarafından, bir halk sağlığı acil durumu olarak kabul edilmiş ve pandemi ilan edilmiştir (128).

Pandemi esnasında sağlık çalışanları zorlu şartlarla baş etmek durumunda kalmıştır. Pandemi ve defansif tıp uygulamalarından bahseden Chen (2020), ailelerinden ve arkadaşlarından kayıp verdikleri, çocuklarından ayrı kalmak zorunda kaldıkları için hekimlerin büyük bir kısmının, kaygı, belirsizlik ve stres duygularına sahip olduğunu ayrıca hastalığın kesin bir tedavisi olmadığı için hekimlerin tıbbi hata iddiasından kaçınmak amacıyla endikasyonsuz ilaç reçete ederek defansif tıp tuzağına düşebileceğini belirtmiştir (129).

Güncel yayınlarda bazı yazarlar, pandemiden edinilen tecrübelerin günlük pratiklere uygulanması gerektiğini vurgularken DT uygulamaları ile alakalı da önerilerde bulunmaktadır.

Gudino, 2022 yılında yayınladığı makalesinde, pandemi süresince sağlık hizmeti kalitesinin arttığını ve bunun nedenlerinden birinin defansif tıp uygulamalarının azalması olduğunu savunmaktadır. Yazar pandemi sırasında başlangıçtaki sağlık krizinin ezici boyutunun, tıp çevrelerini, sağlanabilen veya sağlanamayan bakım konusunda kesin bir tavır almaya zorladığını belirtmektedir. İtalyan Anestezi, Analjezi, Resüsitasyon ve Yoğun Bakım Derneği'nin anlaşmazlık durumlarında, medikolegal değerlendirme için referans olarak kullanılabilecek belge yayınlamasını örnek göstererek, farklı seçenekler için bu tür belgeler yayınlanarak klinisyenlerin malpraktis davası endişesi konusunda rahatlatılabileceğini ve DTU'nın azaltılabileceğini savunmaktadır (130).

2022' de yayınlanan farklı bir makalede de Gudino ile aynı önerilerde bulunulmuştur. Yazar, bilimsel toplulukların onayıyla gerçekleştirilecek, hekimlere hasta seçiminde, sınıflandırmada ve hastane içi yönetiminde yardımcı olacak özel kılavuzların gerekliliğini ve bu kılavuzların DT davranışları nedeni ile boşa harcanan değerli kaynakların korunmasında büyük önem arz ettiğini savunmaktadır (131).

Öncel (2022) ise Covid 19 pandemisi ve DTU' nı farklı bir bakış açısıyla bir antiviral olan “favipiravir” in çocuk hastalarda kullanımı üzerinden değerlendirmiştir. Öncel, literatürde, Covid 19 üzerinde favipiravirin etkinliğini destekleyen birçok yayın olmasına rağmen kanıt değerinin düşük olduğunu, Mayıs 2021'de bu konuda yapılan iki meta-analiz sonuçlarının birbiriyle çeliştiğini vurgularken, tedavide kullanılmasını destekleyen çalışmaların ilacı, halkın gözünde parlattığını da belirtmektedir. Yazar, hastanın kaybı sonrasında hekimlerin, favipiraviri neden vermediğini kendilerine ve mahkemeye anlatmakta zorlanabilecekleri uyarısında bulunurken kritik durumlarda, son çare olarak verilmesi gerektiği önerisinde bulunmaktadır. Öncel'in bakış açısını farklı kılan ise bu önerisini “*Akılcı Savunma Tıbbı*” olarak adlandırmasıdır (132).

2.1.3.7. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası ve Defansif Tıp Uygulamaları

Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası, “Meslek erbaplarının mesleki uygulamalar sırasında oluşacak hatalar nedeniyle, tazminat ödemeleri gerektiğinde kullanılmak üzere sigorta şirketleri tarafından sigortalınamalarıdır” şeklinde tanımlanan mesleki sorumluluk sigortalarının bir türüdür. Bu sigortanın uygulamasında hekimlik bölümleri dört farklı risk grubuna ayrılır ve azami teminat tutarları bu risk gruplarına göre belirlenir. Halk sağlığı, tıbbi biyokimya, tıbbi farmakoloji, tıbbi patoloji gibi bölümler en düşük riskli olarak belirlenen 1. grupta bulunurken; acil tıp, beyin ve sinir cerrahi, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, kalp ve damar cerrahisi gibi bölümler en yüksek riskli olarak belirlenen 4. grupta bulunmaktadır.

Sigorta şirketi tarafından tazmin edilmeyecek durumlar bahsi geçen sigortanın genel şartlarında belirtilmiştir. Tıbbi malpraktis kaynaklı zararın sigorta şirketi tarafından tazmin edilmeyeceği hallerden biri de defansif tıp uygulamalarıdır. DTU’nın sigorta kapsamı dışında bırakılma sebebi, bu uygulamaların hukuk ya da etik kurallar ile belirlenen tıbbi prosedürler çerçevesinde olmamasıdır (133, 134).

2.1.3.8. Yapılan Kanun Değişiklikleri ve Defansif Tıp Uygulamaları

12 Mayıs 2022’ de Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Genel Kurulu’nda kabul edilen, 7406 sayılı “Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” 27 Mayıs 2022 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kanun ile 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu’na ek madde eklemek suretiyle Mesleki Sorumluluk Kurulu oluşturulmuştur.

Ek Madde 18; *Yükseköğretim Kanununun 53 üncü maddesinde yer alan soruşturma usulüne tabi olanlar hariç olmak üzere, kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşları ve vakıf üniversitelerinde görev yapan hekim ve dış hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle yapılan soruşturmalar hakkında 2/12/1999 tarihli ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun hükümleri uygulanır. Soruşturma izni, Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından verilir. Mesleki Sorumluluk*

Kurulu, özel sağlık kurum ve kuruluşları ve vakıf üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensupları bakımından il sağlık müdürlüklerinde görevli başkan veya yardımcılarını da ön inceleme yapmak üzere görevlendirebilir. Soruşturma izni verilmesine ilişkin 4483 sayılı Kanunun 7 nci maddesindeki süreler, iki kat olarak uygulanır. Mesleki Sorumluluk Kurulunun kararlarına karşı Ankara Bölge İdare Mahkemesine itiraz edilebilir.

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

Mesleki Sorumluluk Kurulu, Sağlık Bakanı tarafından belirlenen;

a) Bakan yardımcısı,

b) Sağlık Hizmetleri, Kamu Hastaneleri, Hukuk Hizmetleri, Yönetim Hizmetleri genel müdürleri veya yardımcıları,

c) Profesör veya doçent unvanlı biri dâhilî, diğer cerrahi branştan iki hekim, olmak üzere yedi üyeden oluşur. Mesleki Sorumluluk Kurulunun başkanı Bakan yardımcısıdır. (c) bendi uyarınca belirlenen üyelerin görev süresi iki yıldır.

Mesleki Sorumluluk Kurulu, üye tam sayısının salt çoğunluğuyla toplanır ve üye tam sayısının salt çoğunluğuyla karar alır. Oylamalarda çekimser oy kullanılamaz.

Sağlık Bakanı gelen için niteliği ve sayısına göre, başka bir Bakan yardımcısının başkanlığında üçüncü fıkra da gösterilenlerden, yeni kurullar oluşturabilir.

Mesleki Sorumluluk Kurulu üyeleri, ikinci fıkra kapsamında verdikleri kararlar sebebiyle görevinin gereklerine aykırı hareket ettiklerinin kesinleşmiş bir ceza mahkemesi kararıyla tespit edilmesi dışında mali ve idari yönden sorumlu tutulamaz.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konulan yönetmelikle belirlenir.”

Yapılan bu değişiklikle birlikte, hekimin kusuru kaynaklı meydana gelen zararın idarece tazmin edilmesine rağmen Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun görevi kötüye kullanma ve kusur durumunu gözeterek, zararın hekime rücu edilmemesine karar verme olasılığı söz konusudur. Bu haliyle düzenlemenin DTU'nı azaltabileceği söylenebilir. Ancak, bilindiği üzere mevcut Anayasa' da kamu görevlilerinin kişisel kusurlarından dolayı oluşan zararların ilgisine rücu edilme zorunluluğu vardır. Kurulun verdiği kararların idari nitelikte olduğu ve idarenin takdir yetkisinin sınırsız olmadığı düşünüldüğünde, bu çelişkinin uygulamada çözülebilirliği, yapılan kanun değişikliğinin, DTU üzerindeki etkisinin belirleyicisi olacağını söylemek yanlış olmayacaktır.

Aynı kanun ile 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 113. maddesine eklenen fıkra; *“Suçun konusunun sağlık hizmeti olması halinde, verilecek ceza altıda biri oranına kadar artırılır”* ile sağlık personeline yönelik şiddette, verilecek ceza ile ilgili düzenleme yapılmıştır (135). DTU'nda hekime yönelik şiddetin etkisi düşünüldüğünde yapılan bu düzenleme umut verici olsa da yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. Medyada yer alan hekime ve diğer sağlık personellerine yönelik şiddet haberleri, ek düzenlemeler gerektiğini gözler önüne sermektedir.

2.1.3.9. Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuki Boyutu

Literatürde, defansif tıbbi uygulamaların yararları, zararları ve bu uygulamalara karşı çözüm önerileri tartışılmakta olup büyük çoğunluk tarafından DTU standart tıbbi bakımdan uzaklaşma olarak görülmektedir. Defansif tıbbi uygulamalar her ne kadar hekimin tıbbi hata iddialarından korunmak amacıyla geliştirdiği tepkisel bir yanıt olarak değerlendirilse de bazı uygulamalar günlük pratiğe o kadar yerleşmiştir ki hekimler bu davranışları her zaman bilinçli olarak uygulamaz (32). Bu çelişkiler DTU'nın tıbbi boyutu yanında hukuki boyutunun da değerlendirilmesi gerektiğini gözler önüne sermektedir (118). Hukuk alanında yapılan araştırmalarda hasta veya yakınları tarafından iddia edildiği üzere sağlık hizmeti sunumu esnasında, hekimin eyleminden zarar görüp görmediği ve hak ihlalinin mevcudiyetinin, evvela hasta hakları boyutu ile incelenmesi gerektiği, bunun tıbbi hata iddiasının, hukuki ve cezai olarak açıklığa kavuşturulmasında faydalı olacağı vurgulanmaktadır (136).

2.1.3.9.1. Hasta Hakları Açısından Defansif Tıp

Avrupa Konseyi’nce kabul edilen “İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi” hasta hakları bağlamında uluslararası ilk yasal düzenleme olma niteliği taşımaktadır. Türkiye’de de 1998 yılında, genel manada uluslararası kabul edilen düzenlemeye paralel olarak, hasta hakları, yönetmelik düzeyinde mevzuata dâhil edilmiştir (136, 137).

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 11. Maddesinde hastanın modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak, teşhis tedavi ve bakım hakkı olduğu belirtilmiş ve tıbbi kaidelere aykırı sağlık hizmeti sunumu yasaklanmıştır. DTU’larının standart tıbbi bakımdan sapma olarak nitelendirildiği göz önüne alındığında, bu madde ile çeliştiği görülmektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi hekimler gereksiz tetkik isteme, endikasyonsuz ilaç reçete etme, vb. pozitif defansif tıp davranışları ve riskli hasta ve prosedürlerden kaçınma gibi negatif defansif tıp davranışları ile tıp etiğinin adalet ilkesinden uzaklaşmaktadırlar. Hasta Hakları Yönetmeliği madde 6’ da, sağlık hizmet sunucularının adalet ve hakkaniyet ile muamele etme yükümlülüğü vurgulanmaktadır. Bu bağlamda da bahsi geçen yönetmelikle çeliştiği açıkça görülmektedir.

Defansif tıp uygulamalarının özerkliğe saygı ilkesini ihlal ettiğinden daha önce bahsedilmişti. Oysa Hasta Hakları Yönetmeliğinin üçüncü bölümünde, hastanın bilgi alma hakkından bahsedilmektedir. Bu durumda hekim bilgi verme ödevini yerine getirmemiş olacak veya bilgi verse bile istenilen tetkikin ya da yapılan işlemin hukuki kaygılarla yapıldığı söylenemeyeceğinden, hastaya tıbbi bir gereklilik olduğu belirtilecektir. Böylelikle bilgi verme yükümlülüğünün devamında alınması gereken onam bahsi geçen Yönetmeliğin 28. Maddesinde belirtildiği üzere hukuka ve ahlaka aykırı bir biçimde alındığı için yok hükmünde olacaktır. DTU nedeniyle hastanın zarar görmesi durumunda, yaşama hakkı, sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı ve güvenlik haklarından mahrum bırakılacağı ortadadır. Tüm bu bilgilerden hareketle DTU’larının, Hasta Hakları Yönetmeliği ile çerçevesi çizilen hasta haklarını zedelediği açıkça ortadadır (118, 136).

2.1.3.9.2. Pozitif Defansif Tıp ve Cezai Boyutu

Pozitif defansif tıp uygulamaları bağlamında, hastanın zarar görme ihtimali olan, endikasyonsuz ilaç reçete etme ve tıbbi gereklilik olmadığı halde laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri isteme, girişimsel müdahalelerde bulunma ceza hukuku kapsamındadır.

Hekimlerin akılcı olmayan ilaç kullanımı teşviki, yan etkilere, ilaç etkileşimlerine ve gereksiz tedavi maliyeti gibi birçok duruma sebebiyet verebilmektedir. Tıbbi nedenlerle yazılan ilaçlar sonrası gelişen yan etkiler komplikasyon olarak kabul edilecek ve herhangi bir cezai sorumluluğu olmayacaktır. Ancak yazılan ilacın savunmacı tıp davranışı ile reçete edildiği saptandığında, tıbbi hata olarak değerlendirilecek ve hekim taksir ile yargılanacaktır.

Defansif tıp uygulamaları nedeniyle görüntüleme tetkiklerinin sıkça kullanımının, sebep olduğu yan etkiler neticesinde hastalara verdiği zarar malumdur. Aynı şekilde girişimsel prosedürlerde taşıdıkları yan etki riskleri ve vücut bütünlüğünün ihlali sebebiyle cezai yaptırıma sahiptir. Tabii bu tetkiklerin istenme amacı, cezai değerlendirmede büyük önem arz etmektedir. Çünkü hukuk, bu uygulamaların tıbbi nedenlerle yapılmasına izin vermektedir. Tıbbi malpraktis iddiası endişesi ile istenen ya da uygulanan işlem sırasında hasta, büyük bir olasılıkla, işlemin gerekliliği ile alakalı doğru bir biçimde bilgilendirilmeyecek ve yazılı olarak hasta veya kanuni temsilcisinden bilgilendirilmiş rıza alınmış olsa dahi, geçersiz sayılacaktır. Bu durumda yapılan işlem hukuka aykırı olacak ve kasten yaralama olarak ele alınacaktır (118, 138, 139).

2.1.3.9.3. Negatif Defansif Tıp ve Cezai Boyutu

Hekimlerin, uyguladıkları kaçınma davranışları ile gerekli özen ve dikkati göstermemek suretiyle, hastanın zarar görme olasılığını öngörememeleri ve bu kaçınma davranışlarının sonucunda, eylemleri ile doğrudan ilişkili bir biçimde hastanın zarar görmesi halinde, taksir ile yargılanması gündeme gelecektir. 5237 Sayılı Kanun'un (Türk Ceza Kanunu) 89. maddesi uyarınca, hekimin kaçınma davranışı ile hastanın gördüğü zarar arasında illiyet bağı olması halinde taksirle yaralama suçundan; hayatını kaybetmesi durumunda ise bahsi geçen kanunun 85. maddesi uyarınca taksirle ölüme sebebiyet verme suçundan, cezai yaptırımla karşılaşması söz konusu olacaktır. Ancak hekimler eylemleri sonucunda hastada oluşabilecek zararı öngörüyor ve ortaya

ıkmasını istemiyorlarsa, bilinçli taksir söz konusu olacak ve kanunun 22. maddesi uyarınca alacakları ceza, üçte bir oranından yarı oranına kadar arttırılabilecektir.

5237 Sayılı Kanun madde 83 ile failin, kanuni düzenleme veya sözleşmeden kaynaklanan, gerçekleştirmekle yükümlü olduğu belirli bir icrai davranış gerçekleştirmemesi sonucunda, kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi hükmü düzenlenmiştir. Hekimlerin de sağlık kurumuna başvuran hastaya sağlık hizmeti sunma yükümlülüğü göz önüne alındığında hekim savunmacı tıp davranışları nedeniyle hastaya sağlık hizmeti vermekten kaçınır ve hasta hayatını kaybederse, ihmali davranışla insan öldürme suçu işlemiş sayılacaktır. Ayrıca hekim bu kaçınma davranışı neticesinde hastanın ölebileceğini öngörüyorsa olası kastla veya net bir şekilde biliyorsa kastla sorumlu tutulacaktır. Ayrıca hekimler defansif tıp uygulamaları nedeniyle oluşan zarar sonucunda, Türk Ceza Kanunu'nun 257. Maddesi uyarınca görevi kötüye kullanma gerekçesiyle cezai yaptırımla karşılaşabileceklerdir (136).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan araştırmamız Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Tokat Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan hekimlerin savunmacı tıp davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmış olup 01.07.2022-01.11.2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışmakta olan 331 hekim ve Tokat Devlet Hastanesinde çalışmakta olan 154 hekim olmak üzere toplam 485 uzman ve pratisyen hekim, araştırmamızın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesabı yapılmadan doğrudan hasta hekim ilişkisi içerisinde olmayan hekimler (poliklinikte veya acil servislerde hasta muayene etmeyen, reçete yazmayan; temel tıp bilimleri, adli tıp, halk sağlığı ve patoloji gibi bölümlerde bulunan hekimler), idari görevde olan hekimler ve köy ve cezaevi aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler dışlandıktan sonra kalan 351 hekimin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

Anket sorularının anlaşılabilirliği, tepki uyandıran soruların varlığı ve ankete yanıt verilme süresinin değerlendirilmesi amacıyla, örneklemi temsil eden 3 pratisyen hekim, 3 araştırma görevlisi hekim, 3 uzman hekim ve 3 öğretim üyesi ile ön test gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen ön test ile anketi cevaplandırma süresi ortalama 10 dakika olarak belirlenmiş ve herhangi bir soru değişikliğine gerek olmadığı görülmüştür. Anketörlük yalnızca tezin yürütücüsü tarafından yapılmıştır. Yüz yüze uygulanan anket çalışması; anketör tarafından kendisi, araştırmanın amacı, ortalama anketi cevaplandırma süresi, araştırma sonucunda elde edilen verilerin yalnızca araştırmanın raporlanmasında kullanılacağı ve araştırmaya katılmanın tamamen gönüllülük esasına dayandığı hususunda kısa bir bilgilendirme yapıldıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerle, anketör tarafından herhangi bir yönlendirme yapılmadan uygulanmıştır. Araştırma süresince, hekimlerin izinli olduğu dönemler, cerrahi branşlardaki hekimlerin ameliyat günleri, üniversite hastanesindeki hekimlerin eğitim günleri nedeniyle araştırmanın yapıldığı merkezlere tekrarlayan ziyaretlerde bulunulmuştur. Araştırmaya başlamadan önce ön test yapılan 12 hekim araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Araştırma sırasında 1 hekim, alanında ilimizde

tek hekim olduğundan, tanınabileceği endişesi ile araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu belirten 4 hekim, tekrarlayan randevular vermiş ancak anketi araştırma süresince tamamlamak mümkün olmadığı için çalışma dışı bırakılmıştır. 12 hekim ise yoğun oldukları gerekçesi ile araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Toplamda araştırmaya katılan 322 hekimin yeterli ve güvenilir şekilde cevaplandıkları anketlere ait veriler analize dâhil edilmiştir. Sonuç olarak, örneklem grubumuzdaki hekimlerin, araştırmamıza katılım oranı %91,7 (322/351) olmuştur.

3.3. Araştırma İçin Alınan İzinler

Araştırma için başvurduğumuz Etik Kurul Onayı, 26.05.2022 tarihinde Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22-KAEK-120 kayıt numaralı kararı ile onaylanmıştır. Araştırmanın Tokat Devlet Hastanesinde yürütülebilmesi için Tokat İl Sağlık Müdürlüğü, Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu'na başvurularak, İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Bilimsel Araştırma Çalışmaları izni alınmıştır (Ek 1). Ayrıca TOGÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yürütülebilmesi için de Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek 2).

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Tokat Devlet Hastanesinde çalışıyor olmak ve doğrudan hasta hekim ilişkisinde bulunulan, yataklı servisi olan, ilaç reçete edilen bölümlerde görev yapıyor olmak.

Yukarıda sayılan kriterlere göre araştırmaya, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, deri ve zührevi hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, acil tıp, ruh ve sinir hastalıkları, çocuk ve ergen ruh sağlığı, çocuk hastalıkları, nöroloji, aile hekimliği bölümü, fizik tedavi ve rehabilitasyon, kardiyoloji, göz hastalıkları, kalp ve damar cerrahi, göğüs cerrahi, genel cerrahi, beyin ve sinir cerrahisi, anesteziyoloji ve reanimasyon, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, kulak, burun ve boğaz hastalıkları, üroloji, çocuk cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum bölümlerinde görev yapmakta olan hekimler dahil edilmiştir. Ayrıca araştırmamıza katılan endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, gastroenteroloji, nefroloji, romatoloji, tıbbi onkoloji yan dallarına sahip hekimler ait oldukları ana dal olan iç hastalıkları bölümüne,

yoğun bakım uzmanları anesteziyoloji ve reanimasyon bölümüne, cerrahi onkoloji yan dal uzmanları genel cerrahi bölümüne ve jinekolojik onkoloji cerrahi yan dalına sahip hekimler ise kadın hastalıkları ve doğum bölümüne dâhil edilmişlerdir.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Doğrudan hasta-hekim iletişimi olmamak, yataklı servisi olmamak ve ilaç reçete edilen bölümlerde çalışmıyor olmak. Bu bağlamda anatomi, fizyoloji, histoloji ve embriyoloji, halk sağlığı, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi, radyoloji, tıbbi biyokimya, tıbbi farmakoloji, tıbbi genetik, tıbbi mikrobiyoloji, tıbbi patoloji bölümleri araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Problem Cümleleri, Hipotezler ve Araştırma Modelleri

Araştırma konusuna, ilimizdeki hekimlerin defansif tıp davranışlarını saptamak olarak karar verildikten sonra, aşağıda sayılan problem cümleleri belirlenmiştir.

- Hekimlerin defansif tıp davranışları ile sosyodemografik ve mesleki durumları arasında ilişki var mıdır?
- Hekimlerin defansif tıp davranışlarını sosyodemografik ve mesleki bilgilerinin yanında, başka hangi durumlar etkilemektedir?

Araştırmanın problem cümleleri belirlendikten sonra, problemlere yanıt aramak amacıyla, araştırma modeli (Şekil 5) ve hipotezler belirlenmiştir. Yapısal eşitlik modeline dahil edilecek, ilgili literatür yardımıyla hazırlanan defansif tıp öncülleri sorularına, soru bütün korelasyon analizi uygulanmıştır. Korelasyon katsayısı 0,25' in altında olan sorular, modele dahil edilmemiştir (140). “Hayır”, “Ara sıra” ve “Sıklıkla” olacak şekilde üç yanıt içeren, “*Şikâyet edilme kaygısı taşıyor musunuz?*” ve “*Mesleğinizi icra ederken hata yapma korkunuz oluyor mu?*” soruları gösterdikleri yüksek korelasyondan dolayı ($r: 0,581$), çoklu doğrusal bağlantıyı (multikolinearite) önlemek amacıyla aynı yapı altında toplanmıştır (141). Sonuç olarak korelasyon katsayısı 0,25' in üzerinde olan 5 defansif tıp öncülü sorusu ile yapısal eşitlik modeli ve hipotezleri oluşturulmuştur (Şekil 6).

3.6.1. Araştırma Modeli Hipotezleri

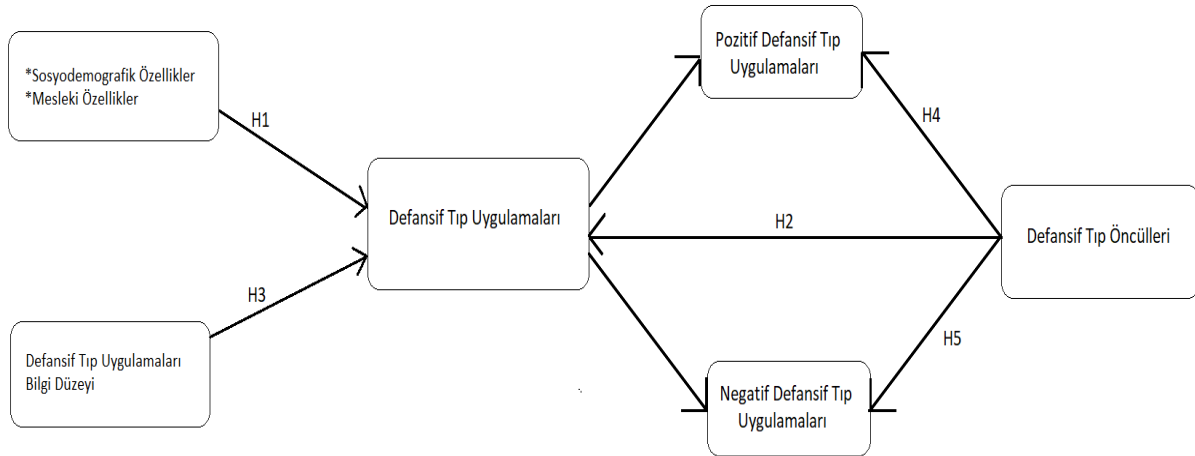
H1. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve mesleki özelliklerine göre defansif tıp uygulamaları farklılık göstermektedir.

H2. Hekimlerin defansif tıp uygulamaları, defansif tıp öncüllerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H3. Hekimlerin defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamaları bilgi düzeylerine göre farklılık göstermektedir.

H4. Pozitif defansif tıp uygulamaları ile defansif tıp öncülleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H5. Negatif defansif tıp uygulamaları ile defansif tıp öncülleri arasında anlamlı ilişki vardır.



Şekil 5. Araştırma Modeli ve Hipotezler

3.6.2. Yapısal Eşitlik Modeli Hipotezleri

H1. Hekimlik pratiğinde içinde bulunulan şartlara göre malpraktis davası ile karşılaşma olasılığı algısı ile pozitif defansif tıp uygulamaları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

H2. Şikayet edilme kaygısı taşımak ve hata yapma korkusuna sahip olmak ile pozitif defansif tıp uygulamaları arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.

H3. Covid 19 pandemisi döneminde ekstra kaygılara sahip olma ile pozitif defansif tıp uygulamaları arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.

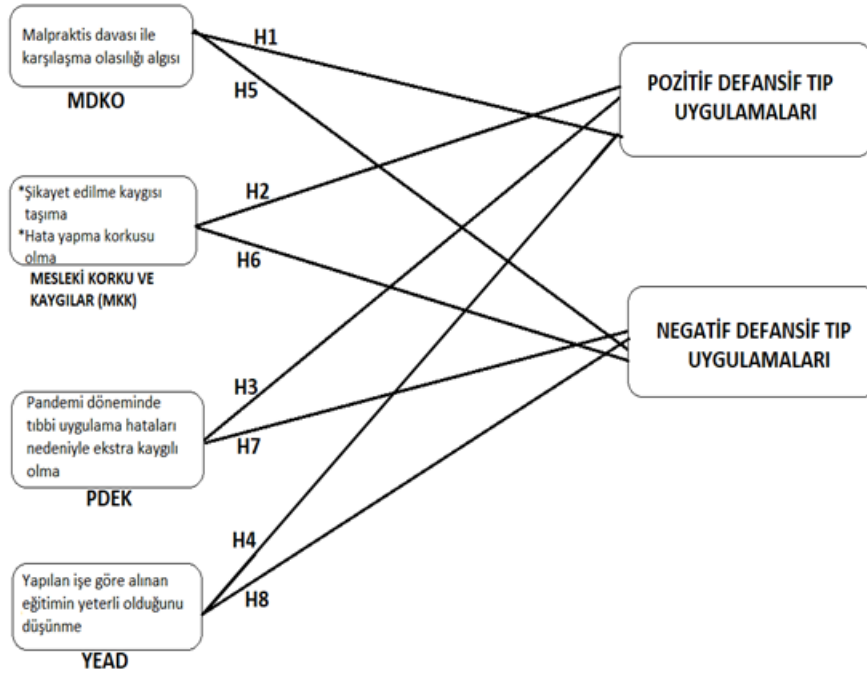
H4. Yapılan işe göre alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünme durumu ile pozitif defansif tıp uygulamaları arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki vardır.

H5. Hekimlik pratiğinde içinde bulunulan şartlara göre malpraktis davası ile karşılaşma olasılığı algısı ile negatif defansif tıp uygulamaları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

H6. Şikayet edilme kaygısı taşımak ve hata yapma korkusuna sahip olmak ile negatif defansif tıp uygulamaları arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.

H7. Covid 19 pandemisi döneminde ekstra kaygılara sahip olma ile negatif defansif tıp uygulamaları arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.

H8. Yapılan işe göre alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünme durumu ile negatif defansif tıp uygulamaları arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki vardır.



Şekil 6. Yapısal Eşitlik Modeli ve Hipotezler

3.7. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Pozitif defansif tıp uygulamaları, negatif defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamaları sınıflaması ve defansif tıp uygulamaları bilgi düzeyi, araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmaya katılan hekimlerin, sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile defansif tıp öncülleri olarak nitelendirilen sorular bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.9. Yapısal Eşitlik Modelinin Gizil (Gözlemlenmeyen) Değişkenleri

İçsel (Endojen) gizil değişkenler: Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği ve Negatif Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği.

Dışsal (Egzojen) gizil değişkenler: Mesleki korku ve kaygılara sahip olmak.

3.10. Yapısal Eşitlik Modelinin Gözlenen Değişkenleri

İçsel (Endojen) gözlenen değişkenler: PDTTÖ maddeleri ve NDTTÖ maddeleri.

Dışsal (Egzojen) gözlenen değişkenler: Şikâyet edilme kaygısı taşımak, hata yapma korkusuna sahip olmak, Covid 19 pandemisinde ekstra endişeli olmak, malpraktis davası ile karşılaşma olasılığı algısı, yapılan işe göre alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünmek.

3.11. Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda veri toplama aracı olarak, ilgili literatür yardımı ile geliştirilen, toplamda 48 soru ve bir ölçek içeren, üç bölümden oluşan, anket formu kullanılmıştır. Anket formunun ilk bölümünde hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve mesleki bilgilerine ilişkin kategorik, açık uçlu ve birden fazla yanıt verilebilen 1 soru olmak üzere toplam 14 soru bulunmaktadır. Defansif tıp öncülleri olarak nitelendirilen ikinci bölüm, kategorik, açık uçlu ve birden fazla yanıt verilebilen soruların bulunduğu toplamda 34 sorudan oluşmaktadır (Ek 3). Anket formunun son bölümünde ise Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği bulunmaktadır (Ek 4).

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği (DTTO)

Hekimlerin defansif tıp tutum düzeylerini ölçmek amacıyla Giray Kolcu tarafından 2013 yılında geliştirilen bu ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Başer ve ark. tarafından 2014 yılında yapılmıştır (120, 142).

Ölçek toplam 18 soru ve Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği (PDDTÖ), Negatif Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği (NDTTÖ) ve Defansif Tıp Bilgi Düzeyi olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Tutum ölçen 14 soruda Likert tipi durum ölçer şıklar kullanılmıştır. Yanıtlardan gelen puanlardan (“Tamamen katılıyorum”[5 puan], “Çok katılıyorum”[4 puan], “Orta derecede katılıyorum ”[3 puan], “Az katılıyorum”[2 puan], “Hiç katılmıyorum”[1 puan]) elde edilen toplam puanlar “Çok yüksek” (56-70 puan), “Yüksek” (42-55 puan), “Orta” (28-41 puan) ve “Düşük” (14-27 puan) şeklinde sınıflandırılarak katılımcıların defansif tıp tutumları derecelendirilmektedir. Bilgi düzeyini ölçen son 4 soruda ise “Evet” ve “Hayır” seçenekleri kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizi sonucunda saptanan iç tutarlılığı (Cronbach alfa) ve araştırmamız sonucunda elde ettiğimiz iç tutarlılık değerleri Tablo 1’de sunulmaktadır.

Tablo 1. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi

	Başer ve ark. (2014)	Araştırma Verileri
	Cronbach Alfa	Cronbach Alfa
PDTTÖ	0,685	0,879
NDTTÖ	0,918	0,896
DTTÖ	0,853	0,927

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırmanın temel sınırlılığı, sonuçlarının yalnızca araştırmaya katılan hekimleri kapsaması ve tüm hekimlere genellenememesidir. Ayrıca kesitsel araştırmalar, doğası gereği belirli bir tarihsel bağlama sahiptir. Hekimlerin anket formuna verdikleri yanıtlar, araştırmanın yapıldığı tarihler için geçerlidir. Birçok branşta standart tıbbi bakım ve standart dışı bakım kavramlarının ayrımı tam anlamıyla yapılamadığından, defansif tıp uygulamalarını net olarak ortaya koymak zordur. Ayrıca elde ettiğimiz veriler hekimlerin beyanına dayalı olduğu için, zararlı olarak düşünülmeyen ya da sadece ekonomik sonuçları olan uygulamalar ile ilgili veriler abartılı, potansiyel olarak tehlikeli olduğu düşünülen uygulamalar ile ilgili veriler ise olduğundan daha az saptanmış olabilir. Anket ve ölçek soruları ile oluşturduğumuz çerçeve, yanıt yanlılığına sebebiyet vermiş olabilir.

3.13. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra, hekimlerin sosyodemografik özellikleri, mesleki bilgileri, defansif tıp öncüllerine verdikleri yanıtlar, ölçeğe verdikleri yanıtlar ve toplam ölçek puanları, frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma, medyan ve çeyreklikler gibi tanımlayıcı istatistiklerle incelenmiştir. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğu, Kolmogorov-Smirnov Testi, histogram grafiği, basıklık ve çarpıklık değerleri ile sınanmıştır. Kategorik verilerin analizinde Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki kare testi kullanılmıştır. Ki kare testi sonucunda r*c tablolarda elde edilen anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla ordinal regresyon analizi yapılmıştır. Nicel veriler normallik varsayımını sağlamadığından ilişki analizinde Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Defansif tıp bilgi düzeyi sorularına verilen yanıtlar ile bazı sosyodemografik, mesleki ve

defansif tıp öncülleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla Binary lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Üç veya daha fazla grup karşılaştırılmalarında ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği' nin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. DFA' nde modelin çok değişkenli normal dağılım varsayımını karşılayıp karşılamadığını değerlendirmek için, çok değişkenli basıklık kritik oran (Critical Ratio-CR) değerine bakılmıştır. $CR > 5$ olduğu durumda, çok değişkenli normal dağılım varsayımın sağlanmadığı kabul edilmektedir (143). Oluşturulan DFA modeli çok değişkenli normallik varsayımını karşılamaktadır (CR: 1,106). Yukarıda bahsedilen tüm bu istatistiksel yöntemler için IBM SPSS (Statistical Package for The Social Sciences) Statistics 29.0 ve IBM SPSS Amos 26.0 paket programları kullanılmıştır.

Yapısal eşitlik modelleri (YEM), kısaca, gözlenen ve gözlenmeyen değişkenler arasındaki nedenselliğin modellenmesini, tahmin edilmesini ve test edilmesini sağlayan yeni nesil istatistiksel yöntemlerdir (144). Bu amaçla model uygunluğu ve hipotezlerin test edilmesi için, varyans tabanlı bir program olan SmartPLS 4 paket programı kullanılarak, kısmi en küçük kareler yapısal eşitlik modeli (PLS-SEM) oluşturulmuştur (145). Bu model sırasıyla ölçüm modelini değerlendirme ve yapısal modeli değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır.

Ölçüm modeli değerlendirilirken bir takım geçerlilik ve güvenilirlik analizleri uygulanmaktadır. Öncelikle gösterge değişkenlerin her birinin açıkladığı varyans oranlarının (AVE) 0,50 ve üzerinde olması beklenmektedir. Yakınsak geçerlilik olarak adlandırılan gizil değişkene ait her bir gösterge değişkenin yapı ile en az 0,7 oranında korelasyona sahip olması gerekmektedir. Ayrıca modelde ayırt edici geçerliliğin (discriminant validity) değerlendirilmesinde Fornel-Larcker kriterleri ve Heterotrait-Monotrait (HTMT) oranı kullanılmaktadır. HTMT oranlarının 0,90 ve üzerinde olduğunda ayırt geçerliliğin sağlanmadığından söz edilmektedir. Modeldeki tüm yapıların, birleşik güvenilirlik (CR) değeri ve Cronbach Alfa (α) değeri 0,70 ve üzerinde olması gerekirken, diğer bir ölçüm modeli değerlendirmesi olan çoklu bağlantı analizinde (VIF) ise VIF değerlerinin 5'in üzerinde olmaması gerekmektedir (146). Araştırmamızda, bahsi geçen ölçüm modeli kriterlerini karşılamayan gizil ve gözlenen değişkenler modele dâhil edilmemiştir.

Ölçüm modelinin uygunluğu belirlendikten sonra, yapısal modelin değerlendirilmesine geçilmektedir. Bu değerlendirmede kullanılan değerlerden biri; içsel gizil değişkeni belirleme katsayısı olan ve aynı zamanda örneklem içi öngörücü olarak da adlandırılan R^2 (coefficient of determination) değeridir. Modelin tahmin gücünü belirlemede ise Q^2 (predictive relevance) değeri kullanılır ve negatif değer almaması gerekmektedir. Son olarak yordayıcı değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama gücünü göstermek amacıyla etki büyüklüğü (f^2) kullanılmaktadır. Araştırmacılar tarafından etki büyüklüğünün yalnızca hakemler ve editörler tarafından istenildiğinde raporlanması önerilmektedir (146). Son olarak modelin uyum iyiliği (Goodness of Fit- GoF) aşağıdaki formül kullanılarak test edilmiştir.

$$GoF = \sqrt{AVE * R^2}$$

Modelimizin GoF değeri, 0, 26 olarak saptanmıştır ve bu sonuç modelin uyum iyiliğinin orta düzeyde olduğunu gözler önüne sermektedir (0,10: küçük, 0,25: orta, 0,36 ve üzeri: güçlü) (147-149).

Smart PLS 4.0.8.5 programı bootstrapping yöntemi ile veri setinden tesadüfi seçilen 5000 örneklem ile modelin ilişki analizini gerçekleştirmiştir.

Yapılan araştırmalarda, analiz edilen verilerin tek bir popülasyondan kaynaklandığı varsayılır. Ancak bu her zaman gerçeği yansıtmamakla birlikte, analiz sonuçlarını yorumlarken yanlılığa sebebiyet verebilmektedir. Heterojenliğin cinsiyet, yaş ve gelir durumu gibi gözlemlenebilir özelliklerden kaynaklandığı gibi gözlemlenmeyen özelliklerden de kaynaklanması söz konusudur. Örneğin bireyler davranışları, algıları bakımından farklılıklar taşımaktadır. Bu farklılıklar gözlemlenmeyen heterojenliğin kaynağını oluşturur. Bu araştırmada gözlemlenmeyen heterojenliği saptamak ve benzer düşünce, kaygı ve korkulara sahip bireyleri gizli sınıf analizi ile kümelemek amacıyla sonlu karışım kısmi en küçük kareler (Finite Mixture PLS, FIMIX-PLS) yöntemi kullanılmıştır. FIMIX-PLS çalıştırılırken kaç sınıfın değerlendirileceğini belirlemek için minimum örneklem büyüklüğü, toplam örneklem büyüklüğüne bölünmektedir. Araştırmada kaç tane gizli sınıf olduğunu belirlemek için ise bazı bilgi kriterlerinden faydalanılmaktadır. Bunlar; Akaike bilgi kriteri (AIC), faktör 3 ile değiştirilmiş AIC (AIC3), tutarlı AIC (CAIC) ve Bayes bilgi kriteri (BIC)' dir. Sarstedt ve ark. gizli sınıf sayısına karar verirken en güvenilir bilgi kriterlerinin AIC3 ve CAIC olduğunu ve beraber değerlendirilmeleri gerektiğini vurgulamaktadırlar.

Bu kriterlere ek olarak 0 ila 1 arasında değer alan ve normlu entropi istatistiği (EN) olarak adlandırılan değer 0,5 ve üzerinde olması gerekmektedir. Ancak Sarstedt ve ark. tarafından bu değer 0,9' u aşmaması gerektiği de vurgulanmaktadır. Gizli sınıf sayısına, sınıf boyutları da dikkate alınarak karar verilmelidir. Ayrıca FIMIX-PLS, heterojenliğin, toplam sonuçları etkileyip etkilemediğini değerlendirmek için değerli olsa da bir sınıfı temel alır ve o sınıfa son derece yüksek R^2 değeri üretirken, diğer sınıfları düşük açıklama gücüne sahip artık sınıflar olarak değerlendirilir. Bu nedenle araştırmacılar, takip gizli sınıf analizinin önemini vurgulamaktadır. Bu araştırmada da FIMIX-PLS ile elde edilen veriler, PLS-POS ile gizli sınıf analizi için girdi olarak kabul edilerek, sınıflandırma yapılmıştır. Son olarak, araştırmacılar, veri setindeki açıklayıcı değişkenlerle gizli sınıflar arasında örtüşmenin en az %60 olduğu, gizli sınıflara benzer gruplar oluşturularak, ex post analizi yapılması gerekliliğini de belirtmektedirler. Ex post analizlerin, genellikle gözlemlenebilir değişkenlerin gizli sınıflar ile belirtilen düzeylerde bir örtüşme sağlayamadığından, uygulaması oldukça zordur. Nitekim araştırmamızda da yapılan çapraz tablolar sonucunda, açıklayıcı değişkenler ile gizli sınıflar arasında örtüşme sağlanamamıştır (145, 150-152).

3.14. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Yapı Geçerliliğinin Araştırılması

3.14.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

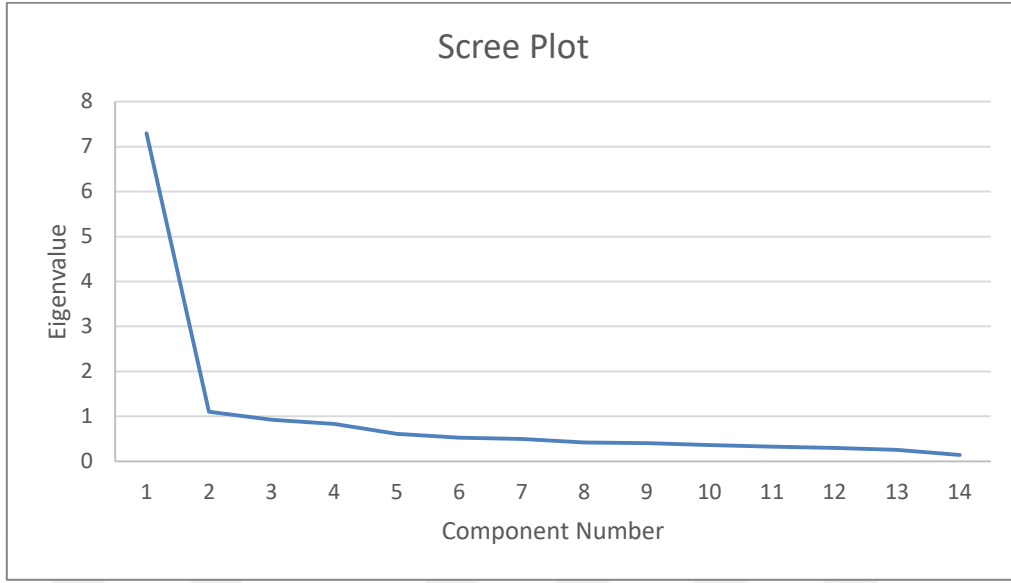
Başer ve ark. tarafından, 62 hekimle, geçerlilik ve güvenirlik analizi yapılan Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, toplam varyansın %48,15'ini açıklayabilen, pozitif defansif tıp uygulamaları ve negatif defansif tıp uygulamaları olmak üzere iki faktörlü olarak tespit edilmiştir. Ancak bilindiği üzere boyut içeren ölçeklerde, toplam varyansın açıklanma oranı %50 ve üzerinde olmalıdır (142, 153).

Örneklem büyüklüğümüzün daha fazla olması sebebiyle, ölçeğin faktörlerini ve faktör yüklerini test etmek ve açıklanan varyans oranlarını tespit etmek için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılması uygun görülmüştür. AFA yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünü test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerine bakılmaktadır. 0-1 arasında değerler alan KMO, 0,50'nin altında ise örneklem büyüklüğünün yeterli olmadığını gösterir. 0,90-1,00 aralığında ise örneklem yeterliliği çok iyi olarak değerlendirilir. Ayrıca Barlett küresellik testinin anlamlılığı da maddelerin korelasyon matrisinin, faktör analizine uygunluğunu göstermektedir (153). Araştırmamızda KMO

değeri 0,927 olarak tespit edilmiştir ve örneklem yeterliliğimizin çok iyi olduğunu göstermektedir. Ayrıca Barlett küresellik testi de istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$) (Tablo 2). Verilerin AFA' ne uygunluğu değerlendirildikten sonra, analize tabi tutulmuştur. Öz değeri 1' in üzerinde olan iki madde olduğu için ölçek bizim verilerimizde de iki alt boyuta ayrılmıştır (Şekil 7). Açıklanan toplam varyans, %59,99 olarak saptanmıştır. Bu oran, daha öncede belirtildiği gibi boyut içeren ölçeklerde %50 ve üzerinde olma gerekliliğini sağlamaktadır. Boyutların korelasyon skorları olması gereken sınırın ($r: 0,32$), üzerinde ($r: 0,55$) saptanmıştır. Bu nedenle, faktör yüklerini belirlerken dik döndürme (Varimax gibi) yöntemleri yerine eğik döndürme yöntemi olan Direct Oblimin tercih edilmiştir (153). Boyutlara ait faktör yükleri Tablo 2'de sunulmaktadır.

Tablo 2. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

	Faktör yükü	Öz Değer	Açıklanan Varyans(%)
Pozitif Defansif Tıp Tutum Ölçeği		7,299	52,13
PDT1	0,565		
PDT2	0,589		
PDT3	0,600		
PDT4	0,561		
PDT5	0,735		
PDT6	0,782		
PDT7	0,837		
PDT8	0,751		
PDT9	0,564		
Negatif Defansif Tıp Tutum Ölçeği		1,101	7,86
NDT1	0,857		
NDT2	0,866		
NDT3	0,822		
NDT4	0,742		
NDT5	0,743		
KMO	0,927		
Barlett Küresellik Testi Anlamlılığı (p)	<0,001*		
Açıklanan Toplam Varyans (%)	59,99		



Şekil 7. Açıklayıcı Faktör Analizinde Ölçek Maddelerinin Özdeğerleri

3.14.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizinin kullanım amaçlarından biri de orijinal ölçeklerde belirlenmiş faktör yapılarını, ölçeğin örnekleme kullanılabilirliğini denetlemektir (144). Bu bilgidan hareketle, araştırmada kullanılan ölçek, açıklayıcı faktör analizinin ardından, doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. DFA modelinin uygunluğu birçok uyum indeksi ile değerlendirilmektedir. Bunlardan bazıları; Relatif ki kare istatistiği (X^2/sd), karşılaştırmalı uyum indeksi (comparative fit index-CFI), ölçeklendirilmiş uyum indeksi (normed fit index-NFI), göreceli uyum indeksi (relative fit index-RFI), yaklaşım hata kareler ortalamasının karekökü (RMSEA), Goodness of Fit Index (GFI) olarak sıralanabilir (144). Bu indekslerin kritik değerleri ve DFA modelimizin sonuçları Tablo 3' de sunulmaktadır. Doğan ve Özdamar (2016), geçerli ve güvenilir modeller için örneklem hacminin $200 > n > 150$ aralığında olmasını önermektedirler (154). Araştırmamızın örneklem büyüklüğü bu sınırın üzerinde olmakla birlikte, DFA'nin yapıldığı Amos programının önerdiği modifikasyon indeksleri uygulanarak, modelin uygunluğu sağlanmıştır (Tablo 3, Şekil 8).

Tablo 3. Defansif Tıp Tutum Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli Uyum İndeks Değerleri

Uyum İndeksleri	İdeal Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	DFA Modeli
$X^2/sd(CMIN/df)$	≤ 2	$2 < X^2/sd < 5$	2,905
GFI	1	0,90-0,99	0,920
CFI	1	0,90-0,99	0,948
NFI	1	0,90-0,99	0,923
IFI	1	0,90-0,99	0,948
RMSEA	0-0,05	0,05-0,09	0,07

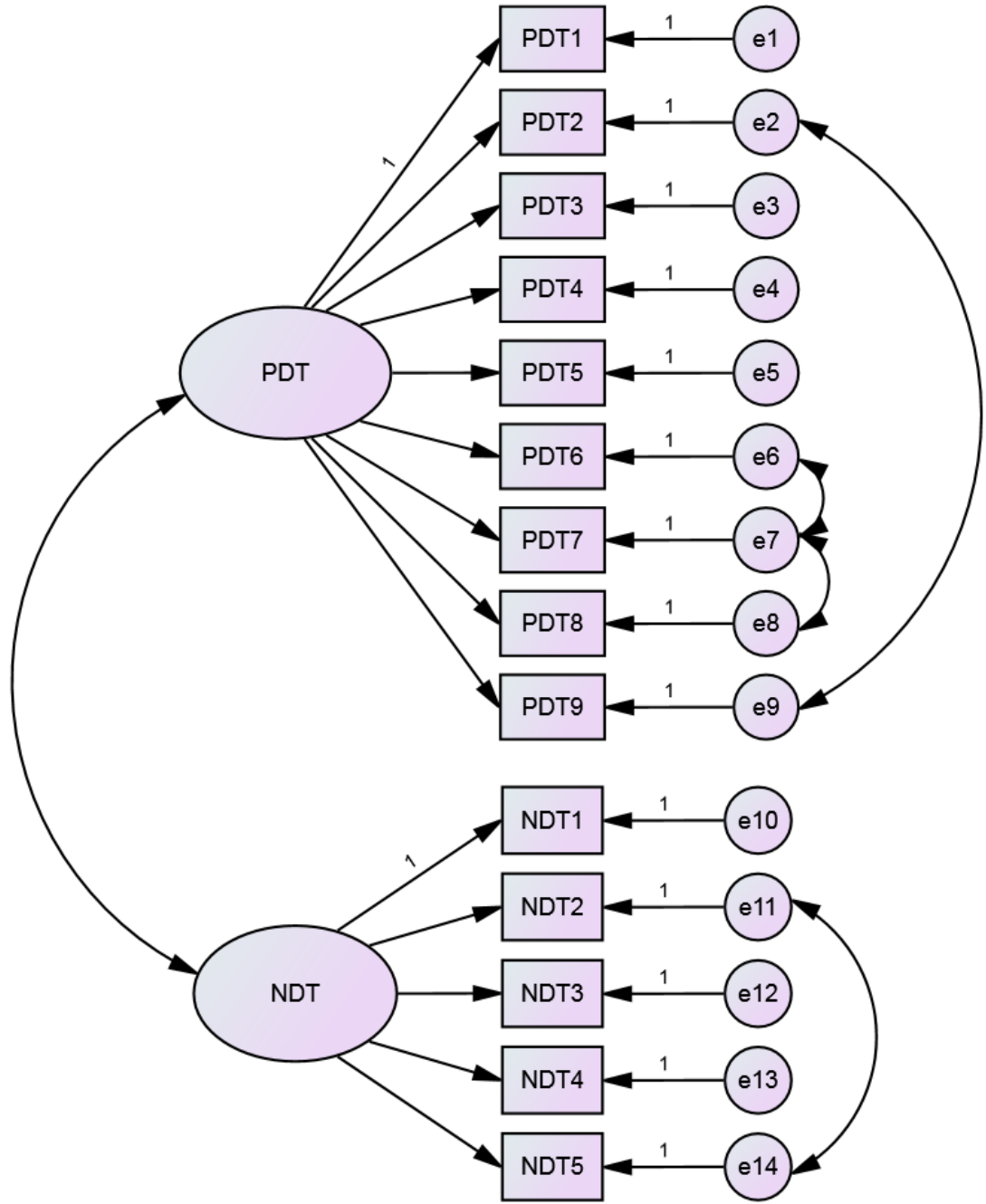
Not: Özdamar, K(2017); Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi (Sf:183)' den uyarlanmıştır.

Tablo 4. Defansif Tıp Tutum Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

			Faktör Standart Yükleri	Hata	t	p
PDT1	<---	PDT	1.000			
PDT2	<---	PDT	.904	.065	13.978	***
PDT3	<---	PDT	.979	.063	15.631	***
PDT4	<---	PDT	.940	.070	13.479	***
PDT5	<---	PDT	.959	.067	14.301	***
PDT6	<---	PDT	.752	.070	10.699	***
PDT7	<---	PDT	.549	.062	8.827	***
PDT8	<---	PDT	.574	.058	9.946	***
PDT9	<---	PDT	.521	.060	8.635	***
NDT1	<---	NDT	1.000			
NDT2	<---	NDT	1.097	.049	22.453	***
NDT3	<---	NDT	.911	.048	18.934	***
NDT4	<---	NDT	.821	.054	15.243	***
NDT5	<---	NDT	.694	.048	14.495	***

*p<0,05

DFA'nin sonuçları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,5'ten büyük olduğu ve maddeler arası korelasyonların anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 4). Araştırma grubumuzda, DTTÖ' nin, AFA ve DFA analizi sonuçlarına göre yapı geçerliliği, Cronbach Alfa (0,927) sonucuna göre de güvenilirliği sağlanmıştır.



Şekil 8. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tanımlayıcı Bulguları

Araştırmamıza katılan toplam 322 hekimin, %41'i (n=132) kadın, %59'u (n=190) erkek idi. Ortalama yaş $35,07 \pm 8,37$ olup en küçük yaşa sahip hekim 24 yaşında, en büyük yaşa sahip hekim ise 62 yaşındaydı. Hekimlerin %32'si 24-29 yaş aralığında, %35'i 30-37 yaş aralığında ve %33'ü de 38 yaş ve üstündeydi. Araştırmamıza katılan hekimlerin %66,1' i (n=213) evli olduğunu belirtirken, tamamının eşlerinin eğitim durumu lise ve üstüydü. %87,3'ünün (n=186) eşi lisans ve üstü eğitim düzeyine sahipti. Ayrıca araştırmamıza katılan hekimlerin 97'sinin (%30,1) eşi hekimlik mesleğine mensuptu. Yalnızca %10,2'si (n=33) hane gelirini giderinden az olarak değerlendirmiştir. Diğer hekimlerin %44,1'i (n=142) gideri ile dengede olduğunu belirtirken, %45,7'si (n=147) ise hane gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtmiştir (Tablo 5).

Araştırmaya katılan hekimlerin %59,3'ü üniversite hastanesinde çalışırken, %40,7' si devlet hastanesinde çalışmaktaydı. En uzun hekimlik süresi 39 yıl olmakla birlikte ortalama hekimlik süresi yaklaşık 11 yıldır ($10,54 \pm 8,20$). Araştırma görevlisi hekimlerin uzmanlık eğitiminde geçirdikleri süre ortalama $2,19 \pm 1,30$ yıl iken uzman hekimlerin, uzman olarak geçirdikleri toplam süre $9,02 \pm 6,45$ yıldır.

Araştırmaya katılan hekimlerin %9'u pratisyen hekim, %35,1'i araştırma görevlisi, %31,7'si uzman hekim ve %24,2'si öğretim üyesi idi (Tablo 6).

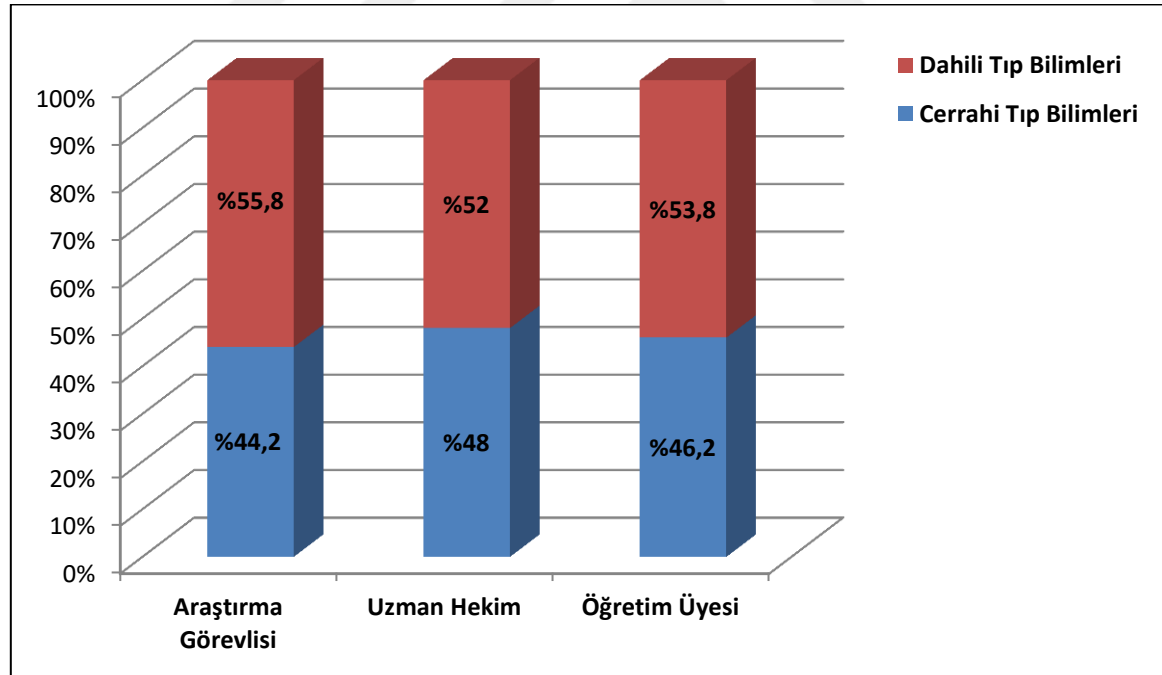
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Değişkenler	n	%
Yaş		
24-29 yıl	102	31,7
30-37 yıl	114	35,4
38 yıl ve üstü	106	32,9
Cinsiyet		
Kadın	132	41,0
Erkek	190	59,0
Medeni Durum		
Bekâr	109	33,9
Evli	213	66,1
Eş Eğitim Durumu (n=213)		
Lise	5	2,4
Yüksekokul	22	10,3
Lisans ve üstü	186	87,3
Eş Mesleki Durumu (n=213)		
Doktor	97	30,1
Öğretmen	31	9,6
Hemşire	26	8,1
Mühendis	13	4,0
Çalışmıyor	9	2,5
Diğer	37	11,8
Hane Gelir Algısı		
Giderimden Az	33	10,2
Giderim İle Dengede	142	44,1
Giderimden Fazla	147	45,7
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	188	58,4
Yok	134	41,6

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mesleki Bilgileri

Tanımlayıcı Değişkenler	n	%
Mesleki Unvan		
Pratisyen Hekim	29	9,0
Araştırma Görevlisi	113	35,1
Uzman Hekim	102	31,7
Öğretim Üyesi	78	24,2
Gün İçerisinde Çalışılan Birimler#		
Poliklinik	258	34,8
Yataklı servis	228	30,6
Acil Servis	123	16,5
Ameliyathane	135	18,1

Çoklu yanıt içermektedir (n=744)



Grafik 1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mesleki Unvanlarına Göre Uzmanlık Eğitimi Görmekte Oldukları veya Uzmanı Oldukları Tıp Bilimleri (%)

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mesleki Unvanlarına Göre Uzmanlık Eğitimi Görmekte Oldukları veya Uzmanı Oldukları Hekimlik Branşları

Hekimlik Branşı	Araştırma Görevlisi (n:113)		Uzman Hekim (n:102)		Öğretim Üyesi (n:78)	
	n	%	n	%	n	%
Acil Tıp			6	5,9	3	3,8
Aile Hekimliği	18	15,9			3	3,8
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	19	16,8	6	5,9	5	6,4
Beyin ve Sinir Cerrahisi	1	0,9	4	3,9	4	5,1
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı					1	1,3
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	4	3,5	12	11,8		
Deri ve Zührevi Hastalıklar	7	6,2	3	2,9	3	3,8
Enfeksiyon Hastalıkları	3	2,7	5	4,9	2	2,6
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon			7	6,9	3	3,8
Genel Cerrahi	5	4,4	7	6,9	5	6,4
Göğüs Cerrahisi			1	1,0	1	1,3
Göğüs Hastalıkları	4	3,5	2	2,0	2	2,6
Göz Hastalıkları	9	8,0	6	5,9	4	5,1
İç Hastalıkları	14	12,4	12	11,8	7	9,0
Kadın Hastalıkları ve Doğum			8	7,8	5	6,4
Kalp ve Damar Cerrahisi			3	2,9	3	3,8
Kardiyoloji	1	0,9	3	2,9	5	6,4
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	5	4,4	5	4,9	3	3,8
Nöroloji	6	5,3	3	2,9	5	6,4
Ortopedi ve Travmatoloji	5	4,4	3	2,9	4	5,1
Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi			1	1,0	1	1,3
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	6	5,3			4	5,1
Üroloji	4	3,5	5	4,9	1	1,3

Hekimlerin mesleki unvanlarına göre mensubu oldukları branşlar Tablo 7’de sergilenmiştir. Pratisyen olmayan hekimlerin yarısından fazlası dâhili tıp bilimlerinde bulunmakla birlikte, araştırma görevlisi hekimlerin %55,8’i, uzman hekimlerin %52’si ve öğretim üyesi hekimlerin %53,8’i dâhili tıp bilimlerinde görev yapmaktadır (Grafik 1).

Hekimlerin, bir seçim şansları olsa ve en başa dönebilseler, yine hekimlik mesleğini seçerler miydi? sorusuna, %37,3’ünün seçmeyeceğini, %30,4’ünün kararsız olduğunu, %32,3’ünün ise seçeceğini belirttiği görülmüştür.

Hekimler büyük oranda (%83) uzmanlık branşlarının kendileri için doğru tercih olduğunu düşünürken yalnızca 12 hekim (%4) tıbbi uygulama hatası ve buna bağlı açılabilir dava endişesi ile geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yaptığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan 232 hekim (%72) nöbet tuttuğunu belirtmiştir. Hekimlerin yalnızca 23'ü (%7,1) mevcut çalışma koşullarından memnun olduğunu belirtirken, %33,3'ü memnun olmadığını belirtmiştir. 203 hekimin (%63) şikâyet edildiği ve bu şikâyetlerin en sık (%42,6) CİMER yoluyla yapıldığı, onu sırasıyla idareye şikâyet dilekçesi verme (%29,1) ile savcılığa suç duyurusunda bulunmanın (%16) izlediği ve en az (%12,3) SABİM yoluyla yapıldığı saptanmıştır. Mesleği ile ilgili bir nedenden dolayı soruşturma geçiren 66 hekimin (%20,5), %3,1'i bu soruşturmalar sonucunda cezai yaptırımlarla karşılaştığını belirtmiştir. Hekimlerin %89,1'i, diğer hekimlerin yaşadığı şikâyet ve dava süreçlerinin kendilerini olumsuz etkilendiğini belirtirken, %10,9'u etkilenmediğini belirtmiştir. Hekimlerin %97,8'i son yıllarda tıbbi malpraktis davalarında artış olduğunu düşünürken, %93,5'i de ülkemiz yasal mevzuatı ve verilen yargı kararlarında komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapılmadığını düşünmektedir (Tablo 8).

Hekimlerin %57,4'ü hekime yönelik şiddete maruz kaldığını ve bu şiddetin %83,1 oranında sözel şiddet olduğunu belirtti. %77'si de meslektaşına uygulanan şiddete şahit olduğunu belirtirken şiddete maruz kalmaya benzer şekilde büyük oranda (%65,3) sözel şiddete şahit olmuşlardır. Hekimlerin %94,4'ü Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası yaptırmıştır. Yalnızca %1,9'u, bu sigortanın, tıbbi uygulama hatalarının hekimlere getireceği maddi zararı karşılayabileceğini düşünmektedir. %65,2'si kısmen karşılayacağını, %32,9'u da karşılamayacağını düşündüklerini belirtmişlerdir (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Öncüllerine Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Değişkenler	n	%
Tıp Fakültesini Seçme Nedeni#		
Kendi isteği ile	204	54,7
Aile önerisi ile	133	35,7
Öğretmen ve arkadaş önerisi ile	36	9,7
Uzmanlık Branşının Doğru Tercih Olduğunu Düşünme (n=293)		
Evet	243	82,9
Hayır	50	17,1
Geçmişte Uzmanlık Alanı Değişikliği Yapma Durumu (n=293)		
Evet	12	4,1
Hayır	281	95,9
Nöbet Tutma Durumu		
Evet	232	72,0
Hayır	90	28,0
Çalışma Koşullarından Memnuniyet Algısı		
Memnun Değilim	107	33,3
Kısmen Memnunum	192	59,6
Memnunum	23	7,1
Yeterli Eğitim Aldığını Düşünme Durumu		
Hayır	46	14,3
Kararsızım	80	24,8
Evet	196	60,9
Şikâyet Edilme Kaygısı Taşıma Durumu		
Hayır	51	15,8
Ara sıra	198	61,5
Sıklıkla	73	22,7

Çoklu yanıt içermektedir (n:373)

Tablo 8. Devamı

Tanımlayıcı Değişkenler	n	%
Şikâyet Edilme Durumu		
Evet	203	63,0
Hayır	119	37,0
Şikâyet Edilme Şekli#		
CİMER	139	42,6
SABİM	40	12,3
Savcılığa Suç Duyurusu	52	16,0
İdareye Şikâyet Dilekçesi	95	29,1
Soruşturma Geçirme Durumu		
Evet	66	20,5
Hayır	256	79,5
Soruşturma Sonucunda Cezai Yaptırımla Karşılaşma Durumu (n=66)		
Evet	10	15,2
Hayır	56	84,8
Hata Yapma Korkusu Olma Durumu		
Hayır	33	10,2
Ara sıra	207	64,3
Sıklıkla	82	25,5
Meslektaşlarının Şikâyet ve Dava Süreçlerinden Olumsuz Etkilenme Durumu		
Evet	287	89,1
Hayır	35	10,9
Malpraktis Davası İle Karşılaşma Olasılığı Algısı		
Düşük Bir Olasılık	75	23,3
Yüksek Bir Olasılık	183	56,8
Çok Yüksek Bir Olasılık	64	19,9
Malpraktis Davalarında Artış Olduğunu Düşünme Durumu		
Evet	315	97,8
Hayır	7	2,2
Komplikasyon- Malpraktis Ayrımının Net Olarak Yapıldığını Düşünme Durumu		
Evet	21	6,5
Hayır	301	93,5

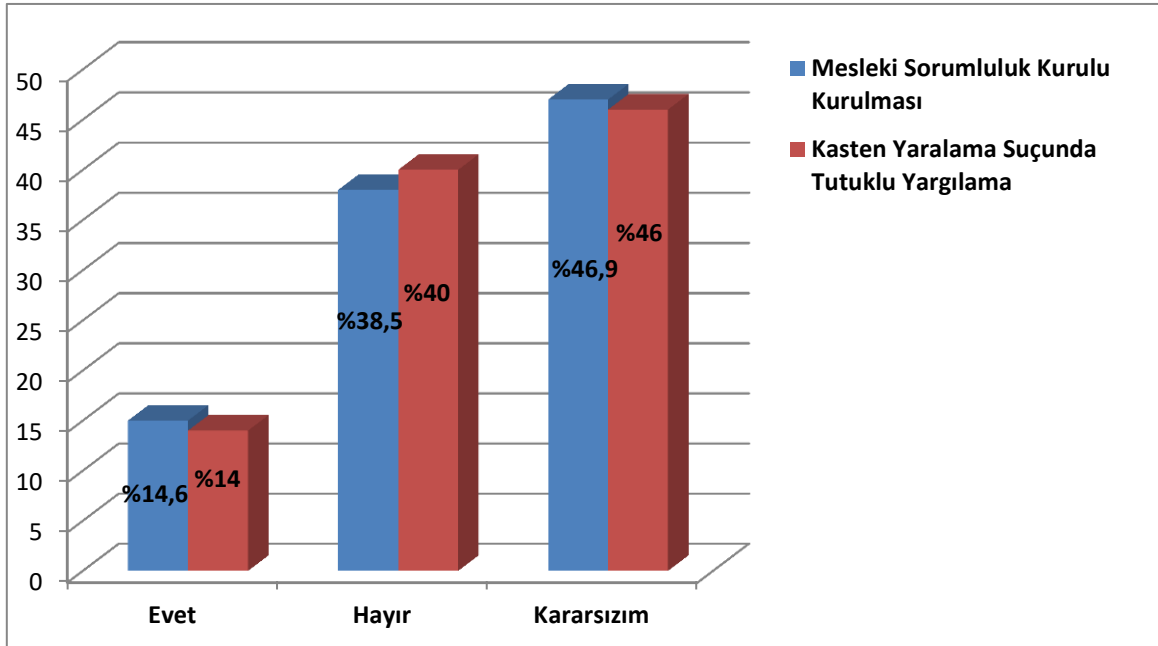
Çoklu yanıt içermektedir (n:326), CİMER: Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi, SABİM: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi

Tablo 8. Devamı

Tanımlayıcı Değişkenler	n	%
Defansif Tıp Davranışlarını Artıran Durumlar#		
Hukukçuların Malpraktis Konusuna Gösterdikleri İlgi ve Artan Davalar	262	20,2
Basında Gündeme Gelen Malpraktis İddiaları	259	19,9
Yetersiz Hasta Hekim İletişimi	177	13,6
İyi Tanınma ve Kusursuz Olma Dürtüsü	94	7,2
Hekim Başına Düşen Hasta Sayısının Artması ve Kısılan Muayene Süreleri	257	19,8
Hekime Yönelik Şiddet	250	19,2
Hekime Yönelik Şiddete Maruz Kalma Durumu		
Evet	185	57,4
Hayır	137	42,6
Maruz Kalınan Şiddetin Türü#		
Fiziksel Şiddet	37	16,9
Sözel Şiddet	182	83,1
Hekime Yönelik Şiddete Şahit Olma Durumu		
Evet	248	77,0
Hayır	74	23,0
Şahit Olunan Şiddetin Türü#		
Fiziksel Şiddet	124	34,7
Sözel Şiddet	233	65,3
Tıp Hukuku Eğitiminin Alınma Yolu		
Tıp Fakültesi	50	80,7
Hukuk Fakültesi	3	4,8
Sertifika Programları	9	14,5
Diğer		
Tıp Fakültelerinde Daha Detaylı Tıp Hukuku Eğitimi Verilmesi Gerektiğini Düşünme Durumu		
Evet	291	90,4
Hayır	31	9,6
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Yaptırma Durumu		
Evet	304	94,4
Hayır	18	5,6
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası' nın Hekimlerin Malpraktis Kaynaklı Maddi Zararlarını Karşılatabileceğini Düşünme Durumu		
Evet	6	1,9
Kısmen	210	65,2
Hayır	106	32,9

Çoklu yanıt içermektedir, Defansif tıp davranışlarını artıran durumlar (n:1299), Maruz kalınan şiddet türü (n:219), Şahit olunan hekime yönelik şiddetin türü (n:357)

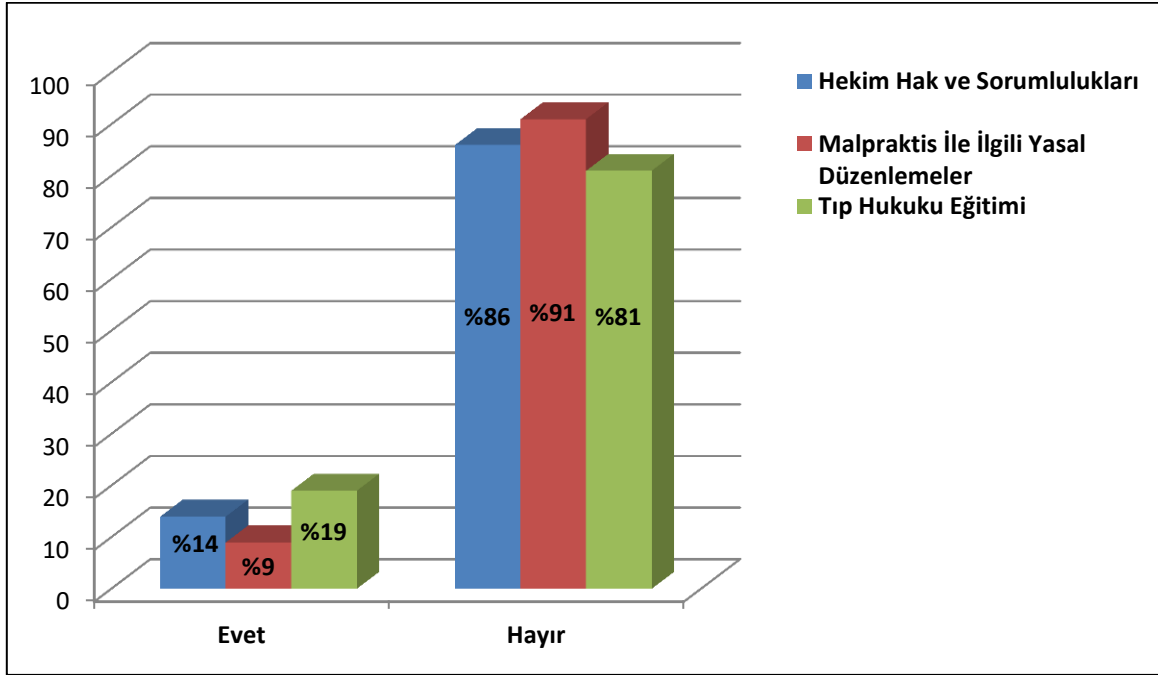
Araştırmaya katılan hekimlerin %93,5'i (n=301) aktif olarak poliklinik hizmeti vermekteydi. Bu hekimlerin günlük ortalama baktıkları hasta sayısı en az 10, en fazla 400 (79±83,66) idi. Tutulan ortalama nöbet sayısının ise 6,37±2,26 olduğu görülmüştür. Ayrıca hekimlerin %20,5'i (n=66) meslek hayatı boyunca görevi ile ilgili herhangi bir nedenden dolayı soruşturma geçirdiğini belirtmiştir.



Grafik 2. Araştırmaya Katılan Hekimlerde Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun İle Defansif Tıp Uygulamalarının Azalacağını Düşünme Durumu (%)

Araştırmamıza katılan hekimlerin yalnızca %14'ü yapılan kanun değişiklikleri ile defansif tıp uygulamalarının azalacağını düşünmektedir. %38,5'i Mesleki Sorumluluk Kurulu kurulmasının defansif tıp uygulamalarını azaltmayacağını belirtirken benzer şekilde %40'ı da hekime yönelik şiddette tutuklu yargılamanın yolunu açan kanun değişikliğinin de defansif tıp uygulamalarını azaltmayacağını düşünmekte idi. Hekimlerin yaklaşık yarısı ise her iki kanun değişikliğinin defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkisi hakkında kararsız olduğunu belirtmiştir (Grafik 2).

Grafik 3'te görüldüğü üzere, hekimlerin %89'u hekim hak ve sorumluluklarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmediğini, %91'i de malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmediğini belirtmiştir. Ayrıca %19'u tıp hukuku ile alakalı eğitim aldığını belirtmiştir.



Grafik 3. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hekim Hak ve Sorumlulukları, Malpraktis İle İlgili Yasal Düzenlemeler Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduklarını Düşünme ve Tıp Hukuku Eğitimi Alma Durumları (%)

Hekimlerin %69,6'sının Covid 19 pandemisi sürecinde Tıbbi Uygulama Hatası ve İhmal Yükümlülüğü konusunda ekstra endişeleri olduğu, %30,4'ünün ise bu konuda ekstra endişe taşımadığı saptanmıştır.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Bilgi Düzeyi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
	n(%)	n(%)	n(%)
1. Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?	34(10,6)	288(89,4)	322(100)
2. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	313(97,2)	9(2,8)	322(100)
3. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	240(74,5)	82(25,5)	322(100)
4. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?	87(27,0)	235(73,0)	322(100)

Araştırmaya katılan hekimlerin %10,6'sına hekimlik mesleği süresince malpraktis nedeniyle dava açılmıştır. Neredeyse tamamı (%97,2) malpraktis davalarının hekimlik performansına etkili olacağını düşünmektedir. %74,5'i defansif tıp uygulamaları kavramını duyduğunu belirtirken, % 73'ü içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 9).

Hekimlerin Pozitif Defansif Tıp Tutum Ölçeği ve Negatif Defansif Tıp Tutum Ölçeği sorularına verdikleri yanıtlar sırasıyla Tablo 10 ve 11’de sunulmaktadır.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Pozitif Defansif Tıp Tutum Ölçeği Sorularına Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımları

	Hiç Katılmıyorum	Az Katılmıyorum	Orta Derecede Katılmıyorum	Çok Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum	Toplam
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum,	25(7,8)	87(27,0)	91(28,3)	69(21,4)	50(15,5)	322(100)
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum,	18(5,6)	54(16,8)	106(32,9)	96(29,8)	48(14,9)	322(100)
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum,	12(3,7)	40(12,4)	98(30,4)	102(31,7)	70(21,7)	322(100)
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum,	53(16,5)	81(25,2)	98(30,4)	65(20,2)	25(7,8)	322(100)
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum,	15(4,7)	40(12,4)	80(24,8)	102(31,7)	85(26,4)	322(100)
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum,	19(5,9)	56(17,4)	90(27,9)	95(29,5)	62(19,3)	322(100)
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum,	20(6,2)	75(23,3)	123(38,2)	80(24,8)	24(7,5)	322(100)
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum,	5(1,6)	32(9,9)	122(37,9)	108(33,5)	55(17,1)	322(100)
9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum,	3(0,9)	25(7,8)	83(25,8)	115(35,7)	96(29,8)	322(100)

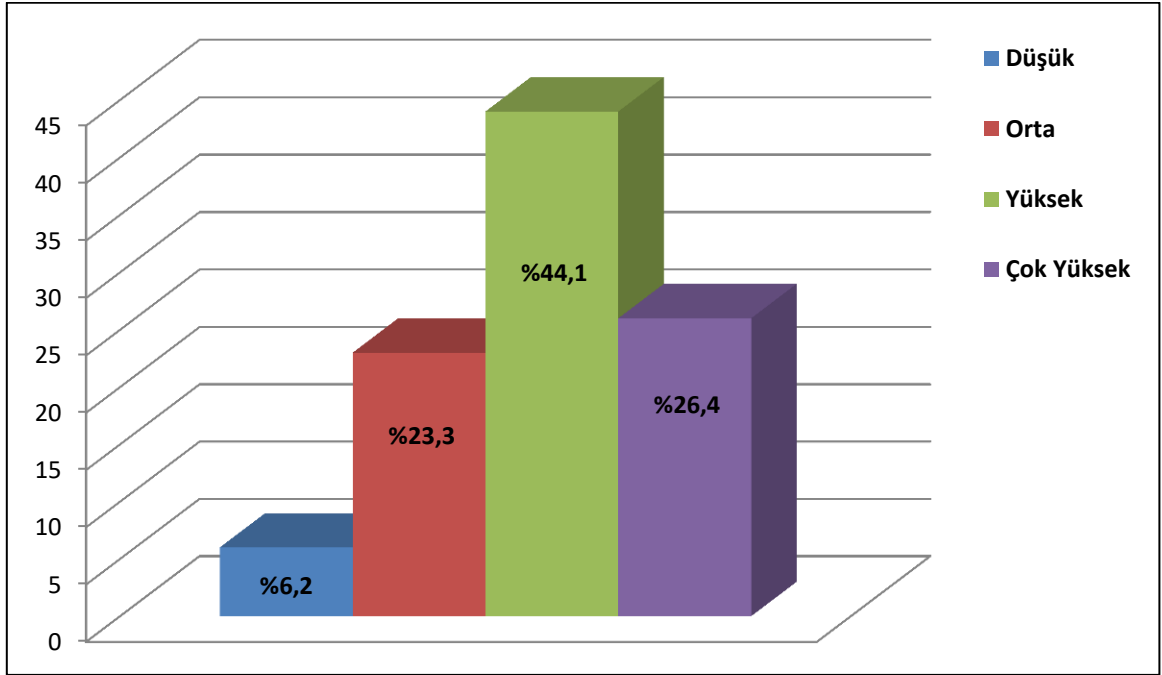
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Negatif Defansif Tıp Tutum Ölçeği Sorularına Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımları

	Hiç Katılmıyorum	Az Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Toplam
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum,	27(8,4)	57(17,7)	88(27,3)	93(28,9)	57(17,7)	322(100)
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum,	32(9,9)	69(21,4)	87(27,1)	78(24,2)	56(17,4)	322(100)
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum,	19(5,9)	59(18,3)	95(29,5)	92(28,6)	57(17,7)	322(100)
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum,	24(7,5)	89(27,6)	94(29,2)	66(20,5)	49(15,2)	322(100)
5. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum,	5(1,6)	27(8,4)	79(24,5)	111(34,5)	100(31,1)	322(100)

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Ölçek Puanlarının Dağılımı

	n	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Minimum	Maksimum
Pozitif Defansif Tıp Tutum Ölçeği Puanı	322	30,20±6,99	31[25-35]	9	45
Negatif Defansif Tıp Tutum Ölçeği Puanı	322	16,75±4,85	17[13-21]	6	25
Defansif Tıp Tutum Ölçeği Toplam Puanı	322	46,95±11,18	47[39-56]	17	70

Hekimler PDTTÖ’nden en az 9 en fazla 45 puan alırken, NDTTÖ’nden en az 6 en fazla da 25 puan almışlardır. Toplam ölçek puanı ortancası ise 47 olmuştur (Tablo 12).



Grafik 4. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Tutum Ölçeği Toplam Puanlarına Göre Sınıflandırılmaları

Hekimlerin defansif tıp uygulamaları ölçekten elde edilen toplam puana göre sınıflandırılmaktadır. Düşük sınıfta olmak defansif tıp davranışlarının diğer sınıflara göre çok az olduğunu, orta sınıfta olmak düşük sınıfa göre daha fazla defansif tıp davranışının uygulandığını, yüksek sınıfta olmak düşük ve orta sınıfa göre daha fazla çok yüksek sınıfa göre ise daha az defansif tıp davranışları uygulandığını göstermektedir. Çok yüksek sınıfta olmak ise diğer tüm sınıflardan daha fazla defansif tıp davranışlarının uygulandığını gösterir. Araştırmamıza katılan hekimlerin %44,1'i yüksek düzeyde, %26,4'ü çok yüksek düzeyde, %23,3'ü orta düzeyde ve %6,2'si düşük düzeyde defansif tıp davranışları uygulamaktaydılar (Grafik 4).

4.2. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarını Etkileyen Durumlar

Araştırmaya katılan hekimlerin, mesleki unvanları ve nöbet tutma durumlarına göre DTU anlamlı değişiklik göstermektedir (sırasıyla $p < 0,001$ ve $0,020$). Ancak defansif tıp davranışları ile cinsiyet, devlet hastanesi veya üniversite hastanesinde çalışma durumu ve çalışma koşullarından memnuniyet algısı arasında bir fark saptanmamıştır (sırasıyla $p: 0,520$; $0,740$ ve $0,750$) (Tablo 13).

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ve Defansif Tıp Öncüllerine Göre Defansif Tıp Tutumları

	Düşük	Orta	Yüksek	Çok Yüksek		
Değişkenler	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	X ²	p
Cinsiyet						
Kadın	7(5,3)	36(27,3)	57(43,2)	32(24,2)	2,255 ^a	0,520
Erkek	13(6,8)	39(20,5)	85(44,7)	53(27,9)		
Çalışılan Kurum						
Devlet Hastanesi	9(6,9)	32(24,4)	53(40,5)	37(28,2)	1,226 ^a	0,740
Üniversite Hastanesi	11(5,8)	43(22,5)	89(46,6)	48(25,1)		
Mesleki Unvan						
Pratisyen Hekim	1(3,4)	3(10,3)	13(44,8)	12(41,4)	18,369 ^a	<0,001*
Araştırma Görevlisi	3(2,7)	18(15,9)	57(50,4)	35(31,0)		
Uzman Hekim	8(7,8)	29(28,4)	40(39,2)	25(24,5)		
Öğretim Üyesi	8(10,3)	25(32,1)	32(41,0)	13(16,7)		
Uzmanlık Branşının Doğru Tercih Olduğunu Düşünme Durumu (n:296)						
Evet	17(6,9)	64(26,0)	107(43,5)	58(23,6)	3,531 ^a	0,320
Hayır	2(4,1)	8(16,3)	23(46,9)	16(32,7)		
Geçmişte Uzmanlık Alanı Değişikliği Yapma (n:296)						
Evet	1(8,3)	2(16,7)	6(50,0)	3(25,0)	0,808 ^b	0,880
Hayır	18(6,3)	70(24,6)	125(44,0)	71(25,0)		
Nöbet Tutma Durumu						
Evet	12(5,2)	47(20,3)	103(44,4)	70(30,2)	9,218 ^a	0,020*
Hayır	8(8,9)	28(31,1)	39(43,3)	15(16,7)		
Çalışma Koşullarından Memnuniyet Algısı						
Memnun Değilim	10(9,3)	15(14)	49(45,8)	33(30,8)	0,100 ^a	0,750
Kısmen Memnunum	9(4,7)	57(29,7)	82(42,7)	44(22,9)		
Memnunum	1(4,3)	3(13,0)	11(47,8)	8(34,8)		

^a Pearson ki kare testi, ^bFisher'in kesin ki kare testi, *p<0,05

Tablo 13. Devamı

	Düşük	Orta	Yüksek	Çok Yüksek		
Değişkenler	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	X ²	p
Yeterli Eğitim Aldığını Düşünme Durumu						
Hayır	2(4,3)	7(15,2)	24(52,2)	13(28,3)	8,063 ^a	0,005*
Kararsızım	1(1,3)	13(16,3)	39(48,8)	27(33,8)		
Evet	17(8,7)	55(28,1)	79(40,3)	45(23,0)		
Şikâyet Edilme Kaygısı Taşıma Durumu						
Hayır	7(13,7)	17(33,3)	17(33,3)	10(19,6)	17,720 ^a	<0,001*
Ara sıra	9(4,5)	49(24,7)	99(50,0)	41(20,7)		
Sıklıkla	4(5,5)	9(12,3)	26(35,6)	34(46,6)		
Şikâyet Edilme Durumu						
Evet	12(5,9)	47(23,2)	94(46,3)	50(24,6)	1,340 ^a	0,720
Hayır	8(6,7)	28(23,5)	48(40,3)	35(29,4)		
Soruşturma Geçirme Durumu						
Evet	7(10,6)	13(19,7)	29(43,9)	17(25,8)	3,056 ^a	0,380
Hayır	13(5,1)	62(24,2)	113(44,1)	68(26,6)		
Hata Yapma Korkusu Olma Durumu						
Hayır	5(15,2)	12(36,4)	9(27,3)	7(21,2)	18,715 ^a	<0,001*
Ara sıra	13(6,3)	50(24,2)	102(49,3)	42(20,3)		
Sıklıkla	2(2,4)	13(15,9)	31(37,8)	36(43,9)		
Meslektaşlarının Şikâyet ve Dava Süreçlerinden Olumsuz Etkilenme Durumu						
Evet	17(5,9)	68(23,7)	127(44,3)	75(26,1)	0,619 ^a	0,890
Hayır	3(8,6)	7(20)	15(42,9)	10(28,6)		
Malpraktis Davası İle Karşılaşma Olasılığı Algısı						
Düşük Bir Olasılık	7(9,3)	22(29,3)	30(40)	16(21,3)	11,942 ^a	<0,001*
Yüksek Bir Olasılık	11(6)	48(26,2)	80(43,7)	44(24)		
Çok Yüksek Bir Olasılık	2(3,1)	5(7,8)	32(50)	25(39,1)		
Tıp Hukuku Eğitimi Alma Durumu						
Evet	5(6,9)	13(18,1)	32(44,4)	22(30,6)	1,782 ^a	0,610
Hayır	15(6)	62(24,8)	110(44)	63(25,2)		
Covid 19 Pandemisinde Ekstra Endişeli Olma Durumu						
Evet	13(5,8)	44(19,6)	99(44,2)	68(30,4)	8,770 ^a	0,030*
Hayır	7(7,1)	31(31,6)	43(43,9)	17(17,3)		

^a Pearson ki kare testi, *p<0,05

Hekimlerin defansif tıp uygulamalarında, yeterli eğitim aldığını düşünme durumu, şikayet edilme kaygısı taşıma durumu ve hata yapma korkusunun etkili olduğu görülmüştür (sırasıyla $p:0,005$; $<0,001$ ve $<0,001$). Ayrıca malpraktis davası ile karşılaşma olasılığı algısı ve Covid 19 pandemisinde ekstra endişeli olma durumu ile defansif tıp uygulamalarının ilişkili olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p:<0,001$; $0,030$) (Tablo 13).

Defansif tıp uygulamaları ve arasında ilişki saptanan bağımsız değişkenler ile ordinal lojistik regresyon modeli kurularak, ilişkilerin düzeyi ve yönü saptanmaya çalışılmıştır. Regresyon analizine ait bulgular, Tablo 14-17 ile gösterilmiştir.

Tablo 14. Ordinal Lojistik Regresyon Modeli Paralel Eğriler Varsayımı

	-2 Log Likelihood	Ki- kare	S.d.	p
Yokluk Hipotezi	519,34			
Genel	489,59	29,745	26	0,280

Ordinal lojistik regresyon analizinin temel varsayımlarından biri, paralel eğriler varsayımıdır ve parametre tahminlerinin aynı kesme noktasından geçtiğini varsaymaktadır (155). Tablo 14’de görüldüğü üzere H_0 hipotezi reddedilemez ($p:0,280$). Bu da modelimizin paralellik varsayımını sağladığını göstermektedir.

Tablo 15. Ordinal Lojistik Regresyon Modeli Uyum İyiliği Testi

	Ki-kare	S.d.	p
Pearson	470,810	573	0,430
Sapma	403,558	573	0,980
Pseudo R² Değerleri			
Cox and Snell:0,156	Nagelkerke:0,171	McFadden:0,069	

Uyum iyiliği testi sonuçlarına göre modelin verilerle uyum içinde olduğu görülmektedir ($p: 0,430$) (Tablo 15). Modelin defansif tıp uygulamalarını açıklama oranı %17,1’dir (Nagelkerke $R^2: 0,171$) (Tablo 15). Ayrıca model uygunluğu da sağlanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 16).

Tablo 16. Ordinal Lojistik Regresyon Modeli Model Uygunluk Bilgileri

	-2 Log Likelihood	Ki-kare	S.d.	p
Sadece Kesişim	573,97			
Final	519,34	54,631	13	<0,001*

*p<0,05

Tablo 17. Defansif Tıp Tutumlarını Etkileyen Bağımsız Değişkenlere Ait Ordinal Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	β	Standart Hata	Wald	p	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Düşük	-3,312	0,470	49,668	<0,001*	0,040	0,014	0,091
Orta	-1,326	0,429	9,561	0,002*	0,260	0,114	0,615
Yüksek	0,844	0,424	3,959	0,040*	2,330	1,013	5,343
Çok Yüksek	0 ^a						
Bağımsız Değişkenler							
Mesleki Unvan							
Pratisyen Hekim	1,125	0,516	4,745	0,030*	3,080	1,119	8,470
Araştırma Görevlisi	0,857	0,396	4,692	0,030*	2,360	1,085	5,119
Uzman Hekim	0,310	0,362	0,733	0,390			
Öğretim Üyesi	0 ^a						
Nöbet Tutma Durumu							
Evet	-0,095	0,334	0,080	0,780			
Hayır	0 ^a						
Yeterli Eğitim Aldığını Düşünme Durumu							
Hayır	-0,035	0,344	0,010	0,920			
Kararsızım	0,412	0,273	2,270	0,130			
Evet	0 ^a						
Şikâyet Edilme Kaygısı Taşıma Durumu							
Hayır	-0,860	0,469	3,365	0,070			
Ara sıra	-0,693	0,306	5,137	0,020*	0,500	0,274	0,910
Sıklıkla	0 ^a						

Not: Anlamlı ilişkiye sahip bağımsız değişkenlerin Odds Ratio oranı ve %95 Güven Aralığı hesaplanmıştır. ^a Referans kategori, *p<0,05

Tablo 17. Devamı

Bağımlı Değişken	β	Standart Hata	Wald	p	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Düşük	-3,312	0,470	49,668	<0,001*	0,040	0,014	0,091
Orta	-1,326	0,429	9,561	0,002*	0,260	0,114	0,615
Yüksek	0,844	0,424	3,959	0,040*	2,330	1,013	5,343
Çok Yüksek	0 ^a						
Bağımsız Değişkenler							
Hata Yapma Korkusu Olma Durumu							
Hayır	-0,616	0,520	1,401	0,240			
Ara sıra	-0,411	0,302	1,854	0,170			
Sıklıkla	0 ^a						
Malpraktis Davası İle Karşılaşma Olasılığı Algısı							
Düşük Bir Olasılık	-0,395	0,363	1,183	0,280			
Yüksek Bir Olasılık	-0,553	0,290	3,634	0,060			
Çok Yüksek Bir Olasılık	0 ^a						
Covid 19 Pandemisinde Ekstra Endişeli Olma Durumu							
Evet	0,630	0,241	6,813	0,009*	1,880	1,169	3,012
Hayır	0 ^a						

Not: Anlamlı ilişkiye sahip bağımsız değişkenlerin Odds Ratio oranı ve %95 Güven Aralığı hesaplanmıştır. ^a Referans kategori, *p<0,05

Tablo 17’de görüldüğü üzere, araştırmaya katılan pratisyen ve araştırma görevlisi hekimler öğretim üyelerine göre daha fazla defansif tıp davranışları uygulamaktadır (sırasıyla p:0,030 ve p:0,030). Pratisyen hekimlerin, öğretim üyelerinden 3 kat, araştırma görevlisi hekimlerin ise 2,3 kat daha fazla savunmacı davranışlar sergiledikleri tespit edilmiştir (Tablo 17).

Ara sıra şikâyet edilme kaygısı taşıdığını belirten hekimler, sıklıkla şikâyet edilme kaygısı taşıdığını belirten hekimlere göre daha az savunmacı tıp davranışları sergilemektedirler (p:0,020, OR: 0,500). Regresyon analizi sonucunda elde edilen bir başka bulgu da Covid 19 pandemi sürecinde tıbbi uygulama hataları açısından ekstra endişeli olduğunu belirten hekimlerin, endişeli olmadığını belirten hekimlerden 1,8 kat daha fazla savunmacı tıp davranışları sergiledikleridir (p:0,009) (Tablo 17).

Ayrıca, daha önce yapılan çapraz tablolarda defansif tıp uygulamaları ile bağıntılı bulunan bazı bağımsız değişkenlerin, regresyon analizi sonucunda defansif tıp uygulamaları ile arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 17).

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş ve Mesleki Sürelerine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanlar

	n(%)	PDTTÖP		NDTTÖP		DTTÖP	
		K-WH/U	p	K-WH/U	p	K-WH/U	p
Yaş Grupları (n:322)							
24-29 yıl	102(31,7)	8,62	0,013*	10,681	0,005*	10,356	0,006*
30-37 yıl	114(35,4)						
38 yıl ve üstü	106(32,9)						
Toplam Hekimlik Yılı (n:322)							
5 yıl ve altı	105(32,6)	4,721	0,090	6,320	0,040*	5,827	0,050
6-12 yıl	107(33,2)						
13 yıl ve üstü	110(34,2)						
Uzman Olarak Geçirilen Süre (n:180)							
5 yıl ve altı	66(36,7)	0,27	0,840	0,046	0,980	0,117	0,940
6-11 yıl	54(30,0)						
12 yıl ve üstü	60(33,3)						
Uzmanlık Eğitiminde Geçirilen Süre (n:113)							
1-2 yıl	74(65,5)	1,413	0,850	1,299	0,380	1,418	0,880
3-5 yıl	39(34,5)						

K-WH: Kruskal-Wallis H testi, U: Mann Whitney U testi, *p<0,05

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş ve mesleki süreleri ile arasında anlamlı ilişkiler olması nedeniyle, bu sürekli değişkenler kategorize edilerek ve karıştırıcı etki ve etkileşimi engellemek adına ölçek puanları ile ayrı ayrı analiz edilmesi ihtiyacı doğmuştur. Özellikle yaş ve toplam hekimlik yılı arasında çok yüksek saptanan korelasyon katsayısı (r:0,980), bu iki değişkenin neredeyse aynı şeyi ifade ettiğini gösterirken, araştırmanın bu aşamasından sonra yapılan çeşitli analizlerde, çoklu doğrusal bağlantıyı (multikolinerite) önlemek adına, yalnızca biri analize dahil edilmiştir. Bahsi geçen bu değişkenlerin, frekans dağılımları göz önünde bulundurularak, her değişken için sayıca ve oransal olarak benzer gruplar oluşturulmaya çalışılmıştır. Böylelikle, yaş, toplam hekimlik yılı ve uzman olarak geçirilen süre değişkenlerinin her biri, toplamda 3 gruba ayrılmıştır. Grupların özellikleri tablo 18’de sunulmaktadır. Ülkemizde en fazla 5 yıl olan, uzmanlık eğitiminde geçirilen süre

değişkeni, frekans dağılımı göz ardı edilerek iki gruba ayrılmıştır. Bu kararı verirken, ilgili literatürdeki uygulamalar göz önünde bulundurulmuştur.

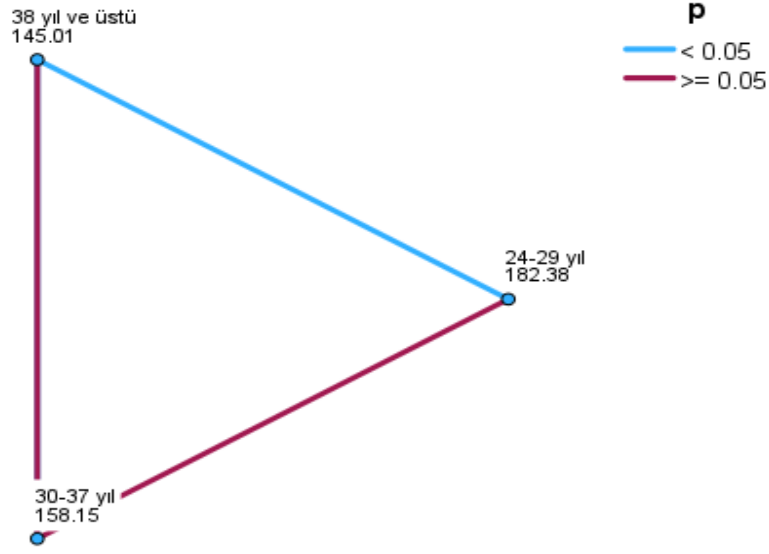
Hekimlerin Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği, Negatif Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği ve ölçeğin tamamından aldıkları puanlar yaş gruplarına göre anlamlı farklılıklar göstermektedir (sırasıyla $p:0,013$; $0,005$; $0,006$). Toplam hekimlik süresine göre ise Negatif Defansif Tıp Tutum Ölçeği puanının anlamlı farklılaştığı tespit edilmiştir ($p: 0,040$). Uzman olarak geçirilen ve uzmanlık eğitiminde geçirilen süreler göre toplam ölçek ve alt ölçeklerden alınan puanlar, istatistiksel olarak anlamlı değişiklik göstermemiştir (Tablo 18).

Yaşı, 24-29 yıl aralığında olan hekimlerin, PDTTÖP, 38 yaş ve üstünde olan hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p: 0,004$) (Şekil 9).

PDTTÖP’nda olduğu gibi 24-29 yaş aralığında olanların NDTÖP’ları, 38 yaş ve üstünde olan hekimlere göre anlamlı düzeyde yüksekti ($p: 0,001$) (Şekil 10).

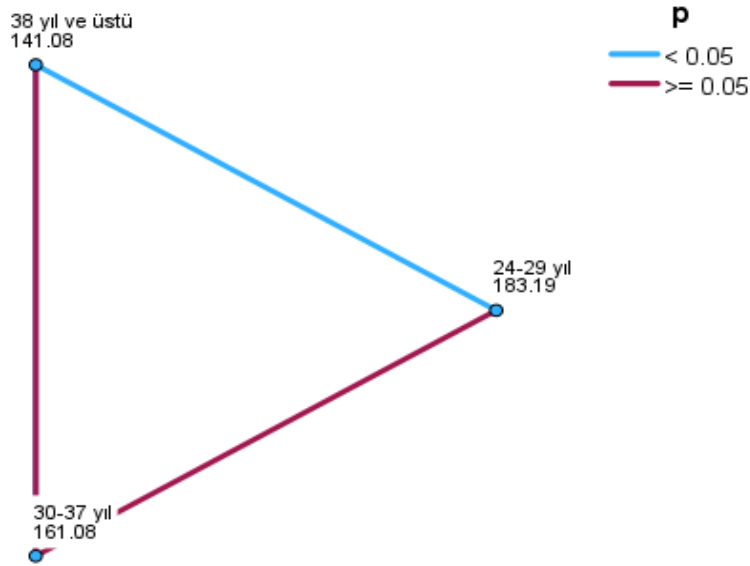
Alt boyutlarda olduğu gibi toplam ölçek puanı da 24-29 yıl ve 38 yıl ve üstü yaş gruplarında anlamlı farklılık göstermektedir ($p: 0,001$). 30-37 yaş aralığında olanların, ölçek aldıkları puanların sıra ortalamaları, 38 yaş ve üstü hekimlerinkinden yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p:0,050$) (Şekil 11).

Toplam hekimlik süreleri 5 yıl ve daha az olanların NDTTÖP’ları 13 yıl ve üstü hekimlik tecrübesi olanlara göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p: 0,013$) (Şekil 12).



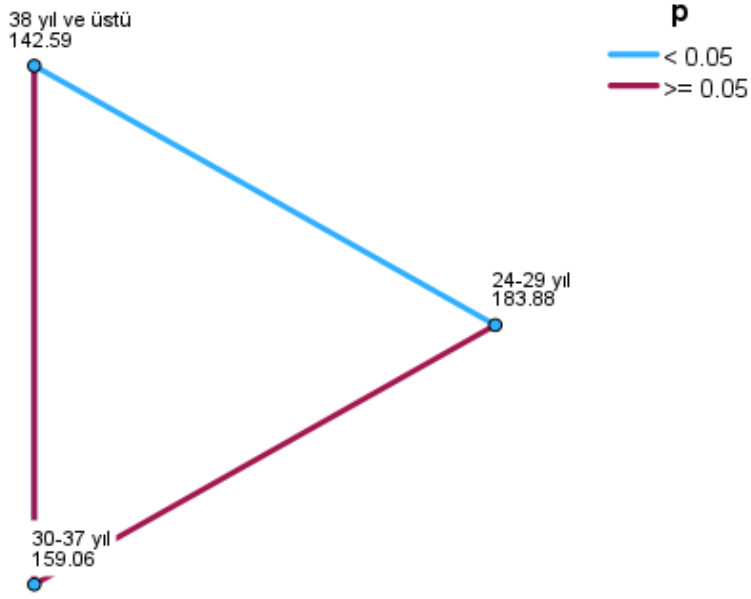
Yaş Grupları ve PDDTÖP

Şekil 9. PDDTÖP ve Yaş Grupları Arasında Yapılan İkili Karşılaştırma Sonuçları



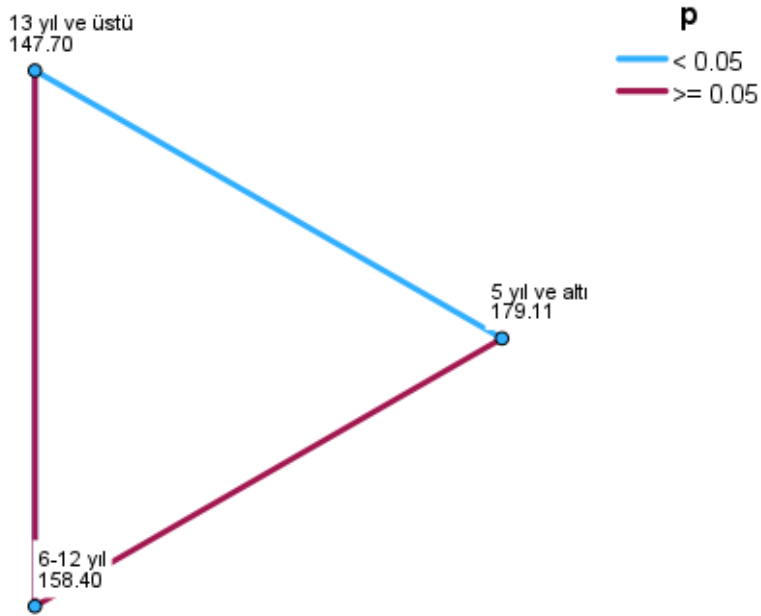
Yaş Grupları ve NDDTÖP

Şekil 10. NDDTÖP ve Yaş Grupları Arasında Yapılan İkili Karşılaştırma Sonuçları



Yaş Grupları ve DTTÖP

Şekil 11. DTTÖP ve Yaş Grupları Arasında Yapılan İkili Karşılaştırma Sonuçları



Toplam Hekimlik Yılı ve NDTTÖP

Şekil 12. NDTTÖP ve Toplam Hekimlik Yılları Arasında Yapılan İkili Karşılaştırma Sonuçları

4.3. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Bilgi Düzeyi İle İlişkili Durumlar

Araştırmaya katılan hekimlerin meslekleri süresince açılan davalar ve bu davalarla ilişkili olabileceği düşünülen değişkenler ile çoklu lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Modelin açılan davaları açıklama oranı %10'dur ($R^2:0,104$). Omnibus test sonucunun istatistiksel anlamlılığı ($p:0,020$) ve Hosmer-Lemeshow test sonucunun istatistiksel anlamsızlığı ($p:0,770$) kurulan modelin anlamlılığını göstermektedir. Yapılan regresyon analizi sonucunda, erkek hekimlere, kadın hekimlere göre %66 oranında daha az ($p:0,004$) ve araştırma görevlisi hekimlere, pratisyen hekimlere göre 8 kat daha fazla ($p:0,020$) malpraktis davası açılmıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Hekimlere Malpraktis Davası Açılma Durumu İle İlişkili Değişkenlerin Çoklu Lojistik Regresyon Analizi

	β	Wald	p	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Yaş	0,059	3,513	0,060	1,061	0,997	1,128
Cinsiyet						
Kadın (0)						
Erkek (1)	-1,085	8,393	0,004*	0,338	0,162	0,704
Çalışılan Kurum						
Devlet Hastanesi(0)						
Üniversite Hastanesi(1)	-1,608	2,197	0,140	0,191	0,021	1,706
Mesleki Unvan						
Pratisyen Hekim(0)						
Araştırma Görevlisi(1)	2,084	5,292	0,020*	8,036	1,361	47,442
Uzman Hekim(2)	-0,573	0,271	0,600	0,564	0,065	4,871
Gün İçinde Ortalama Bakılan Hasta Sayısı	-0,001	0,084	0,770	0,999	0,992	1,006
Bir Ayda Tutulan Ortalama Nöbet Sayısı	0,023	0,069	0,790	1,023	0,861	1,217
Nagelkerke R^2	0,104					
Omnibus Test X^2	0,020*					
Hosmer-Lemeshow Test X^2	0,770					
2 Log Likelihood	233,890					

0: Referans kategori, * $p<0,05$

Hekimlerin defansif tıp kavramını daha önce duymalarında etkili olabileceği düşünülen bağımsız değişkenler ile çoklu lojistik regresyon modeli kurulmuştur. Modelin anlamlılığı, Omnibus testi sonucunda elde edilen $p:0,030$ değeri ve Hosmer-Lemeshow test sonucu elde edilen $p: 0,410$ değeri ile doğrulanmıştır. Oluşturulan regresyon modeli defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyma durumunun yalnızca %0,6'sını açıklayabilmiştir ($R^2:0,060$). Yapılan analiz sonucu, erkeklerin defansif tıp kavramını daha önce duyma durumlarının, kadınlara göre %48 daha az olduğu görülmüştür ($p:0,010$). Ayrıca malpraktis ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgiye sahip olmayanlar, yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtenlerden 2 kat daha fazla bu kavramı duymalarına karşın, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p:0,210$) (Tablo 20).

Tablo 20. Defansif Tıp Kavramını Daha Önce Duyma Durumu ve İlişki Değişkenlerin Çoklu Lojistik Regresyon Analizi

	β	Wald	p	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Yaş	0,019	0,589	0,440	1,019	0,971	1,070
Cinsiyet						
Kadın (0)						
Erkek (1)	-0,662	6,036	0,010*	0,516	0,304	0,875
Mesleki Unvan						
Pratisyen Hekim(0)						
Araştırma Görevlisi(1)	0,534	1,182	0,270	1,706	0,651	4,468
Uzman Hekim(2)	-0,151	0,067	0,790	0,860	0,274	2,701
Öğretim Üyesi(3)	-0,458	0,500	0,480	0,632	0,177	2,253
Tıp hukuku Eğitimi Alma Durumu						
Evet(0)						
Hayır(1)	-0,089	0,072	0,780	0,915	0,479	1,748
Malpraktis İle İlgili Yasal Düzenlemeler Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme Durumu						
Evet(0)						
Hayır(1)	0,713	1,535	0,210	2,041	0,660	6,306
Nagelkerke R^2	0,068					
Omnibus Test X^2	0,030*					
Hosmer-Lemeshow Test X^2	0,410					
2 Log Likelihood	352,024					

0: Referans kategori, * $p<0,05$

Tablo 21. Defansif Tıp Uygulamaları Kavramının İçeriği Konusunda Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu İle İlişkili Değişkenlerin Çoklu Lojistik Regresyon Analizi

	β	Wald	p	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Yaş	0,028	1,431	0,230	1,029	0,982	1,078
Cinsiyet						
Kadın (0)						
Erkek (1)	-0,370	1,783	0,180	0,690	0,401	1,189
Mesleki Unvan						
Pratisyen Hekim(0)						
Araştırma Görevlisi(1)	0,673	1,943	0,160	1,959	0,761	5,046
Uzman Hekim(2)	0,175	0,132	0,710	0,854	0,297	2,457
Öğretim Üyesi(3)	0,690	0,19	0,890	0,726	0,227	2,322
Tıp hukuku Eğitimi Alma Durumu						
Evet(0)						
Hayır(1)	0,054	0,026	0,870	1,055	0,551	2,022
Malpraktis İle İlgili Yasal Düzenlemeler Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme Durumu						
Evet(0)						
Hayır(1)	1,366	10,312	0,001*	3,920	1,703	9,023
Nagelkerke R²	0,085					
Omnibus Test X²	0,007*					
Hosmer-Lemeshow Test X²	0,700					
2 Log Likelihood	356,404					

0: Referans kategori, *p<0,05

Malpraktis ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünen hekimlerin, yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünenlerden 3,9 kat daha fazla defansif tıp uygulamaları içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir (p:0,001) (Tablo 21).

4.4. Yapısal Eşitlik Modeli ve Analiz Sonuçları

YEM defansif tıp öncülleri ve ölçeğin alt boyutları olan pozitif defansif tıp uygulamaları ve negatif defansif tıp uygulamaları arasında kurulmuştur. Anket formunda 34 soru ile ölçülen defansif tıp öncüllerine, modele dahil edilmeden önce soru bütün korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon katsayısı 0,25'in altında olan ve negatif yönlü olan sorular modele dâhil edilmemiştir. Korelasyon katsayısı 0,25'in üzerinde olan sorular modele dâhil edilerek ölçüm modelinin değerlendirilmesi

yapılmıştır. Ayrıca aralarında yüksek korelasyon bulunan ifadeler aynı boyut altında toplanmıştır. Ölçüm modelinin test edilmesinden sonra uygunluk kriterlerini karşılamayan ifadeler ve boyutlar model dışı bırakılmıştır. Defansif tıp öncülleri gizil değişkenin, gösterge değişkenleri olan; mesleki kaygı ve korkular boyutu, şikâyet edilme kaygısı taşıma ve hata yapma korkusuna sahip olma ifadeleri ile ölçülmektedir. Malpraktis davası ile karşılaşma olasılığı algısı, Yapılan işe göre yeterli eğitim aldığını düşünme durumu ve pandemi döneminde ekstra kaygılı olma durumu birer ifade ile ölçülmektedir. YEM'nin son hali Şekil 13' de görülmektedir.

4.4.1. Ölçüm Modeli Değerlendirmesi

Daha önce de değinildiği gibi ilişki analizinden önce ölçüm modelinin uygunluğu değerlendirilmelidir. Yapısal eşitlik modeline dahil edilecek ifadelerin faktör yüklerinin 0,70'ten büyük olması gerektiğinden, faktör yükleri bu değerin altında olan, pozitif defansif tıp tutum ölçeğinin, 6,7,8 ve 9. soruları, modele dahil edilmemiştir (146, 156). Tablo 22'de görüldüğü üzere modelin birleşik geçerliliği sağlanmış ($CR > 0,70$) ve açıklanan ortalama varyanslar da 0,50'nin üzerindedir.

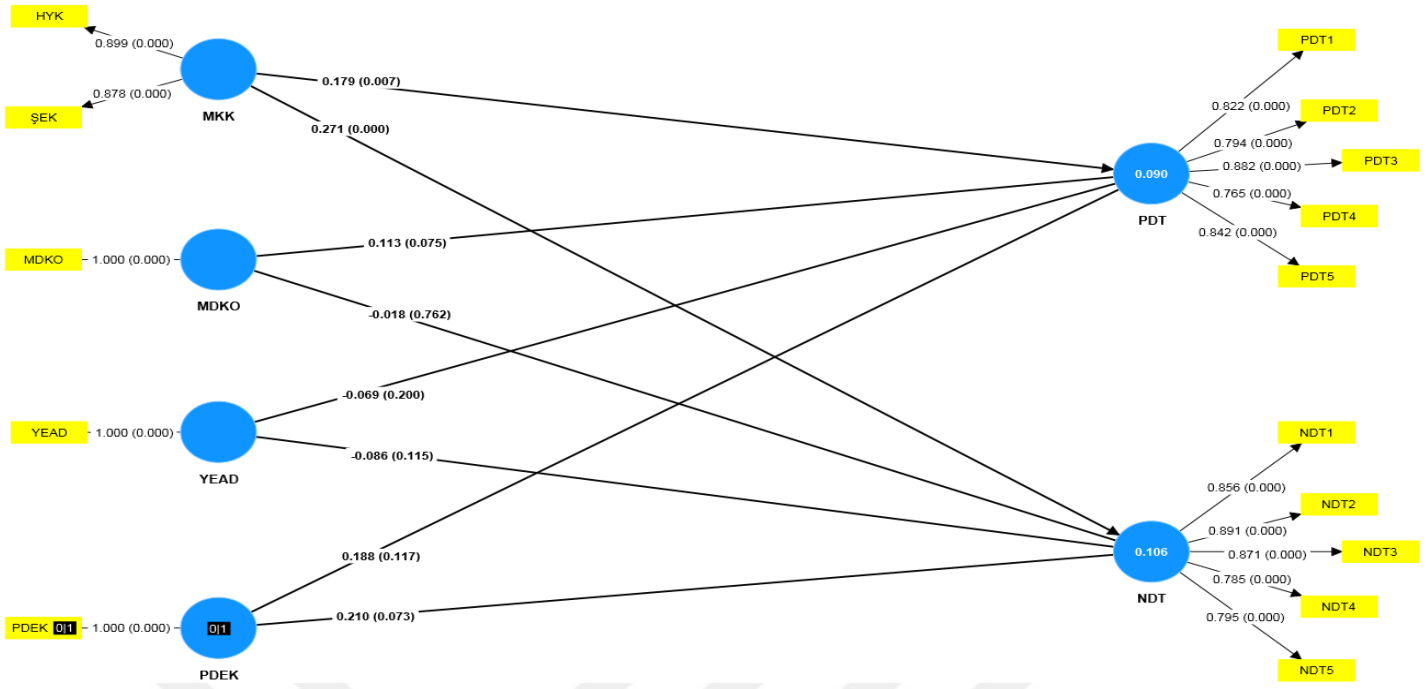
Tablo 22. Modelin Güvenirlik ve Birleşik Geçerliliği Verileri

	Cronbach Alfa	CR	AVE
MKHK	0.735	0.883	0.790
NDT	0.896	0.923	0.706
PDT	0.880	0.912	0.676

CR: Birleşik Geçerlilik, AVE: Açıklanan Ortalama Varyans

Tablo 23. Heterotrait-Monotrait Oranı (HTMT) Ölçütü Verileri

	MDKO	MKK	NDT	PDEK	PDT	YEAD
MDKO						
MKK	0.511					
NDT	0.124	0.361				
PDEK	0.099	0.180	0.142			
PDT	0.216	0.316	0.849	0.129		
YEAD	0.168	0.307	0.158	0.024	0.014	



Şekil 13. Yapısal Eşitlik Modeli

Modeldeki değişkenlerin, HTMT kriteri verilerinin 0,90'dan küçük olduğu Tablo 23'de görülmektedir. Fornell-Larcker kriterleri ise AVE değerlerinin karekökünden küçüktür (Tablo 24). Sağlanan bu iki kriter, modelin ayrışım geçerliliğine sahip olduğunu göstermektedir (146).

Tablo 24. Fornell-Larcker Ölçütü Verileri

	MDKO	MKK	NDT	PDEK	PDT	YEAD
MDKO	1					
MKK	0.436	0.889				
NDT	0.125	0.301	0.840			
PDEK	0.099	0.151	0.134	1		
PDT	0.211	0.260	0.750	0.123	0.822	
YEAD	-0.168	-0.268	-0.154	0.024	-0.134	1

Son olarak Tablo 25'te de görüldüğü üzere modeldeki ifadelerin varyans büyüme katsayıları 5 kritik değerinin altındadır (146).

Tablo 25. Varyans Büyütme Faktör Katsayıları (VIF)

Dışsal Göstergeler	VIF	İçsel Göstergeler	VIF
MDKO	1.000	PDT1	2.109
HYK	1.509	PDT2	2.303
ŞEK	1.509	PDT3	2.687
YEAD	1.000	PDT4	1.754
PDEK	1.000	PDT5	2.097
		NDT1	3.169
		NDT2	4.110
		NDT3	2.720
		NDT4	1.896
		NDT5	1.724

4.4.2. Yapısal Modelin Değerlendirilmesi/İlişki Analizi

Modelin uyum indeksi olan, Standardize Artık Kareler Ortalamasının Karekökü (Standardized Root Mean Square Residual-SRMR) değerinin 0,08'den küçük olması beklenir (157). Modelimizde SRMR: 0,056'dır. Bu da ilişki analizi için uygun bir model olduğunu göstermektedir. Ayrıca Q² değerleri de 0'dan büyüktür (Tablo 26).

Analiz sonucunda pozitif defansif tıp uygulamalarının açıklanma oranı 9 (R²:0,090), negatif defansif tıp uygulamalarının açıklanma oranı ise 10,6 (R²:0,106) olarak saptanmıştır. Modelde PDT ve NDT uygulamaları ile ilişkili değişken yalnızca mesleki kaygı ve korkular gizil değişkeni olmuştur (Tablo 26). Şikâyet edilme kaygısı taşıyor olmak (p<0,001) ve hata yapma korkusuna sahip olmak (p<0,001) ifadelerinin her ikisi de PDT uygulamaları ve NDT uygulamaları üzerinde pozitif yönlü anlamlı bir etkiye sahiptir (Şekil 8). Mesleki korku ve kaygılara sahip olmanın, pozitif defansif tıp uygulamalarını artıran etkisi (p:0,007), %99 düzeyinde anlamlıdır (t:2,708 (t_{≥1,65}: %90 anlamlılık, t_{≥1,96}: %95 anlamlılık, t_{≥2,580}: %99 anlamlılık) ve düşük bir etki gücüne sahiptir (f²: 0,027; f²: 0,02: düşük, f²:0,15: orta, f²:0,35: yüksek) (146, 158). Aynı şekilde NDT uygulamaları üzerindeki pozitif yönlü etkisi de %99 düzeyinde anlamlıdır (p<0,001; t:4,310) ve düşük etki gücüne sahiptir (f²: 0,062). Böylelikle; Şikâyet edilme kaygısı taşıma ve Hata yapma korkusuna sahip olma ile pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları arasında, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu tahmin edilen Hipotez 2 ve Hipotez 6 kabul edilmiş, diğer hipotezler reddedilmiştir (Tablo 26).

Tablo 26. Yapısal Eşitlik Modeli Hipotezlerinin Sınanması

Hipotez	İlişki	β	t	p	Hipotez Kabul/Ret
H1	MDKO -> PDT	0,113	1,778	0,070	Ret
H2	MKK -> PDT	0,179	2,708	0,007*	Kabul
H3	PDEK -> PDT	0,118	1,568	0,110	Ret
H4	YEAD -> PDT	-0,069	1,282	0,200	Ret
H5	MDKO -> NDT	-0,018	0,303	0,760	Ret
H6	MKK -> NDT	0,271	4,310	<0,001*	Kabul
H7	PDEK -> NDT	0,210	1,794	0,070	Ret
H8	YEAD -> NDT	-0,086	1,575	0,110	Ret
	R²: PDT	0,090	Q²: PDT	0,042	GoF: 0,266
	NDT	0,106	NDT	0,061	

β : İlişki katsayısı, R²: Açıklanan varyans oranı, Q²: Tahmin gücü, t: Etkinin anlamlılığı

*p<0,05

4.4.3. Gözlemlenmeyen Heterojenite ve Sonlu Karışım Gizli Sınıf Analizi

Farkedildiği üzere, modelde yer alan egzojen (dışsal) ifadeler, gözlemlenebilir veya ölçümlenebilir değildir. Bu durumun sebep olabileceği, gözlemlenemeyen heterojenliği test etmek, varsa gizli sınıfları ortaya çıkarmak amacıyla FIMIX-PLS ve ardından takip gizli sınıf analizi olan PLS-POS yapılmıştır. Toplam örneklem boyutunun, minimum örneklem boyutuna bölünmesi ile analize toplamda kaç sınıf ile başlanacağı belirlenmektedir (145, 150). Bu hesaplama sonucunda, FIMIX-PLS 4 sınıf için çalıştırılmıştır.

Tablo 27. Bir İla Dört Sınıflı Çözüm İçin Bilgi ve Sınıflandırma Kriterleri

	Sınıf 1	Sınıf 2	Sınıf 3	Sınıf 4
AIC	1785.271	1687.750	1633.364	1560.980
AIC3	1795.271	1708.750	1665.364	1603.980
AIC4	1805.271	1729.750	1697.364	1646.980
BIC	1823.016	1767.016	1754.150	1723.286
CAIC	1833.016	1788.016	1786.150	1766.286
HQ	1800.340	1719.395	1681.585	1625.777
MDL5	2053.998	2252.078	2493.292	2716.508
LnL	-882.635	-808.519	-784.682	-737.490
EN	0	0.530	0.591	0.627
NFI	0	0.572	0.583	0.578
NEC	0	151.264	131.661	119.99

Tablo 28. Gizli Sınıfların Görelî Boyutları (%)

Sınıf Sayısı	S1	S2	S3	S4
1	1			
2	0,562	0,438		
3	0,548	0,276	0,176	
4	0,377	0,274	0,195	0,153

Daha evvel de değinildiği gibi tutulacak sınıf sayısına, bilgi kriterlerinden, AIC3 ve CAIC'nin birlikte değerlendirilerek karar verilmesi önerilmektedir. Ayrıca EN değerinin de 0,50'nin üzerinde olması gerekmektedir (145). Bilgi kriterlerinin en uygun değerleri, 4 sınıflı çözümde olsa da sınıf boyutlarıyla beraber değerlendirildiğinde 3 sınıfın tutulmasına karar verilmiştir (Tablo 27). Ardından 3 sınıflı çözüm için FIMIX-PLS sonuçları girdi olarak kullanılarak, takip gizli sınıf analizi olan PLS-POS yapılmıştır (145) (Tablo 28, 29).

Tablo 29. Üç Sınıflı Çözüm İçin PLS-POS Analizi

	Orijinal Örneklem R ²	Ağırlıklı Ortalama R ²	POS Sınıf 1 R ² (n=163)	POS Sınıf 2 R ² (n=89)	POS Sınıf 3 R ² (n=70)
PDTTÖ	0,090	0,534	0,414	0,633	0,686
NDTTÖ	0,106	0,578	0,481	0,718	0,626

Analiz sonucunda, sınıf 1'de 163 hekim, sınıf 2'de 89 hekim ve sınıf 3'de 70 hekim olacak şekilde örneklem üçe bölünmüştür. Örneklemen tamamı ve gizli sınıflarda R² değerlerinin arttığı gözlemlenmektedir (Tablo 29).

Tablo 30'da orijinal modelin ve gizli sınıfların yol analizi sonuçları karşılaştırılmıştır. AVE tüm gizli sınıflarda 0,5'in, CR 0,7'nin üzerinde ve HTMT değerleri de 0,9'un altındadır. Böylelikle, ölçüm değişmezliği, tüm gizli sınıflarda sağlanmıştır (151, 152). Q² değerleri, orijinal modele göre, gizli sınıflarda oldukça yüksektir ve modelin gizli sınıflarda tahmin gücünün daha iyi olduğunu göstermektedir. Sınıf 1 için GoF değeri 0,547, sınıf 2 için 0,701 ve sınıf 3 için de 0,670 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, model uyum iyiliğinin, gizli sınıflarda güçlü olduğunu gözler önüne sermektedir (GoF>0,36). Oysa orijinal modelin uyum iyiliği değeri, 0,26'dır ve orta düzey bir uyum iyiliğine sahiptir.

Gizli sınıf 1’de mesleki korku ve kaygılara sahip olmak, orta etki büyüklüğü ($f^2:0,25$) ve %99 anlamlılık ile ($t:6,54$, $p<0,001$), pandemi döneminde tıbbi uygulama hatası kaynaklı ekstra kaygılara sahip olmak orta etki büyüklüğü ($f^2:0,27$) ve %99 anlamlılık ile ($t:6,78$, $p<0,001$) ve hipotezimizin aksine yeterli eğitim aldığını düşünmek de orta düzeyde olduğu söylenebilecek etki büyüklüğü ($f^2:0,14$) ve %99 anlamlılık ile ($t:4,93$, $p<0,001$) pozitif defansif tıp uygulamalarını artırmaktadırlar. Malpraktis davası ile karşılaşma olasılığı algısı arttıkça negatif defansif tıp davranışlarının azaldığı saptanmıştır ($p:0,010$, $t:2,35$, $f:0,04$). Mesleki korku ve kaygılara sahip olmanın, NDT uygulamalarını da artırdığı ($p:<0,001$, $t:9,19$) ancak PDT uygulamaları üzerindeki etkisinden farklı olarak etki büyüklüğünün yüksek olduğu görülmüştür ($f^2: 0,41$). Aynı şekilde, pandemi döneminde tıbbi uygulama hatası kaynaklı ekstra kaygılı olmak ve yeterli eğitim aldığını düşünmek de NDT uygulamalarını orta etki büyüklüğü (sırasıyla $f^2:0,32$; $0,15$) ve %99 anlamlılık ile artırmaktadırlar (sırasıyla $t:7,72$, $5,04$). Bu sınıfta PDTU için $R^2:0,414$, NDTU için ise $R^2: 0,481$ ’dir (Tablo 30).

Tablo 30. Gizli Sınıflar ve Genel Modelin Yol Analizi Sonuçları

	Orijinal Model (n: 322)			Sınıf 1 (n: 163)			Sınıf 2 (n: 89)			Sınıf 3 (n: 70)		
İlişki	β	t	p	β	t	p	β	t	p	β	t	p
MDKO -> PDT	0,113	1,778	0,070	-0,071	1.046	0.300	-0,182	2,134	0,030*	0,579	5,606	<0,001*
MKK -> PDT	0,179	2,708	0,007*	0,446	6.458	<0,001*	0,600	7,284	<0,001*	-0,877	9,016	<0,001*
PDEK -> PDT	0,118	1,568	0,110	0,841	6.788	<0,001*	-0,242	1,792	0,070	0,370	1,421	0,150
YEAD -> PDT	-0,069	1,282	0,200	0,294	4.931	<0,001*	-0.445	5,696	<0,001*	0,135	1,942	0,050
MDKO -> NDT	-0,018	0,303	0,760	-0,161	2.359	0.010*	-0,464	6,580	<0,001*	0,594	5,362	<0,001*
MKK -> NDT	0,271	4,310	<0,001*	0,537	9.195	<0,001*	0,609	8,502	<0,001*	-0,803	9,942	<0,001*
PDEK -> NDT	0,210	1,794	0,070	0,860	7.729	<0,001*	0,138	1,164	0,240	-0,394	1,489	0,130
YEAD -> NDT	-0,086	1,575	0,110	0,291	5.041	<0,001*	-0,614	9,844	<0,001*	0,092	1,111	0,260
R²: PDT	0,090			0,414			0,633			0,686		
NDT	0,106			0,481			0,718			0,626		
Yakınsak Geçerlilik (AVE)		+			+			+			+	
Güvenirlilik(CR)		+			+			+			+	
Ayırt Edici Geçerlilik(HTMT)		+			+			+			+	
Q²: PDT		0,042			0,186			0,564			0,537	
NDT		0,061			0,255			0,679			0,457	
GoF		0,266			0,547			0,701			0,670	
SRMR		0,056			0,071			0,070			0,083	

Gizli sınıf 2’de, malpraktis davası ile karşılaşma olasılığı algısı arttıkça, pozitif defansif tıp uygulamalarının azaldığı saptanmıştır ($p:0,030, t:2,13, f^2:0,06$). Mesleki korku ve kaygılara sahip olmak, yüksek bir etki büyüklüğü ($f^2: 0,70$) ile PDTU’nı artırmaktadır ($p<0,001, t: 7,28$). Sınıf 2’de sınıf 1’in aksine yeterli eğitim aldığını düşünmek, PDTU’nı anlamlı düzeyde azaltmaktadır ($p<0,001, t: 5,69, f^2:0,40$). Malpraktis davası ile karşılaşma olasılığı algısı arttıkça, PDTU’na benzer şekilde NDTU da azalmaktadır. Ancak NDTU üzerine etkisi daha büyüktür ($p<0,001, t: 6,58, f^2:0,51$). Mesleki korku ve kaygılara sahip olmak NDTU’nı yüksek bir etki büyüklüğü ($f^2: 0,94$) ile artırırken ($p<0,001, t: 8,50$), yeterli eğitim aldığını düşünme durumu ise yüksek etki büyüklüğü ($f^2: 1,00$) ile NDTU’nı azaltmaktadır ($p<0,001, t: 9,84$). Bu sınıfta, pandemi döneminde tıbbi uygulama hatası kaynaklı ekstra kaygılı olmanın, PDTU ve NDTU üzerinde anlamlı bir etkisi olmamıştır. PDTU $R^2:0,633$, NDTU $R^2:0,718$ ’dir (Tablo 30).

Gizli sınıf 3’de ise, malpraktis davası ile karşılaşma olasılığı algısı ve mesleki korku ve kaygıların PDTU ve NDTU üzerinde anlamlı etkileri olmuştur. Diğer gizli sınıfların aksine, malpraktis davası ile karşılaşma olasılığı algısı arttıkça, PDTU anlamlı bir biçimde artış göstermektedir ($p<0,001, t: 5,60, f^2:0,81$). Yine bu sınıfta, diğer sınıflardan farklı olarak, mesleki korku ve kaygılara sahip olmak, PDTU’nı yüksek bir etki gücüyle anlamlı bir şekilde azaltmaktadır ($p<0,001, t: 9,01, f^2: 1,92$). PDTU’nda olduğu gibi malpraktis davası ile karşılaşma olasılığı algısı NDTU’nı anlamlı düzeyde artırırken ($p<0,001, t: 5,36, f^2:0,71$), mesleki korku ve kaygılara sahip olmak oldukça anlamlı düzeyde azaltmaktadır ($p<0,001, t: 9,94, f^2: 1,35$). Bu sınıfta, PDT $R^2: 0,686$, NDT $R^2: 0,626$ olarak saptanmıştır (Tablo 30).

Gizli sınıflarda artan R^2 ve Q^2 değerleri, model uyum iyiliği (GoF) değerlerinin, orijinal modele göre çok daha iyi olması ve gizli sınıflarda, egzogen değişkenlerin, endojen değişkenler üzerindeki anlamlı ve farklı yönlü etkileri göz önüne alındığında, örneklemimizin modele dahil edilen defansif tıp öncülleri açısından homojen bir dağılımdan gelmediği ve gözlemlenemeyen heterojenliğin araştırmamız için sorun teşkil etmekte olduğu ortadadır. Dolayısı ile YEM’nin sonuçları değerlendirilirken, heterojenliği göz ardı edip, orijinal modeli değerlendirmek, yanlışlığa sebebiyet verecektir. Bu nedenle araştırmamızda, yapısal model analizinde, gizli sınıflara ait sonuçlar geçerli olacaktır.

4.5. Hekimlerin Tanımlayıcı Bulguları ve Defansif Tıp Tutum Ölçeğine Ait Sonuçlarının Gizli Sınıflara Göre Karşılaştırılması

Yapılan analiz sonucunda, üç gizli sınıfa ayrılan örneklem grubu, gizli sınıflara göre sosyodemografik ve mesleki özellikleri, defansif tıp öncülleri ve defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği puanı ve defansif tıp uygulamaları bilgi düzeyi açısından karşılaştırılmıştır.

Tablo 31. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Gizli Sınıflara Göre Bazı Sosyodemografik ve Mesleki Bilgilerinin Karşılaştırılması

	Sınıf 1 (n=163)	Sınıf 2 (n=89)	Sınıf 3 (n=70)	X ² / K-WH	p
Değişkenler	n(%)-Medyan[%25-%75]				
Cinsiyet					
Kadın	72(44,2)	34(38,2)	26(37,1)	1,396 ^a	0,500
Erkek	91(55,8)	55(61,8)	44(62,9)		
Yaş	32[27-38]	37[30,5-43]	34[30-38]	14,106 ^b	<0,001*
Medeni Durum					
Evli	100(61,3)	69(77,5)	44(62,8)	7,162 ^a	0,030*
Bekâr	63(38,7)	20(22,5)	26(37,2)		
Hane Gelir Algısı					
Giderimden Az	16(9,8)	11(12,4)	6(8,6)	1,829 ^a	0,770
Giderim İle Dengede	76(46,6)	38(42,7)	28(40,0)		
Giderimden Fazla	71(43,6)	40(44,9)	36(51,4)		
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Var	85(52,1)	62(69,7)	41(58,6)	7,497 ^a	0,020*
Yok	78(47,9)	27(30,3)	29(41,4)		
Çalışılan Kurum					
Devlet Hastanesi	62(38,0)	39(43,8)	30(42,9)	0,973 ^a	0,610
Üniversite Hastanesi	101(62,0)	50(56,2)	40(57,1)		
Mesleki Unvan					
Pratisyen Hekim	21(12,9)	6(6,7)	2(2,8)	17,457 ^a	0,008*
Araştırma Görevlisi	66(40,5)	22(24,7)	25(35,8)		
Uzman Hekim	41(25,1)	33(37,1)	28(40,0)		
Öğretim Üyesi	35(21,5)	28(31,5)	15(21,4)		
Uzmanlık Branşı					
Dâhili Bilimler	77(54,2)	44(53,0)	37(54,4)	0,039 ^a	0,980
Cerrahi Bilimler	65(45,8)	39(47,0)	31(45,6)		

^a Pearson ki kare testi, ^b Kruskal-Wallis H testi, *p<0,05

Yaş değişkeni, gizli sınıflar arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Farkın kaynaklandığı sınıflar olan, sınıf 1’de yaşların sıra ortalamaları, sınıf 2’ye göre anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,001$). Medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve mesleki unvan da gruplar arasında anlamlı farklılık göstermektedir (Sırasıyla $p:0,030$; $0,020$; $0,008$) (Tablo 31).

Tablo 32. Gizli Sınıflara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Sınıf 1 (n=163)	Sınıf 2 (n=89)	Sınıf 3 (n=70)	K-WH	p	p(1,2)	p(1,3)	p(2,3)
Değişkenler	Median[%25-%75]							
PDTTÖP	34[30-37]	26[21-32]	28[24-33]	60,766	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,340
NDTTÖP	19[16-22]	15[10,5-18]	14[12-16]	68,566	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,270
DTTÖP	53[46-58]	41[33-50,5]	42[36-48]	69,969	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,960

* $p<0,05$

Alt ölçeklerden ve ölçeğin tamamından alınan puanlar, sınıflar arasında anlamlı farklılıklar göstermektedir. PDTTÖP, sınıf 1’de, sınıf 2’ye göre düzeyde ($p<0,001$) ve sınıf 3’e göre anlamlı olarak fazladır ($p<0,001$). NDTTÖP, sınıf 2 ve sınıf 3’te, sınıf 1’den anlamlı düzeyde düşüktür (sırasıyla: $p<0,001$; $<0,001$). DTTÖP da alt ölçeklere benzer şekilde, sınıf 1’de, sınıf 2 ve 3’ten anlamlı şekilde fazladır (sırasıyla: $p<0,001$; $<0,001$) (Tablo 32).

Tablo 33’te görüldüğü üzere, yapısal eşitlik modeline dahil edilmeyen defansif tıp öncülleri gizli sınıflar arasında anlamlı farklılık göstermemektedir.

Defansif tıp öncüllerinde olduğu gibi, defansif tıp uygulamaları bilgi düzeyi de gruplar arasında anlamlı farklılığa sahip değildir (Tablo 34).

Tablo 33. Gizli Sınıflara Göre Defansif Tıp Öncüllerinin Karşılaştırılması

	Sınıf 1 (n=163)	Sınıf 2 (n=89)	Sınıf 3 (n=70)	X ² / K-WH	p
Değişkenler	n(%)				
Uzmanlık Branşının Doğru Tercih Olduğunu Düşünme Durumu					
Evet	114(79,2)	73(86,9)	59(86,7)	3,757 ^a	0,440
Hayır	30(20,8)	11(13,1)	9(13,3)		
Geçmişte Uzmanlık Alanı Değişikliği Yapma Durumu					
Evet	7(4,8)	4(4,7)	1(1,5)	1,516 ^b	0,470
Hayır	137(95,2)	80(95,3)	67(98,5)		
Nöbet Tutma Durumu					
Evet	124(76,1)	58(65,2)	50(71,4)	3,417 ^a	0,180
Hayır	39(23,9)	31(34,8)	20(28,6)		
Çalışma Koşullarından Memnuniyet Algısı					
Memnun Değilim	59(36,2)	24(26,9)	24(34,3)	6,903 ^a	0,140
Kısmen Memnunum	88(53,9)	61(68,5)	43(61,4)		
Memnunum	16(9,9)	4(4,6)	3(4,3)		
Şikâyet Edilme Durumu					
Evet	98(60,1)	58(65,2)	47(67,1)	1,274 ^a	0,530
Hayır	65(39,9)	31(34,8)	23(32,9)		
Soruşturma Geçirme Durumu					
Evet	131(80,4)	71(79,8)	54(77,1)	0,318 ^a	0,850
Hayır	32(19,6)	18(20,2)	16(22,9)		
Meslektaşlarının Şikâyet ve Dava Süreçlerinden Olumsuz Etkilenme Durumu					
Evet	147(90,2)	75(84,3)	65(92,8)	3,361 ^a	0,180
Hayır	16(9,8)	14(15,7)	5(7,2)		
Malpraktis Davalarında Artış Olduğunu Düşünme Durumu					
Evet	160(98,2)	88(98,8)	67(95,7)	1,891 ^b	0,410
Hayır	3(1,8)	1(1,2)	3(4,3)		
Komplikasyon Malpraktis Ayrımının Net Olarak Yapıldığını Düşünme Durumu					
Evet	10(6,1)	6(6,7)	5(7,2)	0,091 ^a	0,950
Hayır	153(93,9)	83(93,3)	65(92,8)		

^a Pearson ki kare testi, ^b Fisher' ın kesin ki kare testi

Tablo 33. Devamı

	Sınıf 1 (n=163)	Sınıf 2 (n=89)	Sınıf 3 (n=70)	X ²	p
Değişkenler	n(%)				
Hekime Yönelik Şiddete Maruz Kalma Durumu					
Evet	95(58,3)	47(52,8)	43(61,4)	1,125 ^a	0,570
Hayır	68(41,7)	42(47,2)	27(38,6)		
Hekime Yönelik Şiddete Şahit Olma Durumu					
Evet	123(75,5)	66(74,2)	59(84,3)	2,724 ^a	0,250
Hayır	40(24,5)	23(25,8)	11(15,7)		
Hekim Hak ve Sorumlulukları İle İlgili Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme Durumu					
Evet	24(14,7)	10(11,2)	11(15,7)	0,808 ^a	0,670
Hayır	139(85,3)	79(88,8)	59(84,3)		
Malpraktis İle İlgili Yasal Düzenlemeler Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme Durumu					
Evet	15(9,2)	6(6,7)	8(11,4)	1,066 ^a	0,580
Hayır	148(90,8)	83(93,3)	62(88,6)		
Tıp Hukuku Eğitimi Alma Durumu					
Evet	29(17,8)	20(22,5)	13(18,6)	0,810 ^a	0,660
Hayır	124(82,2)	69(77,5)	57(81,4)		
Tıp Fakültelerinde Daha Detaylı Tıp Hukuku Eğitimi Verilmesi Gerektiğini Düşünme Durumu					
Evet	149(91,4)	78(87,6)	64(91,4)	1,055 ^a	0,590
Hayır	14(8,6)	11(12,4)	6(8,6)		
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Yaptırma Durumu					
Evet	152(93,2)	83(93,3)	69(98,6)	3,050 ^b	0,220
Hayır	11(6,8)	6(6,7)	1(1,4)		
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası' nın Hekimlerin Malpraktis Kaynaklı Maddi Zararlarını Karşılatabileceğini Düşünme					
Evet	3(1,8)	2(2,2)	1(1,4)	1,621 ^b	0,830
Kısmen	111(68,1)	55(61,8)	44(62,9)		
Hayır	49(30,1)	32(36,0)	25(35,7)		

^a Pearson ki kare testi, ^b Fisher' ın kesin ki kare testi

Tablo 34. Gizli Sınıflara Göre Defansif Tıp Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

	Sınıf 1 (n=163)	Sınıf 2 (n=89)	Sınıf 3 (n=70)	X ²	p
Değişkenler	n(%)	n(%)	n(%)		
Malpraktis Nedeni İle Dava Açılma Durumu					
Evet	13(8,0)	15(16,9)	6(8,6)	5,179 ^a	0,070
Hayır	150(92,0)	74(83,1)	64(91,4)		
Malpraktis Davalarının Hekimlik Performansını Etkileyeceğini Düşünme Durumu					
Evet	160(98,2)	86(96,6)	67(95,7)	1,549 ^b	0,500
Hayır	3(1,8)	3(3,4)	3(4,3)		
Defansif Tıp Kavramını Duyma Durumu					
Evet	120(73,6)	70(78,7)	50(71,4)	1,222 ^a	0,540
Hayır	43(26,4)	19(21,3)	20(28,6)		
Defansif Tıp Kavramının İçeriği Konusunda Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu					
Evet	40(24,5)	27(30,3)	20(28,6)	1,091 ^a	0,580
Hayır	123(75,5)	62(69,7)	50(71,4)		

Gizli sınıflarda, tanımlayıcı özellikler, defansif tıp öncülleri ve defansif tıp bilgi düzeyi sorularına verilen yanıtların, toplam ölçekten alınan puan ile ilişkisini ölçmek amacıyla, çoklu doğrusal regresyon modelleri kurulmuştur. Kategorik veriler, dummy (kukla değişken) yöntemi ile doğrusal regresyona uygun hale getirilmiştir. Modeller oluşturulurken tüm bağımsız değişkenler, modele dahil edilmiş ve anlamlı bir model elde edilene değin geriye doğru çıkarma yöntemi (backward elimination regression) ile bağımsız değişkenler model dışı bırakılmıştır (159). Ölçekten alınan puan gizli sınıflarda normal dağılım varsayımını karşılamadığı için, bootstrap yöntemi 1000 örneklem için çalıştırılarak nonparametrik regresyon uygulanmıştır.

Gizli sınıf 1'e ait modelin son hali Tablo 35'te görülmektedir. Hekimlik süresi 6-12 yıl arasında olanların ölçekten aldıkları toplam puan, 5 yıl ve daha az bir süredir hekimlik süresi olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p: 0,010; GA:2,4;16,2). Araştırma görevlisi (p: 0,040; GA:3,5;21,7) ve uzman hekimler (p:0,010; GA:3,8;15,8), öğretim üyesi hekimlere göre daha yüksek ölçek puanlarına sahipti. Son olarak bu gizli sınıfta defansif tıp kavramını daha önce duyduğunu belirtenlerin, duymadığını belirtenlere göre DTTÖP anlamlı olarak yüksekti (p:0,040; GA: 0,3;12,3) (Tablo 35).

Tablo 35. Gizli Sınıf 1 İçin Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Bazı Bağımsız Değişkenlerin Booststrap (Bca) Yöntemi İle Nonparametrik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

	β	Standart Hata	p	Bca %95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Sabit	34,234	7,763	0,004*	15,923	51,088
Cinsiyet					
Kadın	-1,139	2,407	0,650	-5,759	3,802
Medeni Durum					
Bekâr	-0,860	4,392	0,840	-9,315	6,951
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Var	-1,151	4,636	0,820	-9,994	7,213
Toplam Hekimlik Yılı					
6-12 yıl	9,100	3,608	0,010*	2,438	16,195
13 yıl ve üstü	9,262	5,334	0,090	0,302	20,008
Mesleki Unvan					
Araştırma Görevlisi	11,753	5,209	0,040*	3,522	21,758
Uzman Hekim	10,227	3,711	0,010*	3,858	15,804
Şikâyet Edilmiş Olma Durumu					
Evet	2,196	3,189	0,510	-2,917	6,718
Soruşturma Geçirmiş Olma Durumu					
Evet	1,537	3,410	0,640	-5,492	9,115
Hekime Yönelik Şiddete Maruziyet					
Evet	-1,084	3,079	0,740	-6,271	4,124
Tıp Hukuku Eğitimi Alma Durumu					
Evet	2,154	3,096	0,500	-2,943	6,834
Malpraktis İle İlgili Yasal Düzenlemeler Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme					
Evet	-7,522	7,699	0,280	-22,664	7,478
Malpraktis Davası Açılmış Olma Durumu					
Evet	-0,349	6,790	0,960	-18,677	13,381
Defansif Tıp Kavramını Duymuş Olma Durumu					
Evet	5,802	2,585	0,040*	0,382	12,385
Defansif Tıp İçeriği İle İlgili Yeterli Bilgi Sahibi Olduğunu Düşünme					
Evet	-2,570	4,215	0,530	-10,874	4,981

R²: 0,427; F:2,381(p:0,010*); Durbin-Watson:1,548; *p<0,05

Tablo 36. Gizli Sınıf 2 İçin Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Bazı Bağımsız Değişkenlerin Booststrap (Bca) Yöntemi İle Nonparametrik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

	β	Standart Hata	p	Bca %95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Sabit	35,554	6,294	0,001*	23,119	46,249
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Var	13,677	4,591	0,009*	4,508	22,571
Toplam Hekimlik Yılı					
6-12 yıl	-10,124	6,068	0,100	-20,736	4,532
13 yıl ve üstü	-12,033	8,626	0,150	-26,924	8,3
Mesleki Unvan					
Araştırma Görevlisi	7,549	4,520	0,950	1,141	18,678
Nöbet Tutma Durumu					
Evet	9,138	4,016	0,030*	1,452	16,854
Malpraktis Davası Açılmış Olma Durumu					
Evet	-7,000	4,329	0,110	-16,622	0,522

R²: 0,337; F:2,709 (p:0,030*); Durbin-Watson:1,312; *p<0,05

Gizli sınıf 2 için kurulan modelde bağımsız değişkenler, ölçekten alınan toplam puanın %34'ünü açıklamıştır. Çocuk sahibi olanların, çocuğu olmayanlara göre ölçekten aldıkları puanlar anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,009; GA:4,50;22,5). Ayrıca nöbet tutan hekimler de tutmayan hekimlerden daha fazla DTTÖP'na sahiptir (p:0,030; GA:1,4;16,8) (Tablo 36).

Gizli sınıf 3 için yapılan regresyon analizinde diğer sınıflardan farklı olarak çalışma koşullarından memnuniyet algısı ile ölçekten alınan toplam puan arasında ilişki saptanmıştır. Mevcut çalışma koşullarından memnun olmadığını belirtenlerin, memnun olduğunu belirtenlere göre toplam ölçek puanı anlamlı yüksektir (p:0,030; GA:6,8; 30,6). Aynı şekilde kısmen memnun olduğunu belirtenlerin de çalışma koşullarından memnun olduğunu belirten hekimlere göre DTTÖP yüksek saptanmıştır (p:0,008; GA: 6,9;23,5). Bu sınıfta son olarak, meslektaşına açılan davalardan olumsuz etkilendiğini belirten hekimlerin, DTTÖP'larının olumsuz etkilenmediğini belirten hekimlere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (p:0,010; GA: -23,3; -6). Ayrıca kurulan modeldeki bağımsız değişkenler, bağımlı değişkenin %46'sını açıklamıştır (Tablo 37).

Tablo 37. Gizli Sınıf 3 İçin Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Bazı Bağımsız Değişkenlerin Booststrap (Bca) Yöntemi İle Nonparametrik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

	β	Standart Hata	p	Bca %95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Sabit	42,000	5,159	0,020*	40,790	43,210
Medeni Durum					
Bekâr	-7,752	4,000	0,090	-16,31	1,436
Mesleki Unvan					
Uzman	-9,068	4,691	0,550	-17,469	1,407
Nöbet Tutma Durumu					
Evet	6,350	3,917	0,134	-0,377	13,601
Çalışma Koşullarından Memnun Olma Durumu					
Memnun Değil	18,810	6,594	0,030*	6,824	30,633
Kısmen Memnun	16,782	4,367	0,008*	6,972	23,502
Soruşturma Geçirmiş Olma Durumu					
Evet	-5,909	4,526	0,180	-15,000	2,877
Meslektaşına Açılan Davalardan Olumsuz Etkilenme Durumu					
Evet	-14,358	4,543	0,010*	-23,294	-6,003

R²: 0,461; F:2,809 (p:0,03*); Durbin-Watson:1,281; *p<0,05

5. TARTIŞMA

Teknolojik gelişmelerle birlikte, tanı ve tedavi prosedürlerinin kalitesi de artmıştır. Tıbbi bakım standartlarındaki bu iyileşme, hastaların en iyi bakıma ulaşma beklentilerinde ve bu bakıma ulaşamama kaygılarında artışa sebebiyet vermektedir. Artan beklenti ve kaygılar sebebiyle, hasta ve yakınlarının, hekime ve uyguladığı tıbbi bakıma olan güvenleri de azalmaktadır. Hekim-hasta ilişkisinin temeli olan güven azaldığında, hekimlere yöneltilen tıbbi malpraktis iddialarında artış olmaktadır. Sonuç olarak hekimler, tek nedeni olmamakla birlikte, bu iddialardan kendilerini korumak amacıyla, savunmacı tıp davranışları sergilemektedirler (160). Hem dünyada hem de ülkemizde açılan tıbbi malpraktis davalarının çok az bir kısmı cezai yaptırımla sonuçlanmaktadır. Ancak bu durumun hekimlerin defansif tıbbi uygulamaları benimsemesini engellemediği aksine bu fenomenin hekimler arasında her geçen gün daha fazla yaygınlaştığı yapılan bir çok araştırma ile gün yüzüne çıkarılmıştır. Defansif tıbbi uygulamalar, sebepleri, sonuçları, etik ve hukuki boyutları ile modern tıp ve hukuk literatürlerinin, üzerinde tartıştığı bir konudur. Araştırmacıların bir kısmı, modern dünyadaki gelişmeler ve sağlık sistemi sorunlarının, her ne kadar hekimleri savunmacı davranışlar sergilemeye motive ediyor olsa da klinisyenin, bu davranışları kendi iradesi ile seçtiğini, hasta üzerindeki etkileri nedeniyle tıp etiği açısından savunulamaz olduğunu ve nihayetinde defansif tıbbi uygulamaların, sağlık hizmetlerinde bir felaket olduğunu belirtmektedir (40, 161). Bazı araştırmacılar tarafından ise bu görüşün tam tersi benimsenmiştir. Bu görüşe göre, defansif tıbbi uygulamalar, entelektüel değil, içgüdüselidir. Hatta algılanan tehdit ve kişisel saldırılara karşı, “Pavlovcu bir tepki” olarak nitelendirilirken, tıbbi uygulama hatası iddiaları var olduğu sürece, hekimin algıladığı risk oranında, savunmacı tıp davranışları sergileyeceğini savunmaktadırlar (162). Savunmacı tıp davranışları, bu uygulamalara maruz kalan hastanın, vücut bütünlüğüne zarar verebileceği gibi, sağlık hizmeti maliyetlerini ve sağlık hizmetlerinin kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (91). Bu yönüyle bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirilebilir.

Bu bilgilerden hareketle, defansif tıbbi uygulamalara neden olan faktörlerin ve bu uygulamaların hekimlere, hastalara ve sağlık sistemi üzerine olan etkilerinin, etik ve hukuki boyutları ile bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının önemi ortadır. Bu araştırmalar ile, defansif tıbbi uygulamaların, kabul görmesini ve hekimler arasında

yaygınlaşarak, sıradan tıbbi bakım haline dönüşmesi kast edilmemektedir. Aksine, sağlık yöneticileri, politikacılar ve kanun koyucuya, bilimsel araştırmalar sonucunda elde edilen bulguların yorumlanarak, defansif tıbbi uygulamaları tamamen engellemek mümkün olmasa da azaltılması adına çözüm önerileri sunulması gerekliliği savunulmaktadır. Yapmış olduğumuz araştırma da bu doğrultuda planlanmıştır.

Araştırmamız, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Tokat Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan 322 hekim ile yürütülmüştür. Hekimlerin %41'i kadın, %59'u erkekti. Araştırmaya katılan hekimlerin yaşları en düşük 24, en yüksek 62 iken yaş ortalaması $35,07 \pm 8,37$ idi. 213 (%66) hekim evliydi ve %30,1'inin eşi de hekimdi. Hekimlerin yalnızca %10,2'si toplam hane gelirini, toplam giderlerinden az olarak değerlendirmiştir. Bu sonuçta, araştırmanın yapıldığı tarihlerde önce Sağlık Bakanlığı ardından da Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan ek ödeme yönetmelikleri ile ikinci ve üçüncü basamakta çalışan hekimlerin, maaşlarına yönelik iyileştirmelerin etkisi olduğu düşünülmektedir. Hekimlerin yarısından fazlası (%58,4) çocuk sahibiydi.

Araştırmamıza katılan hekimler içinde en yüksek oran araştırma görevlisi hekimlere (%35,1) ait iken en az oran da pratisyen hekimlere (%9) aitti. Hekimlerin %59,3'ü de üniversite hastanesinde, %40,7'si devlet hastanesinde görev yapmaktaydı. Hekimlerin çalıştıkları birimler; %34,7 poliklinik, %30,6 yataklı servis, %16,5 acil servis ve %18,1 ameliyathane şeklindeydi. Araştırmamızda, polikliniklerde bakılan hasta sayısı en az 10 iken en çok hastanın muayene edildiği acil servislerde 400 hasta bakılmaktaydı. Toplam 232 hekim (%72) nöbet tutarken bir ayda tutulan ortalama nöbet sayısı $6,37 \pm 2,26$ idi. Hekimlerin %33,2'si çalışma koşullarından memnun olmadığını, %59,6'sı kısmen memnun olduğunu belirtirken yalnızca %7,1'i mevcut çalışma koşullarından memnun olduğunu belirtmiştir. Elde ettiğimiz bu bulgular Kalaman tarafından 2019 yılında, 592 hekimle yapılan araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Kalaman'ın araştırmasına katılan hekimlerin %35,8'i çalışma koşulların memnun olmadıklarını, %51,2'si kısmen memnun olduğunu ve %13'ü de memnun olduğunu belirtmiştir (163).

Uluslararası literatüre bakıldığında, 1978 yılında ABD'nde yapılan bir araştırmada, hekimlerin yaklaşık %70'inin, tıbbi hata iddiası endişesiyle defansif tıp uygulamalarına başvurduğu belirlenmiştir. Massachusetts Tıp Derneği tarafından 2007-

2008 yılları arasında, içlerinde dahili ve cerrahi tıp bilimlerinden uzmanlık branşlarının bulunduğu, 8 uzmanlık branşına mensup hekimlerle, eyalet çapında gerçekleştirilen araştırma sonucunda hekimlerin %83'ünün defansif tıp uyguladığı belirlenmiştir. 2009 yılında İtalya' da yapılan araştırmada ise hekimlerin 4/5' inin savunmacı tıp davranışları sergilediği tespit edilmiştir. Ortashi ve ark.'nın 244 hekimle gerçekleştirdiği araştırmada, hekimlerin %78'inin defansif tıp uyguladığı belirlenmiştir. İsrail' de ülke genelinde yapılan araştırmada ise hekimlerin %60'ı defansif tıbbi uygulamalarda bulunduklarını belirtmişlerdir (3, 10, 53, 164, 165). Ülkemizde de defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı, diğer ülkelerde olduğu gibi artış göstermektedir. Bu konuda ilk araştırma, Aynacı tarafından Konya ilinde, 762 hekimle yapılmıştır. Aynacı'nın araştırmasına katılan hekimlerin %84,2'si haklarında açılacak malpraktis davasının, hekimlik performanslarını azaltacağını belirtmişlerdir. Göçen ve ark. tarafından yapılan araştırmada, hekimlerin %98'inin pozitif defansif tıp, %92'sinin negatif defansif tıp uygulamaları sergilediği tespit edilmiştir. Çalikoğlu ve Aras tarafından gerçekleştirilen bir başka araştırmada ise hekimlerin %94,2'sinin savunmacı tıp davranışları uyguladıkları saptanmıştır (32, 119, 124). Araştırmamıza katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarının, literatüre benzer şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda hekimlerin %26,4'ü çok yüksek, %44,1'i yüksek, %23,3'ü orta ve %6,2'si düşük düzeyde defansif tıp uygulamaktaydı. Genel olarak araştırmamıza katılan hekimlerin %93,8'i çeşitli defansif tıp uygulamalarını hekimlik pratiğinde kullanmaktaydılar.

Yapılan bazı araştırmalarda, savunmacı tıbbi davranışların, genç yaştaki hekimlerde daha sık görüldüğü ve 40 yaş üstünde anlamlı düzeyde azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (3, 53, 166, 167). Bizim araştırmamızda da benzer şekilde, savunmacı tıp davranışlarının, 24-29 yaş aralığında olan hekimlerde, 38 yaş ve üstü hekimlere göre anlamlı düzeyde, daha fazla uygulandığı tespit edilmiştir. Yaş ile artan mesleki tecrübe bu sonucun en olası nedenidir (168). Ancak ülkemiz özelinde, artan tıp fakültesi ve uzmanlık öncesi eğitim kontenjanları nedeniyle, olumsuz etkilenen eğitim kalitesinin etkisi göz önünde bulundurulmalıdır. 2021-2022 eğitim-öğretim döneminde tıp fakülteleri kontenjan sayısı 16.858, tıpta uzmanlık eğitimi için açılan kontenjan sayısı ise 18.430'dur. Tıpta uzmanlık eğitimi için açılan kontenjan sayısı, bir önceki eğitim-öğretim dönemine göre yaklaşık 6 bin daha fazladır. Toplam tıp fakültesi sayısı ise

131'dir (169). Artan kontenjan sayılarına karşın tıp fakültelerinin, hâlihazırda kısıtlı olan fiziki koşulları ve yetkin eğitici olanakları daha da yetersizleşip verilen eğitimin niteliğini olumsuz etkilemektedir (170). Kılıç ve ark. da araştırma görevlisi sayısının on ve üzerinde olduğu anabilim dallarında fiziki ve eğitsel bazı problemler yaşanmasının beklenen bir sonuç olduğunu belirtmektedirler (171). Araştırmamıza katılan hekimlerin %14,3'ü yaptığı işe göre aldığı eğitimin yeterli olmadığını düşünürken, %24,8'i de bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Söz konusu mesleğin hekimlik olduğu ve bu meslek mensuplarının eğitiminde kaliteden ödün verilmemesi gerektiği göz önünde bulundurulduğunda, elde ettiğimiz oranların nispeten yüksek olduğunu söyleyebiliriz (170). Alınan eğitim konusunda duyulan şüphenin, beraberinde özgüven eksikliği, kaygı gibi sonuçlara neden olabileceği ve defansif tıp uygulamaları için itici bir güç olacağını söylemek yanlış olmayacaktır. Nitekim Toraman ve Çarıkçı'nın 23 öğretim üyesi ile gerçekleştirdikleri nitel araştırmada, 15 hekim eğitim sistemini defansif tıp uygulamalarının nedenlerinden biri olarak değerlendirmiştir (84). Bir başka araştırmada, hekimlerin %47,4'ü tıbbi bilgiye güvenilmediği için girişimsel tedavilerden ziyade girişimsel olmayan tedavilerin tercih edilmesini, bir defansif tıp uygulaması olarak değerlendirmiş. %21,6'sı ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir (172). İzmir'de aile hekimi asistanları ve aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerle yapılan çalışmada, hekimlerin %60,2'si, tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası verilen eğitimin, hekimlerin malpraktisi önlemleri veya azaltmaları açısından yetersiz olduğunu, %28,7'si de çok yetersiz olduğunu belirtmiştir (173). 2009 yılında, Tokat il merkezinde görev yapan hekimlerden tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 125 hekim ile gerçekleştirilen araştırmada, hekimler, tıbbi uygulama hatalarının en sık nedenini tıp eğitimindeki yetersizlik olarak belirtmişlerdir (174).

Savunmacı tıp davranışları, yüksek riskli kabul edilen bazı cerrahi branşlara mensup hekimler arasında daha sık uygulanmaktadır. Bu branşlar literatürde; acil tıp, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi ve travmatoloji, beyin ve sinir cerrahi, genel cerrahi, anesteziyoloji ve reanimasyon olarak sırasız bir şekilde ifade edilmektedir. Studdert ve ark. 2005 yılında, yukarıda sayılan yüksek riskli branşlarda görev yapmakta olan, 824 hekimle gerçekleştirdikleri araştırmada, hekimlerin %93'ünün defansif tıp uyguladığını belirlemişlerdir. Ayrıca %92'sinin tıbbi olarak gerekli olmayan tanısal prosedürler uyguladığını, konsültasyonlar istediğini ve hastaları sevk ettiğini tespit

etmişlerdir (111). Çin’de kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile yapılan bir araştırmada, hekimlerin büyük bir kısmı savunmacı tıp davranışlarını doğru bulmadığını belirtse de %62,9’unun bu davranışları uyguladığı belirlenmiştir. En sık uygulanan defansif tıp davranışının, vajinal doğumun olası komplikasyonlarından dolayı sezaryen ile doğum olduğu görülmüştür (175). Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile ülkemizde yapılan araştırmada, hekimlerin tamamı kendi branşlarının, diğer branşlara göre daha riskli olduğunu ve %89,8’i medikolegal kaygılar nedeniyle, yetkin oldukları müdahalelerden sakındıklarını belirtmişlerdir (125). Nahed ve ark. tarafından 1208 beyin ve sinir cerrahisi ile yaptıkları anket çalışmasında, bazı hekimlerin riskli prosedürlerden sakındığını belirlemişlerdir (4). Solaroğlu ve ark. tarafından ülkemizde yapılan bir araştırmada ise beyin ve sinir cerrahilerinin, %72’sinin defansif tıp uyguladıkları ve bu hekimlerin %74,4’ünün deneyimsiz hekimler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca cerrahların %62,6’sı yüksek riskli ameliyatlardan kaçındığını belirtmiştir (167). ABD’ de ortopedistlerle yapılan bir araştırmada, cerrahların %84’ünün defansif tıp uyguladıkları saptanmıştır (115). Araştırmamıza katılan hekimlerin %42’si çeşitli cerrahi branşlarda görev yapmaktaydı. Bu hekimlerin çok büyük bir kısmı (%95,6) defansif tıp uygulamaktaydılar. Ayrıca araştırmamıza katılan ve dahili branşlarda görev yapmakta olan hekimlerin %91,8’inin defansif tıp uyguladıkları belirlenmiştir. Araştırmamızda literatürden farklı olarak cerrahi ve dahili branşlar arasında defansif tıp uygulamaları anlamlı farklılık göstermemekteydi (10, 119, 124, 176, 177).

2020 yılı verilerine göre ülkemizde toplam hekim sayısı 171.259, araştırma görevlisi sayısı (yan dal asistanları dâhil) 33.372, pratisyen hekim sayısı 49.760 ve uzman hekim sayısı 88.127’dir. 2020-2021 yılları arasında toplam öğretim üyesi sayısı ise 16.474’ tür. OECD ülkelerinde yüz bin kişiye düşen toplam hekim sayısı 356 iken ülkemizde 205 hekim düşmektedir (106). Hekim sayılarının önceki yıllara göre artmasına rağmen hekim başına düşen hasta sayısı ülkemizde bu ülkelere göre halen fazladır. Bu durum poliklinik hizmeti verirken hekimin, zamana karşı yarışmasına neden olurken hasta-hekim iletişimini de olumsuz yönde etkileyecektir (178). Hekimlerin optimal bir değerlendirme yapamayacağı için de hem malpraktis iddialarından korunmak hem de hasta sirkülasyonunu sağlamak amacıyla, daha fazla laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerine, konsültasyonlara başvuracaklarını söylemek yanlış olmayacaktır (179, 180). Araştırmamıza katılan hekimlerin büyük bir çoğunluğu

da öngördüğümüz gibi hasta sayılarının artması ve muayene sürelerinin kısalması sebebiyle defansif tıp uygulamalarının artacağını düşünmekteydi. Ayrıca gün içinde en çok bakılan hasta sayısının 400 ile acil servislerde olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda, defansif tıp uygulamaları, mesleki unvan ile anlamlı ilişki göstermekteydi. Araştırmamızın orijinal modelinde, pratisyen ve araştırma görevlisi hekimler, öğretim üyelerine göre anlamlı düzeyde daha fazla defansif tıp uygulamaktaydılar. Literatürde, elde ettiğimiz sonuçlara benzer şekilde araştırma görevlilerinin daha fazla defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşılan bir çok çalışma mevcuttur (25, 181-183). Gizli sınıf analizinden sonra, sınıf 1’de bulunan araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin, defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinden aldıkları puanlar, öğretim üyelerine göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Orijinal modelden elde edilen sonuçta, yaş ile artan tecrübenin etkili olduğu ancak tek etken olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca gizli sınıf 1’de bulunan uzman hekim ve öğretim üyelerinin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmaması, bu sonuçta etkili olabilecek başka sebeplerin varlığını gözler önüne sermektedir. Araştırmamıza katılan pratisyen hekimlerin acil servislerde çalıştığı, araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin, öğretim üyesi hekimlere göre daha fazla sayıda hastaya poliklinik hizmeti verdiği düşünüldüğünde, daha yüksek oranlarda savunmacı tıp davranışlarını benimsemelerinin olası nedenleri arasında yukarıda da değinildiği gibi hasta sayılarının fazla olması ve muayene sürelerinin buna bağlı olarak kısalması sayılabilir. Uzman hekimlerin ölçekten aldıkları puanların, öğretim üyelerine göre daha yüksek olmasında bir başka etken de ikinci basamakta çalışıyor olmaları olasıdır. Aynacı’da yaptığı araştırmada devlet hastanesinde çalışan hekimlerin, özel hastane ve üniversite hastanesinde çalışan hekimlere göre haklarında açılacak malpraktis davalarının tıbbi performanslarını daha fazla etkileyeceğini, malpraktis davası ile karşılaşma olasılığını daha yüksek gördüklerini ve daha fazla negatif defansif tıp uygulamaları gerçekleştirdiklerini saptamıştır (119). Üçüncü basamak hastanelerin teknik imkânlarının ikinci basamak hastanelere göre daha iyi olması ve daha fazla yetkin ve tecrübeli sağlık profesyonelleri barındırması bu farklılıkların muhtemel sebebidir. Ayrıca ikinci basamak hastanelerde sevk oranlarının daha fazla olması, komplike vakaların tedavisinin daha az yapılıyor olması gibi durumların, sağlıklı işleyen bir basamak sistemi mi yoksa bir defansif tıp uygulaması sonucu mu olduğuna karar vermenin kolay olmayacağı söylenebilir.

Passmore ve Leung, hastalar tarafından şikâyet edilmiş olmanın, hekimleri savunmacı tıp davranışlarına yönlendirdiğini savunmaktadırlar (110). İran’da yapılan araştırmada katılımcıların neredeyse tamamı hekimlerin şikâyet edilme oranlarının son yıllarda artış gösterdiğini düşünmektedir (184). Casebook dergisinin yedi ayrı ülkede Medical Protection Society üyesi üç bin hekimle gerçekleştirdiği araştırma bulgularına göre hekimlerin %73’ü şikâyet edilme kaygısı ile savunmacı tıp davranışları göstermektedir (120, 185). Literatürde çoğunlukla hekimlerin şikâyet edilme kaygısıyla defansif tıp uyguladıkları sonucuna ulaşılsa da istisnaları da mevcuttur. Örneğin Danimarka’da genel pratisyenlerle yapılan yakın tarihli bir araştırmada hekimlerin yalnızca %4’ünün şikâyet edilme endişesi ile defansif tıp uyguladıkları belirlenmiştir (186). Ancak elde edilen bu sonuçta İskandinav ülkelerinde uygulanan kusursuz tazmin sisteminin etkisi olasıdır (187). Yaptığımız araştırmada ise hekimlerin büyük bir kısmının (%84,2) ara sıra veya sıklıkla şikâyet edilme kaygısı taşıdığı, %63’ünün meslek hayatı boyunca en az bir kez şikâyet edildiği ve bu şikâyetlerin en çok CİMER (%42,6) yoluyla yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca hekimlerin %20,5’i görevleri ile ilgili bir nedenden dolayı soruşturma geçirmiştir. Şikâyet edilme ya da soruşturma geçirme öyküsü olan hekimler ile mesleki geçmişinde böyle bir deneyim olmayan hekimlerin defansif tıp uygulama düzeyleri anlamlı farklılık göstermemiştir. Şikâyet edilme kaygısı taşıyan hekimlerin hem orijinal modelde hem de gizli sınıf 1 ve 2’de şikâyet edilme kaygısı taşımadığını belirten hekimlere göre daha fazla pozitif ve negatif defansif tıp uyguladıkları belirlenmiştir. Gizli sınıf 3’te ise diğer sınıfların aksine şikâyet edilme kaygısı taşıyanların, taşımayanlara göre daha az pozitif ve negatif defansif tıp uyguladıkları saptanmıştır.

1990’lı yıllarda yapılan araştırmalar, hastaların sağlık hizmeti alırken, sıklıkla olumsuz sonuçlarla karşılaştığını ve bu sonuçlar hakkında farkındalığın çok az olduğunu ortaya koymuştur. Bu fenomen “tıbbi hata” olarak adlandırılarak politikacılar, klinisyenler, araştırmacılar, hastalar ve medya tarafından büyük ilgi görmüştür. Planlanan bir eylemin amaçlanan sonuca ulaşmaması ya da amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması olarak tanımlanan tıbbi hata; olay, olumsuz olay, ciddi istenmeyen olay ve ramak kala olay gibi birçok şekilde nitelendirilmiştir (188-190). ABD’ de “*Hata Yapmak İnsana Özgüdür: Daha Güvenilir Bir Sağlık Sisteminin Kurulması*” başlığı ile yayınlanan raporda, her yıl en az 44 bin ila 98 bin insanın, önlenabilir tıbbi hatalar

nedeniyle yaşamını yitirdiği belirtilmiştir (191, 192). Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine-IOM) tarafından yayınlanan bu rapor, 1984 yılında yayınlanan Harvard Tıbbi Uygulama Araştırması ile Utah ve Colorado (1992) araştırmasının sonuçlarını temel almaktadır. Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC), ABD’de, ölüm belgelerine işlenen, hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflama sistemi (ICD) tanı kodlarına göre, 1979 yılından itibaren 50 eyaletin yıllık ölüm nedenlerini Ulusal Ölüm Endeksi (NDI) veri tabanında yayınlamaktadır (193). Makary ve Daniel, 2016 yılında, tıbbi hata kaynaklı ölümlerin bu listeye olan katkısını belirlemek amacıyla, ilgili literatürü analiz ettikleri araştırmalarında, CDC’nin yayınladığı bu listelerin ICD koduna dayanmasını eleştirmişler ve insan ve sistem kaynaklı ölüm nedenlerinin belirlenemeyeceğinin altını çizmişlerdir. Yaptıkları literatür analizi ile eğer tıbbi hata bir hastalık olarak değerlendirilseydi, ABD’ de önde gelen üçüncü ölüm nedeni olurdu, sonucuna ulaşmışlar ve tıbbi hata kaynaklı ölümleri daha kolay belirleyebilmek için ulusal hayati istatistikleri ölçme sistemlerinin revize edilmesi gerektiği önerisinde bulunmuşlardır (194). Aynı yıl Gianoli, Makary ve Daniel’ın, araştırma yöntemi ve elde ettiği sonuçları ağır şekilde eleştiren bir makale kaleme almıştır. Gianoli, hekimlik mesleğinin tıbbi hataları çok önemseyip engellemeye çalıştığını ve hiçbir hekimin hastasında komplikasyon oluşmasını ya da hastasını kaybetmeyi istemezken nasıl önde gelen üçüncü ölüm nedeni olabildiğini sorgulayarak başladığı yazısında, bazen, her şey dünyanın en iyileri tarafından mükemmel bir şekilde yapılsa bile ölümün kaçınılmaz son olduğunu vurgulamaktadır. Makary ve Daniel’ı, araştırmalarında uyguladıkları ekstrapolasyon nedeniyle eleştiren Gianoli, bunun tehlikeli bir durum olduğunu ve tüm hastane ölümlerinin %75’inin 65 yaş üstü kişilerde meydana geldiğini vurgulamaktadır. Ayrıca hekimler ve diğer sağlık görevlilerinin kendilerini, hastaya verilen tıbbi bakımı iyileştirmeye adanmış olduklarını ve bu konuda eleştiriye açık olduklarını belirtirken bahsi geçen makalenin yalnızca sağlık profesyonellerinin işini zorlaştıracak olduğunu belirtmiştir (195). Görüldüğü üzere tıbbi hata ile ilgili literatürde farklı görüşler mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü ise sağlık hizmetleri arzında meydana gelebilecek risklerin sistem kaynaklı olduğu yaklaşımı ile tıbbi hata terimi yerine daha bütüncül bir kavram olan “hasta güvenliği” terimini benimsemektedir. Tıbbi bakımın güvenli olmaması nedeniyle hastaların gördüğü zararın, büyük ve büyümeye devam eden bir halk sağlığı sorunu olduğu ve dünya çapında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenlerinden biri olduğunu

belirtmektedir. Mevcut kanıtlar, yüksek gelirli ülkelerde, her 10 hastadan birinin sağlık hizmeti alırken olumsuz olayla karşı karşıya kaldığını, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise hastanelerde meydana gelen 134 milyon olumsuz olayın, her yıl yaklaşık 2,6 milyon ölüme etkisi olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu zararların yaklaşık yarısının önlenabilir bir dizi olumsuz olaylardan kaynaklandığı görülmektedir. DSÖ de bu bağlamda 72. Dünya Sağlık Asamblesi'nde (2019) , “Hasta Güvenliği Konusunda Küresel Eylem” konulu kararı kabul edilerek, 17 Eylül Dünya Hasta Güvenliği Günü, olarak belirlenmiştir. Mayıs 2021, 74. Dünya Sağlık Asamblesi'nde ise ilk Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı 2021-2030, kararı kabul edilmiştir (190, 196, 197).

Tıbbi hataların tek mağduru hastalar değildir. Hastanın ölümü veya ciddi şekilde zarar görmesiyle sonuçlanan bir durumda, bu istenmeyen sonuçlara sebep olan sağlık profesyonelleri de psikolojik olarak ciddi şekilde zarar görecektir. Hata yapan hekim, utanç, suçluluk, kendini sorgulama, özgüven kaybı, depresyon gibi tepkiler ile bir kısır döngüye girebilir. Bu da beraberinde profesyonel tükenmişliğe sebebiyet verebilir. Hekimin tıbbi hata yapma korkusu taşıması klinik karar verme yetisini olumsuz etkileyecektir (190, 198, 199). Yaptığımız araştırmada gizli sınıf analizi sonucunda, sınıf 1 ve sınıf 2’de, hata yapma korkusu taşıdığını belirten hekimlerin daha fazla pozitif ve negatif defansif tıp uyguladığı, gizli sınıf 3’ te ise hata yapma korkusu olan hekimlerin daha az hem pozitif hem de negatif defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır. Aynacı, araştırmasına katılan hekimlerin, %46,6’sının her zaman ve çoğu zaman, %49,3’ ününde bazen ve nadiren tıbbi hata yapmaktan çekindiğini ve tıbbi hata yapmaktan çekinen hekimlerin, çekinmediğini belirten hekimlere göre anlamlı düzeyde negatif defansif tıp uygulamalarının tamamını ve pozitif defansif tıp uygulamalarının da büyük bir çoğunluğunu daha fazla uyguladıklarını belirlemiştir (119). Yıldırım ve ark. tarafından Tokat ilinde yapılan araştırmada, hekimlerin %31,7’si tıbbi uygulama hatası davası açılması ya da dava açılması endişesinin hekimlerin performansına çok zarar vereceğini, %35’i de biraz zarar vereceğini belirtmiştir. Aynı araştırmada, hekimlerin %69,7’si malpraktis kavramı nedeniyle hastalarına müdahale ederken çekinik davrandıklarını belirtmişlerdir (174). Ülkemizde yapılan başka bir araştırmada hekimlerin %11,3’ü her zaman, %37,3’ ü çoğu zaman ve %41,2’si bazen tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişe duyduğunu belirtmiştir. Tıbbi uygulama hatası endişesi ile duygusal tükenme arasındaki ilişkinin de değerlendirildiği bu araştırmada,

her zaman ve çoğu zaman tıbbi uygulama hatası endişesi olduğunu belirten hekimlerde, bazen ve çok nadir tıbbi uygulama endişesi olduğunu belirtenlere göre anlamlı düzeyde daha fazla duygusal tükenme olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu araştırmaya katılan hekimlerin büyük bir kısmı tıbbi uygulama hatalarının meydana gelme nedenlerini, iş yükü fazlalığı, uzun çalışma saatleri ve personel sayısının yetersiz oluşu olarak görürken, çok az bir kısmı da dikkatsizliğin, bilgi eksikliğinin ve özensizliğin neden olabileceğini düşünmektedir (163).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de malpraktis davaları artmaktadır. Hatta artan iş yükü sebebiyle 2016 yılında Adli Tıp Kurumu'nda iki yeni ihtisas kurulu açılmıştır. Bu ihtisas kurulları arasında, ölümle sonuçlanan ve ölümle sonuçlanmayan tıbbi uygulama hatalarına ilişkin işler olmak üzere görev paylaşımı yapılmıştır (200). Hastaların tıbbi bakım sırasında, sistem ya da birey kaynaklı bir hata nedeniyle zarar gördüğünde kendilerinin ya da yakınlarının dava hakkına sahip olması gerekli ve adil olmalıdır (201-203). Bu hak, toplumsal bir fayda sağlarken hekimler için “klinik adli sendrom” olarak nitelendirilen bir stres kaynağı ve defansif tıp uygulamaları için itici bir güç olduğu yönünde literatürde bir çok araştırma mevcuttur (50, 204-207). Araştırmamıza katılan hekimlerin, %10,6'sına malpraktis iddiası nedeniyle dava açılmıştır. Bu sonuç ülkemizde yapılan araştırmalarla uyum göstermektedir. Ancak Çalıkoğlu ve Aras, bizim sonucumuz ve ülkemizde yapılan diğer araştırma sonuçlarına kıyasla araştırmalarına katılan hekimlerin, %24,7 gibi yüksek bir oranla tıbbi malpraktis davası ile karşılaştığını saptamıştır (32). Literatürde, cerrahi branşlarda çalışan hekimlere daha fazla malpraktis davası açıldığına dair bulgular mevcuttur (208, 209). Çalıkoğlu ve Aras'ın elde ettikleri bu oranda, araştırmalarına, yalnızca farklı cerrahi branşlarda çalışan hekimleri dâhil etmeleri etkili olmuş olabilir. Literatürde hakkında tıbbi uygulama hatası davası açılan hekimlerin daha fazla defansif tıp uyguladığına ilişkin bir çok kanıt bulunmaktadır (4, 32, 93, 119, 175, 210-214). Araştırmamıza katılan hekimlerin neredeyse tamamı (%97,2) malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceğini düşünürken malpraktis davası açılan hekimlerin daha fazla defansif tıp uyguladığına dair bir bulgu elde edilmemiştir.

Edirne'de yapılan bir araştırmada hekimlerin büyük çoğunluğunun, meslektaşına açılan malpraktis davaları sonucunda defansif tıp uygulamalarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (172). Özata ve ark.'nın araştırmasında, hekimlerin %85,5'inin,

meslektaşlarına açılan davaların hekimlik pratiklerini etkilediği belirlenmiştir (126). Çin’ de kadın doğum uzmanları ile yapılan araştırmada, hekimlerin %86,4’ünün meslektaşına en az bir tane malpraktis davası açılmıştır (175). Araştırmamıza katılan hekimlerin büyük bir kısmı (%89,1), literatüre benzer şekilde, meslektaşlarının yaşadığı şikâyet ve dava süreçlerinden olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Gizli sınıf 3’te bulunan ve meslektaşlarının yaşadığı yasal süreçlerden olumsuz etkilendiğini belirten hekimlerin beklenenin aksine, anlamlı düzeyde daha az defansif tıp uyguladığı görülmüştür.

Yapılan araştırmalar malpraktis davalarının, hekimlerin uzmanlık branşı seçiminde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Yapalak ve ark. tıpta uzmanlık seçimini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada, İstanbul’da bulunan 14 tıp fakültesinde ulaştıkları 826 öğrencinin %66’sı, bölümün risk ve malpraktis düzeylerinin seçimlerini etkilediğini belirtmiştir (215). Çıtıl ve Keten araştırmamızın uygulama merkezlerinden, TOGÜ Tıp Fakültesi öğrencilerinin uzmanlık tercihleri ve mesleki kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları kesitsel araştırmada, öğrencilerin %49,8’inin mezuniyet sonrasında malpraktis davası ile karşılaşma kaygısına sahip olduğunu tespit etmişlerdir (216). Öztürk’ün nitel ve nicel araştırma yöntemlerini birlikte kullanarak, tıpta uzmanlık tercihinin etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında, hekimlerin büyük bir kısmı branş seçiminde artan malpraktis davalarının etkili olduğunu belirtmiştir (217). İngiltere’de yapılan bir araştırmada, öğrencilerin malpraktis endişesinin gelecekteki uzmanlık tercihlerini şekillendirdiği sonucuna ulaşılmıştır (218). Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlarda hekimlerin, büyük bir çoğunluğunun (%76,4) seçtikleri uzmanlık branşını doğru bir tercih olarak değerlendirdiğini ve yalnızca %3,7’sinin geçmişte tıbbi uygulama hatası ve buna bağlı açılacak dava endişesi nedeni ile uzmanlık branşını değiştirdiği görülmüştür. Yapılan araştırmalarda malpraktis davası nedeni ile riskli branşların hekimler tarafından tercih edilmemesi, bu branşlarda hekim sayısının azalması nedeniyle defansif tıp uygulamalarını artıracakı vurgulanmaktadır (119, 126, 180, 219, 220). Araştırmamızda malpraktis davası endişesi ile uzmanlık branşı değiştiren hekimlerin ya da uzmanlık branşının kendisi için doğru bir tercih olduğunu düşünmeyen hekimlerin daha fazla defansif tıp uyguladığına dair sonuç bulunmamıştır. Bu bulgular değerlendirilirken, çalışmamızda malpraktis davası endişesi ile branş değişikliği yapan ve branşından memnun olmadığını belirten hekim sayısının oldukça az olduğu unutulmamalıdır.

Şiddetin, hekimlerin defansif tıp uygulamalarını artırdığına dair araştırmalar bulunmaktadır. Yeşiltaş, hekime yönelik şiddetin defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkisini araştırdığı nitel çalışmasında, hekimlerin şiddeti, defansif tıp davranışlarına neden olan bir unsur olarak değerlendirdiklerini saptamıştır (77). Başka bir araştırmada hekimlerin %46,3'ünün şiddete uğramamak için defansif tıp uyguladığı belirlenmiştir (126). Toraman ve Çarıkçı 23 öğretim üyesi ile yaptığı nitel araştırma sonucunda şiddetin defansif tıp nedenlerinden biri olduğu sonucuna ulaşmışlardır (84). Kara ise araştırması sonucunda, hekimlerin defansif tıp uygulamalarında, şiddetin ikinci en sık neden olduğunu ortaya koymuştur (172). Araştırmamıza katılan hekimlerin yarısından fazlası şiddete maruz kaldığını belirtirken, %77'si de meslektaşına yönelik şiddete şahit olduğunu belirtmiştir. Ancak bizim elde ettiğimiz sonuçlarda, ilgili literatürdeki şiddet ve defansif tıp uygulamaları arasında saptanan bağıntıyı destekler bir ilişki bulunmamıştır.

Ülkemizde yapılan bir araştırmaya katılan hekimlerin, %34,5'i tıp fakültesinde tıp hukuku konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Aynı çalışmada hekimlerin tıp hukuku ve mevzuatlar konusunda orta düzeyde bilgiye sahip olduğu görülmüştür (221). 2008 yılında Konya'da yapılan bir araştırmada, hekimlerin %8,4'ü hasta hakları yönetmeliğini hiç duymadığını, %34,2'si de duyduğunu ama okumadığını belirtmiştir (119). 2009 yılında ilimizde yapılan araştırmada hekimlerin %40'ı tıbbi uygulama hataları ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgisi olduğunu, bunların %22,2'si bu bilgilere kongre ve sempozyum etkinliklerinde, %8,3'ü de tıp eğitimi sürecinde sahip olduğunu belirtmiştir (174). İki araştırma arasında çok uzun bir süre geçmiş olsa da araştırmanın aynı merkezlerde yapılmasından dolayı bir karşılaştırma yapacak olursak, bizim araştırmamıza katılan hekimlerin, tıbbi uygulama hataları ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumu oldukça azdır (%9). Ayrıca araştırmamızda tıp hukuku eğitimi aldığını belirten hekimlerin (%19), yine bu araştırmadan farklı olarak %81'i bu eğitimi, tıp fakültesinde aldığını belirtmiştir. Yaş ortalamaları ve toplam hekimlik yılı araştırmamızla benzer olan bu çalışmada hekimlerin, malpraktis ile ilgili yasal düzenlemeler hakkındaki bilgileri ile araştırmamıza katılan hekimlerin bilgi durumları arasındaki bu bariz fark oldukça dikkat çekicidir. Elde edilen farklı sonuçlarda hekimlerin bilgi düzeylerini subjektif olarak değerlendirmelerini istememiz elbette etkili olmuştur. Ancak tamamen

bundan kaynaklandığını söylemek yanlış bir yaklaşım olacaktır. Araştırmacılar hukuki sorumluluklarını bilmeyen hekimler tarafından, bu sorumluluklardan korunmak için defansif tıp uygulamalarını kullanmanın, kolay bir yol olarak görüleceğini vurgulamaktadırlar (90, 222). ABD’de acil servis hekimleri ile yapılan ön test-son test araştırmasında hekimlerin, tıbbi uygulama hatasının temel ilkeleri ve yasal düzenlemeler hakkında bilgilendirildikten ve yasal bir ifadenin simülasyonu izletildikten sonra son test ile ölçülen malpraktis davası endişesi puan ortalamalarının ön test ile ölçülene oranla azaldığı belirlenmiştir (223). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da gizli sınıf 1’de olan ve mevcut malpraktis yasal düzenlemeleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekimlerin defansif tıp uygulamaları ölçeğinden daha az puan aldığı bulunmuştur. Bu bilgilerden hareketle, Yıldırım ve ark.’nın araştırması ve bizim araştırmamız arasında algılanan bilgi düzeyindeki olumsuz yönlü bu değişimin sebeplerini ortaya koymak ve gerekli müdahalelerde bulunarak hekimlerde oluşturulacak hukuki bilinçle, malpraktis davası endişelerinin azalmasına dolayısı ile de defansif tıp uygulamalarının azalmasına olanak sağlanabileceğine inanmaktayız.

Tespit edilebildiği kadarı ile hekimler arasında pozitif defansif tıp uygulamalarının kullanımı daha yaygındır. Dünyada ve ülkemizde yapılan birçok araştırmada hekimlerin tıbbi uygulama hatası iddiası endişesi ile gereksiz tetkikler istediği, endikasyonsuz ilaç reçete ettiği ve hastane yatışı yaptığı, konsültasyonlar istediği belirlenmiştir (25, 32, 99, 176, 224, 225). Literatürle benzer şekilde araştırmamıza katılan hekimlerin büyük bir kısmı, hukuki sorunlardan korunmak amacıyla ekstra laboratuvar ve görüntüleme tetkiki istediğini, gerekli görmese de ilaç reçete ettiğini ve hasta yatırdığını belirtmiştir.

Covid 19 pandemisi sürecinde etik konular, bilim çevrelerince sıkça tartışılmıştır. Bu tartışmaların ana unsurlarından biri de bu süreçte hekim-hasta ilişkisine odaklanan ve hastanın özerkliğini önceleyen klinik etiğin mi yoksa önceliği toplum sağlığı olan halk sağlığı etiğinin mi benimsenmesi gerektiği olmuştur. Bu zorlu süreçte kıt kaynakların adil paylaşılması, özellikli grupların belirlenmesi gibi durumlar bu tartışmaların ana kaynağını oluşturmuştur. Pandemi gibi halk sağlığı acil durumlarında, hekimin hem hastasına hem de topluma olan sorumluluğu ve kriz yönetiminde yaşanan sıkıntılar, kaynak dağıtım zorluğu ve yetersiz insan gücü gibi nedenlerle hekimler için

fiziksel ve psikolojik olarak yıpratıcı olmaktadır (226-230). Araştırmamıza katılan hekimlerin, %69,6'sı pandemi döneminde tıbbi uygulama hatası ve ihmal yükümlülüğü konusunda ekstra endişeli olduğunu belirtirken bu hekimlerin daha fazla defansif tıp uyguladığı görülmüştür. Bu da, pandemi gibi olağan dışı durumlarda, hekimlerin kendilerini hukuki anlamda güvende hissetmelerinin önemini ortaya koymaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tokat il merkezinde görevli hekimlerin defansif tıp uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yaptığımız bu araştırmaya katılan hekimlerin çok büyük bir kısmı defansif tıp davranışlarını klinik pratiklerinde kullanmaktaydı. Hekimlerin yarısından fazlası üniversite hastanesinde çalışırken uzman hekimlerin ortalama uzmanlık süreleri 9 yıldır. Hekimlerin yarısından fazlası tıp fakültesini kendi isteği ile seçmiştir. Hekimler çoğunlukla içinde bulundukları şartlara göre malpraktis davası ile karşılaşma olasılıklarını yüksek veya çok yüksek olarak değerlendirmişlerdir. Neredeyse tamamı (%97,8) malpraktis davalarında artış olduğunu düşünürken çok büyük bir kısmı da ülkemiz yasal mevzuatı ve verilen yargı kararlarında komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapılmadığını düşünmekteydi. Hekimler defansif tıp davranışlarını artıracaklarını düşündükleri durumlara en sık hukukçuların sağlık hukukunda uzmanlaşmaları ve malpraktis davalarına olan ilgileri sonucunda artan davalar yanıtını verirken ikinci sıklıkta da medyada malpraktis iddialarının gündeme gelmesi yanıtını vermişlerdir. Hekimlerin büyük bir kısmı tıp fakültelerinde daha detaylı tıp hukuku eğitimi verilmesi gerektiğini düşünüyordu. Hekimlerin %94,4'ü zorunlu mali sorumluluk sigortasını yaptırdığını belirtirken yalnızca %1,9'u bu sigortanın, tıbbi uygulama hatalarının hekimlere getireceği maddi zararı karşılayacağını düşünüyordu. Hekimlerin %14'ü, 12 Mayıs 2022'de yapılan kanun değişikliği ile defansif tıp uygulamalarının azalacağını düşünüyordu.

Araştırmamıza katılan hekimlerden büyük çoğunluğu hukuki sorunlardan korunmak amacıyla tıbbi kayıtları daha detaylı tutuyor ve aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyordu. Hekimlerin çoğunluğu negatif defansif tıp uygulamalarını benimsemiş ve günlük hekimlik pratiğinde kullanmaktaydı. Hekimlerin dörtte üçü defansif tıp kavramını daha önce duymuştu. Neredeyse aynı oranda hekim de bu kavramın içeriği ile ilgili yeterli bilgiye sahip değildi. Hekimlerin, cinsiyeti ve çalıştıkları kurum ile defansif tıp uygulamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Hekimlerin defansif tıp öncülleri olarak nitelendirilen sorulara verdikleri yanıtlara göre homojen bir popülasyondan gelmediği ve üç ayrı gizli sınıf oluşturdukları belirlenmiştir. Bu sınıflarda bulunan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre defansif tıp uygulamalarının farklılık gösterdiği saptanmıştır. Defansif tıp kavramını daha önce duyduğunu belirten hekimler duymayan hekimlere göre, çocuk sahibi

hekimler çocuğu olmayanlara göre, nöbet tutan hekimler nöbet tutmayanlara göre, çalışma koşullarından kısmen memnun veya memnun olmayan hekimler, çalışma koşullarından memnun olduğunu belirtenlere göre daha fazla defansif tıp uyguluyordu. Araştırma görevlisi hekimlerin nöbet sayıları ve nöbet ertesi izinli sayılmaları hakkındaki yasal düzenlemenin, uyguladıkları savunmacı tıp davranışları üzerindeki etkisini değerlendirmek için araştırma görevlisi hekimlerle yapılacak geniş katılımlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Hekimlerin hata yapabileceği gerçeği ile yüzleşip tıbbi bir hata olduğu durumda bildirmesi, hata kaynağının belirlenip aynı hataların tekrarlanmaması adına müdahale edilebilmesinin önünü açacaktır. Tıbbi hata durumu ya da iddiasında hekimin bu zorlu süreci atlatmasında meslektaşlarından ve sosyal çevresinden aldığı desteğın önemi yapılan birçok araştırma ile ortaya konulmuştur. Meslektaşlarından böyle bir destek alabilmelerinde, hekimler arasında her ne kadar istemeseler de kendileri ya da diğerk hekim arkadaşlarının hata yapabileceği bilincinin oluşması önemlidir. Kast ettiğimiz bu bilinç, elbette ki tıbbi uygulama hatasının hekimler için önemini yitirmesi ve hata yapabilme lüksü ile daha özensiz bir tıbbi bakım verilmesi değildir. Ancak böyle bir olasılığın varlığının kabullenilmesi, istenmeyen bir durumla karşılaşıldığında hekim, hasta ve sağlık sistemi açısından, bu durumun, daha az zararla atlatılmasına yardımcı olacağını düşünmekteyiz. Ayrıca bu bilinç, hekimin hata yapma korkusunu doğru yönetmesine ve defansif tıbbi uygulamalardan uzaklaşmasına da olanak sağlayacaktır.

Tıbbi uygulama hatası olsun veya olmasın, bazen en iyi tıbbi teknolojinin kullanılmasına, en yetkin hekimlerin müdahalesine rağmen, şifa bulunamayabilir ya da nihai sonuç ölüm olabilir. Ayrıca her tıbbi müdahale barındırdığı risk nedeniyle öngörülebilir ya da öngörülemez yan etkilere sebep olabilir. Bu risklere rağmen hekimlerin mesleğini icra ederken en önemli motivasyonu, hastalarına faydalı olabilmektir. Ancak tüm bunlara rağmen hekim de bir insandır ve ne kadar istemese de hata yapmaya mahkûmdur. Hastaların bu olasılıkları bilip kabul etmesi hekim-hasta ilişkisindeki güveni pekiştirecek ve savunmacı tıp davranışlarının azalmasını sağlayacaktır. Bu da ancak toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesinin artmasıyla mümkündür.

Ülkemizde, bilindiği üzere hekim başına düşen hasta sayısı OECD ülkelerine göre daha fazladır. İş yükü nedeniyle hekimlerde meydana gelen yorgunluk, hekimleri hata yapma endişesi ile daha fazla defansif tıp uygulamaya teşvik etmektedir. Bu iş yükünü azaltmak adına tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitim kontenjanlarının artmasının defansif tıp uygulamalarını azaltabileceği düşünülse de tıbbi uygulama hatalarında alınan eğitimin, niteliğinin etkisi de göz ardı edilmemelidir. Bu bağlamda tıp eğitiminin kalitesinden de ödün verilmemesi gerekliliği ortadadır.

İkinci ve üçüncü basamakta görev yapmakta olan hekimlerin, iş yükünün azaltılmasında dolayısı ile verilen sağlık hizmetinin kalitesinin artmasında en önemli nokta etkin bir basamak sistemidir. Ancak performansa dayalı ödeme sistemleri ile etkin bir biçimde çalışan basamak sisteminin bir arada olamayacağı ortadadır.

Hekim-hasta arasında yeterli ve sağlıklı iletişim kurulamamasının da artan malpraktis davalarında etkili olduğu savunulmaktadır. Modern dünyada bahsi geçen bu iletişimde, hasta pasif olmaktan çıkıp aktif ve daha katılımcı hale gelmiştir ve klinik karar sürecine ortak olmayı beklemektedir. Bu bilgilerden hareketle, malpraktis davalarını ve defansif tıp uygulamalarını azaltmak için hekim-hasta iletişimini güçlendirecek müdahalelere ihtiyaç olduğu ortadadır. Bu müdahaleler, hekimlerin eğitim süreçlerine, hastalara tıbbi uygulamaların olası riskleri, faydaları, farklı tanı ve tedavi seçeneklerinin uygun iletişim yöntemleri ile açıklanmasının dâhil edilmesi, hastalar için ise sağlık okuryazarlığının artırılması olabilir.

Defansif tıp uygulamalarına neden olan bir diğer etken ise hekime yönelik şiddettir. Yakın zamanda yapılan kanun değişikliği olumlu bir gelişme olsa da yeterli olacağını söylemek mümkün değildir. Politikacıların bu konuda daha net kararlar alması hekim güvenliği ve beraberinde hasta güvenliği açısından elzemdir.

Hekime yönelik şiddet ve artan malpraktis davalarında, medyanın sansasyonel dilinin etkisi birçok araştırmacı tarafından vurgulanmaktadır. Hastaların karşılaştığı olumsuz durumların, gerçekten bir malpraktis sonucu mu olduğu yoksa bir yan etkinin sonucu mu olduğu endişesi taşımadan, deyim yerindeyse bir medya mahkemesinde sağlık profesyonellerini yargılayan “haber” tarzı var olduğu sürece, önemi özellikle vurgulanan hekim-hasta ilişkisinin, istenilen seviyeye gelmesini beklemek gerçekçi olmayacaktır. Bu mühim ama göz ardı edilen konuya gereken önemin verilmesi ve gerekli tedbirlerin alınması gerekmektedir.

Avukatların son yıllarda malpraktis davalarına olan ilgileri ve tazminat davalarından elde ettikleri kazançların, tıbbi uygulama hatası davalarının artışına zemin hazırladığı, ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur. Ancak daha önce de defaatle belirttiğimiz gibi tıbbi müdahale sonrasında ortaya çıkan her olumsuz sonuç malpraktis gibi değerlendirilip açılan her dava hekimlerin defansif tıp uygulamalarına sebebiyet vermektedir. Bu durum hukuk çevrelerinin, malpraktis konusunda daha fazla bilgilendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Hekimin dâhil olduğu tıbbi uygulama hatasının bir dizi sistemsel hata sonucunda meydana geldiği unutulmamalıdır. Bireysel suçlama kültüründen vazgeçilmesi gerekliliği ortadadır. Hatayı yapan hekim, kastı ve hatası ölçüsünde elbette cezalandırılmalıdır. Ancak bu hataya zemin hazırlayan unsurlar göz ardı edildiğinde, yalnızca hatalar zincirinin göz önündeki halkası cezalandırıldığında, aynı hatalar başka hekimler tarafından tekrarlanmaya devam edecektir. Sonuç olarak hekimler savunmacı tıp davranışlarına yönelecek ve bu durumdan hastalar, sağlık ekonomisi ve hekimlerin kendileri de dâhil sağlık sisteminin tüm unsurları olumsuz etkilenecektir. Tıbbi hatadan ziyade DSÖ'nün hasta güvenliği yaklaşımının devletin tüm unsurlarınca benimsenmesi ve kabul ettiği eylem planındaki hedeflerin, ülkemizin sağlık sistemine uyumlu, tutarlı ve sürdürülebilir bir biçimde entegrasyonu ile riskin doğrudan azaltılması sonucunda defansif tıp uygulamalarının da azalacağı söylenebilir.

Tıp, dinamik bir bilimdir. Hekimlik mesleği ise öğrenme süreci bitmeyen bir yaşam biçimi olarak adlandırılabilir. Bu nedenle hekimlerin değişen ve gelişen bilime ayak uydurmaları, yenilikleri takip etmelerinin önemi ortadadır. Bu noktada uzmanlık derneklerinin, hekimleri tıbbi uygulama hatası yapmaktan koruyacak ve defansif tıp uygulamalarından uzaklaştıracak güncel klinik uygulama rehberleri yayınlayarak ve tekrarlayan, ulaşılabilir eğitimlerle bilgilendirerek desteklemeleri faydalı olacaktır. Böylece defansif tıp uygulamaları azalabilir ve kanıta dayalı tıbbi uygulamalar yaygınlaşabilir.

Klinik karar destek sistemleri, ülkemizde, sağlık bakanlığına bağlı devlet hastanelerinin acil servislerinde, görüntüleme tetkiklerinin değerlendirilmesinde aktif bir biçimde kullanılmaktadır. Bu sistemlerin, klinik karar süreçlerinin tümünde yaygın bir biçimde kullanılması, tıbbi uygulama hatalarını ve hekimlerin hata korkusunu azaltarak, defansif tıp uygulamalarını da azaltabilir.

Hekimlerin eğitimine, tıp hukukunun dâhil edilmesi, aydınlatılmış onamın yalnızca bir imza olmadığı ve tıbbi kayıt tutulması gibi hukuki sorumluluklarının benimsenmesi hukuki bilinç kazanmalarına faydalı olacaktır. Ayrıca bu bilinç, malpraktis iddialarından duyulan korkunun klinik kararlarını etkilemesinin önüne geçerek, defansif tıp uygulamalarını da azaltabilecektir.

İlgili literatürde sıklıkla, malpraktis davalarının, hekimlerin yapmadıkları nedeniyle geciken teşhis davalarına evrildiği savunulmaktadır. Bu durum hekimler arasında pozitif defansif tıp uygulamalarının yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Bu uygulamaların kısa vadede yararlı olarak görülse de orta ve uzun vadede hastaların sağlığına olan yan etkileri, sağlık sistemi üzerinde oluşturduğu ekonomik yük ve hekimleri tıbbi uygulama hatası iddiasından kaçınırken malpraktis yapar konuma getirmesi nedeniyle, öneminin yargı çevrelerinde de kavranması gerekmektedir.

Ülkemizde malpraktis davaları Türk Ceza Kanunu ve Türk Borçlar Kanunu'ndaki genel hükümlerle değerlendirilmektedir. Malpraktis ve komplikasyon ayrımının bazı durumlarda sağlık profesyonelleri için bile zorlayıcı olması ve her vakanın öznelliği göz önünde bulundurulduğunda, bu konuda özel kanunlara ihtiyaç olduğu ortadır. Ayrıca uzun dava süreçlerinin yıpratıcılığı ve hekim üzerinde oluşturduğu baskı düşünüldüğünde bu davaların kısa sürede tamamlanabilmeleri adına özel mahkemeler kurulması yararlı olacaktır.

Subjektif hekim anketleri ve ampirik veriler ile defansif tıp uygulamalarının yaygınlığını net olarak belirlemek oldukça zordur. Ancak hekimlerin farkında olarak ya da olmayarak giderek artan bir biçimde bu uygulamaları benimsediğini ortaya koyması ve bu uygulamaların sebeplerinin öngörülmesine fırsat tanınması açısından oldukça önemlidir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz en önemli sonuçlardan biri hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönlendiren birbiriyle ilişkili bir dizi etmen olduğu ve bu etmenlerin hekimlerin bireysel farklılıklarına, algıladıkları risk düzeylerine göre defansif tıp uygulamalarını şekillendirdiğidir. Bireysel farklılıkların etkisini belirlemede nitel araştırma yöntemleri ile yapılacak çalışmaların büyük katkısı olacaktır. Ayrıca araştırmamızda hekimlerin anket sorularına verdikleri cevaplarla, defansif tıp uygulamaları arasında tutarsızlıklar olduğu görülmüştür. Bu da defansif tıp öncüllerini ölçecek geniş hekim grupları ile geçerliliği ve güvenilirliği sağlanan standart ölçek geliştirme çalışmalarının yapılması gerekliliğini gözler önüne sermektedir.

Bu araştırmanın yapıldığı tarihlerde henüz yeni yapılan kanun değişikliği ile kurulan Mesleki Sorumluluk Kurulunun, malpraktis davalarının açılma sıklığı ve hekimlerin defansif tıp uygulamaları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla ilerleyen dönemlerde, aynı yöntem ile aynı merkezlerde yapılacak araştırmalar literatüre önemli katkı sağlayacaktır.

Bu araştırmada defansif tıp uygulamalarının, sağlık sistemi üzerindeki sonuçları belirlenmeye çalışılmamıştır. İleride bu amaçla direkt ölçülemese de dolaylı olarak yapılacak maliyet analizleri politikacılar için yol gösterici olacaktır.

Defansif tıbbi uygulamaların neden olduğu olumsuz sonuçların önlenmesi için tıbbi, hukuki, ekonomik ve sosyokültürel bakış açılarını kapsayan bütüncül ve yenilikçi sağlık politikalarına ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Garattini L, Padula A, Mannucci PM. Defensive medicine: everything and its opposite. *European Journal of Internal Medicine*. 2020;74:117-8.
2. Sekhar M, Vyas N. Defensive medicine: a bane to healthcare. *Annals of medical and health sciences research*. 2013;3(2):295-6.
3. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, et al. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC medical ethics*. 2013;14(1):1-6.
4. Nahed BV, Babu MA, Smith TR, Heary RF. Malpractice liability and defensive medicine: a national survey of neurosurgeons. *PloS one*. 2012;7(6):e39237.
5. Catino M. Why do doctors practice defensive medicine? The side effects of medical litigation. *Safety Sci Monit*. 2011;15.
6. Vento S, Cainelli F, Vallone A. Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World J Clin Cases*. 2018;6(11):406-9.
7. Williams PL, Williams JP, Williams BR. The fine line of defensive medicine. *J Forensic Leg Med*. 2021;80:102170.
8. Garattini L, Padula A. Defensive medicine in Europe: a ‘full circle’? : Springer; 2020. p. 165-70.
9. Ali AA, Hummeida M, Elhassan Y, et al. Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynecology. *BMC medical ethics*. 2016;17(1):1-5.
10. Asher E, Greenberg-Dotan S, Halevy J, et al. Defensive medicine in Israel—a nationwide survey. 2012.
11. Selçuk M. Çekinik (Defansif) Tıp. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Hukuku Bölümü, 2015.
12. Berlin L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis*. 2017;4(3):133-9.
13. Mohr J. American medical malpractice litigation in historical perspective. *J Am Med Assoc*. 2000;283:1731-7.
14. Füsün Sayek TTB Raporları / Kitapları, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler, 2. Baskı, Ankara:TTB Yayınları, 2009: 48-49.
15. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. Hekimlik Mesleği Etik Kuralları, 2012.
16. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği, www.ttb.mevzuat.gov.tr/ 10.09.2022.
17. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. 3. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2019: 19-24.
18. Savaş H. Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları. 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2013: 77-8.
19. World Health Organization. Constitution. WHO, 1948.
20. Egri M, Celbis O, Karaca M, et al. The informed consent status for surgery patients in eastern Turkey: A cross-sectional study. *Indian journal of medical ethics*. 2008;5:26-8.
21. Yılmaz B. Aydınlatılmış Rıza. Ankara Barosu Yayınları, Sağlık Hukuku Digestası. 2009;1(1):167-80.
22. Çobanoğlu N. Tıp etiğinden tıp hukukuna hasta hakları olarak aydınlatılmış onam Ankara Barosu Yayınları, Sağlık Hukuku Digestası. 2009;1(1):70-86.
23. Habraken M, Schaaf V, Jonge J, et al. Defining near misses: Towards a sharpened definition based on empirical data about error handling processes. *Social Science & Medicine*. 2010;70(9): 1301-1308.
24. Youngson G. Medical error and disclosure- A view from the U.K. *The Surgeon, Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*. 2014;12: 68-72.
25. Banaz M. Hekimlerin defansif tıp ve tıbbi hata tutumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü. 2020.
26. Robertson J. Suffering in silence: Medical error and its impact on health care providers. *The Journal of Emergency Medicine*. 2018;54(4): 402-409.
27. Zientek D. Medical error, malpractice and complications: A moral geography. *HEC Forum*. 2010;22: 145-157.
28. Hakeri H. Tıp hukukunda malpraktis komplikasyon ayrımı, www.toraks.org.tr/ 18.10.2022.
29. Baungaard N, Skovvang P, Hvidt E, ark v. How defensive medicine is defined and understood in European medical literature: protocol for a systematic review. *BMJ open*. 2020;10(2):1-4.
30. Antoci A, Fiori Maccioni A, Russu P. The ecology of defensive medicine and malpractice litigation. *PLoS One*. 2016;11(3):1-15.
31. Angelo A, Fiori A, Paolo R, et al. Curing is caring? Liability reforms, defensive medicine and

- malpractice litigation in a post-pandemic world. *Socio-Economic Planning Sciences*. 2022;80:1-10.
32. Calikoglu EO, Aras A. 'Defensive medicine among different surgical disciplines: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2020;73:101970.
33. Katz ED. Defensive medicine: a case and review of its status and possible solutions. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*. 2019;3(4):329.
34. Aşirdizer M, Ekiz A. Tıbbi malpraktis iddialarında çözüm önerileri. 2022.
35. Garattini L, Padula A. Defensive medicine in Europe: a 'full circle'? *The European Journal of Health Economics*. 2020;21:477–482.
36. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, et al. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World journal of gastroenterology*. 2006;12(47): 7671–7675.
37. O'Sullivan JW, Albasri A, Nicholson BD, et al. Overtesting and undertesting in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2018;8(2):e018557.
38. Kılıçarslan M, Narıcı M. Hekimlerin defansif tıp farkındalık düzeylerinin, pozitif ve negatif defansif tıp tutumlarına etkilerinin görev yaptıkları işletmelerde israf faktörü ve hekim tutumları açısından incelenmesi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*. 2022;33:184-91.
39. Kurt M. Tıbbi müdahalelerde aydınlatılmış onam. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*. 2020;32(146):187-218.
40. Bester JC. Defensive practice is indefensible: how defensive medicine runs counter to the ethical and professional obligations of clinicians. *Med Health Care Philos*. 2020;23(3):413-20.
41. Tam E. Methods to reduce medical over-testing of patients. *Intersect: The Stanford Journal of Science, Technology, and Society*. 2022;15(2).
42. Zhu L, Li L, Lang J. The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: a questionnaire survey in a national congress. *BMJ open*. 2018;8:1-7.
43. Montanera D. The importance of negative defensive medicine in the effects of malpractice reform. *Eur J Health Econ*. 2016;17(3):355-69.
44. Bakır Ş, Samican Ü, Eratilla V. Effects of defensive medicine practices on health care in southeast Turkey. *Journal of Health Sciences and Medicine*. 5(2):399-409.
45. Mansur F, Ceylan Ö. Defansif tıp ve defansif tıp konusunda yapılan akademik çalışmalar üzerine bir derleme. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2021;23(3):721-44.
46. Metin B. Sağlık hakkı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2017;4(1):46-50.
47. Hasta Hakları Yönetmeliği, www.mevzuat.gov.tr /29.10.2022.
48. Arimany-Manso J, Vizcaino M, Gomez-Duran EL. Clinical judicial syndrome: The impact of judicial proceedings on physician. *Med Clin (Barc)*. 2018;151(4):156-60.
49. Nash L, Tennant C, Walton M. The psychological impact of complaints and negligence suits on doctors. *Australas Psychiatry*. 2004;12(3):278-81; discussion 82.
50. Vizcaino-Rakosnik M, Martin-Fumado C, Arimany-Manso J. The impact of malpractice claims on physicians' well-being and practice. *J Patient Saf*. 2022;18(1):46-51.
51. Committee on Professional L. Coping with the stress of malpractice litigation. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;74(1):65-6.
52. Fileni A, Magnavita N, Mammi F, et al. Malpractice stress syndrome in radiologists and radiotherapists: perceived causes and consequences. *Radiol Med*. 2007;112(7):1069-84.
53. Catino M, Celotti S. The problem of defensive medicine: two Italian surveys. *Stud Health Technol Inform*. 2009;148:206-21.
54. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33(8):467-76.
55. Stangierski A, Warmuz-Stangierska I, Ruchala M, et al. Medical errors - not only patients' problem. *Arch Med Sci*. 2012;8(3):569-74.
56. Finucane LM, Greenhalgh SM, Mercer C, Selfe J. Defensive medicine: A symptom of uncertainty? *Musculoskelet Sci Pract*. 2022;60:102558.
57. Carthey J, de Leval MR, Reason JT. The human factor in cardiac surgery: errors and near misses in a high technology medical domain. *Ann Thorac Surg*. 2001;72(1):300-5.
58. Reason J. Human error: models and management. *Bmj*. 2000;320(7237):768-70.
59. Catino M. Blame culture and defensive medicine. *Cognition, Technology & Work*. 2009;11(4):245-53.
60. Bendapudi NM, Berry LL, Frey KA, et al. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clin Proc*. 2006;81(3):338-44.

61. Thom DH, Hall MA, Pawlson LG. Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23(4):124-32.
62. Thom DH, Kravitz RL, Bell RA, et al. Patient trust in the physician: relationship to patient requests. *Fam Pract*. 2002;19(5):476-83.
63. Chang C-S, Chen S-Y, Lan Y-T. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Services Research*. 2013;13(1):22.
64. Mainous AG, Baker R, Love MM, et al. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med*. 2001;33(1):22-7.
65. Safran DG. Defining the future of primary care: what can we learn from patients? *Ann Intern Med*. 2003;138(3):248-55.
66. DeCamp M, Dukhanin V, Hebert LC, et al. Patients' views about patient engagement and representation in healthcare governance. *J Healthc Manag*. 2019;64(5):332-46.
67. Van Den Assem B, Dulewicz V. Doctors' trustworthiness, practice orientation, performance and patient satisfaction. *Int J Health Care Qual Assur*. 2015;28(1):82-95.
68. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38-43.
69. Berger R, Bulmash B, Drori N, et al. The patient-physician relationship: an account of the physician's perspective. *Isr J Health Policy Res*. 2020;9(1):33.
70. Siliquini R, Ceruti M, Lovato E, et al. Surfing the internet for health information: an italian survey on use and population choices. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2011;11:21.
71. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the "media" in Italy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. 2015;10(1):12.
72. Saines JC. Violence and aggression in A & E: recommendations for action. *Accid Emerg Nurs*. 1999;7(1):8-12.
73. Demirbaş N, Karaoğlu N. Hekim ve hekim adaylarının hekime yönelik şiddet algıları: Bir ön çalışma. *Genel Tıp Dergisi*. 2022;32(2).
74. Liu J, Gan Y, Jiang H, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2019;76(12):927-37.
75. Polat Ö, Çırak M. Sağlıkta şiddetin beyaz kod verileri ile değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*. 2019;15(4).
76. Yaşayancan Ö, Bulut YE, İrfan U, et al. Araştırma görevlilerinin yaşam biçimleri ve şiddete maruz kalma durumları. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2015;7(1):46-61.
77. Yeşiltaş A. Şiddet ve defansif tıp uygulamaları üzerine nitel bir çalışma. Doktora Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü. 2018.
78. Akyürek ÇE. Sağlıkta bir geri ödeme yöntemi olarak global bütçe ve Türkiye. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*. 2012;2(2).
79. Mitchell JM, Hadley J, Sulmasy DP, Bloche JG. Measuring the effects of managed care on physicians' perceptions of their personal financial incentives. *Inquiry*. 2000;37(2):134-45.
80. Yalçınkaya K. Türkiye'de 1980 sonrası kamu sağlık hizmetlerinde dönüşüm: Maaş rejiminden ücret rejimine geçiş. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 2019;74(3):811-52.
81. Savaş N. Dünya Bankası'nın sağlık reformları üzerine etkisi; Türkiye'de sağlıkta dönüşüm örneği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2020;5(1):142-57.
82. WHO called to return to the declaration of Alma-Ata, international conference on primary health care, 1978. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata/> 03.11.2022.
83. Dünya Bankası- OECD sağlık sistemi incelemeleri: Türkiye. Ankara, Sağlık Bakanlığı. 2008.
84. Toraman A, Çarıkçı İH. Defansif tıbbın nedenlerinin hekim gözüyle değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 2019;10(23):40-51.
85. Pala K. Türkiye'de sağlık reformu sağlıkta dönüşüm programı süreci. Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı. 2017.
86. Performansa dayalı geri ödeme sistemi değerlendirme anketi. Genel Cerrahide Performans Sistemi Çalıştayı Raporu. TCD Yayını, Ankara: 2010, 43-54.
87. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. " Evidence for overuse of medical services around the world": Erratum. 2022.
88. Carroll AE. The high costs of unnecessary care. *Jama*. 2017;318(18):1748-9.
89. Chan KS, Chang E, Nassery N, et al. The state of overuse measurement: a critical review. *Medical Care Research and Review*. 2013;70(5):473-96.

90. Miziara ID, Miziara CSMG. Medical errors, medical negligence and defensive medicine: A narrative review. *Clinics*. 2022;77:100053.
91. Adwok J, Kearns EH. Defensive medicine: effect on costs, quality and access to healthcare. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*. 2013;3(6):29-35.
92. Tarrant C, Krockow EM. Antibiotic overuse: managing uncertainty and mitigating against overtreatment. *BMJ Publishing Group Ltd*; 2022. p. 163-7.
93. Ries NM, Jansen J. Physicians' views and experiences of defensive medicine: An international review of empirical research. *Health Policy*. 2021;125(5):634-42.
94. Lippi G, Bovo C, Ciaccio M. Inappropriateness in laboratory medicine: an elephant in the room? *Ann Transl Med*. 2017;5(4):82.
95. Brateanu A, Schramm S, Hu B, et al. Quantifying the defensive medicine contribution to primary care costs. *Journal of Medical Economics*. 2014;17(11):810-6.
96. Rudey EL, Leal MdC, Rego G. Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. *Medicine*. 2021;100(1):e24176.
97. Schneider AC. Defensive medicine practice and effect on healthcare expenditures and tort reform. *Nurse Care Open Acces J*. 2019;6(1):42-44. .
98. DeWeese J. Offensive defensive medicine. *Orthopedics*. 2006;29(4):296.
99. Khereldeen M, Baazeem M. Excessive utilization of laboratory investigations and its relationship with defensive medicine practice: a Saudi Arabia perspective. *International Journal of Medical Reviews*. 2021;8(2):87-98.
100. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National costs of the medical liability system. *Health affairs*. 2010;29(9):1569-77.
101. Osti M, Steyrer J. A perspective on the health care expenditures for defensive medicine. *Springer*; 2017. p. 399-404.
102. Kessler DP. Evaluating the medical malpractice system and options for reform. *Journal of Economic Perspectives*. 2011;25(2):93-110.
103. White K. Medical malpractice: A crisis in cost and access. *Nursing Management*. 2005;36(3):22-5.
104. "World Health Organization; World Bank. 2021. Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2021. World Health Organization and World Bank. © World Health Organization and World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/36723> License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO."
105. Yonzan C, Lakner C, Gerszon Mahler D. Is COVID-19 increasing global inequality? Washington DC: World Bank. 2021.
106. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020, <https://www.saglik.gov.tr/TR,89801/saglik-istatistikleri-yilligi-2020-yayinlanmistir.html/> 13.11.2022.
107. Hersley N. The Defensive Practice of Medicine: Myth or Reality, 50 *Milbank Mem. Fund Q*. 1972;69.
108. Thompson MS, King CP. Physician perceptions of medical malpractice and defensive medicine. *Evaluation and Program Planning*. 1984;7(1):95-104.
109. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *Bmj*. 1995;310(6971):27-9.
110. Passmore K, Leung W. Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. *Postgraduate Medical Journal*. 2002;78(925):671-3.
111. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *Jama*. 2005;293(21):2609-17.
112. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, et al. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World J Gastroenterol*. 2006;12(47):7671-5.
113. Elli L, Tenca A, Soncini M, et al. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Lombardy: between lawsuits and the economic crisis. *Digestive and Liver Disease*. 2013;45(6):469-73.
114. Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Physicians' views on defensive medicine: a national survey. *Archives of Internal Medicine*. 2010;170(12):1081-3.
115. Sathiyakumar V, Jahangir AA, Mir HR, et al. The prevalence and costs of defensive medicine among orthopaedic trauma surgeons: A national survey study. *Journal of Orthopaedic Trauma*. 2013;27(10):592-7.
116. Asher E, Dvir S, Seidman DS, et al. Defensive medicine among obstetricians and gynecologists in tertiary hospitals. *PLoS One*. 2013;8(3):e57108.
117. Yan SC, Hulou MM, Cote DJ, et al. International defensive medicine in neurosurgery: comparison of Canada, South Africa, and the United States. *World neurosurgery*. 2016;95:53-61.

118. Yılmaz K. Defansif Tıp Uygulamaları. Polat O (Ed). Tıbbi Uygulama Hataları. 3. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2019: 227-248.
119. Aynacı Y. Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması, Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Adli Tıp Bölümü. 2008.
120. Kolcu G. T.C.S.B. İzmir Ege Doğum Evi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimler ile asistan hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İzmir: İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü 2013.
121. Başer A, Kolcu G, Çığırıl Y, et al. İzmir Karşıyaka ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. Smyrna Tıp Dergisi. 2014;16:24.
122. Mutlu HH, Mutlu HH, Ankaralı H. Hasta şikâyetlerinin defansif tıp uygulamalarına etkisi: İkincil mağdur aile hekimleri mi? Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences. 2019;24(3):237-43.
123. Tanriverdi O, Cay-Senler F, Yavuzsen T, et al. Perspectives and practical applications of medical oncologists on defensive medicine (SYSIPHUS study): a study of the Palliative Care Working Committee of the Turkish Oncology Group (TOG). Medical Oncology. 2015;32(4):1-8.
124. Göçen Ö, Yılmaz A, Aslanhan H, et al. Assistant physicians knowledge and attitudes about defensive medical practices, work-related stress and burnout levels. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2018;12(2):77-87.
125. Küçük M. Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2018;38(2):200-5.
126. Özata M, Kubilay Ö, Akkoca Y. Konya il merkezinde çalışan hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(1):131-8.
127. Özcan D, Alkan AA. Defensive medicine practices among ophthalmologists in Turkey. Türkiye Klinikleri Oftalmoloji Dergisi. 2021;30(1):30-5.
128. Asghar A, Imran HM, Bano N, et al. SARS-COV-2/COVID-19: scenario, epidemiology, adaptive mutations, and environmental factors. Environmental Science and Pollution Research. 2022;1-20.
129. Chen X. Avoiding defensive medicine among pandemic. OSP Journal of Health Care and Medicine. 2020;1(2):1-3.
130. Corral-Gudino L. Tools to reduce low-value care: Lessons from COVID-19 pandemic; comment on "key factors that promote low-value care: Views of experts from the United States, Canada, and the Netherlands". International Journal of Health Policy and Management. 2022.
131. Airolidi F, Tavano D, Ambrosio G. Stress-testing interventional cardiology organization to streamline procedures during COVID-19 pandemic, and beyond. International Journal of Cardiology. 2022;354:84-5.
132. Öncel S. Rational defensive medicine: Putting an end to the nationwide favipiravir debate. Turkish Archives of Pediatrics. 2022;57(3):372.
133. Sayek F. Soru ve yanıtlarla mesleki sorumluluk sigortası yasa taslağı. Medikal Bakış Dergisi, 10.03.2000. <http://www.medikalbakis.net/2/sayfa8.htm>, Aktaran: Turgaz G, Sağlık Sektöründe Mesleki Sorumluluk Sigortası Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2007.
134. Reva Z, Polat O. Adli Sigortacılık ve Tıbbi Uygulama Hataları. Polat O (Ed). Tıbbi Uygulama Hataları. 3. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2019: 255-269
135. Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/05/20220527-7.htm> / 05.11.2022.
136. Yılmaz KC, Polat O, Kocamaz B. Defansif tıp uygulamalarının hukuksal açıdan incelenmesi. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi. 2014(16):19-51.
137. Gojayeve A. Avrupa biyotıp sözleşmesi ve Türk tıp hukukuna etkileri. Sağlık Hukuku Digestası. 2009;1(1):28-69.
138. Özata M, Aslan Ş, Mete M. Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri: Hekimlerin rasyonel ilaç kullanımına etki eden faktörlerin belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2008(20):529-42.
139. Mosenheuer A. Hekimlerin cezalandırılabilirliğinin sınırı olarak varsayımsal rıza. Tıp ceza hukukunun güncel sorunları. V. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu 28 Şubat. 2008:69-80.
140. Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenirlik. Yenilenmiş 7. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık: 2022, 613-615.
141. Ayadurai C, Eskandari R. Bank soundness: A PLS-SEM approach. In: Avkiran NK, Ringle CM,

- editors. *Partial Least Squares Structural Equation Modeling: Recent Advances in Banking and Finance*. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 31-52.
142. Başer A, Başer Kolcu Mİ, Kolcu G, Gök Balcı U. Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği: Ön çalışma. 2014.
 143. Byrne BM. *Structural equation modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming*; routledge; 2013.
 144. Özdamar K. Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi. 2. Baskı, Eskişehir: Nisan Kitabevi, 2017: 159-186, 229-244.
 145. Sarstedt M, Radomir L, Moisescu OI, Ringle CM. Latent class analysis in PLS-SEM: A review and recommendations for future applications. *Journal of Business Research*. 2022;138:398-407.
 146. Hair JF, Risher JJ, Sarstedt M, Ringle CM. When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European business review*. 2019;31(1):2-24.
 147. Mohammed M, Shafiq N, Elmansoury A, et al. Modeling of 3R (Reduce, Reuse and Recycle) for sustainable construction waste reduction: A Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM). *Sustainability*. 2021;13(19):10660.
 148. Behl A. Antecedents to firm performance and competitiveness using the lens of big data analytics: a cross-cultural study. *Management Decision*. 2020.
 149. Wetzels M, Odekerken-Schröder G, Van Oppen C. Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration. *MIS quarterly*. 2009;177-95.
 150. Sarstedt M, Ringle CM. Treating unobserved heterogeneity in PLS path modeling: a comparison of FIMIX-PLS with different data analysis strategies. *Journal of Applied Statistics*. 2010;37(8):1299-318.
 151. Hair Jr JF, Sarstedt M, Matthews LM, Ringle CM. Identifying and treating unobserved heterogeneity with FIMIX-PLS: part I—method. *European Business Review*. 2016.
 152. Matthews LM, Sarstedt M, Joseph F. Hair, and Christian M. Ringle. 2016. Identifying and treating unobserved heterogeneity with FIMIX-PLS: Part II—A case study. *European Business Review*. 28(2):208-24.
 153. Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenirlik. Yenilenmiş 7. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık; 2022, 623-638.
 154. Doğan İ, Özdamar K. The effect of different data structures, sample sizes on model fit measures. *Communications in Statistics-Simulation and Computation*. 2017;46(9):7525-33.
 155. Lelisho ME, Wogi AA, Tareke SA. Ordinal logistic regression analysis in determining factors associated with socioeconomic status of household in Tepi Town, Southwest Ethiopia. *The Scientific World Journal*. 2022;2022.
 156. Lee H, Yang S-B, Koo C. Exploring the effect of Airbnb hosts' attachment and psychological ownership in the sharing economy. *Tourism Management*. 2019;70:284-94.
 157. Ximénez C, Maydeu-Olivares A, Shi D, Revuelta J. Assessing cutoff values of SEM fit indices: Advantages of the unbiased SRMR index and its cutoff criterion based on communality. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 2022;29(3):368-80.
 158. Wong KK-K. Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) techniques using SmartPLS. *Marketing Bulletin*. 2013;24(1):1-32.
 159. Wang Q, Koval JJ, Mills CA, Lee K-ID. Determination of the selection statistics and best significance level in backward stepwise logistic regression. *Communications in Statistics-Simulation and Computation*. 2007;37(1):62-72.
 160. Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, et al. Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2017;22(4):211-7.
 161. Sekhar S, Vyas N. Defensive medicine: a bane to healthcare. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2013.
 162. Bean JR. Defensive medicine: rational response to irrational risk. *World neurosurgery*. 2016;94:568-9.
 163. Kalaman K. Hekimlerde tükenmişlik düzeyleri, kusurlu tıbbi uygulamalar ve defansif tıp uygulamaları arasındaki ilişki. *Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Adli Tıp Bölümü*. 2019.
 164. Tancredi LR, Barondess JA. The problem of defensive medicine. *Science*. 1978;200(4344):879-82.
 165. Sethi M, Aseltine R. Investigation of defensive medicine in Massachusetts. *Massachusetts Medical Society*; 2008.
 166. Ramella S, Mandoliti G, Trodella L, D'Angelillo RM. The first survey on defensive medicine in radiation oncology. *La radiologia medica*. 2015;120(5):421-9.
 167. Solaroglu I, Izci Y, Yeter HG, et al. Health transformation project and defensive medicine practice

- among neurosurgeons in Turkey. PloS one. 2014;9(10):e111446.
168. Hossein D, Mina M. Defensive medicine: ethical or unethical. A Case Study of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. 2018;2.
169. Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK). Yüksek Öğretim Bilgi Yönetim Sistemi, 2022. <https://istatistik.yok.gov.tr/> /16.12.2022.
170. Ercan S. Tıp fakültelerinin yüz yüze kaldığı genel sorunlar ve tıp fakültelerinde eğitim kalitesinin iyileştirilmesi. Tıp Eğitimi Dünyası. 2016;15(45).
171. Kılıç B, Şahan C, Bahadır H. Türkiye’de halk sağlığı uzmanları için insangücü planlaması (2013-2023). Turkish Journal of Public Health. 2015;13(1):53-61.
172. Kara K. Edirne’deki birinci basamak hekimlerinin defansif tıp uygulamaları hakkında bilgi ve tutumları ve bunun klinik pratiklerine etkisi. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Bölümü. 2020.
173. Çıtak C. İzmir ilinde çalışan aile hekimlerinin ve aile hekimliği asistanlarının tıbbi uygulama hataları (malpraktis) hakkındaki bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları. Uzmanlık Tezi, İzmir: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Aile Hekimliği Bölümü. 2020.
174. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan A. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Cumhuriyet Medical Journal. 2009;31(4):356-66.
175. Zhu L, Li L, Lang J. The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: a questionnaire survey in a national congress. BMJ open. 2018;8(2):e019752.
176. Gerçek F. Ordu il merkezinde çalışan hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. Uzmanlık Tezi, Ordu: Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Bölümü. 2022.
177. O’Leary KJ, Choi J, Watson K, Williams MV. Medical students' and residents' clinical and educational experiences with defensive medicine. Academic Medicine. 2012;87(2):142-8.
178. ATICI E. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;33(2):91-6.
179. Özer K, Aslan Ş. Defansif tıp uygulamalarının belirlenmesi: Karma yöntem araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2020;23(4):639-64.
180. Yeşiltaş A, Erdem R. Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2018;10(23):137-50.
181. Reuveni I, Pelov I, Reuveni H, et al. Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists. BMJ open. 2017;7(3):e014153.
182. Özer K, Aslan Ş. Defansif tıp uygulamalarına ilişkin maliyetin belirlenmesi: retrospektif araştırma. Türkiye Klinikleri J Health Sci. 2022;7(1):194-202.
183. Öztürk E. Samsun il merkezinde görev yapan aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp uygulamaları hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Uzmanlık Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Bölümü. 2021.
184. Zarei E, Ashtar-Nakhaei F, Daneshkohan A, Zali A. The first survey on defensive medicine among Iranian surgeons: prevalence and its related factors. 2019.
185. Williams S. On the defensive. United Kingdom Casebook. 2011;19(1):8-11.
186. Andersen MK, Hvidt EA, Pedersen KM, et al. Defensive medicine in Danish general practice. Types of defensive actions and reasons for practicing defensively. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2021;39(4):413-8.
187. Yılmaz E. Karşılaştırmalı hukukta tıbbi malpraktis. Özcengiz D, editör. Sağlık Hukukunda Güncel Konular. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.19-26.
188. Reason J. Human error: Cambridge university press; 1990.
189. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. QRB Quality review bulletin. 1993;19(5):144-9.
190. World Health O. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021 2021.
191. Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. To err is human: building a safer health system. 2000.
192. Özgönül M. Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramlarının tıp etiği açısından değerlendirilmesi. Özgönül ML, editör. Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.30-5.
193. Centers for Disease Control and Prevention, CDC. <https://www.cdc.gov/nchs/ndi/index.htm/> / 18.12.2022.
194. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. Bmj. 2016;353:i2139.

195. Gianoli GJ. Medical error epidemic hysteria. *Am J Med.* 2016;129(12):1239-40.
196. Slawomirski L, Auraen A, Klazinga NS. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. 2017.
197. Jha A, editor Patient safety—a grand challenge for healthcare professionals and policymakers alike. Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation; 2018.
198. Laurent A, Aubert L, Chahraoui K, et al. Error in intensive care: psychological repercussions and defense mechanisms among health professionals. *Critical Care Medicine.* 2014;42(11):2370-8.
199. Stangierski A, Warmuz-Stangierska I, Ruchała M, et al. Medical errors—not only patients’ problem. *Archives of Medical Science.* 2012;8(3):569-74.
200. Reva Z. Tıbbi uygulama hatalarında hukuksal boyut ve bilirkişilik düzenlemeleri. Mirici A, Kalkan EA (Ed). *Göğüs Hastalıklarında Bilirkişilik. TÜSAD Yayınları*, 2018: 57-68.
201. Bourne T, Vanderhaegen J, Vranken R, et al. Doctors' experiences and their perception of the most stressful aspects of complaints processes in the UK: an analysis of qualitative survey data. *BMJ open.* 2016;6(7):e011711.
202. Verhoef LM, Weenink J-W, Winters S, et al. The disciplined healthcare professional: a qualitative interview study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands. *BMJ open.* 2015;5(11):e009275.
203. Wang Z, Li N, Jiang M, et al. Records of medical malpractice litigation: a potential indicator of health-care quality in China. *Bull World Health Organ.* 2017;95(6):430-6.
204. Gómez-Durán EL, Tolchinsky G, Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J. Neglecting the “second victim” will not help harmed patients or improve patient safety. *BMJ: British Medical Journal (Online).* 2019;365.
205. Arimany-Manso J, Vizcaíno M, Gómez-Durán EL. Clinical judicial syndrome: The impact of judicial proceedings on physician. *Medicina Clínica (English Edition).* 2018;151(4):156-60.
206. Santoro E. Clinical-judicial syndrome: how a doctor becomes a patient through general indifference. *Updates in surgery.* 2014;66(3):173-5.
207. Hoyo EH, Zaldívar HG, Iraola LN, de Salvi AR. El síndrome clínico judicial. *Revista de la Asociación Médica Argentina.* 2006;119(4).
208. Guardado JR. Policy research perspectives: medical liability claim frequency among US physicians. Chicago, IL: American Medical Association. 2017.
209. Ghaith S, Campbell RL, Pollock JR, et al. Medical malpractice lawsuits involving trainees in obstetrics and gynecology in the USA. *Healthcare.* 2022;10(7):1328.
210. Raposo VL. Defensive medicine and the imposition of a more demanding standard of care. *Journal of Legal Medicine.* 2019;39(4):401-16.
211. Smith TR, Hulou MM, Yan SC, et al. Defensive medicine in neurosurgery: the Canadian experience. *Journal of Neurosurgery JNS.* 2016;124(5):1524-30.
212. Motta S, Testa D, Cesari U, et al. Medical liability, defensive medicine and professional insurance in otolaryngology. *BMC Research Notes.* 2015;8(1):343.
213. Lee M. The effects of criminal punishment on medical practices in the medical environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2019;16(4):604.
214. Vandersteegen T, Marneffe W, Cleemput I, et al. The determinants of defensive medicine practices in Belgium. *Health Economics, Policy and Law.* 2017;12(3):363-86.
215. Yapalak ANB, Uçar A, Yüce S, Ataç Ö. Tıpta uzmanlık seçimini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine.* 2021;84(1):120-9.
216. Çıtlı R, Ketten M. Tıp fakültesi öğrencilerinin uzmanlık tercihleri ve mesleki kaygı düzeyleri. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 13(3):171-92.
217. Öztürk N. Tıpta uzmanlık branşlarının tercihinde etkili olan faktörler üzerine bir araştırma. Doktora Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü. 2019.
218. Johnston WF, Rodriguez RM, Suarez D, Fortman J. Study of medical students' malpractice fear and defensive medicine: A “hidden curriculum?”. *Western Journal of Emergency Medicine.* 2014;15(3):293.
219. Satar S, Cander B, Avci A, et al. Why speciality in emergency medicine is not preferred?/Acil tıp uzmanlığı neden tercih edilmiyor? *Eurasian Journal of Emergency Medicine.* 2013;12(4):234.
220. Yılmaz A, Demiral G, Şahin G, et al. 2005 yılında yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu’nun (TCK) cerrahi branş hekimleri üzerindeki etkisi. *Adli Tıp Dergisi.* 2013.
221. Çetin E. Hekimlerin tıp hukuku ve mevzuatlar hakkında bilgi düzeyi ve davranışları. Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Bölümü. 2018.

222. Mello MM, Frakes MD, Blumenkranz E, Studdert DM. Malpractice liability and health care quality: A review. *JAMA*. 2020;323(4):352-66.
223. Hughes KE, Cahir TM, Nordlund D, et al. Fear not: Utilizing simulation for medical malpractice education. *Journal of Medical Education and Curricular Development*. 2022;9:23821205221096269.
224. Lyu H, Xu T, Brotman D, et al. Overtreatment in the united states. *PloS one*. 2017;12(9):e0181970.
225. Gimbel RW, Pirralo RG, Lowe SC, et al. Effect of clinical decision rules, patient cost and malpractice information on clinician brain CT image ordering: a randomized controlled trial. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2018;18(1):20.
226. Kramer JB, Brown DE, Kopar PK. Ethics in the time of coronavirus: recommendations in the COVID-19 pandemic. *Journal of the American College of Surgeons*. 2020;230(6):1114.
227. Baylis F, Kofler N. A public health ethic should inform policies on COVID-19 immunity passports. *The Lancet Infectious Diseases*. 2021;21(4):456.
228. Verweij M, Van De Vathorst S, Schermer M, et al. Ethical advice for an intensive care triage protocol in the COVID-19 pandemic: lessons learned from the Netherlands. *Public Health Ethics*. 2020;13(2):157-65.
229. Bilgin A. Halk sağlığı etiği ve pandemi. Güvercin CH (Ed). *Pandemi Etiği*. 1. Baskı, Ankara: Türkiye Klinikleri. <https://dijitalakademi.turkiyeklinikleri.com/flippage/tip-etigi-hukuku-tarihi-ozel/8-3/tr-index.html#p=53> /05.01.2023. 2022:35-40.
230. Ekmekci P. Pandemide etik sorunlar nasıl ele alınmalı? Yeni bir kuramsal çerçeve önerisi. Güvercin CH (Ed). *Pandemi Etiği*. 1. Baskı, Ankara: Türkiye Klinikleri <https://dijitalakademi.turkiyeklinikleri.com/flippage/tip-etigi-hukuku-tarihi-ozel/8-3/tr-index.html#p=53> /05.01.22. 2022:41-6.

EKLER

EK 1. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yapılacak Araştırma Onay Yazısı

Tarih ve Sayı: 17.06.2022-175421



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-87064461-044
Konu : Tıpta Uzmanlık Tezi
Hk.(Dr.Hümeysra YILMAZ)

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Tıp Fakültesi-Halk Sağlığı AD.)

İlgi : 07/06/2022 tarihli dilekçe

Üniversiteniz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş.Gör.Dr.Hümeysra YILMAZ'ın ilgi dilekçesine istinaden; 01.07.2022-01.11.2022 tarihleri arasında 2022 Mayıs ayı itibarı ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde çalışmakta olan 331 hekim ve Müdürlüğümüze bağlı Tokat Devlet Hastanesinde çalışmakta olan 154 hekime yapmayı planladığı "Tokat İl Merkezinde Görevli Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Değerlendirilmesi" isimli çalışması Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonunca incelenmiş ve çalışmanın yapılması yönünde izin verilmiştir. Çalışmaya ait Komisyon karar tutanağı ekte gönderilmiş, çalışmanın yürütüleceği bağlı birimimiz resmi yazı ile bilgilendirilmiştir.

Çalışmaya başlanılmadan önce ekte gönderilmiş olan protokol metninin araştırmacı tarafından imzalanması gerekmektedir. Protokol gereği çalışma sonuçlarının çalışma bitimini takip eden 3 (üç) ay içerisinde 2 (iki) A4 kağıdını geçmeyecek şekilde raporlanarak Müdürlüğümüze bildirilmesi gerekmektedir.

Gereğini arz ederim.

Dr.Yunus TOPAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:
1- protokol-bilimsel araştırma word yeni
2- Dr.Hümeysra YILMAZ-Komisyon Karar Tutanağı

Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Hizmet Binası Hoca Ahmet Mh. Mesrur GÜRGENÇ cd.
No:4 60100 TOKAT
Telefon: Faks No: 2144027
e-Posta: seyhan.ozelce@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Eğitim Birimi 0356-2121138
(Dahili: 1011)

Bilgi için: Seyhan ÖZELCE
EBE
Telefon No: (0 356) 212 11 38

EK 2. Başhekimlik Onay Yazısı



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-21979232-020-180659
Konu : Olurlar, Onaylar

01.07.2022

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 30.06.2022 Tarihli, 180488 sayılı yazı.

Anabilim Dalınız araştırma görevlisi Dr. Hümeysra YILMAZ'ın "Tokat İl Merkezinde Görevli Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tezinin Hastanemizde yürütülmesi uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Faruk KUTLUTÜRK
Merkez Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSS6UU0VYV Pin Kodu : 35013

Belge Takip Adresi :

<https://turkiye.gov.tr/cbd/cK-5695&cD-BSS6UU0VYV&cS-180659>

Adres: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Aile Sağlığı Erişim Merkezi Merkez Tokat
Telefon: 2129500 Faks: 2122142
e-Posta: hastane@gop.edu.tr Web: http://hastane.gop.edu.tr
Kep Adresi: gaziosmanpasani.hastane@hs03.kep.tr

Belge için: Elif Muzman
Unvanı: Sağlık Teknikeri



EK 3. Anket Formu

Anket No:..... Tarih:../../....

TOKAT İL MERKEZİNDE GÖREVLİ HEKİMLERDE DEFANSİF (ÇEKİNİK) TIP UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli Katılımlar;

Bu araştırma, Tokat il merkezinde görevli hekimlerin defansif (çekinik) tıp uygulamalarını saptamak amacıyla tasarlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler tarafımızca muhafaza edilecek ve sadece araştırmanın raporlanmasında kullanılacaktır. Değerli katkılarınız ve iş birliğinizden dolayı teşekkür ederiz.

A. Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler:

1. Yaşınız?.....(Lütfen yazın)
2. Cinsiyetiniz? 1.Kadın 2. Erkek
3. Medeni Durumunuz? 1. Evli 2. Bekâr 3. Diğer.....(Lütfen yazın)
(3. soruya cevabınız 1(evli) ise 4. ve 5. soruları cevaplandırınız, değil ise lütfen 6. soruya geçiniz.)
4. Eşinizin eğitim durumu? 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Yüksekokul 5. Lisans ve üstü 6. Diğer.....(Lütfen yazın)
5. Eşinizin mesleği?.....(Lütfen yazın)
6. Hane gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
1. Hane gelirim giderimden az 2. Hane gelirim giderim ile dengede 3. Hane gelirim giderimden fazla
7. Çocuğunuz var mı? 1. Evet (Çocuk sayısı:.....) 2. Hayır
8. Hangi kurumda çalışıyorsunuz?.....(Lütfen yazın)
9. Tıp fakültesinden mezun olunan yıl?.....(Lütfen yazın)
10. Mesleki unvanınız? 1. Pratisyen Hekim 2. Araştırma Görevlisi 3. Uzman 4. Öğretim Üyesi
(10. soruya cevabınız 2 (Araştırma görevlisi) ise lütfen 11. soruyu cevaplandırınız, değil ise lütfen 12. soruya geçiniz.)
11. Uzmanlık eğitiminde kaçınıcı yılınız?.....(Lütfen yazın)
12. Uzmanlık eğitimi görmekte olduğunuz veya uzman olduğunuz alan(varsa).....(Lütfen yazın)
(13. soruyu uzman ve öğretim üyesi hekimler cevaplandıracaktır.)
13. Kaç yıldır uzman olarak çalışmaktasınız?.....(Lütfen yazın)
14. Gün içerisinde aşağıdaki birimlerin hangisinde çalışmaktasınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Poliklinik () 2. Yataklı servis () 3. Acil servis () 4. Ameliyathane ()
- B. Defansif Tıp Öncülleri:**
15. Tıp fakültesi ve hekimlik mesleğini seçme nedeniniz?
1. Kendi isteğim ile
2. Alimin önerisi ile
3. Öğretmen ve arkadaşlarımla önerisi ile
4. Diğer.....(Lütfen yazın)
16. Eğer bir seçim yapma şansınız olsa idi ve en başa dönebilseydiniz, yine hekimlik mesleğini seçer miydiniz?
1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
(17. ve 18. soruları asistan, uzman ve öğretim görevlisi hekimler cevaplandıracaktır, pratisyen hekimler lütfen 19. soruya geçiniz.)
17. Seçtiğiniz uzmanlık branşının sizin için doğru bir tercih olduğuna düşünüyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
18. Tıbbi uygulama hatası ve buna bağlı açılacak dava endişesi ile geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yaptınız mı? 1. Evet 2. Hayır
19. Çalıştığınız kurumda poliklinik hizmeti verirken günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?
.....(Lütfen yazın)
20. Nöbet tutuyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
(Cevabınız 1 (Evet) ise lütfen 21. soruyu cevaplandırınız, değil ise lütfen 22. soruya geçiniz.)
21. Bir ayda tuttuğunuz nöbet sayısı?.....(Lütfen yazın)
22. Mevcut çalışma koşullarınızdan memnun musunuz?
1. Memnun değilim 2. Kısmen memnunum 3. Memnunum
23. Yaptığınız işe göre aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
1. Hayır 2. Kararsızım 3. Evet
24. Şikâyet edilme kaygısı taşıyor musunuz? 1. Hayır 2. Ara sıra 3. Sıklıkla
25. Meslek hayatınız boyunca hiç şikâyet edildiniz mi?
1. Evet 2. Hayır
(Cevabınız 1 (Evet) ise 26. soruyu cevaplandırınız, değil ise lütfen 27. soruya geçiniz.)
26. Şikâyet edilme şekliniz nasıldı?
1. CİMER 2. SABİM 3. Savcılığa suç duyurusu 4. İdareye şikâyet dilekçesi
27. Meslek hayatınız boyunca göreviniz ile ilgili bir nedenden dolayı soruşturma geçirdiniz mi?
1. Hayır geçirmedi 2. Evet.....kez geçirdim
(Cevabınız 2 (Evet) ise 28. soruyu cevaplandırınız, değil ise lütfen 29. soruya geçiniz.)
28. Geçirdiğiniz soruşturma sonucunda herhangi bir ceza yaptırımla karşılaştınız mı?
1. Evet 2. Hayır
29. Mesleğinizi icra ederken hata yapma korkunuz oluyor mu? 1. Hayır 2. Ara sıra 3. Sıklıkla
30. Diğer hekimlerin yaşadığı şikâyet veya dava süreçleri sizi olumsuz etkiler mi?
1. Evet 2. Hayır
31. Hekimlik pratiğinde içinde bulunduğunuz şartlara göre tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma olasılığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
1. Düşük bir olasılık olarak görüyorum
2. Yüksek bir olasılık olarak görüyorum
3. Çok yüksek bir olasılık olarak görüyorum
32. Son yıllarda tıbbi malpraktis davalarında artış olduğunu düşünüyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır

33. Ülkemiz yasal mevzuatı ve verilen yargı kararlarında komplikasyon – malpraktis ayrımının net olarak yapıldığını düşünüyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
34. Bilindiği üzere defansif tıp hekimlerin kendilerini, açılacak olası davalardan korumak için bir takım güvence ya da kaçınma davranışlarıdır. Size göre aşağıda sıralananlardan hangisi/hangileri defansif tıp davranışlarını artırır?
1. Hukukçuların sağlık hukuku alanında uzmanlaşması ve malpraktis konusuna gösterdikleri yoğun ilgi sonucu artan davalar ()
2. Görsel ve yazılı basında malpraktis iddialarının gündeme getirilmesi ()
3. Yetersiz hasta hekim iletişimi ()
4. İyi tanınma ve kusursuz olma dürtüsü ()
5. Hekim başına düşen hasta sayısının artması ve muayene sürelerinin kısalması ()
6. Hekime yönelik şiddet ()
7. Diğer.....(Lütfen yazın)
35. 12 Mayıs 2022’ de TBMM Genel Kurulunda kabul edilen Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde Mesleki Sorumluluk Kurulu kurulacaktır. Kurulun iki temel görevi bulunmaktadır; Hekim, dış hekimi ve sağlık mensuplarının tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle yapılan soruşturmalarda soruşturma izni taleplerini karara bağlamak ve tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle idare tarafından ödenen tazminattan dolayı ilgisine rücu edilip edilmeyeceğine ve rücu miktarına karar vermek. Bu kanun değişikliğinin defansif tıp uygulamalarını azaltacağını düşünüyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
36. Meslek hayatınızda şimdiye kadar hekime yönelik şiddete maruz kaldınız mı?
1. Evet 2. Hayır
(36. soruya cevabınız 1(Evet) ise 37. soruyu cevaplandırınız, değil ise lütfen 38. soruya geçiniz.)
37. Maruz kaldığınız şiddetin türü?
1. Fiziksel şiddet 2. Sözel şiddet
3. Diğer.....(Lütfen yazın)
38. Meslektaşınıza uygulanan hekime yönelik şiddete şahit oldunuz mu?
1. Evet 2. Hayır
(38. soruya cevabınız 1(Evet) ise 39. soruyu cevaplandırınız, değil ise lütfen 40. soruya geçiniz)
39. Şahit olduğunuz şiddetin türü?
1. Fiziksel şiddet 2. Sözel şiddet
3. Diğer.....(Lütfen yazın)
40. 12 Mayıs 2022’ de TBMM Genel Kurulunda kabul edilen Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile sağlıkta kamu hizmetini engelleme suçuna verilecek ceza altıda biri oranına kadar artırılabilecek ve sağlık çalışanlarına yönelik kasten yaralama suçunda tutuklu yargılama sağlanacaktır. Bu kanun değişikliğinin defansif tıp uygulamalarını azaltacağını düşünüyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
41. Hekim hak ve sorumluluklarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
42. Tıp hukuku ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır
(42. soruya cevabınız 1(Evet) ise 43. soruyu cevaplandırınız, değil ise lütfen 44. soruya geçiniz.)
43. Tıp hukuku ile alakalı eğitiminizi hangi yolla (sağlık hukuku sertifikası, hukuk fakültesi, tıp fakültesi vb.) aldınız?.....(Lütfen yazın)
44. Tıp fakültelerinde tıp hukuku ile ilgili daha detaylı eğitim verilmesi gerektiğini düşünüyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
45. Tıbbi uygulama hataları (Malpraktis) ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
46. Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin “Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası” yaptırdınız mı?
1. Evet 2. Hayır
47. “Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası”nın tıbbi uygulama hatalarının hekimlere getireceği maddi zararı karşılayabileceğini düşünüyor musunuz?
1. Evet 2. Kısmen 3. Hayır
48. Covid 19 pandemisi sürecinde Tıbbi Uygulama Hatası ve İhmal Yükümlülüğü konusunda ekstra endişeleriniz oldu mu? 1. Evet 2. Hayır

EK 4. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği

	Hiç Katılmıyorum	Az Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum,					
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum,					
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum,					
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum,					
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum,					
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum,					
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum,					
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum,					
9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum,					
10. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum,					
11. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum,					
12. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum,					
13. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokollerini yerine girişimsel olmayan protokollerini tercih etmeye yöneliyorum,					
14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımın tedirginlik hissediyorum,					
	Evet		Hayır		
15. Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?					
16. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?					
17. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?					
18. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?					