



T.C.

**TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TOKAT İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN SAĞLIK
HUKUKU KONUSUNDAKİ BİLGİ VE FARKINDALIK
DÜZEYİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Büşra AYASUN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TOKAT

2024



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TOKAT İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN SAĞLIK
HUKUKU KONUSUNDAKİ BİLGİ VE FARKINDALIK
DÜZEYİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Büşra AYASUN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Ufuk ÜNLÜ

TOKAT

2024

TEŞEKKÜR

Hem asistanlık eğitimimde hem de tez çalışmamın yürütülmesi sürecinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli tez hocam Dr. Öğr. Üyesi Ufuk ÜNLÜ' ye, Tokat Gop Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen değerli hocalarım Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Nagihan YILDIZ ÇELTEK' e, Dr. Öğr. Üyesi Elif ERDOĞDU CEYLAN' a , Dr. Öğr. Üyesi Gülseren OKTAY 'a,

Hayatım boyunca hep yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen annem Serpil KARATEKELİOĞLU'na ,babam Hacı KARATEKELİOĞLU'na ve kardeşlerim Elif, Beyzanur, Ayşenur, Selver, Fatmanur, Şevval KARATEKELİOĞLU'na

Asistanlık eğitimim boyunca her zaman destek olan ve hayatıma değer katan sevgili eşim İnş. Müh. Burak AYASUN' a ve biricik kızım hayatımın çiçek bahçesi Gökçe' me sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Büşra AYASUN

ÖZET

Sağlık hukuku, hem tıp hem de hukuk dalını ilgilendiren multidisipliner bir alandır. Her iki dal hakkında da bilgi sahibi olunması gereklidir. Bu bağlamda hekimler açısından bakıldığında hak ve sorumluluklarını bilmek önem arz etmektedir. Böylelikle hem dava/ şikayet konularında kendilerini koruyabilecek gerekli önlemleri alacak hem de dava/şikayet söz konusu olduğunda kendilerini savunabilecek bilgi ve farkındalığa sahip olmaları gereklidir.

Çalışmamıza Tokat ilinde görev alan aile hekimleri ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesinde görevli aile hekimi asistanları katıldı. Katılımcılara sağlık hukuku bilgi ve farkındalık düzeyini ölçmek amacıyla 21 soruluk anket formu sunuldu. Edinilen bilgilerin analizi SPSS 22 programı ile yapıldı. Çalışmaya dahil etme kriterlerine uyan 136 hekim dahil edildi.

Katılımcıların %81,6'sının (n=111) tıp fakültesinde sağlık hukuku eğitimi almadığı, %55,1'inin (n=75) çalışma hayatında sağlık hukuku ile ilgili eğitim almadığı, %89,7'sinin (n=122) hukuki sorumluluklar konusunda kendisini yeterli bulmadığı belirlenmiştir tespit edildi. Katılımcıların %91,2'sinin (n=124) sağlık hukuku ile ilgili verilen eğitimin daha yeterli olması için tıp eğitimi boyunca sağlık hukuku eğitimleri eklenmesi gerektiğini ifade ettiği belirlenmiştir. Hekimlerin sağlık hukuku bilgi ve farkındalık düzeyleri yeterli değildi. Hekimlerin meslek öncesi ve meslek sırasında sağlık hukuku eğitimleri alma durumu yetersizdi. Çalışmamızda aile hekimlerinin bir kısmı hukuki anlamda sorun teşkil edebilecek davranışlarda(aydınlatılmış onam almama, hastayı muayene etmeden ilaç ve rapor yazma, hekimlik sigortası yaptırmama gibi) bulunduğu ve bu davranışların büyük çoğunluğunun bilgi ve farkındalık eksikliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Sağlık hukuku alanındaki eksikliği gidermek için hekimlere bu alanda sistematik ve güncel eğitimler verilmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Aile Hekimi, Tıp Hukuku, Sağlık Hukuku, Farkındalık

ABSTRACT

Health law is a multidisciplinary field that concerns both health (medicine) and law. It is essential to have knowledge of both disciplines.

In this context, it is important for physicians to be aware of their rights and responsibilities. This knowledge enables them to take necessary precautions to protect themselves in cases of lawsuits or complaints and to possess the awareness and information needed to defend themselves when such issues arise.

Our study involved family physicians working in Tokat and family physician assistants at Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital. A questionnaire consisting of 21 questions was presented to assess the participants' knowledge and awareness level regarding health law. The data collected were analyzed using the SPSS 22 program. A total of 136 physicians who met the inclusion criteria were included in the study.

It was found that 81.6% (n=111) of the participants had not received training in health law during medical school, 55.1% (n=75) had not received training related to health law in their professional careers, and 89.7% (n=122) felt insufficient regarding legal responsibilities. Additionally, 91.2% (n=124) of the participants stated that there should be additional health law training included during medical education to improve the adequacy of the training provided in this field. The knowledge and awareness levels of physicians regarding health law were insufficient. The situation regarding receiving health law education before and during their careers was inadequate. Our study suggests that some family physicians engage in behaviors that could pose legal issues (such as not obtaining informed consent, prescribing medication and writing reports without examining the patient, and not having malpractice insurance), and we believe that most of these behaviors stem from a lack of knowledge and awareness. To address the deficiency in health law, systematic and updated training should be provided to physicians in this area.

KEYWORDS: Family Physician, Medical Law, Health Law, Awareness

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Kavramlar	2
2.1.1. Tıp	2
2.1.2. Hekim	2
2.1.3. Hasta	2
2.1.4. Hukuk	2
2.1.5. Tıp Hukuku	2
2.1.6. Tıbbi Müdahale	2
2.1.7. Tıbbi Malpraktis - Komplikasyon	3
2.1.8. Defansif Tıp	3
2.2. Hekim Hakları.....	4
2.2.1. Hekim Sağlığının Korunması Hakkı	4
2.2.2. Hastayı Reddetme veya Tedaviyi Bırakma Hakkı	4
2.2.3. Tedavi Yöntemini Seçme Hakkı	5
2.2.4. Tanıklıktan Çekinme Hakkı	6
2.2.5. Belirli Sayıda Hastaya Bakma Hakkı	6
2.2.6. Hastaya İyileşme Garantisi Vermeme Hakkı.....	7
2.2.7. Mesleğini Serbestçe Uygulama Hakkı	7
2.2.8. Danışma ve Konsülte Etme Hakkı	8
2.3. Hekimin Sorumlulukları	8
2.3.1. Hekimin Hukuki Sorumluluğu	9
2.3.2. Hekimin İdari Sorumluluğu	9
2.3.3. Hekimin Mesleki-Etik Sorumluluğu	10
2.3.3. 1. Sır Saklama Sorumluluğu	10
2.3.3. 2. Aydınlatılmış Onam (Bilgilendirilmiş Rıza) Alma Sorumluluğu ...	10
2.3.4. Hekimin Cezai Sorumlulukları.....	11
2.3.4. 1. Kasten Öldürme ve Yaralama Suçu.....	11
2.3.4. 2. Taksirle Öldürme ve Yaralama Suçu	11

2.3.4. 3. Görevi Kötüye Kullanma - Rüşvet - İrtikap.....	12
2.3.4. 4. Hekimin Suçu Bildirmemesi	13
2.3.4.5. Gerçeğe Aykırı Belge Düzenleme - Evrakta Sahtecilik	13
2.3.4. 6. Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1.Çalışmanın Türü.....	15
3.2.Çalışmanın Örneklemi.....	15
3.3. Veri Toplanması.....	15
3.4.Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri	16
3.5. Etik Kurul Onayı.....	16
3.6. İstatistiksel Analiz	16
4.BULGULAR	18
5. TARTIŞMA.....	35
6.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE ÖZGÜNLÜĞÜ	46
7.SONUÇ VE ÖNERİLER	47
8.KAYNAKLAR	49
9.EKLER.....	53
9.1. Anket Formu	53

KISALTMALAR

DMK: Devlet Memurları Kanunu

HHY : Hasta Hakları Yönetmeliği

NDT: Negatif Defansif Tıp

PDT: Pozitif Defansif Tıp

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

TDN: Tıbbi Deontoloji Nizamnaması

TTB: Türk Tabipler Birliği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Aile hekimlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=136)

Tablo 2: Aile hekimlerinin sağlık hukuku eğitimi ve soruşturma geçmişi ile ilgili özelliklerinin dağılımı

Tablo 3: Aile hekimlerinin medikal malpraktis ile ilgili özelliklerinin dağılımı

Tablo 4: Aile hekimlerinin sağlık hukuku eğitimi ve sağlık hukuku ile ilgili diğer özelliklerinin dağılımı

Tablo 5: Aile hekimlerinin sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyleri ortalamalarının dağılımı

Tablo 6: Aile hekimlerinin sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişki

Tablo 7: Aile hekimlerinin sosyo-demografik özellikleri ile sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırması (n=136)

Tablo 8: Aile hekimlerinin sağlık hukuku özellikleri ile sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırması

Tablo 9: Aile hekimlerinin medikal malpraktis özellikleri ile sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırması

Tablo 10: Aile hekimlerinin sağlık hukuku eğitimi ve sağlık hukuku ile ilgili diğer özelliklerinin sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırması

Tablo 11: Aile hekimlerinin okuduğu kanunlar ve sağlık hukuku eğitimi ile ilgili özelliklerinin sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik puan ortalamaları ile karşılaştırması

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tıp hukuku, sağlık hukukunun bir alt dalıdır. Tıbbın uygulanmasından kaynaklanan sağlık personelinin hak ve yükümlülükleri, yasal sorumluluğu, hasta hakları, ilaç hukuku, medikal hukuk gibi konuları ele alır. Temel özelliği, ise disiplinlerarası bir hukuk dalı olması ve anayasa hukuku, ceza hukuku, idare hukuku, ve medeni hukuku ilgilendiren taraflarının bulunmasıdır. Sağlık hukuku ise daha geniş bir alandır ve örneğin Sağlık Bakanlığı'nın teşkilatı, performans, döner sermaye vb. hususlarını da kapsamaktadır (1).

Aile hekimliği ise; Normal olarak sağlık sisteminin tıbbi ilk temas noktasını oluşturur. Hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar. Yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakılmadan tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Sağlık sorunlarını bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır (2). Bu bağlamda aile hekimleri ve hastalar sıkı temastadırlar ve birbirlerine karşı hak ve sorumlulukları daha geniş kapsamlıdır. Bu hak ve sorumlulukların öğrenilmesi, korunması ve gözetilmesi gerekmektedir.

Sağlık hukuku özellikle hasta haklarının gelişmesi ile şekillenmiştir. Günümüzde hak arama yollarının ve farkındalığının artmasıyla birlikte sağlık alanında dava/şikayetlerin artmasına sebep olmuştur.

Sağlık hukuku, hem tıp hem de hukuk dalını ilgilendiren multidisipliner bir alandır. Her iki dal hakkında da bilgi sahibi olunması gerekliliği getirmiştir. Bu bağlamda hekimler açısından bakıldığında hak ve sorumluluklarını bilmek önem arz etmektedir. Böylelikle hem dava/şikayet konularında kendilerini koruyabilecek gerekli önlemleri alacak hem de dava/şikayet söz konusu olduğunda kendilerini savunabilecek bilgi ve farkındalığa sahip olmaları gereklidir.

Tokat ilindeki aile hekimlerinin sağlık hukuku konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyini ölçme üzerine bir anket çalışmasıdır. Bu çalışmamızla birlikte aile hekimliğinde sağlık hukuku bilgi ve farkındalık düzeyini ölçmeyi ve konu ile ilgili literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktayız.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kavramlar

2.1.1. Tıp

Türk Dil Kurumu Sözlüğüne göre Tıp: “Hastalıkları iyileştirmek, hafifletmek veya önlemek amacıyla başvurulmuş teknik ve bilimsel çalışmaların tümü “ anlamına gelmektedir (3) .

2.1.2. Hekim

Hekim kelimesi Arapça kökenlidir. Ha-ke-me (hakim) sözcüğünden türemiştir ve hüküm veren becerikli akıllı kişi anlamına gelmektedir (4).

Hekim, tıp fakültesinden mezun olan, tıp alanındaki uzmanlığı tıp diplomasıyla tescillenmiş olan kişidir(5).

2.1.3. Hasta

Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimsedir (6).

2.1.4. Hukuk

Türk Dil Kurumu Sözlüğüne göre hukuk, toplumsal ilişkileri düzenler ve devletin yaptırım gücünü belirler. Bu yasaların tümüne hukuk denir ve bir bilim dalı olarak tanımlanmıştır (3).

2.1.5. Tıp Hukuku

Literatürde tıp hukuku tıbbi uygulamaları esnasındaki sağlık personellerinin haklarını ve yükümlülüklerini, kaynağını yasadaki alan sorumluluklarını, hastaların hakları ile tıbbi konulardaki hasta ile hekim arasındaki tüm ilişkileri ele alan sağlık hukukunun bir dalı olarak ifade edilmektedir (6,7).

2.1.6. Tıbbi Müdahale

Tıp biliminin, insan üzerinde uygulanması ile bağlantılı olarak yapılan her türlü müdahaledir. Örnek olarak şunlar gösterilebilir: Teşhis, tedavi, korunma (önleme), ilaç yazılması, tahlil (röntgen, laboratuvar vb.), estetik cerrahi, psikiyatrik müdahale, adli muayene, canlı organ bağışçısından organ alınması,mtüp bebek tedavisi (7).

Ayrıca Hasta Hakları Yönetmeliği madde 4’e göre, Tıbbi müdahale: Tıp mesleğini ifa eden yetkili kişiler tarafından uygulanır.Hastalıkların teşhisi ve tedavisi

ayrıca sağığı koruma için ilgili meslekî yükümlölükler ve standartlara uyularak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fizikî ve ruhî girişimi ifade etmektedir (6).

Hakeri'ye göre tıbbi müdahalenin meşruluğı için dört temel şarta bağlanmıştır. Tıbbi müdahaleyi hekimin (sağık personeli) yapması, uygun endikasyon , hastanın aydınlatılmış onamının alınması ve tıp bilimine uygun tıbbi müdahalede bulunulmasıdır (1).

2.1.7. Tıbbi Malpraktis - Komplikasyon

Malpraktis, etimolojik açıdan bakıldığında “mal” (kötü) ve “practice” (uygulama) kelimelerinin birleşiminden türetilmiş bir kelimedir.

Türk Tabipler Birliğı'nin (TTB) Mesleki Etik Kuralları 13. Madde de tıbbi malpraktis; deneyimsizlik, bilgisizlik ya da ilgisizlik nedeni ile hastanın zarar görmesi şeklinde tanımlanmıştır (8).

Öğretide tıbbi malpraktis ve komplikasyon farklı olarak tanımlansa da uygulamada sık sık karıştırılmaktadır. Komplikasyon, hekimin bütün özen ve titizliğıne rağmen hastanın ve hastalığın tanı ve tedavisinde ortaya çıkan istenmeyen kötü/olumsuz durumlardır (9).

Burada dikkat edilmesi gereken nokta komplikasyonda kusur bulunmazken tıbbi malpraktiste kusur bulunmaktadır.

2.1.8. Defansif Tıp

Defansif tıp görüşünden ilk olarak Amerika Birleşik Devletlerinde 1970'li yıllarda bahsedilmiş ve hekimin potansiyel davalardan kaçınmak amacıyla, ihtiyaç olmadığı halde tanı ve tedavi protokollerini kullanması ve malpraktis iddialarına neden olabilecek riskli işlemlerden kaçınma davranışları şeklinde tanımlanmıştır (10).

Bu uygulamalar pozitif defansif tıp (PDT) ve negatif defansif tıp (NDT) olarak ayrılır. PDT uygulamalarına; tedavi/bakım sürecinde gereğinden fazla işleme başvurulması, daha fazla kayıt tutma, gerekli olmayan görüntüleme ve laboratuvar tetkikleri isteme, gereksiz ilaç reçeteleme, kontrollerin gereğinden fazla sık tutulması gibi örnekler verilebilir. NDT ise, hekimin yapması gereken tıbbi işlemlerden geri

durması, komplikasyon riski yüksek tedavilerden kaçınması veya hastayı malzeme/ekipman yetersizliğini ileri sürerek başka bir merkeze sevk etmesi gibi davranışları örnek verilebilir (11,12).

2.2. Hekim Hakları

Hekim hakları kavramı, hasta haklarına göre geri planda kalmıştır. Aslında, tüm meslek gruplarının hak ve sorumlulukları vardır. Özellikle hasta hakları kavramının öne çıkmasıyla hekim haklarını da vurgulamak önemlidir. Burada vurgulamamız gereken en önemli mesele ise hasta hakları ile hekim hakları kavramlarının birbirinin zıddı olmadığı ve tam tersine birbirini tamamlayan haklar olduğudur. Hekim ve hasta arasındaki ilişkide bir tarafın hakkı olan şey diğer tarafın sorumluluğundadır.

2.2.1. Hekim Sağlığının Korunması Hakkı

Hekimliğin riskli çalışma şartları vardır. Bu açıdan hekimlerin çalışma şartlarından dolayı riskleri en aza indirecek tedbirlerin alınmasını isteme hakkı bulunmaktadır.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (TDN) madde 15' e göre, “ Hastaya bakmak üzere bir aile nezdine veya herhangi bir müesseseye çağrılan tabip, korunmayı da sağlamaya çalışır. Tabip, hastalara ve onlarla birlikte yaşayanlara, kendilerine ve muhitlerine karşı mesuliyetlerini bildirir. Tabip icabında, tedaviye devamı reddetmek pahasına da olsa, hijyen ve korunma kaidelerine riayeti temin için gayret sarfeder.” şeklindedir (13). Burada hekim gerekirse korunmasını sağlamak uğruna tedaviyi bırakabileceği belirtilmiştir.

2.2.2. Hastayı Reddetme veya Tedaviyi Bırakma Hakkı

Hekim, temelde kendisine başvuran hastayı reddetmemeli ve tedavisini hastanın zararına olacak şekilde yarım bırakmamalıdır. Ancak bazı haklı nedenlerin varlığı halinde hekimin tedaviyi üstlenmeme ya da bırakması mümkündür.

TDN madde 18'de “*Tabip ve dış tabibi, acil yardım, resmi veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, şahsi veya mesleki sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir*” şeklinde hekimin mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya

bakmayı reddetme hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. Ancak bu duruma TDN madde 19’da bazı sınırlamalar getirilmiştir. İlgili maddeye göre,

“Tabip ve diş tabibi şahsi veya mesleki sebeplerle, tedaviyi bitirmeden hastasını bırakabilir. Ancak, bu gibi hallerde, diğeri bir meslektaşın tedavi veya müdahalesine imkan verecek zamanı evvelden hesaplaması hastayı vaktinde haberdar etmesi şarttır. Hastanın bırakılması halinde hayatının tehlikeye düşmesi veya sıhhatinin zarara uğraması muhtemel ise, diğeri bir meslektaş temin edilmedikçe, hastayı terk edemez. Hastayı bu suretle terk eden tabip veya diş tabibi, lüzum gördüğü veya hasta tarafından talep edildiği takdirde, tedavi zamanına ait müşahede notlarını verir” (13).

Daha önce de belirtildiği üzere, hastadan tedaviyle ilgili işbirliği beklemek hekimin haklarından olduğu gibi, hekimle işbirliği içerisinde hareket etmek de hastanın sorumluluklarındandır. Hastanın tedavi konusunda hekimle işbirliği içerisinde hareket etmemesi halinde de hekim tarafından yukarıda belirtilen şartları sağladığı takdirde hastanın tedavisi bırakılabilir.

Hekimin hastanın tedavisini üstlenmeyi reddetmesi ve yarım bırakmasına hak verecek mesleki sebeplere, hekimin hastalığın tedavisi için bilgi ve tecrübesini yeterli görmemesi de örnek verilebilir. Bu durumda hekimin tedaviyi üstlenmemesi veya yarım bırakması hastanın yararına olacaktır. Bu durum Türk Tabipler Birliği Meslek Etik Kuralları madde 25’te *“Hekim ancak, tıbbi bilgisini gerektirdiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastanın başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu, hastanın bakım ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir ”* demek suretiyle hüküm altına alınmıştır (8).

2.2.3. Tedavi Yöntemini Seçme Hakkı

Hekim istediği tedavi yöntemlerinden birini seçme hakkına sahiptir. TDN madde 6’da bu konu üzerinde durulmuştur (13).

Bazen hastalar bile hekimi yönlendirmek baskı yapıp kendi tedavi ilaçlarını belirlemeye çalışabilirler. Hekim karar verirken kimsenin baskısı altında olmamalıdır. Hekim kendi mesleki bilgisine göre karar verir. Uygulayacağı tedavinin seçiminde özgürdür.

TDN madde 13'te bu durum açıkça ifade edilmiş olup aynı anda birden fazla tedavi yönteminin olması durumunda bu yöntemlerden uygun olanı seçme özgürlüğü olduğu belirtilmiştir. Hekimden beklenen ise tıp biliminde genel kabul gören yönetime öncelik vermesidir .

2.2.4. Tanıklıktan Çekinme Hakkı

Hekimin hastasına ait bilgileri saklaması onun yükümlülüklerindendir. Bu mevzu TDN'nin 4. maddesinde ve TCK madde 258'de açıklanmıştır.

TDN madde 4: “ *Tabip ve dış tabibi, meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça, ifşa edemez. Tıbbi toplantılarda takdim edilen veya yayınlarda bahis konusu olan vakalarda, hastanın hüviyeti açıklanamaz* ” (13).

TCK madde 258'e göre:“*Görevi nedeniyle kendisine verilen veya aynı nedenle bilgi edindiği ve gizli kalması gereken belgeleri, kararları ve emirleri ve diğer tebligatı açıklayan veya yayınlayan veya ne suretle olursa olsun başkalarının bilgi edinmesini kolaylaştıran kamu görevlisine, bir yıldan dört yıla kadar hapis cezası verilir. Kamu görevlisi sıfatı sona erdikten sonra, birinci fıkrada yazılı fiilleri işleyen kimseye de aynı ceza verilir* ”(14)

Hekim özel yaşamın gizliliğine etik ve hukuki anlamda saygı duymalı ve hastadan edindiği bilgilerin saklanmasına özen göstermelidir. Kişinin rızası

Bulunması halinde ve bazı kanuni haller durumunda hekim açıklama yapabilir (18).

Ceza Muhakemesi Kanunu madde 46'da hekime mesleği sebebiyle tanıklıktan çekinebilecekleri ve çekinme konu ve koşulları detaylandırılmıştır.

2.2.5. Belirli Sayıda Hastaya Bakma Hakkı

Tababet Uzmanlık Yönetmeliği'nde “*Her servisin normal polikliniğinde günde bir uzman 20'den fazla hastaya bakamaz. Ancak, daha fazla hastanın başvurması halinde o poliklinikte aynı esas üzerine uzman görevlendirilerek o günkü tüm hastaların muayeneleri sağlanır* ” olarak geçmektedir (15).

Bazı hekimler çalıştığı kurumun talimatlarına göre fazla sayıda hasta baktıklarını belirtmektedirler. Bu durumda, konunun idareye yazılı olarak bildirilmesi ve cevabının da yazılı olarak alınması, olası dava durumunda ise bu yazışma evraklarının mahkemeye sunulması gerekmektedir(16).Böylece oluşan problemlerden hekim sorumlu tutulmayacak ya da sorumluluk paylaşılacaktır.

2.2.6.Hastaya İyileşme Garantisi Vermeme Hakkı

Her meslekte olduğu gibi hekimlik mesleğinde de birtakım hatalar olabilir. Bazen hekimlik mesleği taşıdığı risk nedeniyle istenilmeyen sakatlıklara ve ölümlere sebep olabilir. Hekim yaptığı tedavi ve ameliyatın dikkat ve özenle yürütülmesinden sorumludur (7).

Hekim hastasına iyileşme garantisi veremez. Bu konu TDN'nin 13.maddesinde *“hekim bilimsel gerçeklere uygun olarak tanı koyar ve gereken tedaviyi uygular. Bu çalışmanın şifa ile sonuçlanmamasından dolayı, deontoloji bakımından tenkit edilemez”* şeklinde açıklanmıştır (13).

2.2.7.Mesleğini Serbestçe Uygulama Hakkı

Hekimin özerkliği, mesleğini ifa ederken bazı konularda mesleki bağımsızlığa sahip olması anlamına gelir. Hekime mesleğini nasıl ifa edeceğine ilişkin yönlendirilemezler. Ancak bu durum hekime meslek etiğine aykırı hareket etme özgürlüğü tanımamaktadır. Hekimin özerkliği, hastasına teşhiste bulunma, tedavi uygulama ve uygulanacak tedavinin dozuna, süresine ve devamlılığına karar verme gibi hasta ve hekim arasında hastalığın teşhis ve tedavisine ilişkin yürütülen süreçler kapsamında gündeme gelir.

Hekim, tıp biliminin gerekleri ve meslek etiklerine uygun olduğu sürece tanı ve tedavi sürecini özgür olarak icra etmekte serbesttir (17). Hekimin hastası için doğru kararlar alabilmesi için, kendini baskı altında hissetmemesi önemlidir. Bu politik bir baskı ya da hasta ve yakınları tarafından olabilir. Hatta sözlü veya fiziksel şiddete de varabilir. Bu konu TDN'nde *“Tabip ve diş tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve meslekî kanaatine göre hareket eder. Tabip ve diş tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir.”* şeklinde belirtilmiştir (13).

2.2.8.Danışma ve Konsülte Etme Hakkı

Konsültasyon, kelime anlamıyla danışma anlamına gelmektedir. Tıbbi konsültasyon ise, hekimin hastalığın teşhisi ya da tedavisi amacı ile kendi uzmanlık alanından farklı bir uzmanlığa sahip hekime danışması olarak tanımlanabilir.

Konsültasyon, hastanın hakkı olduğu gibi tedaviyi üstlenen hekimin de yükümlülüğüdür. Tedaviyi üstlenen yani müdavi hekim, somut vakanın kendi bilgi ve tecrübesini aştığını ya da farklı uzmanlık dalından bir meslektaşının görüşünü gerektirdiğini fark ettiği anda, konsültasyon yöntemine başvurmalıdır. İmkânı bulunduğu halde konsültasyona başvurmayan hekimin bu davranışı tıbbi kusur sayılacaktır(17).

Türk hukuku mevzuatına göre konsültasyon, hasta açısından bir hak olarak düzenlenmiştir. İlgili düzenleme Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) madde 9’da yer almakta olup, “*Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır.*” şeklinde ifade edilmiştir (6).

Hekim gerektiğinde hastasının durumu ile ilgili meslektaşlarının görüşüne başvurma hakkına sahiptir. TDN madde 24’ e göre hekim gerekli gördüğü durumda diğer bir hekimin görüşünü alma isteğini hastaya iletebilir. Hastanın isteği kabul etmemesi durumunda hekimin hastayı reddetme hakkı doğmaktadır (13).

2.3. Hekimin Sorumlulukları

TCK madde 4’de “*Ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılmaz.*” denilerek kanun bilme zorunluluğunu tüm vatandaşlara vermektedir (14).

Hekimler de diğer meslek çalışanları gibi mesleğini yaparken hukukun belirlediği sınırlar içerisinde çalışmalıdır. Hukuka uygunluk sınırı aşılsa hekimin sorumlulukları başlar. Hekimlerin mesleki faaliyetlerinden doğan sorumlulukları şunlardır: Hukuki, cezai, idari ve mesleki sorumluluk (18). Ülkemizde artan yeni düzenlemelerle hekimler farklı risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Hekimler bu riskleri en aza indirmek ve yönetebilmek için kendi hak ve sorumluluklarını bilmek durumundadır.

2.3.1. Hekimin Hukuki Sorumluluğu

Hekimin hukuki sorumluluklarının doğrudan düzenleyen bir mevzuat yoktur. Hekimin sorumlulukları kanunlarla ve özel düzenlemelerle belirlenmektedir.

Aile hekimlerinin özel durumu, aile hekimi ile hasta arasındaki ilişkinin hukuksal niteliği hususunda tereddütlere yol açmaktadır. Esas olarak aile hekimleri bakımından da sözleşme değil, kamu hukuku ilişkisi düşünülebilir.

Aile hekimleri sözleşmeli statüde olsa bile , hasta ile kurduğu ilişkinin kamu hukuku ilişkisi olduğunu kabul etmek gerekir. Uygulamada ,aile hekimlerinin eylem ve işlemlerine karşı açılan davalar idari yargıda yürütülmektedir. Ayrıca aile hekimlerine ilişkin olarak yapılan suç duyurularında da kamu görevlilerine özgü 4483 sayılı kanun uygulanmaktadır (7).

Aile Hekimliği Kanunu madde 6’da Aile hekimlerinin, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda devlet memurları gibi kabul edildiği belirtilmiştir (19).

Hekimin yaptığı tıbbi müdahaleden sorumlu tutulması için üç unsur aranmaktadır. Bunlar; Hukuka aykırı veya hatalı bir fiil, bu fiil sonucunda meydana gelen bir zarar ve bu zarar ile fiil arasında uygun bir nedensellik bağı olmalıdır.

2.3.2. Hekimin İdari Sorumluluğu

Hekimin idari sorumluluğu özel veya kamu kurumları için yapılan soruşturmaları içermektedir.

Anayasanın madde 129’a göre “*kamu görevlisi olan hekimlerin görevleri esnasında işlemiş olduğu kusurlardan doğan tazminat davaları sonradan kendilerine rücu edilmek üzere sadece idareye*” açılabilir. Görevi ile kusurlu davranışı arasında görev açısından bir bağ bulunmamasına rağmen hekim bu kusurlu davranışından doğrudan sorumludur ve idare, zararını hekimden rücu edebilir (20). Kamu hekimlerini ilgilendiren disiplin konuları 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun (DMK) 7’nci bölümünde 124 ila 145’inci maddeleri arasında ele alınmıştır. DMK’ya göre kamu hekimlerine verilebilecek cezalar; sırasıyla “*uyarı, kınama, aylıktan kesme, kademe ilerletilmesinin durdurulması ve devlet memurluğundan çıkarma cezalarıdır*” (21).

2.3.3. Hekimin Mesleki-Etik Sorumluluğu

Hekimlerin mesleki etik kuralları Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve hekimlerin bağlı olduğu yasal düzenlemelerde mevcuttur.

Etik kuralların Hipokrat’la başladığı kabul edilmektedir. Hipokrat’ın hekimlik andı ve meşhur “Önce zarar verme- Primum non nocere”, ilkesi bugüne kadar tıp eğitimin merkezinde yer almıştır. Bundan hareketle tıbbi müdahalede temelinde hastaya yarar sağlamak bulunmaktadır.

Hekimlerin tüm mesleki uygulamalarında iki sorumluluk oldukça önemlidir: Sır saklama sorumluluğu ve aydınlatılmış onam alma (18).

2.3.3. 1. Sır Saklama Sorumluluğu

Hekimler görevleri esnasında öğrendikleri hasta sırlarını saklamalıdır. Sır saklamak meslek ahlakı kuralıdır.

TDN 4. maddesinde “*Tabip ve dış tabibi, meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça, ifşa edemez. Tıbbi toplantılarda takdim edilen veya yayınlarda bahis konusu olan vakalarda, hastanın hüviyeti açıklanamaz.*” şeklinde beyan edilmiştir(13).

Sır saklama sorumluluğuna Türk Ceza Kanunu’nun 258. maddesinde değinilmiştir ve hapis cezası ile cezalandırılmaktadır(14).

2.3.3. 2. Aydınlatılmış Onam (Bilgilendirilmiş Rıza) Alma Sorumluluğu

Her insanın bedeni özeldir. Kişi bedeni üzerinde söz sahibidir, yapılan her türlü tıbbi müdahale için karar kişiye aittir. Hekimin sorumluluğu tıbbi müdahale yapılacak kişiyi aydınlatmak ve onamını almaktır. Aydınlatılmış onam alınması halinde yapılan tıbbi müdahale hukuka uygun hale gelir.

Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Anayasası madde 17’de tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağını , rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamayacağını ifade eder (20).

Bu nedenle tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için hastaya; müdahalenin sebepleri, sonuçları, olası zararları hakkında anlayabileceği her türlü sözlü yazılı görseller kullanılarak tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek kişi tarafından aktarılması ve hastanın rızasıyla tıbbi müdahalenin hukuka uygun hale getirilmesi gerekmektedir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde bilgi verme usulü, bilgilendirmenin kapsamı vb. gibi konular en ince ayrıntısına kadar detaylandırılmıştır(6).

2.3.4. Hekimin Cezai Sorumlulukları

TCK madde 4'e göre " Kanunları bilmemek mazeret sayılamaz. " (14). Hekimler mesleki anlamda da bu kanunun direkt muhatabıdır.

Hekimlik insan yaşamıyla ilgilidir ve oldukça riskli bir meslektir. Hekimin yapacağı tıbbi müdahalenin kusurlu olması sebebiyle zararın doğması halinde hekim ceza hukukuyla karşı karşıya kalır. Hekim her türlü tıbbi müdahalede usulüne uygun şekilde hastayı bilgilendirmeli ve onamını almalıdır.

2.3.4. 1. Kasten Öldürme ve Yaralama Suçu

TCK madde 21' de kast ve olası kast tanımları yapılmıştır.

" Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde olası kast vardır. "

Hekimin esas amacı hastayı tedavi etmektir. Hekimin kastı olabilmesi için öncelikle tedavi amacıyla hareket etmediği durumlarda söz konusu olabilir. Kast doğrudan olabilir ya da olası kast şeklinde de gerçekleşebilir. Hekimin bulaşıcı hastalığa yakalanan kimseye etkisiz tedavide bulunurken, başka kimselerin de bu hastalığa yakalanmasını göze alması ve bu kimselerinde bulaşıcı hastalığa yakalanarak ölmeleri olası kast ile kasten öldürme söz konusu olacaktır. Hekimin hastanın rızasını almadan, hastayı aydınlatmadan veya endikasyon bulunmadan yaptığı her türlü tıbbi müdahale kasten yaralama suçunu oluşturur (1).

TCK madde 81' e göre kasten adam öldürme suçunun cezası müebbet hapisdir. Madde 82'de nitelikli haller tanımlanmış ve cezası ağırlaştırılmış müebbet hapisdir. Madde 83'de kasten öldürmenin ihmal davranışıyla gerçekleşmesi hali tanımlanmıştır.

TCK madde 86'ya göre kasten yaralama suçu tanımlanmıştır.

2.3.4. 2. Taksirle Öldürme ve Yaralama Suçu

Kasten öldürme suçu tıp hukuku bakımından büyük önem arz etmez, zira hekimlerin sorumluluğu en çok taksirli eylemleri bakımından gündeme gelmektedir.

Bununla beraber, uygulamada, hekimlerin kasten yaralamadan sorumlu tutulduğu olaylara da rastlanmaktadır (1).

TCK madde 22’de taksir tanımı şu şekilde yapılmıştır.

“Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir.”

Taksirle insan öldürmenin cezası TCK madde 85’ e göre 2 ile 6 yıla kadar haptir. Bir kişinin ölümüyle birlikte başka bir kişi veya kişilerin de ölümü ya da yaralanmasıyla sonuçlanan durumlarda hapis cezası 2 yıldan başlayarak 15 yıla kadar uzayabilir. Taksirle yaralamanın cezası TCK madde 89’ da detaylarıyla belirtilmiştir. Taksirle yaralamanın ceza yasalarımızda 3 aydan az olmamak 3 yıldan fazla olmamak üzere hapis cezasıdır.

2.3.4. 3. Görevi Kötüye Kullanma - Rüşvet - İrtikap

Yargıtay ,sağlık çalışanına yarar sağlayan hasta veya hasta yakını meşru bir zeminde ise irtikap; gayri meşru zeminde ise rüşvet: rüşvet suçunun oluşmadığı durumlarda görevi kötüye kullanma suçunun oluştuğunu kabul eder(1).

Hakeri’ ye göre; irtikap ve rüşvet suçları arasındaki bazı farklar mevcuttur. Rüşvet suçunda, hasta veya hasta yakını sağlık personeline bir yarar sağlama kastıyla hareket etmektedir. Karşılıklı anlaşma söz konusudur. Rüşvet suçu iki taraflıdır. Girişim genelde hasta veya hasta yakını tarafından gelir.

İrtikap suçu ise; hasta veya hasta yakını yarar sağlama kastı içinde değildir. İrtikapta sağlık çalışanının üstün konumu vardır. Karşılıklı anlaşma yoktur ve tek taraflıdır. İrtikap suçunda girişim genelde sağlık çalışanından gelir.

İrtikap suçunun şartlarının gerçekleşmediği hallerde de görevi kötüye kullanma suçu gerçekleşmektedir (1). İrtikap suçuna “bıçak parası” örnek olarak verilebilir.

TCK madde 257’de görevi kötüye kullanma ile ilgili düzenlemeye göre; *“Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”*

TCK madde 250 ve 252’de sırasıyla irtikap suçu ve rüşvet ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir.

2.3.4. 4. Hekimin Suçu Bildirmemesi

Sağlık personeli kamuda veya özel sektörde çalışırken görevi sırasında karşılaştığı suçları ilgili mercilere bildirmekle yükümlüdür. Adli kaydın tutulması hekim kanaatindedir.

TCK madde 280 de Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmeme suçuna yer verilmiştir. *“Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.”*

Bir hekimin hangi durumlarda adli kayıt tutulmasını gerektiren suç bildiriminde bulunacağına örnek olarak ateşli silah ile patlayıcı maddeden kaynaklanan yaralanmalar, kesici ve delici alet yaralanmaları, araç içi veya dışı trafik kazaları, yanıklar, elektrik çarpmaları, intihar girişimleri, kadına şiddet, işkence vakaları, her türlü şüpheli istismar olguları, zehirlenmeler, şüpheli ölümler vb. gösterilebilir.

2.3.4.5. Gerçeğe Aykırı Belge Düzenleme - Evrakta Sahtecilik

TCK madde 204’e göre resmi belgede sahtecilik suçuna değinilmiştir.

“ Görevi gereği düzenlemeye yetkili olduğu resmi bir belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren, gerçeğe aykırı olarak belge düzenleyen veya sahte resmi belgeyi kullanan kamu görevlisi üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”

Tıbbi belgeler; İstirahat raporu, adli rapor, reçete, epikriz, hasta dosyası vb. Tıbbi belgelere gerçeğe aykırı bilgilerin yazılması ya da sonradan değiştirilmesinin cezai yaptırımı vardır. Hekimlerin gerçeğe aykırı tıbbi belge düzenlemesi veya bir belge üzerinde sonradan değişiklik yapması TCK madde 204 ve 205’de düzenlenmiştir.

2.3.4. 6. Mesleki ve Mali Sorumluluk Sigortası

Tababet ve Şuabatı San'atlarının İcrasına Dair Kanun 'un 2010 yılında eklenen 10. maddesine göre kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekim ve diş hekimlerinin sigorta yaptıрма zorunluluğu olduğu belirtilmiş ve hekimlerin zorunlu mesleki ve mali sorumluluk sigortasını yaptırmamasının cezası idari para cezası olduğu belirtilmiştir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışmanın Türü

Bu araştırma, Tokat ilindeki aile hekimlerinin sağlık hukuku konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyini ölçmeyi hedefleyen tanımlayıcı kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2.Çalışmanın Evreni

Çalışmamızın evrenini Tokat ilinde görev alan aile hekimleri ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim dalı asistan hekimleri oluşturmaktadır. Aile hekimi olarak görev yapan 194 kişi ve aile hekimi asistanı olarak 33 kişi bulunmaktaydı.Çalışmamıza ise 101 aile hekimi ve 35 asistan hekim katılmıştır.

3.3. Veri Toplanması

Katılımcılara sağlık hukuku bilgi ve farkındalık düzeyini ölçmek amacıyla 21 soruluk anket formu sunuldu. Formda; sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, unvan, meslekte çalışma süresi) ve sağlık hukuku eğitimi hakkında bilgi düzeyi ve farkındalıklarına yönelik sorulara yer verildi. Anket formunda yaş ve meslekte kaç yıldır çalıştığı 10 ‘ar yıl arayla belirlenmiştir. Bu aralık mevcut literatür bilgileri taranarak literatüre benzer aralıklar seçilerek oluşturulmuştur. Soruşturma geçirme geçmişi ise seçeneklerde “hiç” “1-3 kez “ ve “4 ve üzeri” şeklinde belirlenmiştir. Soruşturma geçirme sayısı 1 ile 3 arasında yoğunlaştığı için ve mevcut literatürde genelde bu aralıkta geçtiği için bu aralıklar tercih edilmiştir. Son soruda ise katılımcılara sağlık hukukuyla alakalı konular yöneltildi. Bu konular hakkında kendilerini yeterli bulma düzeylerine göre 1 ile 10 arasında değerlendirme yapmaları istendi.

Anket gönüllülük esasına göre uygulandı. Anket formları katılımcılara (katılımcının tercihiyle göre) online veya yazılı şekilde sunuldu. 136 kişi anketi doldurmayı kabul etti.

3.4.Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri:

- Tokat ilinde görev almaları
- Aile hekimliği branşında aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri ve üniversite hastanesinde çalışan aile hekimliği asistanları
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmaları

Dışlama Kriterleri:

- Tokat ilinde görev almamak
- Aile hekimliği branşında aile hekimi ya da asistan hekim olarak çalışmamak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

3.5. Etik Kurul Onayı

Araştırma için T.C. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.06.2024 tarihli 24- KAEK-208 proje no ile etik kurul onayı alınmıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel ölçütler (ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayılar) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımlar yerine getirildiğinde iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Independent Sample t testi ve ikiden fazla bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için One-Way ANOVA (posthoc analiz için Tukey testi), parametrik test varsayımlar yerine getirilmediğinde iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesinde Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Kruskal Wallis H testi, sürekli değişkenler arasındaki ilişkin belirlenmesi için Pearson korelasyon analizi kullanılmış olup yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Verilerin normallik analizi değerlendirilirken değişkenlere ait verilerin hangi dağılımdan geldiğini belirlemek için; Kolmogorov-Smirnov testi istatistik ve p değeri, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş, Tabachnick ve Fidell'in, (2013)

önerisi doğrultusunda p değerinin 0,05'ten büyük olması veya çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde bulunması durumunda verilerin dağılımının normal sınırlar içerisinde olduğu kabul edilmiştir.

Kaynak: Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). Using Multivariate Statistics.

Pearson



4.BULGULAR

Tablo 1: Aile hekimlerinin sosyo demografik özelliklerinin dağılımı (n=136)

Özellikler	n	%
Yaş		
20-30 yaş arası	21	15,4
31-40 yaş arası	44	32,4
41-50 yaş arası	49	36,0
51-60 yaş arası	22	16,2
Cinsiyet		
Erkek	82	60,3
Kadın	54	39,7
Ünvan		
Aile hekimliği uzmanı	12	8,8
Pratisyen hekim	89	65,5
Asistan hekim	35	25,7
Meslekte çalışma süresi		
0-10 yıl arası	52	38,3
11-20 yıl arası	38	27,9
21-30 yıl arası	43	31,6
31 yıl ve üzeri	3	2,2
TOPLAM	136	100,0

%=yüzde

Aile hekimlerinin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirmesinde katılımcıların %36,0'sının (n=49) 41-50 yaş aralığında, %60,3'ünün (n=82) erkek, %65,5'inin (n=89) pratisyen hekim, %38,3'ünün (n=52) meslekte 0-10 yıldır çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2: Aile hekimlerinin sağlık hukuku eğitimi ve soruşturma geğmişi ile ilgili özelliklerinin dağılımı

zellikler	N	%
Tıp fakültesinde sağlık hukuku eğitimi alma durumu		
Evet	25	18,4
Hayır	111	81,6
Çalışma hayatında sağlık hukuku ile ilgili eğitim alma durumu		
Hayır	75	55,1
Çalıştığı kurumda zorunlu hizmet içi eğitimler aracılığıyla	31	22,8
Kişisel çaba ile (seminer, kongre, toplantı aracılığıyla)	30	22,1
Daha önce görevi ile ilgili soruşturma geçirme durumu		
Hiç	50	36,8
1-3 kez	52	38,2
4 ve daha fazla	34	25,0
Soruşturma sonucunda cezai yaptırım olma durumu		
Evet	52	60,5
Hayır	34	39,5
Hukuki sorumluluklar konusunda kendisini yeterli bulma durumu		
Evet	14	10,3
Hayır	122	89,7

%=yzde

Aile hekimlerinin sağlık hukuku ve soruşturma geğmişi ile ilgili özelliklerinin değerlendirmesinde katılımcıların %81,6'sının (n=111) tıp fakültesinde sağlık hukuku eğitimi almadığı, %55,1'inin (n=75) alışma hayatında sağlık hukuku ile ilgili eğitim almadığı, %63,2'si (86) en az 1 kez soruşturma geçirdiğini, %38,2'sinin (n=52) daha önce görevi ile ilgili 1-3 kez soruşturma geçirdiği, %61,8'inin (n=84) soruşturma sonucunda cezai yaptırım olmadığı, %89,7'sinin (n=122) hukuki sorumluluklar konusunda kendisini yeterli bulmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3: Aile hekimlerinin medikal malpraktis ile ilgili özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%
Medikal malpraktis dava/şikâyet sayısında artış olduğunu düşünme durumu		
Evet	133	97,8
Hayır	3	2,2
Sağlık hukuku eğitimi medikal malpraktis dava sayısını azalttığını düşünme durumu		
Evet	52	38,2
Kısmen	80	58,9
Hayır	4	2,9
Hastaya müdahalede bulunurken hukuka uygunluk açısından endişe taşıma durumu		
Evet	108	79,4
Kısmen	26	19,1
Hayır	2	1,5
Medikal malpraktis dava/şikâyet durumlarının tıbbi müdahalelerde kendisini defansif tıp uygulamalarına yöneltme durumu		
Evet	102	75,0
Kısmen	30	22,1
Hayır	4	2,9
Medikal malpraktis davalarındaki yargılama sürecinde komplikasyon-medikal malpraktis ayrımının net olarak yapılabilmediğini düşünme durumu		
Evet	13	9,6
Hayır	123	90,4
TOPLAM	136	100,0

%=yüzde

Aile hekimlerinin medikal malpraktis ile ilgili özelliklerinin değerlendirilmesinde katılımcıların %97,8'inin (n=133) medikal malpraktis dava/şikâyet sayısında artış olduğunu düşündüğü, %58,9'unun (n=80) sağlık hukuku eğitimi medikal malpraktis dava sayısını azalttığını kısmen düşündüğü, %79,4'ünün (n=108) hastaya müdahalede bulunurken hukuka uygunluk açısından endişe taşıdığı, %75,0'inin (n=102) medikal malpraktis dava/şikâyet durumlarının tıbbi müdahalelerde kendisini defansif tıp uygulamalarına yönelttiği, %90,4'ünün (n=123) medikal malpraktis davalarındaki yargılama sürecinde komplikasyon-medikal malpraktis ayrımının net olarak yapılabilmediğini düşünmediği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4: Aile hekimlerinin sağlık hukuku eğitimi ve sağlık hukuku ile ilgili diğer özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%
Hastalardan enjeksiyon, evlilik raporu vb durumlarda aydınlatılmış onam alma durumu		
Her zaman	34	25,0
Sıklıkla	66	48,5
Bazen	28	20,6
Hiçbir zaman	8	5,9
Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası'nı düzenli olarak yaptırma durumu		
Evet, düzenli yaptırma	129	94,9
Düzensiz olarak yaptırma	6	4,4
Hayır, hiç yaptırmamış	1	0,7
Muayene sırasında hastanın adli bir olaya karıştığından şüphelenildiğinde adli makamlara bildirme durumu		
Evet, bildirir	107	78,7
Sıklıkla bildirir	21	15,4
Bazen bildirir	7	5,1
Hiçbir zaman bildirmiyor	1	0,7
Hastanın muayeneye gelebilecek durumda olmasına rağmen muayeneye gelmeden ilaç/rapor yazmasını rica ettiğinde hastayı görmeden reçete/rapor yazma durumu		
Her zaman	6	4,4
Sıklıkla	10	7,4
Bazen	80	58,8
Hiçbir zaman	40	29,4
Hekimlerin okuduğu kanunlar*		
1982 Anayasası	23	16,9
Devlet Memurları Kanunu	57	41,9
Türk Ceza Kanunu	16	11,8
Aile Hekimliği Kanunu	65	47,8

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun	15	11,0
Tıbbi Deontoloji Tüzüğü	26	19,1
Tababet Uzmanlık Yönetmeliği	23	16,9
Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği	94	69,1
Hiçbirini okumamış	28	20,6
Sağlık hukuku ile ilgili verilen eğitimin yeterli olması için yapılması gerekenler*		
Tıp eğitimi süresince sağlık hukuku eğitimleri eklenmeli	124	91,2
Mezuniyet sonrası sürekli eğitim programları düzenlenmeli	98	72,1
Mesleki kuruluşlar konu ile ilgili üyelerini bilgilendirmeli	71	52,2
Hukuk ve tıp fakülteleri arasında ortak dersler verilmeli	12	8,8
Hukuk, tıp ve etik dersleri entegre edilerek birlikte verilmeli	72	52,9
Sağlık hukuku alanında düzenlenen ulusal ve uluslararası konferanslar düzenlenmeli, katılımın teşvik edilmesi	9	6,6
Sağlık hukuku alanında düzenlenen eğitim programları düzenli olarak gözden geçirilmeli, güncellenmeli ve geri bildirim alınmalı	34	25,0
Online eğitim programları ve dijital kaynaklar kullanılmalı	61	44,9

%%: yüzde, *Birden fazla katılımcı

Aile hekimlerinin %48,5'inin (n=66) hastalardan enjeksiyon, evlilik raporu vb. durumlarda aydınlatılmış onamı sıklıkla aldığı, %94,9'unun (n=129) Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası'nı düzenli olarak yaptırdığı, %78,7'sinin (n=107) muayene sırasında hastanın adli bir olaya karıştığından şüphelenildiğinde adli makamlara bildirdiği, %58,8'inin (n=80) hastanın muayeneye gelebilecek durumda olmasına rağmen muayeneye gelmeden ilaç/rapor yazmasını rica ettiğinde hastayı görmeden bazen reçete/rapor yazdığı, %69,1'inin (n=94) Aile Hekimleri Uygulama Yönetmeliği'ni okuduğu, %91,2'sinin (n=124) sağlık hukuku ile ilgili verilen eğitimin yeterli olması için tıp eğitimi süresince sağlık hukuku eğitimleri eklenmesi gerektiğini ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5: Aile hekimlerinin sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyleri ortalamalarının dağılımı

Sağlık hukuku öz yeterlilik kavramları	Ort.	SS	min	max
Tıp etiği	6,29	2,70	1	10
Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu	5,94	2,49	1	10
Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları	5,40	2,53	1	10
Hukukun temel kavramları	4,16	2,28	1	10
Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları	5,01	2,47	1	10
Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu	4,34	2,31	1	10
İlaç hukuku	4,18	2,41	1	10
Kişisel sağlık verilerinin korunması	6,06	2,57	1	10

Ort: ortalama değer, SS: standart sapma, min: en küçük değer, max: en büyük değer

Aile hekimlerinin sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyleri ortalamalarının dağılımı değerlendirildiğinde tıp etiği öz yeterlilik puan ortalaması $6,29 \pm 2,70$; hasta hakları ve hekimin sorumluluğu öz yeterlilik puan ortalaması $5,94 \pm 2,49$; sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları öz yeterlilik puan ortalaması $5,40 \pm 2,53$; hukukun temel kavramları öz yeterlilik puan ortalaması $4,16 \pm 2,28$; tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları öz yeterlilik puan ortalaması $5,01 \pm 2,47$; sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu öz yeterlilik puan ortalaması $4,34 \pm 2,31$; ilaç hukuku öz yeterlilik puan ortalaması $4,18 \pm 2,41$; kişisel sağlık verilerinin korunması öz yeterlilik puan ortalaması $6,06 \pm 2,57$ 'dir. Elde edilen bu bulgulara göre aile hekimlerinin tıp etiği puan ortalamasının en yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 6: Aile hekimlerinin sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	8
Tıp etiği (1)	r p*	1	0,828 0,000	0,806 0,000	0,637 0,000	0,655 0,000	0,581 0,000	0,639 0,000	0,761 0,000
Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu (2)	r p*		1	0,878 0,000	0,730 0,000	0,797 0,000	0,724 0,000	0,689 0,000	0,823 0,000
Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları (3)	r p*			1	0,833 0,000	0,822 0,000	0,805 0,000	0,769 0,000	0,784 0,000
Hukukun temel kavramları (4)	r p*				1	0,826 0,000	0,817 0,000	0,783 0,000	0,689 0,000
Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları (5)	r p*					1	0,822 0,000	0,763 0,000	0,689 0,000
Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu (6)	r p*						1	0,828 0,000	0,693 0,000
İlaç hukuku (7)	r p*							1	0,711 0,000
Kişisel sağlık verilerinin korunması (8)	r p*								1

*pearson korelasyon analizi

Aile hekimlerinin sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyleri arasında yapılan korelasyon analizine göre en yüksek korelasyon “sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları” ile “hukukun temel kavramları” arasında olup yüksek düzeyde, anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,833$; $p=0,000$). En düşük korelasyon ise “tıp etiği” ile “sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu” arasında olup, orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,581$; $p=0,000$). Aile hekimlerinde sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları öz yeterlilik düzeyi arttıkça hukukun temel kavramları öz yeterlilik düzeyinin de arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7: Aile hekimlerinin sosyo-demografik özellikleri ile sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırması (n=136)

Özellikler	Tıp etiği Ort.±SS	Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu Ort.±SS	Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları Ort.±SS	Hukukun temel kavramları Ort.±SS	Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları Ort.±SS	Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu Ort.±SS	İlaç hukuku Ort.±SS	Kişisel sağlık verilerinin korunması Ort.±SS
Yaş								
20-30 yaş arası ^a	4,71±2,81	4,81±2,89	4,24±2,87	3,33±2,43	4,14±2,61	3,43±2,24	3,48±2,29	4,86±2,93
31-40 yaş arası ^b	6,52±2,68	6,07±2,58	5,57±2,60	4,16±2,20	5,20±2,69	4,36±2,38	4,11±2,34	6,30±2,61
41-50 yaş arası ^c	6,45±2,58	6,27±2,16	5,45±2,20	4,41±2,23	5,16±2,25	4,49±2,19	4,55±2,50	6,39±2,30
51-60 yaş arası ^d	6,95±2,49	6,05±2,45	5,64±2,57	4,40±2,38	5,09±2,30	4,82±2,40	4,18±2,46	6,00±2,54
F/p*	3,130/0,028 a<d	1,800/0,150 -	1,799/0,151 -	1,199/0,313 -	1,023/0,385 -	1,490/0,220 -	0,992/0,399 -	1,959/0,123 -
Cinsiyet								
Erkek ^a	6,98±2,45	6,56±2,22	6,20±2,21	4,84±2,13	5,63±2,26	5,01±2,19	4,96±2,35	6,62±2,32
Kadın ^b	5,24±2,74	5,00±2,59	4,20±2,52	3,13±2,12	4,06±2,49	3,31±2,11	3,00±1,99	5,20±2,71
t/p**	3,846/0,000	3,623/0,000	4,724/0,000	4,574/0,000	3,823/0,000	4,479/0,000	5,045/0,000	3,150/0,002
Unvan								
Aile hekimliği uzmanı ^a	5,17±2,51	5,00±2,55	4,83±2,82	3,33±1,96	4,58±2,99	3,67±2,18	3,25±2,34	5,25±3,22
Pratisyen hekim ^b	6,82±2,52	6,36±2,25	5,83±2,33	4,48±2,23	5,25±2,27	4,53±2,21	4,49±2,41	6,51±2,39
Asistan hekim ^c	5,31±2,88	5,20±2,84	4,51±2,71	3,63±2,41	4,54±2,74	4,09±2,57	3,71±2,33	5,20±2,57
F/p*	5,356/0,006 b>c	3,805/0,025 b>c	3,897/0,023 b>c	2,681/0,072 -	1,217/0,299 -	1,017/0,364 -	2,343/0,100 -	4,052/0,020 b>c
Meslekte çalışma süresi								
0-10 yıl arası ^a	5,83±2,92	5,50±2,86	5,08±2,78	3,85±2,33	4,77±2,69	4,00±2,24	3,79±2,27	5,63±2,97
11-20 yıl arası ^b	7,24±2,16	6,68±1,96	6,05±2,28	4,61±2,16	5,45±2,35	4,63±2,36	4,84±2,42	6,92±1,79
21-30 yıl arası ^c	6,23±2,65	5,98±2,29	5,35±2,35	4,26±2,34	4,98±2,27	4,49±2,32	4,14±2,51	6,00±2,45
31 yıl ve üzeri ^d	3,00±1,00	3,67±2,30	3,67±2,30	2,67±1,52	4,00±3,00	4,33±3,05	3,33±2,50	3,33±2,52
F/p*	3,772/0,012 b>d	2,590/0,056 -	1,622/0,187 -	1,265/0,289 -	0,726/0,538 -	0,631/0,596 -	1,555/0,203 -	3,162/0,027 a<b, b>d

F: One Way ANOVA, t: Independent Sample t testi

Burada aile hekimlerinin sosyo - demografik özellikleri ile sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırması yapılmıştır.

20-30 yaş ve 51-60 yaş aralığında olan katılımcılar “ tıp etiği ” konusunda kendini yeterli bulma durumu arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların cinsiyet değişkenleri ile Tıp etiği , Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu, Sağlık çalışanlarının hukuk, idari ve cezai sorumlulukları, Hukukun temel kavramları, Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları, Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu, İlaç hukuku, Kişisel sağlık verilerinin korunması konuları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların unvan değişkeni ile Tıp etiği; Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu; Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları; Kişisel sağlık verilerinin korunması konusundaki öz yeterlilik puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların meslekte çalışma süresi ile Tıp etiği ve Kişisel sağlık verilerinin korunması konusu arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8: Aile hekimlerinin sağlık hukuku özellikler ile sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırması

Özellikler	Tıp etiği Ort.±SS	Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu Ort.±SS	Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları Ort.±SS	Hukukun temel kavramları Ort.±SS	Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları Ort.±SS	Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu Ort.±SS	İlaç hukuku Ort.±SS	Kişisel sağlık verilerinin korunması Ort.±SS
Tıp fakültesinde sağlık hukuku eğitimi alma durumu								
Evet	5,80±2,36	5,72±2,28	5,04±2,55	3,80±2,17	5,20±2,67	4,08±2,12	3,88±2,26	6,12±2,59
Hayır	6,40±2,77	5,99±2,54	5,49±2,52	4,24±2,31	4,96±2,43	4,40±2,35	4,25±2,45	6,05±2,58
t/p	-0,997/0,321	-0,489/0,625	-0,796/0,428	-0,874/0,383	0,430/0,668	-0,617/0,538	-0,695/0,488	0,131/0,896
Çalışma hayatında sağlık hukuku ile ilgili eğitim alma durumu								
Hayır ^a	6,41±2,78	6,00±2,59	5,35±2,71	4,11±2,34	4,72±2,39	3,95±2,27	4,07±2,48	6,05±2,74
Çalıştığı kurumda zorunlu hizmet içi eğitimler aracılığıyla ^b	5,55±2,77	5,52±2,55	4,84±2,36	3,58±2,04	4,94±2,54	4,39±2,14	4,03±2,27	5,77±2,69
Kişisel çaba ile (seminer, kongre, toplantı aracılığıyla) ^c	6,73±2,33	6,23±2,17	6,13±2,08	4,90±2,24	5,80±2,49	5,27±2,36	4,63±2,39	6,37±2,00
F/p	1,665/0,193	0,674/0,512	2,070/0,130	2,647/0,075	2,095/0,127	3,645/0,029 a<c	0,666/0,515	0,400/0,671
	-	-	-	-	-	-	-	-
örevi ile ilgili soruşturma geçirme durumu								
Hiç ^a	5,60±2,82	5,36±2,68	4,68±2,51	3,48±2,06	4,82±2,80	3,96±2,15	3,94±2,32	5,50±2,83
1-3 kez ^b	6,31±2,61	5,90±2,39	5,50±2,50	4,40±2,49	4,83±2,43	4,48±2,52	4,13±2,51	6,21±2,50
4 ve daha fazla ^c	7,26±2,40	6,85±2,12	6,32±2,33	4,79±2,07	5,56±1,92	4,68±2,17	4,62±2,40	6,65±2,15
F/p	4,014/0,020 a<c	3,786/0,025 a<c	4,555/0,012 a<c	3,979/0,021 a<c	1,130/0,326	1,136/0,324	0,813/0,446	2,193/0,116
	-	-	-	-	-	-	-	-
Soruşturma sonucunda cezai yaptırım olma durumu								
Evet ^a	7,25±2,23	6,79±2,06	6,35±2,31	4,85±2,31	5,48±2,10	4,58±2,36	4,83±2,46	6,83±2,18
Hayır ^b	5,69±2,80	5,42±2,60	4,82±2,49	3,74±2,17	4,71±2,64	4,19±2,27	3,79±2,30	5,58±2,69
t/p	3,583/0,000 a>b	3,404/0,001 a>b	3,559/0,001 a>b	2,815/0,006 a>b	1,869/0,064	0,948/0,345	2,492/0,014 a>b	2,946/0,004 a>b
	-	-	-	-	-	-	-	-
Hukuki sorumluluklar konusunda kendisini yeterli bulma durumu								
Evet ^a	7,57±2,87	7,00±2,63	6,93±2,55	5,57±2,17	6,50±2,73	5,64±2,53	4,86±2,56	6,93±2,75
Hayır ^b	6,14±2,65	5,82±2,46	5,23±2,47	4,00±2,25	4,48±2,39	4,19±2,24	4,11±2,39	5,96±2,54
t/p	1,896/0,060	1,689/0,094	2,422/0,017 a>b	2,480/0,014 a>b	2,428/0,016 a>b	2,265/0,025 a>b	1,103/0,272	1,338/0,183
	-	-	-	-	-	-	-	-

Burada aile hekimlerinin sağlık hukuku özellikler ile sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırması yapılmıştır.

Katılımcıların  alışma hayatında sağlık hukuku eğitimi alma durumu ile Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu konusunda anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu farklılık hiç eğitim almayanlar ile kişisel çaba ile eğitim alanlar arasında anlamlı olduğu gözlenmiştir. Çalışma hayatında sağlık hukuku ile ilgili eğitim alma durumu puan ortalamaları tüm konulara bakılıp değerlendirildiğinde kişisel çaba ile eğitim alanlar her konuda en yüksek puan ortalamasını almıştır.

Katılımcıların görevi ile ilgili soruştırma geçirme durumu ile Tıp etiği; Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu; Sağlık  alışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları; Hukukun temel kavramları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu anlamlı farklılık hiç soruştırma geçirmeyenler ile 4 ve daha fazla soruştırma geçirenler arasında olduğu gözlenmiştir. Ayrıca 4 ve daha fazla soruştırma geçirenlerin tüm konularda öz yeterlilik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların soruştırma sonucunda cezai yaptırım olma durumu ile Tıp etiği; Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu; Sağlık  alışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları; Hukukun temel kavramları; İlaç hukuku; Kişisel sağlık verilerinin korunması konuları arasında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların hukuki sorumluluk konusunda kendini yeterli bulma durumu ile Sağlık  alışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları; Hukukun temel kavramları; Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları; Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu konuları arasında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Katılımcıların bu konularda öz yeterlilik puan ortalamaları daha yüksek olduğu belirlenmiştir($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9: Aile hekimlerinin medikal malpraktis özellikleri ile sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırması

Özellikler	Tıp etiği	Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu	Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları	Hukukun temel kavramları	Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları	Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu	İlaç hukuku	Kişisel sağlık verilerinin korunması
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Medikal malpraktis dava/şikâyet sayısında artış olduğunu düşünme durumu								
Evet	6,29±2,67	5,94±2,46	5,41±2,51	4,16±2,27	5,00±2,45	4,32±2,29	4,17±2,39	6,08±2,55
Hayır	6,00±4,35	6,00±4,35	5,00±4,00	4,33±3,51	5,33±3,78	5,00±3,46	5,00±3,60	5,33±4,04
MWU/p	-0,060/0,952	-0,427/0,670	-0,194/0,846	-0,015/0,988	-0,336/0,737	-0,486/0,627	-0,508/0,611	-0,336/0,737
Sağlık hukuku eğitimi medikal malpraktis dava sayısını azalttığını düşünme durumu								
Evet	6,12±2,83	5,63±2,47	5,21±2,50	4,06±2,30	4,90±2,46	4,25±2,28	4,00±2,33	6,00±2,65
Kısmen	6,45±2,60	6,19±2,45	5,54±2,57	4,29±2,29	5,13±2,46	4,45±2,32	4,34±2,44	6,13±2,50
Hayır	5,25±3,30	5,00±3,55	5,25±2,63	3,00±2,16	4,00±3,16	3,25±2,63	3,50±3,10	5,50±3,51
KW/p	0,936/0,626	2,128/0,345	0,759/0,684	1,166/0,558	0,862/0,650	1,247/0,536	0,913/0,634	0,126/0,939
Hastaya müdahalede bulunurken hukuka uygunluk açısından endişe taşıma durumu								
Evet	6,30±2,64	5,96±2,47	5,44±2,52	4,17±2,24	5,01±2,42	4,24±2,28	4,14±2,40	6,14±2,55
Kısmen	6,04±2,97	5,65±2,60	5,15±2,67	4,19±2,57	4,96±2,77	4,62±2,46	4,27±2,55	5,69±2,76
Hayır	9,00±1,41	8,50±0,70	6,50±0,70	3,50±0,70	5,50±0,70	6,00±1,41	5,50±0,70	6,50±0,70
KW/p	2,425/0,297	3,227/0,199	0,446/0,800	0,176/0,916	0,066/0,968	1,754/0,416	0,779/0,677	0,590/0,744
Medikal malpraktis dava/şikâyet durumlarının tıbbi müdahalelerde kendisini defansif tıp uygulamalarına yöneltme durumu								
Evet	6,25±2,66	5,98±2,50	5,48±2,56	4,24±2,28	5,10±2,44	4,26±2,32	4,12±2,46	6,11±2,63
Kısmen	6,13±2,94	5,70±2,49	5,20±2,57	4,10±2,36	4,77±2,55	4,50±2,25	4,43±2,14	5,67±2,45
Hayır	8,25±0,50	6,75±2,50	5,00±1,63	2,75±1,50	4,50±3,10	5,00±2,82	4,00±3,55	7,75±0,95
KW/p	2,211/0,331	1,146/0,564	0,756/0,685	1,830/0,400	0,431/0,806	0,641/0,726	0,728/0,695	2,689/0,261
Medikal malpraktis davalarındaki yargılama sürecinde komplikasyon-medikal malpraktis ayrımının net olarak yapılabildiğini düşünme durumu								
Evet	5,77±3,37	5,23±3,03	4,92±3,04	4,31±2,65	4,92±2,78	4,54±2,87	4,31±2,59	5,46±2,96
Hayır	6,34±2,63	6,02±2,43	5,46±2,48	4,15±2,25	5,02±2,44	4,32±2,25	4,17±2,40	6,12±2,53
t/p	-0,725/0,470	-1,081/0,282	-0,720/0,473	0,241/0,810	-0,129/0,898	0,328/0,744	0,194/0,847	-0,878/0,381

MWU: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis, t: Independent Sample t testi

Aile hekimlerinin medikal malpraktis özellikleri ile sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırmasında değişkenler ile ortalama puanlar arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) grupların benzer özellik gösterdiği saptanmıştır (Tablo 9).



Tablo 10: Aile hekimlerinin sağlık hukuku eğitimi ve sağlık hukuku ile ilgili diğer özelliklerinin sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırması

	Tıp etiği	Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu	Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları	Hukukun temel kavramları	Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları	Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu	İlaç hukuku	Kişisel sağlık verilerinin korunması
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Hastalardan enjeksiyon, evlilik raporu vb durumlarda aydınlatılmış onam alma durumu								
Her zaman ^a	5,94±2,57	5,47±2,25	4,82±2,56	3,56±2,24	4,79±2,43	4,09±2,45	3,56±2,42	5,79±2,52
Sıklıkla ^b	6,83±2,48	6,62±2,25	6,15±2,24	4,79±2,05	5,67±2,30	4,83±2,11	4,88±2,26	6,71±2,42
Bazen ^c	5,82±3,05	5,61±2,75	4,96±2,63	4,00±2,63	4,39±2,58	4,07±2,44	3,86±2,49	5,68±2,43
Hiçbir zaman ^d	4,88±3,13	3,50±2,61	3,25±2,43	2,13±0,99	2,63±1,59	2,25±1,38	2,25±1,38	3,13±2,35
F/p	2,143/0,098	5,208/0,002	5,166/0,002	5,005/0,003	5,135/0,002	3,650/0,014	4,849/0,003	5,747/0,001
	-	b>d	b>d	a<b, b>d	b>d	b>d	a<b, b>d	a>d, b>d
Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası'nı düzenli olarak yaptırma durumu								
Evet, düzenli yaptırma ^a	6,30±2,67	5,98±2,48	5,43±2,51	4,22±2,27	5,12±2,44	4,38±2,31	4,19±2,41	6,09±2,56
Düzensiz olarak yaptırma ^b	5,50±3,50	4,50±2,25	4,17±2,63	3,33±2,65	3,00±2,53	3,50±2,34	4,00±2,75	5,00±2,96
Hayır, hiç yaptırmamış	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)
t/p	0,710/0,479	1,434/0,154	1,206/0,230	0,924/0,357	2,072/0,040	0,908/0,365	0,183/0,855	1,015/0,312
	-	-	-	-	a>b	-	-	-
Muayene sırasında hastanın adli bir olaya karıştığından şüphelenildiğinde adli makamlara bildirme durumu								
Evet, bildirir	6,50±2,69	6,08±2,54	5,49±2,55	4,20±2,31	5,02±2,49	4,31±2,28	4,20±2,43	6,17±2,57
Sıklıkla bildirir	5,71±2,72	5,67±2,30	5,43±2,35	4,24±2,25	5,29±2,45	4,71±2,45	4,19±2,37	6,05±2,53
Bazen bildirir	4,57±2,37	4,29±1,79	3,71±2,43	3,14±2,11	3,71±2,05	3,29±2,28	3,57±2,37	4,00±2,00
Hiçbir zaman bildirmiyor	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)
F/p	1,527/0,210	1,473/0,225	1,443/0,233	0,689/0,560	0,943/0,422	1,121/0,343	0,600/0,616	2,036/0,112
Hastanın muayeneye gelebilecek durumda olmasına rağmen muayeneye gelmeden ilaç/rapor yazmasını rica ettiğinde hastayı görmeden reçete/rapor yazma durumu								
Her zaman ^a	7,50±1,22	7,00±1,26	6,67±1,36	6,00±2,44	6,33±2,25	5,67±2,87	5,17±2,63	6,83±0,98
Sıklıkla ^b	6,70±2,49	7,00±1,76	6,50±1,95	5,30±1,94	6,10±1,66	5,80±2,15	5,20±1,87	6,70±2,16
Bazen ^c	6,24±2,71	5,96±2,51	5,35±2,56	4,13±2,32	4,99±2,42	4,18±2,23	4,01±2,37	6,13±2,48
Hiçbir zaman ^d	6,10±2,89	5,48±2,66	5,05±2,66	3,68±2,10	4,58±2,68	4,10±2,30	4,13±2,56	5,65±2,98
F/p	0,548/0,650	1,443/0,233	1,409/0,243	2,839/0,040	1,660/0,179	2,339/0,076	1,066/0,366	0,737/0,532
	-	-	-	a>d	-	-	-	-

F: One Way ANOVA, t: Independent Sample t testi

Aile hekimlerinin sağlık hukuku eğitimi ve sağlık hukuku ile ilgili diğer özelliklerinin sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılmıştır. Hastalardan enjeksiyon, evlilik raporu vb durumlarda aydınlatılmış onam alma durumu ile Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu; Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları; Hukukun temel kavramları; Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları; Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu; İlaç hukuku; Kişisel sağlık verilerinin korunması konuları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Bu konularda sıklıkla aydınlatılmış onam alan katılımcıların öz yeterlilik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası'nı düzenli olarak yaptıırma durumu ile "Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları" arasında öz yeterlilik puan ortalamalarının karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası' nı düzenli yaptııran katılımcıların öz yeterlilik puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Hastanın muayeneye gelebilecek durumda olmasına rağmen muayeneye gelmeden ilaç/rapor rica ettiğinde hastayı görmeden ilaç/rapor yazma durumu ile hukukun temel kavramaları konuları arasında öz yeterlilik puan ortalamalarının karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11: Aile hekimlerinin okuduğu kanunlar ve sağlık hukuku eğitimi ile ilgili özelliklerinin sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik puan ortalamaları ile karşılaştırması

	Tıp etiği	Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu	Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları	Hukukun temel kavramları	Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları	Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu	İlaç hukuku	Kişisel sağlık verilerinin korunması
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Hekimlerin okuduğu kanunlar*								
1982 Anayasası	7,87±2,32	7,48±2,21	7,17±2,14	5,48±2,08	6,30±2,09	5,52±2,33	5,35±2,44	7,04±2,14
Devlet Memurları Kanunu	7,14±2,07	6,93±2,00	6,65±1,94	5,25±2,08	5,98±2,02	5,35±2,22	5,00±2,36	6,88±2,08
Türk Ceza Kanunu	7,38±2,94	7,13±2,65	7,06±2,69	5,75±2,51	6,25±2,62	5,56±2,75	5,13±2,68	6,81±2,48
Aile Hekimliği Kanunu	7,11±2,23	6,86±1,91	6,52±1,96	4,97±1,97	5,98±2,09	4,98±2,01	4,97±2,25	6,97±2,17
Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun	7,73±2,49	7,07±2,15	7,27±2,25	5,67±2,25	6,67±2,52	5,93±2,40	5,87±2,26	7,00±2,23
Tıbbi Deontoloji Tüzüğü	7,50±2,19	7,04±1,96	7,04±2,06	5,15±2,13	6,38±2,31	5,65±2,41	5,19±2,66	7,15±2,05
Tababet Uzmanlık Yönetmeliği	6,52±3,16	6,39±2,48	6,35±2,47	4,78±2,21	6,09±2,52	5,48±2,44	4,78±2,64	6,43±2,31
Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği	6,88±2,25	6,50±1,99	6,09±2,23	4,74±2,18	5,57±2,20	4,81±2,20	4,54±2,37	6,73±2,19
Hiçbirini okumamış	4,36±3,03	3,93±2,66	3,21±2,25	2,50±1,66	3,07±2,29	2,75±1,95	2,86±2,17	4,32±3,03
Sağlık hukuku ile ilgili verilen eğitimin daha yeterli olması için yapılması gerekenler*								
Tıp eğitimi süresince sağlık hukuku eğitimleri eklenmeli	6,28±2,74	5,90±2,52	5,44±2,52	4,13±2,23	5,00±2,50	4,34±2,30	4,23±2,40	5,98±2,62
Mezuniyet sonrası sürekli eğitim programları düzenlenmeli	6,26±2,55	6,00±2,39	5,53±2,45	4,24±2,32	5,10±2,45	4,65±2,39	4,32±2,46	6,14±2,39
Mesleki kuruluşlar bu konu ile ilgili üyelerini bilgilendirmeli	6,75±2,59	6,39±2,29	6,03±2,33	4,92±2,23	5,68±2,50	4,99±2,35	4,94±2,47	6,68±2,43
Hukuk ve tıp fakülteleri arasında ortak dersler verilmeli	7,50±1,73	7,08±2,06	6,67±1,87	5,33±2,57	6,33±2,57	5,75±2,45	5,25±2,66	6,92±1,88
Hukuk, tıp ve etik dersleri entegre edilerek birlikte verilmeli	6,33±2,81	5,86±2,52	5,38±2,53	4,18±2,27	4,99±2,61	4,42±2,38	4,49±2,50	6,07±2,73
Sağlık hukuku alanında düzenlenen ulusal ve uluslararası konferanslar düzenlenmeli, katılımın teşvik edilmesi	7,44±2,45	6,33±1,73	5,56±2,18	4,22±1,92	5,00±2,06	3,67±1,73	3,89±2,52	6,33±2,23
Sağlık hukuku alanında düzenlenen eğitim programları düzenli olarak gözden geçirilmeli, güncellenmeli ve geri bildirim alınmalı	6,26±2,71	5,88±2,37	5,12±2,50	4,29±2,39	5,38±2,37	4,26±2,51	4,09±2,75	6,15±2,40
Online eğitim programları ve dijital kaynaklar kullanılmalı	6,62±2,51	6,23±2,29	5,75±2,37	4,16±2,20	5,02±2,33	4,46±2,21	4,34±2,19	6,54±2,20

*Birden fazla katılımcı, Ort.: ortalama (mean) değeri, SS: Standart Sapma

Aile hekimlerinin okuduğu kanunlar ve sağlık hukuku eğitimi ile sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyine göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında hiç kanun ve yönetmelik okumayan hekimlerin öz yeterlilik düzeyi puan ortalamaları en düşük puan ortalamasına sahiptir.

Katılımcılara sağlık hukuku ile ilgili verilen eğitimin yeterli olması için yapılması gerekenlerin neler olduğu sorusuna “tıp ve hukuk fakülteleri arasında ortak dersler verilmeli” cevabının puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 11).



5. TARTIŞMA

Aile hekimleri, her yaş grubundan ve her hastalık grubundan hastalarla sıkı temas halindedirler. Hastalarının uzun yıllar tanı, tedavi ve takip sürecini yönetir ve hastaların her an ulaşabilecekleri konumdadır. Ayrıca hekimi hastalarına hem koruyucu sağlık hem de poliklinik hizmeti vermektedir. Bu sebepten aile hekimleri çok çeşitli medikolegal durum ve dava /şikayet konularıyla karşılaşma olasılıkları yüksektir.

Ülkemizde cerrahi branş hekimleri medikal malpraktis davalarına daha fazla maruz kalmaktaysa da, “Hasta Hakları” konusunda hastaların bilinç ve farkındalığının artması, aile hekiminin geniş hasta grubuna hitap etmesi ilerleyen zamanlarda dava /şikayet artışları açısından riskli durumdadır. Aile hekimlerin kendilerini koruyabilmeleri ve kendilerini etkin savunabilmeleri için sağlık hukuku konusunda bilinçlenmeli, kendilerini ilgilendiren mevzuat konularına ve güncel bilgilere hakim olmaları gerekir. Sağlık hukuku ile ilgili bilgi sahibi olmak için konu ile ilgili kaynak okumak ve eğitimlere katılmak gerekir. Bizim çalışmamızda bu konuyu destekler nitelikte bulgular elde ettik. Hiç kanun ve yönetmelik okumadığını belirten hekimlerin öz yeterlilik düzeyi puan ortalamaları daha düşük çıkmıştır. Ayrıca kişisel çabalarıyla kongre, seminer ve toplantılara katılan hekimlerin ise öz yeterlilik düzeyi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Bu iki bulgumuzdan hareketle sağlık hukuku eğitimi ve sağlık hukukuyla alakalı okumalar yapmak bu konudaki bilgi ve farkındalık seviyesizi daha da yükselteceğini düşünüyoruz.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirmesinde katılımcıların %36,0’sının 41-50 yaş aralığında, %60,3’ünün erkek, %65,5’inin pratisyen hekim, %38,3’ünün meslekte 0-10 yıldır çalıştığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %63,2’si en az 1 kez soruşturma geçirdiği, %38,2’sinin daha önce görevi ile ilgili 1-3 kez soruşturma geçirdiği, %60,5’inin soruşturma sonucunda cezai yaptırım olmadığı belirlenmiştir.

Mındız’ın çalışmasında katılımcıların %16,9 görevi nedeniyle en az bir kez soruşturma geçirdiği tespit edilmiştir. Soruşturma geçiren 26 kişinin %69,2’si bir

kez, %23,1'i iki kez, %3,8'i üç kez ve %3,8'i beş soruşturma geçirmiştir. Soruşturma geçirenlerin %19,2'si cezai yaptırım almıştır (22). Çetin'in çalışmasında , hekimlerin %20,4'sı görevi nedeniyle soruşturma geçirmiştir. Soruşturma geçirenler en fazla dahili bilimlerde bulunmuştur. Bölümler arasında en fazla soruşturma geçiren aile hekimliği %50 olmuştur (23). Bir başka çalışmada ise katılımcıların %24,9 1-3 kez soruşturma geçirmiş , %1,8 4 kez ve üzeri kez soruşturma geçirdiği bulunmuştur (24). Bizim çalışmamızda soruşturma geçirme yüzdesi mevcut çalışmalardan daha yüksek bulundu. Yapılan çalışmaların sonuçları farklılık göstermekte olup bu alandaki çalışmaların daha dar örneklem üzerinde ve genelde tek merkezde yapılmasından kaynaklanabilir. Ayrıca sağlık hukuku alanındaki literatür yeni gelişmekte olduğundan elde edilen veriler daha dağınık ve tutarsız olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %81,6'sının tıp fakültesinde sağlık hukuku eğitimi almadığı, %55,1'inin çalışma hayatında sağlık hukuku ile ilgili eğitim almadığı belirlenmiştir. Ayvaz A. ve ark. 2018 yılında yaptığı çalışmada hekimlerin %68,7' si tıp eğitimi sırasında hukuki hakları ile sorumlulukları konularında yeterince eğitim almaklarını belirtmişlerdir (25). Benzer şekilde Aygün A. ve ark 2018 yılında yapılan çalışmasında hekimlerin %27' si tıp eğitiminde tıp hukuku ile ilgili almış olduğu eğitimi yetersiz görmüşlerdir. Katılımcıların %63'ü hukuki sorumluluklar ile ilgili meslek içi eğitim almadığını belirtmişlerdir (26). Bizim çalışmamızda bu oranlar yüksek çıkmasının sebebi tek merkezli bir çalışma olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda %89,7'sinin hukuki sorumluluklar konusunda kendisini yeterli bulmadığı belirlenmiştir. 2018 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların %76,6 yasal düzenlemelerden yeterince haberdar olmadıklarını belirtmişlerdir (25). 2018 yılında yapılan farklı bir çalışmada hekimlerin %77' si tıp hukuku ile ilgili bir seminer/toplantıya katılmamış, katılımcıların büyük çoğunluğu tıp hukuku ile ilgili basılı yayını hiç okumadığını %37.8 ya da çok az okuduğunu %46.9 ve bilgi kaynağı olarak en sık yazılı ve görsel medya kaynaklarını %44.3 kullandıklarını belirtmişler (26). Bu çalışmalardan hareketle hekimlerin hukuki sorumlulukları konusunda kendilerini yeterli görmemeleri sonucu şaşırtıcı değildir. Neredeyse 4 hekimden 3'ü meslekleriyle alakalı yasal düzenlemelerden haberdar olmadıklarını belirtmiş (25) ve yine her 4 hekimden 3 ü tıp hukukuyla alakalı toplantı ve seminere katılmadığını

ifade etmiştir (26). Bilgi edinme yollarından okuma oranları oldukça düşük çıkmış ve güvenilir olmayan bilgi edinme yolu olan yazılı ve görsel medya kaynaklarını %44.3 kullandıkları belirlenmiştir (26). Yine aynı şekilde 2008 yılında Tokat'ta hekimlere yapılan çalışmada katılımcıların %60'ı yasal düzenlemeler ile ilgili yeterli bilgileri yoktu. Katılımcılar tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgilerini %22,2'si kongre ve sempozyum etkinliklerinde, %20,4 meslektaşlarından ve %8,3 tıp eğitimi sürecinde öğrendiklerini söylemişlerdi (27). Bu çalışmayla kıyaslandığında geçen zamana nazaran hekimlerin kendilerini yeterli görme yüzdeleri azalmamakta hatta artma eğilimi göstermektedir. Hekimlerin ifade ettikleri bilgi edinme yolları da düşünüldüğünde ise güvenilir bilgi edinme yollarının yüzdesinin oldukça düşük olduğunu görmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların %97,8'inin medikal malpraktis dava/şikâyet sayısında artış olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. 2016 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların %95,4'ü medikal malpraktis dava sayısının arttığına inandığını (28) ve 2021 yılında yapılan bir çalışmada ise hekimlerin %93,5'i medikal malpraktis davalarında artış olduğunu düşünmektedir (29). Bizim çalışmamızda da tespit edilen bu oran, son yıllarda yapılan bu çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların %58,9'unun sağlık hukuku eğitimi medikal malpraktis dava sayısını kısmen azalttığını düşündüğü belirlenmiştir. Sağlık sistemi hasta, hekim ve idare arasındaki ilişkiden oluşmaktadır. Buradaki herhangi bir aksaklık hasta nezdinde hekimi potansiyel suçlu göstermekte ve dava/şikâyet ise genelde hekim adına yapılmaktadır. Ancak şu da bilinen bir gerçektir ki hekimin sağlık hukuku bilmesi dava/şikâyet konularında daha dikkatli olmasını sağlayacaktır. Bu sebepten gerek hak ve sorumluluklarını bilmesinden kaynaklı tıbbi müdahalesinin hukuki sınırlara göre uygulayacak gerekse dava/ şikâyet konularında kendini daha etkili savunmasını sağlayacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların %79,4'ünün hastaya müdahalede bulunurken hukuka uygunluk açısından endişe taşıdığı belirlenmiştir. Geçmiş yıllarda yapılan bir çalışmada katılımcıların %63 tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarını kısmen

biliyordu (26). Bu anlamda hekimlerin bilgi eksikliği tıbbi müdahalede bulunurken endişe duymalarına sebep olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların %75,0'inin medikal malpraktis dava/şikayet durumlarının tıbbi müdahalelerde kendisini defansif tıp uygulamalarına yönelttiği belirlenmiştir. Ayvaz A ve ark. yaptığı çalışmada hekimlerin %75,7 sağlık hukuku ile ilgili davalardaki artışın “defansif hekimliği” beraberinde getirdiğini belirtmiştir (25). Yıldırım ve ark. yaptıkları çalışmada katılımcıların %69,7'si medikal malpraktis nedeniyle tıbbi müdahalede çekinik davrandıklarını belirtmişlerdir (27). Bu çalışmalarda medikal malpraktis yapma endişesi ve bu bakımdan dava/şikayet edilme durumu hekimleri defansif tıp uygulamalarına yöneltmiş olup çalışmamızda da benzer oranlar bulunmuştur. Başka bir çalışmada acil servis hekimlerinin %86'sı medikal malpraktis nedeniyle çekinik davrandığını belirtmiştir (26). Bu çalışmada çekinik davranan hekimlerin yüzdesinin yüksek çıkmasının sebebi ise acil servis gibi riskli ve dava/şikayet durumlarının yüksek olduğu bir branş olmasından kaynaklanabilir.

Ayrıca aile hekimleri açısından bakıldığında 2016 yılında aile hekimlerine yönelik yapılan çalışmada aile hekimlerinin hasta muayene süresi 6–8 olduğu bulunmuştur. Hekimlerin hasta sayısındaki artışla orantılı olarak daha fazla hasta şikayetiyle karşılaştıklarını ve defansif tıp uygulamalarında artış olduğunu saptanmıştır (30).

Artan hasta sayısı muayene süresini kısaltmakta bu da hastayı yeterli ve doğru değerlendirmeye engel olmakta ve hasta memnuniyeti azalmakla beraber dava/şikayet durumunun artmasına sebep olmakta dava/şikayet endişesi taşıyan hekimler defansif tıba yönelmektedir. Bazı defansif tıp uygulamaları çözüm olmamakta ve hatta sağlık sisteminin yükünü artırmakta ve dolaylı olarak hasta dava/şikayet durumunu daha da körüklemektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %90,4'ünün medikal malpraktis davalarındaki yargılama sürecinde komplikasyon-medikal malpraktis ayrımının net olarak yapılamadığını belirtmiştir. Konya'da 2016 yılında yapılan bir çalışmada “Komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapılamadığını düşünüyor

musunuz? “sorusuna katılımcıların % 29,5 i “kesinlikle evet “ , % 50,9 “evet” %12,7 “kararsız” cevabını vermiştir (28). Bu durumda katılımcıların büyük çoğunluğu % 80,4’ü ” evet “minvalinde cevap vermiştir. Bizim çalışmamızda bu oran daha yüksek çıkmıştır. Yapılan çalışma ve bizim çalışmamız arasında geçen zaman düşünüldüğünde katılımcıların fikri değişmiş olabilir.

Çalışmamızda aile hekimlerinin %48,5’inin hastalardan enjeksiyon, evlilik raporu vb. durumlarda sıklıkla aydınlatılmış onam aldığı belirlenmiştir. Acil serviste yapılan çalışmada katılımcıların %58 duruma göre bazen aydınlatılmış onam aldığı belirlenmiştir (26). Bizim çalışmamızda aydınlatılmış onam alma oranının düşük çıkma sebebi aile hekimliğinin daha az riskli branş olarak görülmesi ve/veya aydınlatılmış onam alma konusundaki bilgi ve farkındalık eksikliğinden kaynaklanabilir. Ayrıca benzer soruları soran başka çalışmalara rastlanmamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %94,9’unun Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mesleki ve Mali Sorumluluk Sigortası’nı düzenli olarak yaptırdığı belirlenmiştir. 2021 yılında yapılan bir çalışmada hekimler “*Hekimlerin Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası*“ sorgulandığında %8,3’ü hiç , %14,8’i birkaç yıldır , %67,1’i devamlı yaptırdığını ve %9,7’si halen sigortasının olmadığını belirtmiştir(29). Aile hekimlerine yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %89,5’inin zorunlu hekimlik sigortası yaptırdığını belirtmiştir. Hekimlerin muayene sayısı arttıkça, haklarındaki şikayet sayısı da anlamlı şekilde artmıştır. Zorunlu hekimlik sigortası yaptıрма oranının, son yılda içinde şikayet edilen aile hekimlerinde anlamlı şekilde yüksek olduğu gözlemlenmiştir (30). Bu çalışmalar ve bizim çalışmamızdan hareketle hekimlerin dava/şikayet sayısındaki artıştan kaynaklanan bir farkındalıklarının olduğunu gözlemliyoruz. Ancak mevcut “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mesleki ve Mali Sorumluluk Sigortası” yaptıрма oranları ve hala yaptırmayan hekimlerin varlığı bize bir kısım hekimin bilgi ve farkındalık düzeylerinin hala yeterli olmadığını göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %78,7’sinin muayene sırasında hastanın adli bir olaya karıştığından şüphelenildiğinde adli makamlara bildirdiği belirlenmiştir. 2022 yılında yapılan bir çalışmada hekimlerin %88,3’ü , hastanın adli bir olaya

karıştığından şüphelendiğinde adli makamlara bildireceğini belirtmişlerdir(22). 2018 de yapılan bir çalışmada bu oran %89,5 olarak bulunmuştur (23). Bizim çalışmamızda ise adli makamlara suçu bildirme yükümlülüğü önceki çalışmalara göre daha düşük çıkmıştır. Çalışmamıza katılan hekimlerin adli olabilecek olaylarda hekimlerin suçu ve suçluyu bildirmeme suçunu işleme ihtimaline daha açık olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %58,8'inin hastanın muayeneye gelebilecek durumda olmasına rağmen muayeneye gelmeden ilaç/rapor yazmasını rica ettiğinde hastayı görmeden bazen reçete/rapor yazdığı belirlenmiştir. Mındız'ın 2022 yılında yaptığı çalışmada hekim arkadaşın ricasıyla reçete düzenleme sorusu şu şekilde sorulmuş “Bir arkadaşınız çok hasta olduğu için polikliniğe gelemeyen babası için ilaç yazmanızı rica ediyor hastayı görmeden uzaktan tedavi düzenler misiniz ?” sorusuna katılımcılarına %33,1 “evet” cevabı vermiştir (22). Çetin'in 2018 yılındaki çalışmasında bu oran %59,4 bulunmuştur (23).

Hastayı görmeden uzaktan reçete yazma durumu farklı çalışmalarda değişkenlik gösterse de Mındız ve Çetin'in çalışmasında hekim arkadaşının ricasıyla reçete düzenlenmesi soruluyor (22,23) . Hekimler meslektaşlarının sözlü ifadesine güvenip sahte evrak düzenlese bile dava/şikayet konusu olabileceğini unutmamalıdır. Bizim çalışmamızda ise aile hekimlerinin tanıdığı ve sürekli takip ettiği hastası olmasından dolayı hastayı görmeden ilaç/rapor düzenleme yüzdesi daha yüksek çıkmış olabilir. Bu konuda aile hekimleri daha rahat davranıyor olabilirler ancak unutulmamalıdır ki özellikle hasta yakınları çoğunlukla hastasının çok hasta, yatağa bağımlı, yaşlı veya hizmete uzak bölgede ikamet etmesi nedeniyle bu talepte bulunmaktadırlar. Bu konuda aile hekimlerinin daha dikkatli davranması gerektiğini vurgulamamız gerekir. Aile hekimlerinin uzaktan reçete yazma yetkisi vardır ancak oldukça sınırlı bir kapsamdadır. Hakeri'ye göre reçete düzenlemek , hekimin hastasını muayene ederek gerekli gördüğü ilacı önermesi anlamındadır. Dolayısıyla, reçete düzenlenmeden önce hastanın muayene edilmiş olması gereklidir. Ancak bu durum çok sınırlı bir alanda yumuşatılabilir. Örneğin, bir aile hekiminin ev ziyareti yaptığı yatağa bağımlı hastasını evinde bizzat muayene edip, reçetesini ertesi gün düzenlemesi ve reçeteyi hasta yakınına vermesi de mümkündür. Reçetenin aynı gün düzenlenmesi gibi bir zorunlulukta bulunmaktadır (1) Burada da ifade edildiği üzere aile hekimi çok sınırlı

bir alan dışında uzaktan reçete yazamaz. 2022 yılında yapılan başka bir çalışmada hekim hakları, cezai sorumluluklar ve temel hukuk konularında bilgi soruları sorulmuş ve doğru cevap yüzdeleri elde edilmiştir. Sahte rapor vermenin cezası konusunda katılımcıların %37'si , Zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası yaptırmamanın cezasını katılımcıların %47,3'ü bilgi sahibiydi. Doktorların cezai sorumlulukları kapsamında sorulan bu sorular düşük yüzde ile doğru cevaplanan sorular arasında bulunmuştur (24). Bu durum bize hekimlerin sağlık hukuku kapsamındaki bazı tutum ve davranışlarının hukuka uygun olmamasının sebebi olarak sağlık hukuku bilgi ve eğitim düzeyinin düşük olmasının etkisinin büyük olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların %69,1'inin Aile Hekimleri Uygulama Yönetmeliği'ni okuduğu belirlenmiştir. Katılımcılar aile hekimi olduğundan aile hekimleri uygulama yönetmeliği okuma oranı diğerlerinden daha yüksek bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %91,2'sinin sağlık hukuku eğitiminin daha yeterli olması için tıp eğitimi süresince sağlık hukuku eğitimleri eklenmesi gerektiğini ifade ettiği belirlenmiştir. 2023 yılında tıp ve hukuk son sınıf öğrencileriyle bir çalışma yapılmış 4 tıp fakültesi öğrencisinden 3'ü tıbbi malpraktis konusunda kendini yetersiz değerlendirmiş, 10 hukuk fakültesi öğrencisinden 6'sı bu alanda kendini yetersiz olarak değerlendirmiştir (31). Benzer durum uzmanlık öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmada da gözlenmiştir. Hekim hakları eğitimi alan katılımcıların 4/5'i, hasta hakları eğitimi alanların 3/4'ü aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu değerlendirmiştir (32).

Kumral ve Özdeş'in çalışmasında ise on hekimden yaklaşık yedisinin tıbbi malpraktisle alakalı meslek öncesi eğitimin yeterli olmadığı görüşündedir (33).

Sağlık hukuku eğitimi hekimler tarafından meslek öncesi ve sonrası dönemde yeterli bulunmamaktadır. Bu bağlamda bizim çalışmamızda katılımcılar tıp eğitimine sağlık hukuku eğitiminin eklenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu yetersizlik hissi aynı şekilde tıp ve hukuk fakültesi öğrencilerinde, uzmanlık eğitimi alan öğrencilerde ve her kesimden çalışan hekimlerde de mevcuttur. Tıp eğitimi süresinde ve mezuniyet sonrası eğitimlerde sağlık hukuku eğitime yer verilmesi hekimin hukuki hak ve sorumluluklarının farkındalığı açısından yararlı olacaktır. Hekimler hukuku

terimlere ve terminolojiye hakim olmadıkları için üniversite ve sonrasında meslek hayatında bu konuyu kendileri telafi etmeye çalışıyorlar lakin gerek hukuki terminoloji ve işleyişe hakim olamadıklarından gerekse çalışma yoğunlukları sebebiyle bu konuya yeterince zaman ayıramayıp (34) hak ve sorumlulukları bakımından kendilerini etkili bir şekilde ifade edemiyor olabilirler. Bir çalışmada tıp ve hukuk fakültesi öğrencilerinin tıbbi malpraktis bilgi düzeyleri karşılaştırılmış ve hukuk fakültesi öğrencileri tarafına anlamlı fark bulunmuştur. Bu fark hukuk fakültesi öğrencilerinin hukuk terimlerine aşina olması ve sağlık hukuku eğitimi almalarının sebep düşünülmüştür (31). Derhem'in hekimlere yaptığı bir çalışmada hukukun temel kavramlarının sorgulanmış ve sorulara verilen doğru yanıtları çok düşük bulunmuştur (35). Hekimlerin bu konudaki bilgi yetersizliğini destekler niteliktedir

Çalışmamızda aile hekimlerinin sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyleri puan ortalamalarının dağılımı değerlendirildiğinde tıp etiği puan ortalamasının en yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun sebebinin ise, tıp fakültesi eğitimi süresinde alınan tıp etiği ve deontoloji derslerinin tıp fakültesi müfredatında uzun yıllardan beri verildiğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Eğitim alınan alanlarda bilgi ve farkındalık düzeyinin arttığını ve hekimlerin kendilerini daha yeterli gördüğünü düşünüyoruz. Derhem'in çalışmasında hekim hak ve sorumlulukları ile ilgili meslek içi eğitim alanların bilgi düzeyleri daha yeterli bulunmuştur (35). Bu çalışmayla birlikte eğitim arttıkça bilgi ve farkındalık düzeyi artacaktır. hekimler de kendilerini daha yeterli olarak değerlendirebilecektir.

Çalışmamızda aile hekimlerinde sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları öz yeterlilik düzeyi puan ortalaması arttıkça hukukun temel kavramları öz yeterlilik düzeyi puan ortalamasının da arttığı belirlenmiştir. Burada katılımcılara sorduğumuz kavramların birbirini etkilediğini görmekteyiz.

Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ile sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırmasında 20-30 yaş ve 51-60 yaş aralığında olan katılımcılar “ tıp etiği ” konusunda kendini yeterli bulma durumu

arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Tıp etiği dersi tıp fakültesi derslerinde uzun yıllardan beri düzenli olarak verilmesinden kaynaklı olabilir.

Katılımcıların Tıp etiği; Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu; Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları; Hukukun temel kavramları; Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları; Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu; İlaç hukuku; Kişisel sağlık verilerinin korunması ile cinsiyet değişkenleri arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık erkek cinsiyet lehine olup katılımcıların büyük çoğunluğunu %60,3'ünü erkek cinsiyet oluşturduğu için olabilir.

Katılımcıların unvan değişkeni ile Tıp etiği; Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu; Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları; Kişisel sağlık verilerinin korunması konusundaki öz yeterlilik puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık pratisyen hekim ve asistan hekim olma durumu arasında anlamlıdır. Bizim çalışmamızda katılımcılardan %8,8 'ini aile hekimi uzmanları oluşturmakta olup azınlıkta bulunduğu için olabilir. Katılımcıların meslekte çalışma süresi ile Tıp etiği ve Kişisel sağlık verilerinin korunması konusu arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık tıp etiği konusu ile meslekte 11-20 yıl ve 31 yıl ve üzeri çalışması arasında ; Kişisel sağlık verilerinin korunması konusu ile 0-10 yıl arası çalışanların 11-20 yıl arası çalışanlarla; 11-20 yıl arası çalışanlar ve 31 yıl ve üzeri çalışanlar arasında anlamlılık göstermektedir.

Aile hekimlerinin sağlık hukuku özellikler ile sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırmasında çalışma hayatında sağlık hukuku eğitimi alma durumu ile Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu konusunda anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Bu farklılık hiç eğitim almayanlar ve kişisel çaba ile eğitim alanlar arasında anlamlı olduğu gözlenmiştir. Çalışma hayatında sağlık hukuku ile ilgili eğitim alma durumu puan ortalamaları tüm konulara bakılıp değerlendirildiğinde kişisel çaba ile eğitim alanlar her konuda en yüksek öz farkındalık puan ortalamasını almıştır. Bu öz yeterlilik puanlamasında katılımcılar kendi çabalarıyla eğitim aldığında kendileri daha yeterli bulmuşlardır. Bu bulgumuz sağlık hukuku alanında eğitim alma durumu ile öz yeterlilik düzeyi arasında doğru orantı olacağını ve eğitimin önemini bize göstermektedir.

Katılımcıların görevi ile ilgili soruşturma geçirme durumu ile Tıp etiği; Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu; Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları ; Hukukun temel kavramları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu anlamlı farklılık hiç soruşturma geçirmeyenler ile 4 ve daha fazla soruşturma geçirenler arasında olduğu gözlenmiştir. Ayrıca 4 ve daha fazla soruşturma geçirenlerin tüm konularda öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tekrarlayan soruşturma durumlarında hekimler kanun, yönetmelikler ve hukuki işleyişi yakından takip ettikleri için dolaylı yoldan bir öğrenme gerçekleşmektedir.

Katılımcıların soruşturma sonucunda cezai yaptırım olma durumu ile Tıp etiği; Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu; Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları; Hukukun temel kavramları; İlaç hukuku; Kişisel sağlık verilerinin korunması konuları arasında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu farklılık cezai yaptırım alanlar lehine olup tüm konularda öz yeterlilik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Soruşturma ve cezai süreçlerin hekimlerin öğrenme sürecini kısaltıp daha kalıcı bir öğrenme sağladığını düşünüyoruz.

Katılımcıların hukuki sorumluluk konusunda kendini yeterli bulanlar ile Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları; Hukukun temel kavramları; Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları; Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu korunması konuları arasında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Katılımcıların bu konularda öz yeterlilik puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır.

Aile hekimlerinin sağlık hukuku eğitimi ve sağlık hukuku ile ilgili diğer özelliklerinin sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılmasında hastalardan enjeksiyon, evlilik raporu vb. durumlarda aydınlatılmış onam alma durumu ile Hasta hakları ve hekimin sorumluluğu; Sağlık çalışanlarının hukuki, idari ve cezai sorumlulukları ; Hukukun temel kavramları ; Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları ; Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu ; İlaç hukuku; Kişisel sağlık verilerinin korunması konuları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Bu konularda sıklıkla aydınlatılmış onam alan katılımcıların öz yeterlilik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mesleki ve Mali Sorumluluk Sigortası'nı düzenli olarak yaptırma durumu ile "Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları" arasında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mesleki ve Mali Sorumluluk Sigortası' nı düzenli yaptıran katılımcıların "Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları" konusunda öz yeterlilik puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Hastanın muayeneye gelebilecek durumda olmasına rağmen muayeneye gelmeden ilaç/rapor rica ettiğinde hastayı görmeden ilaç/rapor yazma durumu ile hukukun temel kavramaları arasında konuları arasında öz yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Soruya "her zaman" cevabını veren katılımcıların öz yeterlilik düzeyi puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. "Hiçbir zaman" cevabını veren katılımcıların öz yeterlilik puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Burada hukuki farkındalık ve davranış arasında tezat bir durum söz konusudur. Hastayı görmeden ilaç/rapor yazan hekimler her an dava/şikayet veya hukuki bir olaya dahil olma ihtimali yüksektir.

Aile hekimlerinin kanun ve sağlık hukuku eğitimi ile sağlık hukuku kapsamında öz yeterlilik düzeyine göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında hiç kanun ve yönetmelik okumayan hekimlerin öz yeterlilik puan ortalamaları en düşük puan olup oldukça düşük çıkmıştır. Asanoğlu'nun yaptığı bir çalışmada katılımcıların hekim hakları ve cezai sorumlulukları ile ilgili okudukları mevzuatların sayısı incelendiğinde okunan kaynak sayısı ile hekimlerin bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur(24). Benzer şekilde Derhem' in yapmış olduğu çalışmasında en az bir mevzuat okuyanlar ile hiç okumayanlar kıyaslandığında aralarında anlamlı bir fark olduğu ortaya koymuşlardır (35). Bu iki çalışma mevzuat okuma sayısı arttıkça bilgi düzeyinin arttığını göstermektedir. Bizim çalışmamızda ise hiç kanun ve yönetmelik okumayan katılımcıların öz yeterlilik puan ortalamaları oldukça düşük çıkmış ve önceki iki çalışmayla paralel bir sonuç ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda hekimlerin mevzuat okuma oranlarını artırdığımız zaman sağlık hukuku alanında bilgi düzeyleri de artmış olacaktır.

Katılımcılara sağlık hukuku ile ilgili verilen eğitimin yeterli olması için yapılması gerekenlerin neler olduğu sorulduğunda tıp ve hukuk fakülteleri arasında

ortak dersler verilmeli cevabının puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Sağlık hukuku tıp ve hukuk disiplinlerinin terminolojisini de içerdiğinden hekim ya da hukuk mesleği mensuplarının her iki disiplinin işleyiş ve terminolojisini bilme zorunluluğu olduğunu düşünmekteyiz

6.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE ÖZGÜNLÜĞÜ

Çalışmanın tek ilde yapılması nedeniyle evrenini dar olması ve aile hekimlerinin bir kısmının çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Sağlık hukuku alanı hekimler için önemlidir. Ancak hak ettiği değeri bulamamaktadır. Konu ile ilgili literatür genelde hukuk kökenlidir. Tıp kökenli literatür yeni gelişmektedir ve çalışmalar hak ettiği değeri görmemektedir. Çalışmamız aile hekimlerinin sağlık hukuku bilgi ve farkındalık düzeyini ölçen özgün bir çalışmadır. Bu anlamda çalışmamızdaki verilerimizin literatüre katkı sağlaması açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda Tokat ilindeki aile hekimlerinin sağlık hukuku konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi için bir anket çalışması gerçekleştirdik. Hekimlerin sağlık hukuku bilgi ve farkındalık düzeyleri yeterli değildi. Hekimlerin meslek öncesi ve meslek sırasında sağlık hukuku eğitimleri alma durumu da yeterli değildi. Hekimlerin büyük çoğunluğunun hukuki sorumluluklar konusunda kendisini yeterli bulmadığı ve hastaya müdahalede bulunurken hukuka uygunluk açısından endişe taşıdığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların neredeyse tamamına yakını medikal malpraktis dava/şikâyet sayısında artış olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Çalışmaya katılan her 4 hekimden 3'ü medikal malpraktis dava/şikâyet durumlarının kendisini defansif tıp uygulamalarına yönelttiğini belirtmiştir.

Çalışmamızda aile hekimlerinin bir kısmı hukuki anlamda sorun teşkil edebilecek davranışlarda (aydınlatılmış onam almama, hastayı muayene etmeden ilaç ve rapor yazma, hekimlik sigortası yaptırmama gibi) bulunduğu ve bu davranışların büyük çoğunluğunun bilgi ve farkındalık eksikliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Ayrıca hekimler arasında kanun ve yönetmelik okuma durumu da oldukça düşük çıkmıştır. Hatta hiç kanun, yönetmelik okumayan hekimler de mevcuttur. Hiç kanun okumayan hekimlerin öz yeterlilik düzeyi puan ortalamaları en düşük çıkmıştır.

Çalışmamıza katılan her 10 hekimden 9'u sağlık hukuku eğitiminin yeterli olması için tıp eğitimi sürecinde sağlık hukuku eğitimlerinin eklenmesi gerektiğini belirtmişler. Bu anlamda yapılması gerekenler nelerdir sorusuna “tıp ve hukuk fakülteleri arasında ortak dersler verilmeli” cevabı en çok verilen cevap olarak bulunmuştur.

Sağlık hukuku eğitimi sürecinde verilen sağlık hukuku derslerinin yeterli olmadığı veya verilse bile yeterli olmadığı birçok araştırma ile ortaya konmuştur. Mevcut literatür; sağlık hukuku konusunun ve bu alandaki sorunlarının gelişim ve değişim hızının oldukça gerisindedir. Sağlık hukuku konusunda güncel ve düzenli çalışmalar yapılması, bu konuda ilerleme kaydedilmesini sağlayacaktır.

Sağlık hukuku alanındaki eksikliği gidermek için hekimlere bu alanda sistematik ve güncel eğitimler verilmelidir. Hekimlerin kendilerini koruyabilmek için hukuki anlamda da bilgi ve farkındalıklarının olması elzemdir. Mevcut durumda ise, eğitim yetersizliği açısından sağlık hukuku alanındaki bilgi ve farkındalık eksikliğini kendi kişisel çabalarıyla gidermeli ve hukuki sınırlarda mesleğini icra etmeye özen göstermelidir.



8.KAYNAKLAR

- 1.Hakeri:, H., Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı , 2. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2022.
2. WONCA Avrupa Aile hekimliği Tanımı / Genel Pratisyenlik disiplininin özellikleri (Son Erişim Tarihi: Ekim 2024)
https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf
3. Türk Dil Kurumu Sözlükleri “tıp” terimi tanımı internet erişimi
<https://sozluk.gov.tr/> (son erişim tarihi: Ekim 2024)
4. Devellioğlu F. Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lügat: Aydın Kitabevi; 1984. 453p.
5. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrası Dair Kanun (1928:1219) Resmi gazete: [14/4/1928 Sayı : 863]
URL:<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3>. (son erişim tarihi: Ekim 2024)
6. Hasta Hakları Yönetmeliği
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (son erişim tarihi: Ekim 2024)
7. Hakeri:, H., Tıp Hukuku, 10. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2015
8. TTB Hekimlik Meslek Etik Kuralları
https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf (son erişim tarihi: Ekim 2024)
9. Yüksel, C., Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik, Yüksek Lisans Tezi, Kadir Has Üniversitesi. Retrieved from URL: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>.
10. Dijck VG. Assessing the defensive practices concern in tort law: Bridging the gap between empirical analysis and doctrinal reasoning. Tilburg Law School Research Paper. 2013;(12).
11. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, ve ark. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA. 2005;293(21):2609–17.
12. Kessler D, McClellan M. Do doctors practice defensive medicine? Q J Econ. 1996;111(2):353–90.

13. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (1960: 4/12578) Resmi gazete: [19.2.1960, No: 10436] URL: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf>. (son erişim tarihi: Ekim 2024)
- 14 . Türk Ceza Kanunu (2004:5237) Resmi gazete: [12/10/2004 Sayı :25611] URL:<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>. (son erişim tarihi: Ekim 2024)
15. Tababet Uzmanlık Yönetmeliği (1974: 14873) Resmi gazete: [22/05/1974, No: 14893] URL: <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/14667/0/1974pdf.pdf>. (son erişim tarihi: Ekim 2024)
16. Hakeri H., Bir hekim günde kaç hastaya bakmak zorundadır? Medimagazin, 2007.
17. Özcan, Z. And Pılan, Z. 2023. WITHIN THE FRAMEWORK OF LEGAL REGULATIONS AND JURISDICTIONS THE RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE DOCTOR TO THE PATIENT. *Fides Hukuk Dergisi* , no.6 , 1-16.
18. Koç S. Yasal düzenlemeler çerçevesinde hekim sorumluluğu. *Türkderm* 2007;41:33-8.
19. Aile Hekimliği Kanunu
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5258&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5#:~:text=Madde%206%2D%20Aile%20hekimleri%20ve,ve%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20idaresinin%20denetimine%20t%C3%A2bidir.> (son erişim tarihi: Ekim 2024)
- 20.T.C.ANAYASASI
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (son erişim tarihi: Ekim 2024)
21. Devlet Memurları Kanunu (1965: 657), Resmi Gazete: (23/07/1965, Sayı: 12056) URL: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.657.pdf>.
22. Mındız U , Zonguldak bülent ecevit üniversitesi asistan hekimlerinin tıp hukuku ve mevzuatına göre sahip oldukları hak ve sorumlulukları hakkındaki bilgi ve tutumları, uzmanlık tezi 2022

23. Çetin E. Hekimlerin Tıp Hukuku ve Mevzuatlar Hakkında Bilgi Düzeyi ve Davranışları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. Retrieved from <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/2018>.
24. Asanoğlu Ö, Şahin M , Dikici M, “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerin Mevzuata Göre Sahip Oldukları Haklar ve Cezai Sorumlulukları Konusunda Bilgi Düzeyleri “ Fırat Tıp Dergisi/Firat Med J 2024; 29(2): 80-85
25. Ayvaz A ve ark. ” Kamu kurumlarında çalışan hekimlerin sağlık hukukuna bakışının değerlendirilmesi.” Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku ve Tarihi Dergisi. 2018;26(2):49-56.
26. AYGÜN A, KARABACAK V, IŞIK H “ Acil servis hekimlerinin tıbbi hukuki sorumlulukları hakkında bilgi, tutum ve davranışları” Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2018;20(3):321-328
27. Yıldırım A ve ark. “Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları “ Cumhuriyet Tıp Derg 2009; 31: 356-366
28. Özata M, Özer K, Akkoca Y, Konya İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif(Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Gümüşhane Üniversitesi SağlıkBilimleri Dergisi.2018; 7(1): 132-139.
29. Budak H, “Tekirdağ ilinde görev yapan hekimlerin hekim sorumluluğu malpraktis ve defansif tıp konuları hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi” uzmanlık tezi 2021
30. Mutlu H, Mutlu H, Ankaralı H “Hasta Şikayetlerinin Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Davranışına Etkisi: İkincil Mağdurlar Aile Hekimleri mi? “ Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi, Eylül 2019; Cilt 24, Sayı 3
31. Asanoğlu Ö, Şahin M, “Tıbbi malpraktis olguları hakkında mezuniyet öncesi tıp ve hukuk fakültesi öğrencilerinin görüşlerinin değerlendirilmesi”, J For Med 2023;37(3):131–142 , <https://doi.org/10.61970/adlitip.2023.1362131> (son erişim tarihi: Ekim 2024)
32. Temürkol S.C, Kaya A. “Uzmanlık öğrencilerinin hekim hakları konusundaki bilgi düzeylerine ilişkin öz değerlendirmeleri”
Ege Tıp Dergisi / *Ege Journal of Medicine* 2023; 62 (3): 418-431

33. Kumral B, Özdeş T. Tekirdağ ilindeki hekimlerin tıbbi uygulama hatalarına (malpraktis) bakışı ve değerlendirmeler. Int J Basic Clin Med. 2013;1(2):83–93.
34. Teke HY., Alkan HA, Başbulut AZ, Cantürk G, Tıbbi Uygulama Hataları ile ilgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı ve Bilgilenme Düzeyi: Anket Çalışması. Türkiye Klinikleri J Foren Med 2007, 4:61-67.
35. Derhem B. Hekimlerin Mevzuata Göre Sahip Oldukları Haklar ve Cezai Sorumlulukları Konusunda Bilgi Düzeyi ve Davranışları Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Retrieved from [URL:https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/2015](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/2015). (son erişim tarihi: Ekim 2024)



9. EKLER

9.1. Anket Formu

EK 1. TEZ SORULARI

Sayın Katılımcı;

Bu anketin amacı, Tokat ilinde aile hekimliğinde çalışan aile hekimleri ve üniversite hastanesinde çalışan aile hekimliği asistanlarının Sağlık Hukuku bilgi ve farkındalık düzeyini ölçmeyi amaçlamaktayız. Araştırma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Aile Hekimliği bünyesinde yürütülmektedir.

Anketteki her soruyu işaretlemenizi önemle rica ederiz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı içtenlikle teşekkür ederim.

Araştırma Yöneticisi
Dr.Öğr.Üyesi Ufuk ÜNLÜ
Arş.Gör.Büşra AYASUN

BİRİNCİ BÖLÜM (Sosyodemografik)

1-Yaşınız?

- 1)20-30 yaş arası
- 2)31-40 yaş arası
- 3)41-50 yaş arası
- 4)51-60 yaş arası

2- Cinsiyetiniz ?

- 1) Erkek 2) Kadın

3- Mesleki ünvanınız nedir?

- 1) Aile Hekimliği Uzmanı 2) Pratisyen Hekim 3)Asistan Hekim

4-Meslekte kaçınıcı yılınız?

- 1) 0- 10 yıl arası
- 2) 11-20 yıl arası
- 3) 21-30 yıl arası
- 4) 31 ve sonrası

İKİNCİ BÖLÜM (Sağlık Hukuku Eğitimi)

5- Tıp fakültesi eğitimi sürecinizde sağlık hukuku hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

6- Çalışma hayatınız boyunca sağlık hukuku ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- 1) Hayır
- 2) Çalıştığım kurumda zorunlu mesleki eğitimler aracılığıyla
- 3) Kişisel çabalarım ile katıldığım seminer ,toplantı ve kongreler aracılığıyla

7- Daha önce göreviniz ile ilgili kaç kez soruşturma geçirdiniz?

- 1) Hiç 2) 1-3 kez 3) 4 ve daha fazla

8- Eğer soruşturma geçirdiyseniz herhangi bir cezai yaptırımla karşılaştınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

9) Mesleğiniz ile ilgili hukuki sorumluluklarınız konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

10-Medikal Malpraktis dava/şikayet sayısında artış olduğuna düşünüyor musunuz?

- 1) Evet
- 2)Hayır

11-Sağlık hukuku eğitimi medikal malpraktis dava sayısını azaltır mı?

- 1)Evet
- 2)kısmen
- 3)Hayır

12-Hastaya herhangi bir tıbbi müdahalelerde bulunurken hukuka uygunluk açısından(medikal malpraktis açısından dava/şikayet) endişe taşıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2)Kısmen
- 3)Hayır

13- Medikal malpraktis dava/şikayet durumları tıbbi müdahalelerinizde sizi defansif (çekinik) tıp uygulamalarına itiyor mu?

- 1) Evet
- 2) Kısmen
- 3) Hayır

14- Medikal malpraktis davalarındaki yargılama sürecinde komplikasyon- medikal malpraktis ayrımının net olarak yapılabildiğini düşünüyor musunuz?

- 1)Evet
- 2)hayır

15-Hastalarınızdan enjeksiyon,evlilik raporu.. vb durumlarda aydınlatılmış onam alıyor musunuz?

- 1)Her zaman
- 2)Sıklıkla
- 3)Bazen
- 4)Hiçbir zaman

16-Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortanızı düzenli olarak yaptırıyor musunuz?

- 1)Evet ,düzenli yaptırırım
- 2)Düzensiz olarak yaptırırım
- 3)Hayır, hiç yaptırmadım

17- Muayene sırasında hastanızın adli bir olaya karıştığından şüphelenirseniz olayı adli makamlara bildirir misiniz?

- 1)Evet, bildiririm
- 2)Sıklıkla bildiririm
- 3)Bazen bildiririm
- 4)Hiçbir zaman bildirmem

18- Herhangi bir hastanız muayeneye gelebilecek durumdayken muayeneye gelmeyip ilaç yazmanızı ve/veya rapor yazmanızı rica etse hastayı görmeden reçete veya rapor düzenler misiniz?

- 1)Her zaman
- 2)Sıklıkla
- 3)Bazen
- 4)Hiçbir zaman

19-Aşağıdakilerden hangisini/hangilerini okuduğunuzu işaretleyiniz. (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ 1982 Anayasası
- ☐ Devlet Memurları Kanunu
- ☐ Türk Ceza Kanunu (TCK)

Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Sorumluluğu										
İlaç Hukuku										
Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması										

