

T.C

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ ALMAKTA OLAN KLİNİK BRANŞ
ASİSTAN HEKİMLERİNİN DEFANSİF TIP UYGULAMA
TUTUMLARI İLE MEDİKAL MALPRAKTİS TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Arş. Gör. Dr. Alperen Kasımhan ÜNLÜER

TRABZON - 2025

T.C

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ ALMAKTA OLAN KLİNİK BRANŞ
ASİSTAN HEKİMLERİNİN DEFANSİF TIP UYGULAMA
TUTUMLARI İLE MEDİKAL MALPRAKTİS TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Arş. Gör. Dr. Alperen Kasımhan ÜNLÜER

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Vildan ÖZER

TRABZON - 2025

ÖNSÖZ

İhtisasım boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, yurt içinde ve dışında desteğini hep yanımda hissettiğim, tez yazımı benden çok önemseyen, gösterdiği değerle beni hep destekleyen tez danışmanım, hocam, ablam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Vildan ÖZER'e,

Asistanlık sürecinde tecrübesiyle yol gösteren, gerek hastanede gerek sosyal hayatta değerli varlığını hep hissettiğim anabilim dalı başkanımız saygıdeğer Doç. Dr. Yunus KARACA'ya, akademik yol göstericiliği ve örnekliğinin yanında bir ağabey olarak gördüğüm değerli Doç. Dr. Sinan PASLI'ya, hastane içinde verilen mücadelelerin yanında afet bölgelerinde de birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli Dr. Öğr. Üyesi Melih İMAMOĞLU'na, asistanlığında kıdemlim, sosyal hayatımda sırt sırta verdiğim arkadaşım, hocam olarak örnek aldığım değerli Dr. Öğr. Üyesi Abdul Samet ŞAHİN'ne,

Kendilerinden eğitim alma fırsatı bulmaktan kıvanç duyduğum, her zaman vizyonlarında faydalanmaya devam edeceğim değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Abdulkadir GÜNDÜZ, Doç. Dr. Özgür TATLI, Doç. Dr. Aynur ŞAHİN'e saygılarımı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Veri toplama sürecimden asistanlığın bitimine yanımda olan, her türlü kurs ve kongrede yoldaşım olan değerli arkadaşlarım Dr. Songül KURŞUN'a, Uzm. Dr. Seyran Sakine NAS'a ve uzaklardan her ihtiyaç duyduğumda yardımlarını aldığım Uzm. Dr. Ceren SELİM'e, Uzm. Dr. Özlem BÜLBÜL'e,

Tez döneminde sosyal destekleriyle beni yalnız bırakmayan Dr. Samed UYAN'a, Dr. Fatma UYAN'a ve dünya tatlısı biricik oğullarına, Dr. İbrahim GÜNAYDIN'a, Uzm. Dr. Tacettin KARAMAN'a, Dr. Ayşe DEMİRTAŞ'a, Dr. Yunus Emre YILMAZ ve

ailesine, Uzm. Dr. Mustafa UZUN’a, değerli arkadaşlarım Emrullah KAYA, Zeynep KAYA ve yeğenlerim saydığım oğullarına

Bireyselliğin düşünölemeyeceği acil serviste her türlü zorluğun üstesinden beraber geldiğimiz, birbirimizden çok şey öğrendiğimiz, omuz omuza nöbetlerimizi tamamladığımız, şimdi acil tıp uzmanı olan abilerim, ablalarım ve arkadaşlarıma, acil tıp asistanı olan çalışma arkadaşlarıma, diğer branştaki uyum içinde çalıştığımız meslektaşlarıma, acilde birbirimizi tamamlayıcı olduğumuz hemşire, paramedik, acil tıp teknisyeni ve diğer ekip üyelerimize,

Bu zorlu süreçte, doğumumdan beri iyi-kötü her günde yanımda olan, varlıkları bana güç veren, beni bu günlere getiren biricik anneme ve babama, her zor anımda bana nefes olan ablalarım, kardeşlerim, eniştem ve canımdan öte yeğenlerime

Namütenahi şükranlarımı arz ederim.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin defansif tıp tutumları ile tıbbi hatalara yönelik tutumlarının, asistanlık süresi, branş ve demografik özellikler bağlamında incelenmesi amaçlandı. Ayrıca defansif tıp tutumları ile tıbbi hata tutumları arasındaki olası ilişkinin ortaya konması hedeflendi.

Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel tipteki bu çalışma, klinik branşlarda görev yapan 185 asistan hekim ile gerçekleştirildi. Veriler, Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği ve Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ölçeği kullanılarak toplandı.

Bulgular: 185 katılımcının yaş ortalaması 29,0 yıl olup %52,4'ü erkekti. Asistan hekimlerin defansif tıp tutum puan ortalaması 3,32 ($\pm 0,70$) olup pozitif defansif alt boyut ortalaması 3,47, negatif defansif alt boyut ortalaması 3,04'tü. Yaş, cinsiyet, medeni durum, asistanlık süresi (kıdem) ve branş gruplarına göre defansif tutum ve tıbbi hata tutum puanlarında anlamlı farklılık görülmedi (tümü için $p > 0,05$). Tıbbi hata algısı alt boyutu ile defansif tıp tutumu arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir korelasyon bulundu ($r \approx 0,29$, $p < 0,01$). Tıbbi hata yaklaşımı alt boyutu ile defansif tıp tutumu arasında ise negatif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($r \approx -0,18$, $p < 0,05$). Diğer THTÖ alt boyutları (genel tutum ve hata nedenleri) ile defansif tutum puanları arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmedi.

Sonuç: Bulgular, asistan hekimlerin tıbbi hatalara dair farkındalığının genel olarak olumlu olduğunu ancak defansif tıp davranışlarının halen yaygın biçimde sürdüğünü göstermektedir. Klinik ortamlarda hatanın cezalandırıcı bir süreç olarak algılanmasının hekimleri savunmacı yaklaşımlara yönelttiği ve hata paylaşımında çekingenliğe neden olarak şeffaflık, güven ve hasta güvenliği kültürünü olumsuz etkileyebildiği görülmüştür. Bu nedenle hatalara karşı cezalandırıcı değil, öğrenmeye dayalı bir yaklaşım benimsenmesi; tıp eğitimi sürecinde tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konularında yapılandırılmış eğitim programlarının uygulanması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Defansif Tıp, Tıbbi Hata, Medikal Malpraktis, Asistan Hekim

ABSTRACT

Objective: This study aimed to examine the defensive medicine attitudes and attitudes toward medical errors of resident physicians receiving specialty training at Karadeniz Technical University Faculty of Medicine, in relation to residency duration, specialty field, and demographic characteristics. It also sought to determine the potential relationship between defensive medicine attitudes and attitudes toward medical errors.

Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted with 185 residents working in clinical departments. Data were collected using the *Defensive Medicine Practices Attitude Scale* and the *Attitudes Toward Medical Errors Scale*.

Results: The mean age of the 185 participants was 29.0 years, and 52.4% were male. The mean defensive medicine attitude score was 3.32 (± 0.70), with mean positive defensive and negative defensive subscale scores of 3.47 and 3.04, respectively. There were no significant differences in defensive medicine or medical error attitude scores across age, gender, marital status, years of residency (seniority), or specialty group (all $p > 0.05$). A low positive correlation was found between the *perception of medical errors* subdimension and defensive medicine attitudes ($r \approx 0.29$, $p < 0.01$), while a weak negative correlation was observed between the *approach to medical errors* subdimension and defensive medicine attitudes ($r \approx -0.18$, $p < 0.05$). No significant correlations were found between other subdimensions of the Attitudes Toward Medical Errors Scale (general attitude and causes of errors) and defensive medicine scores.

Conclusion: The findings indicate that while resident physicians generally exhibit positive awareness regarding medical errors, defensive medical behaviors remain widespread. The perception of errors as a punitive process in clinical settings appears to drive physicians toward defensive practices, leading to reluctance in error disclosure and undermining transparency, trust, and patient safety culture. Therefore, adopting a learning-oriented rather than punitive approach to medical errors, along with implementing structured educational programs on medical errors and patient safety during medical training, is of great importance.

Keywords: Defensive Medicine; Medical Error; Medical Malpractice; Resident Physician



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tıbbi Hata (Medical Error)	4
2.2 Medikal Malpraktis (Tıbbi Kötü Uygulama).....	6
2.3. Komplikasyon.....	9
2.4. Türkiye’de Tıbbi Kötü Uygulama Davaları ve Araştırmalar.....	10
2.5. Defansif Tıp	11
2.5.1.Pozitif Defansif Tıp	14
2.5.1.1. Türkiye’de Pozitif Defansif Tıp.....	19
2.5.2. Negatif Defansif Tıp	20
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	22
3.1. Araştırmanın Planı	22
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	22
3.3. Verilerin Niteliği ve Toplanması	23
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	24

4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA	48
5.1. Kısıtlılıklar	54
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	55
7. KAYNAKÇA.....	56
8. EKLER.....	65

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

MRG: Magnetik Rezonans Görüntüleme

BT: Bilgisayarlı Tomografi

NHS: Ulusal Sağlık Servisi (*National Health Service*)

NST: Non-Stres Test

ROP: Prematüre Retinopatisi (*Retinopathy of Premature*)

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Tıbbi Hata ve Tıbbi Kötü Uygulama Farkları	7
Tablo 2. Tıbbi Kötü Uygulama ile İlgili Mevzuat	9
Tablo 3. 2005-2021 Yargıtay Kararı İncelemesinde Bilirkişi Raporları Hekime Kusur Bulunma Oranları	11
Tablo 4. Pozitif ve Negatif Defansif Tıp	13
Tablo 5. Araştırmaya Dahil Edilen Hekimlerin Demografik Özellikleri-1 (N=185)	26
Tablo 6. Araştırmaya dahil edilen hekimlerin demografik özellikleri-2 (N=185)	27
Tablo 7. Hekimlerin branş dağılımı	27
Tablo 8. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tanımlayıcı Bulguları	30
Tablo 9. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tanımlayıcı Bulguları-2	31
Tablo 10. Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hatalarına Yönelik Tanımlayıcı Bulguları	33
Tablo 11. Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Puanları	34
Tablo 12. Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hatalarına Yönelik Tutumlarının Sorulara Göre Puanları	35
Tablo 13. Hekimlerin Defansif Tıbbi Yönelik Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Puanları	36
Tablo 14. Hekimlerin Defansif Tıbbi Yönelik Tutumlarının Sorulara Göre Puanları	36
Tablo 15. Cinsiyete Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 16. Medeni Duruma Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 17. Dahili-Cerrahi Branşa Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 18. Branşa Göre Hekimlerin Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanları	40
Tablo 19. Branşa Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik Tutum Puanları	41

Tablo 20. Yaşı Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 21. Hekimlik Yılına Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 22. Hekimlik Yılı ile Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanlarının Korelasyonu	44
Tablo 23. Asistanlık Yılına Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 24. Asistanlık Yılı ile Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanlarının Korelasyonu	45
Tablo 25. Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik Tutum Puanları ile Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanlarının Korelasyonu (Korelasyon katsayıları)	46

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan hayatına dokunan her meslek grubunda olduğu gibi tıp alanında da sosyal ve hukuksal sorumluluklar bulunmaktadır. Bu sorumlulukların olası getirileri, davranışlarımızı şekillendirebilir. Antik Çağ'dan günümüze kadar tıp ve hukuk ilişkisinin terimleri ve örnekleri farklılaşarak, gelişerek yaşamını sürdürmüştür. Mezopotamya'da Babil kralı Hammurabi'nin kanunlarında "Eğer bir cerrah, bir adamın kemiğini keser ya da bir adamın gözünü açarsa ve bu adam ölürse, cerrahın elleri kesilir." ifadesi yer alır. Yine Antik Yunan döneminde Hipokrat'ın "Primum non nocere" (Önce zarar verme) ilkesi günümüzde hala tıbbi etiğin temelini oluşturmaktadır. İslam Medeniyetinde hekimlerin hastalara zarar vermesi halinde "diyet" (tazminat) ödemesi uygulamaları mevcuttur. Benzer örneklere tarihte rastlansa da sistematik olarak "tıbbi hata" ve "medikal malpraktis" kavramları modern çağda önümüze çıkmaktadır. (1-4)

Türk Tabipler Birliği "tıbbi hata" kavramını; hekimin tedavi sürecinde kabul edilen standart uygulamaları yerine getirmemesi, mesleki becerilerde eksiklik yaşanması ya da tedavinin ihmal edilmesi sonucu oluşan zararlar şeklinde tanımlamaktadır (5). Tıbbi hata sonucu her zaman hasta zarara uğramaz, yahut zarar tespit edilemez. Tıbbi hatadan farklı bir terim olan "medikal malpraktis", hastaların zarar gördüğü ve bu zararın tıbbi uygulama yapan hekimin ya da sağlık çalışanının ilgisizliği, yetersiz bilgi düzeyi veya gerekli özeni göstermemesi sonucu ortaya çıktığı durumlar olarak tanımlanmaktadır (6) (3). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl cerrahi branşlarda görev yapan hekimlerin yaklaşık %20'sinin, diğer uzmanlık alanlarının %7'sinin ve aile hekimlerinin %5'inin malpraktis davalarıyla karşı karşıya kaldığı bildirilmektedir. Ayrıca, düşük risk grubundaki uzmanlıklarda çalışan hekimlerin %75'inin 65 yaşına kadar en az bir defa malpraktis davası ile karşı karşıya kaldığı bildirilmektedir. Açılan bu davaların yalnızca %1,6'sında hekimden tazminat talebinde bulunulmakta, talep edilen tazminatların ise yaklaşık %80'i reddedilmektedir (7,8).

Türkiye’de malpraktisle ilgili özel bir yasal düzenleme bulunmamakta olup, davalar Türk Ceza Kanunu ve Borçlar Kanunu hükümleri doğrultusunda değerlendirilmekte ve sonuçlandırılmaktadır. Her ne kadar çoğunlukla hekim lehine kararlar verilse de malpraktis iddialarının artış gösterdiği de gözlenmektedir (7). Bu gelişmeler, sağlık çalışanları arasında malpraktis korkusunun yaygınlaşmasına zemin hazırlamakta ve bu korku, sağlık sistemi üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Örneğin, hekimler tedavi sürecinde ortaya çıkan belirsizlikleri hastalar ve yakınlarıyla daha şeffaf şekilde paylaşmakta ve bilgilendirilmiş onam süreçlerini daha titiz bir şekilde uygulamaktadır. Ayrıca karmaşık vakalarda ileri tetkik isteme, uzman görüşü alma ve ekip halinde karar verme süreçleri de artış göstermektedir (8). Tüm bu bilgilerden hareketle, malpraktis korkusunun hekimlerin tıbbi kayıtları ayrıntılı tutması ve hastaya yapılan işlemler hakkında daha kapsamlı bilgi vermesi gibi olumlu sonuçlar doğurduğu anlaşılmaktadır (7). Ancak, bu korkunun sağlık sistemi üzerinde yarattığı maliyet artışları, hizmetlere erişimin kısıtlanması ve hekimlerin yenilikçi tedavi yöntemlerini uygulama konusunda çekimser davranması gibi olumsuz etkileri de bulunmaktadır (8).

Defansif tıp kavramı, hekimin malpraktis davalarına karşı kendini korumak amacıyla gereksiz tanı ve tedavi yöntemlerine başvurusu veya yüksek risk taşıyan müdahalelerden kaçınması şeklinde tanımlanmaktadır (6). Bu uygulamalar, pozitif ve negatif defansif tıp olarak iki başlıkta incelenmektedir. Pozitif defansif tıpta hekim, tıbbi standartları tam olarak uygulamanın yanı sıra kendini savunmak için ek girişimlerde bulunurken; negatif defansif tıpta yüksek risk algısı nedeniyle hastaya müdahaleden kaçınmakta ve hastayı başka sağlık kuruluşlarına yönlendirmektedir (9). Pozitif defansif tıpta, gereksiz tetkikler ve uzun hasta takibiyle garantici bir davranış söz konusuken; negatif defansif tıpta yüksek riskli hastalardan kaçınılarak sorumluluk almaktan uzak durulmaktadır. Her iki yaklaşımda da temel amaç, malpraktis davalarından korunmaktır. Pozitif defansif tıp uygulamaları daha sık görülse de negatif defansif tıp uygulamalarının da klinik pratikte yaygınlaştığı gözlemlenmektedir. Hekimlerin malpraktis ve tıbbi hata konusundaki bilgi düzeyleri ile tutumlarının defansif tıp uygulamalarını şekillendirdiği

düşünülmektedir (9). Bu nedenle, tıbbi hata oranlarını azaltmak için sağlık çalışanlarının bu konudaki tutumlarının ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi önem taşımaktadır (7).

Uzmanlık eğitime yeni başlayan asistan hekimlerin, deneyim ve bilgi birikimlerinin az olması nedeniyle malpraktis algılarının daha belirgin olduğu ve defansif tıp uygulamalarına daha yatkın oldukları kabul edilmektedir. Bu çalışmada, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin tıbbi hata algıları ile defansif tıp tutumlarının, asistanlık süresi, branş ve demografik özellikler bağlamında incelenmesi; böylece eğitim sürecinde alınabilecek önlemler ve geliştirilebilecek eğitim programları için literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır ve bunun için tıbbi hata tutum ölçeği ve defansif tıp tutum ölçeğinin birlikte uygulanması planlanmıştır. Bu araştırmada, defansif tıp tutumları ile tıbbi hata tutumları arasındaki olası korelasyonun ortaya konulması da amaçlanmaktadır. İki değişken arasında anlamlı bir ilişki saptanması durumunda, defansif tıp uygulamalarının azaltılmasına yönelik stratejiler geliştirmek amacıyla tıbbi hata tutumlarının iyileştirilmesine ilişkin çalışmalar için de bilimsel veri temeli oluşturulmuş olacaktır. Ayrıca asistan hekimlerin branşları ve tıpta uzmanlık eğitiminde geçen sürelerinin bu tutumlara etkisinin ortaya koyulmasının da asistanlık eğitim programının düzenlenmesinde etkili bir yol gösterici olacağı varsayılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıbbi Hata (Medical Error)

Sağlık hizmetlerinin doğası gereği, sunulan bakımın hastaya hiçbir şekilde zarar vermemesi çoğu zaman mümkün değildir. Bu durumda, insanla uğraşılan her meslek grubunda olduğu gibi, en kadim mesleklerden biri olan hekimlikte de hata yapmanın kaçınılmaz olduğu bir gerçektir (10). Tıbbi hata, sağlık hizmeti sunumu sırasında planlanan tedavi süreçlerinin bilinçli veya bilinçsiz olarak hatalı uygulanması, gerekli önlemlerin alınmaması veya yanlış karar verilmesi sonucu hastanın zarar görmesine sebebiyet verebilecek istenmeyen durumlar şeklinde tanımlanır (10,11).

Tıbbi hataların sıklığı ve dağılımı üzerine yapılan incelemeler, belirli klinik branşlarda yoğunlaştığını ortaya koymaktadır. Örneğin, Adli Tıp Kurumu'nun 1990–2000 yılları arasında incelediği 637 dosya içinde, en fazla tıbbi hataya %17,9 oranında kadın doğum branşında rastlandığı belirtilmiştir (8). Benzer şekilde, 2000–2007 yılları arasında Türkiye'de basında yer alan 173 tıbbi hata vakanın incelendiği bir çalışmada, hataların %64,2'sinin doktorlar, %12'sinin ise hemşireler tarafından gerçekleştirildiği, %42,6'sının ise cerrahi uygulamalar yoluyla meydana geldiği saptanmıştır. En sık karşılaşılan hata türleri; önlem eksikliği (%18,2), yanlış tedavi (%17,5), dikkatsizlik (%11,7), yanlış tanı (%10,5) ve hatalı ilaç uygulamaları (%8,6) olup, hataların %63,3'ünün bilgi eksikliği ve mesleki deneyimsizlikten kaynaklandığı ve çalışmaya konu olan hataların yaklaşık yarısının ölümle sonuçlanabildiği bildirilmiştir (12).

Kök nedenlere göre hatalar:

- işe bağlı hatalar,
- ihmale dayalı hatalar,
- uygulama hataları

olarak üç gruba ayrılır.

Türlerine göre ise:

- ilaç hataları,
- cerrahi hatalar,
- tanı hataları,
- sistem yetersizliklerinden kaynaklanan hatalar,
- diğer tıbbi hatalar

şeklinde beş başlık altında incelenmektedir.

Hemşirelik uygulamalarında sık görülen hatalar; bakım standartlarının yetersiz uygulanması, iletişim eksiklikleri, eksik kayıt tutma, izlem ve değerlendirmede yetersizlik ve hasta güvenliğine ilişkin müdahalelerde eksiklikler şeklinde sınıflandırılmaktadır (12).

Tıbbi hatalar nedenlerine göre:

- İnsani kaynaklı ögeler,
- kuruma bağlı ve yapısal faktörler
- teknik yetersizlikler olmak üzere üç ana grupta incelenmektedir. İnsana dair ögeler; dikkatsizlik, eğitimsizlik, iletişim kurmada beceriksizlik ve karar hataları gibi unsurları kapsamaktadır. Kurum kaynaklı nedenler arasında çalışma ortamı organizasyonu, yetersiz yönetim ve hatalı görev dağılımı yer alırken, teknik faktörler; otomasyon eksikliği, yetersiz donanım ve bilgi-işlem sistemlerinin uygun düzenlenmemesini içermektedir. İnsan faktörüne misal vermek gerekirse, günde 8 saatten az çalışan hemşirelerin tıbbi hataya karışma oranı %1,6 iken, 12,5 saatten fazla çalışanlarda bu oran %6'ya çıkmaktadır (11,13).

Tıbbi hataların önlenmesi için, bireysel dikkat kadar sistematik yaklaşım da gereklidir. Ancak uygulama esnasında hataların tespiti ve raporlanması sağlık çalışanları açısından çoğu zaman güçtür. Doktorlar ve hemşireler hataların belirlenmesini zorlaştıran en önemli

etkenlerin mesleki özerklik, disiplinler arası iletişim eksikliği ve teknolojik karmaşıklıklar olduğunu ifade etmişlerdir Bu bağlamda, tıbbi hataların önlenmesi için farklı meslek gruplarının iş birliği ve koordinasyon içinde çalışmaya dayalı yaklaşımları benimsemeleri gerektiği vurgulanmaktadır. Elektronik order sistemlerinin etkin kullanılmasının, yanlış ilaç uygulanmasına yönelik tıbbi hata oranlarını azaltabileceği düşünülmektedir. Tıbbi hatalar bireysel hataların ötesinde, sağlık sisteminin işleyişine, hasta güvenliğine ve toplumun sağlık hizmetlerine duyduğu güvene zarar veren çok boyutlu bir sorundur. Bu durum, sağlık çalışanlarında moral kaybına, hasta ve hekim arasında güvenin zedelenmesine ve sağlık sisteminden memnuniyetsizliğe yol açmaktadır. Tıbbi hataların azaltılması için tıbbi eğitimin belli başlı sorunlara yönelik revize edilmesi, teknolojik altyapının sağlamlaştırılması ve branşlar/meslekler arası ortak hareket etme bilincinin sağlanması gerekmektedir (11-15).

2.2. Medikal Malpraktis (Tıbbi Kötü Uygulama)

Yerli ve yabancı literatürde sık sık birbirinin yerine kullanılsa da “tıbbi hata (medical error)” ile “tıbbi kötü uygulama (medical malpractice)” arasında önemli farklar bulunmaktadır. Tıbbi hata, her zaman bir zarara yol açması gerekmeyen; hekim veya sağlık personelinin bilgi, beceri ya da dikkat eksikliğinden kaynaklanan herhangi bir yanlış uygulamayı ifade eder. Ancak bu hata sonucu mutlaka hastaya zarar oluşmayabilir veya oluşmuş olan zarar tespit edilemeyebilir. Buna karşılık, tıbbi kötü uygulama, hekimin mesleki standartlara uygun olmayan, ihmal veya hatalı davranışı nedeniyle hastada zararın oluştuğu durumu belirtir. (Tablo 1). Başka bir ifadeyle, tıbbi kötü uygulama, tıbbi hatanın hukuki boyutudur ve zarar ortaya çıktığında söz konusu olur. Bu nedenle her tıbbi kötü uygulama bir tıbbi hata iken, her tıbbi hata birer tıbbi kötü uygulama olarak değerlendirilmeyebilir (16,17).

Tablo 1. Tıbbi Hata ve Tıbbi Kötü Uygulama Farkları

Terim	Tanım	Zarar Durumu	Hukuki Durum
Tıbbi Hata	Hekim veya sağlık personelinin bilgi, beceri ya da dikkat eksikliğinden kaynaklanan yanlış uygulamadır.	Zarar oluşabilir veya oluşmayabilir.	Hukuki sonuç doğurmayabilir.
Tıbbi Kötü Uygulama (Malpraktis)	Hekimin mesleki standartlara uygun olmayan davranışı sonucu hastada zararın ortaya çıkması durumudur.	Zarar mutlaka oluşur.	Hukuki sorumluluk doğurur.

Tıbbi kötü uygulamanın tarihsel gelişimine baktığımızda, İngiltere’de 1164 yılında kaydedilen ilk vakalar karşımıza çıkmaktadır. Everad-Hopkins davasında, yanlış ilaç tedavisi nedeniyle bir hekim hastasına para ödemek zorunda kalmıştır (18). 1374 yılında ise Stratton’lu Agness davasında bir doktorun; doktor ile hasta arasındaki tedavi mutabakatına aykırı tedavi yaptığı gerekçesiyle sorumlu tutulup-tutulamayacağı ilk defa hukuki zeminde tartışılmıştır ancak doktorun standartlara uygun hareket edip tedaviyi başaramaması durumunda sorumlu tutulamayacağı karara bağlanmıştır (19). 1871’de yayımlanan “Medical and Surgical Reporter” adlı tebabet mecmuasında yer alan bir vakada, bir hastanın yanlış kaynamış kırığı nedeniyle doktoru şikâyet edeceğini söylemesi üzerine hekim hastanın rızası dışında kloroform kullanarak hastaya yeniden onarıcı tedavi uygulamış, sonrasında doğru tedaviyi alan hasta şikâyetten vazgeçmiştir. İlgili mecmuada hekimin öncelikle müdahale edip sonrasında yasal süreci takip etmesi doğru karşılanmıştır (16,20).

Tıbbi uygulamalar ve hekimin sorumluluğuna ilişkin ilk tartışmalar, İslam hukukunun erken dönem uygulamalarından itibaren karşımıza çıkmaktadır. 10. yüzyıldan sonra ise hekimin sorumluluğu; hastanın rızasının alınması, hekimin mesleğini icra ederken gerekli özen ve dikkat yükümlülüğünü yerine getirip getirmemesi gibi ölçütler belirlenmiş;

olgular bu ölçütler üzerinden değerlendirilmeye başlanmıştır. Tedavi sırasında hastanın rızasının alınması ve bu süreçte hekimin olası zararlarından sorumlu tutulmaması, Osmanlı hukukunda da kabul görmüştür. Avrupa’da bu kavramların gelişimi 17. yüzyıl ve sonrasına denk gelirken, Osmanlı’da onam süreçlerinin 15. yüzyılda mahkeme kayıtlarında yazılı ve şahitli olarak düzenlendiği görülmektedir (21).

1960-1980 yılları arasında tıbbi kötü uygulama iddialarında ciddi artışlar olmuş ve tazminatlar iki katına çıkmıştır. Bu süreçte, doktorların yanlış eylem nedeniyle dava edilmesinden, yapmadıkları eylemler nedeniyle sorumlu tutulmalarına doğru bir değişim yaşanmıştır (16). 44. Dünya Tıp Asamblesi kapsamında Dünya Hekimler Birliği “Tıpta Yanlış Uygulamalar Bildirgesi” yayınlamış, burada tıbbi kötü uygulama (medikal malpraktis), hekimin standart uygulamalardan sapması veya beceri eksikliğinden kaynaklanan zarar olarak tanımlanmıştır. Ancak hekimin, önceden öngörülemeyen kaçınılmaz zararlı sonuçlardan sorumlu tutulamayacağı belirtilmiştir (22). Türk Tabipleri Birliği’nin Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nın 13. maddesinde ise “bilgisizlik, deneyimsizlik veya ilgisizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi” tıbbi kötü uygulama olarak tanımlanmıştır (5).

Hekimin mesleki sorumluluğu; idare hukuku, ceza hukuku ve medeni hukuk kapsamında değerlendirilir (Tablo 2). Ceza sorumluluğunda hem hekimin kusuru hem de bu kusurun doğurduğu zarar şarttır. Ayrıca, tıbbi uygulama hatasında illiyet bağı yani nedensellik bağı zorunludur; yani hekimin hukuka aykırı davranışı ve bu davranışın hastaya Zarar vermesi gerekmektedir (23,24). Kamu kurumlarında görevli hekimler hakkında açılan davalarda ise öncelikle kurum içi soruşturma yapılır. Kusur tespit edilirse, suç duyurusunda bulunulur ve hastalar tazminat taleplerini idareye karşı açabilirler. İdare tazminatı ödedikten sonra hekime rücu davası açabilmektedir. Yargıtay kararları da tarafları kusurları oranında sorumlu tutmaktadır (25).

Tablo 2. Tıbbi Kötü Uygulama ile İlgili Mevzuat

Hukuki Alan	Kapsam	Örnek Yasal Düzenlemeler
İdare Hukuku	Kamu kurumlarında görev yapan hekimlerin, kamu hizmeti kapsamında gerçekleştirdikleri tıbbi uygulamalardan doğan sorumluluk.	1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu
Ceza Hukuku	Hekimin kastı, kusurlu veya ihmalkâr davranışı sonucu hastada zarar meydana gelmesi hâlinde ceza sorumluluğu.	5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu
Medeni Hukuk	Hekimin veya özel sağlık kuruluşunun, sözleşmeye ya da haksız fiile dayalı olarak hastaya verdiği maddi veya manevi zararların tazmini.	4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu, 6098 Sayılı Türk Borçlar Kanunu

2.3. Komplikasyon:

Danıştay kararlarına göre, hekimin bilgi ve beceri eksikliği olmadan, tıbbi standartlara uygun hareket ederken ortaya çıkan olumsuz sonuçlar “komplikasyon” olarak adlandırılır ve bu durumda hekim hukuki sorumluluk taşımaz. Ancak komplikasyonun önlenmemesi veya komplikasyon sürecinin yanlış yönetilmesi tıbbi kötü uygulamaya dönüşebilir. Hastanın komplikasyon riskleri hakkında uygun şekilde bilgilendirilip onam alınması, hekimin sorumluluğunu ortadan kaldırır (1,7,26).

2.4. Türkiye’de Tıbbi Kötü Uygulama Davaları ve Araştırmalar

Türkiye’de tıbbi kötü uygulama davaları son yıllarda artış göstermiştir. 22 Mart 2022 tarihli Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu toplantısında paylaşılan bilgiler göstermiştir ki: 2012-2022 yılları arasında tıbbi kötü uygulama suçlamasıyla 5933 dava açılmış; bunların 1831’i idari yargı tarafından reddedilirken, 178’i kabul edilmiş, 1011 dava ise kısmen kabul edilmiş ve kısmen reddedilmiştir. Mahkemelerce hükmedilen tazminat tutarları toplamda 172 milyon TL olarak belirlenmiş ve bu meblağın maddi tazminat kısmı 94 milyon TL, manevi tazminat kısmı ise 78 milyon TL’yi bulmuştur (27). Açılan davalarda sorumlu tutulan sağlık meslek gruplarına bakıldığında, hekimlerin 4067 dava ile en fazla sorumlu tutulan grup olduğu, ardından hemşirelerin (517 dava), ebelerin (147 dava) ve diğer sağlık personelinin (391 dava) geldiği görülmektedir (27). Yargıtay kararları incelendiğinde, tıbbi kötü uygulama davalarında cerrahi branşların (%77,9) ve dahili branşların (%14,8) en çok davaya muhatap olduğu görülmüştür. Cerrahi branşlar içinde en fazla kadın hastalıkları ve doğum ile genel cerrahi uzmanları dava edilmiştir. Dahili branşlarda ise çocuk hastalıkları branşı önde gelirken, birinci basamak hekimlerinin davaya konu olma oranı %7 olarak tespit edilmiştir (28).

2005-2021 Yargıtay Verileri- Branşlara Göre Davaların Dağılımı:

- Cerrahi Branşlar: %77,9
- Dahili Branşlar: %14,8
- Birinci Basamak Hekimleri: %7

Bilirkişi raporları incelendiğinde, tıbbi uygulamalarda %70,88 oranında kusur bulunmadığı, %23,72 oranında ise kusurlu davranış tespit edildiği görülmüştür. Ceza davalarında ise çoğunlukla beraat kararı verildiği, taksirle öldürme gibi daha az sayıda ceza kararı çıktığı anlaşılmaktadır (Tablo 3)(28). Akademik yayınlarda ise, 2005-2022

yılları arasında Türkiye’de tıbbi hata ve malpraktis konusunda yapılan 300 akademik yayında, en çok katkı hemşirelik alanından gelmiş, cerrahi branşlar ise yayın sayısında daha az yer almıştır. Acil Tıp, KHD ve Genel Cerrahi branşları tıbbi kötü uygulama riskinin en yüksek olduğu gruplar arasında bulunmasına rağmen, bu alanların yayın katkısı görece düşük kalmaktadır (29).

Tablo 3. 2005-2021 Yargıtay Kararı İncelemesinde Bilirkişi Raporları Hekime Kusur Bulunma Oranları

Kusur Durumu	Oran (%)
Kusur Bulunmadı	70,88
Kusurlu Davranış	23,72
Diğer	5,4

2.5. Defansif Tıp

İnsan hayatına doğrudan etki eden mesleklerden biri olan tıp alanında, sosyal ve hukuksal sorumluluklar hekim davranışlarını şekillendirmektedir (30). Defansif tıp kavramı, hekimin temel amacı olan hastanın iyiliğini gözetmek yerine, olası tıbbi hata ve malpraktis davalarından kaçınmak için tedavi ve tetkik süreçlerinde gereksiz veya aşırı önlemler alması şeklinde tanımlanmaktadır (31). Bu davranış biçimi, hekimin hasta yararını ikinci plana iterek, kişisel yasal risklerini azaltmayı önceliklendirmesi anlamına gelir (32).

Defansif tıp kavramının kökeni, tarih boyunca tıp ve hukuk ilişkisinde izlenebilir. Antik Mezopotamya’da Hammurabi Kanunları, cerrahın neden olduğu zararlar için cezalandırılmasını içermekte, Antik Yunan’da ise Hipokrat’ın “Primum non nocere” (Önce zarar verme) ilkesi günümüzde tıbbi etiğin temel taşlarından biri olmaya devam etmektedir (33). Modern anlamda malpraktis ve defansif tıp kavramları ise 20. Yüzyılın ilk yarısında ABD’de ortaya çıkmıştır (34). Defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı coğrafi ve hukuki sistemlere göre farklılık göstermektedir. ABD’de malpraktis davalarının yaygınlığı ve yüksek tazminatlar defansif tıp uygulamalarını artırırken,

Avrupa ülkelerinde davaların daha seyrek ve düşük maliyetli olması bu eğilimi sınırlandırmaktadır. Türkiye’de ise 2005 yılında yürürlüğe giren Yeni Türk Ceza Kanunu’nun etkisiyle cerrahi branşlarda defansif tıp davranışları önemli ölçüde artmış, malpraktis davaları, sosyal medya etkisi ve hukuki güvencelerin yetersizliği nedeniyle hekimler üzerinde baskı oluşmuştur (4,34-36).

Türkiye’de defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı acil servis hekimlerinden aile hekimlerine kadar geniş bir yelpazeye yayılmıştır. Cerrahi branşlarda invaziv işlemlerden kaçınma, gereksiz hastaneye yatış gibi davranışlar görülmektedir (35). Acil servislerde defansif tıp davranışı %90 oranındadır ve hasta yakınlarının etkisi %65 civarındadır (36). Aile hekimlerinde de defansif tıp davranışı benzer düzeylerde görülmekte, hekimin hasta sayısı ve şikayet sayısı arttıkça bu davranış daha da yoğunlaşmaktadır (3).

Defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemine olumsuz etkileri kaçınılmazdır. Gereksiz test ve tedaviler sağlık maliyetlerini artırmakta, bakım kalitesini düşürmekte ve hasta zararına yol açabilmektedir (37,38). ABD’de kamu sağlık sigortası (Medicare) kapsamındaki yaşlı ve engelli hastalara yönelik sağlık harcamalarının defansif tıp davranışlarıyla ilişkisini inceleyen modelleme analizinde, farklı varsayımsal senaryoların önemli mali etkiler yarattığı görülmüştür. Hekimlerin malpraktis korkusunun tamamen ortadan kaldırıldığı durumda harcamalarda %20’den fazla azalma öngörülmüş; bu, kişi başına 2.192 dolar ve toplamda yaklaşık 83 milyar dolarlık bir düşüşe karşılık gelmektedir. Daha gerçekçi kabul edilen senaryoda, hekimlerin yalnızca sınırlı düzeyde malpraktis endişesi taşıdığı varsayılmış ve bu durumda maliyetlerin %14 oranında, yani kişi başına 1.481 dolar (yaklaşık 56 milyar dolar toplam) azaldığı hesaplanmıştır. Son olarak, her hekimin malpraktis korku ve defansif tıp düzeyinin kendi branşındaki en düşük %20’lik grubun düzeyine indirildiği senaryoda %8’lik bir maliyet azalması (kişi başına 858 dolar, toplamda 32 milyar dolar) öngörülmüştür. Bu bulgular, defansif tıp davranışlarının sağlık harcamaları üzerinde kayda değer bir ekonomik yük oluşturduğunu ve bu korkunun azalmasının sistem düzeyinde önemli tasarruf sağlayabileceğini göstermektedir (38). Kimi göstergelere göre, malpraktis sistemlerinin çatışmacı değil

arabulucu mekanizmalara dönüştürülmesi, sağlık çalışanlarının yasal korkularını azaltarak defansif tıbbın önüne geçilmesine ve hasta güvenliğinin artırılmasına olanak sağlayabilir (20)(2). Defansif tıbbın, hekimlerin hasta yararından çok kendi hukuki ve mesleki güvenliklerini önceliklendirmeleriyle karakterize edilen bir davranış biçimi olduğu düşünüldüğünde; hem küresel hem de Türkiye özelinde artan defansif tıp uygulamaları, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini yükseltmekte, kaliteyi düşürmekte ve etik sorunlara yol açmaktadır (30)(39). Bu nedenle, malpraktis sistemlerinin iyileştirilmesi, hekimlerin yasal güvencelerinin artırılması ve sağlık sisteminde bilinçli klinik karar verme süreçlerinin desteklenmesi gerekmektedir. Bu davranış biçimleri incelendiğinde defansif tıbbın pozitif ve negatif defansif tıp olmak üzere iki temel kategoriye ayrıldığı anlaşılmaktadır (Tablo 4) (2,30,37).

Defansif tıp kavramı, artan malpraktis davalarına karşı hekim davranışlarındaki değişimi açıklamak amacıyla ortaya çıkmışken; 1990'lı yıllardan itibaren literatürde negatif ve pozitif defansif tıp olmak üzere iki alt başlıkta ele alınmıştır. Negatif defansif tıp, hekimin riskli vakalardan kaçınma veya hastayı sevk etme gibi geri çekilme davranışlarını; pozitif defansif tıp ise hekimin daha fazla işlem yaparak kendini hukuki açıdan güvence altına alma eğilimini ifade eder. Bu ayrım, defansif davranışların sağlık hizmetine erişim ve hizmet kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmek açısından önem taşımaktadır (30).

Tablo 4. Pozitif ve Negatif Defansif Tıp

Türü	Tanımı	Örnek Uygulamalar
Pozitif (Garanti)	Olası hukuki yaptırımlardan kaçınmak amacıyla tıbbi bakım standardının üzerinde hareket etmek	Gereksiz test ve tetkikler, fazla konsültasyon istemek, gereksiz hastaneye yatış
Negatif (Kaçınma)	Riskli vakalardan veya işlemlerden kaçınarak hekimin kendini koruma amacı	Riskli hastalardan uzak durma, basit prosedürlerle yetinme, cerrahi işlemlerden kaçınma

--	--	--

2.5.1. Pozitif Defansif Tıp

Pozitif defansif tıp, hekimin yalnızca hastanın sağlığı ve iyiliği doğrultusunda değil, aynı zamanda kendini potansiyel hukuki, idari ya da mesleki sorumluluklardan korunma amacıyla klinik karar alması durumudur. Bu tutum, tıbbi gereklilik olmaksızın tetkik, görüntüleme, konsültasyon, yatış ya da ileri sevk gibi uygulamaların tercih edilmesini içerir. Temel motivasyon, olası bir hata durumunda dava edilme ya da hasta şikâyetiyle karşılaşma riskini en aza indirmektir. Pozitif defansif tıp, bu yönüyle tıbbın klinik karar alma sürecinde bilimsel gerekçelerin yanı sıra psikososyal ve hukuki baskıların da etkili hale geldiği bir uygulama biçimini tanımlar (40). Pozitif defansif tıp, doğrudan hasta ile karşılıklı temas içeren aktif tıbbi müdahaleleri kapsar ve bu yönüyle sağlık hizmetlerinin maliyetini artıran, kaynak kullanımını etkileyen bir davranış formudur (30).

Pozitif defansif tıbbın klinik pratiğe yansıyan davranışları arasında en sık karşılaşılanlar; gereksiz laboratuvar tetkikleri isteme, klinik olarak gerekli olmasa da ileri görüntüleme talep etme, sık aralıklarla takip randevusu planlama, gereğinden fazla uzman konsültasyonu isteme ve hastayı hastaneye yatırma gibi işlemlerdir. Bu uygulamaların büyük bir kısmı hastanın güvenliği için gereklilik arz etmese de hekim tarafından olası bir “atlanan tanı” durumunda sorumlu tutulmamak için tercih edilmektedir. Örneğin, Studdert ve arkadaşlarının 2005 yılında ABD’de gerçekleştirdiği 800 hekimi içeren bir araştırmada, katılımcıların %43’ü sıkça pozitif defansif tıba başvurduğunu bildirmiştir (30). Benzer şekilde, 2017’de Berlin ve ark., pozitif defansif tıbbın özellikle acil servislerde, hastane yatışlarında ve doğum uygulamalarında sıklıkla kullanıldığını vurgulamıştır (41). Sıklıkla görülen pozitif defansif tıp davranışları arasında, en başta gereksiz laboratuvar testleri istemek gelir. Studdert ve ark. (2005) ABD’de gerçekleştirdiği araştırmada, hekimlerin %59’u son bir yıl içinde klinik açıdan gereksiz olan görüntüleme yöntemlerine başvurduklarını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada, %52’si

gereksiz laboratuvar testi, %41'i ise ilave uzman konsültasyonu istediğini ifade etmiştir. Ayrıca, pozitif defansif tıp kapsamında yer alan bir diğer davranış, gereksiz konsültasyon istemektir. Klinik olarak gerekmediği halde birden fazla uzman görüşü alınması, sorumluluğu paylaşma ve dava sürecinde yalnız kalmama amacıyla yapılır (30).

Hekimlerin, hastayı merkez almaktan çok hukuki sorumluluktan korunma güdüsüyle “fazladan” tıbbi işlem yapma eğilimi anlamına gelen pozitif defansif tıp kavramının her ne kadar kökenleri daha eskilere uzansa da akademik literatürde belirgin bir şekilde tanımlanması ve tartışılması, tıbbi hataların da ciddi anlamda tartışıldığı 1970-1980li yıllarda başlamıştır. ABD’de özellikle bu yıllarda artan tıbbi malpraktis davaları, hekimlerin karar alma süreçlerinde değişikliklere yol açmıştır. Bunun sonucunda hekimlerin yasal sorumluluğun baskısı altında, tanısal testleri ve görüntüleme yöntemlerini daha sık kullanılmaya başlanması dikkat çekmiştir. Bu dönemde hekimler, tıbbi açıdan gerekliliği tartışmalı olsa da dava açılmasını önlemek için hastaya “fazladan” işlem uygulamayı daha güvenli bir strateji olarak benimsemişlerdir (42). ABD başta olmak üzere birçok ülkede hasta hakları bilincinin artması ve medya organlarında tıbbi hataların sıkça yer bulmasıyla birlikte, pozitif defansif tıp daha da yaygınlaşmıştır. Bu dönemde yapılan çalışmalar, hekimlerin hatalı tanı veya tedavi nedeniyle mesleki ve cezai sonuçlara maruz kalma korkusuyla, hastayı “eksiksiz” değerlendirme refleksi geliştirdiğini göstermiştir (30,43).

Günümüzde pozitif defansif tıp, özellikle gelişmiş ülkelerde “kronikleşmiş” bir hekim davranışı biçimi olarak değerlendirilmektedir. Studdert ve ark. 2005’te ABD’de gerçekleştirdiği çalışmada, hekimlerin %93’ünün en az bir defansif uygulama gerçekleştirdiği, %43’ünün ise düzenli olarak pozitif defansif davranış sergilediği rapor edilmiştir (30). Bu tarihsel süreç, pozitif defansif tıbbın sadece bireysel hekim kararlarıyla açıklanamayacak kadar sistemselsel, kültürel ve hukuki bir olgu olduğunu ortaya koymuştur. Gerek klinik etik açısından gerekse sağlık politikalarının sürdürülebilirliği açısından pozitif defansif tıp, modern tıp pratiğinin kritik değerlendirme alanlarından biri haline gelmiştir. Bu işlemler, çoğunlukla hukuki yükümlülüklerden kaçınmak ya da hasta ve yakınlarının şikâyet ihtimalini azaltmak amacıyla gerçekleştirilir. Pozitif defansif

davranışlar, uygulama biçimleri açısından çeşitlilik gösterse de temelinde “eksik bir müdahale nedeniyle suçlanmamak” kaygısı yatmaktadır (41).

Pozitif defansif tıp, bireysel hekim davranışları olarak başlasa da, zamanla sağlık sistemlerinde ciddi yapısal sonuçlara neden olmuştur. Bu davranış biçimi, klinik kararların tıbbi gereklilikten ziyade hukuki risklerin bertaraf edilmesi amacıyla şekillenmesine yol açar. Sonuç olarak hem hasta memnuniyeti, hem sağlık hizmetlerinin kalitesi, hem de ekonomik sürdürülebilirlik açısından olumsuz etkiler ortaya çıkar (30). Pozitif defansif uygulamaların en doğrudan sonucu, sağlık sisteminin üzerine binen gereksiz mali yüküdür. Özellikle ABD'de yapılan çalışmalarda, yıllık sağlık harcamalarının milyarlarca dolarlık kısmının yalnızca defansif uygulamalara dayalı işlemlerden kaynaklandığı hesaplanmıştır. Örneğin Kessler ve McClellan'ın çalışmasında, savunmacı hekimlik davranışlarının yüksek ek maliyete neden olabileceği belirtilmiştir. Bu ek maliyetler, gereksiz bilgisayarlı tomografi (BT)/magnetic rezonans görüntüleme (MRG) çekimleri, laboratuvar tetkikleri, yatışlar ve uzman görüşleri gibi doğrudan işlem masraflarını içermektedir. Diğer yandan, bu tür uygulamalar zaman ve insan kaynağı gibi az olan sağlık kaynaklarının da yanlış yönlendirilmesine neden olacağı belirtilmiştir (44).

Ekonomik boyutun yanı sıra pozitif defansif tıbbın klinik sonuçlar üzerindeki etkileri de giderek daha fazla tartışma konusu olmaktadır. Gereksiz tetkik ve işlemler, hastalarda anksiyeteyi artırabilmektedir. Yanlış pozitif sonuçlar yeni müdahalelere neden olabilmekte ve iatrojenik zarar riskini yükseltebilmektedir. Örneğin düşük klinik olasılığa sahip bir vakada gereksiz kontrastlı tomografi çekilmesi, böbrek fonksiyonlarını olumsuz etkileyebileceği gibi, rastlantısal bir bulgunun “hatalı yorumlanması” hastayı uzun ve gereksiz tedavi süreçlerine sokabilir. Bu da hem hasta güvenliğini tehlikeye atmakta hem de sağlık sisteminde “yalancı yoğunluk” oluşturmaktadır (40). Bireysel düzeyde ise pozitif defansif tıp, hekimlerin karar verme özerkliğini zayıflatan bir baskı aracı haline gelebilir. Hekimlerin her klinik kararda “ileride sorgulanma” kaygısıyla hareket etmesi, mesleki tükenmişliğe ve anksiyete bozukluklarına zemin hazırlayabilir. Sürekli defansif düşünceyle çalışan hekimlerde tükenmişlik oranları daha yüksektir ve bu durum uzun vadede meslekten uzaklaşma ya da düşük iş doyumuna gibi sonuçlara neden olabilir (6).

Toplumsal düzeyde ise bu davranış biçimi, hasta-hekim ilişkisinin güven temelli yapısını zayıflatmaktadır. Hastalar, yapılan her testin gerçekten gerekli olup olmadığını sorgular hale gelirken, hekimler de hastaları birer “potansiyel şikâyet kaynağı” olarak görmeye başlayabilir. Bu güven erozyonu, sağlık sistemlerinin etik temellerini sarsan yapısal bir probleme dönüşebilmektedir (45). Katz ve ark. acil hekimleri arasında yaptıkları geniş kapsamlı bir araştırmada, defansif uygulamaların yalnızca bireysel değil, kurumsal dinamiklerle de ilişkili olduğunu göstermiştir. Hekimlerin önemli bir kısmı, hastane yönetimlerinin ve sigorta şirketlerinin kendilerini yeterince desteklemediğini düşündükleri için daha temkinli ve korumacı davranmak zorunda kaldıklarını bildirmiştir. Ayrıca hastaların artan beklentileri ve internetten edinilen yanlış bilgiler, hekimleri “gereksiz de olsa işlem yaparak güven kazanma” yönünde motive etmektedir (43).

Pozitif defansif tıp, tüm tıp disiplinlerinde görülmekle birlikte, bazı branşlarda bariz şekilde daha yaygındır. Bu fark, genellikle branşın medikolegal riski, komplikasyon potansiyeli ve klinik kararların subjektifliğinden kaynaklanmaktadır. Literatür, özellikle KHD, acil tıp, genel cerrahi, ortopedi ve anesteziyoloji gibi alanlarda pozitif defansif davranışların yoğunlaştığını göstermektedir (30,43). KHD branşı, pozitif defansif tıbbın en yaygın gözlemlendiği branşların başında gelir. Doğum sırasında gelişebilecek komplikasyonlar, bebekte ya da annede kalıcı hasara yol açma riski taşır ve bu da hekimleri ciddi yasal sorumluluklarla karşı karşıya bırakabilir. Bu nedenle, olası riskleri bertaraf etmek amacıyla sezaryen oranlarının arttığı; gereksiz Non-Stress Test (NST), ultrasonografi gibi tetkiklere yönelindiği veya yatış kararlarının daha kolay verildiği bildirilmektedir (40). Acil tıp ise hızlı karar alma gerekliliği ve vaka çeşitliliği nedeniyle defansif tıp pratiğinin en sık rastlandığı diğer bir bilim dalıdır. Acil servislerde çalışan hekimler, ilk değerlendirmeyi yapan kişi olmaları nedeniyle sıklıkla “bir şeyi atlama” korkusuyla hareket eder. Bu ortamda çalışan hekimlerin, çok sayıda BT ve MRG istemeleri ya da hastaları sadece gözlem amacıyla yatırmaları gibi davranışlara daha sık başvurduklarını göstermiştir (41).

Genel cerrahi ve ortopedi gibi girişimsel branşlar da yüksek medikolegal risk nedeniyle defansif eğilimlere açıktır. Cerrahi işlemlerde yaşanabilecek komplikasyonlar

veya hasta beklentisinin karşılanamaması gibi durumlar, hekimleri daha fazla tetkik yapmaya veya gereksiz yere ileri görüntüleme istemeye yönlendirebilir (46). Anesteziyoloji, hasta ile birebir sürekli teması olmamasına rağmen en riskli alanlardan biri olarak kabul edilir. Anestezi sırasında gelişebilecek ciddi komplikasyonlar nedeniyle, bu alandaki hekimler de genellikle detaylı tetkikler, operasyon öncesi konsultasyonlar ve belgelenmiş rıza süreçleriyle kendilerini korumaya çalışmaktadırlar (46). Tüm bu branşlardaki ortak payda, klinik uygulamanın yüksek belirsizlik içerdiği ve komplikasyon durumunda doğrudan hekimi sorumlu kılabilen bir yapıya sahip olmasıdır. Ayrıca bu alanlarda çalışan hekimlerin daha sık şikâyet edilmesi, malpraktis davalarına konu olmaları ve medya ilgisinin yüksekliği, defansif davranışları besleyen çevresel faktörler olarak öne çıkmaktadır (46).

Pozitif defansif tıp uygulamaları evrensel bir olgu olmakla birlikte, ülkeler arasında bu davranışların yaygınlığı, biçimi ve motivasyonları önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Bu farklar, sağlık sistemlerinin hukuki yapısından mesleki denetim mekanizmalarına, hasta-hekim ilişkilerinin kültürel kodlarından medya etkisine kadar çok katmanlı etkenlerle açıklanabilir (30) (47). ABD, pozitif defansif tıbbın en yoğun yaşandığı ülkelerden biridir. ABD’de yapılan bir çalışmada, hekimlerin %90’dan fazlasının en az bir defansif tıp uygulamasında bulunduğunu, %43’ünün ise sık sık pozitif defansif davranışlar sergilediğini ifade edilmiştir (30). Bu oranların başlıca nedenleri arasında, hasta tarafından doğrudan hekim aleyhine açılan bireysel davaların sıklığı, yüksek tazminat talepleri ve bu davaların sonuçlarının ciddi mesleki kayıplara neden olabilmesi yer almaktadır (47). Buna karşılık İngiltere, merkezi sağlık sistemi (National Health Service (NHS)) sayesinde, hekimin dava yükünü bireysel olarak daha sınırlı şekilde taşıdığı bir modeli benimsemektedir. Bu da pozitif defansif davranışların daha düşük oranlarda görülmesine katkı sağlamaktadır. Ancak yine de NHS içinde çalışan hekimler, klinik rehberlerin dışına çıkmamaya ve tüm işlemleri ayrıntılı belgeleme eğilimine sahiptir (48). Ülkeler arası farklar yalnızca dava sayılarına değil; sağlık politikalarının yapısına, hukuki güvencele, medya etkisine ve kültürel beklentilere de dayanmaktadır. Bu nedenle pozitif defansif tıbbı azaltmak için geliştirilecek politikalar da her ülkenin kendi yapısal özelliklerine göre özelleştirilmelidir (49) .

2.5.1.1 Türkiye’de Pozitif Defansif Tıp

Türkiye’de pozitif defansif tıp, özellikle son yıllar içerisinde artan hasta şikâyet mekanizmaları, hukuki belirsizlikler ve performans dayalı sağlık politikaları nedeniyle giderek daha sık gündeme gelen bir olgu haline gelmiştir. Hekimlerin hem klinik özerkliklerini koruma hem de disiplin süreçlerinden kaçınma amacıyla başvurduğu bu davranışlar, tıp pratiğinin yapısını da önemli ölçüde etkilemiştir (1). Türkiye’de yapılan araştırmalar sayıca daha az olmakla birlikte son yıllarda artış göstermektedir. Banaz’ın 2020 yılında asistan hekimler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun pozitif defansif tıp davranışları sergilediği ve bu davranışların tıbbi hata korkusu ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (1).

Türkiye’de pozitif defansif tıbbın yaygınlaşmasının belki de önemli nedenlerinden biri, performans dayalı ücretlendirme sistemidir. Hekimlerin hasta sayısı ile ilişkilendirilen puan sistemlerine göre değerlendirildiği bu sistem, hasta memnuniyetini önceliklendirmekte; bu da klinik kararlarda hekimlerin daha “risksiz” tercihlere yönelmesine neden olmaktadır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı’nın hasta şikâyetlerinin dijital platformlar üzerinden kolayca iletilebilmesine olanak tanıyan sistemleri ve performans denetimlerine dayalı izleme politikaları, hekimler üzerinde sürekli bir gözlem ve sorgulanma baskısı oluşturmaktadır (50).

Pozitif defansif davranışların Türkiye’de en çok görüldüğü branşlar arasında acil tıp, KHD, çocuk sağlığı ve dahiliye branşı öne çıkmaktadır. Acil servislerde çalışan hekimler, şikâyet riskinin yüksekliği nedeniyle her hastaya BT/MRG istemeye daha meyilli olduklarını belirtmiş; KHD uzmanları ise sezaryen tercihinin önemli ölçüde defansif nedenlere dayandığını ifade etmiştir. Bu alandaki çalışmalar sınırlı sayıda olmasına rağmen, Türkiye’deki pozitif defansif tıp eğiliminin batılı ülkelerle karşılaştırılabilir düzeyde, hatta bazı branşlarda daha da yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, Türkiye sağlık sisteminin yüksek hasta yükü, sınırlı zaman, yoğun idari denetim ve artan mediko-legal kaygılar gibi yapısal faktörlerinden bağımsız düşünülemez. Ayrıca sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının da defansif refleksleri artıran önemli bir unsur olduğu unutulmamalıdır. Türkiye’de pozitif defansif tıp, bireysel tercihlerin ötesine

geçmiş, yapısal ve politik bir davranış örüntüsü haline gelmiştir. Bu bağlamda çözüm arayışları da yalnızca hekim tutumlarını değiştirmeye değil, aynı zamanda sistemin kendisini dönüştürmeye yönelik olmalıdır (1,45).

Pozitif defansif tıbbın bireysel hekim davranışlarının ötesinde, sistemsel ve algısal etkenlerle şekillenen çok boyutlu bir olgu olması, çözüm arayışlarının da yalnızca klinik düzeyde değil, kurumsal ve toplumsal düzeyde ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Literatürde bu bağlamda, özellikle hekimlerin tıbbi hataya dair algılarını dönüştürmeye ve hukuki güvenceleri güçlendirmeye yönelik çeşitli çözüm önerileri yer almaktadır (40,45).

2.5.2. Negatif Defansif Tıp

Negatif defansif tıp, hekimin hastaya yönelik uygun tanı veya tedavi uygulamalarından kaçınması ya da gerekli ancak riskli müdahaleleri yapmaktan imtina etmesi şeklinde tanımlanır. Bu tür uygulamalarda hekim, hukuki sorumluluk üstlenmemek adına hastayı başka bir sağlık kuruluşuna yönlendirebilir, girişimsel işlemlerden kaçınabilir ya da ağır durumdaki hastayı kabul etmeyebilir (30,34).

Negatif defansif tıp uygulamalarının kökeni, modern tıp pratiğiyle birlikte gelişen hukuk sistemiyle doğrudan ilişkilidir. ABD’de 20. yüzyılın ortalarında başlayan yoğun malpraktis davaları süreci, hekimlerin tedavi kararlarını hukukî risklere göre şekillendirmeye başlamasına yol açmıştır. Zamanla bu eğilim yalnızca ABD ile sınırlı kalmamış, farklı ülke sağlık sistemlerinde de gözlemlenmeye başlanmıştır (20,51). Negatif defansif tıp uygulamaları, özellikle cerrahi branşlar, KHD, acil tıp ve ortopedi gibi yüksek riskli alanlarda karşımıza çıkmaktadır. Bu branşlarda çalışan hekimler, potansiyel komplikasyonlar nedeniyle riskli ancak gerekli müdahalelerden uzak durmayı tercih edebilirler. Delice ve ark. acil servislerde yürüttüğü çok merkezli bir çalışmada, hekimlerin ciddi olgularda müdahale etmek yerine hastayı başka merkeze sevk etmeyi tercih ettiği saptanmıştır (36). Bu, tıbbi kararların bilimsel gerekçelerden çok hukuki kaygılarla alınabildiğini göstermektedir (52).

Negatif defansif tıp uygulamalarının temelinde genellikle malpraktis korkusu ve hukuki sorumluluk endişesi yatmaktadır. Türkiye’de yapılan çalışmalar, hekimlerin bu tür davranışlara başvurmalarının nedenleri arasında hukuki süreçlerin belirsizliği, hasta şikayetlerinin kolaylaşması, medyada hekim hatalarının yoğun biçimde gündeme getirilmesi ve yetersiz mesleki destek mekanizmaları olduğunu ortaya koymaktadır (28)(29). Negatif defansif tıbbın bireysel ve sistem düzeyinde ciddi sonuçları bulunmaktadır. Öncelikle, gerekli müdahalelerin yapılmaması hasta sağlığı üzerinde doğrudan olumsuz etkiler yaratır. Örneğin, acil müdahale gerektiren bir hastanın sevk edilmesi zaman kaybına yol açarak mortalite ve morbiditeyi artırabilir. Ayrıca bu tür davranışlar, sağlık hizmetine erişimi zorlaştırmakta ve hasta güvenini sarsmaktadır (48). Sistem düzeyinde ise kaynakların verimsiz kullanımı, sağlık hizmetlerinin aksaması ve hasta memnuniyetinde düşüş gibi olumsuz etkiler gözlenmektedir (31,37). Türkiye özelinde, negatif defansif tıp uygulamaları kamu hastanelerindeki asistan ve genç uzmanlar üzerindeki iş yükünü arttırmakta, bu da deneyim eksikliği nedeniyle daha fazla hata riskini beraberinde getirebilmektedir (9,25). Negatif defansif tıp, hekimlik meslek etiği açısından tartışmalı bir alandır. Hastanın yararını önceleyen tıbbi etik anlayışı ile hekimin kendini koruma güdüsü arasındaki bu gerilim, hem hekim vicdanında hem de hasta-hekim ilişkisinde kırılmalara neden olabilmektedir. Türk Tabipleri Birliği’nin Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, hekimin hastaya karşı sorumluluğunu hukuki kaygılardan bağımsız olarak tanımlamakta; bu anlamda negatif defansif uygulamaların etik temelli bir eleştiriye açık olduğunu göstermektedir (5,32). Yargıtay kararlarına bakıldığında ise hekimin gerekli müdahaleyi yapmaması hukuken kusur sayılmış ve negatif defansif davranışın sorumluluktan kaçınma amacıyla yapılamayacağı vurgulanmıştır (28,53).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Planı

Araştırma tek merkezli, tanımlayıcı ve prospektif klinik bir çalışma olarak planlandı. Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan, etik kurul onayı alındıktan sonra KTÜ Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi'nde eğitim almakta olan asistan hekimler üzerinde yapıldı (Etik Kurul 11.1.2024 Tarih, Onay No: 2023/254). Araştırma KTÜ Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi'nde 12.1.2024-9.10.2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

KTÜ Tıp Fakültesi'nde asistan hekimler; temel tıp bilimleri (Anatomi, Biyofizik, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi, Fizyoloji, Histoloji ve Embriyoloji, Tıbbi Mikrobiyoloji, Tıbbi Biyokimya, Tıbbi Biyoloji, Tıp Eğitimi, Tıp Tarihi ve Etik) ve klinik tıp bilimleri anabilim dallarında eğitim görmektedirler. Klinik tıp bilimlerinden cerrahi tıp bilimlerinde: Anestezi ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Göz Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum (KHD), Kalp ve Damar Cerrahisi, Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları , Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik cerrahi (PRC), Tıbbi Patoloji, Üroloji anabilim dallarında asistan hekimler eğitim görmektedir. Dahili tıp bilimleri kapsamında: Acil Tıp, Adli tıp, Aile Hekimliği, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Göğüs hastalıkları, Halk Sağlığı, İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Nöroloji, Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi, Radyoloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Tıbbi Farmakoloji, Tıbbi Genetik anabilim dallarında asistan hekimler eğitim görmektedir.

Araştırmanın evrenini: KTÜ Tıp Fakültesi Dekanlığına bağlı cerrahi tıp bilimleri ve dahili tıp bilimleri başlıkları altındaki Anestezi ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Göz Hastalıkları, KHD, Kalp ve Damar

Cerrahisi, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji, PRC, Tıbbi Patoloji, Üroloji, Acil Tıp, Adli tıp, Aile Hekimliği, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Göğüs hastalıkları, Halk Sağlığı, İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Nöroloji, Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi, Radyoloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Tıbbi Farmakoloji, Tıbbi Genetik anabilim dallarında eğitim görmekte olan asistan hekimler oluşturmaktadır..

Çalışmaya dahil edilme ölçütleri şu şekildedir:

- Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri ve Dahili Tıp Bilimleri başlıkları altındaki anabilim dallarında asistan hekim olarak eğitim almakta olmak
- Anket formlarını doldurmayı kabul etmek

Çalışmadan dışlanma ölçütleri şu şekildedir:

- Çalışma sürecinde çalışma formatına uygun veri paylaşımı yapmamış olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.3. Verilerin Niteliği ve Toplanması:

Veri Toplama İşlemi: Veri toplanması gerekli kurum izinleri alındıktan sonra KTÜ Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi'nde eğitim almakta olan asistan hekimlere araştırmacı tarafından Google formlar aracı kullanılarak oluşturulan veri toplama formu WhatsApp uygulaması kullanılarak iletildi. Kişilerin kendi fikirlerini tarafsız bir şekilde ifade edebilmeleri adına kimlik bilgilerine yer verilmedi.

Tanıtım Formu: Formda yaş, cinsiyet, medeni durum, asistan hekimlerin çalıştığı kurum ve branşı, asistanlıkta kaçınıcı senesinde oldukları, hekimlikte kaçınıcı senesinde oldukları bilgileri sorgulandı.

Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği (DTUTÖ): Türkçe Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ayşe Başer ve ark. (2014) tarafından yapılan ölçek; pozitif defansif tıp uygulamaları (dokuz madde), negatif defansif tıp uygulamaları (beş madde) ve bilgi düzeyi (dört madde) kısımlarından oluşmaktadır.

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (THTÖ): Ölçek, sağlık profesyonellerinin tıbbi hatalara karşı tutumlarını belirleyebilmek amacıyla Güler ve İntepeler (2013) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, tıbbi hata algısı, tıbbi hata yaklaşımı ve tıbbi hata nedenleri olmak üzere 16 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Toplam ölçek puanı alındıktan sonra elde edilen puan ölçek maddelerine bölünerek ölçeğin puanı elde edilmektedir. Alt boyutların ölçek puan hesapları da aynı şekilde yapılmaktadır. Ölçek puanı 1 ile 5 arasında değerlendirilmekte olup kesme noktası 3'tür. Ölçek puanının 3'ün altında olması tıbbi hata tutumlarının olumsuz, 3 ve üzerinde olması tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğunu gösterir. Her iki ölçek ve Google form üzerinden oluşturulan anket ekte sunuldu.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS 26.0 programı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler sayı ve yüzde, interval değişkenler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak verildi. Bağımsız iki grubun normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, bağımsız üç grubun normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerinin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin birbirleriyle olan korelasyonu Spearman korelasyon testi değerlendirildi. Korelasyon iki sayısal değişken arasındaki ilişkiyi ifade eder. Biri artarken diğerinin de artması veya azalması değişkenler arasında bir korelasyon olduğunu, biri artarken diğerinin ise bazen artıp bazen azalması

aralarında korelasyon olmadığını gösterir. Test sonucunda korelasyon katsayısı (r) elde edilir. “r” -1 ile +1 arasında değer almaktadır. “0-0,3” arası düşük veya önemsiz korelasyon olduğunu, “0,3-0,4” arası düşük-orta derecede korelasyon olduğunu, “0,4-0,6” orta derecede korelasyon olduğunu, “0,6-0,75” iyi derecede korelasyon olduğunu ve “0,75-1” arası mükemmel korelasyon olduğunu gösterir. Negatif değer değişkenlerden birinin artarken diğerinin azaldığını gösterir. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.



4. BULGULAR

Araştırmaya %52,4'ü (n=97) erkek toplam 185 hekim dahil edildi. Hekimlerin yaşları 24-40 arasındaydı ve %44,3'ü (n = 82) 27-29 yaş arasında %38,9'u (n = 72) 30-39 yaş arasındaydı. Hekimlerin %56,8'i (n = 105) bekarı. Hekimlik süreleri 1-13 yıl arasındaydı ve %57,8'inin (n = 107) beş yıldan az, %41,1'inin (n = 76) 5-10 yıl arası hekimlik tecrübesi vardı. Hekimlerin %71,4'ü (n = 132) dahili tıp bilimlerinde, %28,6'sı (n = 53) cerrahi tıp bilimlerinde asistandı. Branşlarda en sık olarak acil tıp (%18,4), dahiliye (%15,7), aile hekimliği (%6,5) ile ortopedi ve travmatoloji (%6,5) vardı. Branşlarında asistanlık süresi 2-6 yıl arasındaydı ve ortalama $4,3 \pm 0,6$ yıl idi. Asistanlıktaki geçirdikleri süre 1-6 yıl arasındaydı ve %57,3'ü (n = 106) iki yıl ve altında süre geçirmişti. Hekimlerin asistanlığa başlamadan önceki hekimlik süreleri %55,7'sinde (n = 103) 0-1 yıl ve %16,2'sinde (n = 30) 1-2 yıl arasındaydı. Katılımcılara ait demografik özellikler Tablo 5 ve Tablo 6'da, katılımcıların branş dağılımları Tablo 7'de gösterildi.

Tablo 5. Araştırmaya Dahil Edilen Hekimlerin Demografik Özellikleri-1 (N=185)

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	88	47,6
	Erkek	97	52,4
Yaş	26 yaş ve altı	30	16,2
	27-29 yaş	82	44,3
	30-39 yaş	72	38,9
	40 yaş ve üzeri	1	0,5
Medeni durum	Bekar	105	56,8
	Evli	80	43,2
Hekimlik yılı	5 yıldan az	107	57,8
	5-10 yıl	76	41,1
	10 yıldan fazla	2	1,1
Branş	Dahili tıp bilimleri	132	71,4
	Cerrahi tıp bilimleri	53	28,6

Asistanlık yılı	2 yıl ve altı	106	57,3
	2 yıl üstü	79	42,7
Asistanlık öncesi hekimlik süresi	0-1 yıl	103	55,7
	> 1-2 yıl	30	16,2
	> 2-3 yıl	17	9,2
	> 3-4 yıl	16	8,6
	> 4 yıl	19	10,3

Tablo 6. Araştırmaya dahil edilen hekimlerin demografik özellikleri-2 (N = 185)

	Ort	SS	Min	Maks
Yaş (yıl)	29,0	2,7	24,0	40,0
Hekimlik süresi (yıl)	4,1	2,1	1,0	13,0
Branştaki toplam asistanlık süresi (yıl)	4,3	0,6	2,0	6,0
Mevcut asistanlık süresi (yıl)	2,5	1,4	1,0	6,0

Tablo 7. Hekimlerin branş dağılımı

	Sayı	Yüzde
Acil tıp	34	18,4
Dahiliye	29	15,7
Aile Hekimliği	12	6,5
Ortopedi ve Travmatoloji	12	6,5
Genel cerrahi	7	3,8
Kardiyoloji	7	3,8
Göğüs Hastalıkları	6	3,2
Pediyatri	6	3,2
Plastik ve Rekonstrüktif Estetik Cerrahi	6	3,2

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları	5	2,7
Halk sağlığı	5	2,7
Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi	5	2,7
Tıbbi Farmakoloji	5	2,7
Radyoloji	4	2,2
Tıbbi Genetik	4	2,2
Üroloji	4	2,2
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	3	1,6
Beyin cerrahi	3	1,6
Çocuk cerrahisi	3	1,6
Nöroloji	3	1,6
Psikiyatri	3	1,6
Tıbbi Mikrobiyoloji	3	1,6
Adli tıp	2	1,1
Göğüs cerrahisi	2	1,1
Göz Hastalıkları	2	1,1
Kadın Hastalıkları ve Doğum	2	1,1
Kalp ve damar cerrahisi	2	1,1
Radyasyon Onkolojisi	2	1,1
Tıbbi Patoloji	2	1,1
Dermatoloji	1	0,5
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	1	0,5

Hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik bulguları Tablo 8’de gösterildi. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum” sorusuna en sık (%25,4) “çok katılıyorum” cevabı verildi. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim

ilaçların çoğunu yazıyorum” sorusuna en sık (%28,6) “çok katılıyorum” cevabı verildi. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum” sorusuna en sık (%32,4) “çok katılıyorum” cevabı verildi. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum” sorusuna en sık (%33,0) “hiç katılmıyorum” cevabı verildi. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum” sorusuna en sık (%31,4) “çok katılıyorum” cevabı verildi. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum” sorusuna en sık (%39,5) “çok katılıyorum” cevabı verildi. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum” sorusuna en sık (%30,3) “orta derecede katılıyorum” cevabı verildi. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum” sorusuna en sık (%40,5) “çok katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” cevabı verildi. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum” sorusuna en sık (%37,8) “tamamen katılmıyorum” cevabı verildi. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum” sorusuna en sık (%31,9) “orta derecede katılıyorum” cevabı verildi. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum” sorusuna en sık (%27,0) “hiç katılmıyorum” cevabı verildi. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum” sorusuna en sık (%28,1) “orta derecede katılıyorum” cevabı verildi. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum” sorusuna en sık (%28,6) “orta derecede katılıyorum” cevabı verildi. “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımın tedirginlik hissediyorum” sorusuna en sık (%43,2) “tamamen katılıyorum” cevabı verildi.

Tablo 8. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tanımlayıcı Bulguları

	Hiç Katılmıyorum		Az katılmıyorum		Orta derecede katılmıyorum		Çok katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum	26	14,1	37	20,0	44	23,8	47	25,4	31	16,8
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum	26	14,1	27	14,6	41	22,2	53	28,6	38	20,5
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın geliştirebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum	11	5,9	26	14,1	44	23,8	60	32,4	44	23,8
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum	61	33,0	45	24,3	50	27,0	19	10,3	10	5,4
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum	17	9,2	23	12,4	38	20,5	58	31,4	49	26,5
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum	5	2,7	14	7,6	24	13,0	73	39,5	69	37,3
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum	15	8,1	29	15,7	56	30,3	52	28,1	33	17,8
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum	4	2,2	9	4,9	22	11,9	75	40,5	75	40,5
9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum	9	4,9	8	4,3	29	15,7	69	37,3	70	37,8
10. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum	37	20,0	36	19,5	59	31,9	26	14,1	27	14,6
11. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum	50	27,0	36	19,5	49	26,5	30	16,2	20	10,8

12. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum	31	16,8	39	21,1	52	28,1	41	22,2	22	11,9
13. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum	40	21,6	31	16,8	53	28,6	43	23,2	18	9,7
14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum	9	4,9	13	7,0	28	15,1	55	29,7	80	43,2

“Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?” sorusuna %94,6’ı (n = 175) hayır, “Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna %96,8’i (n = 179) evet, “Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?” sorusuna %83,2’si (n = 154) evet, “Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” sorusuna %68,1’i (n = 126) evet cevabı verdi. Hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tanımlayıcı bulguları-2 Tablo 9’da gösterildi.

Tablo 9. Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tanımlayıcı Bulguları-2

	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
15.Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?	10	5,4	175	94,6
16.Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	179	96,8	6	3,2
17.Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	154	83,2	31	16,8
18.Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?	126	68,1	59	31,9

“Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.” sorusuna en sık (%44,3) “kararsızım” cevabı verildi. “Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.” sorusuna en sık (%46,5) “katılmıyorum” cevabı verildi. “Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır” sorusuna en sık (%54,1) “tamamen katılıyorum” cevabı verildi. “Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.” sorusuna en sık (%37,3) “kararsızım” cevabı verildi. “Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.” sorusuna en sık (%40,0) “katılıyorum” cevabı verildi. “Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.” sorusuna en sık (%47,6) “kararsızım” cevabı verildi. “Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.” sorusuna en sık (%78,4) “tamamen katılıyorum” cevabı verildi. “Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.” sorusuna en sık (%33,5) “kararsızım” cevabı verildi. “Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.” sorusuna en sık (%90,3) “tamamen katılıyorum” cevabı verildi. “Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.” sorusuna en sık (%37,8) “kararsızım” cevabı verildi. “Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.” sorusuna en sık (%57,8) “tamamen katılıyorum” cevabı verildi. “Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.” sorusuna en sık (%60,5) “tamamen katılıyorum” cevabı verildi. “Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.” sorusuna en sık (%26,5) “tamamen katılıyorum” cevabı verildi. “Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.” sorusuna en sık (%34,6) “kararsızım” cevabı verildi. “Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmaktadır.” sorusuna en sık (%37,8) “katılıyorum” cevabı verildi. “Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.” sorusuna en sık (%42,7) “katılıyorum” cevabı verildi ve tüm bu bulgular Tablo 10’da gösterildi.

Tablo 10. Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hatalarına Yönelik Tanımlayıcı Bulguları

	Hiç Katılmıyorum		Kısmen Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	32	17,3	55	29,7	82	44,3	11	5,9	5	2,7
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	4	2,2	9	4,9	38	20,5	86	46,5	48	25,9
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır	3	1,6	4	2,2	17	9,2	61	33,0	100	54,1
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	39	21,1	53	28,6	69	37,3	21	11,4	3	1,6
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	5	2,7	15	8,1	56	30,3	74	40,0	35	18,9
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	9	4,9	36	19,5	88	47,6	47	25,4	5	2,7
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	2	1,1	2	1,1	10	5,4	26	14,1	145	78,4
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	10	5,4	32	17,3	62	33,5	44	23,8	37	20,0
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	2	1,1	0	0,0	1	0,5	15	8,1	167	90,3
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınıyorum.	31	16,8	51	27,6	70	37,8	21	11,4	12	6,5
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	6	3,2	2	1,1	17	9,2	53	28,6	107	57,8
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	2	1,1	3	1,6	16	8,6	52	28,1	112	60,5
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	17	9,2	30	16,2	43	23,2	46	24,9	49	26,5
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	23	12,4	43	23,2	64	34,6	42	22,7	13	7,0
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenbilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	5	2,7	14	7,6	56	30,3	70	37,8	40	21,6
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.	9	4,9	18	9,7	46	24,9	79	42,7	33	17,8

Hekimlerin ortalama tıbbi hata tutum puanı $3,31 \pm 0,37$, ortalama tıbbi hata algısı puanı $3,18 \pm 0,73$, ortalama tıbbi hata yaklaşım puanı $3,62 \pm 0,54$ ve ortalama tıbbi hata nedenleri puanı $3,70 \pm 0,49$ idi (Tablo 11).

Ortalama tıbbi hata tutum puanı bekar hekimlerin $3,29 \pm 0,37$ evli hekimlerin $3,34 \pm 0,36$ idi. Ortalama tıbbi hata algısı puanı bekar hekimlerin $3,16 \pm 0,65$ evli hekimlerin $3,21 \pm 0,83$ idi. Ortalama tıbbi hata yaklaşımı puanı bekar hekimlerin $3,56 \pm 0,56$ evli hekimlerin $3,70 \pm 0,50$ idi. Ortalama tıbbi hata nedenleri puanı bekar hekimlerin $3,72 \pm 0,50$ evli hekimlerin $3,68 \pm 0,47$ idi. Hekimlerin tıbbi uygulama hatalarına yönelik tutum sorularının her birine 1 ile 5 arası puan verildi ve sorulara verilen puanların ortalamaları Tablo 12’de gösterildi.

Hekimlerin ortalama defansif tıp tutum puanı $3,32 \pm 0,70$, ortalama pozitif defansif tıp tutum puanı $3,47 \pm 0,73$ ve ortalama negatif defansif tıp tutum puanı $3,04 \pm 0,98$ idi (Tablo 13). Hekimler defansif tıba yönelik tutum sorularının her birine 1 ile 5 arasında puan verdi, soruların ortalama puanları Tablo 14’te gösterildi

Tablo 11. Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Puanları

	Ort	SS	Min	Maks
Tıbbi Hata Tutumu	3,31	0,37	2	4
Tıbbi Hata Algısı	3,18	0,73	1	5
Tıbbi Hata Yaklaşımı	3,62	0,54	1	5
Tıbbi Hata Nedenleri	3,70	0,49	2	5

Tablo 12. Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hatalarına Yönelik Yutumlarının Sorulara Göre Puanları

	Ort	SS	Min	Maks
TIBBİ HATA ALGISI				
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	2,47	0,94	1	5
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	3,89	0,92	1	5
TIBBİ HATAYA YAKLAŞIM				
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır	4,36	0,86	1	5
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	3,36	1,14	1	5
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	3,37	1,09	1	5
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	4,37	0,94	1	5
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	4,45	0,81	1	5
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	2,57	1,29	1	5
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	2,89	1,11	1	5
TIBBİ HATA NEDENLERİ				
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	2,44	1,00	1	5
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	3,64	0,97	1	5
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	3,02	0,87	1	5
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	4,68	0,72	1	5
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	4,86	0,51	1	5
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	3,68	0,98	1	5
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.	3,59	1,04	1	5

Tablo 13. Hekimlerin Defansif Tıbbi Yönelik Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Puanları

	Ort	SS	Min	Maks
Defansif Tıp Tutumu	3,32	0,70	1	5
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	3,47	0,73	1	5
Negatif Defansif Tıp Tutumu	3,04	0,98	1	5

Tablo 14. Hekimlerin Defansif Tıbbi Yönelik Tutumlarının Sorulara Göre Puanları

	Ort	SS	Min	Maks
POZİTİF DEFANSİF TIP UYGULAMALARI				
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın dışında tetkikler istiyorum.	3,11	1,30	1	5
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.	3,27	1,32	1	5
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.	3,54	1,17	1	5
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.	2,31	1,19	1	5
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.	3,54	1,26	1	5
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum.	4,01	1,03	1	5
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum.	3,32	1,18	1	5
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.	4,12	0,95	1	5

9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.	3,99	1,07	1	5
NEGATİF DEFANSİF TIP UYGULAMALARI				
10. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.	2,84	1,30	1	5
11. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.	2,64	1,32	1	5
12. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.	2,91	1,26	1	5
13. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.	2,83	1,28	1	5
14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.	3,99	1,14	1	5

Ortalama tıbbi hata tutum puanı; kadın hekimlerin $3,28 \pm 0,33$, erkek hekimlerin $3,33 \pm 0,40$ idi. Ortalama tıbbi hata algısı puanı; kadın hekimlerin $3,19 \pm 0,70$, erkek hekimlerin $3,17 \pm 0,76$ idi. Ortalama tıbbi hata yaklaşımı puanı; kadın hekimlerin $3,60 \pm 0,51$, erkek hekimlerin $3,64 \pm 0,56$ idi. Ortalama tıbbi hata nedenleri puanı; kadın hekimlerin $3,66 \pm 0,46$, erkek hekimlerin $3,74 \pm 0,51$ idi. Ortalama defansif tıp tutum puanı; kadın hekimlerin $3,37 \pm 0,73$, erkek hekimlerin $3,26 \pm 0,66$ idi. Ortalama pozitif defansif tıp tutum puanı; kadın hekimlerin $3,56 \pm 0,77$, erkek hekimlerin $3,39 \pm 0,69$ idi. Ortalama negatif defansif tıp tutum puanı; kadın hekimlerin $3,04 \pm 1,01$, erkek hekimlerin $3,04 \pm 0,95$ idi. Kadın ve erkek hekimlerin tutum puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 15).

Ortalama defansif tıp tutum puanı bekar hekimlerin $3,34 \pm 0,68$ evli hekimlerin $3,29 \pm 0,72$ idi. Ortalama pozitif defansif tıp tutum puanı bekar hekimlerin $3,48 \pm 0,75$

evli hekimlerin $3,45 \pm 0,71$ idi. Ortalama negatif defansif tıp tutum puanı bekar hekimlerin $3,07 \pm 0,94$ evli hekimlerin $3,00 \pm 1,03$ idi. Bekar ve evli hekimlerin tutum puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 16).

Tablo 15. Cinsiyete Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanlarının Karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		p
	Ort	SS	Ort	SS	
Tıbbi Hata Tutumu	3,28	0,33	3,33	0,40	0,300
Tıbbi Hata Algısı	3,19	0,70	3,17	0,76	0,850
Tıbbi Hata Yaklaşımı	3,60	0,51	3,64	0,56	0,680
Tıbbi Hata Nedenleri	3,66	0,46	3,74	0,51	0,092
Defansif Tıp Tutumu	3,37	0,73	3,26	0,66	0,288
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	3,56	0,77	3,39	0,69	0,084
Negatif Defansif Tıp Tutumu	3,04	1,01	3,04	0,95	0,942

Mann Whitney U testi

Tablo 16. Medeni Duruma Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanlarının Karşılaştırılması

	Bekar		Evli		p
	Ort	SS	Ort	SS	
Tıbbi Hata Tutumu	3,29	0,37	3,34	0,36	0,247
Tıbbi Hata Algısı	3,16	0,65	3,21	0,83	0,349
Tıbbi Hata Yaklaşımı	3,56	0,56	3,70	0,50	0,110
Tıbbi Hata Nedenleri	3,72	0,50	3,68	0,47	0,648
Defansif Tıp Tutumu	3,34	0,68	3,29	0,72	0,928
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	3,48	0,75	3,45	0,71	0,983
Negatif Defansif Tıp Tutumu	3,07	0,94	3,00	1,03	0,713

Mann Whitney U testi

Ortalama tıbbi hata tutum puanı; dahili tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,29 \pm 0,37$, cerrahi tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,35 \pm 0,37$ idi. Ortalama tıbbi hata algısı puanı; dahili tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,17 \pm 0,70$, cerrahi tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,22 \pm 0,81$ idi. Ortalama tıbbi hata yaklaşımı puanı; dahili tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,59 \pm 0,53$, cerrahi tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,70 \pm 0,55$ idi. Ortalama tıbbi hata nedenleri puanı; dahili tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,71 \pm 0,49$, cerrahi tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,68 \pm 0,49$ idi. Ortalama defansif tıp tutum puanı; dahili tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,35 \pm 0,71$, cerrahi tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,24 \pm 0,66$ idi. Ortalama pozitif defansif tıp tutum puanı; dahili tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,51 \pm 0,74$, cerrahi tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,37 \pm 0,73$ idi. Ortalama negatif defansif tıp tutum puanı; dahili tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,06 \pm 1,00$, cerrahi tıp bilimlerindeki hekimlerde $3,00 \pm 0,92$ idi. Dahili ve cerrahi tıp bilimlerindeki hekimlerin tutum puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 17). Branşlara göre hekimlerin defansif tıba yönelik tutum puanları Tablo 18’de gösterildi. Branşlara göre hekimlerin tıbbi hataya yönelik tutum puanları Tablo 19’da gösterildi.

Tablo 17. Dahili-Cerrahi Branşa Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıba Yönelik Tutum Puanlarının Karşılaştırılması

	Dahili tıp bilimleri		Cerrahi tıp bilimleri		p
	Ort	SS	Ort	SS	
Tıbbi Hata Tutumu	3,29	0,37	3,35	0,37	0,359
Tıbbi Hata Algısı	3,17	0,70	3,22	0,81	0,832
Tıbbi Hata Yaklaşımı	3,59	0,53	3,70	0,55	0,182
Tıbbi Hata Nedenleri	3,71	0,49	3,68	0,49	0,701
Defansif Tıp Tutumu	3,35	0,71	3,24	0,66	0,312
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	3,51	0,74	3,37	0,73	0,262
Negatif Defansif Tıp Tutumu	3,06	1,00	3,00	0,92	0,713

Mann Whitney U testi

Tablo 18. Branşa Göre Hekimlerin Defansif Tıbbı Yönelik Tutum Puanları

	Defansif Tıp Tutumu		Pozitif Defansif Tıp Tutumu		Negatif Defansif Tıp Tutumu	
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Acil tıp	3,47	0,73	3,77	0,75	2,94	1,05
Dahiliye	3,37	0,75	3,48	0,72	3,17	1,01
Ortopedi ve Travmatoloji	3,33	0,65	3,39	0,69	3,23	0,98
Aile Hekimliği	3,46	1,00	3,42	1,02	3,55	1,06
Kardiyoloji	3,32	0,57	3,57	0,69	2,86	0,65
Genel cerrahi	3,28	0,71	3,32	0,66	3,20	1,08
Plastik ve Rekonstrüktif Estetik Cerrahi	3,15	0,58	3,11	0,84	3,23	0,29
Pediyatri	3,36	0,98	3,57	1,18	2,97	0,77
Göğüs Hastalıkları	3,35	0,58	3,61	0,68	2,87	0,82
Tıbbi farmakoloji	3,29	0,64	3,07	0,49	3,68	1,23
Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi	3,03	0,64	3,00	0,80	3,08	0,59
Halk Sağlığı	3,29	0,68	3,04	0,52	3,72	1,04
Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları	3,33	0,76	3,42	0,55	3,16	1,28
Üroloji	3,18	0,27	3,58	0,32	2,45	0,68
Tıbbi Genetik	2,93	0,64	3,31	0,62	2,25	0,96
Radyoloji	3,07	0,41	3,31	0,64	2,65	0,44
Tıbbi Mikrobiyoloji	2,86	0,45	2,89	0,19	2,80	1,20
Psikiyatri	3,02	0,46	3,52	0,65	2,13	0,50
Nöroloji	3,76	0,73	3,85	0,50	3,60	1,40
Çocuk cerrahisi	3,40	0,90	3,93	0,57	2,47	1,50
Beyin cerrahi	3,26	0,48	3,63	0,78	2,60	0,72
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	4,00	0,31	3,96	0,23	4,07	0,90
Tıbbi Patoloji	2,32	1,26	2,28	1,34	2,40	1,13
Radyasyon Onkolojisi	2,86	0,40	3,06	0,24	2,50	0,71
Kalp ve damar cerrahisi	2,43	1,11	2,83	1,18	1,70	0,99
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3,57	0,51	3,56	0,63	3,60	0,28
Göz Hastalıkları	3,36	0,61	3,67	0,79	2,80	0,28
Göğüs cerrahisi	3,29	0,00	3,72	0,39	2,50	0,71
Adli tıp	3,36	0,51	3,50	0,39	3,10	0,71
FTR	2,86	.	3,11	.	2,40	.

Dermatoloji	3,29	.	3,56	.	2,80	.
-------------	------	---	------	---	------	---

Tablo 19. Branşa Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik Tutum Puanları

	Tıbbi Hata Tutumu		Tıbbi Hata Algısı		Tıbbi Hata Yaklaşımı		Tıbbi Hata Nedenleri	
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Acil tıp	3,30	0,41	3,24	0,58	3,58	0,48	3,71	0,61
Dahiliye	3,34	0,32	3,07	0,68	3,70	0,50	3,73	0,49
Ortopedi ve Travmatoloji	3,32	0,40	3,08	0,93	3,45	0,70	3,93	0,40
Aile Hekimliği	3,46	0,24	3,42	0,63	3,70	0,42	3,93	0,37
Kardiyoloji	3,25	0,40	3,64	0,69	3,43	0,55	3,65	0,46
Genel cerrahi	3,40	0,39	3,50	0,58	3,69	0,33	3,71	0,69
Plastik ve Rekonstrüktif Estetik Cerrahi	3,38	0,26	3,00	0,55	3,79	0,40	3,79	0,31
Pediyatri	3,30	0,31	3,08	0,38	3,64	0,49	3,74	0,47
Göğüs Hastalıkları	3,20	0,60	3,42	1,02	3,26	0,96	3,74	0,59
Tıbbi farmakoloji	3,10	0,36	2,80	0,27	3,29	0,61	3,66	0,56
Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi	3,29	0,42	3,40	0,96	3,54	0,72	3,63	0,22
Halk Sağlığı	3,14	0,24	2,80	1,15	3,43	0,34	3,60	0,37
Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları	3,21	0,45	3,10	0,89	3,40	0,69	3,77	0,45
Üroloji	3,33	0,16	3,25	0,29	3,75	0,29	3,54	0,38
Tıbbi Genetik	3,03	0,38	2,13	1,03	3,50	0,70	3,50	0,47
Radyoloji	3,38	0,24	3,38	0,95	3,68	0,38	3,71	0,12
Tıbbi Mikrobiyoloji	2,94	0,47	3,17	0,29	3,19	0,50	3,33	0,50
Psikiyatri	3,56	0,35	3,33	0,29	4,14	0,38	3,71	0,43
Nöroloji	3,27	0,13	3,50	1,00	3,52	0,22	3,62	0,30
Çocuk cerrahisi	3,25	0,38	2,67	0,58	3,95	0,33	3,38	0,54
Beyin cerrahi	3,17	0,34	3,00	0,00	3,71	0,57	3,19	0,50
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	3,48	0,30	2,83	1,61	3,90	0,70	3,76	0,08
Tıbbi Patoloji	3,34	0,40	3,50	0,00	3,64	0,51	3,64	0,51
Radyasyon Onkolojisi	3,66	0,22	3,00	0,00	4,43	0,81	3,79	0,30
Kalp ve damar cerrahisi	2,94	0,97	2,75	1,06	3,43	1,01	3,00	1,01
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3,84	0,49	3,50	0,00	4,64	0,51	3,79	0,71

Göz Hastalıkları	3,44	0,00	4,00	1,41	3,79	0,30	3,57	0,61
Göğüs cerrahisi	3,59	0,40	4,00	1,41	3,71	0,20	4,07	0,71
Adli tıp	3,16	0,04	3,25	0,35	3,71	0,20	3,21	0,30
FTR	3,50	.	3,00	.	4,00	.	3,86	.
Dermatoloji	2,94	.	2,50	.	3,14	.	3,57	.

Ortalama tıbbi hata tutum puanı; 26 yaş ve altı hekimlerin $3,31 \pm 0,35$, 27-29 yaş arası hekimlerin $3,35 \pm 0,34$ ve 30 yaş üstü hekimlerin $3,26 \pm 0,40$ idi. Ortalama tıbbi hata algısı puanı; 26 yaş ve altı hekimlerin $3,25 \pm 0,43$, 27-29 yaş arası hekimlerin $3,22 \pm 0,76$ ve 30 yaş üstü hekimlerin $3,11 \pm 0,80$ idi. Ortalama tıbbi hata yaklaşımı puanı; 26 yaş ve altı hekimlerin $3,61 \pm 0,49$, 27-29 yaş arası hekimlerin $3,66 \pm 0,52$, ve 30 yaş üstü hekimlerin $3,58 \pm 0,58$ idi. Ortalama tıbbi hata nedenleri puanı; 26 yaş ve altı hekimlerin $3,70 \pm 0,47$, 27-29 yaş arası hekimlerin $3,75 \pm 0,46$ ve 30 yaş üstü hekimlerin $3,64 \pm 0,52$ idi. Ortalama defansif tıp tutum puanı; 26 yaş ve altı hekimlerin $3,30 \pm 0,59$, 27-29 yaş arası hekimlerin $3,33 \pm 0,67$ ve 30 yaş üstü hekimlerin $3,31 \pm 0,77$ idi. Ortalama pozitif defansif tıp tutum puanı; 26 yaş ve altı hekimlerin $3,46 \pm 0,73$, 27-29 yaş arası hekimlerin $3,54 \pm 0,69$ ve 30 yaş üstü hekimlerin $3,39 \pm 0,79$ idi. Ortalama negatif defansif tıp tutum puanı; 26 yaş ve altı hekimlerin $3,03 \pm 0,95$, 27-29 yaş arası hekimlerin $2,96 \pm 0,97$ ve 30 yaş üstü hekimlerin $3,15 \pm 1,00$ idi. Yaş grupları arasında hekimlerin tutum puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 20).

Ortalama tıbbi hata tutum puanı; 5 yıldan az çalışmış hekimlerin $3,35 \pm 0,33$, 5 yıldan veya daha uzun süre çalışmış hekimlerin $3,26 \pm 0,41$ idi. Ortalama tıbbi hata algısı puanı; 5 yıldan az çalışmış hekimlerin $3,23 \pm 0,58$, 5 yıldan veya daha uzun süre çalışmış hekimlerin $3,11 \pm 0,89$ idi. Ortalama tıbbi hata yaklaşımı puanı; 5 yıldan az çalışmış hekimlerin $3,64 \pm 0,52$, 5 yıldan veya daha uzun süre çalışmış hekimlerin $3,60 \pm 0,57$ idi. Ortalama tıbbi hata nedenleri puanı; 5 yıldan az çalışmış hekimlerin $3,76 \pm 0,45$, 5 yıldan veya daha uzun süre çalışmış hekimlerin $3,62 \pm 0,53$ idi. Ortalama defansif tıp tutum puanı; 5 yıldan az çalışmış hekimlerin $3,31 \pm 0,66$, 5 yıldan veya daha uzun süre çalışmış hekimlerin $3,32 \pm 0,75$ idi. Ortalama pozitif defansif tıp tutum puanı; 5 yıldan az çalışmış

hekimlerin $3,49 \pm 0,72$, 5 yıldan veya daha uzun süre çalışmış hekimlerin $3,43 \pm 0,75$ idi. Ortalama negatif defansif tıp tutum puanı; 5 yıldan az çalışmış hekimlerin $2,98 \pm 0,95$, 5 yıldan veya daha uzun süre çalışmış hekimlerin $3,13 \pm 1,01$ idi. Hekimlerin çalışma süresine göre tutum puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 21). Hekimlerin çalışma yılı ile tıbbi hataya yönelik ve defansif tıba yönelik tutum puanları arasında anlamlı bir korelasyon yoktu ($p < 0,05$), bu durum Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Yaşa Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıba Yönelik Tutum Puanlarının Karşılaştırılması

	26 yaş ve altı		27-29 yaş		30 yaş üstü		p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	
Tıbbi Hata Tutumu	3,31	0,35	3,35	0,34	3,26	0,40	0,207
Tıbbi Hata Algısı	3,25	0,43	3,22	0,76	3,11	0,80	0,857
Tıbbi Hata Yaklaşımı	3,61	0,49	3,66	0,52	3,58	0,58	0,349
Tıbbi Hata Nedenleri	3,70	0,47	3,75	0,46	3,64	0,52	0,421
Defansif Tıp Tutumu	3,30	0,59	3,33	0,67	3,31	0,77	0,964
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	3,46	0,73	3,54	0,69	3,39	0,79	0,560
Negatif Defansif Tıp Tutumu	3,03	0,95	2,96	0,97	3,15	1,00	0,360

Kruskal Wallis testi

Tablo 21. Hekimlik Yılına Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıba Yönelik Tutum Puanlarının Karşılaştırılması

	Hekimlik yılı				p
	5 yıldan az		5 yıl ve üstü		
	Ort	SS	Ort	SS	
Tıbbi Hata Tutumu	3,35	0,33	3,26	0,41	0,107
Tıbbi Hata Algısı	3,23	0,58	3,11	0,89	0,488
Tıbbi Hata Yaklaşımı	3,64	0,52	3,60	0,57	0,373
Tıbbi Hata Nedenleri	3,76	0,45	3,62	0,53	0,191

Defansif Tıp Tutumu	3,31	0,66	3,32	0,75	0,593
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	3,49	0,72	3,43	0,75	0,756
Negatif Defansif Tıp Tutumu	2,98	0,95	3,13	1,01	0,239

Mann Whitney U testi

Tablo 22. Hekimlik Yılı ile Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanlarının Korelasyonu

	Hekimlik yılı	
	r	p
Tıbbi Hata Tutumu	-0,091	0,218
Tıbbi Hata Algısı	-0,051	0,489
Tıbbi Hata Yaklaşımı	-0,024	0,744
Tıbbi Hata Nedenleri	-0,086	0,245
Defansif Tıp Tutumu	0,000	0,998
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	-0,049	0,504
Negatif Defansif Tıp Tutumu	0,059	0,422

Spearman korelasyon testi

Ortalama tıbbi hata tutum puanı; asistanlık süresi 2 yıl ve altındaki hekimlerin $3,30 \pm 0,34$, asistanlık süresi 2 yıl üstündeki hekimlerin $3,33 \pm 0,40$ idi. Ortalama tıbbi hata algısı puanı; asistanlık süresi 2 yıl ve altındaki hekimlerin $3,22 \pm 0,65$, asistanlık süresi 2 yıl üstündeki hekimlerin $3,13 \pm 0,82$ idi. Ortalama tıbbi hata yaklaşımı puanı; asistanlık süresi 2 yıl ve altındaki hekimlerin $3,59 \pm 0,54$, asistanlık süresi 2 yıl üstündeki hekimlerin $3,66 \pm 0,54$ idi. Ortalama tıbbi hata nedenleri puanı; asistanlık süresi 2 yıl ve altındaki hekimlerin $3,70 \pm 0,44$, asistanlık süresi 2 yıl üstündeki hekimlerin $3,71 \pm 0,55$ idi. Ortalama defansif tıp tutum puanı; asistanlık süresi 2 yıl ve altındaki hekimlerin $3,30 \pm 0,68$, asistanlık süresi 2 yıl üstündeki hekimlerin $3,33 \pm 0,72$ idi. Ortalama pozitif defansif tıp tutum puanı; asistanlık süresi 2 yıl ve altındaki hekimlerin $3,47 \pm 0,74$, asistanlık süresi 2 yıl üstündeki hekimlerin $3,46 \pm 0,73$ idi. Ortalama negatif defansif tıp tutum puanı; asistanlık süresi 2 yıl ve altındaki hekimlerin $3,00 \pm 0,95$, asistanlık süresi 2 yıl üstündeki hekimlerin $3,10 \pm 1,01$ idi. Hekimlerin asistanlık süresine göre tutum puanları arasında

anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 23). Hekimlerin asistanlık süresi ile tıbbi hataya yönelik ve defansif tıbbiye yönelik tutum puanları arasında anlamlı bir korelasyon yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 24).

Tablo 23. Asistanlık Yılına Göre Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıbbiye Yönelik Tutum Puanlarının Karşılaştırılması

	Asistanlık yılı				p
	2 yıl ve altı		2 yıl üstü		
	Ort	SS	Ort	SS	
Tıbbi Hata Tutumu	3,30	0,34	3,33	0,40	0,603
Tıbbi Hata Algısı	3,22	0,65	3,13	0,82	0,733
Tıbbi Hata Yaklaşımı	3,59	0,54	3,66	0,54	0,582
Tıbbi Hata Nedenleri	3,70	0,44	3,71	0,55	0,658
Defansif Tıp Tutumu	3,30	0,68	3,33	0,72	0,681
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	3,47	0,74	3,46	0,73	0,869
Negatif Defansif Tıp Tutumu	3,00	0,95	3,10	1,01	0,401

Mann Whitney U testi

Tablo 24. Asistanlık Yılı ile Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik ve Defansif Tıbbiye Yönelik Tutum Puanlarının Korelasyonu

	Asistanlık yılı	
	r	p
Tıbbi Hata Tutumu	-0,020	0,791
Tıbbi Hata Algısı	-0,026	0,728
Tıbbi Hata Yaklaşımı	-0,011	0,878
Tıbbi Hata Nedenleri	-0,013	0,858
Defansif Tıp Tutumu	0,067	0,364
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	-0,010	0,890
Negatif Defansif Tıp Tutumu	0,120	0,105

Spearman korelasyon testi

Tıbbi hata tutumu ile defansif tıp tutumu ve alt boyutları arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. Tıbbi hata algısı ile defansif tıp tutumu arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ($r = 0,291$), pozitif defansif tıp tutumu ile arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ($r = 0,276$) ve negatif defansif tıp tutumu ile arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ($r = 0,234$) korelasyon vardı. Tıbbi hata yaklaşımı ile defansif tıp tutumu arasında negatif yönlü düşük düzeyde ($r = -0,178$) ve negatif defansif tıp tutumu ile arasında negatif yönlü düşük düzeyde ($r = -0,229$) korelasyon vardı. Tıbbi hata nedenleri ile defansif tıp tutumları arasında anlamlı korelasyon yoktu (Tablo 25).

Tablo 25. Hekimlerin Tıbbi Hataya Yönelik Tutum Puanları ile Defansif Tıbbi Yönelik Tutum Puanlarının Korelasyonu (Korelasyon katsayıları)

	Tıbbi Hata Tutumu	Tıbbi Hata Algısı	Tıbbi Hata Yaklaşımı	Tıbbi Hata Nedenleri	Defansif Tıp Tutumu	Pozitif Defansif Tıp Tutumu	Negatif Defansif Tıp Tutumu
Tıbbi Hata Tutumu	1						
Tıbbi Hata Algısı	0,268**	1					
Tıbbi Hata Yaklaşımı	0,811**	0,048	1				
Tıbbi Hata Nedenleri	0,719**	0,035	0,294**	1			
Defansif Tıp Tutumu	-0,047	0,291**	-0,178*	0,079	1		
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	0,037	0,276**	-0,070	0,112	0,862**	1	
Negatif Defansif Tıp Tutumu	-0,111	0,234**	-0,229**	0,021	0,798**	0,409**	1

Spearman korelasyon testi; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, klinik branşlarda görev yapan 185 asistan hekim üzerinde Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği (DTUTÖ) ve Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ölçeği (THTÖ) kullanılarak medical malpraktis ve defansif tıp uygulama tutumlarını değerlendirmek amaçlandı. Katılımcıların yaş ortalaması 29,0, asistanlık süresi ortalaması 2,5 yıl olup cinsiyet dağılımı birbirine yakın idi. Katılımcıların %71,4’ü dahili, %28,6’sı cerrahi branşta olup en yüksek ilk iki katılımcı oranının sırasıyla acil tıp ve aile hekimliği olduğu anlaşıldı. DTUTÖ genel tutum puan ortalaması 3,32 iken THTÖ genel ortalama puanı 3,31 idi. Yaş, cinsiyet, medeni durum, kıdem ve branş grupları açısından hem DTUTÖ hem de THTÖ puanlarında anlamlı fark saptanmadı. DTUTÖ madde düzeyinde “kayıtları daha detaylı tutma” ve “işlemleri daha ayrıntılı açıklama” maddeleri en yüksek; “sosyal endikasyonla hasta yatırma, riskli hastadan kaçınma ve invazif yerine non-invazif protokol seçme” en düşük puan ortalamalarına sahip idi. “Dava deneyimi yokluğu” yaygın olmakla birlikte dava etkisi algısının çok yüksek olduğu tespit edildi. THTÖ ile DTUTÖ arasında genel anlamda güçlü ilişkiler saptanmamış, ancak ölçeklerin alt boyutları arasında düşük düzeyli korelasyonlar görülmüştür.

Hekimin malpraktis davalarına karşı kendini korumak amacıyla gereksiz tanı ve tedavi yöntemlerine başvurması veya yüksek risk taşıyan müdahalelerden kaçınması şeklinde tanımlanan defansif tıp kavramı pek çok ülkede hekimler ve sağlık sistemi için problem teşkil etmektedir zira farklı ülkelerde yapılan araştırmalar, hekimlerin büyük çoğunluğunun meslek hayatları boyunca en az bir kez defansif tıp davranışında bulunduğunu göstermektedir. Zheng ve ark. tarafından yapılan sistematik derlemede defansif tıp davranışlarının küresel prevalansı %75,8 olarak rapor edilmiştir (54). Yapılan diğer çalışmalarda Studdert ve ark. hekimlerin %93’ünün, Elli ve ark. %94’ünün, Ortashi ve ark. ise %78’inin defansif davranış sergilediğini ortaya koymuştur (3,30,48). Türkiye’de yürütülen çalışmalarda da benzer şekilde, defansif tıp tutumu uygulamaları olarak değerlendirilen eğilimlerin yaygın olduğu ve hekimlerin çoğunun defansif tıp uygulamalarına başvurduğu belirtilmiştir (4,55). Çalışmamızda da hekimlerin hemen

tamamı en az bir defansif tıp uygulamasında bulunmaktadır, bu durumun literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Hekimlerin defansif tıp tutumlarında yaşı önemli bir etken olup olmadığı da incelenmiş ve bu konu literatürde sıklıkla tartışılmış olsa da yaş değişkeninin defansif tıp tutumu üzerindeki etkisi çoğu çalışmada anlamlı bulunmamıştır (1,3,6). Ancak bu çalışmalardan farklı olarak bazı araştırmalarda genç hekimlerin daha yüksek düzeyde pozitif ya da negatif defansif tutum sergilediği bulunmuştur (56,57). Ortashi ve ark. yaptığı bir çalışmada ise 40 yaş üzerindeki gruplarda defansif tıp davranışlarının azaldığını ancak buradaki asıl etkenin yaş değil uzman-asistan olma durumu olduğunu; asistanlıkta da kıdem durumu olduğunu belirtmiştir (48). Bizim çalışmamızda da yaşı defansif tıp tutumları üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmış olup bu durum, literatürdeki genel eğilimle uyumludur. Yaş farklılığının etkili bulunduğu çalışmalardaki sonuçlar, sağlık sistemi farklılıkları, branş dağılımı ve örneklem içindeki kıdem çeşitliliğiyle ilişkili olabilir. Nitekim yalnızca asistan hekimlerden oluşan örneklemimizde yaş varyansının sınırlı olması, bu değişkenin etkisini azaltmış olabilir.

Defansif tıp tutumları üzerine etkisi olduğu düşünülen bir diğer faktör de cinsiyet olup, çok sayıda çalışmada bu etki araştırılmış ve cinsiyetin defansif tutum üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı saptanmıştır (3,48,55,59). Ancak bunun tersine bazı araştırmalarda erkek hekimlerin özellikle negatif defansif davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (6,32,60). Erkeklerde bildirilen bu yüksek puanın, çalışmadaki cerrahi branş oranının yüksekliği ve bu branşlardaki erkek cinsiyet egemenliği ile ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır. Bizim çalışmamızın sonuçları genel literatürle paralel olup cinsiyet ve defansif tıp tutumu arasında istatistiksel bir farklılık saptanmadı.

Evlilik ve aile yaşamı, bireylerin sorumluluk duygusunda genellikle bir artışa yol açar. Kişiler eş veya ebeveyn rolleri üstlendikçe, istikrar, ekonomik güvence ve uzun vadeli planlamaya daha fazla önem verirler. Bu anlamda medeni durum, hekimlerin defansif tıp uygulama eğilimlerini etkileyebilir. Zira evlilik ve aile sorumluluğu, hekimin olası bir dava veya hasta şikâyeti durumunda bu durumu daha riskli olarak algılamasına yol açabilir. Bu nedenle, özellikle maddi yükümlülükleri veya aile sorumlulukları olan

evli hekimlerin, ailesel istikrarlarını koruma güdüsüyle gereksiz tetkikler isteme veya yüksek riskli hastalardan kaçınma gibi daha defansif tıbbi davranışlar sergileyebileceği düşünülebilir. Nitekim Neng ve ark. 2023 yılında yaptığı bir çalışmada evli hekimlerin risk algısının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (59). Bunun aksine yapılan dört farklı çalışmada ise medeni durumun defansif tıp tutumları üzerine bir etkisi olmadığı bildirilmiştir (32,55,58) . Bizim çalışmamızda da medeni durum ile tutum arasında anlamlı fark bulunmamış olup, bu bulgu genel literatür eğilimiyle örtüşmektedir. Medeni durumun defansif tıp tutumları üzerinde etkisinin olmaması, risk algısındaki farklılıkların her zaman davranışsal düzeydeki tutumlara yansımayaabileceğine güzel bir örnek olabilir ayrıca bu durum hekimlerin defansif tıp tutumları üzerinde, hukuki süreç korkusu veya çalışma koşulları gibi mesleki faktörlerin, medeni durum gibi kişisel ve ailevi faktörlerden daha belirleyici ve etkileyici olduğunu gösterebilir.

Hekimlerin branşlarının da defansif tıp tutumları üzerinde belirgin etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. Zira cerrahi branşlar mesleklerinin doğası gereği daha çok malpraktis davaları ile karşı karşıya kalmakta ve bunun sonucunda “yüksek riskli vakalardan kaçınma” gibi aktif bir defansif tıp tutumu sergilerken, dahili branşlarda bu durum daha çok “gereksiz tetkik isteme” gibi pasif bir tutuma dönüşmektedir. Yapılan çalışmalarda acil tıp, kadın hastalıkları ve doğum ile diğer cerrahi branşlarda defansif davranışların daha yoğun olduğunu bildirilmiştir (6,30,61). Elbette bunun aksini bildiren çalışmalar da literatürde mevcuttur (32,55). Yalçın Balçık ve Banaz (2022) ile Biçen ve Ergönen (2018) çalışmalarında diğer çalışmaların aksine branşlar arasında anlamlı bir fark saptanmamış, ancak her iki çalışmada da katılımcı grubunun hem cerrahi hem dahili branşlardan, farklı kıdem düzeylerindeki hekimleri içermesi literatürden farklı olarak bulunan bu bulgunun nedeni olarak değerlendirilebilir. Biçen ve Ergönen ayrıca dahili branş hekimlerinin malpraktis algısının yüksek olmasına karşın bunun ölçek puanlarına yansımadağını belirtmiştir (32,55). Bizim çalışmamızda branşlar arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup, bu yönüyle fark bildirmeyen araştırmalarla uyumludur. Fark gözlenen çalışmalardaki ayrışmalar; dava riski profillerindeki farklılıklar, örneklem dağılımı ve kurum içi protokollere bağlı olabilir.

Kıdem ya da mesleki deneyim açısından değerlendirildiğinde, çok sayıda araştırmada defansif tutumla anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (3,55). Öte yandan, bazı çalışmalarda kariyerin erken dönemlerinde defansif puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır (6,32,48,56). Bizim bulgularımız, ilişki saptamayan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Erken dönemde daha yüksek defansif tutumların bildirilmesi, klinik özgüvenin zamanla artması ve buna bağlı olarak savunmacı davranışların azalmasıyla açıklanabilir. Ancak örneklemimizin yalnızca asistan hekimlerden oluşması kıdem varyansını sınırlamaktadır.

Yabancı literatürde en sık gözlenen defansif tıp uygulamaları arasında gereksiz test ve takip (*follow-up*) davranışları, gereksiz konsültasyon talebi, riskli vakalardan kaçınma ve endikasyon dışı ilaç yazımı yer almaktadır (3,30,48,54). Bu davranışlar genellikle yüksek dava riski altındaki uzman hekimler üzerinde incelenmiş, ölçme araçları da daha çok klinik karar süreçlerine odaklanmıştır. Yerel literatür incelendiğinde; Türkiye’de 2005 yılında Türk Ceza Kanunu’nda yapılan düzenlemeler sonrasında hekimlerde belgeleme ve onam süreçlerine verilen önemin belirgin biçimde arttığı bildirilmiştir (62). Yerel literatürde en sık başvuru defansif davranışlar ayrıntılı kayıt tutma, gereksiz tetkik isteme ve hastayı kapsamlı bilgilendirme olarak karşımıza çıkmaktadır (6,32,55). Bizim çalışmamızda da yerel literatürlü uyumlu biçimde, en yüksek ortalamalar “kayıtları daha detaylı tutma” ve “uygulamaları daha ayrıntılı açıklama” ifadelerinde görülmüştür. Bu durum katılımcıların belgelemeye dayalı güvenlik stratejilerini tercih ettiklerini göstermektedir. Yabancı literatür ile yerli literatür ve çalışmamız arasındaki farkın yalnızca sağlık sistemi koşullarından değil, aynı zamanda kullanılan ölçeklerin kapsamı ve ölçüm boyutlarından da kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Zira yabancı araştırmalarda “kayıt tutma” ve “onam süreçleri” doğrudan sorgulanmazken, yerel çalışmalarda bu maddeler ölçek yapısına dâhil edilmiştir. Bu metodolojik fark, Türkiye’de belgelemeye dayalı defansif davranışların daha görünür hale gelmesine katkı sağlamış olabilir.

Türk Tabipler Birliği tarafından hekimin tedavi sürecinde kabul edilen standart uygulamaları yerine getirmemesi, mesleki becerilerde eksiklik yaşanması ya da tedavinin ihmal edilmesi sonucu oluşan zararlar şeklinde tanımlanan “tıbbi hata” kavramı ile ilgili

Ülkemizde yapılan çalışmalarda genel olarak hekimlerin tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu bildirilmiştir (1,56,63,64). Bu çalışmaların sonuçlarında ortaya çıkan olumlu tutum ifadesi; ülkemizde hekimlerin tıbbi hatalara karşı farkındalıklarının yüksek olduğu, yapılan hataların bildirimine açık oldukları ve öğrenmeye yönelik yaklaşımlarının olumlu olduğu anlamına gelebilir. Bizim alışmamızda elde edilen bulgular da büyük lde olumlu tutum bildiren çalışmalarla örtüşmektedir. Ancak lğin algı boyutunda saptanan görece düşük değerler, hata farkındalığı ve bildirim kültürünün kurumsal koşullar, geri bildirim mekanizmaları ve cezai süreçlere ilişkin algılarla yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Tıbbi olaylarda yapılan hataların raporlanması hem eylemi yapan kişinin hem de aynı risk ile karşı karşıya kalma ihtimali olan bireylerin öğrenme ve yapılan hatadan ders alma becerisini geliştirebilir ancak cezalandırılma ve yargılanma korkusu bu olayların bildirilmesine engel olabilir. Literatüre bakıldığında hata raporlama davranışı ve eğiliminin genellikle değişkenlik gösterse de çoğu araştırmada bu oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (65-67) . Bizim alışmamızda “Tüm hataların bildirilmesi” ve “Kendi hatasını bildirmeme (ters)” maddelerine verilen yanıtlar olumlu iken, “Hata hastaya veya hasta yakınına açıklanmalıdır” ifadesi olumsuz yönde değerlendirilmiştir. Bu durum, hekimlerin i sistemlere veya yönetime yapılan hataların bildirimi konusunda daha istekli olduğunu ancak yapılan hatayı doğrudan hasta ile paylaşmak konusunda daha temkinli davrandıklarını göstermektedir. Bu ayrışma, hukuki belirsizlikler, kurumsal yaptırım endişeleri ve iletişim sürecinde yaşanan risk algısı ile açıklanabilir.

Literatürde tıbbi hata tutumu ile defansif tutumlar arasındaki ilişkinin yönü ve gücü farklı örneklerde değişkenlik göstermektedir. Bu iki değişken arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bildiren çalışma olduğu gibi (56), oldukça zayıf olduğunu saptayan çalışma da mevcuttur (1). Ayrıca branş farklılıkları, kurumsal güven kültürü, hata bildirim sistemlerinin işlevselliği ve yasal süreçlere ilişkin belirsizlikler gibi faktörlerin bu belirsizlikte rol oynayabileceği bilinmektedir (6,32,68). Nitekim kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinde tıbbi hata farkındalığı ile savunmacı davranışlar arasındaki ilişkinin güçlü seyrettiği bildirilmiştir (56). Bizim alışmamızda tıbbi hata tutumu ile defansif tutumlar arasındaki ilişkiye bakıldığında genel anlamda istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, alt boyutlar arasında düşük düzeyde korelasyonlar gözlenmiştir. Bu bulgular, hata algısı yükseldikçe hataları gizlemek yerine, onları açıkça fark edip paylaşan ama aynı zamanda aynı hatanın tekrarlanmaması için sistemli önlemler alan koruyucu şeffaflık davranışlarının kısmen arttığını, bazı durumlarda ise özellikle hata farkındalığı yüksek hekimlerde olumsuz savunmacı eğilimlerin de sınırlı biçimde güçlenebildiğini göstermektedir (6,32,69). Tüm bu bilgiler, tıbbi hata farkındalığının yalnızca cezadan kaçınmaya yönelik bir tepkiyi değil, aynı zamanda profesyonel sorumluluk bilinci gibi olumlu davranışların bir yansımasını içerdiği; bu anlamda hata farkındalığının aslında sadece bir mesleki savunma refleksi değil, aynı zamanda profesyonellik göstergesi olabileceği anlaşılmaktadır ancak tıbbi hata tutumu ile defansif davranışlar arasındaki bağlantının bireysel farkındalıktan ziyade sistemsel koşullara ve örgütsel güven ortamına duyarlı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Literatüre bakıldığında; iş çevresi baskısı ve hasta beklentilerinin yanında medyada yer alan davaların da defansif eğilimleri artırabileceği belirtilmektedir (32,37,70). Bunu destekler şekilde; dava korkusu ile savunmacı davranışlar arasındaki güçlü ilişki, pek çok çalışmada vurgulanmıştır (3,6,30,71). Bizim çalışmamızda da “dava deneyimi yokluğu” yaygın olmakla birlikte, dava etkisi algısının oldukça yüksek olduğu tespit edildi. Bu bulgu, önceki araştırmalarla uyumlu biçimde, doğrudan dava yaşamamış hekimlerin dahi dava açılma olasılığını güçlü biçimde tehdit olarak algıladıklarını göstermektedir. Özellikle son yıllarda medyada geniş yer bulan ve yüksek tazminat miktarlarıyla sonuçlanan malpraktis davalarının da, hekimlerin defansif tıp davranışlarını güçlendiren önemli sosyoekonomik etmenler arasında olduğu düşünülmektedir. Maddi kayıp riski, uzun süren yargı süreçleri ve kamuoyu baskısı, özellikle yüksek riskli branşlarda görev yapan hekimlerde hata yapma korkusunu derinleştirerek klinik kararlarda aşırı temkinli yaklaşımları teşvik etmektedir (6,32). Örneğin, 2012 yılında açılan ve yaklaşık on üç yıl süren prematüre retinopatisi (*Retinopathy of Prematurity*, ROP) davasında, prematüre doğan bir bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde pediatri uzmanı tarafından takip edildiği, taburculuk sonrası önerilen göz hekimi muayenesinin gerçekleştirilememesi sonucu geç dönemde kalıcı görme kaybı geliştiği bildirilmiş; dava

sonucunda Yargıtay 3. Hukuk Dairesi'nin 14.01.2025 tarihli kararıyla pediatri hekimi ve hastane aleyhine verilen tazminatın faizleriyle birlikte yaklaşık 9,2 milyon TL'ye ulaştığı açıklanmıştır (72). Benzer biçimde, 2019 yılında açılan ve hâlen istinaf aşamasında olan tonsillektomi (bademcik ameliyatı) davasında, ameliyattan bir hafta sonra gelişen geç kanama komplikasyonu ve kalıcı beyin hasarı nedeniyle kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı ile hastane aleyhine verilen karar, 17 Eylül 2025 tarihli yerel mahkeme hükmüyle 38,3 milyon TL olarak açıklanmış, faizlerin eklenmesiyle bu tutarın yaklaşık 109 milyon TL'ye ulaştığı bildirilmiştir (73). Bu denli yüksek tazminat tutarlarının kamuoyunda geniş yankı bulması, hekimler arasında dava korkusunun ve maddi kayıp endişesinin artmasına yol açmasının kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir; bu durumda defansif tıp yalnızca bireysel bir tutum olarak değil, aynı zamanda ekonomik ve hukuki risk algısıyla şekillenen sistemik bir davranış biçimi olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

5.4. Kısıtlılıklar

Bu çalışmada hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşılmış olmakla birlikte, cerrahi branş hekimlerinden az katılımcıya ulaşılmıştır. Yalnızca asistan hekimlerden oluşan tek merkezli bir örneklem kullanılması, bulguların farklı kıdem gruplarına (uzman, pratisyen, öğretim üyesi) ve çok merkezli örneklemle genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Verilerin çevrim içi anket yoluyla toplanması, katılımcıların sosyal olarak daha kabul gören yanıtlar verme eğilimini artırmış olabilir. Ayrıca, her iki ölçeğin de aynı anket formu üzerinden uygulanması, yöntemsel ortaklık nedeniyle yanıtlar arasında benzerlikler ve ölçüm hatası riski oluşturmuş olabilir.

Katılımcılar arasında olası etkileşimlerin kontrol edilememesi de bir diğer sınırlılıktır. Örneklemde yaş ve kıdem değişkenlerinin varyansının görece düşük olması, deneyim farklılıklarının tutumlar üzerindeki etkisini sınırlamış olabilir. Araştırmanın kesitsel tasarıma sahip olması, değişkenler arasındaki ilişkilerde nedensel çıkarım yapılmasına izin vermemektedir. Bu nedenle sonuçlar, neden-sonuç ilişkisi olarak değil, yalnızca ilişkisel düzeyde yorumlanmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, asistan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumları ile tıbbi hatalara ilişkin yaklaşımları arasındaki ilişki incelendi. Bulgular, hekimlerin tıbbi hataya dair farkındalıklarının genel olarak olumlu olsa da, defansif tıp davranışlarının hâlen yaygın biçimde sürdüğünü ortaya koymaktadır. Klinik ortamlarda tıbbi hatanın cezalandırıcı bir süreç olarak algılanması, hekimlerin savunmacı yaklaşımlara yönelmesine ve hata paylaşımında çekingen davranmasına neden olmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinde şeffaflık, güven ve hasta güvenliği kültürünün gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Hataya karşı cezalandırıcı değil öğrenmeye dayalı bir yaklaşımın benimsenmesi; açık iletişimi, hata bildirimini ve çözüm odaklı kültürü teşvik edecek kurumsal sistemlerin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Ayrıca, tıp fakültesi ve uzmanlık eğitiminde hatalara yönelik etik sorumluluk, iletişim becerileri ve güvenli sağlık hizmeti kültürünü güçlendirecek yapılandırılmış eğitim programlarının uygulanması büyük önem taşımaktadır. Defansif tıp davranışlarını azaltmak ve tıbbi hatalara ilişkin tutumları iyileştirmek için yalnızca hukuki düzenlemeler değil, hekimlerin mesleki gelişimlerini destekleyen sistematik eğitim ve destek mekanizmalarının da eş zamanlı olarak yürütülmesi gerekmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Banaz M. Hekimlerin Defansif Tıp ve Tıbbi Hata Tutumlarının İncelenmesi. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2020.
2. Bester JC. Defensive practice is indefensible: how defensive medicine runs counter to the ethical and professional obligations of clinicians. *Med Health Care Philos.* 2020 Sep 1;23(3):413–20.
3. Elli L, Tenca A, Soncini M, Spinzi G, Buscarini E, Conte D. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Lombardy: Between lawsuits and the economic crisis. *Digestive and Liver Disease.* 2013 Jun;45(6):469–73.
4. Kalkan E, Özer K, İzci E, Erdi MF. Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanlarının Tıbbi Uygulama Hatası Davaları Karşısında Defansif Tıp Uygulamalarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Journal of Healthcare Management and Leadership.* 2020 May 15;(1):54–69.
5. Türk Tabipleri Birliği. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf. 1999. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Available from: <http://www.ttb.org.tr>
6. Göcen Ö, Yılmaz A, Aslanhan H, Çelepkolu T, Tuncay S, Dirican E. Hekimlerin, Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* [Internet]. 2018 Jun 29;12(2):77–87. Available from: <http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.21763/tjfmpe.432454>
7. Kırtışoğlu M, Çekin N. Yargıtay'ta 2010-2017 Yılları Arasında Karara Bağlanan Hatalı Tıbbi Uygulama (Malpraktis) Dava Kararlarının Değerlendirilmesi. [Adana]: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi ; 2018.
8. Tümer AR, Dener C. Evaluation of Surgical Malpractice in Turkey. *Leg Med.* 2006 Jan;8(1):11–5.

9. Gedik SA, Ünsal A, Arslantaş D, Mutlu A. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıbbi Malpraktis Bilgi Düzeyi. Osmangazi Tıp Dergisi. 2021 Mar 30;43(2):171–81.
10. Leape LL. Error in Medicine. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1994 Dec 21;272(23):1851.
11. Kohn LT, Corrigan JM, Molla S. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academy Press; 2000.
12. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi. 2009;84(1):1–10.
13. McNutt RA. Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Errors. JAMA. 2002 Apr 17;287(15):1997.
14. Teich JM, Glaser JP, Beckley RF, Aranow M, Bates DW, Kuperman GJ, et al. The Brigham integrated computing system (BICS): advanced clinical systems in an academic hospital environment. Vol. 54, International Journal of Medical Informatics. 1999.
15. VanGeest JB, Cummins DS. An Educational Needs Assessment for Improving Patient Safety Results of a National Study of Physicians and Nurses. 2003.
16. Miziara ID, Miziara CSMG. Medical errors, medical negligence and defensive medicine: A narrative review. Clinics. 2022 Jan;77:100053.
17. Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. Journal of Turgut Ozal Medical Center [Internet]. 2010;17(3):233–6. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/totm/issue/13096/157756>
18. Dobson-Wainwright S. A HISTORICAL ANALYSIS OF MEDICAL MALPRACTICE TORT LAW IN THE UNITED STATES. 2021.
19. Field RI. The Malpractice Crisis Turns 175: What Lessons Does History Hold For Reform. Drexel Law Review [Internet]. 2011;4(1):7–40. Available from: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2010/09>

20. De Ville K. Act first and look up the law afterward?: medical malpractice and the ethics of defensive medicine. *Theor Med Bioeth.* 1998;19:569–89.
21. Tonga F. Hasta-Hekim İlişkileri ve Hasta Hakları Açısından Aydınlatılmış Onam: Avrupa ve Osmanlı Tarihi. In: IV Uluslararası Kültür Sempozyumları: Uluslararası, Sağlık, Kültür ve Toplum Sempozyumu [Internet]. 2019 [cited 2025 Mar 25]. p. 82–98. Available from: <https://saglikkultur.amasya.edu.tr/media/1139/saglik1.pdf>
22. Değdaş UC. Hatalı Tıbbi Uygulamadan (Malpraktis) Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk. *Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* [Internet]. 2017;4(6):41–65. Available from: www.mevzuat.gov.tr.
23. Yılmaz A. Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü. *Lykeion Yayınları*; 2019.
24. Tunçer P. Sağlık Hukuku Temel Bilgiler. Ankara: Adalet Yayınevi; 2024.
25. Polat O, Pakiş I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *Acıbağdem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2011 Jul;3(2):119–25.
26. Durur F, Günaltay MM, Özler G, Işıkçelik F. Tıbbi Hatalar Konusunda Verilen Yargıtay ve Danıştay Kararlarının İncelenmesi: İçerik Analizi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History* [Internet]. 2023;31(1):44–52. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-examining-supreme-court-and-state-council-decisions-on-medical-errors-content-analysis-101330.html>
27. TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Toplantısı. Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Tutanak Dergisi. 2022 Mar 22;1(27).
28. Demir MF, Doğan KH. 2005-2021 Yılları Arasında Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dava Dosyalarında Bilirkişi Raporlarının İçeriklerinin Ve Kararlara Etkisinin Adli Tıbbi Açidan Değerlendirilmesi. [Konya]: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2023.

29. Yasdı A, Torun S. Tıbbi Malpraktis Konusunda DergiPark Üzerinden Ulaşılan Dergilerde Yayımlanmış Makalelerin İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi [Internet]. 2024 May 31;14(2):214–22. Available from: <http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.31020/mutftd.1418111>
30. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA. 2005 Jun 1;293(21):2609–17.
31. Maccioni AF. Defensive Response to Malpractice Pressure in Health Care Settings: A Behavioral Approach. International Journal of Law and Conflict Resolution. 2021 Feb 18;9(1):6–8.
32. Yalçın Balçık P, Banaz M. Hekimlerin Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi [Internet]. 2022;25(3):501–16. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/72721/1022635>
33. Rodziewicz TL, Houseman B, Vaqar S, Hipskind JE. Medical Error Reduction and Prevention. StatPearls; 2025.
34. Baungaard N, Skovvang PL, Assing Hvidt E, Gerbild H, Kirstine Andersen M, Lykkegaard J. How defensive medicine is defined in European medical literature: A systematic review. Vol. 12, BMJ Open. BMJ Publishing Group; 2022.
35. Küçük M. Defensive medicine Among Obstetricians and Gynaecologists in Turkey. J Obstet Gynaecol (Lahore). 2018 Feb 17;38(2):200–5.
36. Delice O, Tekin E, Yılmaz S. Defensive Medicine in the Emergency Department: A Cross-sectional Study from the Perspective of Emergency Medical Specialists. Eurasian Journal of Emergency Medicine. 2019 Dec 30;18(4):178–84.
37. Lyu H, Xu T, Brotman D, Mayer-Blackwell B, Cooper M, Daniel M, et al. Overtreatment in the United States. PLoS One. 2017 Sep 1;12(9).

38. Reschovsky JD, Saiontz-Martinez CB. Malpractice Claim Fears and the Costs of Treating Medicare Patients: A New Approach to Estimating the Costs of Defensive Medicine. *Health Serv Res.* 2018 Jun 1;53(3):1498–516.
39. Başer A, Başer Kolcu Mİ, Kolcu G, Gök Balcı U. Validity and Reliability of The Turkish Version of The Defensive Medicine Behaviour Scale: Preliminary Study. *The Journal of Tepecik Education and Research Hospital* [Internet]. 2014;24(2):99–102. Available from: <https://anatolianjmed.org/articles/doi/terh.2014.29494>
40. Hermer LD, Brody H. Defensive medicine, cost containment, and reform. Vol. 25, *Journal of General Internal Medicine.* 2010. p. 470–3.
41. Berlin L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: An ill-fated triad. Vol. 4, *Diagnosis.* Walter de Gruyter GmbH; 2017. p. 133–9.
42. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. *QRB Qual Rev Bull.* 1993;19(5):144–9.
43. Katz DA, Williams GC, Brown RL, Aufderheide TP, Bogner M, Rahko PS, et al. Emergency physicians' Fear of Malpractice in Evaluating Patients with Possible Acute Cardiac Ischemia. *Ann Emerg Med.* 2005 Dec;46(6):525–33.
44. Kessler D, McClellan M. Do Doctors Practice Defensive Medicine? *Q J Econ.* 1996 May;111(2):353–90.
45. Yıldız S, Demirsoy N. Hekimlerin Tıbbi Hata Korkusu ve Defansif Tıp Uygulamalarında Etik İklimin Rolüne Yönelik Algılarının Vinyet Tekniğiyle Değerlendirilmesi. [Eskişehir]: Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2024.
46. Calikoglu EO, Aras A. 'Defensive medicine among different surgical disciplines: A descriptive cross-sectional study. *J Forensic Leg Med.* 2020 Jul 1;73.

47. Mello MM, Kachalia A, Studdert; David M. Administrative Compensation for Medical Injuries- Lessons from Three Foreign Systems. *The Commonwealth Fund*. 2011 Jul;1(14).
48. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Med Ethics*. 2013;14(1).
49. Kakemam E, Arab-Zozani M, Raeissi P, Albelbeisi AH. The occurrence, types, reasons, and mitigation strategies of defensive medicine among physicians: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2022 Dec 1;22(1).
50. Kart E. “Sağlıkta Dönüşüm” Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirme “Sağlıkta Dönüşüm” Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. *Çalışma ve Toplum*. 2013 Jan 1;3(38):103–40.
51. Borgan SM, Romeus L, Rahman S, Asmar A. Internal Medicine Residents and the Practice of Defensive Medicine: A Pilot Study Across Three Internal Medicine Residency Programs. *Cureus*. 2020 Feb 4;
52. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice Risk According to Physician Specialty. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2011 Aug 18;365(7):629–36. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMsa1012370>
53. Aktürk G, Özese TA. 2021 yılında Yargıtay tarafından karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama iddiası olgularının değerlendirilmesi Evaluation of medical malpractice cases decided by the supreme court in 2021. *Turkish Journal of Forensic Medicine* [Internet]. 2023;37(1):19–25. Available from: www.adlitipdergisi.com
54. Zheng J, Lu Y, Li W, Zhu B, Yang F, Shen J. Prevalence and determinants of defensive medicine among physicians: a systematic review and meta-analysis. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2023 Nov 30;4(35):1–17. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/35/4/mzad096/7462139>

55. Biçen E, Ergöner AT. Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması. [İzmir]: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
56. Erdem E. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Tıbbi Hata ve Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2023.
57. Eldemir İ. Aile Hekimliğinde Malpraktis Korkusu ve Defansif Tıp Uygulamaları [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Çorum]: Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2025.
58. Karayel Ucuz S. Edirne İl Merkezinde Çalışan Aile Hekimlerinin Empati Düzeylerinin Defansif Tıp Tutumlarına Etkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Edirne]: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2025.
59. Neng B. Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Tıbbi hata Kaygısı İle Defansif Tıbbi Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2023.
60. Vandersteegen T, Marneffe W, Cleemput I, Vandijck D, Vereeck L. The determinants of defensive medicine practices in Belgium. Health Econ Policy Law. 2017 Jul 1;12(3):363–86.
61. Mansur F, Ceylan Ö. Defansif Tıp ve Defansif Tıp Konusunda Yapılan Akademik Çalışmalar Üzerine Bir Derleme. Vol. 23. 2021.
62. Yılmaz A, Demiral G, Sahin G, Yener O, Kocatas A, Boluk S. 2005 Yılında Yürürlüğe Giren Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) Cerrahi Branş Hekimleri Üzerinde Etkisi. Turkish Journal of Forensic Medicine. 2013;27(3):158–72.
63. Karagöz N, Yayla EN. A field research for the determination the influence of physicians' professionalism understanding on medical errors attitude. Cumhuriyet Medical Journal. 2019 Sep 30;
64. Uğrak U. Hekimlerin Tıbbi Hata Algı ve Tutumları ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi [Doktora Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.

65. Bodur S, Filiz E, Çimen A, Kapçı C, Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı N, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi S, et al. Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu. Vol. 22, Genel Tıp Derg. 2012.
66. Çöpoğlu E. Hekim Ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Algıları ve Tıbbi Hataların Önlenmesine Yönelik Çözüm Önerileri: Samsun Örneği [Yüksek Lisans Tezi]. [Sivas]: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi ; 2024.
67. Gabriel AO, Faith A. Documentation of Medical Errors in Nigeria: A Review [Internet]. 2024. Available from: <https://www.researchsquare.com/article/rs-4002952/v1>
68. Can NO, Arslan Ş, Akpınar F, Doru Hİ. Acil Servis Hekimlerinin Hasta Değerlendirmesinde Defansif Tıp Yaklaşımı. Kocatepe Tıp Dergisi. 2024;25:377–83.
69. Çeçen E. Sağlıkta Şiddet ve Malpraktis Kaygısının Defansif Tıp Üzerine Etkilerinin Sosyolojik Analizi: Kocaeli İli Örneği [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2025.
70. Can İÖ, Özkara E, Can M. Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2011;25(2):69–76.
71. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. Br Med J. 1995 Jan 7;310:27–9.
72. Yargıtay 3. Hukuk Dairesi 2024/1686 Esas Numaralı 2025/243 Karar Numaralı 14.01.2025 Tarihli İçtihat Metni [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 4]. Available from: <https://karararama.yargitay.gov.tr/>
73. Hanyaloğlu & Acar Hukuk Bürosu. Bademcik Ameliyatı Sonrası Geç Kanamada 109 Milyonluk Tazminat Tartışması-Hukuki Süreç Bilgilendirme ve Basın Açıklaması [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 4]. Available from:

<https://www.hanyaloglu-acar.av.tr/malpraktis-tazminat/bademcik-amaliyati-109-milyon-tazminat-basin-aciklamasi>



8. EKLER

8.1. Veri Toplama Formu

6.11.2025 11:20

Tıpta uzmanlık eğitimi almakta olan klinik branş asistan hekimlerinin defansif tıp uygulamaları tutumları ile medikal malpraktis tutumlarının ...

Tıpta uzmanlık eğitimi almakta olan klinik branş asistan hekimlerinin defansif tıp uygulamaları tutumları ile medikal malpraktis tutumlarının değerlendirilmesi

Tez çalışmasında kullanılmak üzere tarafınızdan aşağıdaki demografik bilgileri ve "defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği" ile "tıbbi hatalarda tutum ölçeği" isimli iki ölçeği doldurmanız talep edilmektedir. Kimlik bilgileri ve anketi dolduran kişiyle anketi irtibatlandırabilecek bir bilgi toplanmayacağından gizliliğiniz ile ilgili endişe taşımadan soruları dürüstlikle cevaplayabilirsiniz. Katkınız için teşekkür ederiz.

* Zorunlu soruyu belirtir

1. vereceğim yanıtların ilgili tez çalışmasında kullanılmasını onaylıyorum *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ evet

☐ hayır

2. anketi doldurma tarihi *

3. yaşıınız *

4. cinsiyet *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ kadın

☐ erkek

https://docs.google.com/forms/d/1fWDmL13dEaCFytlVIQu-8S7rk0wmxtaBbPY_mxshDU/edit

1/15

5. medeni durum *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ evli
☐ bekar

6. hekimliğinizde kaçınıcı yılınız *

7. hangi branşta asistan hekimsiniz? *

8. branşınızda uzmanlık eğitimi kaç yıl sürmektedir *

9. asistanlıkta kaçınıcı yılınızdasınız(bitirdiğiniz yıl+1) *

10. asistanlık eğitimine başlamadan önce kaç yıl hekim olarak çalıştınız? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 0-1 yıl
☐ >1-2
☐ >2-3
☐ >3-4
☐ >4

aşağıda "defansın tıp uygulamaları tutum ölçeği" verilmekte olup seçenekler 1 den 5 e sıralanmıştır, hiç katılmıyorsanız 1, kısmen katılıyorsanız 2, kararsızsınız 3, katılıyorsanız 4, kesinlikle katılıyorsanız 5 olacak şekilde size uygun seçeceği işaretleyiniz.

11. 1.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ Diğer: _____

12. 2.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

13. 3.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımda *
gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum,

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

14. 4.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: *
sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum,

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

15. 5.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık *
kullanıyorum,

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

16. 6.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarım daha *
detaylı açıklıyorum,

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

17. 7.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarım daha fazla zaman *
ayırıyorum

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

18. 8.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

19. 9.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

20. 10.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

21. 11.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

22. 12.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

23. 13.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum, *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

24. 14.Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

25. 15.Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ evet
☐ hayır

26. 16.Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

27. 17.Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ evet
☐ Hayır

28. 18.Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

tıbbi hatalarda tutum ölçeği

aşağıda "tıbbi hatalarda tutum ölçeği" verilmekte olup seçenekler 1den 5e sıralanmıştır. verilen seçeneklerden "5>Tamamen katılıyorum", "4>Katılıyorum", "3>Kararsızım", "2>Katılmıyorum", "1>Kesinlikle katılmıyorum" şeklinde size en uygun seçeceği işaretleyiniz.

29. 1.Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

30. 2.Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

31. 3.Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

32. 4.Tıbbi hatanın fark edilmesi hatayı yapan kişi için utanç vericidir. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

33. 5.Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

34. 6.Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

35. 7.Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

36. 8.Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

37. 9.Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

38. 10.Tıbbi hata yapan sağlık çalışanları cezalandırılmamalıdır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

39. 11.Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

40. 12.Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınıyorum. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

41. 13.Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

42. 14.Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

43. 15.Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

44. 16.Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

45. 17.Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmaktadır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

46. 18.Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

6.11.2025 11:20

Tıpta uzmanlık eğitimi almakta olan klinik branş asistan hekimlerinin defansif tıp uygulamaları tutumları ile medikal malpraktis tutumlarının ...

47. 19.Yaptığım tıbbi hataları bildirdiğimde diğer çalışanlar tarafından duyulmasını *
istemem.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

Bu içerik Google tarafından oluşturulmamış veya onaylanmamıştır.

Google Formlar

https://docs.google.com/forms/d/1fWDmLt3dEaCFytIViQu-8S7rk0wmxtaBbPY_mxshDU/edit

15/15

Ek 1. Google Form Anketi – Sayfa 15

