

T.C  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN  
DEFANSİF TIP KONUSUNDAKİ  
TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI**

**Dr. EMİN BİÇEN**

**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR-2018**

T.C  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN  
DEFANSİF TIP KONUSUNDAKİ  
TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. EMİN BİÇEN**

**Danışman Öğretim Üyesi  
Prof. Dr. Akça Toprak Ergönen**

## İÇİNDEKİLER

|                             | Sayfa No.  |
|-----------------------------|------------|
| <b>Tablo Listesi</b>        | <b>ii</b>  |
| <b>Grafik Listesi</b>       | <b>iii</b> |
| <b>Teşekkür</b>             | <b>iv</b>  |
| <b>Özet</b>                 | <b>1</b>   |
| <b>Summary</b>              | <b>3</b>   |
| <b>1. Giriş ve Amaç</b>     | <b>5</b>   |
| <b>2. Genel Bilgiler</b>    | <b>9</b>   |
| <b>3. Gereç ve Yöntem</b>   | <b>25</b>  |
| <b>4. Bulgular</b>          | <b>28</b>  |
| <b>5. Tartışma</b>          | <b>61</b>  |
| <b>6. Sonuç ve Öneriler</b> | <b>69</b>  |
| <b>Kaynaklar</b>            | <b>70</b>  |

### Ekler

Ek 1. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 07.12.2017 tarihli kararı.

Ek 2. Çalışmamıza Ait Veri Kayıt Formu.

## TABLO LİSTESİ

|                                                                                                                         | Sayfa No. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tablo 1. Katılımcıların anabilim dallarına göre dağılımı                                                                | 29        |
| Tablo 2. Uzmanlık alanı tercih ederken malpraktis çekincesi yaşadığını ifade eden katılımcıların tıpta uzmanlık dalları | 32        |
| Tablo 3                                                                                                                 | 33        |
| Tablo 4                                                                                                                 | 33        |
| Tablo 5                                                                                                                 | 38        |
| Tablo 7                                                                                                                 | 41        |
| Tablo 8                                                                                                                 | 42        |
| Tablo 9                                                                                                                 | 44        |
| Tablo 10                                                                                                                | 45        |
| Tablo 11                                                                                                                | 47        |
| Tablo 12. Anabilim dallarına göre katılımcıların DTU skor ortalamaları                                                  | 54        |
| Tablo 13. Anabilim dallarına göre katılımcıların pozitif DTU skor ortalamaları                                          | 56        |
| Tablo 14. Anabilim dallarına göre katılımcıların negatif DTU skor ortalamaları                                          | 57        |
| Tablo 15. DTU skorlarının bazı bağımsız değişkenlerle ilişkisi                                                          | 58        |

## GRAFİK LİSTESİ

|                                                                                                                       | Sayfa No. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Grafik 1. Katılımcıların cinsiyetleri ve yaş ortalamaları .....                                                       | 28        |
| Grafik 2. Katılımcıların cerrahi ve dahili tıp bilimlerindeki dağılımı .....                                          | 30        |
| Grafik 3. Katılımcıların uzmanlık eğitiminin kaçınıcı yılında olduklarına göre dağılımı .....                         | 30        |
| Grafik 4. Katılımcıların uzmanlık alanı tercih ederken malpraktis çekincesi yaşama oranları .....                     | 31        |
| Grafik 5. Katılımcıların zorunlu tıbbi malpraktis sigortasına güven oranları .....                                    | 34        |
| Grafik 6. Katılımcıların defansif tıp uygulamaları kavramını duyma oranları .....                                     | 35        |
| Grafik 7. Katılımcıların defansif tıp hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade etme oranı .....                  | 35        |
| Grafik 8. Katılımcıların malpraktis iddiası ile dava edilme oranı .....                                               | 36        |
| Grafik 9. Katılımcıların malpraktis davalarının hekimlik mesleğine negatif etkisinin olacağını ifade etme oranı ..... | 37        |
| Grafik 10 .....                                                                                                       | 37        |
| Grafik 11 .....                                                                                                       | 39        |
| Grafik 12 .....                                                                                                       | 40        |
| Grafik 13 .....                                                                                                       | 42        |
| Grafik 14 .....                                                                                                       | 43        |
| Grafik 15 .....                                                                                                       | 45        |
| Grafik 16 .....                                                                                                       | 46        |
| Grafik 17 .....                                                                                                       | 47        |
| Grafik 18 .....                                                                                                       | 48        |
| Grafik 19 .....                                                                                                       | 49        |
| Grafik 20 .....                                                                                                       | 49        |
| Grafik 21 .....                                                                                                       | 50        |
| Grafik 22 .....                                                                                                       | 51        |
| Grafik 23 .....                                                                                                       | 51        |
| Grafik 24 .....                                                                                                       | 53        |

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmam süresince danışman öğretim üyesi olarak değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, ayrıca bilgisi ve titiz, özverili yaklaşımıyla bana yol gösteren, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim hocam, Sayın Prof. Dr. Akça Toprak Ergöner'e teşekkürlerimi sunarım.

Birlikte çalıştığım tüm uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma ve aileme içtenlikle teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, tecrübe ve ilgilerini bana aktaran hocalarım Prof. Dr. Erdem Özkara, Prof. Dr. M. Hakan Özdemir, Prof. Dr. Yücel Arısoy, Doç. Dr. İsmail Özgür Can ile Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demiroğlu Uyaniker'e teşekkür ederim.

Çalışmam için istatistiksel analiz ve verilerin değerlendirilmesinde bilgi ve katkılarından dolayı Uzm. Dr. Hande Bahadır'a teşekkür ederim.

## ÖZET

### **Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması**

Emin Biçen, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye,  
(eminbicen@hotmail.com)

#### **Giriş ve Amaç:**

Malpraktis uygulamaları ile ilgili açılan ve son yıllarda sıklığı artan davaların sebep olduğu iş gücü kaybı ve bazen hükmolunan yüksek miktarlardaki tazminatlar, hekimlerde kaygıya neden olmaktadır. Bu kaygıları nedeniyle hekimlerde normal tıbbi uygulamalardan sapma olarak nitelendirebileceğimiz defansif tıp uygulamaları görülmektedir.

Hekimlerin, sonradan bir dava söz konusu olmaması kaygısıyla tıbbi olarak gerek olmadığı halde görüntüleme ve laboratuvar incelemelerine başvurmaları; pozitif defansif tıp uygulaması olarak adlandırılırken, malpraktis iddiasına neden olma riski yüksek tanı ve tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınmaları negatif defansif tıp uygulamaları olarak tanımlanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı; hastanemizde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutumlarını ortaya koymaktır.

#### **Gereç-Yöntem:**

Hastanemiz dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde aktif olarak çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerine ‘Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği’ uygulanmış, demografik özellikleri ve çalışma koşulları ile birlikte değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler SPSS 22.0 programına girilerek istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:**

Çalışmamızda 243 tıpta uzmanlık öğrencisine ulaşıldı. Yaş ortalaması 28, erkek/kadın oranı 1,03/1'di. Katılımcıların %23'ünün Çocuk Hastalıkları, %17,3'ünün Aile Hekimliği, %7'sinin Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dallarında görevli olduğu, tüm katılımcıların %54'ünde tıpta uzmanlık dalını seçerken malpraktis çekincesinin etkili olduğu görüldü. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile katılımcıların %50'sinin görüntüleme tekniklerini daha sık kullandığı, %47'sinin gelişebilecek olası komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istediği, %33'ünün girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri seçtiği gözlemlendi. Katılımcıların %55'i zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanın mesleki uygulamalarını yaparken daha rahat hissetmelerini sağladığını, %78'i defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını belirtti.

**Tartışma ve sonuç:**

Tıpta uzmanlık öğrencilerinde yüksek düzeyde gözlenen defansif tıp uygulamaları eğiliminin, giderek daha fazla yaygınlaşarak hastalara ve sosyal güvence sistemine zarar verebileceği öngörülmüştür. Bunu önlemek adına tıbbi malpraktis ve defansif tıp kavramlarının mezuniyet öncesi, sonrası ve sürekli tıp eğitimi içerisinde etkin olarak yer almasının bu tip uygulamaların yaygınlaşmasını önleyeceği düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler;** Tıbbi Malpraktis, Defansif Tıp, Tıpta Uzmanlık Öğrencisi

## **SUMMARY**

### **Evaluation of Assistant Physicians Attitudes about Defensive Medical Practices**

Emin Biçen, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine, İzmir, Türkiye, (eminbicen@hotmail.com)

#### **Introduction:**

The loss of work power and sometimes the high compensation amounts caused by lawsuits on malpractice claims induce concern in physicians. Because of those concerns physicians performs defensive medical practices defined as a deviation from standard medical practice.

The deviating medical practice may include two types of behaviour: an ‘positive defensive medicine’ involving the ordering of more tests and procedures than medically indicated and an ‘negative defensive medicine’ in which the physician avoids high-risk procedures or patients to distance him/herself from malpractice liability.

Aim of this study is to identify attitudes about defensive medical practices among assistant physicians in our hospital.

#### **Method:**

The questionnaire, which included the sociodemographic data form and the defensive medicine applications attitude scale, was applied to assistant physicians who work at medical and surgical clinical science departments in our hospital. The data were analyzed by using the SPSS 22.0 statistical software packages.

**Results:**

Of all the 243 participants whose mean age was 28, the ratio of men to women was 1,03 to 1. Pediatricians comprised the largest specialty group among respondents (23%), followed by family medicine assistants (17.3%) and orthopedics (15%). 54% of all participants reported that they have had concerns about malpractice claims when choosing residency. 50% of all respondents reported that they ordering more radio diagnostic tests, 47% of all respondents reported that they often referred patients to other specialists in unnecessary circumstances and 33% of them reported they avoid certain invasive procedures or interventions, because of liability concerns. 55% of participants reported that they don't trust in mandatory malpractice insurance when performing medical practices and 78% reported they don't have enough knowledge about concept of defensive medical practices.

**Conclusion:**

In our study, it was concluded that most of the research assistants perform defensive medical practices and this could affect badly to patients' health and social security system. In order to prevent the spread of such applications, it is considered that the concepts of medical malpractice and defensive medicine should be included effectively in pre- and post-graduate medical education.

**Key words;** Medical malpractice, defensive medicine, assistant physicians

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Birleşik bir sözcük olan malpraktis, mala (hatalı, kötü) ve practice (uygulama) sözcüklerinden türetilmiştir. Black's Hukuk Sözlüğünde malpraktis; “Bir meslek üyesi kimsenin mesleğini; toplumda mesleğin ortalama, basiretli ve saygın bir mensubunun her koşul altında uygulaması gereken bilgi ve beceri ile uygulamaması sonucu hizmetten yararlanan kişiye bir zarar vermesi” olarak tanımlanmıştır [1]. Türk Tabipler Birliği Etik İlkeleri Madde 13'te tıbbi malpraktis veya tıbbi hata “Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi; hekimliğin kötü uygulanması” olarak tanımlanmaktadır [2].

Tıbbi uygulama hataları; Dünya Tıp Birliği'nin (World Medical Association) 1992 yılındaki 44. genel kurulunda ‘hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar’ olarak tanımlanmıştır [3]. Tıbbi uygulama hataları, “hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların” tamamını içermektedir [4].

Amerikan Tıp Enstitüsünün 1984 verilerini değerlendirerek oluşturduğu sonuçlara dayanarak hazırladığı rapora göre A.B.D’de her yıl 98.000 hastanın tıbbi uygulama hatalarına bağlı öldüğü bildirilmektedir. Ancak yapılan daha güncel çalışmalarda bu sayının esasen yıllık 210.000’in üzerinde olduğu belirtilmektedir [5]. 2006 yılında yapılan bir araştırmada; Amerika Birleşik Devletlerinde medikal malpraktis iddiası ile her yıl 15.000-19.000 dava açıldığı ve 2006 yılında açılan 15.843 davada verilen ortalama tazminat cezasının 234.635 dolar olduğu belirtilmektedir [6]. Yapılan daha güncel bir çalışmada ise NPDB (National Practitioner Data Bank-Ulusal Hekim Veri Bankası)’ye 1992’den 2014’e kadar 177 667 doktor için toplam 280.368 adet ceza ödenen hatalı uygulama hatasının rapor edildiği ve ortalama tazminat miktarının 329.565 dolar olduğu belirtilmektedir [7].

Yurtdışında tıbbi uygulama hatası iddialarının artmasının nedenleri arasında; tıpta sürekli yeniliklerin görülmesi ve bunların bütün topluma hızla yayılması, toplumun bilinç ve eğitim düzeyinin artması, sigorta sisteminin gelişmesi, hak arama mücadelesi gibi çeşitli tıbbi, hukuki ve sosyal etkenler yer almaktadır [8].

Hekimlere yönelik tıbbi uygulama hatası iddiaları son yıllarda ülkemizde de giderek artan oranlarda karşımıza çıkmaktadır. Son 10 yıl içinde konu çeşitli boyutlarda tartışılmaya başlanmıştır ve çözüm arayışlarının sürdüğü dinamik bir süreç yaşanmaktadır [2]. Tıbbi uygulama hatalarının tıbbi açıdan değerlendirilmesinde ülkemizde genellikle ilgili branş hekimleri ile konsülte edilmek suretiyle adli tıp uzmanları etken rol oynamaktadırlar.

Malpraktis dava sayılarının artması, yüksek tazminatlar ve küçülen sigorta pazarı hekimleri malpraktis davalarına karşı korunma amaçlı olarak gereksiz tanı testleri istemelerine ve riskli hastalardan çekinmelerine neden olan tedirgin bir ortam oluşturmuştur [9].

Giderek daha çok yükselen tazminat ödeme oranları, haklarını daha çok arayan hastalar, sağlık hukuku alanında uzmanlaşan avukatlar, daha büyük idari yükler sigorta şirketlerince sigorta edilmeme riskini arttırmış ve hekimlerin ağırbaşlılığına karşı diğer zorlayıcı etmenler hekimleri malpraktis sorumluluk risklerini tek başlarına kaldıramayacakları defansif duruşa yönlendirmiştir [10].

Defansif tıp kavramı “assurance behavior” (güvence davranışı) ve “avoidance behavior” (kaçınma davranışı) olmak üzere iki alt bölümde incelenmiştir. Güvence davranışları için en sık “positive defensive medicine” (pozitif defansif tıp), kaçınma davranışları için ise “negative defensive medicine” (negatif defansif tıp) terimleri kullanılmıştır [9, 11, 12].

Pozitif defansif tıp “hastaları malpraktis şikayetinde bulunmaktan vazgeçirmek veya yasal süreci yapılması gerekenin yapıldığı konusunda ikna etmek ve hoşnutsuzluktan kaynaklanabilecek olumsuz sonuçları azaltmak amacıyla marjinal ya da tıbbi değeri olmayan ilave tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasıdır” [9-12] şeklinde tanımlanmıştır.

Negatif defansif tıp ise “hekimlerin kendilerini yasal risk kaynaklarından uzaklaştırmak amacıyla malpraktis davasıyla sonuçlanma riski yüksek tanı ve tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınmaları” [9-12] olarak tanımlanmıştır.

Defansif tıp uygulamaları tüm dünyada tartışılan bir konudur ve hekimler üzerinde yapılan çeşitli çalışmalarda yüksek oranlar saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) %79-93 oranları arasında olduğu, İsrail’de %60 oranında olduğu, Avrupa’da en sık (%80 oranı ile) İtalya’da görüldüğü, Japonya’da %98 olduğu, Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise %78,38 oranında defansif tıp uygulaması yapıldığı belirtilmiştir [13].

Tancredi ve Barondess defansif tıbbın açıkça görünen ve artan öneminden dolayı her ülkede defansif tıp uygulamalarının genişliği ve özellikleri ile ilgili ampirik çalışmalar yapılması gerektiğini belirtmiştir [14].

Konya il merkezindeki tüm hastanelerde hasta hekim ilişkisi yaşayan 762 hekimle yapılan bir anket çalışması sonucunda, hastane hekimlerinin defansif tıbbı belirgin olarak uyguladıkları, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanesi hekimlerinin, cerrahi branş hekimlerinin, acil servislerde çalışan pratisyen hekimlerin, haklarında malpraktis davası açılanların, malpraktis sigorta poliçesi yaptıranların, yeni Türk Ceza Kanunu'nun yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerin ve her an bir malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerin istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarını daha fazla uyguladıklarının tespit edildiği, defansif tıp uygulamalarının, hekim için risk oluşturan konulardaki endişeleri ile bağlantısı olduğu belirtilmektedir [15].

İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 31 uzman hekim ile 31 asistan hekim ile yapılan çalışmada; çalışmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun defansif tıp uyguladığı ve hekimlerin %24,2'sinin (n:15) çok yüksek, %50'sinin (n:31) yüksek, %25,8'inin (n:16) orta derecede defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşıldığı belirtilmektedir [13].

İzmir ili Karşıyaka Toplum Sağlığı Merkezine bağlı çalışan, 81 hekim ile yapılan çalışmada; çalışmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun defansif tıp uyguladığı ve hekimlerin %21'inin (n:17) çok yüksek, %49,3'ünün (n:40) yüksek, %23,5'inin (n:19) orta derecede, defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşıldığı belirtilmektedir [13].

Malpraktis davası açılma korkusu devam ettiği sürece, hekimlerin defansif tıp uygulamalarını gerçekleştirmeye devam etmelerinin kaçınılmaz olduğu belirtilmektedir [16].

Hastaların optimum tedavi istemeleri ve hekimlerin yasal kaygılarının birleşimi, tanı konusunda emin olmadıkları zaman daha fazla inceleme istemelerine neden olduğu yönündedir [12]. Malpraktis davalarının hekimleri bireysel olarak tehdit etmesi sağlık sisteminin total performansına da olumsuz etki etmektedir [9].

Birey ve toplum sağlığına olumsuz etkilerine ek olarak defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini de yükselteceği öngörülebilir. Amerika Birleşik Devletlerinde sağlık sigortası primlerindeki artışta malpraktis kavramı ile birlikte defansif tıbbi uygulamalarında etkisi vardır. Amerika Sağlık Sigortacıları Birliği (The Health Insurance Association of America)'nin 1975 yılı çalışmasında defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmetleri maliyetlerine yıllık 3-6 milyar dolar yük getirdiği belirtilmektedir [17]. Ancak yapılan daha güncel çalışmalarda Amerika Birleşik Devletlerinde defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmetleri maliyetleri içerisinde oluşturduğu yükün yıllık 46 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir [18, 19].

Hekimlerin meslek uygulamaları sırasında yaralama ya da ölüme neden olduklarında bu duruma özel yasal düzenleme bulunmadığından hekimler Türk Ceza Kanunu (TCK) kapsamında değerlendirmektedir. 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe TCK'da kişi hak ve özgürlüklerini kısıtlayan yasa maddelerinin ceza miktarları belirgin derecede artırılmış ve kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi (TCK Madde 83), bilinçli taksir (TCK Madde 22) gibi kavramlar eklenmiştir [20]. Bu yeni maddelerin kavram kargaşasına ve hatalı yorumlara açık olduğu belirtilmektedir [20]. Bu durum tıp meslek örgütleri, tıp çevreleri ve çok az da olsa sağlık hukuku çevrelerinde defansif tıp uygulamalarının başlayacağı ve artacağı belirtilmeye başlanmıştır [15, 20, 21]. Ancak bu konuda yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür.

Çalışmamıza başladığımız döneme dek ulaşılan kaynaklarda, ihtisas eğitimi verilen herhangi bir üçüncü basamak sağlık merkezinde yapılan ve tıpta uzmanlık öğrencilerine yönelik defansif tıp uygulamalarına karşı tutumu değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmamızda hastanemizde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerine geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan bir ölçek uygulanarak defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutumları araştırılacaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Defansif tıp tanımı ve türleri

Defansif tıp kavramı olarak ilk ortaya çıktığı 1970’li yıllarda “doktorun olası davalardan korunmak amacıyla tanı-tedavi protokollerini gerek olmadığı halde kullanması ve tıbbi uygulama hatası iddialarına neden olma olasılığı yüksek işlemlerden kaçınma davranışları” olarak tanımlanmıştır [9, 11, 15]. Daha güncel yayınlarda tanımın pek değişmediği görülmüştür; “olası malpraktis iddialarından kaçınmak için gereksiz incelemeler istenmesi, tedavi protokollerinin uygulanması ve vizitlerin yapılması ya da yüksek riskli olarak değerlendirilen hastaları tedaviden kaçınma davranışı” olarak kaynaklarda yer almaktadır [14, 22, 23].

Defansif tıp kısaca; öncelikle yasal yükümlülük kaygısı ile en uygun tıbbi uygulamadan sapmadır [10, 24, 25].

Defansif tıp uygulamaları; standartların üzerinde bakım hizmetleri (normalin üzerinde tanılabilir test veya tedavi gibi), bakım hizmetini veren kişinin değişmesi (örneğin başka bir hekime veya sağlık kuruluşuna sevk) veya standartların altında bakım hizmetleri (örneğin belirli hastaları tedavi etmeyi reddetme) şeklinde kendini gösterebilir [10, 26, 27].

Kaynaklarda; olası komplikasyonların veya olumsuz sonuçların azaltılması, hastaları olası malpraktis iddialarından caydırmak veya hukuk sistemini gerekli olan her şeyin fazlasıyla yapıldığına ikna etmek amacıyla marjinal olarak nitelendirilebilecek veya tıbbi değeri olmayan işlemlerin yapılması; pozitif defansif tıp ya da güvence davranışı (assurance behavior) olarak adlandırılmaktadır [9-12, 28].

Hekimin, olası hukuki risklere neden olabilecek tanı ve tedavi protokollerine karşı olabildiğince mesafeli davranmasına ise negatif defansif tıp ya da kaçınma davranışı (avoidance behavior) adı verilmektedir [9-12, 28].

### 2.1.1 Pozitif defansif tıp

Pozitif defansif tıp “hastaları malpraktis şikayetinde bulunmaktan vazgeçirmek veya yasal süreci yapılması gerekenin yapıldığı konusunda ikna etmek ve hoşnutsuzluktan kaynaklanabilecek olumsuz sonuçları azaltmak amacıyla marjinal ya da tıbbi değeri olmayan ilave tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasıdır” şeklinde tanımlanmıştır [9-12]. Pozitif defansif tıp uygulamaları bazı yabancı yayınlarda “avoidance behavior” (kaçınma davranışı) olarak da isimlendirilebilmektedir [9, 11, 12].

#### 2.1.1.1 Pozitif defansif tıp uygulamaları

Pozitif defansif tıp uygulamaları olarak nitelendirilebilecek sık karşılaşılan davranışlar;

- Tanı ve tedaviye yönelik daha fazla laboratuvar incelemesi isteme,
- Tanı ve tedaviye yönelik daha fazla radyodiagnostik inceleme isteme,
- Diğer branşlardan daha fazla konsültasyon isteme,
- Tıbbi zorunluluk olmadığı halde sosyal endikasyon gibi tıbbi olmayan nedenlerle servise hasta yatırma,
- Tıbbi kayıtların gereğinden fazla detaylı tutulması,
- Uygulanacak tanı ve tedavi protokollerinin hastaya gereğinden fazla detaylı açıklanması,
- Gereğinden sık ve uzun süren vizitler yapma,
- Tıbbi gereksinim olmadığı halde ilaç reçete etme,
- Hastanın tedavi sonrası gereğinden fazla kontrole çağırılması şeklindedir [9, 10, 12, 16, 19, 28-32].

### 2.1.2 Negatif defansif tıp

Negatif defansif tıp “hekimlerin kendilerini yasal risk kaynaklarından uzaklaştırmak amacıyla malpraktis davasıyla sonuçlanma riski yüksek tanı ve tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınmaları” [9-12] olarak tanımlanmıştır. Negatif defansif tıp uygulamaları bazı yabancı kaynaklarda “avoidance behavior” (kaçınma davranışı) olarakta isimlendirilebilmektedir [9, 11, 12].

#### 2.1.2.1 Negatif defansif tıp uygulamaları

Negatif defansif tıp uygulamaları olarak nitelendirilebilecek sık karşılaşılan davranışlar;

- Dava etme olasılığı yüksek hastaları başka bir hekime yönlendirme,
- Dava etme olasılığı yüksek hastaları kabul etmeme,
- Karmaşık sağlık problemleri olan hastalardan kaçınma,
- Komplikasyon oranı yüksek tedavi protokollerinden kaçınma,
- Girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan tedavi yöntemlerine yönelme şeklindedir [9, 10, 12, 16, 19, 28-32].

### 2.2 Defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı

Yaygınlığı ve niteliği tartışmalı olsa da [33] defansif tıp davranışlarının uygulandığı, kavramının ilk ortaya atıldığı Amerika Birleşik Devletleri’nde ve dünyanın diğer ülkelerinde sıkça bildirilmektedir [10, 22, 28, 34, 35].

Defansif tıp davranışları son yıllarda artan tıbbi uygulama hatası iddialarına bağlı olarak tüm dünyada özellikle yüksek riskli tıp alanlarında olmak üzere yaygınlaşmaktadır [23, 32].

### 2.2.1 Yurt dışı çalışmalar

İngiltere’de aile hekimleri (general practitioners) arasında yapılan bir çalışmada olası malpraktis davalarından korunmak amacıyla hekimlerin %90’ının tıbbi kayıtları oluştururken normalden daha fazla zaman harcadığını, %86’sının sağlanacak tedavi planını açıklarken çok daha fazla detaylı bilgi verdiğini, %40’ının gerçekte gerekenden çok daha fazla görüntüleme incelemesi istediği belirtilmiştir [28].

İngiltere’de yapılan bir diğer çalışmada 204 uzman hekime anket uygulanmış, çalışma çalışmaya katılan hekimlerin %89’unun defansif tıp kavramından haberdar olduğu, %91’inin hekimlere açılan davalarda artış olduğunu düşündüğü, %14’ünün daha öncesinde en az bir kere dava edildiği, %90’ının malpraktis davası sonucu hükmolunabilecek tazminat cezalarına karşı değişik düzeylerde sigortalı olduğu gözlenmiştir [36]. Yapılan değerlendirme sonucunda hekimlerin, 40 yaş üstü uzman hekimlerde %37 ile daha düşük oranda olmak üzere, toplamda %78’inin değişik şekillerde defansif tıp uygulamaları gerçekleştirdiği, en sık yapılan defansif tıp uygulamasının %59 ile gereksiz inceleme istemek olduğu, hekimlerin %55’inin gereksiz yere başka tıp branşlarından konsültasyon istediği, %9’unun ise yüksek riskli hastaları tedavi etmek istemediği tespit görülmüştür [36].

Amerika Birleşik Devletleri’nde defansif tıp davranışlarını araştırmak için 1028 beyin cerrahına anket uygulanmıştır [37]. Yapılan çalışma sonucunda olası tıbbi kötü uygulama davalarından kaçınmak için hekimlerin %72’sinin normalde gerekli gördüklerinden daha fazla görüntüleme incelemesi, % 67’sinin gerekli gördüklerinden daha fazla laboratuvar incelemesi ve % 66’sının başka branşlardan gerekli gördüklerinden daha fazla konsültasyon istediği görülmüştür. % 40’nın gerekli gördüklerinden daha fazla ilaç yazdıkları ve % 64’ünün yüksek riskli olguları ileride karşılaşılabilecekleri olası davalar nedeniyle geri çevirdikleri gözlenmiştir [37].

Pennsylvania’da yapılan bir çalışmada acil tıp, genel cerrahi, beyin cerrahi, ortopedi, kadın hastalıkları ve doğum ile radyoloji başta olmak üzere yüksek riskli uzmanlık alanlarında çalışan hekimlerin hali hazırda oldukça yüksek miktarlarda olan ve giderek artan miktarda tazminat cezalarının etkisi ile defansif tıp uygulamalarına yöneldiği bu yüksek riskli uzmanlık alanlarında defansif tıp prevalansının %93 olduğu belirtilmektedir [10].

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir diğer çalışmada 1214 ortopedi ve travmatoloji uzmanı ile görüşüldüğü, yapılan inceleme sonucunda defansif tıp uygulamaları insidansının %96 olarak bulunduğu ve olguların %24'ünün hali hazırda tanısı konmuş hastalar için olası hukuki kaygılarla ekstra tanı testleri istediği belirtilmektedir [38].

Kanada'da 75 beyin cerrahi uzmanı ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların çoğunluğunun(%87) tıbbi malpraktis sigortalarının kendilerine güvence verdiğini ifade ettiği, %60'ının nadiren defansif tıp uygulamalarına gereksinim duyduklarını belirttiği, yalnızca 1/5'inin hastalarını potansiyel malpraktis davası olarak gördüğü ve sadece %4,1'inin yıllık malpraktis sigorta primini(katılımcıların %73,5'i yıllık 5000 doların üzerinde tıbbi malpraktis sigorta primi vermektedir.) büyük bir yük olarak gördüğü saptanmıştır [39].

Avusturya'da toplam 183 ortopedi, travma cerrahi ile radyoloji branşlarında hizmet veren uzman ve asistan hekimler ile yapılan anket çalışması sonucunda defansif tıp uygulamalarının prevalansının %97,7 olduğu saptanmıştır [40]. Çalışma sonucunda olguların ortalama ayda 1,4 malpraktis iddiası ile karşılaştığı, ortopedi ile travma cerrahi alanında çalışan hekimlerin yaptıkları tüm tanısal girişimlerin %28'inin defansif tıbbi uygulamalar ile ilişkili olduğu, olası davalardan kaçınmak amacıyla yüksek çözünürlük/kaliteli görüntüleme istemleri ile kısa süreli hasta yatırma işlemlerinde artışın görüldüğü, olguların %81'inin yüksek riskli hastalarda ekstra olarak nitelendirilebilecek tanısal tetkikler istediği saptanmıştır [40]. Yapılan değerlendirme sonucunda radyoloji alanında çalışan hekimlerin defansif kaygılarla ayda ortalama 9,2 saat vakit harcadıkları, ortopedi ile travma cerrahi alanında çalışan hekimler ise toplam çalışma vakitlerinin sırasıyla %17 ve %18'ini defansif tıp uygulamaları nedeniyle boşa harcadıkları belirlenmiştir [40].

İtalya'da yapılan 2008-2009 yıllarında 102 cerrah ve anestezi uzmanı ile 307 pratisyen hekim (general practitioners) üzerinde ayrı ayrı yapılan anket çalışmasında; olası tıbbi kötü uygulama iddialarına karşı; uzman hekimlerin %83.3'ünün yapılan görüşmeden önceki bir ay içerisinde en az bir defa defansif tıp uygulamasında bulunduğu, en sık görülen defansif tıp davranışının %78.9 ile hasta kayıtlarının gereğinden fazla tutma olduğu belirtilmektedir [41]. Verilen yanıtların değerlendirilmesi sonucunda hekimlerin %57.7'sinin hastanın tedavisinde etkisi olmayacak gereksiz ilaçlar yazdığı, %53'ünün gereğinden fazla sayıda tanısal teste yöneldiği, %48.3'ünün diğer tıp branşlarından gereksiz yere konsültasyon istediği, %30.5'inin poliklinik kontrolleri ile takip edilebilecek hastaları gereksiz yere hastaneye yatırdığını belirttiği gözlenmiştir [41]. Çalışmaya katılan pratisyen hekimlerin (general practitioners) ise

%77.9'unun anket çalışmasından önceki bir ay içerisinde en az bir defa defansif tıp uygulamasında bulunduğu, hekimlerin %82.8'inin hasta kayıtlarını gereğinden fazla tuttuğu, hekimlerin %68,8'inin başka türlü tanı veya tedavisi yapılabilecek hastaları hastaneye yatırdığı, %61.3'ünün gereğinden fazla sayıda tanısal teste yöneldiği, %52.5'inin hastanın tedavisinde etkisi olmayacak gereksiz ilaçlar yazdığı, %58.6'sının hastalarını gereksiz yere ilgili uzman hekimlere konsülte ettiği belirtilmektedir [41].

İsrail'de dahiliye, pediatri, genel cerrahi, aile hekimliği, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi, kardioloji ve beyin cerrahi uzmanı 889 hekim ile gerçekleştirilen çalışmada, çalışmada değerlendirilen hekimlerin %60'ının defansif tıp uygulamaları yaptığını ifade ettiği, hekimlerin %40'mın tüm hastaları potansiyel davacı olarak gördüğü bunun yanında hekimlerin %25'inin kariyerleri boyunca en az bir kere dava edildiği gözlenmiştir [31].

Asya kıtasının gelişmiş ülkelerinden Japonya'daki durum incelendiğinde medikal malpraktis iddiası ile açılan dava sayıları Amerika Birleşik Devletleri ile karşılaştırıldığında şu an için görece küçük kaldığı halde kademeli olarak yükselmektedir[42, 43]. 1960 yılında 102 olan tıbbi malpraktis dava sayısının 2003 yılı itibari ile on kat artarak 1019 sayısına ulaşmıştır [44, 45]. 131 gastroenteroloji uzmanı ile anket kullanılarak yapılan çalışmada katılımcıların yalnızca %2'sinin daha önce dava edildiği ve %96'sının tıbbi malpraktis sigortasına sahip olduğu, ancak katılımcıların nerdeyse tamamına yakınının, %98'inin defansif tıp uygulamalarını gerçekleştirdiği, kaçınma davranışı olarak nitelendirilebilecek riskli tedavi protokollerinden ve riskli hastalara tıbbi hizmet vermekten kaçınmak gibi negatif defansif tıp uygulamalarının %96 oran ile çok yaygın olduğu, bu davranışların 10 yıldan daha kısa süredir uzmanlık alanlara göre 20 yıldan uzun süredir uzmanlık yapan hekimlerde daha az olduğu, katılımcıların %91'inin defansif kaygılarla marjinal olarak nitelendirilebilecek veya tıbbi değeri olmayan pozitif defansif tıp uygulamalarına yöneldiği, %68'inin ise sıkça gereksiz yere hastalar ile ilgili diğer tıp branşlarından konsültasyon istediği görülmüştür [45].

Yüksek nüfusu ile dikkat çeken bir diğer Asya ülkesi olan Çin'de 2017 yılında Ulusal Kadın Hastalıkları ve Doğum Kongresinde yapılan bir anket çalışmasında kongreye katılan 1486 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı değerlendirilmiş, katılımcılardan %60,8'inin hastalarla medikal yaklaşımı ile ilgili uyuşmazlık yaşadığı, %19'unun dava edildiği, dava edilen hekimlerin ise %60,1'inin davayı kaybettiği, hekimlerin %62,9'unun defansif tıp uygulamaları yaptığını kabul ettiği belirtilmektedir [46].

İranın başkenti Tahran'da 2015-2016 yılları arasında özel ve devlet hastanelerinde çalışan 240 hekim ile yapılan bir çalışmada katılımcıların yarısının pozitif veya negatif defansif tıp uygulamaları yaptığı, bu uygulamaların yaygınlığının cinsiyet, medeni durum, malpraktis sigortası sahibi olma veya mesleki tecrübe ile ilişkili olmadığı, ancak hekimlerin yaşı ile ilişkili olduğu, daha yaşlı hekimlerin daha az defansif tıp davranışı sergilediği belirtilmektedir [47].

Sudan'da 2016 yılında 117 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %89,7'sinin hekimlere karşı açılan dava sayılarında son yıllarda artış olduğuna dair izlenim olduğu, %26,7'sinin ise en az bir kere şahsen dava edildiği, katılımcıların yarısından azı (%42,7) defansif tıp uygulamaları kavramından haberdar olduğunu ifade ederken %71,8'inin en az bir defansif tıp uygulaması sergilediği belirtilmektedir [48].

Güney Afrika Cumhuriyeti'nde, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde eş zamanlı olarak beyin ve sinir cerrahları üzerinde yapılan bir çalışmada; Güney Afrika Cumhuriyeti'nde çalışan hekimler arasındaki defansif tıp uygulama oranı %84,8 ile Kanada'da çalışan hekimlerden(%64,5) yüksek, Amerika Birleşik Devletleri'nde çalışan meslektaşlarına benzer oranlarda bulunmuştur [49].

## **2.2.2 Yurt içi çalışmalar**

Konya il merkezindeki tüm hastanelerde hasta hekim ilişkisi yaşayan 762 hekimle yapılan bir anket çalışması sonucunda, hastane hekimlerinin defansif tıbbi belirgin olarak uyguladıkları belirtilmektedir [15]. Kamu hastanesi hekimlerinin, cerrahi branş hekimlerinin, acil servislerde çalışan pratisyen hekimlerin, haklarında malpraktis davası açılanların, malpraktis sigorta poliçesi yaptıranların, yeni Türk Ceza Kanunu'nun yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerin ve her an bir malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerin istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarını daha fazla uyguladıklarının tespit edildiği görülmüştür [15]. Defansif tıp uygulamalarının, hekim için risk oluşturan konulardaki endişeleri ile bağlantısı olduğuda vurgulanmıştır [15].

Yine Konya'da gönüllü 173 uzman ve pratisyen hekimle yapılan çalışma sonucunda 12 sene önce yürürlüğe giren TCK'dan sonra defansif tıbbi yönelen doktorların sayısının arttığı belirtilmektedir [50]. Katılımcıların %93,6'sının defansif tıp uygulandığı, katılımcıların %75,7'sinin malpraktis iddialarından kendilerini korumak için görüntüleme tetkiklerini daha

fazla kullandıkları, dava açılmayan hekimlerin dava açılmış hekimler ile benzer oranda defansif uygulamalar yaptıkları, hekimlerin malpraktis davalarına maruz kalma yönünde baskı altında hissettiklerini, malpraktis davalarının medyada yer buldukça ve meslektaşlarına dava açılması durumunda baskıyı daha fazla algıladıkları saptanmıştır [50]. Hekimlere uygulanan mesleki zorunlu sağlık sigortasının hekimleri defansif tıp uygulamalarından uzaklaştırma konusunda yetersiz kaldığı tespit edilmiştir [50].

İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 31 uzman hekim ile 31 asistan hekim ile yapılan çalışmada; çalışmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun defansif tıp uyguladığı ve hekimlerin %24,2'sinin (n:15) çok yüksek, %50'sinin (n:31) yüksek, %25,8'inin (n:16) orta derecede defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşıldığı belirtilmektedir [13].

İzmir ili Karşıyaka Toplum Sağlığı Merkezine bağlı çalışan, 81 hekim ile yapılan çalışmada; çalışmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun defansif tıp uyguladığı ve hekimlerin %21'inin (n:17) çok yüksek, %49,3'ünün (n:40) yüksek, %23,5'inin (n:19) orta derecede, defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşıldığı belirtilmektedir [13].

İzmir'de diş hekimleri arasında yapılan bir çalışmada ise; 66 hekim ile yapılan yüz yüze görüşmede uygulanan ölçeğin sonuçları değerlendirildiğinde katılımcıların %93,9'unun orta-ileri derecede defansif diş hekimliği uyguladığının ortaya çıktığı belirtilmektedir [51].

İstanbul'da cerrahi branşlarda uzman 402 cerrah ile yapılan bir çalışmada 2005 yılında TCK'da yapılan değişikliklerin hekimlerin tıbbi yaklaşımına etkisi değerlendirilmiş, katılımcıların %53,6'sının Türkiye'de defansif tıbbın geliştiğini düşündüğünü, %82'si son beş yıl içerisinde eskiye göre daha fazla tetkik istediğini, %81'i son beş yıl içerisinde eskiye göre daha fazla konsültasyon istediğini belirttiği saptanmıştır [52]. Aynı çalışmada hekimlere sorulan "Elektif riskli (kompleks) vakaların sorumluluğunu alır mısınız?" sorusuna 2005 yılı öncesi durum için hekimlerin %7'si hayır derken, 2005 yılı sonrası için %20,5'inin hayır yanıtını verdiği belirtilmektedir [52].

2018 yılında Diyarbakır'da 200 tıpta uzmanlık öğrencisi ile yapılan bir çalışmada; pozitif ve negatif defansif tıp uygulama sıklığının sırasıyla %98 ve %92 olduğu, defansif tıp puanları, erkeklerde, cerrahi bilimlerde çalışanlarda, uzmanlık eğitiminin ilk 2 yılındakilerde, ayda 8 ve

üzeri sayıda nöbet tutanlarda, hakkında malpraktis davası açılanlarda ve sigara kullananlarda anlamlı derecede yüksek bulunduğu tespit edilmiştir [53].

Yapılan bir çalışmada; ülkemizde 2003-2006 yıllarından itibaren yürürlüğe konulan Sağlıkta Dönüşüm Programının çekinik tıp uygulamalarına yol açtığı iddiasından yola çıkarak [54] hekimlerin uzmanlık tercihlerine Sağlıkta Dönüşüm Programının etkisinin olup olmadığını araştırmak üzere Tıpta Uzmanlık Sınavı sonuçlarını incelenmesi sonucunda hekimlerin özellikle riskli klinik uygulamaların olduğu uzmanlık alanlarından hızla uzaklaşmakta olduğu, en riskli uzmanlık alanları en az tercih edildiği belirtilmektedir [55].

2012 yılında Türkiye Klinikleri Kadın Hastalıkları ve Doğum Dergisinin özel sayısında, editörün önsözünde “Sağlıkta yapılmakta olan dönüşüm sürecinin çok hızla gerçekleştiriliyor olması, genel olarak hekimi daha zor ekonomik koşullara itmesi ile yasalar karşısında daha savunmasız hale gelmesine, toplum nezdinde hergün itibarsızlaştırılan bu meslek örgütünün elemanları olan hekimler, "Defansif Tıp" yapmak zorunda kalmaktadırlar.” ifadesi kullanılmıştır [56].

Tokat ilinde 2009 yılında uzman, paratisyen ve tıpta uzmanlık öğrencilerinden oluşan 125 hekim ile yapılan çalışmada; katılımcılara malpraktis nedeni dava açılma endişesinin sağlık hizmetine ne yönde etkisinin olacağı sorulduğunda, %66,7’sinin sağlık hizmetine zarar vereceğini belirttiği, malpraktis endişesi nedeniyle hastalara müdahalede çekinik davranıp davranmadıkları sorulduğunda ise hekimlerin %69,7 oranında “evet” yanıtı verdiği belirtilmektedir [57].

2012 yılında İstanbul'da bireysel görüşme yoluyla toplam 45 kadın hastalıkları ve doğum uzmanıyla yapılan bir çalışmada kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının doğum şekli ile ilgili görüş ve önerileri araştırılmıştır [58]. Yurtdışındaki yayınlarda [59, 60] olduğu gibi TJOD ve Perinatoloji Derneği ile Sağlık Bakanlığının ortaklaşa hazırladığı Doğum Eylemi Yönetim rehberinde de sezaryen sonrası vajinal doğum önerilmektedir. Ancak yapılan çalışma sonucunda hemen hemen tüm uzmanların; gebelerin normal doğum için yeterince hazırlanmadıklarını, gebe eğitiminin az ve yetersiz olduğunu bu nedenle normal doğumun kadınlar tarafından iyi anlaşılmadığı, çabuk ve kolay atlatma beklentisinin doğumun doğal sürecinde sabırsızlıklara ve kolay seçimlere neden olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların çoğu tıbbi teknolojiye gelişmelerin de sezaryen operasyonunun hem doktorlar hem de kadınlar açısından çok kısa, kolay, ağrısız bir doğum seçeneği olarak algılanmasını kolaylaştırdıkları,

doğru bilgilendirilmiş bir annenin sezaryen isteğinin kabul edilmesinin gerektiğini belirtmektedirler [58]. Çalışmaya katılan uzmanların nerdeyse tamamının müdahaleli doğum yaptırmaktan kaçınmalarının nedeni olarak malpraktis davalarından duydukları kaygıları gösterdiği, dava edilme korkusuyla defansif davrandıklarını ifade ettiği vurgulanmaktadır [58]. Bu korkuların temelinde, komplikasyon da olsa anne veya bebeğin zarar gördüğü durumlarda uzmanların yüksek tazminatlar ödemeye mecbur kalmalarının, yasal uygulamalara duyulan güvensizliğin ve dava sürecinde yaşanan psikolojik travmanın yattığı belirtilmektedir [58].

Ankara’da 2017 yılında acil hekimlerinin konsültasyon sürecinde yaşadıkları zorlukların değerlendirilmesi amacıyla acil serviste görev yapan 307 uzman, pratisyen ve tıpta uzmanlık öğrencileri ile yapılan bir çalışma sonucunda; acil hekimlerinin %66,8’inin fazla konsültasyon isteminin hukuki problemlerin önlenmesi için defansif tıp uygulamalarından kaynaklandığını ifade ettiği görülmüştür [61].

2017 yılında kardiyoloji alanında çalışan 253 tıpta uzmanlık öğrencisi, uzman ve öğretim üyesi hekim ile yapılan bir çalışmada; katılımcıların %11.6’sının geçmişte malpraktis iddiası ile dava edildiği, %52.8’sinin ise malpraktis korkusu nedeni ile mesleki pratiklerinde değişiklik yaptıkları tespit edilmiştir [62]. Çalışma sonucunda kardiyologların hukuki sorunlardan kaçınmak kaygısıyla %78.8’inin bilgisayarlı tomografik anjiyografi (BTA) veya perfüzyon sintigrafisi gibi görüntülemelerini talep ettiği, %71.6’sı koroner anjiyografi, %20 ’si stent implantasyonu kararlarında olası malpraktis iddialarının etkili olduğunu, %83.2’sinin ise olası davalara karşı yüksek riskli hastalardan kaçındığı ortaya konmuştur [62].

Ankara’da yapılan bir çalışmada 2006-2011 ve 2012-2017 yılları arasında acil servise başvuran geriatrik travma olgularının radyolojik bulguları değerlendirilmiş, 300’er kişilik olgu gruplarının demografik özellikler, travma mekanizması ve travma skorları açısından benzer olduğu; hastalar için en az bir anabilim dalından istenilen konsültasyon istenilenlerin oranının %61’den %68’e çıktığı, direkt grafi istenilen olguların oranının %%82,1’den %89,3’e çıktığı, bilgisayarlı tomografi incelemesi istenen hastaların oranının ise %44,3’ten %73,3’e çıktığı görülmüştür [63]. Ancak iki grup arasında artan görüntüleme sayısına rağmen saptanan major yaralanma bulgu sayısında, tetkik yapılan hastaların takip süresinde ve mortalite oranları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir [63]. Bu saptanan değişikliklerin defansif tıp uygulamalarının günümüz tıp yaklaşımında meydana getirdiği değişikliğe bağlanmıştır [63].

2016 yılında Malatya’da 234 hekim ile defansif tıp uygulamalarının yaygınlığını araştırmak için yapılan çalışmada; erkek katılımcıların mesleki uygulamalarının olası medikal malpraktis iddalarının getirdiği kaygılardan kadın hekimlere göre daha fazla etkilendiği, hekimolarak geçirdiği süre arttıkça hekimlerin olası malpraktis iddialarından daha az çekindiği, daha az konsültasyon, daha az görüntüleme incelemesi istediği, komplikasyon riski yüksek hastalardan daha az kaçındıkları ve ilk elden muayene edebilecekleri hastayı sevk etme oranlarının düştüğü gösterilmiştir [64]. Katılımcıların %18’inin daha öncesinde malpraktis iddiası ile dava edildiği belirtilmekte olup, bu iddia ile dava sürecine maruz kalan olguların daha sık defansif tıp uygulaması yaptığı tespit edilmiştir [64].

2015 yılında radyolojik görüntüleme isterken doktorların göz önünde bulundurdıkları durumların araştırılması amacıyla acil tıp, dahili, cerrahi, radyoloji bölümlerinde çalışan doktorlar ve pratisyenlerden oluşan 700 hekim ile yapılan bir anket çalışması sonucunda; hekimlerin %55’i ultrasonografi (USG), %65.9’u manyetik rezonans görüntüleme (MRG), %70.9’u direk grafi, %88’i bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiklerinin gereksiz olarak istendiğini belirttiği tespit edilmiştir. Bu gereksiz istemlerin nedenleri sorgulandığında başlıca hasta yoğunluğu/zaman kısıtlılığı, bilgi eksikliği, yetersiz öykü alınması gibi nedenlerin yanısıra hasta memnuniyetinin sağlanması ve olası malpraktis iddialarından kaçınma gibi unsurlar saptanmıştır [65].

Isparta il merkezinde 460 hasta ile defansif tıp ve diğer sebeplerle oluşan arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hastalar tarafından nasıl algılandığına dair yapılan çalışmada; hastaların gereksiz sağlık hizmeti kullanımına yönelik algılamaları “Maddi Kazanç, Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı, İlaç Endüstrisi, Tıbbileştirme, Gereksiz Tetkik” boyutlarıyla değerlendirilmiştir [66]. Hastaların hekimlerin sağlık hizmetlerini sunarken maddi kazanç gözettiklerini ifade ettikleri saptanmıştır [66]. Araştırmanın tıbbileştirme boyutunda ise, “hastalık olarak kabul edilemeyecek basit sağlık problemlerinin hastalıkmiş gibi tedavi edilmeye çalışılmasıyla gereksiz sağlık hizmeti kullanımının arttığını düşünüyorum” ve “doktora gittikçe hastalık çıkıyor” gibi ifadelere verilen yanıtlar bu algının belirgin bir düzeyde olduğu; “hekimlerin ihtiyacım olmadığı halde benden gereksiz yere kan, idrar vs. tahlil istediğini düşünüyorum” gibi ifadeler içeren “Gereksiz Tetkik” boyutunda ise hastaların; hekimlerin tedavi sonrası izlem, kontrol vs. gibi işlemlerle sağlık hizmetlerine gereksiz talep oluşturdukları düşüncesine orta düzeyde katıldıkları, “Gereksiz Tetkik” boyutunun katılımcılar arasında en az katılımın olduğu boyut olduğu belirtilmektedir [66].

## 2.3 Defansif tıp ile malpraktis ilişkisi

Mala(hatalı,kötü) ve practice (uygulama) sözcüklerinin birleşiminden oluşan malpraktis kelimesi; Black Hukuk Sözlüğünde (Black's Law Dictionary); "Bir meslek mensubunun mesleğini, toplumda mesleğin ortalama, basiretli ve saygın bir mensubunun her şart altında uygulaması gereken bilgi ve beceri ile uygulamaması sonucu hizmetten yararlanan kişiye bir zarar vermesi" olarak tanımlanmıştır [1].

Günümüzde daha çok sağlık alanında kullanılan malpraktis ifadesini Dünya Tıp Birliği (World Medical Association) "hekimin tedavide standart uygulamadan sapması, eksik becerisi veya hastaya tedavi vermemesi nedeniyle gelişen zarardır" şeklinde tanımlanmıştır [67]. Türk Tabipler Birliği ise malpraktisi, "tıbbi uygulamadaki bilgi, beceri eksikliği ya da ihmal nedeniyle hizmet sunulan kişinin sağlığına zarar gelmesi" şeklinde tanımlamaktadır [68].

Malpraktis, aydınlatma alanında ise aydınlatma kusuru, tedavi alanında ise uygulama kusuru (tedavi kusuru) ve organizasyon alanında ise organizasyon kusuru olarak adlandırılır [69].

Malpraktis iddiası ile açılan davaların sayısı artmaktadır [1, 70]. Amerika Birleşik Devletlerinde malpraktise bağlı ölümler tüm ölümler arasında 8. sırada gösterilmektedir [71].

Türkiye'deki durum ile ilgili 2009 yılında meclisteki bir oturumda verilen soru önergesi üzerine Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın verdiği yanıtta; son 5 yılda malpraktis iddiası ile bakanlığa iletilen vaka sayısının 1755 olduğunu belirtmiştir. Son 5 yılda Yüksek Sağlık Şurası'na ulaşan dosya ve kusurlu bulunan davalarla ilgili, 2005 yılında 251 davada 184, 2006 yılında 194 davada 167, 2007 yılında 204 davada 187, 2008 yılında 199 davada 169 personelin kusurunun tespit edildiğini, 1 Aralık 2009 itibarıyla 175 dava bulunduğunu, bununla ilgili dosyaların görüşülmeye devam ettiğini ifade etmiştir.

Adli Tıp Kurumu III. İhtisas Kurulu verilerine göre, malpraktis davalarının 2010 yılı için yaklaşık 1000 iken 2011 yılında 2000'lere ulaştığı bildirilmekte olup 2000'li yıllardan itibaren progresif bir artış bulunduğu belirtilmektedir [72-75].

Yüksek Sağlık Şurasına 1995-2000 yılları arasında yapılan şikayetler değerlendirildiğinde; ortopedi ve travmatoloji branşındaki hekimlerin şikayet edilme

oranlarının %16.9 olduğu ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile genel cerrahi uzmanlarından sonra 3. sırada yer aldıkları bildirilmiştir [76].

Branş bazında ele alınacak olursa; ülkemizde 2009 yılında yapılan bir çalışmada Adli Tıp Kurumu III. İhtisas Kurulu'nda değerlendirilen 1280 malpraktis iddiası arasında tıbbi uygulama hatası olduğu sonucuna varılan 707 olgu incelenmiş [1, 77]. Bu 707 olgunun %27'sini oluşturan 197 olguda sağlık personelinin tıbbi uygulama hatası saptanmıştır. Tıbbi uygulama hatası en sık görülen cerrahi tıp bilimlerinin 35 olguyla Kadın Hastalıkları ve Doğum, 22 olguyla Genel Cerrahi, 13 olgu ile Ortopedi ve Travmatoloji, 11 olgu ile beyin ve sinir cerrahisi, 7 olgu ile üroloji olduğu bildirilmiştir [1, 77]. Dahili tıp bilimlerinde ise pediatristlerin 16, dahiliye ve kardiyologların ise 5'er davada tıbbi uygulama hatası yaptığı kanaatine varılmıştır [1, 77].

Tıbbi tedavi uygulamak yüksek riskli bir aktivitedir. Uygulanan tedaviler her zaman hastaya pozitif anlamda etki göstermezken bazen aksine hastanın sağlık durumunda kötüleşmeye de yol açabilir. Son yıllarda tıbbi tanı ve tedavide yaşanan büyük gelişmelerle birlikte bu risklerde de artış olmuştur. Hekimlere yönelik giderek yaygınlaşan kamuoyu ve medya baskısından dolayı, yaşanabilecek tedavi hataları veya iddialarından endişe duymaktadır. Bu kaygıda hali hazırda var olan defansif uygulamalarının daha da artmasına yol açmaktadır [78].

Malpraktis dava ve verilen cezalarda artış hekimleri malpraktis iddialarından kaçınmak için gereksiz tanısız protokoller uygulamalarına ve riskli klinik tabloya sahip olgulardan kaçınmalarına neden olan tedirgin bir çalışma alanı oluşturmuştur [9].

Giderek artan tazminat cezaları, hakları konusunda daha talepkar hastalar, avukatlar arasında tıp hukukunun giderek ilgi görmesi, artan tazminat cezalarının sigorta sisteminde kapsam dışında bırakılması, hekimleri tek başlarına altından kalkamayacakları malpraktis sorumluluğuna karşı defansif duruşa yönlendirmiştir [32].

Bir sistem içerisinde herhangi bir hata gerçekleştiği zaman hukuk sistemi buradaki problemi ve bu problemin ortaya çıkmasında sorumluluğu olan kişiyi arar. Suçlanacak kişi bulunduktan sonra problemin diğer sebeplerinin üzerine gidilmez. Suçlu kişi olaydan sorumlu tutulur, cezalandırılır ve bir bakıma sistem içerisindeki 'çürük elma' dan kurtulunmuş olur [79]. Mağdur olan insanları ve toplumun adalet talebini tatmin etmek için içerisinde birçok insan,

kurum ve makinelerin olduğu bir organizasyon yerine, doğru veya yanlış ayrımı yapabilen belli bir kişiyi suçlamanın çok daha kolay olması (uçak kazasında pilotun, tren kazasında makinisti suçlamak gibi) bunun nedenidir [79, 80]. Ancak bireyleri suçlama yaklaşımı istenmeyen sonuçlar doğurabilmektedir. Suçlu kişileri işaret etmek soruna sebep olan asıl problemleri çözmeyi sağlamamakta ve hata veren organizasyonun geliştirilmesine katkı sağlamamaktadır. Bunun yanında ortada sürekli olarak yasal suçlama ve yaptırımlar ile ilgili kaygıların olması kişilerin yaptıkları hataları bildirme cesaretini kırmaktadır. Bu durumda yapılan hataların tartışılmasını ve sistemin kendi kendini geri bildirimlerle geliştirilme kapasitesini sınırlandırmaktadır [10].

Sağlık sistemi özelinden bakacak olursak, suçlama kültürünün olduğu bir ortam sağlık çalışanlarından optimal olarak faydalanabilmek için elverişli değildir [81]. Hekimler yaptıkları hatalar sonucunda mesleki olarak yetersiz olarak etiketlenmekten ve ötesinde malpraktis iddiası ile dava edilmekten korkmaktadırlar. Sağlık sistemi gibi sürekli olarak belli oranda hukuki risklere sahip sistemler suçlama kültürünün etkisi ile hizmet verdikleri kişilerin çıkarları yerine sistem içerisinde görev alanların güvenliğini sağlamaya odaklanır. Bu da hekimleri hata yapmamak adına defansif tıp uygulamalarına, hata yaptıkları durumlarda ise bunu saklamaya itmektedir [79]. Özetle, suçlama kültürünün yaygınlaşması etkili bir hasta sağlığının gelişmesini sağlayacak bir sistemin oluşmasını engellemektedir [79].

## **2.4 Defansif tıp uygulamalarının komplikasyonları**

### **2.4.1 Hasta sağlığı üzerine etkileri**

Olası malpraktis davalarına karşı korumacı bir tavır izleyen hekimler yaptıkları defansif tıp uygulamaları ile hastalara yarar vermek yerine arzu edilenin aksine hastalara karşı zarar verici davranışlarda bulunabilir ve bazen malpraktis riskini yükseltecek protokollere gidebilirler [82].

Yapılan bir çalışmaya göre 1996-2007 yılları arasında acil servise yapılan başvuru sayısında %30 oranında bir artış gerçekleşmişken aynı dönemde yapılan bilgisayarlı tomografi incelemelerinde ise %330 oranında artış görülmüştür [83]. Bu durum teknolojik gelişmelere bağlı BT endikasyonlarının artmasının[84] ve bilgisayarlı tomografi cihazlarına erişimin kolaylaşmasının [85] yanısıra defansif tıp uygulamalarının yaygınlaşmasının da etkisi olmuştur

[84]. Ancak bu uygulamaların oluşturacağı mali yükün yanında hastaların sağlığı için de uzun dönemli riskler yaratabilir zira Kolombiya Üniversitesinde yapılan bir çalışmaya göre Amerika Birleşik Devletlerinde meydana gelen tüm kanser olgularının %1,5 ila %2'sinin çekilen bilgisayarlı tomografiler nedeniyle meydana geldiği tahmin edilmektedir [84].

Yapılan çalışmalara göre (ortalama 2-3 BT inceleme yapılan olgular değerlendirildiğinde) tek bir bilgisayarlı tomografi incelemesinde makine ayarlarına göre değişmekle beraber erişkinlerde ortalama 15 millisieverts (mSv), yeni doğanlarda ise ortalama 30 millisieverts (mSv) radyasyon maruziyeti olmaktadır [84]. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar ve organların aldığı radyasyon miktarı göz önünde bulundurulduğunda, çocuklarda daha olası olmakla beraber çekilen bilgisayarlı tomografiler radyasyon ilişkili karsinogenezisi tetikleyip kanser riskini arttırmaktadır [86-88].

Türkiye’de de sezaryen oranları son yıllarda hızla artmıştır. TNSA bulgularına göre Türkiye’de sezaryen oranları 1998’de %13,9’dan 2008’de %36,7’ye çıkmışken, İstanbul’da bu oran 2018 itibari ile % 49,1’dir. Sezaryen doğumlar ile mortalite ve morbiditede önemli bir düşüş olmazken, operasyona bağlı komplikasyonlar ve sezaryen doğumun daha sonraki gebelik ile doğum süreçleri üzerinde de olumsuz etkilerde artış görülmektedir [89, 90]. Sezaryen artışında sağlık politikalarının etkisinin [91] yanı sıra artan malpraktis davalarının hekimleri baskı altında tutarak defansif tıp uygulamalarına yöneltmesinin de etkisi vardır [58, 92] .

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları arasında nerdeyse geçtiğimiz yüzyıl boyunca kabul gören “bir kere sezaryen olan hep sezaryen olmalıdır” ilkesi [93, 94] 1980’li yıllarda yapılan çalışmalar sonrasında yıkılmış, öncesinde sezaryen öyküsü olan olguların sağlıklı bir şekilde vajinal doğum gerçekleştirebildikleri görülmüştür [94, 95]. Bundan sonra Amerika Birleşik Devletlerinde daha kısa hastane yatışı ve daha az yoğun tıbbi bakım ihtiyacı gerektiren sezaryen sonrası vajinal doğum oranı hızla artmaya başlamış 1996 yılı itibari ile en yüksek seviye olan %28,3 seviyesine kadar yükselmiştir [96]. Ancak bu artış kısa sürmüş ve tekrar düşüşe geçip 2004 yılı itibari ile %9,2 seviyesine inmiştir [94, 97]. Bu davranışa sezaryen sonrası vajinal doğum yapan olgularda görülebilecek uterin rüptür ve neonatal morbidite gibi ciddi risklerin [98], hekimlerde mesleki kötü uygulama iddiasıyla açılacak davalara karşı olan kaygılarının neden olduğu düşünülmekte olup malpraktis iddialı dava ile karşılaşma ve yüksek malpraktis sigorta primleri ile sezaryen uygulama sıklığı arasındaki pozitif korelasyon gösterilmiştir [99, 100].

#### 2.4.2 Toplum sağlığı üzerine etkileri

Aile Hekimliği sistemi ile birinci basamak sağlık kurumlarında aile hekimleri tarafından bireyin sağlığına yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi amaçlanmıştır [101]. Ancak aile hekimleri tarafından malpraktis endişesi ile aile sağlığı merkezinde yönetilebilecek olguların üst basamak sağlık merkezlerine gereksiz yere konsülte edilmesi ve başka sebepler nedeniyle sağlık sisteminde işgücü kaybı, gereksiz tetkikler, artmış invaziv girişimler ve artan maliyetlere neden olmaktadır [101].

#### 2.5.3 Sağlık ekonomisine etkileri

Birçok halk sağlığı reformu savunucusu ve hekime göre hastalara tanının doğru konması ve uygun tedavisi yerine olası hukuki sorunlardan kaçınmak amacıyla yapılan medikal uygulamaların sağlık sistemindeki en büyük gereksiz kalemi oluşturmaktadır [10, 102, 103].

Dünyanın en pahalı tedavi hizmetlerinin sağlandığı Amerika Birleşik Devletlerinde [104] yıllık sağlık harcamalarının boyutunun 2011 yılı itibari ile 2.7 trilyon dolar seviyesinde olup bu miktar 2011 yılı için gayri safi yurt içi hasılanın %17.9 seviyesindeydi ancak sağlık harcamalarının boyutunun her geçen gün arttığı ve 2022 yılı itibari ile gayri safi yurtiçi hasılanın %19.9 seviyesine ulaşacağı öngörülmektedir [102].

Amerika Sağlık Sigortacıları Birliği(The Health Insurance Association of America)'nin 1975 yılı çalışmasında defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmetleri maliyetlerine yıllık 3-6 milyar dolar yük getirdiği belirtilmektedir [17]. Ancak yapılan daha güncel çalışmalarda Amerika Birleşik Devletlerinde defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmetleri maliyetleri içerisinde oluşturduğu yükün yıllık 46 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir [18, 19]. Ancak bazı araştırmacılara göre ise bu yük daha yüksek rakamlara ulaşmakta olduğu ve yıllık 210 milyar doları bulduğu tahmin edilmektedir [10, 18, 19, 102, 103].

Yükselen sağlık harcamalarındaki bu artış sigorta firmalarının maliyetlerini dolayısı ile sağlık sigortası primlerini yükseltmektedir. Bu da çalışanların işverenler için oluşturduğu maliyeti arttırmaktadır. Bu da kayıt dışı ekonominin yaygınlaşmasında etkili olmaktadır [105]. Bu durum ekonomiye zarar vermekle beraber sigortasız çalışanların sayısının artmasına sebep olarak hem bireylerin sağlık hizmetine ulaşmasını kısıtlar hemde ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturur.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı hastanemizde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinin, artan malpraktis iddialı davaların neden olduğu iş gücü kaybı ve yüksek tazminat cezaları nedeniyle hekimlerde oluşan kaygının sebep olduğu standart medikal uygulamalardan sapma olarak tanımlanabilecek defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutumlarını değerlendirmektir.

#### **3.2 Araştırmanın Türü**

Araştırmamız hastanemizde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutumlarını ortaya koyabilmek amacıyla geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçek kullanılarak yapılmış kesitsel-analitik bir çalışmadır.

#### **3.3 Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini; hastanemizde dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde aktif olarak çalışan tıpta uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır.

#### **3.4 Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmanın planlama aşamasında; örneklem büyüklüğü evrenin bilinen örneklem formülüne göre en az 235 tıpta uzmanlık öğrencisi olarak hesaplanmış olup, etik kurul onayı alındıktan sonraki altı aylık süreçte 243 tıpta uzmanlık öğrencisine ulaşılmıştır.

#### **3.5 Araştırma Önerisinin Sunumu**

Araştırma önerisi “Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Yönergesi” çerçevesinde Adli Tıp Anabilim Dalı Akademik Kuruluna sunuldu. DEÜTF Adli Tıp Anabilim Dalının Akademik Kurul kararıyla çalışmanın uzmanlık tezi olarak belirlenmesine karar verildi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul izninin (Ek 1) de alınmasından sonra çalışmamıza başlandı.

### 3.6 Etik Kurul Görüşü

Çalışma önerisi ve hazırlanan Veri Kayıt Formu Örneği (Ek.1) 22.11.2017 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna sunuldu ve 07.12.2017 tarihinde etik sakınca bulunmadığı konusunda onay verildi (Ek. 2).

### 3.7 Veri Toplama Araçları

Çalışmanın amacına uygun şekilde, iki bölümden oluşan veri kayıt formu oluşturuldu (Ek 2). Formun başlangıcında katılımcıları bilgilendiren aydınlatılmış onam bölümü bulunmaktadır.

Veri kayıt formunun ilk bölümünü yaş, cinsiyet, medeni durum, mezun olunan tıp fakültesi, tıpta uzmanlık eğitimi aldığı alan, meslekte ve tıpta uzmanlık eğitiminde kaçınıcı yılı olduğu, pratisyen hekim olarak çalıştığı süre, poliklinik hizmeti verip vermediği, veriyorsa günde kaç hasta ile ilgilendiği, yataklı servis hizmeti verip vermediği veriyorsa kaç hastanın sorumluluğunu aldığı, tıpta uzmanlık dalı seçerken malpraktis çekincesinin olup olmadığı, tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanın mesleki uygulamaları yaparken daha rahat hissettirip hissettirmedeği, son yıllarda malpraktis iddası ile açılan davalarda artış olup olmadığına dair sorular yer almaktadır.

Formun ikinci bölümünde Defansif Tıp Uygulamalarında Tutum Ölçeği yer almaktadır. Bu ölçek, 2014 yılında ülkemizde, Başer ve arkadaşları [30] tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, Likert tipi (0-5), 18 sorudan oluşan ve öz bildirim şeklinde uygulanan bir tutum ölçeğidir. Ölçeğin ilk 9 sorusu pozitif defansif tıp uygulamaları tutum düzeyini değerlendirmeye, 10-14. soruları negatif defansif tıp uygulamaları tutum düzeyini değerlendirmeye ve 15-18. soruları ise bilgi düzeyini ölçmeye yöneliktir. Uygulama sırasında aynı zamanda, bu sürecin ortalama kaç dakika sürdüğü de değerlendirildi. Ölçeğin uygulanmasının ortalama beş dakika sürdüğü gözlemlendi.

### 3.8 Verilerin Elde Edilmesi

01.03.2018 ile 01.07.2018 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde aktif olarak hasta bakan dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde görevli 243 tıpta uzmanlık öğrencisine ulaşıldı. Aydınlatılmış onam alınan tıpta uzmanlık öğrencileri tarafından veri kayıt formunun sosyodemografik ve mesleki bilgilerini oluşturan anket formu ve Defansif Tıp Uygulamalarında Tutum Ölçeği dolduruldu.

### 3.8 Verilerin Analizi

243 tıpta uzmanlık öğrencisine Veri SPSS 22.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı bulgular için sayımla belirtilen değişkenler sayı ve yüzdelerle, ölçümle belirlenen değişkenler, ortalama±standart hata, ortanca, minimum değer ve maksimum değerle belirtilmiştir. Ölçümle belirtilen değişkenlerin dağılım özelliği Kolmogorov-Smirnov testi ve basıklık ve çarpıklık katsayıları ile değerlendirilmiştir. Katsayıların -1,5 ile +1,5 arasında olması durumunda verinin normal dağıldığı varsayılmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenle ilişkisini değerlendirmede sayımla belirtilen kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanılmıştır. Hücrelerde gözlenen değerlerin ki-kare testi varsayımlarını sağlamadığı durumlarda, gruplar arasında sıklıklar bakımından fark olup olmadığı Fisher'ın Kesin Testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Ölçümle belirtilen değişkenlerin bağımlı değişkenle ilişkisini değerlendirmede, t-testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arası ilişkiye bakmak için Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

### 3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

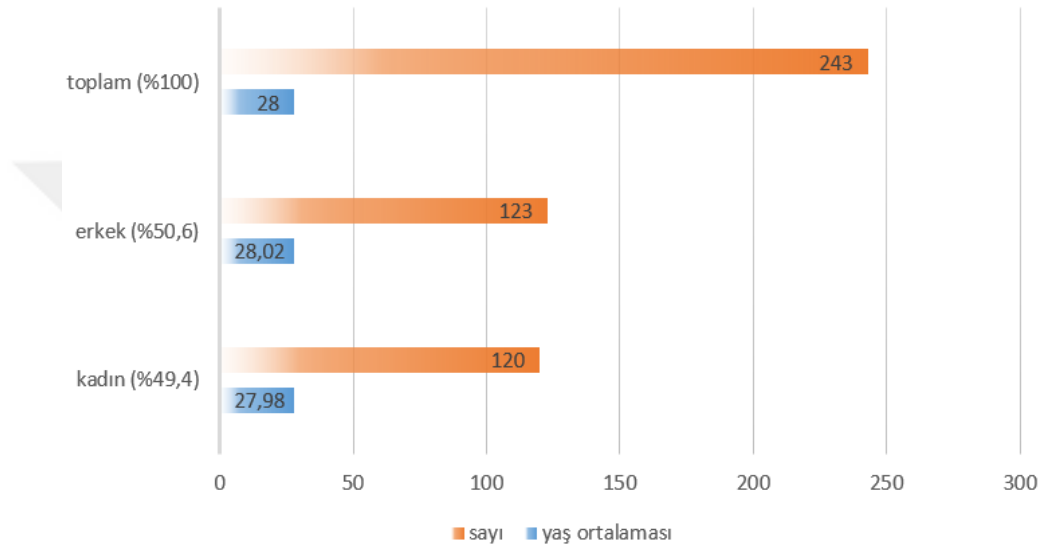
Araştırmanın tek merkezde yapılmış olması nedeniyle; bir branştaki uzmanlık öğrencilerinin tutumlarının diğer hastanelerdekiyle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi mümkün olmamıştır. Diğer tıp fakültelerinde veya eğitim araştırma hastanelerindeki tıpta uzmanlık öğrencilerinin çalışmaya alınamamış olması araştırmamızın sınırlılığı olarak düşünülmüştür.

Araştırmanın yine tek merkezde yapılması nedeniyle her branştaki tıpta uzmanlık öğrenci sayılarının istatistiksel olarak karşılaştırmaya elverişli yeterlilikte olmaması çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak düşünülmüştür.

#### 4. BULGULAR

Çalışmamızda; veri toplama süresi içinde gereç ve yöntem bölümünde belirtilen kriterlere uygun 243 tıpta uzmanlık öğrencisi ile görüşüldü. Yaş ortalamaları  $28 \pm 0,16$  (24-39 yaş) idi, % 49,4'ü kadın ve % 50,6'sı erkekti (Grafik 1).

**Grafik 1.** Katılımcıların cinsiyetleri ve yaş ortalamaları



Katılımcıların %36,6'sının evli olduğu %63,4'ünün ise bekar olduğu görüldü. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin mezun olduğu tıp fakülteleri incelendiğinde 45 farklı tıp fakültesinden mezun olduğu, bunların arasında en sık mezun olunan tıp fakültelerinin Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (n:38), Ege Üniversitesi Tıp fakültesi (n:35) ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (n:15) olduğu görüldü. Tıpta uzmanlık öğrencilerinden 6'sının yutdışındaki (İran, Azerbeycan vb.) tıp fakültelerinden mezun olduğu görüldü. Kendi mezun olduğu üniversitede (Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi) asistanlık eğitimine devam edenler ile diğerlerinin defansif tıp uygulama skor ortalamaları arasında istatistiki bir ilişki olmadığı gözlemlendi ( $p:0,606$ ).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin mesleki deneyim sürelerinin ortalama  $44,28 \pm 1,68$  ay (6-180 ay) ve pratisyen hekim olarak görev aldığı sürenin ortalama  $12,19 \pm 17,84$  (0-96) ay olduğu gözlemlendi. Katılımcıların %19,8'inin (n:48) pratisyen hekim olarak hiç görev yapmadığı, yalnızca %9,1'inin (n:22) 2 yılın üzerinde pratisyen hekim deneyimleri olduğu görüldü.

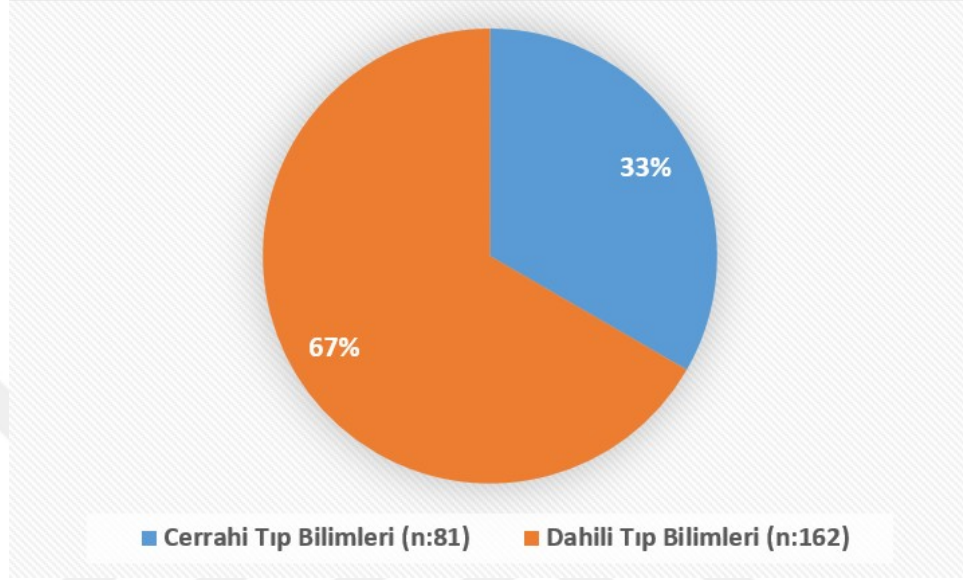
Tıpta uzmanlık öğrencilerinin hangi tıp branşında eğitim gördükleri sorulduğunda katılımcıların 23 farklı uzmanlık alanında oldukları görüldü. Katılımcılar en yüksek oranda %22,6 ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, %17,3 ile Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve %7 ile Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi almaktaydı (Tablo 1).

**Tablo 1. Katılımcıların anabilim dallarına göre dağılımı**

| Anabilim Dalı                                   | Ulaşılan Asistan Sayıları | %     |
|-------------------------------------------------|---------------------------|-------|
| Acil Tıp                                        | 16                        | 6,6   |
| Aile Hekimliği                                  | 42                        | 17,3  |
| Anesteziyoloji ve Reanimasyon                   | 14                        | 5,8   |
| Beyin ve Sinir Cerrahisi                        | 6                         | 2,5   |
| Çocuk Cerrahisi                                 | 2                         | ,8    |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları                   | 55                        | 22,6  |
| Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları         | 2                         | ,8    |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar                     | 2                         | ,8    |
| Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji | 5                         | 2,1   |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon                  | 4                         | 1,6   |
| Genel Cerrahi                                   | 10                        | 4,1   |
| Göğüs Hastalıkları                              | 2                         | ,8    |
| Göz Hastalıkları                                | 8                         | 3,3   |
| İç Hastalıkları                                 | 11                        | 4,5   |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum                     | 10                        | 4,1   |
| Kardiyoloji                                     | 3                         | 1,2   |
| Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi        | 6                         | 2,5   |
| Nöroloji                                        | 5                         | 2,1   |
| Ortopedi ve Travmatoloji                        | 17                        | 7,0   |
| Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi       | 3                         | 1,2   |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları                     | 11                        | 4,5   |
| Spor Hekimliği                                  | 4                         | 1,6   |
| Üroloji                                         | 5                         | 2,1   |
| Toplam                                          | 243                       | 100,0 |

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin eğitim gördüğü tıp branşları cerrahi ve dahili tıp bilimleri olarak ikiye ayrıldığında katılımcıların %27,6'sının (n:67) cerrahi tıp bilimlerinde, %72,4'ünün (n:176) ise dahili tıp bilimlerinde eğitim aldıkları gözlemlendi (Grafik 2).

**Grafik 2.** Katılımcıların cerrahi ve dahili tıp bilimlerindeki dağılımı



Tıpta uzmanlık öğrencilerinin bulundukları branşta ne kadar süredir eğitim gördükleri sorulduğunda katılımcıların %56'sının (n:136) tıpta uzmanlık eğitiminin ilk 2 yılı içerisinde olduğu görüldü (Grafik 3).

**Grafik 3.** Katılımcıların uzmanlık eğitiminin kaçınıcı yılında olduklarına göre dağılımı

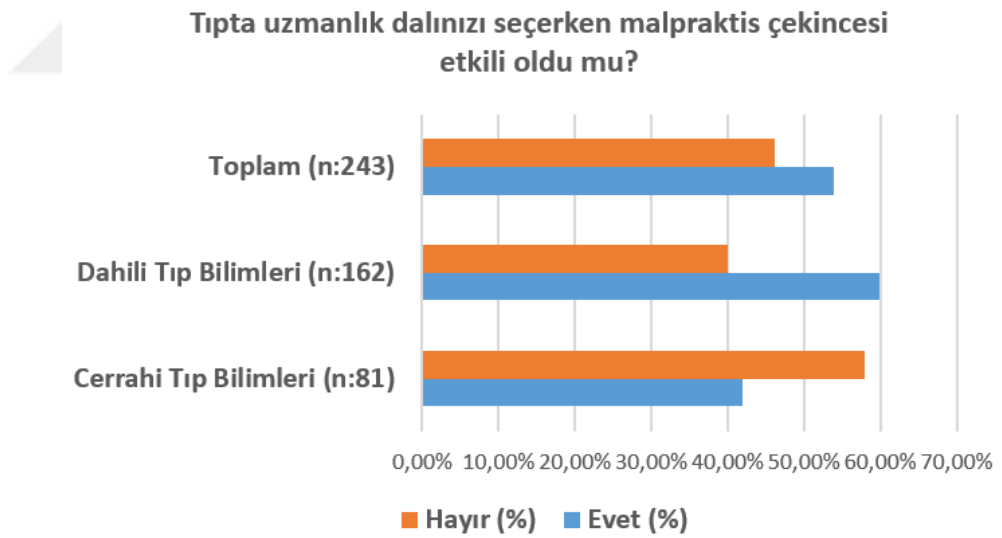


Çalışmaya katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinin tamamı poliklinik hizmeti veren birer tıp branşında eğitim görmektedir. Katılımcılara çalıştıkları poliklinikte günde ortalama kaç hasta değerlendirildiği sorulduğunda verilen yanıtların ortalamasının  $39,3 \pm 1,1$  olduğu görüldü.

Çalışma içerisinde değerlendirilen tıpta uzmanlık öğrencilerinin %25,5'lik kesimini oluşturan (n:62) Acil Tıp Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve Spor Hekimliği Anabilim Dalının yataklı servisinin olmadığı görüldü. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin %74,5'inin (n:181) eğitim gördüğü anabilim dalının yataklı servisi olduğu, bu gruptaki tıpta uzmanlık öğrencilerinin ortalama 23,8 hastanın sorumluluğunu aldığını ifade etti.

Şu an eğitim aldıkları ana bilim dalını tıpta uzmanlık sınavı sonrasında tercih ederken ilerde karşılaşabilecekleri olası malpraktis iddialarının etkisinin olup olmadığı sorulduğunda; katılımcıların %53,9'u (n:131) uzmanlık tercihi yaparken ilerde karşılaşabilecekleri olası malpraktis iddialarının etkisinin olduğunu ifade etti. Bu soruya dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin verdikleri yanıtlar 'Grafik 4' te gösterilmiştir.

**Grafik 4.** Katılımcıların uzmanlık alanı tercih ederken malpraktis çekincesi yaşama oranları



Eğitim aldıkları ana bilim dalını tercih ederken ilerde karşılaşabilecekleri olası malpraktis iddialarının etkisinin olduğunu ifade eden 131 katılımcının tıpta uzmanlık alanlarına göre dağılımları incelendi. Bu katılımcıların %26 (n:34) ile en sık aile hekimliği anabilim dalında eğitim aldıkları görüldü (Tablo 2). Kadın tıpta uzmanlık öğrencilerinin eğitim aldıkları ana bilim dalını tercih ederken ilerde karşılaşabilecekleri olası malpraktis iddialarının etkisinin olduğunu istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha sık ifade etti ( $p=0,010$ ) (Tablo 3).

**Tablo 2. Uzmanlık alanı tercih ederken malpraktis çekincesi yaşadığını ifade eden katılımcıların tıpta uzmanlık dalları**

| Anabilim Dalı                                   | Sayı | %    |
|-------------------------------------------------|------|------|
| Acil Tıp                                        | 6    | 4,6  |
| Aile Hekimliği                                  | 34   | 26,0 |
| Anesteziyoloji ve Reanimasyon                   | 7    | 5,3  |
| Çocuk Cerrahisi                                 | 1    | 0,8  |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları                   | 28   | 21,4 |
| Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları         | 2    | 1,5  |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar                     | 1    | 0,8  |
| Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji | 4    | 3,1  |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon                  | 3    | 2,3  |
| Genel Cerrahi                                   | 1    | 0,8  |
| Göğüs Hastalıkları                              | 2    | 1,5  |
| Göz Hastalıkları                                | 6    | 4,6  |
| İç Hastalıkları                                 | 4    | 3,1  |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum                     | 5    | 3,8  |
| Kardiyoloji                                     | 1    | 0,8  |
| Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi        | 3    | 2,3  |
| Ortopedi ve Travmatoloji                        | 7    | 5,3  |
| Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi       | 3    | 2,3  |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları                     | 9    | 6,9  |
| Spor Hekimliği                                  | 3    | 2,3  |
| Üroloji                                         | 1    | 0,8  |

**Tablo 3**

**Tıpta uzmanlık dalınızı seçerken malpraktis çekincesi etkili oldu mu?**

|          |       |   |       |       | Toplam |
|----------|-------|---|-------|-------|--------|
|          |       |   | Evet  | Hayır |        |
| Cinsiyet | Kadın | n | 75    | 45    | 120    |
|          |       | % | 62,5% | 37,5% | 100,0% |
|          | Erkek | n | 56    | 67    | 123    |
|          |       | % | 45,5% | 54,5% | 100,0% |
| Toplam   |       | n | 131   | 112   | 243    |
|          |       | % | 53,9% | 46,1% | 100,0% |

(p=0,010)

Katılımcılara yaptırmış oldukları zorunlu tıbbi malpraktis sigortasının mesleki uygulamalarını yaparken kendilerinin daha rahat hissettirip hissettirmedeği soruldu. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin %55,1'i (n:134) zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmamanın mesleki uygulamaları yaparken kendilerinin daha rahat hissetmesini sağladığını ifade etti. Bu soruya dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin verdikleri yanıtlar 'Grafik 5' te gösterilmiştir (p=0,466). Bu soruya verilen yanıtın cinsiyetlere göre dağılımı 'Tablo 4' te gösterilmiştir.

**Tablo 4**

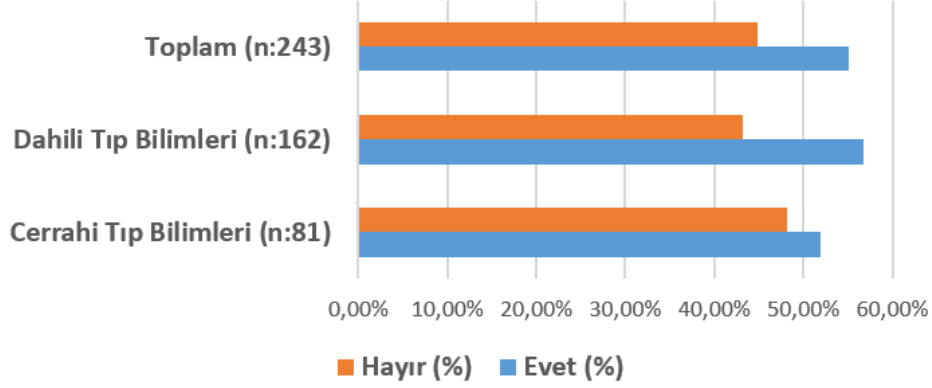
**Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmamanın mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu?**

|          |       |   |       |       | Toplam |
|----------|-------|---|-------|-------|--------|
|          |       |   | Evet  | Hayır |        |
| Cinsiyet | Kadın | n | 70    | 50    | 120    |
|          |       | % | 58,3% | 41,7% | 100,0% |
|          | Erkek | n | 64    | 59    | 123    |
|          |       | % | 52,0% | 48,0% | 100,0% |
| Toplam   |       | n | 134   | 109   | 243    |
|          |       | % | 55,1% | 44,9% | 100,0% |

(p=0,367)

**Grafik 5. Katılımcıların zorunlu tıbbi malpraktis sigortasına güven oranları**

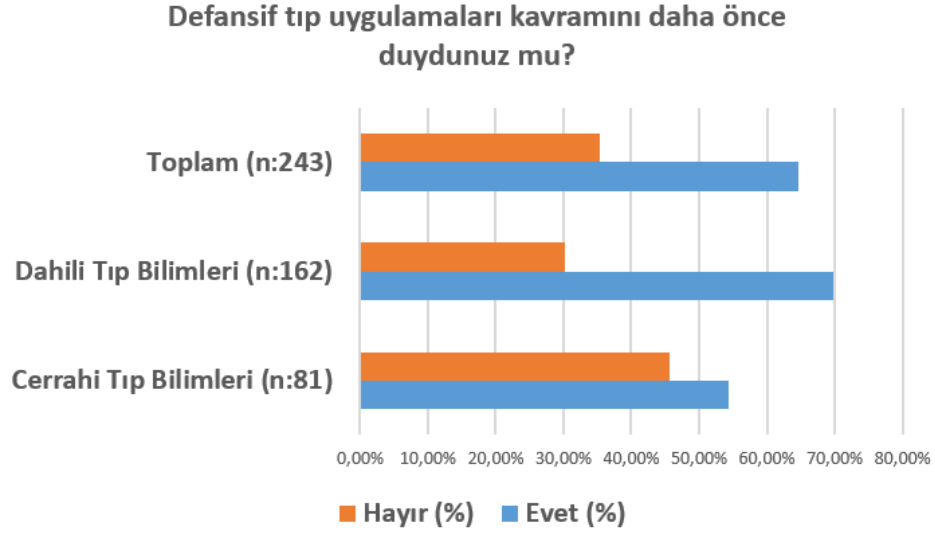
**Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu?**



Tıpta uzmanlık öğrencilerine son yıllarda malpraktis iddiası ile açılan davalarda artış olup olmadığına dair algılarını değerlendirmek amacıyla “Sizce son yıllarda malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış oldu mu?” sorusu soruldu. Sorulan soruya tıpta uzmanlık öğrencilerinin %94,2’si (n:229) malpraktis iddiası ile açılan davalarda son yıllarda bir artış olduğunu ifade etti. Bu soruya dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencileri sırasıyla %93,8 ve %95,1 oranında evet yanıtını verdi.

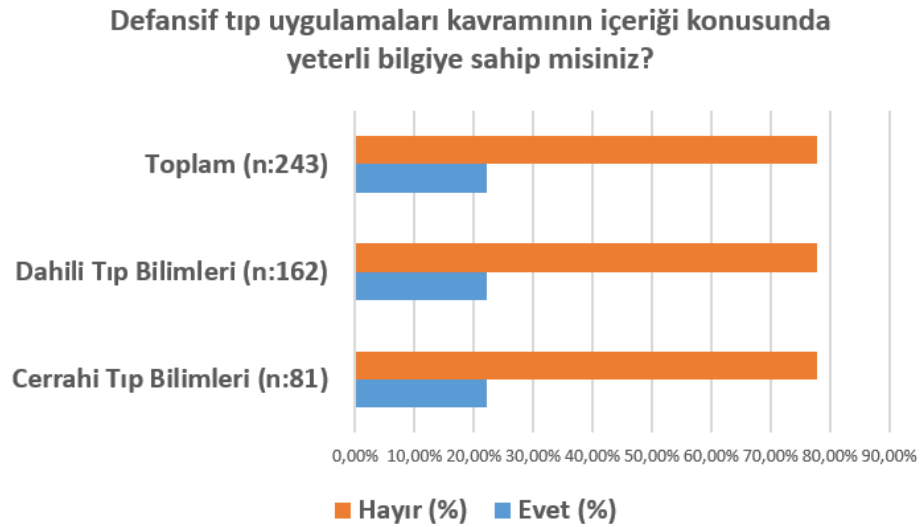
Çalışmaya katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinin “defansif tıp uygulamaları” kavramını daha önce duyup duymadığı soruldu. Katılımcıların %64,6’sı (n:157) “defansif tıp uygulamaları” kavramını daha önce duyduğunu, %35,4’ü (n:86) ise daha öncesinde bu kavramı duymadığını ifade etti. Bu soruya dahili tıp bilimlerinde eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin ‘evet’ yanıtı verme oranı cerrahi tıp bilimlerinde eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerine göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,018$ ) (Grafik 6).

**Grafik 6.** Katılımcıların defansif tıp uygulamaları kavramını duyma oranları



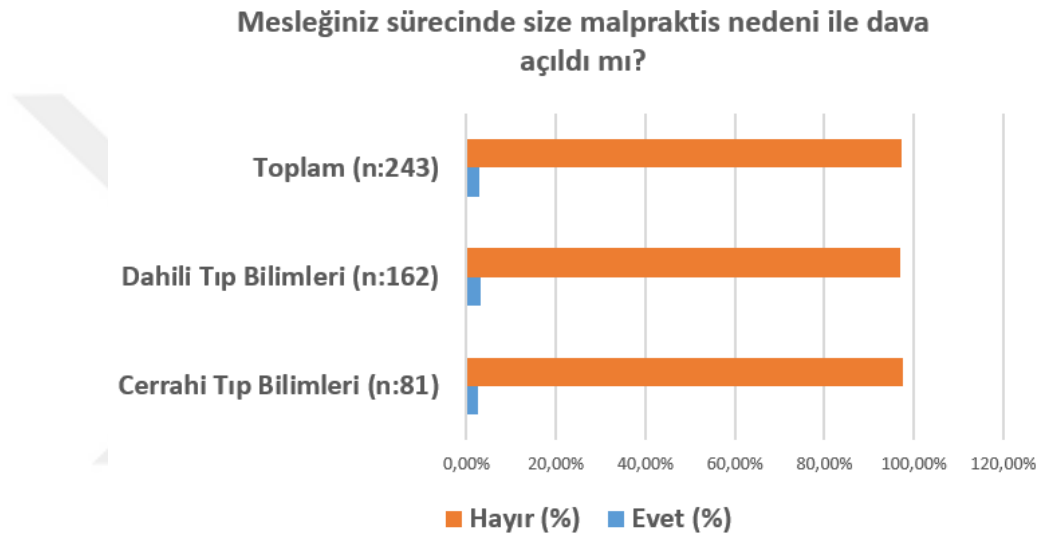
Çalışmaya katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olup olmadığı soruldu. Katılımcıların %77,8'i (n:189) defansif tıp uygulamaları kavramı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığını %22,2'si (n:54) ise bu kavram ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade etti. Bu soruya dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin verdikleri yanıtlar 'Grafik 7' de gösterilmiştir (p=0,1000).

**Grafik 7.** Katılımcıların defansif tıp hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade etme oranı



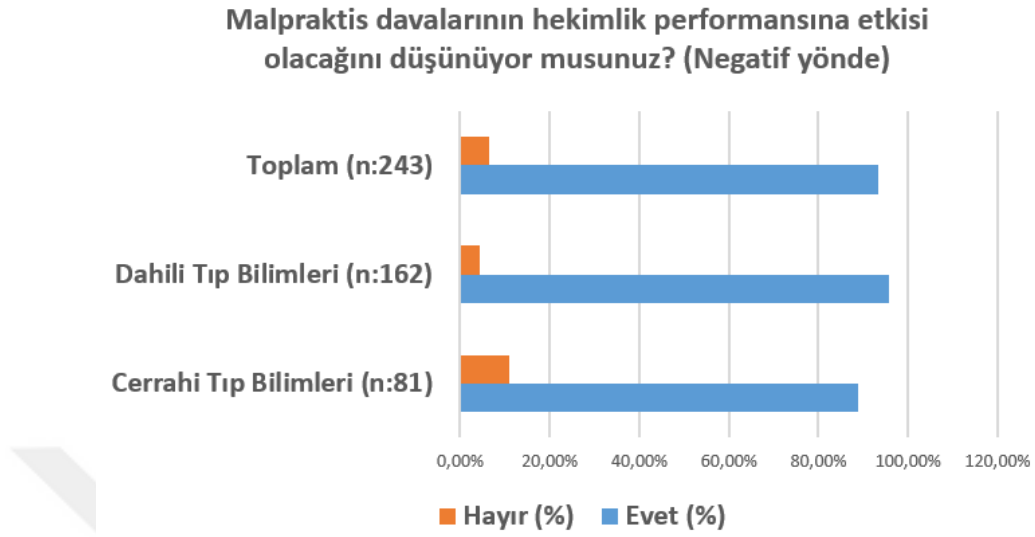
Tıpta uzmanlık öğrencilerine görev yaptıkları süre içerisinde kendilerine karşı açılan herhangi bir malpraktis iddialı dava olup olmadığı soruldu. Katılımcıların yalnızca %2,9'u (n:7) kendilerine karşı malpraktis iddiası ile açılan bir dava olduğunu ifade etti. Bu soruya dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin verdikleri yanıtlar 'Grafik 8' de gösterilmiştir (p=0,677). Cerrahi branşlarda(n:66) ilk 2 yıl ile sonraki eğitim yıllarında dava edilme (n:1) sayıları ile sonraki dönemde dava edilme sayıları (n:0) değerlendirildiğinde gruplardan biri sıfıra eşit olduğundan istatistiki analiz yapılmamıştır.

**Grafik 8.** Katılımcıların malpraktis iddiası ile dava edilme oranı



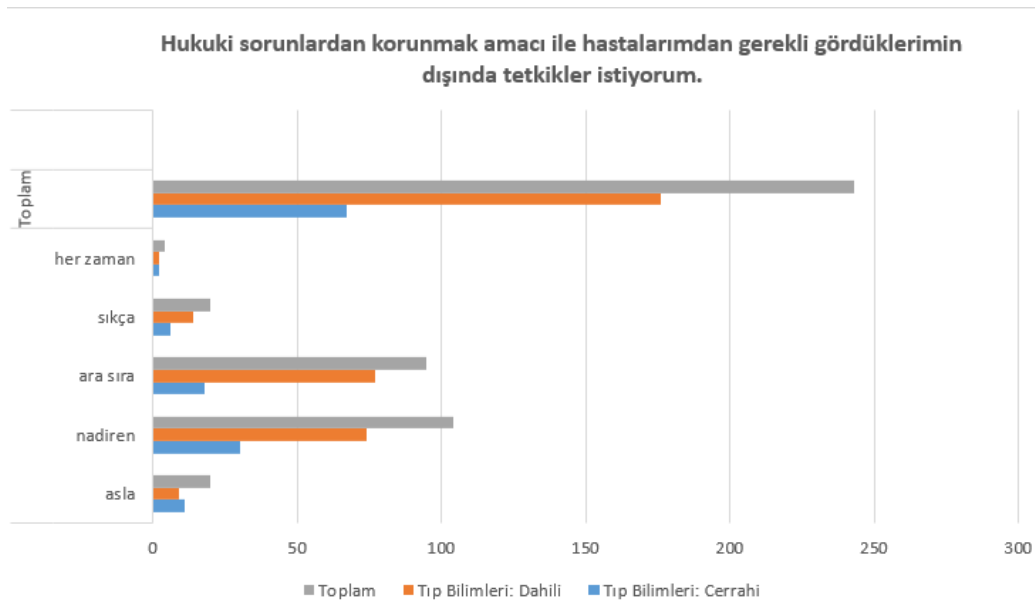
Tıpta uzmanlık öğrencilerine açılan malpraktis iddialı davalarının hekimlerin mesleki performanslarına negatif yönde bir etkisinin olup olmayacağı ile ilgili düşünceleri soruldu. Tıpta uzmanlık öğrencileri %93,4'ü (n:227) açılan tıbbi malpraktis iddialı davaların, hekimlerin tıbbi uygulamalarına negatif yönde etki edeceğini belirtmiştir. Bu soruya dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin verdikleri yanıtlar istatistiki olarak karşılaştırıldığında; dahili tıp bilimlerinde eğitim görenlerin açılan malpraktis iddialı davalarının hekimlerin mesleki performanslarına negatif yönde bir etkisinin olacağı düşüncesine anlamlı düzeyde daha sık katıldığı gösterilmiştir (p=0,044) (Grafik 9).

**Grafik 9.** Katılımcıların malpraktis davalarının hekimlik mesleğine negatif etkisinin olacağını ifade etme oranı



Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarından gerekli gördüklerinin dışında tetkik isteyip istemedikleri soruldu. Katılımcıların %1,6'sı (n:4) her zaman, %8,2'si (n:20) sıkça, %39,1'i (n:95) arasıra ve %42,8'i (n:104) nadiren hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarından gerekli gördüklerinin dışında tetkik istediğini ifade ederken, katılımcıların %8,2'si (n:20) hukuki kaygılarla gerekli gördüklerinin dışında asla tetkik istemediğini ifade etti (Grafik 10). Bu soruya farklı anabilim dallarında eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin verdikleri yanıtlar 'Tablo 5' te gösterilmiştir.

**Grafik 10**



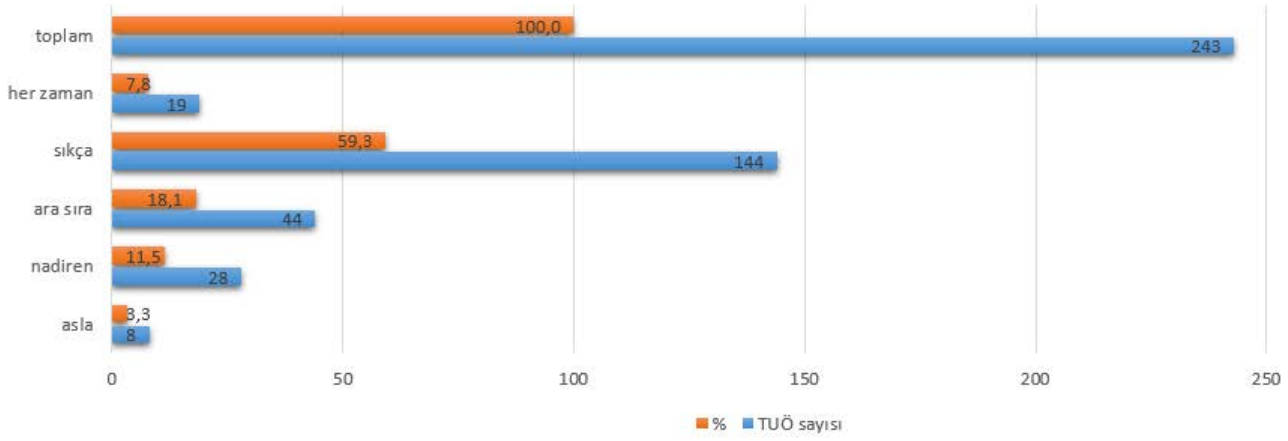
**Tablo 5**

| Anabilim Dalı                                         | asla  | nadiren | ara sıra | sıkça | her zaman |
|-------------------------------------------------------|-------|---------|----------|-------|-----------|
| Acil Tıp (n:16)                                       | 0     | 43,8%   | 56,3%    | 0     | 0         |
| Aile Hekimliği (n:42)                                 | 0     | 42,9%   | 50,0%    | 7,1%  | 0         |
| Anesteziyoloji ve Reanimasyon (n:14)                  | 7,1%  | 57,1%   | 21,4%    | 14,3% | 0         |
| Beyin ve Sinir Cerrahisi (n:6)                        | 0     | 16,7%   | 33,3%    | 50,0% | 0         |
| Çocuk Cerrahisi (n:2)                                 | 0     | 100,0%  | 0        | 0     | 0         |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (n:55)                  | 1,8%  | 36,4%   | 49,1%    | 9,1%  | 3,6%      |
| Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:2)         | 0     | 50,0%   | 50,0%    | 0     | 0         |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar (n:2)                     | 0     | 100,0%  | 0        | 0     | 0         |
| Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (n:5) | 0     | 80,0%   | 20,0%    | 0     | 0         |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (n:4)                  | 0     | 50,0%   | 50,0%    | 0     | 0         |
| Genel Cerrahi (n:10)                                  | 10,0% | 30,0%   | 50,0%    | 10,0% | 0         |
| Göğüs Hastalıkları (n:2)                              | 0     | 50,0%   | 50,0%    | 0     | 0         |
| Göz Hastalıkları (n:8)                                | 12,5% | 75,0%   | 0        | 0     | 12,5%     |
| İç Hastalıkları (n:11)                                | 9,1%  | 27,3%   | 45,5%    | 18,2% | 0         |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum (n:10)                    | 20,0% | 40,0%   | 30,0%    | 10,0% | 0         |
| Kardiyoloji (n:3)                                     | 0     | 100,0%  | 0        | 0     | 0         |
| Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi (n:6)        | 0     | 50,0%   | 50,0%    | 0     | 0         |
| Nöroloji (n:5)                                        | 0     | 40,0%   | 40,0%    | 20,0% | 0         |
| Ortopedi ve Travmatoloji (n:17)                       | 23,5% | 35,3%   | 29,4%    | 5,9%  | 5,9%      |
| Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi (n:3)       | 66,7% | 33,3%   | 0        | 0     | 0         |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:11)                    | 27,3% | 18,2%   | 45,5%    | 9,1%  | 0         |
| Spor Hekimliği (n:4)                                  | 75,0% | 25,0%   | 0        | 0     | 0         |
| Üroloji (n:5)                                         | 20,0% | 80,0%   | 0        | 0     | 0         |
| Toplam (n:243)                                        | 8,2%  | 42,8%   | 39,1%    | 8,2%  | 1,6%      |

Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarına endikasyon sınırında olan ancak gerekli görmedikleri ilaçları reçete edip etmedikleri soruldu. Katılımcıların %7,8'i (n:19) her zaman, %59,3'ü (n:144) sıkça, %18,1'i (n:44) ara sıra ve %11,5'i (n:28) nadiren hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarına endikasyon sınırlarında olan ancak gerekli görmediği ilaçları reçete ettiğini ifade ederken, katılımcıların %3,3'ü (n:8) hukuki kaygılarla gerekli gördüklerinin dışında asla ilaç reçete etmediğini ifade etti (Grafik 11). Bu soruya farklı anabilim dallarında eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin verdikleri yanıtlar 'Tablo 6' da gösterilmiştir.

**Grafik 11**

**Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımı endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.**



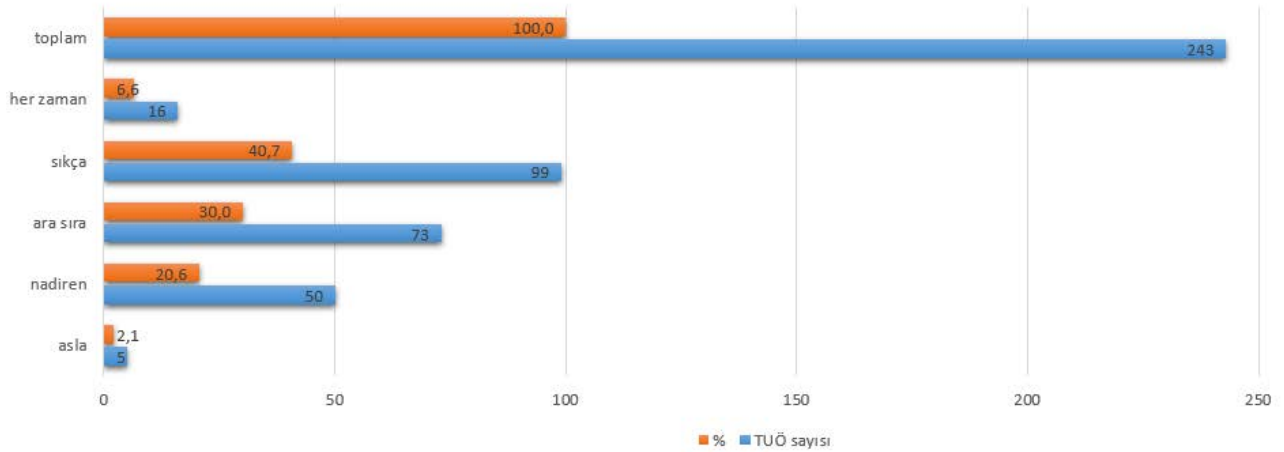
**Tablo 6**

| Anabilim Dalı                                         | asla  | nadiren | ara sıra | Sıkça  | her zaman |
|-------------------------------------------------------|-------|---------|----------|--------|-----------|
| Acil Tıp (n:16)                                       | 0     | 6,3%    | 25,0%    | 50,0%  | 18,8%     |
| Aile Hekimliği (n:42)                                 | 0     | 7,1%    | 11,9%    | 71,4%  | 9,5%      |
| Anesteziyoloji ve Reanimasyon (n:14)                  | 0     | 14,3%   | 14,3%    | 57,1%  | 14,3%     |
| Beyin ve Sinir Cerrahisi (n:6)                        | 0     | 0       | 0        | 100,0% | 0         |
| Çocuk Cerrahisi (n:2)                                 | 0     | 0       | 100,0%   | 0      | 0         |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (n:55)                  | 3,6%  | 9,1%    | 27,3%    | 54,5%  | 5,5%      |
| Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:2)         | 0     | 0       | 0        | 100,0% | 0         |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar (n:2)                     | 0     | 0       | 0        | 100,0% | 0         |
| Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (n:5) | 20,0% | 0       | 0        | 80,0%  | 0         |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (n:4)                  | 0     | 0       | 25,0%    | 50,0%  | 25,0%     |
| Genel Cerrahi (n:10)                                  | 10,0% | 20,0%   | 20,0%    | 50,0%  | 0         |
| Göğüs Hastalıkları (n:2)                              | 0     | 50,0%   | 0        | 50,0%  | 0         |
| Göz Hastalıkları (n:8)                                | 0     | 25,0%   | 12,5%    | 50,0%  | 12,5%     |
| İç Hastalıkları (n:11)                                | 0     | 0       | 0        | 81,8%  | 18,2%     |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum (n:10)                    | 10,0% | 20,0%   | 20,0%    | 40,0%  | 10,0%     |
| Kardiyoloji (n:3)                                     | 0     | 33,3%   | 66,7%    | 0      | 0         |
| Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi (n:6)        | 0     | 16,7%   | 0        | 83,3%  | 0         |
| Nöroloji (n:5)                                        | 20,0% | 0       | 0        | 80,0%  | 0         |
| Ortopedi ve Travmatoloji (n:17)                       | 0     | 17,6%   | 11,8%    | 64,7%  | 5,9%      |
| Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi (n:3)       | 33,3% | 0       | 0        | 66,7%  | 0         |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:11)                    | 0     | 27,3%   | 27,3%    | 36,4%  | 9,1%      |
| Spor Hekimliği (n:4)                                  | 25,0% | 25,0%   | 25,0%    | 25,0%  | 0         |
| Üroloji (n:5)                                         | 0     | 20,0%   | 40,0%    | 40,0%  | 0         |
| Toplam (n:243)                                        | 3,3%  | 11,5%   | 18,1%    | 59,3%  | 7,8%      |

Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile gelişebilecek komplikasyonlardan çekindiği için diğer anabilim dallarından gerekli gördüklerinin dışında konsültasyon isteyip istemedikleri soruldu. Katılımcıların %6,6'sı (n:16) her zaman, %40,7'si (n:99) sıkça, %30'u (n:73) arasıra ve %20,6'sı (n:50) nadiren hukuki sorunlardan korunmak amacı ile gelişebilecek komplikasyonlardan çekindiği için diğer anabilim dallarından gerekli gördüklerinin dışında konsültasyon istediğini ifade ederken, katılımcıların %2,1'i (n:5) hukuki kaygılarla gerekli gördüklerinin dışında diğer tıp branşlarından asla konsültasyon istemediğini ifade etti (Grafik 12). Bu soruya farklı anabilim dallarında eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin verdikleri yanıtlar 'Tablo 7' da gösterilmiştir.

**Grafik 12**

**Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımnda gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.**



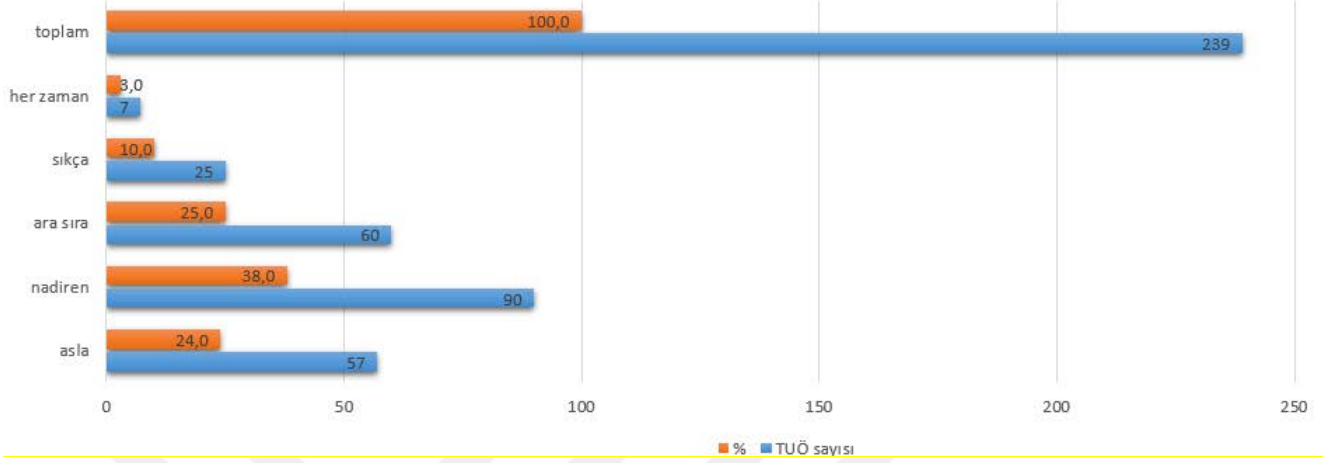
Tablo 7

| Anabilim Dalı                                         | asla  | nadiren | ara sıra | sıkça  | her zaman |
|-------------------------------------------------------|-------|---------|----------|--------|-----------|
| Acil Tıp (n:16)                                       | 0     | 25,0%   | 37,5%    | 31,3%  | 6,3%      |
| Aile Hekimliği (n:42)                                 | 0     | 26,2%   | 35,7%    | 38,1%  | 0         |
| Anesteziyoloji ve Reanimasyon (n:14)                  | 0     | 14,3%   | 14,3%    | 57,1%  | 14,3%     |
| Beyin ve Sinir Cerrahisi (n:6)                        | 0     | 0       | 16,7%    | 66,7%  | 16,7%     |
| Çocuk Cerrahisi (n:2)                                 | 0     | 50,0%   | 50,0%    | 0      | 0         |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (n:55)                  | 0     | 12,7%   | 27,3%    | 49,1%  | 10,9%     |
| Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:2)         | 0     | 50,0%   | 0        | 50,0%  | 0         |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar (n:2)                     | 0     | 0       | 0        | 100,0% | 0         |
| Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (n:5) | 0     | 0       | 40,0%    | 60,0%  | 0         |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (n:4)                  | 25,0% | 0       | 25,0%    | 50,0%  | 0         |
| Genel Cerrahi (n:10)                                  | 0     | 10,0%   | 30,0%    | 60,0%  | 0         |
| Göğüs Hastalıkları (n:2)                              | 0     | 0       | 50,0%    | 50,0%  | 0         |
| Göz Hastalıkları (n:8)                                | 0     | 50,0%   | 12,5%    | 25,0%  | 12,5%     |
| İç Hastalıkları (n:11)                                | 0     | 18,2%   | 54,5%    | 18,2%  | 9,1%      |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum (n:10)                    | 10,0% | 40,0%   | 30,0%    | 20,0%  | 0         |
| Kardiyoloji (n:3)                                     | 0     | 66,7%   | 33,3%    | 0      | 0         |
| Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi (n:6)        | 0     | 0       | 33,3%    | 50,0%  | 16,7%     |
| Nöroloji (n:5)                                        | 20,0% | 20,0%   | 40,0%    | 20,0%  | 0         |
| Ortopedi ve Travmatoloji (n:17)                       | 0     | 0       | 23,5%    | 64,7%  | 11,8%     |
| Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi (n:3)       | 0     | 66,7%   | 33,3%    | 0      | 0         |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:11)                    | 9,1%  | 45,5%   | 27,3%    | 18,2%  | 0         |
| Spor Hekimliği (n:4)                                  | 25,0% | 50,0%   | 0        | 25,0%  | 0         |
| Üroloji (n:5)                                         | 0     | 20,0%   | 60,0%    | 0      | 20,0%     |
| Toplam (n:243)                                        | 2,1%  | 20,6%   | 30,0%    | 40,7%  | 6,6%      |

Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile sosyal endikasyon gibi nedenler göstererek hastaları yataklı servise yatırıp yatırmadıkları soruldu. Yataklı servisi olmayan anabilim dallarında eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin bu konudaki davranışlarını değerlendirirken anket öncesinde rorasyonel olarak eğitim gördükleri tıp branşlarındaki davranışlarına göre cevap vermeleri istendi. Ankete katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinden 4'ü daha öncesinde yataklı servisi olan bir anabilim dalında görev yapmadığı için bu parametrenin analizi 239 tıpta uzmanlık öğrencisi üzerinden yapıldı. Bu tıpta uzmanlık öğrencilerinin %3'ü (n:7) her zaman, %10'u (n:25) sıkça, %25'i (n:60) arasıra ve %38'i (n:90) nadiren hukuki sorunlardan korunmak amacı ile sosyal endikasyon gibi nedenler göstererek hastaları yataklı servise yatırdığını ifade ederken, katılımcıların %24'ü (n:57) hukuki kaygılarla gerekli gördüklerinin dışında nedenlerle asla hasta yatırmadığını ifade etti (Grafik 13). Bu soruya farklı anabilim dallarında eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin verdikleri yanıtlar 'Tablo 8' de gösterilmiştir.

**Grafik 13**

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



**Tablo 8**

| Anabilim Dalı                                         | asla   | nadiren | ara sıra | sıkça | her zaman |
|-------------------------------------------------------|--------|---------|----------|-------|-----------|
| Acil Tıp (n:16)                                       | 18,8%  | 50,0%   | 25,0%    | 6,3%  | 0         |
| Aile Hekimliği (n:39)                                 | 43,6%  | 41,0%   | 15,4%    | 0     | 0         |
| Anesteziyoloji ve Reanimasyon (n:14)                  | 28,6%  | 21,4%   | 35,7%    | 7,1%  | 7,1%      |
| Beyin ve Sinir Cerrahisi (n:6)                        | 0      | 16,7%   | 50,0%    | 33,3% | 0         |
| Çocuk Cerrahisi (n:2)                                 | 50,0%  | 0       | 50,0%    | 0     | 0         |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (n:55)                  | 10,9%  | 38,2%   | 30,9%    | 18,2% | 1,8%      |
| Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:2)         | 0      | 50,0%   | 50,0%    | 0     | 0         |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar (n:2)                     | 0      | 100,0%  | 0        | 0     | 0         |
| Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (n:5) | 0      | 40,0%   | 40,0%    | 20,0% | 0         |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (n:4)                  | 25,0%  | 25,0%   | 50,0%    | 0     | 0         |
| Genel Cerrahi (n:10)                                  | 20,0%  | 30,0%   | 40,0%    | 0     | 10,0%     |
| Göğüs Hastalıkları (n:2)                              | 50,0%  | 0       | 50,0%    | 0     | 0         |
| Göz Hastalıkları (n:8)                                | 62,5%  | 12,5%   | 12,5%    | 0     | 12,5%     |
| İç Hastalıkları (n:11)                                | 18,2%  | 54,5%   | 18,2%    | 9,1%  | 0         |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum (n:10)                    | 20,0%  | 60,0%   | 10,0%    | 10,0% | 0         |
| Kardiyoloji (n:3)                                     | 33,3%  | 0       | 0        | 66,7% | 0         |
| Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi (n:6)        | 0      | 16,7%   | 33,3%    | 33,3% | 16,7%     |
| Nöroloji (n:5)                                        | 20,0%  | 40,0%   | 20,0%    | 20,0% | 0         |
| Ortopedi ve Travmatoloji (n:17)                       | 17,6%  | 58,8%   | 5,9%     | 11,8% | 5,9%      |
| Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi (n:3)       | 0      | 100,0%  | 0        | 0     | 0         |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:11)                    | 36,4%  | 27,3%   | 27,3%    | 0     | 9,1%      |
| Spor Hekimliği (n:3)                                  | 100,0% | 0       | 0        | 0     | 0         |
| Üroloji (n:5)                                         | 20,0%  | 0       | 60,0%    | 20,0% | 0         |
| Toplam (n:239)                                        | 23,8%  | 37,7%   | 25,1%    | 10,5% | 2,9%      |

Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile gerekli gördüklerinin dışında radyodiagnostik görüntüleme incelemesi isteyip istemedikleri soruldu. Katılımcıların %6,2'si (n:15) her zaman, %44'ü (n:107) sıkça, %31,7'si (n:77) arasıra ve %14,8'i (n:36) nadiren hukuki sorunlardan korunmak amacı ile gerekli gördüklerinin dışında radyodiagnostik görüntüleme incelemesi istediğini ifade ederken, katılımcıların %3,3'ü (n:8) hukuki kaygılarla gerekli gördüklerinin dışında asla radyodiagnostik görüntüleme incelemesi istemediğini ifade etti (Grafik 14). Bu soruya farklı anabilim dallarında eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin verdikleri yanıtlar 'Tablo 9' de gösterilmiştir.

**Grafik 14**

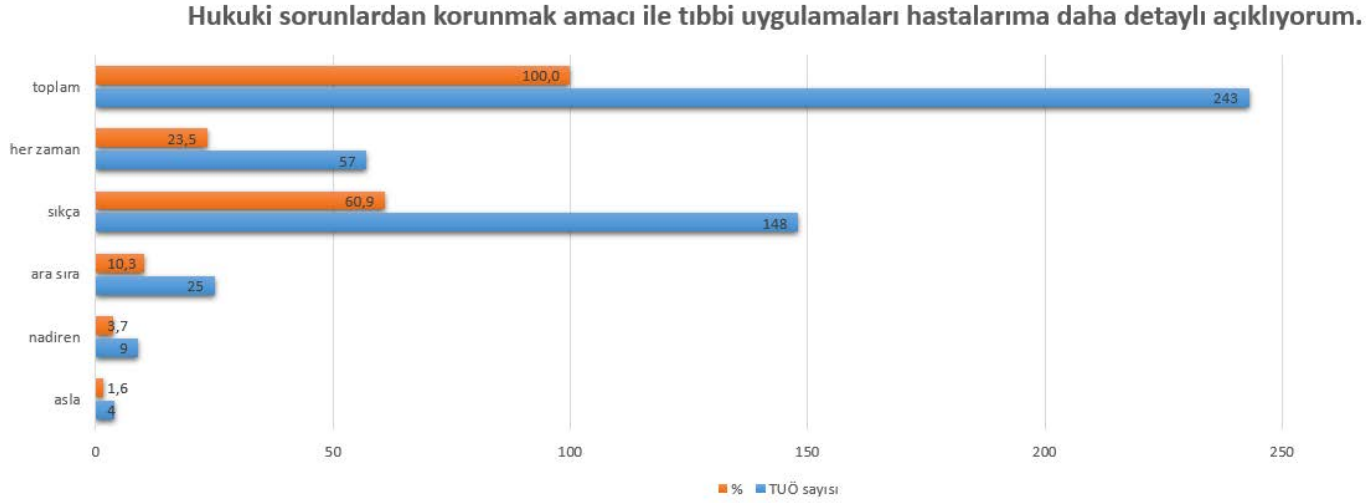


Tablo 9

| Anabilim Dalı                                         | asla  | nadiren | ara sıra | sıkça  | her zaman |
|-------------------------------------------------------|-------|---------|----------|--------|-----------|
| Acil Tıp (n:16)                                       | 0     | 6,3%    | 56,3%    | 31,3%  | 6,3%      |
| Aile Hekimliği (n:42)                                 | 4,8%  | 28,6%   | 35,7%    | 31,0%  | 0         |
| Anesteziyoloji ve Reanimasyon (n:14)                  | 0     | 7,1%    | 35,7%    | 42,9%  | 14,3%     |
| Beyin ve Sinir Cerrahisi (n:6)                        | 0     | 0       | 0        | 50,0%  | 50,0%     |
| Çocuk Cerrahisi (n:2)                                 | 0     | 100,0%  | 0        | 0      | 0         |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (n:55)                  | 0     | 9,1%    | 36,4%    | 50,9%  | 3,6%      |
| Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:2)         | 0     | 50,0%   | 50,0%    | 0      | 0         |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar (n:2)                     | 0     | 0       | 50,0%    | 50,0%  | 0         |
| Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (n:5) | 0     | 0       | 0        | 100,0% | 0         |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (n:4)                  | 0     | 0       | 25,0%    | 75,0%  | 0         |
| Genel Cerrahi (n:10)                                  | 0     | 0       | 20,0%    | 80,0%  | 0         |
| Göğüs Hastalıkları (n:2)                              | 0     | 0       | 50,0%    | 50,0%  | 0         |
| Göz Hastalıkları (n:8)                                | 12,5% | 37,5%   | 25,0%    | 12,5%  | 12,5%     |
| İç Hastalıkları (n:11)                                | 0     | 0       | 45,5%    | 45,5%  | 9,1%      |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum (n:10)                    | 0     | 40,0%   | 20,0%    | 40,0%  | 0         |
| Kardiyoloji (n:3)                                     | 0     | 0       | 33,3%    | 66,7%  | 0         |
| Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi (n:6)        | 0     | 16,7%   | 16,7%    | 66,7%  | 0         |
| Nöroloji (n:5)                                        | 0     | 20,0%   | 20,0%    | 60,0%  | 0         |
| Ortopedi ve Travmatoloji (n:17)                       | 0     | 0       | 29,4%    | 52,9%  | 17,6%     |
| Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi (n:3)       | 33,3% | 0       | 33,3%    | 33,3%  | 0         |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:11)                    | 27,3% | 36,4%   | 18,2%    | 18,2%  | 0         |
| Spor Hekimliği (n:4)                                  | 25,0% | 0       | 25,0%    | 25,0%  | 25,0%     |
| Üroloji (n:5)                                         | 0     | 20,0%   | 20,0%    | 40,0%  | 20,0%     |
| Toplam (n:243)                                        | 3,3%  | 14,8%   | 31,7%    | 44,0%  | 6,2%      |

Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile yapılacak tıbbi uygulamaları hastalarına gerekli gördüklerinin üzerinde daha detaylı açıklayıp açıklamadıkları soruldu. Katılımcıların %23,5'i (n:57) her zaman, %60,9'u (n:148) sıkça, %10,3'ü (n:25) arasıra ve %3,7'si (n:9) nadiren hukuki sorunlardan korunmak amacı ile yapılacak tıbbi uygulamaları hastalarına gerekli gördüklerinin üzerinde, daha detaylı açıkladığını ifade ederken, katılımcıların %1,6'sı (n:4) hukuki kaygılarla gelişen böyle bir davranışlarının olmadığını ifade etti (Grafik 15). Bu soruya farklı anabilim dallarında eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin verdikleri yanıtlar 'Tablo 10' da gösterilmiştir.

**Grafik 15**



**Tablo 10**

| Anabilim Dalı                                         | asla  | nadiren | ara sıra | sıkça  | her zaman |
|-------------------------------------------------------|-------|---------|----------|--------|-----------|
| Acil Tıp (n:16)                                       | 0     | 0       | 18,8%    | 56,3%  | 25,0%     |
| Aile Hekimliği (n:42)                                 | 0     | 0       | 9,5%     | 78,6%  | 11,9%     |
| Anesteziyoloji ve Reanimasyon (n:14)                  | 0     | 0       | 14,3%    | 50,0%  | 35,7%     |
| Beyin ve Sinir Cerrahisi (n:6)                        | 0     | 16,7%   | 16,7%    | 33,3%  | 33,3%     |
| Çocuk Cerrahisi (n:2)                                 | 0     | 0       | 0        | 50,0%  | 50,0%     |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (n:55)                  | 1,8%  | 3,6%    | 7,3%     | 65,5%  | 21,8%     |
| Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:2)         | 0     | 0       | 0        | 100,0% | 0         |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar (n:2)                     | 0     | 0       | 0        | 50,0%  | 50,0%     |
| Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (n:5) | 0     | 0       | 0        | 80,0%  | 20,0%     |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (n:4)                  | 0     | 0       | 25,0%    | 75,0%  | 0         |
| Genel Cerrahi (n:10)                                  | 0     | 10,0%   | 30,0%    | 50,0%  | 10,0%     |
| Göğüs Hastalıkları (n:2)                              | 0     | 0       | 0        | 50,0%  | 50,0%     |
| Göz Hastalıkları (n:8)                                | 12,5% | 0       | 12,5%    | 50,0%  | 25,0%     |
| İç Hastalıkları (n:11)                                | 0     | 9,1%    | 9,1%     | 63,6%  | 18,2%     |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum (n:10)                    | 0     | 20,0%   | 10,0%    | 30,0%  | 40,0%     |
| Kardiyoloji (n:3)                                     | 0     | 0       | 0        | 33,3%  | 66,7%     |
| Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi (n:6)        | 0     | 16,7%   | 16,7%    | 33,3%  | 33,3%     |
| Nöroloji (n:5)                                        | 0     | 0       | 0        | 60,0%  | 40,0%     |
| Ortopedi ve Travmatoloji (n:17)                       | 0     | 5,9%    | 11,8%    | 58,8%  | 23,5%     |
| Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi (n:3)       | 33,3% | 0       | 0        | 66,7%  | 0         |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:11)                    | 0     | 0       | 9,1%     | 63,6%  | 27,3%     |
| Spor Hekimliği (n:4)                                  | 25,0% | 0       | 0        | 25,0%  | 50,0%     |
| Üroloji (n:5)                                         | 0     | 0       | 0        | 80,0%  | 20,0%     |
| Toplam (n:243)                                        | 1,6%  | 3,7%    | 10,3%    | 60,9%  | 23,5%     |

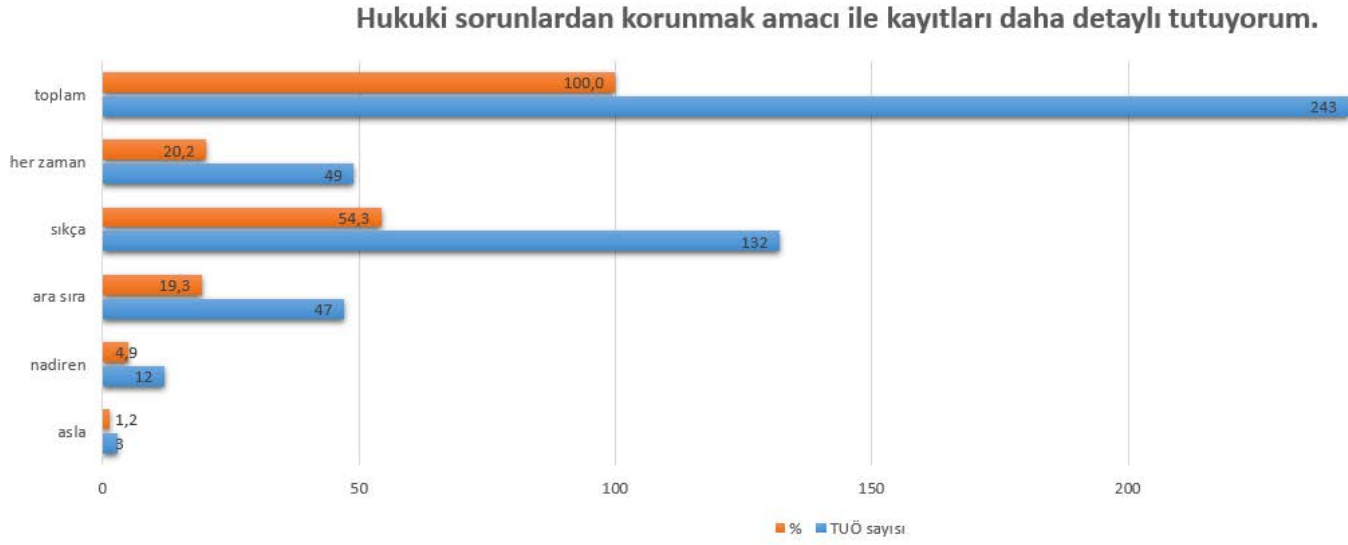
Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarına gerekli gördüklerinden daha fazla zaman ayırıp ayırmadıkları soruldu. Katılımcıların %9,5'i (n:23) her zaman, %48,6'sı (n:118) sıkça, %27,6'sı (n:67) arasıra ve %11,5'i (n:28) nadiren hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarına gerekli gördüklerinden daha fazla zaman ayırdığını ifade ederken, katılımcıların %2,9'u (n:7) hukuki kaygılarla gelişen böyle bir davranışlarının olmadığını ifade etti (Grafik 16).

**Grafik 16**



Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarının tıbbi kayıtlarını gereğinden fazla, daha detaylı tutup tutmadıkları soruldu. Katılımcıların %20,2'si (n:49) her zaman, %54,3'ü (n:132) sıkça, %19,3'ü (n:47) arasıra ve %4,9'u (n:12) nadiren hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarının tıbbi kayıtları gereğinden fazla, daha detaylı tuttuğunu ifade ederken, katılımcıların %1,2'si (n:3) hukuki kaygılarla gelişen böyle bir davranışlarının olmadığını ifade etti (Grafik 17). Bu soruya farklı anabilim dallarında eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin verdikleri yanıtlar 'Tablo 11' de gösterilmiştir.

**Grafik 17**

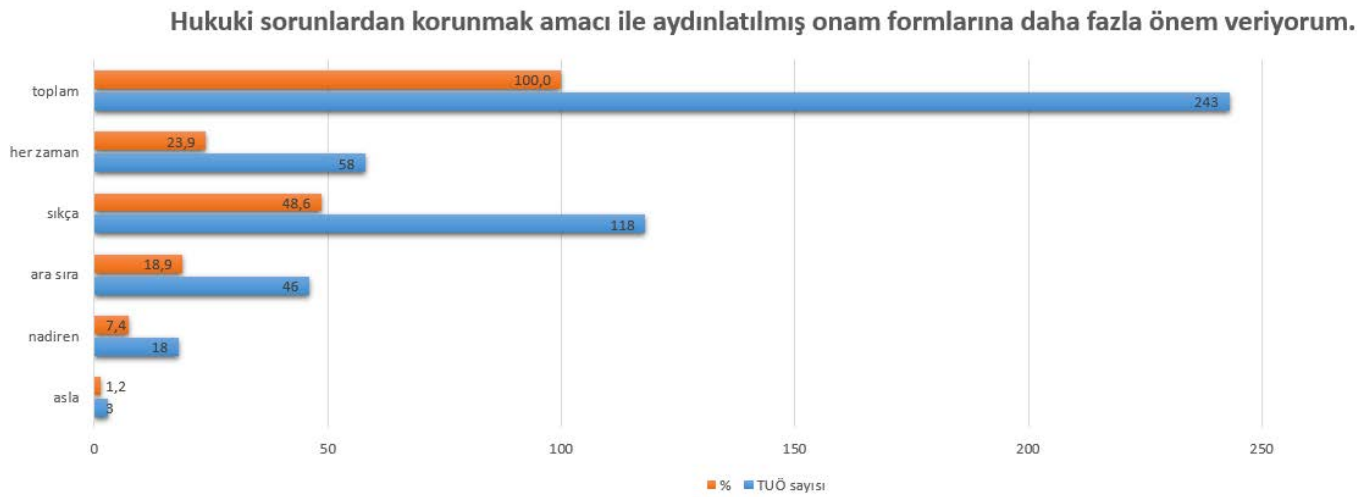


**Tablo 11**

| Anabilim Dalı                                         | asla  | nadiren | ara sıra | sıkça | her zaman |
|-------------------------------------------------------|-------|---------|----------|-------|-----------|
| Acil Tıp (n:16)                                       | 0     | 0       | 6,3%     | 68,8% | 25,0%     |
| Aile Hekimliği (n:42)                                 | 0     | 0       | 16,7%    | 57,1% | 26,2%     |
| Anesteziyoloji ve Reanimasyon (n:14)                  | 0     | 0       | 14,3%    | 71,4% | 14,3%     |
| Beyin ve Sinir Cerrahisi (n:6)                        | 0     | 33,3%   | 50,0%    | 16,7% | 0         |
| Çocuk Cerrahisi (n:2)                                 | 0     | 0       | 50,0%    | 0     | 50,0%     |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (n:55)                  | 0     | 3,6%    | 14,5%    | 65,5% | 16,4%     |
| Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:2)         | 0     | 0       | 50,0%    | 50,0% | 0         |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar (n:2)                     | 0     | 0       | 0        | 50,0% | 50,0%     |
| Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (n:5) | 0     | 0       | 20,0%    | 60,0% | 20,0%     |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (n:4)                  | 0     | 0       | 0        | 75,0% | 25,0%     |
| Genel Cerrahi (n:10)                                  | 10,0% | 30,0%   | 40,0%    | 20,0% | 0         |
| Göğüs Hastalıkları (n:2)                              | 0     | 0       | 0        | 50,0% | 50,0%     |
| Göz Hastalıkları (n:8)                                | 12,5% | 0       | 50,0%    | 37,5% | 0         |
| İç Hastalıkları (n:11)                                | 0     | 9,1%    | 27,3%    | 45,5% | 18,2%     |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum (n:10)                    | 0     | 0       | 20,0%    | 40,0% | 40,0%     |
| Kardiyoloji (n:3)                                     | 0     | 0       | 0        | 33,3% | 66,7%     |
| Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi (n:6)        | 0     | 0       | 16,7%    | 66,7% | 16,7%     |
| Nöroloji (n:5)                                        | 0     | 20,0%   | 20,0%    | 60,0% | 0         |
| Ortopedi ve Travmatoloji (n:17)                       | 5,9%  | 17,6%   | 23,5%    | 35,3% | 17,6%     |
| Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi (n:3)       | 0     | 0       | 33,3%    | 66,7% | 0         |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:11)                    | 0     | 0       | 18,2%    | 63,6% | 18,2%     |
| Spor Hekimliği (n:4)                                  | 0     | 0       | 25,0%    | 50,0% | 25,0%     |
| Üroloji (n:5)                                         | 0     | 0       | 0        | 40,0% | 60,0%     |
| Toplam (n:243)                                        | 1,2%  | 4,9%    | 19,3%    | 54,3% | 20,2%     |

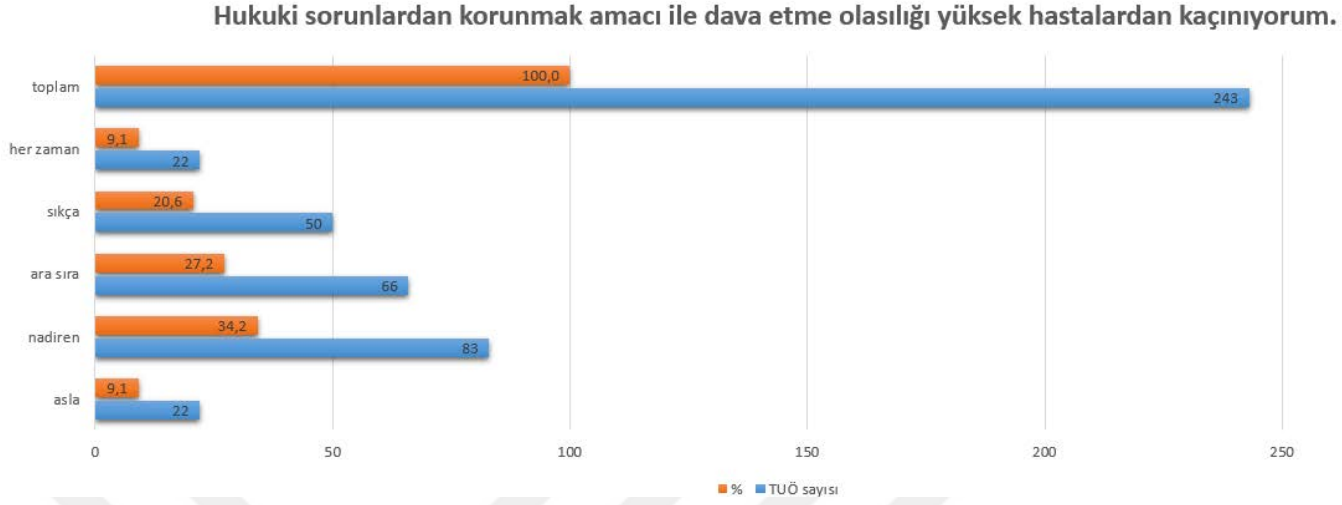
Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile gerekli gördüğünden daha fazla aydınlatılmış onam formu doldurmaya yönelip yönelmediği soruldu. Katılımcıların %23,9'u (n:58) her zaman, %48,6'sı (n:118) sıkça, %18,9'u (n:46) arasıra ve %7,4'ü (n:18) nadiren hukuki sorunlardan korunmak amacı ile gerekli gördüğünden daha fazla aydınlatılmış onam formu kullandığını ifade ederken, katılımcıların %1,2'si (n:3) hukuki kaygılarla gelişen böyle bir davranışlarının olmadığını ifade etti (Grafik 18).

**Grafik 18**



Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kendilerini dava etme olasılığının daha yüksek olduğunu düşündükleri hastaların sorumluluğunu üzerlerine almaktan kaçınıp kaçınmadıkları soruldu. Katılımcıların %9,1'i (n:22) her zaman, %20,6'sı (n:50) sıkça, %27,2'si (n:66) arasıra ve %34,2'si (n:83) nadiren hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kendilerini dava etme olasılığının daha yüksek olduğunu düşündükleri hastaların sorumluluğunu üzerlerine almaktan kaçındıklarını ifade ederken, katılımcıların %9,1'i (n:22) hukuki kaygılarla gelişen böyle bir davranışlarının olmadığını ifade etti (Grafik 19).

**Grafik 19**



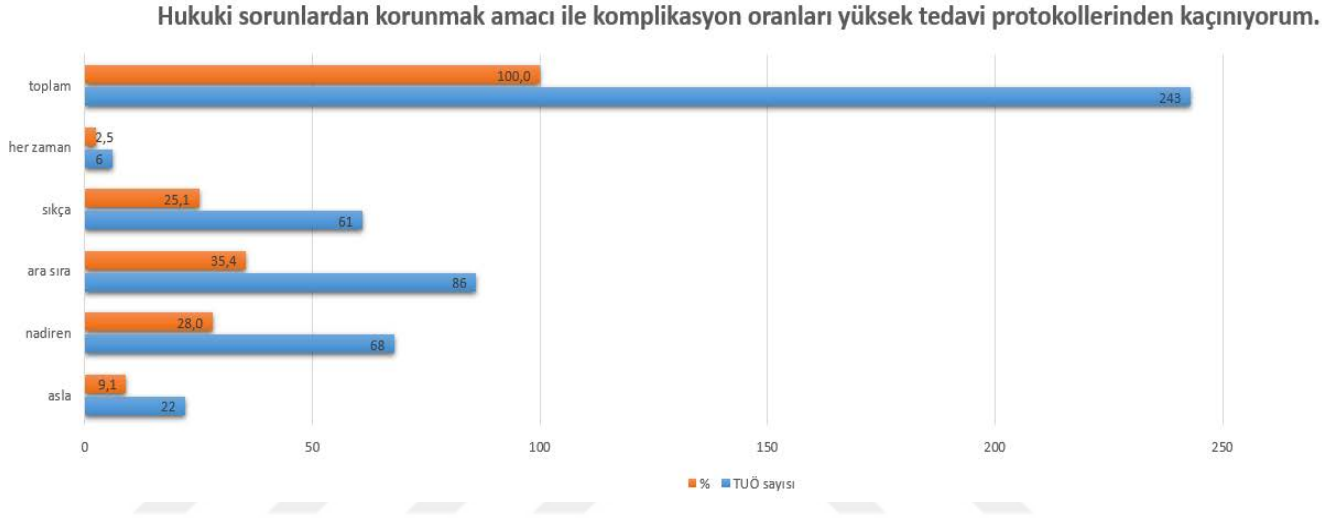
Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile mevcut sağlık sorunları karmaşık hastaların sorumluluğunu üzerlerine almaktan kaçınıp kaçınmadıkları soruldu. Katılımcıların %2,5'i (n:6) her zaman, %15,2'si (n:37) sıkça, %26,7'si (n:65) ara sıra ve %38,3'ü (n:93) nadiren hukuki sorunlardan korunmak amacı ile mevcut sağlık sorunları karmaşık hastaların sorumluluğunu üzerlerine almaktan kaçındıklarını ifade ederken, katılımcıların %17,3'ü (n:42) hukuki kaygılarla gelişen böyle bir davranışlarının olmadığını ifade etti (Grafik 20).

**Grafik 20**



Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranı yüksek tedavi protokollerinden kaçınıp kaçınmadıkları soruldu. Katılımcıların %2,5'i (n:6) her zaman, %25,1'i (n:61) sıkça, %35,4'ü (n:86) arasıra ve %28'i (n:68) nadiren hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranı yüksek tedavi protokollerinden kaçındıklarını ifade ederken, katılımcıların %9,1'i (n:22) hukuki kaygılarla gelişen böyle bir davranışlarının olmadığını ifade etti (Grafik 21).

**Grafik 21**



Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan tedavi protokollerine yönelip yönelmedikleri soruldu. Katılımcıların %4,1'i (n:10) her zaman, %28,8'i (n:70) sıkça, %32,5'i (n:79) arasıra ve %25,5'i (n:62) nadiren hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan tedavi protokollerine yöneldiklerini ifade ederken, katılımcıların %9,1'i (n:22) hukuki kaygılarla gelişen böyle bir davranışlarının olmadığını ifade etti (Grafik 22).

**Grafik 22**



Tıpta uzmanlık öğrencilerine malpraktis iddiaları ile ilgili haberler medyada fazlaca yer bulduğunda hekimlik uygulamaları ile ilgili tedirginlik hissedip hissetmedikleri soruldu. Katılımcıların %20,6'sı (n:50) her zaman, %40,3'ü (n:98) sıkça, %20,6'sı (n:50) arasıra ve %15,6'sı (n:38) nadiren medyada yer bulan malpraktis iddialarına ilişkin davaların mesleki uygulamalarını yaparken tedirgin hissetmelerine neden olduğunu ifade ederken, katılımcıların %2,9'u (n:7) ise herhangi bir tedirginlik hissetmediğini belirtti (Grafik 23).

**Grafik 23**



Ölçek sonucunda negatif ve pozitif defansif tıp uygulamalarını ölçen her soruda “asla” yanıtına 1, “nadiren” yanıtına 2, “ara sıra” yanıtına 3, “sıkça” yanıtına 4, “her zaman” yanıtına 5 puan verilerek elde edilen puanlar toplanarak elde edilen defansif tıp uygulamaları(DTU) skorları elde edildi. Yataklı servisi olmayan anabilim dallarında eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin bu konudaki davranışlarını değerlendirirken anket öncesinde rorasyonel olarak eğitim gördükleri tıp branşlarındaki davranışlarına göre cevap vermeleri istendi. Ankete katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinden 4’ü daha öncesinde yataklı servisi olan bir anabilim dalında görev yapmadığı için DTU skorlarının analizi 239 tıpta uzmanlık öğrencisi üzerinden yapıldı.

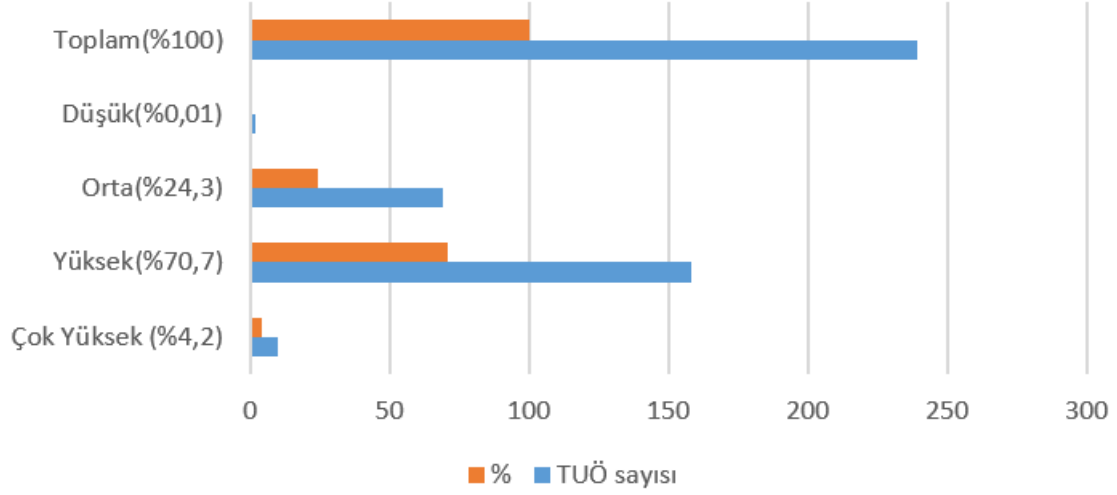
Kadın ve erkek tıpta uzmanlık öğrencilerinin elde ettiği DTU skorları ortalamaları karşılaştırıldı. Kadın tıpta uzmanlık öğrencilerinin DTU skor ortalamasının  $45,59 \pm 5,52$ , erkek tıpta uzmanlık öğrencilerinin DTU skor ortalamasının ise  $44,62 \pm 6,12$  olduğu görüldü. Bağımsız örneklem t testi ile cinsiyet ve DTU skor ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı( $p=0,200$ )

Evli ve bekar tıpta uzmanlık öğrencilerinin elde ettiği DTU skorları ortalamaları karşılaştırıldı. Evli tıpta uzmanlık öğrencilerinin DTU skor ortalamasının  $45,07 \pm 5,80$ , bekar tıpta uzmanlık öğrencilerinin DTU skor ortalamasının ise  $45,10 \pm 5,89$  olduğu görüldü. Bağımsız örneklem t testi ile medeni durum ile DTU skor ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı( $p=0,971$ )

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin DTU skorlarının ortalamasının  $46 \pm 5,85$ (25-65) olduğu görüldü. Elde edilen DTU skorları çok yüksek (70-56), yüksek(55-42), orta(41-28), düşük(14-27) düzey defansif tıp uygulamaları olarak derecelendirildi. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin %4,2’sinin (n:10) çok yüksek düzeyde, %70,7’sinin (n:169) yüksek düzeyde, %24,3’ünün (n:58) orta düzeyde defansif tıp uygulaması yaptığı, katılımcıların yalnızca %0,01’inin (n:2) düşük düzeyde defansif tıp uygulamalarında bulunduğu saptandı (Grafik 24).

**Grafik 24**

**Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin  
defansif tıp uygulama düzeyleri**



Farklı tıp branşlarında eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerin defansif tıp uygulamaları ölçeğine verdikleri yanıtlardan elde edilen DTU skor ortalamaları karşılaştırıldığında çalışmaya alınan 23 anabilim dalından 17'sinin yüksek düzeyde, 6'sının orta düzeyde defansif tıp uygulamasında bulunduğu görüldü. En yüksek DTU skor ortalamalarının Göğüs Hastalıkları (49,00), Deri ve Zührevi Hastalıklar (48,00), Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (47,80) ile Anesteziyoloji ve Reanimasyon (47,07) Anabilim Dallarına ait olduğu görüldü. En düşük DTU skor ortalamalarının ise Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi (35,33), Çocuk Cerrahisi (39,50) ile Spor Hekimliği (40,00) Anabilim Dallarına ait olduğu görüldü (Tablo 12).

**Tablo 12. Anabilim dallarına göre katılımcıların DTU skor ortalamaları**

| Anabilim Dalı                                   | DTU skor ortalaması | Standart sapma( $\pm$ ) | min-max değerler |
|-------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------|
| Acil Tıp                                        | 44,81               | 7,69                    | 33-65            |
| Aile Hekimliği                                  | 46,69               | 4,65                    | 37-57            |
| Anesteziyoloji ve Reanimasyon                   | 47,07               | 5,54                    | 37-57            |
| Beyin ve Sinir Cerrahisi                        | 44,50               | 3,45                    | 40-49            |
| Çocuk Cerrahisi                                 | 39,50               | 3,45                    | 38-41            |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları                   | 46,35               | 5,19                    | 34-59            |
| Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları         | 43,50               | 7,78                    | 38-49            |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar                     | 48,00               | 0,00                    | 48-48            |
| Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji | 47,80               | 4,44                    | 44-55            |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon                  | 45,25               | 4,50                    | 40-51            |
| Genel Cerrahi                                   | 41,80               | 6,39                    | 25-48            |
| Göğüs Hastalıkları                              | 49,00               | 8,49                    | 43-55            |
| Göz Hastalıkları                                | 43,75               | 5,23                    | 37-54            |
| İç Hastalıkları                                 | 44,55               | 5,43                    | 35-53            |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum                     | 41,90               | 6,14                    | 34-56            |
| Kardiyoloji                                     | 43,66               | 2,08                    | 42-46            |
| Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi        | 46,50               | 6,19                    | 41-58            |
| Nöroloji                                        | 41,00               | 7,58                    | 29-47            |
| Ortopedi ve Travmatoloji                        | 45,94               | 6,07                    | 34-57            |
| Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi       | 35,33               | 6,43                    | 28-40            |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları                     | 43,55               | 5,35                    | 32-50            |
| Spor Hekimliği                                  | 40,00               | 11,60                   | 25-53            |
| Üroloji                                         | 43,00               | 4,58                    | 38-50            |

Çalışmaya alınan tıpta uzmanlık branşları dahili tıp bilimleri ve cerrahi tıp bilimleri olarak iki gruba ayrılıp, tıpta uzmanlık öğrencilerinin DTU skor ortalamaları karşılaştırıldı. Dahili tıp bilimleri DTU skor ortalaması  $45,63 \pm 0,45$ , cerrahi tıp bilimleri DTU skor ortalaması ise  $44,27 \pm 0,68$  olarak bulundu. İstatistiksel incelemede cerrahi ve dahili tıp bilimlerinde eğitim görmek ile DTU skoru arasında anlamlı ilişki bulunmadı ( $p=0,087$ ).

Farklı tıp branşlarında eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerin defansif tıp uygulamaları ölçeğinde yer alan pozitif defansif tıp uygulamaları ile ilgili önermelere verdikleri yanıtlardan elde edilen pozitif DTU skor ortalamaları karşılaştırıldı. En yüksek pozitif DTU skor ortalamalarının Deri ve Zührevi Hastalıklar (33,00), Beyin ve Sinir Cerrahisi (32,50) ile Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş boyun Cerrahisi (32,33) Anabilim Dallarına ait olduğu görüldü. En düşük pozitif DTU skor ortalamalarının ise Spor Hekimliği (23,67), Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi (25,33) ile Göz Hastalıkları (26,75) Anabilim Dallarına ait olduğu görüldü (Tablo 13).

**Tablo 13. Anabilim dallarına göre katılımcıların pozitif DTU skor ortalamaları**

| Anabilim Dalı                                   | Pozitif DTU skor ortalaması | Standart sapma(±) | min-max değerler |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|------------------|
| Acil Tıp                                        | 30,12                       | 3,24              | 25-38            |
| Aile Hekimliği                                  | 30,31                       | 2,93              | 25-38            |
| Anesteziyoloji ve Reanimasyon                   | 31,50                       | 3,01              | 27-38            |
| Beyin ve Sinir Cerrahisi                        | 32,50                       | 1,38              | 30-34            |
| Çocuk Cerrahisi                                 | 28,50                       | 2,12              | 27-30            |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları                   | 31,13                       | 3,37              | 20-39            |
| Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları         | 28,00                       | 5,66              | 24-32            |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar                     | 33,00                       | 2,83              | 31-35            |
| Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji | 32,20                       | 2,77              | 29-36            |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon                  | 30,50                       | 2,38              | 28-33            |
| Genel Cerrahi                                   | 28,50                       | 4,35              | 18-33            |
| Göğüs Hastalıkları                              | 32,00                       | 1,41              | 31-33            |
| Göz Hastalıkları                                | 26,75                       | 1,39              | 25-29            |
| İç Hastalıkları                                 | 30,64                       | 3,72              | 23-37            |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum                     | 28,90                       | 3,07              | 25-34            |
| Kardiyoloji                                     | 31,67                       | 4,04              | 27-34            |
| Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi        | 32,33                       | 4,59              | 28-41            |
| Nöroloji                                        | 29,80                       | 6,69              | 19-36            |
| Ortopedi ve Travmatoloji                        | 30,65                       | 4,06              | 23-39            |
| Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi       | 25,33                       | 4,73              | 20-29            |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları                     | 28,18                       | 2,89              | 24-32            |
| Spor Hekimliği                                  | 23,67                       | 9,29              | 13-30            |
| Üroloji                                         | 31,20                       | 2,59              | 28-34            |

Farklı tıp branşlarında eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerin defansif tıp uygulamaları ölçeğinde yer alan negatif defansif tıp uygulamaları ile ilgili önermelere verdikleri yanıtlardan elde edilen negatif DTU skor ortalamaları karşılaştırıldı. En yüksek negatif DTU skor ortalamalarının Göz Hastalıkları (17,00), Göğüs hastalıkları (17,00), Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi (16,33) ile Aile Hekimliği (16,07) Anabilim Dallarına ait

olduğu görüldü. En düşük negatif DTU skor ortalamalarının ise Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi (10,00), Çocuk Cerrahisi (11,00) ile Nöroloji (11,20) Anabilim Dallarına ait olduğu görüldü (Tablo 14).

**Tablo 14. Anabilim dallarına göre katılımcıların negatif DTU skor ortalamaları**

| Anabilim Dalı                                   | Negatif DTU skor ortalaması | Standart sapma(±) | min-max değerler |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|------------------|
| Acil Tıp                                        | 12,88                       | 3,79              | 6-19             |
| Aile Hekimliği                                  | 16,07                       | 2,99              | 5-21             |
| Anesteziyoloji ve Reanimasyon                   | 15,57                       | 4,22              | 10-25            |
| Beyin ve Sinir Cerrahisi                        | 12,00                       | 4,05              | 6-16             |
| Çocuk Cerrahisi                                 | 11,00                       | 0,00              | 11-11            |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları                   | 15,21                       | 3,56              | 9-22             |
| Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları         | 15,50                       | 2,12              | 14-17            |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar                     | 15,00                       | 2,83              | 13-17            |
| Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji | 15,60                       | 2,30              | 13-19            |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon                  | 14,75                       | 3,40              | 12-19            |
| Genel Cerrahi                                   | 13,30                       | 4,08              | 7-19             |
| Göğüs Hastalıkları                              | 17,00                       | 7,07              | 12-22            |
| Göz Hastalıkları                                | 17,00                       | 4,28              | 11-25            |
| İç Hastalıkları                                 | 13,90                       | 3,24              | 9-20             |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum                     | 13,00                       | 4,45              | 6-22             |
| Kardiyoloji                                     | 12,00                       | 3,00              | 9-15             |
| Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi        | 16,33                       | 3,33              | 13-22            |
| Nöroloji                                        | 11,20                       | 1,30              | 10-13            |
| Ortopedi ve Travmatoloji                        | 15,29                       | 3,60              | 10-20            |
| Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi       | 10,00                       | 1,73              | 8-11             |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları                     | 15,36                       | 4,18              | 8-21             |
| Spor Hekimliği                                  | 13,25                       | 3,50              | 9-17             |
| Üroloji                                         | 11,80                       | 2,39              | 10-16            |

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp uygulamaları ölçeğine verdikleri puanlar ile hesaplanan defansif tıp uygulamaları skoru, pozitif defansif tıp uygulamaları skoru ve negatif tıp uygulamaları skorlarının, katılımcıların yaşları, meslekte geçirilen süre, pratisyen hekim olarak geçirilen süre, tıpta uzmanlık eğitiminin kaçınıcı yılında olduğu, poliklinikte bakılan hasta sayısı, serviste bakılan hasta sayısı ile korelasyonu değerlendirildi. Bu parametreler arasında anlamlı ilişki gözlenmedi (Tablo 15). Bu analizler arasında yalnızca serviste takip edilen hasta sayısı ile negatif defansif tıp uygulamaları arasında saptanan ilişkinin negatif yönde zayıf korelasyon şeklinde olduğu görüldü ( $r=-0,166$ ,  $p=0,009$ )

Defansif tıp uygulamaları skoru, pozitif defansif tıp uygulamaları skoru ve negatif tıp uygulamaları skorlarının korelasyonları değerlendirildiğinde bu üç skorun her birinin kendi arasında korele olduğu görüldü ( $p<0,005$ ) (Tablo 14).

**Tablo 15. DTU skorlarının bazı bağımsız değişkenlerle ilişkisi**

|                                          |                     | DTU skoru | Pozitif DTU skoru | Negatif DTU skoru |
|------------------------------------------|---------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| Yaş                                      | Pearson Correlation | 0,065     | 0,078             | 0,017             |
|                                          | Sig. (2-tailed)     | 0,311     | 0,224             | 0,788             |
| Meslekte geçirilen süre                  | Pearson Correlation | 0,035     | 0,06              | -0,01             |
|                                          | Sig. (2-tailed)     | 0,59      | 0,355             | 0,876             |
| Tıpta uzmanlık eğitiminde geçirilen süre | Pearson Correlation | -0,015    | 0,042             | -0,069            |
|                                          | Sig. (2-tailed)     | 0,82      | 0,515             | 0,286             |
| Pratisyen hekim olarak geçirilen süre    | Pearson Correlation | 0,044     | 0,033             | 0,034             |
|                                          | Sig. (2-tailed)     | 0,49      | 0,613             | 0,593             |
| Poliklinikte bakılan hasta sayısı        | Pearson Correlation | 0,042     | 0,087             | -0,029            |
|                                          | Sig. (2-tailed)     | 0,518     | 0,177             | 0,653             |
| Serviste takip edilen hasta sayısı       | Pearson Correlation | -0,089    | 0,025             | -0,166            |
|                                          | Sig. (2-tailed)     | 0,167     | 0,702             | 0,009             |
| DTU skoru                                | Pearson Correlation | 1         | 0,776             | 0,728             |
|                                          | Sig. (2-tailed)     | x         | 0                 | 0                 |
| Pozitif DTU skoru                        | Pearson Correlation | 0,776     | 1                 | 0,132             |
|                                          | Sig. (2-tailed)     | 0         | x                 | 0,039             |
| Negatif DTU skoru                        | Pearson Correlation | 0,728     | 0,132             | 1                 |
|                                          | Sig. (2-tailed)     | 0         | 0,039             | x                 |

Kendi mezun olduğu üniversitede (Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi) asistanlık eğitimine devam ettiğini ifade edenlerin DTU skor ortalamasının ( $n:38$ )  $45,63\pm6,36$  olduğu, diğerlerinin DTU skor ortalamasının ise ( $n:205$ )  $45,10\pm5,76$  olduğu görüldü. Bağımsız örneklem t testi kullanılarak bu gruplar ile toplam, pozitif ve negatif DTU skor ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, bu tıpta uzmanlık öğrencilerinin istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha fazla pozitif defansif tıp uygulaması yaptığı gözlemlendi ( $p=0,016$ ).

Asistanlık eğitim süresinin ilk 2 yılında olanların DTU skor ortalamalarının (n:136)  $45,05 \pm 6,37$  olduğu, diğerlerinin DTU skor ortalamasının ise (n:107)  $45,35 \pm 5,12$  olduğu görüldü. Bağımsız örneklem t testi kullanılarak bu gruplar ile toplam, pozitif ve negatif DTU skor ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p=0,698$ ,  $p=0,216$ ,  $p=0,464$ )

Katılımcıların şu an eğitim aldıkları ana bilim dalını tıpta uzmanlık sınavı sonrasında tercih ederken ilerde karşılaşabilecekleri olası malpraktis iddialarının etkisinin olup olmadığı sorusuna evet yanıtı verenlerin DTU skor ortalamasının (n:127)  $45,96 \pm 5,62$  olduğu, hayır yanıtı verenlerin DTU skor ortalamasının ise (n:112)  $44,10 \pm 5,94$  olduğu görüldü. Bağımsız örneklem t testi kullanılarak bu soruya verilen yanıt ile DTU skor ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p=0,014$ )

Tıpta uzmanlık öğrencilerine yaptırmış oldukları zorunlu tıbbi malpraktis sigortasının mesleki uygulamalarını yaparken kendilerinin daha rahat hissettirip hissettirmedeği sorgulandığında, evet yanıtı verenlerin DTU skor ortalamasının (n:132)  $45,22 \pm 5,52$  olduğu, hayır yanıtı verenlerin DTU skor ortalamasının ise (n:107)  $44,93 \pm 6,24$  olduğu görüldü. Bağımsız örneklem t testi kullanılarak bu soruya verilen yanıt ile DTU skor ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p=0,699$ )

Tıpta uzmanlık öğrencilerine son yıllarda malpraktis iddiası ile açılan davalarda artış olup olmadığına dair kişisel gözlemleri sorulduğunda evet yanıtı verenlerin DTU skor ortalamasının (n:226)  $45,11 \pm 5,93$  olduğu, hayır yanıtı verenlerin DTU skor ortalamasının ise (n:13)  $44,77 \pm 4,38$  olduğu görüldü. Bağımsız örneklem t testi kullanılarak bu soruya verilen yanıt ile DTU skor ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p=0,840$ )

Tıpta uzmanlık öğrencilerine görev yaptıkları süre içerisinde kendilerine karşı açılan herhangi bir malpraktis iddialı dava olup olmadığı sorulduğunda; evet yanıtı verenlerin DTU skor ortalamasının (n:7)  $48,29 \pm 5,70$  olduğu, hayır yanıtı verenlerin DTU skor ortalamasının ise (n:232)  $44,99 \pm 5,83$  olduğu görüldü. Bağımsız örneklem t testi kullanılarak bu soruya verilen yanıt ile DTU skor ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p=0,142$ )

Tıpta uzmanlık öğrencilerine açılan malpraktis iddialı davalarının hekimlerin mesleki performanslarına negatif yönde bir etkisinin olup olmayacağı ile ilgili düşünceleri sorulduğunda; evet yanıtı verenlerin DTU skor ortalamasının (n:223)  $45,20 \pm 5,88$  olduğu, hayır yanıtı verenlerin DTU skor ortalamasının ise (n:16)  $43,56 \pm 5,33$  olduğu görüldü. Bağımsız örneklem t testi kullanılarak bu soruya verilen yanıt ile DTU skor ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p=0,281$ )

Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyduğunu ifade eden katılımcıların DTU skor ortalaması (n:156)  $44,78 \pm 6,07$ , duymadığını ifade eden katılımcıların DTU skor ortalaması ise (n:83)  $45,67 \pm 5,38$  olarak bulundu. Bağımsız örneklem t testi kullanılarak bu soruya verilen yanıt ile DTU skor ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p=0,258$ )

Tıpta uzmanlık öğrencilerine defansif tıp uygulamaları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olup olmadıkları soruldu. Bu soruya evet yanıtı verenlerin DTU skor ortalamasının (n:54)  $43,67 \pm 6,59$  olduğu, hayır yanıtı verenlerin DTU skor ortalamasının ise (n:185)  $45,50 \pm 5,56$  olduğu görüldü. Bağımsız örneklem t testi kullanılarak bu soruya verilen yanıt ile DTU skor ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p=0,042$ ).

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda tıpta uzmanlık öğrencilerinin büyük çoğunluğunun, ülkemizde bu konuda yapılan az sayıdaki benzer çalışmalarda olduğu gibi pozitif ya da negatif defansif tıp uygulamalarını yüksek oranda gerçekleştirdiği ortaya konmuştur.

Çalışmamıza başladığımız dönemde yapılan literatür incelemesinde ülkemizde bu konuda yapılan çalışmaların görece daha küçük gruplara ve çoğunlukla uzman hekimlerin defansif tıp uygulamalarını araştırmak üzere planlandığı görüldü [13, 15, 50, 51]. Göçen ve arkadaşlarının 29.06.2018 tarihinde yayınlanan çalışmasında tıpta uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp uygulamalarını benzer şekilde değerlendirildiği görüldü [53]. Benzer özellikteki bu çalışmanın yapılmış olması bulgularımızı karşılaştırabilmemiz ve tartışmayı zenginleştirebilmemiz adına olumlu bulundu.

Çalışmaya alınan 243 tıpta uzmanlık öğrencisinin yaş ortalaması  $28 \pm 0,16$  (24-39) olarak bulundu. Bu değerin ülkemizde yapılan diğer çalışmalara göre düşük olduğu gözlemlendi [13, 15, 50, 51]. Bu durumun çalışmamızın evrenini tıpta uzmanlık öğrencilerinin oluşturması nedeniyle ortaya çıktığı düşünüldü. Tıpta uzmanlık öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının  $29,4 \pm 3,0$  olarak bulunması görüşümüzü destekledi [53]. Daha önce yapılan bir çalışmada yaş ile ilişki gösterilmiş olsa da bizim çalışmamızda bu ilişki gösterilemedi [77]. Bu durum tıpta uzmanlık öğrencilerinin yaşlarının birbirine yakın olmasına bağlı olduğu düşünülmüştür. Tıpta uzmanlık öğrencileri ile yapılan buna benzer bir çalışmada yaş ve defansif tıp uygulamaları arasında ilişki kurulamamıştır.

Çalışmamıza katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinin % 49,4'ü kadın ve % 50,6'sı erkekti. Bu değer ülkemizde yapılan katılımcıların erkek ağırlıklı olduğu diğer çalışmalara göre kadın erkek oranı daha yakın olarak bulundu [13, 15, 50, 51, 53]. Defansif tıp uygulama skorları karşılaştırıldığında kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Bazı çalışmalarda erkek hekimlerin kadınlara göre daha sık defansif uygulamalarda bulunduğu belirtildi ise bizim çalışmamızda da bir çok çalışmada olduğu gibi anlamlı fark bulunmadı [50, 64, 106-108].

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin mezun oldukları bir kısmı yurtdışından olmak üzere 45 farklı tıp fakültesi arasında ilk sırayı çalışmamızın yapıldığı tıp fakültesi almaktaydı. Kendi mezun olduğu üniversitede asistanlık eğitime devam eden katılımcılar ile diğerlerinin defansif tıp uygulama skor ortalamaları karşılaştırıldı. Mezun olduğu tıp fakültesinde tıpta uzmanlık eğitimi alan katılımcıların pozitif defansif tıp uygulama skorlarının istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlemlendi. Araştırılan kaynaklarda bu duruma özel bir değerlendirmeye rastlanmadı.

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin mesleki deneyim süreleri daha öncesinde yapılan çalışmaların evrenine göre çok daha düşük bulunmuştur [13, 15, 50, 51]. Bu durum çalışma evreninin tıpta uzmanlık öğrencilerinden oluşmasına bağlanmıştır. Tıpta uzmanlık öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %69'unun 0-5 yıllık mesleki tecrübesinin olduğunun belirtilmesi görüşümüzü destekledi [53]. Yapılan çalışmalarda hasta hekim ilişkisi içerisinde geçirilen süre arttıkça defansif tıp uygulamalarının azaldığı gösterilmiş olsada çalışmamıza katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinde defansif tıp uygulamaları skoru ile bu süre arasında istatistiki olarak anlamlı bir korelasyon gösterilememiştir [108]. Bu durum çalışmamıza katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinin dar bir yaş aralığında bulunmasına bağlanmıştır.

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin branşlarına göre yapılan değerlendirmede en yüksek Defansif Tıp Uygulama (DTU) skor ortalamalarının Göğüs Hastalıkları (49,00), Deri ve Zührevi Hastalıklar (48,00), Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (47,80) ile Anesteziyoloji ve Reanimasyon (47,07) Anabilim Dallarına ait olduğu görüldü. En düşük DTU skor ortalamalarının ise Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi (35,33), Çocuk Cerrahisi (39,50) ile Spor Hekimliği (40,00) Anabilim Dallarına ait olduğu görüldü. Bölümlerin malpraktis dava edilme oranı ile istatistiki bir ilişki olmaksızın tüm branşlarda orta ya da yüksek düzeyde defansif tıp uygulaması yapıldığı görüldü. İstatistiki ilişkiyi daha iyi sorgulayabilmek için uzmanlık dalları cerrahi ve dahili tıp bilimleri olarak ayrıldığında ise istatistiki olarak anlamlı olmamak ile birlikte dahili tıp bilimlerinde eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin DTU skor ortalamasının ( $45,75 \pm 5,66$ ) cerrahi tıp bilimlerinde eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin DTU skor ortalamasından ( $43,69 \pm 6,11$ ) yüksek bulundu. Kaynaklar tarandığında yapılan araştırmaların genel olarak tek bir branş içerisinde yapıldığı görülmüştür [13, 32, 34, 37-40, 45, 51]. Birden fazla uzmanlık alanının olduğu çalışmalarda ise dünyada ve ülkemizde daha sık malpraktis iddialı davalara maruz kalan acil tıp, genel cerrahi, ortopedi,

beyin cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum branşlarının defansif tıp uygulamaları araştırılmıştır [10, 73, 109]. Bizim çalışmamızda da bu çalışmalara paralel olarak söz konusu branşlarda yüksek oranda malpraktis uygulaması saptandı. Ancak bu branşlarda diğer branşlara göre istatistiki olarak anlamlı yükseklikte bir DTU skoru saptanmadı. Birden fazla branşın karşılandığı benzer bir çalışmada da eğitim görülen uzmanlık dalının DTU skoru ile istatistiki olarak anlamlı bir ilişkisinin kurulamadığı belirtilmektedir [53].

Katılımcıların tıpta uzmanlık eğitiminin kaçınıcı yılında olduğu sorgulandığında katılımcıların %56'sının asistanlık eğitiminin ilk 2 yılında olduğu %44'ünün ise daha uzun süredir eğitim gördüğü saptandı. Bu oran tıpta uzmanlık öğrencileri üzerinde yapılan diğer çalışmalara benzerdir [53]. Bu durum eğitimlerinin ileri dönemlerinde tıpta uzmanlık öğrencilerinin ameliyathane, poliklinik gibi birimlere kaydırılmalarına bağlı olarak ulaşılmalarının güçleşmesine bağlanmıştır. Asistanlık yılı arttıkça defansif tıp uygulama skorunun düştüğü istatistiki olarak gösterilmiş olsada bizim çalışmamızda bu durum gösterilememiştir [53].

Katılımcıların tamamının eğitim aldıkları anabilim dalında değişik dönemlerde poliklinik hizmeti verdiği öğrenildi. Yapılan istatistiki incelemede poliklinikte bakılan hasta sayısı ile korelasyon olduğu gösterilemedi. Daha önceki çalışmalarda bu ilişki ile ilgili herhangi bir değerlendirmeye rastlanmadı.

Katılımcılardan serviste hasta takibi yapanlar değerlendirildiğinde sorumluluğu alınan hasta sayısı ile defansif tıp uygulama skorları arasında istatistiki bir ilişki saptanmadı. Literatürde bulunan incelenen diğer çalışmalarda bu ilişki ile ilgili herhangi bir değerlendirmeye rastlanmadı. Ancak tutulan nöbetler ile serviste hasta takibi ilişkilendirilebilecek olursa; tıpta uzmanlık öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ayda 8 ve daha fazla nöbet tutanlarda defansif tıp uygulamalarının istatistiki olarak anlamlı düzeyde arttığı belirtilmektedir [53]. Ancak yapılan çalışmanın bir diğer bulgusunda uzmanlık eğitiminin ilk 2 yılında olanlarda defansif tıp uygulamalarının yüksek olması ve yüksek sayıda nöbetlerinde genelde ilk yıllarda gözlenmesi bu iki bulgunun ilişkisini tartışmalı hale getirebilmektedir.

Yapılan çalışmalarda tıpta uzmanlık öğrencilerinin branş tercihi yaparken ilerde karşılaşılabilecekleri olası malpraktis iddialarının etkili olduğu gösterilmiştir [55, 110, 111]. Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak katılımcıların %53,9 tıpta uzmanlık dalını seçerken bu kaygıyı duyduğunu ifade etmiştir. Bu oran “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası” kapsamında belirlenen gruplar arasında en riskli olarak

nitelendirilen 4. grubu oluşturan Acil Tıp, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp-Damar Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi branşlarındaki uzmanlık öğrencileri arasında (n:66) ise % 36,4'e düşmektedir.

Katılımcıların %55,1'i (n:134) Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası yaptırmanın mesleki uygulamaları yaparken kendilerinin daha rahat hissetmesini sağladığını belirtmektedir. Bu oranda malpraktis açısından görece daha az riskli olan dahili branşlarda anlamlı bir düşüklük gözlenmemektedir. Daha önceki çalışmalarda bu ilişki ile ilgili herhangi bir değerlendirmeye rastlanmadı.

Katılımcıların defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi düzeyi sorgulandığında; tıpta uzmanlık öğrencilerinin bir çoğunun bu kavramı daha önce yapılmış çalışmalara benzer oranda duyduğunu ifade ettiği görüldü [13, 50]. Ancak katılımcıların çoğunluğunun yine önceki çalışmalara benzer şekilde bu konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade ettiği görüldü [13, 50]. Bu kavramı duyma oranının dahili tıp bilimlerinde eğitim görenlerde cerrahi tıp bilimlerinde eğitim görenlere oranla istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Bu kavram ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade etme oranı ise her iki grupta benzer oranlarda düşük izlenmiştir. Daha önceki çalışmalarda bu ilişki ile ilgili herhangi bir değerlendirmeye rastlanmadı. Malpraktis iddiası ile görece daha düşük dava edilme oranlarına sahip olan dahili tıp bilimlerinin malpraktise bağlı gelişen defansif tıp uygulamaları ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olması, mesleki gündemi takip etme kabiliyetini arttıran kongre, sempozyum, seminer gibi uygulamaların yoğun çalışma saatleri olan cerrahi tıp bilim dallarına göre daha iyi takip edilmesine bağlı olabileceği düşünüldü.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalar ile kıyaslandığında ülkemizde malpraktis iddiası ile dava edilme oranları düşüktür [13, 15, 30, 50, 53, 109]. Bizim çalışmamızda ise bu oran çok daha düşük bulunmuştur. İlk başta katılımcıların meslekte geçirdikleri sürenin diğer çalışmalarda incelenen gruplara göre daha düşük olması nedeniyle bu durumun oluştuğu düşünülse, elde edilen bu oran benzer yaş ortalamasına sahip tıpta uzmanlık öğrencileri ile yapılan diğer bir çalışmada elde edilen orandan da daha düşük bulunmuştur [53]. Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak en sık dava edilen uzmanlık dalları sıralamasında Acil Tıp Anabilim Dalını, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının izlediği gözlemlendi.

Çalışmamıza katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinin tamamına yakını açılan malpraktis iddialı davalarının hekimlerin mesleki performanslarına negatif yönde bir etkisinin olacağını ifade etmiştir. Yapılan başka bir çalışmada “Malpraktis davaları hekimlik yapma biçiminizi etkiler mi?” ve “Meslektaşlarınıza malpraktis davaları açılması hekimlik yapma biçiminizi etkiler mi?” şeklinde sorulan sorulara çalışmamızdaki bu soruya verilen yanıtlara benzer şekilde yüksek oranda, sırasıyla %83,2 ve %85,5 evet yanıtı verilmiştir. Bu soruya verilen ‘evet’ yanıtlarının dahili ve cerrahi tıp bilimlerine göre sıklığı incelendi. Dahili tıp bilimlerinde eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin bu oranının istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Bu durum her ne kadar defansif tıp uygulamaları bilgi düzeylerinin cerrahi tıp bilimlerinde eğitim görenlerle benzer şekilde düşük olduğunu ifade etselerde, dahili tıp bilimlerin bu kavramı duyma oranlarının yüksek olması ile ilişkilendirildi.

Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarından gerekli gördüklerinin dışında tetkik isteyip istemedikleri sorulduğunda; ulaşılan sonuçların yurtiçinde yapılan diğer çalışmalar ile büyük ölçüde örtüştüğü ancak yurtdışı çalışmalarında elde edilen sonuçlardan yüksek olduğu görüldü [15, 30, 50, 53]. Aynı sorunun sorulduğu başka bir çalışmada ise böyle bir davranış sergilemediğini ifade eden hekimlerin oranı bizimkine göre daha yüksek bulunmuştur [13]. Bu durum bu çalışmanın toplum sağlığı merkezine bağlı aile hekimleri arasında yapılmamış olmasına ve aile hekimlerinin tetkik isteme imkanlarının üst basamak sağlık merkezlerinde çalışan hekimlere oranla daha düşük olmasına bağlanmıştır. Yurtdışındaki çalışmalarla karşılaştırıldığında ise saptadığımız oranın daha yüksek olduğu gözlemlendi [10, 31, 36-38, 40, 41, 45, 102].

Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarına endikasyon sınırında olan ancak gerekli görmedikleri ilaçları reçete edip etmedikleri sorulduğunda verilen yanıtlar yurtiçindeki çalışmalar ile karşılaştırıldı. Yapılan karşılaştırmaya göre endikasyon sınırında olan ancak gerekli görmedikleri ilaçları reçete etme oranının sonuçlarının literatürdeki çalışmaların geneline göre yüksek olduğu görüldü [15, 37, 41, 64]. Bazı çalışmalara ise benzer bulundu [13, 53, 107]. Bu farklılığın oluşmasında benzer değerin bulunduğu çalışmalarda bizim kullandığımız gibi ‘endikasyon dahilinde’ ifadesinin bulunmasının etkili olduğu düşünüldü. Bu soruya Beyin ve Sinir Cerrahi, Dermatoloji ve İç Hastalıkları Anabilim Dalında eğitim gören katılımcıların tamamının sıkça ve her zaman yanıtı vermesi dikkat çekiciydi.

Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile gelişebilecek komplikasyonlardan çekindiği için diğer anabilim dallarından gerekli gördüklerinin dışında konsültasyon istediğini ifade etme oranı tıp fakültelerinde tıpta uzmanlık öğrencileri ile yapılan araştırmalarla uyumlu düzeyde iken, hukuki kaygılarla diğer branşlardan konsültasyon isteme oranının uzman hekimlerle yapılan çalışmalarda daha düşük olduğu gözlenmiştir[13, 15, 30, 36, 37, 41, 45, 53, 64, 72]. Bu durumun belli bir uzmanlık alanında tecrübe kazanıldıkça diğer uzmanlık dalları ile ortak klinik durumlara aşinalığın kazanılması ve bu sorunları hekimlerin tek başına çözebilme kabiliyetlerinin artmasına bağlı olduğu düşünüldü.

Katılımcıların hukuki sorunlardan korunmak amacı ile sosyal endikasyon gibi nedenler göstererek hastaları yataklı servise yatırma oranları yurt içinde yapılan diğer araştırmalar ile uyumlu bulundu [15, 30, 53, 64, 72]. Çalışmamızda hukuki kaygılarla servise hasta yatırma en düşük oranda yapılan defansif tıp uygulaması olarak bulundu. Bu durum hastanelerdeki yatak sayılarının düşük olmasına bağlandı. Yurtdışındaki yapılan çalışmalarda ise hukuki kaygılarla gereksiz yere hasta yatışı yaptığını ifade etme oranının bizim çalışmamızın bulgularına göre daha düşük olduğu görüldü [31, 40, 41]. Bu durum ülkemizdeki sağlık sigortası sisteminin kapsamının yurtdışındaki büyük oranda özel sigorta sistemlerine göre genişliği nedeniyle uzun veya sık servis yatışlarının hastalara ek mali yük getirmemesinin etkisi olduğu düşünüldü.

Katılımcıların olası hukuki sorunlardan korunmak amacıyla hukuki sorunlardan korunmak amacı ile gerekli gördüklerinin dışında radyodiagnostik görüntüleme incelemesi isteme oranları yurt içi çalışmalar ile kıyaslandığında benzer şekilde yüksek bulundu [15, 53, 64, 72]. Ancak yurtdışında yapılan çalışmalarda radyodiagnostik test isteme oranları genel olarak bizim çalışmamıza göre daha düşük bulunmuştur [28, 37, 40]. Bu duruma ülkemizde belli bir sevk zinciri olmaksızın hastaların değişik zamanlarda değişik hastanelere başvurması ve ulusal bir radyoloji veritabanı olmamasından ötürü aynı hasta için benzer durumlarda tekrar tekrar görüntüleme istenmesinin etkisi olabileceği düşünüldü. Bunun yanında radyasyonun oluşturabileceği uzun dönem risklerle ilgili toplumsal hassasiyetin yeterli düzeyde olmamasının da etkili olduğu düşünüldü. Bu soruya Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin yarısının sıkça yanıtı vermesi çocuk yaş hasta grubunun uzun dönemde karşılaşılabileceği komplikasyonlar açısından kaygı verici bulundu.

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin hukuki sorunlardan korunmak amacı ile yapılacak tıbbi uygulamaları hastalarına gerekli gördüklerinin üzerinde daha detaylı açıkladığını ve hastalarına daha fazla zaman ayırdığını ifade etme oranı diğer çalışmalarla benzer şekilde yüksek bulundu

[13, 15, 30, 53, 64, 72]. Hekimlerin hastalarına daha fazla zaman ayırması ilk etapta sağlıkta kalitenin artması adına uygun bir davranış olarak nitelendirilebilir. Ancak hekimlerin bu durumun yalnızca hukuki kaygı ile ortaya çıkmış olduğunu ifade etmesi ayrılan bu zamanın etkinliği ve kalitesini tartışılır hale getirmektedir. Bu sürenin hastalara tanı ve tedavi süreçleri ile ilgili alternatiflerin ve olası avantaj ve komplikasyonların anlatılarak hastaların bu süreçlere uyumunun arttırılması için kullanılması uygun olacaktır. Ancak ayrılan bu zamanın sekonder kazanç sağlamak için gereksiz latince sözcükler ve laf kalabalığı ile hastayı yönlendirme amacıyla kullanılması etik ve klinik işleyiş açısından uygun olmayacaktır. Hekimlerin hastaları ile geçirdikleri zamanı nasıl değerlendirdikleri araştırılarak bu durum açıklığa kavuşturulabilir.

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarının tıbbi kayıtları gereğinden fazla, daha detaylı tuttuğunu ve aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğini ifade edenlerin oranı yapılan diğer çalışmalar ile uyumlu şekilde yüksek bulundu [13, 15, 28, 30, 53, 64, 112]. Malpraktis iddiası ile açılacak bir dava sürecinde yapılacak değerlendirmelerin büyük ölçüde tutulan tıbbi kayıtlar üzerinden sürdürülmektedir. Bu davranış hekimleri malpraktis iddialarının ortaya çıkmasından korumaz. Ancak olası bir dava sürecinde hekimlerin kendilerini savunabilmeleri için ellerini kuvvetlendirir. Hekimlerin kayıtları tekrar tekrar tutması veya kayıtları gereksiz detaylar ile doldurması ise yalnızca iş gücü kaybına sebep olacaktır. Malpraktis iddiası ile açılan davalarda bilirkişinin yaptığı medikolegal incelemede dikkat ettiği hususlar herhangi bir hastanın hali hazırda klinik takiplerinde kullanılacak bilgilerin üzerinde değildir. Ancak hekimler ise olası bir inceleme için öncesinde ‘gereksiz’ veya ‘detay’ olarak nitelendirdikleri kayıtlar oluşturduğunu ifade etmektedir. Bu durum hekimlerin medikolegal değerlendirmelerde hangi kayıtların önemli hangilerinin detay olduğu ile ilgili bilgi eksikliğinin olduğu düşündürdü.

Tıpta uzmanlık öğrencilerine hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kendilerini dava etme olasılığının daha yüksek olduğunu düşündükleri hastaların sorumluluğunu üzerlerine almama davranışları sorulduğunda bu davranış kalıbını uygulayan tıpta uzmanlık öğrencileri ile ilgili elde ettiğimiz oranın yurtiçinde yapılan diğer çalışmalar gibi yüksek olduğu gözlemlendi [13, 15, 30, 53, 64].

Katılımcıların hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranı yüksek tedavi protokollerinden kaçınıp kaçınmadığı ve girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan tedavi protokolleri uygulayıp uygulamadıkları sorulduğunda böyle bir davranışı ‘asla’ gerçekleştirmediğini belirtenlerin oranı 2008 yılında yapılan bir çalışmadan yüksek olmak

üzere son dört yıl içerisinde yapılan diğer çalışmalarla uyumlu düzeyde bulundu [13, 15, 30, 53, 64]. Yurtdışında yapılan çalışmalar incelendiğinde ise bu oranın daha düşük olduğu görüldü [10, 28, 31, 45, 112]. Bu durum ülkemizde yıllar içerisinde doktor ve hastane sayısının artmasına bağlı olarak hasta ve hekimlerin seçim şansının artmasına, hekimlerin performans sistemi nedeniyle benzer süre içerisinde daha yüzeysel sağlık problemleri olan hasta grubunu tedavi etmeyi tercih etmesine bağlanabilir.

Çalışmamıza katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinin neredeyse tamamı malpraktis iddiaları ile ilgili haberler medyada fazlaca yer bulduğunda hekimlik uygulamaları ile ilgili tedirginlik hissettiklerini ifade etmiştir. Bulunan oranların yurt içinde yapılan diğer araştırmaların sonuçları ile uyumlu olduğu görüldü [13, 53, 107]. Bu durumun dünyanın birçok yerinde olduğu gibi ülkemizde de medyanın daha iddia aşamasında bulunan herhangi bir olay ile ilgili dava sürecinin sonuçlanmasını beklemeksizin büyük bir skandal olarak nitelemesinin, bir anda hekimin toplum ve bazen meslektaşları tarafından yargısız infazının sonucu olduğu düşünülmüştür[10, 113, 114].

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1) Defansif tıp uygulamalarının düzeyini araştıran ölçek kullanılarak yapılan çalışmamızda hastanemizde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinin büyük çoğunluğunun negatif ve pozitif tıp uygulamaları sergilediği gözlenmiştir.

2) Defansif tıp uygulama oranlarının yaş, cinsiyet, meslekte geçirdiği süre, pratisyen hekimlik yaptığı süre, uzmanlık alanı veya uzmanlık eğitiminde geçirdiği süre ile ilişkili olmadığı görülmüştür.

3) Tıpta uzmanlık öğrencilerinin hukuki sorumluluktan kaçınmak amacıyla gereğinden fazla ilaç reçete etmesi ve görüntüleme yöntemlerine başvurmasının birey ve toplum sağlığına zararları yanında ülke ekonomisine de yük getireceği açıktır. Ancak bu sorunların önlenmesi için bu uygulamaları yasaklamaya yönelik düzenlemeler yerine nedenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik yasal düzenlemelerin daha faydalı olacağı görüşündeyiz.

4) Multidisipliner bir yaklaşımla daha geniş gruplarda çalışmalar yapılmasının defansif tıp uygulamalarının yaygınlığının, nedenlerinin, sonuçlarının ortaya konabilmesine, gündemde tutulup tartışılmasına ve çözüm önerileri geliştirilmesine yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

5) Hekimlerin defansif tıp uygulamalarının önlenmesi için, özellikle uzmanlık dernekleri tarafından mesleki uygulamalarda çerçeve niteliği oluşturacak rehberlerin hazırlanmasının önemli olduğu görüşündeyiz.

6) Tıbbi malpraktis ve defansif tıp kavramlarının mezuniyet öncesi, sonrası ve sürekli tıp eğitimi içerisinde uygun şekilde yer almasının ve yapılacak çalışmalarda bu konulara yer verilmesinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Can, İ.Ö., E. Özkara, and M. Can, *Yargıtayda karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2011. **25**(2): p. 69-76.
2. Özkara, E. and İ.Ö. Can, *Sağlık Çalışanlarının Yasal Sorumlulukları ve Tıbbi Uygulama Hataları*, in *Hukuk Öğrencileri ve Uygulayıcıları İçin Adli Tıp*, E. Özkara, Editor. 2015. p. 80.
3. Belgeler, S.F.S.İ.U., *Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Konseyi, Birleşmiş Milletler*. 2009, Unesco, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları-2009. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. İkinci Baskı, Ekim.
4. Hancı, İ.H., *Malpraktis: tıbbi girişimler nedeniyle hekimin ceza ve tazminat sorumluluğu*. 2002: Seçkin.
5. Gore, D.C. and S.R. Gregory, *Historical perspective on medical errors: Richard Cabot and the Institute of Medicine*. Journal of the American College of Surgeons, 2003. **197**(4): p. 609-611.
6. Health, U.D.o. and H. Services, *National Practitioner Data Bank 2006 annual report*. Retrieved September, 2006. **27**: p. 2009.
7. Schaffer, A.C., et al., *Rates and characteristics of paid malpractice claims among US physicians by specialty, 1992-2014*. JAMA internal medicine, 2017. **177**(5): p. 710-718.
8. Mohr, J.C., *American medical malpractice litigation in historical perspective*. Jama, 2000. **283**(13): p. 1731-1737.
9. Duke, L., *The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine*. Duke Law J, 1971.
10. Studdert, D.M., et al., *Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment*. Jama, 2005. **293**(21): p. 2609-2617.
11. Bell, R.S. and J.W. Loop, *The utility and futility of radiographic skull examination for trauma*. New England Journal of Medicine, 1971. **284**(5): p. 236-239.
12. Bergen, R., *Defensive medicine is good medicine*. JAMA, 1974. **228**(9): p. 1188.
13. Başer, A., et al., *İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi* Evaluation of the Opinions of Family Doctors Working in Izmir Karsiyaka District on Defensive Medical Practices. Smyrna Tıp Dergisi, 2014. **16**: p. 24.
14. Tancredi, L.R. and J.A. Barondess, *The problem of defensive medicine*. Science, 1978. **200**(4344): p. 879-882.
15. Aynacı, Y., *Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması*. 2008, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi.
16. Hirsh, H.L., *Defensive medicine--friend or foe?* Legal medicine, 1989: p. 145.
17. Gordon, L., *Financial effects of defensive medicine and medical malpractice insurance*. 2011.
18. Mello, M.M., et al., *National costs of the medical liability system*. Health affairs, 2010. **29**(9): p. 1569-1577.
19. Rothberg, M.B., et al., *The cost of defensive medicine on 3 hospital medicine services*. JAMA internal medicine, 2014. **174**(11): p. 1867-1868.
20. Odabaşı, A. and A. Tümer, *Çekinik (defansif) hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun uygulanma aşamasında toplumu bekleyen tehlike*. STED, 2006. **1**: p. 55-9.

21. Yılmaz, A., et al., 2005 Yılında Yürürlüğe Giren Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) Cerrahi Branş Hekimleri Üzerindeki Etkisi.
22. Congress, U., *Defensive medicine and medical malpractice*. Washing, DC: U, 1994.
23. Frati, P., et al., *Does defensive medicine change the behaviors of vascular Surgeons? A qualitative review*. BioMed research international, 2015. **2015**.
24. Hershey, N., *The defensive practice of medicine: myth or reality*. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1972. **50**(1): p. 69-97.
25. Klingman, D., et al., *Measuring defensive medicine using clinical scenario surveys*. Journal of Health Politics, Policy and Law, 1996. **21**(2): p. 185-220.
26. Rosenblatt, R.A. and B. Detering, *Changing patterns of obstetric practice in Washington State: the impact of tort reform*. Family medicine, 1988. **20**(2): p. 101-107.
27. Grumbach, K., et al., *Charges for obstetric liability insurance and discontinuation of obstetric practice in New York*. The Journal of family practice, 1997. **44**(1): p. 61-70.
28. Summerton, N., *Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners*. BMJ, 1995. **310**(6971): p. 27-29.
29. Carrier, E.R., et al., *High physician concern about malpractice risk predicts more aggressive diagnostic testing in office-based practice*. 2013. **32**(8): p. 1383-1391.
30. Başer, A., et al., *Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği: Ön Çalışma*. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi, 2014. **24**(2): p. 99-102.
31. Asher, E., et al., *Defensive medicine in Israel—a nationwide survey*. PLoS One, 2012. **7**(8): p. e42613.
32. Tuers, D.M., *Defensive medicine in the emergency department: increasing health care costs without increasing quality?* Nursing administration quarterly, 2013. **37**(2): p. 160-164.
33. Mello, M.M. and T.A. Brennan, *Deterrence of medical errors: theory and evidence for malpractice reform*. Tex. L. Rev., 2001. **80**: p. 1595.
34. Veldhuis, M., *Defensive behavior of Dutch family physicians. Widening the concept*. Family medicine, 1994. **26**(1): p. 27-29.
35. Coyte, P.C., D.N. Dewees, and M.J. Trebilcock, *Medical malpractice—the Canadian experience*. New England Journal of Medicine, 1991. **324**(2): p. 89-93.
36. Ortashi, O., et al., *The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom*. BMC medical ethics, 2013. **14**(1): p. 42.
37. Nahed, B.V., et al., *Malpractice liability and defensive medicine: a national survey of neurosurgeons*. PloS one, 2012. **7**(6): p. e39237.
38. Sethi, M.K., et al., *Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the United States: a national survey study*. Sports medicine, 2012. **42**1: p. 35.5.
39. Smith, T.R., et al., *Defensive medicine in neurosurgery: the Canadian experience*. Journal of neurosurgery, 2016. **124**(5): p. 1524-1530.
40. Osti, M. and J. Steyrer, *A national survey of defensive medicine among orthopaedic surgeons, trauma surgeons and radiologists in Austria: evaluation of prevalence and context*. Journal of evaluation in clinical practice, 2015. **21**(2): p. 278-284.
41. Beuscart, R., *The problem of defensive medicine: two Italian surveys*. Detect Prev Adverse Drug Events: Inf Technol Hum Factors, 2009. **148**: p. 206.
42. HIYAMA, T., et al., *Medical malpractice litigation associated with overlooking of scirrhus gastric cancer*. GASTROENTEROLOGICAL ENDOSCOPY, 2005. **47**(11): p. 2493-2500.

43. Hiyama, T., et al., *Medical malpractice litigation associated with digestive endoscopy*. Digestive Endoscopy, 2004. **16**(4): p. A51.
44. Hiyama, T., et al., *Learning from litigation cases*. Risk-management in gastroenterological practice. Tokyo: Nihon Medical Center, 2005. **169**.
45. Hiyama, T., et al., *Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan*. World Journal of Gastroenterology: WJG, 2006. **12**(47): p. 7671.
46. Zhu, L., L. Li, and J. Lang, *The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: a questionnaire survey in a national congress*. BMJ open, 2018. **8**(2): p. e019752.
47. Hossein, D. and M. Mina, *Defensive Medicine: Ethical or Unethical*. A Case Study of Tehran University of Medical Sciences Hospitals, 2018: p. 2.
48. Ali, A.A., et al., *Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynecology*. BMC medical ethics, 2016. **17**(1): p. 12.
49. Yan, S.C., et al., *International defensive medicine in neurosurgery: comparison of Canada, South Africa, and the United States*. World neurosurgery, 2016. **95**: p. 53-61.
50. AKKOCA, Y., M. ÖZATA, and Ö. Kubilay, *Konya İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. **7**(1): p. 131-138.
51. Başer, A., et al., *Diş Hekimlerinin Defansif Diş Hekimliği Konusundaki Görüşleri: Kesitsel Bir Çalışma*. **24**(2): p. 103-109.
52. Yılmaz, A., et al., *2005 yılında yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) cerrahi branş hekimleri üzerindeki etkisi*. **27**(3): p. 158-172.
53. Göçen, Ö., et al., *Assistant Physicians Knowledge and Attitudes about Defensive Medical Practices, Work-Related Stress and Burnout Levels*. **12**(2): p. 77-87.
54. Yılmaz, A., et al., *Turkish Penal Code (TPC) which entered into force in 2005, the impact on surgeons*. **27**(3): p. 158-172.
55. Yavuz, I., U.M. Çamsari, and Y.J.T.K.T.B.D. Arisoy, *Sağlıkta Dönüşüm Programının Tipta Uzmanlık Tercihlerine Etkisi*. 2017. **37**(2): p. 53.
56. KOYUNCU, F.M.J.T.K.J.o.G.O.-S.T., *Sayı Editöründen*. 2012. **5**(2): p. 0-0.
57. Yıldırım, A., et al., *Knowledge of and attitudes towards malpractice among physicians in Tokat, Turkey*. 2009. **31**(4): p. 356-366.
58. Çalı, G.B.P.D.Ş. and İ. User, *İstanbul'da Çalışan Bir Grup Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanının Doğum Şekli İle İlgili Görüş ve Önerileri*.
59. Yang, Y.T., et al., *Relationship between malpractice litigation pressure and rates of cesarean section and vaginal birth after cesarean section*. 2009. **47**(2): p. 234.
60. Placek, P.J. and S.M.J.A.j.o.p.h. Taffel, *Vaginal birth after cesarean (VBAC) in the 1980s*. 1988. **78**(5): p. 512-515.
61. Eshikumo, I.S., *Acil hekimlerinin konsültasyon sürecinde yaşadıkları zorlukların değerlendirilmesi*. 2017.
62. Olcay, A., et al., *The opinion of Turkish cardiologists on current malpractice system and an alternative patient compensation system proposal: PCS study group*. 2017. **45**(7): p. 630-637.
63. Guliyev, E., *ACİL SERVİSE BAŞVURAN GERİATRİK TRAVMA OLGULARININ GÖRÜNTELEME BULGULARININ ANALİZİ*. 2017.
64. Mete, B., et al., *Investigating the defensive medical practices of the physicians working in the city center of Malatya*. 2017. **6**(2): p. 270-5.
65. Demir Cihat, M., *Radyolojik Görüntüleme İsterken Doktorların Göz Önünde Bulundurdıkları Durumlar*. 2016.

66. DURMAZ, T. and R.J.J.o.S.D.U.I.o.S.S. ERDEM, *HASTANELERDE ARZ KAYNAKLI GEREKSİZ SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMININ HASTA ALGISI ÜZERİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ*. 2017. **29**(4).
67. Birliği, T.T., *Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler*. Füsün Sayek TTB Raporları/Kitapları. İkinci baskı. Ankara: TTB Yayınları, 2009; p. 13-217.
68. Konseyi, T.T.B.M., *Türk tabipleri birliği, etik bildirgeler çalıştay sonuç raporları*. Türk Kardiyol Dern Arş, 2009. **37**(3): p. 51-66.
69. Hakeri, H., *Tıp hukuku*. 2016: Seçkin Yayıncılık.
70. Tuğcu, H., C. Yorulmaz, and S.J.B.B.A.T.k.i.E.K.S. Koç, Can M, İstanbul Tabip Odası Yayını, İstanbul, *Hekim sorumluluğu ve tıbbi malpraktis*. 2010: p. 9-17.
71. Donaldson, M.S., J.M. Corrigan, and L.T. Kohn, *To err is human: building a safer health system*. Vol. 6. 2000: National Academies Press.
72. Yorulmaz, A.J.İ.b.o.a.t.a.d.İ.İ.Ü.C.T.F., *İstanbul tabip odası'na yansıyan hekim hatası*. 2005.
73. Pakiş, I.J.M.S.B.E., Doktora Tezi, İstanbul, *Ölüm ya da ölü doğumla sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına yaklaşımda adli otopsinin rolü*. 2006.
74. İNCE, C.H., et al., *Türkiye'de Adli Tıp Uygulamalarında Adli Tıp Kurumu'nun Yeri*. 2012. **9**(2): p. 52-57.
75. Yorulmaz, A.C. and U.D.A.J.H.U. Kaya, *TIBBİ MALPRAKTİSİN UZMANLIK ALANLARINA DAĞILIMI ve KARŞILAŞILAN NEDENLER*. p. 9.
76. TÜMER, A.R., *1995-2000 YILLARI ARASINDA YÜKSEK SAĞLIK ŞURASINA GELEN ORTOPEDİ VAKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ*.
77. Şanyüz, Ö., et al., *Tıbbi uygulamalar ile ilgili tazminat davalarının uzmanlık alanlarına göre dağılımının ve zorunlu sağlık sigorta primlerinin kademelendirilmesi*, 9.
78. Dirnhofer, R. and D. Wyler, *Treatment failure from the viewpoint of forensic medicine*. Therapeutische Umschau. Revue therapeutique, 1997. **54**(5): p. 272-279.
79. Catino, M.J.C., *Technology and Work, Blame culture and defensive medicine*. 2009. **11**(4): p. 245.
80. Reason, J. and J. Reason, *Managing the risks of organizational accidents* Ashgate Aldershot. 1997.
81. Merry, A. and A.M. Smith, *Errors, medicine and the law*. 2001: Cambridge University Press.
82. Budetti, P.P., *Tort reform and the patient safety movement: seeking common ground*. JAMA, 2005. **293**(21): p. 2660-2662.
83. Kocher, K.E., et al., *National trends in use of computed tomography in the emergency department*. Annals of emergency medicine, 2011. **58**(5): p. 452-462. e3.
84. Brenner, D.J. and E.J. Hall, *Computed tomography—an increasing source of radiation exposure*. New England Journal of Medicine, 2007. **357**(22): p. 2277-2284.
85. Baker, L.C., S.W. Atlas, and C.C. Afendulis, *Expanded use of imaging technology and the challenge of measuring value*. Health Affairs, 2008. **27**(6): p. 1467-1478.
86. Brenner, D.J., et al., *Cancer risks attributable to low doses of ionizing radiation: assessing what we really know*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2003. **100**(24): p. 13761-13766.
87. Beir, V., *Health risks from exposure to low levels of ionizing radiation*. The National Academies report in brief, 2005.
88. Preston, D.L., et al., *Effect of recent changes in atomic bomb survivor dosimetry on cancer mortality risk estimates*. Radiation research, 2004. **162**(4): p. 377-389.

89. Belizán, J.M., F. Althabe, and M.L.J.E. Cafferata, *Health consequences of the increasing caesarean section rates*. 2007. **18**(4): p. 485-486.
90. Althabe, F., et al., *Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study*. 2006. **33**(4): p. 270-277.
91. Murray, S.F.J.L., *Health sector reform and rise of caesarean birth in Chile*. 1997. **349**(9044): p. 64.
92. Ryan, K., et al., *Change in cesarean section rate as a reflection of the present malpractice crisis*. 2005. **69**(3): p. 139-141.
93. Guise, J.-M., et al., *Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section*. Bmj, 2004. **329**(7456): p. 19.
94. Yang, Y.T., et al., *Relationship between malpractice litigation pressure and rates of cesarean section and vaginal birth after cesarean section*. Medical care, 2009. **47**(2): p. 234.
95. Placek, P.J. and S.M. Taffel, *Vaginal birth after cesarean (VBAC) in the 1980s*. American journal of public health, 1988. **78**(5): p. 512-515.
96. Menacker, F., *Trends in cesarean rates for first births and repeat cesarean rates for low-risk women: United States, 1990–2003*. National vital statistics reports, 2005. **54**(4).
97. Hamilton, B., et al., *Preliminary Births for 2004*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2004. Health E-Stats, 2007.
98. Lydon-Rochelle, M., et al., *Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery*. New England Journal of Medicine, 2001. **345**(1): p. 3-8.
99. Coleman, V.H., et al., *Vaginal birth after cesarean delivery: practice patterns of obstetrician–gynecologists*. Obstetrical & gynecological survey, 2005. **60**(10): p. 636-637.
100. Grady, D., *Repeat caesareans becoming harder to avoid*. New York Times, 2004.
101. Üstü, Y. and M.J.A.M.J. Uğurlu, *Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu?* **15**(4).
102. Chen, J., et al., *The prevalence and impact of defensive medicine in the radiographic workup of the trauma patient: a pilot study*. The American Journal of Surgery, 2015. **210**(3): p. 462-467.
103. Institute, P.H.R., *The price of excess: Identifying waste in healthcare spending*. Health Research Institute. Retrieved August, 2008. **11**: p. 2014.
104. Davis, K., et al., *Mirror, mirror on the wall*. How the performance of the US Health care system compares internationally. New York: Commonwealth Fund, 2014.
105. SARILI, M.A.J.B.D., *Türkiye’de kayıt dışı ekonominin boyutları, nedenleri, etkileri ve alınması gereken tedbirler*. 2002. **41**: p. 32-50.
106. Williams, S.J.U.K.C., *On the defensive*. 2011. **19**(1): p. 8-11.
107. Başer, A., et al., *Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği: Ön Çalışma*. 2014. **24**(2): p. 99-102.
108. Motta, S., et al., *Medical liability, defensive medicine and professional insurance in otolaryngology*. 2015. **8**(1): p. 343.
109. Studdert, D.M., et al., *Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment*. 2005. **293**(21): p. 2609-2617.
110. Kasap, H., et al., *Tıbbi Uygulama Hatası Riski Yüksek Olan Uzmanlık Dallarının Tıpta Uzmanlık Sınavında Tercih Edilme Önceliklerinin Yıllara Göre Değişimi*. 2015. **20**(1): p. 34-37.

111. Özveren, C.P., *Tıpta uzmanlık sınavına hazırlanan son sınıf öğrencileri ve yeni mezun hekimlerin acil tıp uzmanlık dalı hakkındaki görüşleri ve tercihlerini etkileyen faktörler*. 2015.
112. Moosazadeh, M., et al., *Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran*. 2014. **2**(3): p. 119.
113. Dirnhofer, R. and D.J.T.U.R.t. Wyler, *Treatment failure from the viewpoint of forensic medicine*. 1997. **54**(5): p. 272-279.
114. OVALI, F.J.S.P.v.K.D., *HASTA GÜVENLİĞİ YAKLAŞIMLARI*. 2010. **1**(1): p. 33-43.



## EKLER

### EK 1. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 07.12.2017 tarihli kararı.

| DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ<br>GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI |                                                                         |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--|--|
| ETİK KOMİSYONUN ADI                                                           | DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ<br>GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |  |  |
| AÇIK ADRES                                                                    | Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat Inciraltı-İZMİR |  |  |
| TELEFON                                                                       | 0 232 412 22 54-0 232 412 22 58                                         |  |  |
| FAKS                                                                          | 0 232 412 22 43                                                         |  |  |
| E-POSTA                                                                       | etikkurul@deu.edu.tr                                                    |  |  |

|                              |                                                         |                                                                                                                                                           |                                       |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>BAŞVURU<br/>BİLGİLERİ</b> | DOSYA NO:                                               | 3681-GOA                                                                                                                                                  |                                       |
|                              | ARAŞTIRMA                                               | UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/><br>YÜKSEKLİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA <input type="checkbox"/> |                                       |
|                              | ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI                                   | Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması                                                                         |                                       |
|                              | ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU                                 |                                                                                                                                                           |                                       |
|                              | SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI | Prof.Dr.Akça Toprak ERGÖNEN<br>Adli Tıp A.D                                                                                                               |                                       |
|                              | DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ                             | -                                                                                                                                                         |                                       |
|                              | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ              | -                                                                                                                                                         |                                       |
|                              | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER                           | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                            | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> |

| <b>DEĞERLENDİRİLEN<br/>BELGELER</b> | Belge Adı                           | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili                                                                                                         |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ                 | Mevcut |                   | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                                     | ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR      | Mevcut |                   | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input checked="" type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                                     | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | Mevcut |                   | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                                     | OLGU RAPOR FORMU                    | Mevcut |                   | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| KARAR BİLGİLERİ      | Karar No:2017/28-13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Tarih:07.12.2017 |
|                      | Prof.Dr.Akça Toprak ERGÖNEN'in sorumlusu olduğu "Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. |                  |
| ETİK KURUL BİLGİLERİ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
| ÇALIŞMA ESASI        | Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| ETİK KURUL ÜYELERİ   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |

| Unvanı/Adı/Soyadı                         | Uzmanlık Alanı                                       | Kurumu                                                             | Cinsi yet | Araştırma ile ilişkili mi? |                                       | İmza             |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|---------------------------------------|------------------|
| Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)             | Tıbbi Biyokimya                                      | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı                    | Kadın     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Banu</i>      |
| Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı) | Halk Sağlığı                                         | DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.                                | Kadın     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Reyhan</i>    |
| Prof.Dr.Nejat SARIOŞMANOĞLU               | Kalp Damar Cerrahisi                                 | DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı               | Erkek     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Nejat</i>     |
| Prof.Dr.Sevinç ERASLAN                    | Endokrinoloji                                        | DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı                    | Kadın     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Katılmadı</i> |
| Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK                | Tıbbi Mikrobiyoloji                                  | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı                | Kadın     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Katılmadı</i> |
| Prof.Dr.Müge KIRAY                        | Fizyoloji                                            | DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı                          | Kadın     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Müge</i>      |
| Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER                 | Anesteziyoloji                                       | DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.               | Kadın     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Sevda</i>     |
| Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU                    | Patoloji                                             | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D                               | Kadın     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Sülen</i>     |
| Prof.Dr.Bilge KARA                        | Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon                       | DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu                    | Kadın     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Bilge</i>     |
| Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ                     | Tıbbi Biyoloji ve Genetik                            | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D                    | Erkek     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Sefa</i>      |
| Prof.Dr.Ayhan ABACI                       | Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları | DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı      | Erkek     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Katılmadı</i> |
| Doç.Dr.M.Aylin ARICI                      | Tıbbi Farmakoloji                                    | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı                  | Kadın     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>M.Aylin</i>   |
| Doç.Dr.Murat BEKTAŞ                       | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği            | DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | Erkek     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Murat</i>     |
| Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN                   | Hukuk                                                | DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D                                         | Erkek     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Katılmadı</i> |
| Mehmet Erhan ÖZKUL                        | Sağlık mensubu olmayan üye                           | D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler                               | Erkek     | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>S.Özkul</i>   |

## Ek 2. Çalışmamıza ait veri kayıt formu

### VERİ KAYIT FORMU

Bu form tıpta uzmanlık öğrencilerinin “defansif tıp” hakkındaki bilgi ve tutumunu araştırmak amacıyla hazırlanmıştır. Elde edilecek sonuçlar bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Anket formunu doldurarak tez çalışmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Dr. Emin Biçen  
Adli Tıp Anabilim Dalı

1) Yaşınız:.....

2) Cinsiyetiniz:

a) Kadın

b) Erkek

3) Medeni Durumunuz:

a) Evli

b) Bekar

4) Mezun Olunan Tıp Fakültesi: .....

5) Meslekte kaçınıcı yılınız: .....

6)Pratisyen hekim olarak görev yaptığınız süre: ...

7) Tıpta Uzmanlık Dalınız: .....

8) Tıpta uzmanlık eğitiminde kaçınıcı yılınız: .....

9) Poliklinik hizmeti veriyor musunuz?

a)Evet

b) Hayır

10) Poliklinik hizmeti veriyorsanız günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?: .....

11) Yataklı servis hizmeti veriyor musunuz?

a)Evet

b) Hayır

12) Yataklı servis hizmeti veriyorsanız ortalama kaç hastanın sorumluluğunu alıyorsunuz?: .....

13) Tıpta uzmanlık dalınızı seçerken malpraktis çekincesi etkili oldu mu?

a)Evet

b) Hayır

14) Zorunlu tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız mesleki uygulamalarınızı yaparken daha rahat hissetmenizi sağlıyor mu?

a)Evet

b) Hayır

15) Sizce malpraktis davalarının sayısında son yıllarda artış oldu mu?

a)Evet

b) Hayır

### DEFANSİF TIP UYGULAMALARI TUTUM ÖLÇEĞİ

|                                                                                                                   | ASLA         | NADİREN | ARA SIRA    | SIKÇA | HER ZAMAN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|-------------|-------|-----------|
| 1. Hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.                                                |              |         |             |       |           |
| 2. Hastalarıma endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.                                 |              |         |             |       |           |
| 3. Hastalarımda gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.                       |              |         |             |       |           |
| 4. Endikasyon dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.                                       |              |         |             |       |           |
| 5. Görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.                                                                |              |         |             |       |           |
| 6. Tıbbi uygulamaları hastalarıma daha detaylı açıklıyorum.                                                       |              |         |             |       |           |
| 7. Hastalarıma daha fazla zaman ayırıyorum.                                                                       |              |         |             |       |           |
| 8. Kayıtları daha detaylı tutuyorum.                                                                              |              |         |             |       |           |
| 9. Aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.                                                       |              |         |             |       |           |
| 10. Dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.                                                           |              |         |             |       |           |
| 11. Karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.                                                            |              |         |             |       |           |
| 12. Komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.                                             |              |         |             |       |           |
| 13. Girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.              |              |         |             |       |           |
| 14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum. |              |         |             |       |           |
|                                                                                                                   | <b>HAYIR</b> |         | <b>EVET</b> |       |           |
| 15. Mesleğiniz sürecinde size malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?                                               |              |         |             |       |           |
| 16. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz? (Negatif yönde)             |              |         |             |       |           |
| 17. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?                                                    |              |         |             |       |           |