



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Programı

# **HEKİMLERİN DEFANSİF TIP VE TIBBİ HATA TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Merve BANAZ

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2020

# HEKİMLERİN DEFANSİF TIP VE TIBBİ HATA TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Merve Banaz

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Yönetimi Programı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2020

## TEŞEKKÜR

Zorlu ve sabır gerektiren tez sürecimin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübesini benimle paylaşan, değerli zamanını bu çalışma için harcayan, katkıları ile tezimin şekillenmesine yardımcı olan tez danışmanım, kıymetli hocam Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK'a,

Görüş ve önerileri ile katkı sağlayan jüri üyeleri, saygıdeğer hocalarım, Prof. Dr. Sıdıka KAYA, Prof. Dr. Yasemin AKBULUT, Dr. Öğr. Üyesi Ersen ALOĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KAR'a,

Bu zorlu süreçte ve hayatımın diğer zamanlarında maddi ve manevi anlamda hiçbir desteğini esirgemeyen, girdiğim her yolda her zaman yanımda olan ve bana inanan en büyük minneti duyduğum canım babam, canım annem, canım ablam ve zorlandığım zamanlarda varlıklarıyla bana en büyük motivasyonu sağlayan yeğenlerim Ahmet Efe ve Osman Yağız'a teşekkür eder ve şükranlarımı sunarım.

## ÖZET

BANAZ, Merve. Hekimlerin Defansif Tıp ve Tıbbi Hata Tutumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020.

Geçmişten beri var olan fakat son yıllarda artış gösteren defansif tıp ve tıbbi hata sağlık hizmetleri için önemli bir konudur. Hekimlerin “tıbbi hata” ve bu tıbbi hatalara karşı bir savunma biçimi olan “defansif tıp” tutumlarının incelenmesi bu çalışmanın amacını ve önemini oluşturmaktadır. Bu çalışmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup, elde edilen veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada Güleç (2012) tarafından geliştirilen “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği” ve Başer ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen “Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmaya bir üniversite hastanesindeki 207 hekim katılım göstermiştir. Katılımcıların tıbbi hata tutum ortalamaları 3,69; defansif tıp tutum ortalamaları ise 3,27 olarak saptanmıştır. Yapılan analizler sonucunda, araştırmaya katılan hekimler, tıbbi hataların ve nedenlerinin çalışanlarla açıkça tartışılması, yapılan tüm hataların bildirilmesi, tıbbi hataların bildirilmesinin hasta güvenliğini artırdığı yönünde ortalamanın üzerinde bir tutum sergilemişlerdir. Uzman hekimlerin asistan hekimlere göre, 40 yaş ve üzeri hekimlerin 26-29 yaş arası hekimlere göre, 11 yıl ve üzerinde çalışma yılına sahip olan hekimlerin 4 yıl ve altı çalışma yılına sahip olan hekimlere göre yapılan tıbbi hataların açıkça tartışılması, bildirilmesi, açıklanması ve hatalardan öğrenen bir yönetsel yaklaşım sergilenmesi konusunda daha olumlu bir tutum içinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hekimlerin, hem pozitif hem de negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik ortalamanın üzerinde bir tutum sergilediği görülmektedir. Araştırmaya katılan erkek hekimlerin kadın hekimlere göre daha fazla negatif defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu saptanmıştır. Asistan hekimlerin uzman hekimlere göre, 5-10 yıl arası çalışanların 11 yıl ve üzeri çalışanlara göre daha fazla defansif davrandığı görülmektedir. Hekimlerin daha önce defansif tıp kavramını duydukları ancak bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Bu araştırmanın bulgularına yönelik verilebilecek öneriler şu şekildedir; Hekim başına düşen hasta sayısını azaltmak için politikalar geliştirilmeli ve buna yönelik personel alımı yapılmalıdır. Tıbbi hatalar ve defansif tıp konusunda gerçek vakalar tartışılarak tüm bunları azaltmaya ve çözüme kavuşturmaya yönelik öneriler ortaya konulmalıdır.

### Anahtar Sözcükler

Defansif Tıp, Tıbbi Hata, Hekim, Tutum, Malpraktis

## ABSTRACT

BANAZ, Merve. The Examination of the Physicians' Attitude Towards Defensive Medicine And Medical Errors, Master's Thesis, Ankara, 2020.

Defensive medicine and medical error, which have existed since the past but have become prominent in recent years, is an important issue for health services. The aim and base of this study is to investigate the physicians' attitudes toward 'medical error' and 'defensive medicine' which is a form of defense against these medical errors. In the present study, quantitative research design was used, and the data obtained were collected through survey forms. In the research, "Attitude Scale in Medical Errors" developed by Güleç (2012) and "Defensive Medicine Practices Attitude Scale" developed by Başer et al. (2014) were used. 207 physicians from a university hospital participated in the study. The medical error attitude and defensive medicine attitude means of the participants was found as 3.69 and 3.27, respectively. The result of the analyzes showed that the physicians participating in the study had an above-average attitude toward discussing medical errors and their causes with employees, reporting all errors, and increasing the patient safety by reporting medical errors. Specialist physicians compared to assistant physicians, physicians between the ages of 40 and over compared to physicians at the age 26-29 and physicians who have 11 years or more job duration compared to physicians who have 4 years or less job duration, were found to have a more positive attitude toward discussing and reporting medical errors and exhibiting an approach learning from these errors. It was concluded that he had a more positive attitude towards exhibiting a managerial approach. The physicians had an above average attitude towards both positive and negative defensive medicine practices. The data of the study indicated that male physicians who participated in the study applied to negative defensive medical practices more than female physicians. It was considered that assistant physicians are more defensive than specialist physicians, and those who work between 5-10 years are more defensive than those who work 11 years or more. These results revealed that the physicians had heard about the concept of defensive medicine before, but they did not have enough information about this subject. Suggestions that can be given regarding the findings of this research are as follows; policies should be developed and staff should be recruited in order to reduce the number of patients per physician. While Real cases about medical errors and defensive medicine are being discussed, suggestions should be put forward to reduce and resolve them.

## KEYWORDS

Medical Error, Defensive Medicine, Physician, Attitude, Malpractice

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI .....	ii
ETİK BEYAN .....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
ÖZET .....	v
ABSTRACT .....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
GİRİŞ .....	1
1.BÖLÜM: TIBBİ HATA .....	3
1.1. KOMPLİKASYON ve TIBBİ HATA.....	4
1.2. TIBBİ HATA NEDENLERİ VE SINIFLANDIRILMASI.....	5
1.3. TÜRKİYE VE DÜNYA LİTERATÜRÜNDE TIBBİ HATA .....	7
2.BÖLÜM: DEFANSİF TIP .....	12
2.1. POZİTİF DEFANSİF TIP .....	15
2.2. NEGATİF DEFANSİF TIP .....	18
2.3. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ ORTAYA ÇIKIŞ NEDENLERİ .....	21
2.4. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ SAĞLIK HİZMETLERİNE ETKİSİ.....	23
2.5. TÜRKİYE VE DÜNYA LİTERATÜRÜNDE DEFANSİF TIP .....	24
3.BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	32
3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ.....	32

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	32
3.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	33
3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	33
3.6. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	35
3.7. ARAŞTIRMA ETİĞİ, KURUM İZİNİ VE ÖLÇEK İZİNLERİ.....	36
3.8. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	36
4.BÖLÜM: BULGULAR.....	38
4.1. ARAŞTIRMAYA YÖNELİK TANIMLAYICI BULGULAR.....	38
4.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNE YÖNELİK BULGULAR.....	52
5.BÖLÜM: TARTIŞMA.....	65
5.1. TIBBİ HATA TUTUMU İLE İLGİLİ BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA.....	66
5.2. DEFANSİF TIP UYGULAMALARI TUTUMU İLE İLGİLİ BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA.....	74
6.BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83
KAYNAKÇA.....	87
EKLER.....	103
EK-1 Anket Formu.....	103
EK-2 Etik Kurul İzni.....	106
EK-3 Araştırma Uygulama İzni.....	107
EK-4 Orijinallik Raporu.....	108

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Tıbbi Hataların Sınıflandırılması .....	6
<b>Tablo 2.</b> Tıbbi Hata Tutumu ve Defansif Tıp Tutumu Ölçeklerinin Güvenirlik Analizi .....	35
<b>Tablo 3.</b> Tıbbi Hata Tutumu ve Defansif Tıp Tutumu Ölçeklerinin Normallik Dağılımları .....	36
<b>Tablo 4.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlere Ait Demografik Veriler (n=207).....	39
<b>Tablo 5.</b> Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hatalarına Yönelik Tanımlayıcı Bulguları .....	41
<b>Tablo 6.</b> Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tanımlayıcı Bulguları .....	43
<b>Tablo 7.</b> Hekimlerin Defansif Tıbbi Yönelik Bilgi Düzeyini Ölçen İfadelerin Dağılımı.....	44
<b>Tablo 8.</b> Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının Boyut Bazında İncelenmesi (n=207).....	45
<b>Tablo 9.</b> Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi (n=207).....	46
<b>Tablo 10.</b> Hekimlerin Defansif Tıbbi Yönelik Tutumlarının Boyut Bazında İncelenmesi (n=207).....	48
<b>Tablo 11.</b> Hekimlerin Defansif Tıbbi Yönelik Tutumlarının İncelenmesi (n=207).....	49
<b>Tablo 12.</b> Hekimlerin Unvan ve Çalışılan Bölüme Göre Malpraktis ve Defansif Tıbbi Yönelik Görüşleri.....	52
<b>Tablo 13.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi .....	53
<b>Tablo 14.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi .....	54
<b>Tablo 15.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Unvanlara Göre Değerlendirilmesi.....	54
<b>Tablo 16.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Çalışılan Bölüme Göre Değerlendirilmesi.....	55



<b>Tablo 17.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Yaşa Göre Değerlendirilmesi.....	56
<b>Tablo 18.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Çalışma Yılına Göre Değerlendirilmesi.....	57
<b>Tablo 19.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Günlük Bakım Verilen Hasta Sayısına Göre Değerlendirilmesi .....	58
<b>Tablo 20.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi .....	59
<b>Tablo 21.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi .....	59
<b>Tablo 22.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Unvana Göre Değerlendirilmesi .....	60
<b>Tablo 23.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Çalışılan Bölüme Göre Değerlendirilmesi....	61
<b>Tablo 24.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Yaşa Göre Değerlendirilmesi.....	61
<b>Tablo 25.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Çalışma Yılına Göre Değerlendirilmesi .....	62
<b>Tablo 26.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Günlük Bakım Verilen Hasta Sayısına Göre Değerlendirilmesi .....	63
<b>Tablo 27.</b> Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp ve Boyutları ile Tıbbi Hata Tutumu ve Boyutları Arasındaki Korelasyon (n=207) .....	64

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

<b>Şekil 1.</b> Tıbbi Hata - Malpraktis .....	4
---	---

## GİRİŞ

Türkiye’de tıp hukuku hızlı bir şekilde gelişme göstermiş, hasta hakları kavramı daha geniş bir şekilde ele alınmaya ve tartışılmaya başlanmıştır. Hasta ile hekim arasındaki ilişki zamanla tıp hukukunun ilgi odağı olan bir konu olmuştur. Tıp hukukundaki yaşananlar, tabipler yönünden, adli meselelerle daha çok karşı karşıya kalma, hekimlerin görevleri sırasındaki faaliyetlerin dava konusu haline gelmesi risklerini artırmaya başlamıştır (Erman, 2012). Son yıllarda, tıbbın uygulanması, tıbbi standartların olması gereken kurallarının yanında, hukuksal prensipleri de içine alarak gerçekleşmektedir. Bundan dolayı, hekimler mesleklerini uygularken mevcut olan tıbbi bilgi ve becerilerinin yanında, meslekleri ile ilgili birçok hukuki bilgiye sahip olarak hareket etmek zorunda kalmaktadır (Yılmaz vd., 2014).

Tıbbi uygulamalar esnasında hastaya zarar veren veya hayatını kaybetmesine sebep olan durumlar tıbbi hata olarak adlandırılmaktadır. Tıbbi hatalar, hastanın tedavi sürecinde bulunan sağlık personelinin yaptıkları uygulamalar sonucunda, hastalığın olağan seyrinden dışarıya çıkarak iyileşme sürecinin uzamasından, hastanın hayatını kaybetmesine kadar meydana gelen hataları kapsamaktadır (Çetin, 2006). Halkın değişik etkenlerle farkındalığının artması, komplikasyon-tıbbi hata ayırımının tam bilinmemesi ve son yıllarda artan malpraktis davaları gibi durumlar hekimlerin gündeminde yer almaktadır. Tıbbi uygulamaların gerçekleri ile hukuki zorunlulukların çelişmesi, hekimlerin birincil amacı olması gereken hastayı iyileştirme fikrinden, dava edilme korkusuyla uzaklaşmasına neden olmaktadır. Bu sebeplerden dolayı defansif tıp uygulamalarına yönelik eğilim artış göstermektedir (Erman, 2012). Defansif tıbbin ortaya çıkması durumu, hem kişisel bakımın kalitesini etkilemekte hem de sınırlı sağlık kaynaklarının gereksiz kullanımına neden olmaktadır (Summerton, 1995).

İşletmelerin içerisinde karmaşık bir yapıya sahip olan hastaneler, yapılan uygulamalar ile verilen hizmet açısından yüksek güvenilirlik sağlamalıdır. Hasta güvenliğine gösterilen özen, hastanın yararına olan hizmetler, tedavi sürecini uzatabilecek veya hastanın hayatını kaybetmesine neden olabilecek olumsuzluklara karşı alınacak önlemler sağlık hizmetlerini güvenli kılmaktadır. Bundan dolayı, kusursuz olacak şekilde hedef konulmalı ve önlem alınmalıdır. Çünkü sağlık hizmetlerinde sunulan hizmet ve uygulamalar, söz konusu insan sağlığı ve hayatı olduğu için telafisi olmayan ve hata payı kabul etmeyen bir hizmet türüdür (Çakır ve Tütüncü, 2009).

Sağlık hizmetlerinde gerçekleşen hataların hukuki sonuçları olabilmektedir. Hekimlerin gerçekleşen tıbbi hata ve bu hatalardan kaynaklanan davalardan korunmak için defansif tıp uygulamalarını kullanması, son yıllarda sağlık hukuku alanının geniş bir şekilde ele almaya başladığı bir konu haline gelmiştir. Tıbbi hataların zamanında saptanması, nedenlerinin ortaya çıkarılması, olayın başrollerinden birisi olan hekimlerin tutumlarının ve algılarının ne düzeyde olduğunun belirlenmesi yükselen tıbbi hata oranlarının önüne geçilmesi için çözümler üretilmesinde büyük bir rol oynamaktadır (Akgün ve Al-Assaf, 2007).

Hekimlerin “tıbbi hata” ve bu tıbbi hatalara karşı bir savunma biçimi olan “defansif tıp” tutumlarının incelenmesi bu çalışmanın amacını ve bu iki kavramın sağlık hizmetlerinde kaliteye, maliyeti açısından sağlık ekonomisine ve hasta güvenliğine olan etkileri ile araştırmaya değer bir konu olarak ele alınması bu çalışmanın önemini ortaya koymuştur.

## 1. BÖLÜM

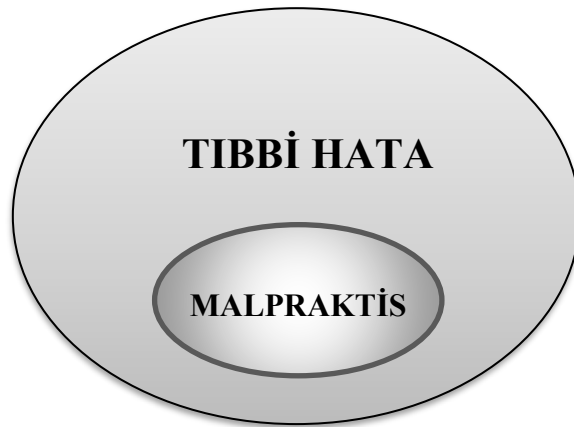
### TIBBİ HATA

Hata, tasarlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanmaması ya da amaca gidilen yolda yanlış plan kullanmak olarak tanımlanmaktadır (Reason, 1990). Tıbbi hata, tedavi sürecinde hastaya zarar verme veya hastaya zarar verme potansiyeline sahip bir işlemin başarısızlıkla sonuçlanması olarak tanımlanabilmektedir (Aronson, 2009). Tıbbi hatalar, hastanın tedavisi sırasında gerekli olan ekipmanların ve uygulamaların hatalı kullanımı veya teşhis ve tedavide bu gerekliliklerin eksik faaliyete geçirilmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu hatalı uygulama temelden yanlış bir şekilde meydana geldiği için sunulan hizmette de yanlışlıkları ve olumsuzlukları beraberinde getirmektedir (Karaağaç, 2019).

Birçok boyuta sahip bir terim olan tıbbi hata kavramı, ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde malpraktis ve komplikasyon terimleriyle anlam karmaşası içinde bulunmaktadır (Özgönül, 2010). Tıbbi hata kavramı ile malpraktis çoğu kez aynı kavramlar gibi kullanılsa da, birbirinden farklıdır. Malpraktis, yetkili bir sağlık hizmeti sunucusunun bilgisizlik, dikkatsizlik, tedbirsizlik, özensizlik veya bulunduğu ortamdaki koşullara bağlı olarak hastasına tıbbi standartlar çerçevesinde uygulaması gereken işlemleri yapmaması veya uyguladığı tedaviden dolayı hastada bir zararın meydana gelmesi sonucunda zararın öngörülebilir ve engellenebilir olmasına rağmen gerekenin yapılmaması sonucu ortaya çıkmaktadır (Bilge, 2012).

Sağlık hizmeti sunucularının uyguladığı teşhis ve tedavi süreci boyunca meydana gelen her tıbbi hata hastaya zarar vermeyebilir. Örnek verilecek olursa, ilacın fazla dozda verilmesi sonucu ortaya çıkan bir hata, hastaya herhangi bir zarar vermemiş olabilir fakat zarar vermemiş olsa bile tıbbi hata

meydana gelmektedir. Malpraktiste, hastanın muhakkak zarar görmesi söz konusu iken, tıbbi hataların bir kısmında hasta zarar görmemekte ve doğal olarak ortaya çıkmadığı durumlarda olabilmektedir (Karataş ve Yakıncı, 2010). Aşağıda Şekil 1’de gösterildiği gibi her tıbbi hata malpraktis olmazken, her malpraktis bir tıbbi hatadır.



**Şekil 1.** Tıbbi Hata - Malpraktis

**Kaynak:** Karataş ve Yakıncı, 2010.

### 1.1. KOMPLİKASYON ve TIBBİ HATA

Özünde her an risk bulunduran mesleklerden birisi hekimliktir (Altun ve Yorulmaz, 2010). Hastalığın olağan gidişatı, hastanın yapılan tedavi ve tıbbi müdahalelere vermiş olduğu fizyolojik tepkimeler gibi birçok faktör neticesinde istenmeyen sonuçlarla karşı karşıya kalınmasına sebep olabilmektedir (Yılmaz, 2014). Söz konusu insan hayatı olduğu, hataların telafisinin çok zor olduğu veya telafisi olmadığı için risk ve hata sağlık sektöründe büyük önem arz etmektedir. Hastaya yapılan her tıbbi müdahalenin kendisine özgü riskleri bulunmaktadır. Bundan dolayı ortaya çıkan her türlü sonuçtan hekim sorumlu tutulamamaktadır. Hastaya verilen her tıbbi destek içerisinde özen barındırmak zorundadır. Bu durum, sağlık kuruluşunun imkânları ve vakanın taşıdığı riske göre değişebilmektedir. Doktor ancak tıbbi girişimden dolayı meydana gelen olumsuzluklardan mesul tutulmaktadır (Koç, 2007). Hekimler uygulamalarını,

müdahalelerini ve girişimlerini hukuk literatüründe “izin verilen risk” olarak adlandırılan kavrama göre gerçekleştirirler. Hukuk literatüründeki bu kavram, tıp literatüründe “komplikasyon” olarak ifade edilmektedir (Aşcıoğlu, 1993; Koç, 2007). Başka bir deyişle komplikasyon, tıbbi müdahale kabul edilen kurallar çerçevesinde yapılmışsa, sonucu kötü olsa dahi hekime sorumluluk yükletilemeyen olumsuzluklar olarak tanımlanabilir. Zamanında fark edilmediği, zamanlamanın doğru olup yeterli önlemlerin alınmadığı veya her ikisinin de yapılmasına rağmen tıbbi standartların yerine getirilmediği durumlarda komplikasyon, tıbbi hataya dönüşebilir. Komplikasyonda, hekim ruhsal yönden, hasta ise ruhsal ve ekonomik yönden sıkıntıya düşmektedir. Sonuç hem hekim, hem de hasta için üzücü de olsa ortada hukuki bir sorumluluktan bahsedilememektedir. (Çelik, 2013).

Tıbbi uygulama hatası, hastalığın başından sonuna kadar tüm süreci içine almaktadır. Buna göre, sağlık hizmeti sunucularının müdahale sırasında tıbbi uygulama standartlarını uygulamaması, bilgi ve beceri düzeyindeki yetersizlikler, teşhis ve tedavi sürecindeki eksiklikler, hatalar ve sorumlulukların yerine getirilmemesi sonucunda hastanın basit bir şekilde yaralanmasından, hayatını kaybetmesine kadar varan fiil ve durumlardır (Çelik, 2013). Dünya Tabipler Birliği tıbbi hatayı “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak ifade etmiştir (Türk Tabipler Birliği, 2009).

## **1.2. TIBBİ HATA NEDENLERİ VE SINIFLANDIRILMASI**

Tıbbi hatalara yönelik literatürde yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Tıbbi hata kavramı, insan sağlığına etki eden ve multidisipliner bir kavram olduğu için tek bir nedene bağlamak mümkün olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu bir süreç olarak düşünüldüğünde bu sürecin başlayışından bitişine kadar hasta güvenliğine dair birçok sorun ortaya çıkmaktadır. Transfüzyon hataları ve advers ilaç olayları, yanlış alan cerrahisi ve cerrahi yaralanmalar, önlenemez

intiharlar, ölüm, hastane kaynaklı veya tedaviyle ilişkili diğer enfeksiyonlar, düşmeler, yanıklar, yanlış kimlik tanımları gibi hatalar bu sorunlara örnek olarak verilebilmektedir (Kohn, 2000). Teşhis ve tedavi sürecinin neredeyse her safhasında birçok nedenden kaynaklanarak meydana gelmekte olan tıbbi hatalar hakkında çeşitli sınıflandırmalar bulunmaktadır. Sınıflandırmalar, hataların altında yatan psikolojik nedenler, hatanın nasıl meydana geldiği ve bu hataları azaltmaya yönelik strateji önerileriyle yapılmalıdır (Aronson, 2009). Tıbbi hataların sınıflandırılmasında en çok kullanılan sınıflandırma şekli Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

<b>Tanı Hataları</b>	-Gecikmiş veya yanlış tanı -Gerekli testleri uygulamada başarısızlık -Güncel olmayan test ve tedavilerin kullanılması -Gözlem ve test sonuçlarına uygun davranılmaması
<b>Tedavi Hataları</b>	-Operasyon, prosedür ve test uygulama sürecindeki hatalar -Tedavi uygulama sürecinde hatalar -İlaç kullanım metodunda ve dozundaki hatalar -Anormal bir test sonucuna cevap vermede veya tedavide gecikme. -Uygun olmayan tedavi
<b>Profilaktik Hatalar</b>	-Profilaktik tedaviyi yerine getirememek -Takip ve izleme tedavilerinde başarısızlık
<b>Diğer Hatalar</b>	-İletişim hataları -Ekipman hataları -Diğer sistem hataları

**Kaynak:** Leape vd., 1993; Akt. Kohn vd., 2000.

Başka bir çalışmada ise tıbbi hataların sınıflandırması; hataların hastaya ulaşmaması, ulaşması durumunda zarar vermemesi ve ulaşip zarar veren hatalar şeklinde üç gruba ayrılmıştır (Habraken vd., 2010).

Genel anlamda tıbbi hata nedenleri insan, kurumsal ve teknik faktörler olarak üç grupta toplanmakta ve sebepleri şu şekilde sıralanmaktadır; yanlış tedavi,



ihmal, özensizlik, tanı hatası, uzun çalışma saatleri, etkisiz iletişim, ekip çalışmasının yetersizliği, tıbbi araç ve gereçlerin kullanımı ve yönetiminde başarısızlık, iletişim eksikliği, doküman yetersizliği, kayıtların düzensiz ve yetersiz tutulması, yorgunluk, tükenmişlik, stres, dikkatsizlik, tedbirsizlik, meslekte acemilik, bilgi eksikliği, korku, personel azlığı, fazla hasta sayısı, üstlerin tutum ile davranışları, günlük bakım verilen hasta sayısının çok fazla olması, hasta hakkında yetersiz bilgiye sahip olma, görev ve yetkilerin tam olarak belirlenmemesi, nöbet sayısının fazla olması, sağlık kuruluşlarının bina özellikleri, hizmet içi eğitim imkanlarının kısıtlı olması, kullanılan teknoloji ve teknik donanım, hastalığın ciddiyeti, hastaya önyargılı yaklaşma, sağlık hizmeti sunucuları ve hasta arasındaki iletişim sorunları, meslekten memnun olmama, sağlık hizmeti sunucularının hasta tarafından yanlış bilgilendirilmesi, doktorun el yazısının okunmaması, hekimin eski durumunun yeni durumuna uyarlanmasında sıkıntılar yaşamaması, genel bir hekimin uzman bir hekim gibi hizmet etmesini beklemek, ekip çalışmalarında görev dağılımında sorunlar yaşanması gibi tıbbi hataların altında yatan birçok neden bulunmaktadır (Alemdar ve Aktaş, 2013; Altuncan, 2009; Bodur vd., 2011; Can vd., 2011; Cebeci vd., 2012; Demir Zencirci, 2010; Ertem vd., 2009; Frager, 2014; Gören, 2018; Işık vd., 2012; Kahrıman ve Öztürk, 2016; Leape, 1994; Mandhari vd., 2008; Merten vd., 2013).

### **1.3. TÜRKİYE VE DÜNYA LİTERATÜRÜNDE TIBBİ HATA**

Tıbbi hata geçmişten beri var olan ve kavram kargaşasından dolayı hekim, hasta ve hasta yakınları arasında tartışma konusu olabilecek bir kavramdır. Dünya genelinde tıbbi hata oranları her geçen gün daha da artış göstermiştir. Bu alanda yapılan araştırmalar birçok alana fayda ve katkı sağladığı için önem arz etmektedir.

Blendon ve arkadaşlarının (2002) 831 hekimin katılımı ile gerçekleştirdikleri çalışmasında, hekimlerin %18'i ölüm, %6'sı uzun süreli sakatlık gibi ciddi sağlık sonuçları olan bir hata bildirmiştir. Hekimlerin sadece %5'i tıbbi hataları en ciddi sorunlardan biri olarak tanımlamıştır. Hekimlerin çoğunluğu, her yıl hastanelerde 5.000 veya daha az ölümün önlenabilir tıbbi hatalardan kaynaklandığını düşünmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin %53'ü hemşirelerin hastanelerde yetersiz kalmasının, %50'si yorgunluğun, fazla çalışmanın ve stresin tıbbi hataların en olası nedenleri olduğunu ifade etmişlerdir.

Mikkelsen ve arkadaşlarının (2006) hekimlerin, olumsuz olayları rapor etme ve olumsuz olaylardan haberdar olma isteklerini araştırmak amacıyla 727 hekimin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada hekimlerin %79'unun raporlama konusunda olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hekimlerin %58'inin tıbbi hataları bildirme konusunda hemfikir olduğu görülmektedir.

Garbutt ve arkadaşlarının (2007) hekimlerin tıbbi hatayla ilgili deneyimlerini karakterize etmek, hata bilgilerini paylaşma konusundaki tutumlarını değerlendirmek ve hastane, meslektaşları ve hastaların aileleriyle hatalar hakkında nasıl iletişim kurduklarını araştırmak amacıyla 439 hekimin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, hekimlerin %76'sı tıbbi hataların sağlık hizmetindeki en ciddi sorunlardan biri olduğunu, %56'sı tıbbi hataların genellikle bireylerden değil sistem hatalarından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Hekimlerin %97'si ciddi hataların, %82'si küçük ve hataya yakın olabilen tıbbi hataların bildirilmesi gerektiğine inanmaktadır. Katılımcıların %91'i hataları meslektaşlarıyla tartıştığını ve neredeyse tamamı ise meydana gelen tıbbi hataları hasta ve hasta yakınına açıkladığını belirtmiştir.

Kaldjian ve arkadaşlarının (2008) hekimlerin gerçek hataların raporlanması, raporlama hatalarına karşı tutumların araştırılması amacıyla 338 hekimin katılımıyla gerçekleştirdikleri araştırmada hekimlerin %17,8'i tedaviyi uzatan ve rahatsızlığa neden olan küçük bir hatayı bildirirken, %3,8'i sakatlığa ve ölüme neden olan büyük bir hata bildirmişti. Tüm bunların aksine, katılımcıların %16,9'u tedaviyi uzatan ve rahatsızlığa neden olan küçük bir hatayı bildirmediğini ve %3,8'i sakatlığa ve ölüme neden olan büyük bir hatayı bildirmediğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin çoğu, hataların bildirilmesinin gelecekteki hastalar için bakım kalitesini artıracak olduğunu düşünmektedir. Ancak %54,8'i kurumlarına nasıl hata bildirileceğini bildiklerini ve %39,5'i ne tür hataların bildirilmesi gerektiğini bildiklerini belirtmişlerdir.

Top ve arkadaşlarının (2008) 236 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmasında katılımcılar, az zamanda çok sayıda hasta bakmak, bitkinlik, yorgunluk, motive eksikliğini tıbbi hata nedenleri olarak ifade etmişlerdir. Tüm bunların yanında hekimler kendi öz eleştirilerini de yaparak, tıp alanı ve branş alanındaki bilgi düzeyi eksikliğini de tıbbi hata nedeni olduğunu ifade etmişlerdir.

Dedeoğlu (2012) tarafından 255 hekimin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada hekimler, tıbbi hataların en temel sebebi olarak bakım verilen hasta sayısının fazla olmasını belirtmişlerdir. Ayrıca sağlık sistemini de tıbbi hatanın temel nedenleri arasında görmüşlerdir. Katılımcılar, tıbbi hataların meydana gelmesi durumunda sağlık hizmetlerinin kalitesinin olumsuz olarak etkileneceğini düşünmektedir.

Flotta ve arkadaşlarının (2012) hekimlerin tıbbi hataları önleme ve yönetme konusundaki tutumlarını ve tıbbi hatalarla karşılaştıklarında doktorların davranışlarını araştırmak amacıyla 696 hekimin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada hekimlerin %78,5'i tıbbi hataları bir devlet kurumuna gönüllü olarak

bildirmeye teşvik edilmelerinin tıbbi hataların sayısını azaltmada etkili olabileceğine inanmaktadır. Katılımcıların %60,5'i yüksek riskli olan vakaları belirli yüksek standart hastanelerde tedavisinin gerçekleştirilmesi, %73,9'u hastalarla daha fazla vakit geçirmek için zaman tanınması, %96,8'i tıbbi hataların tekrarının azaltılması için daha fazla araştırma yapılması, %98,4'ü klinik tedavi sırasında meydana gelen tıbbi hata hakkında hekimler arasında görüşülüp, tartışılması, %44,5'i bir tıbbi hata meydana geldiğinde bu konuda hastanın bilgilendirilmesi gerektiğini düşünmektedir. Katılımcılar tıbbi hataların başlıca nedenlerinin yorgunluk, stres ve çalışma şartları olduğunu ifade etmiştir.

Tagaddosinejad ve arkadaşlarının (2013) İranlı iç hastalıkları uzmanlarının ve cerrahların tıbbi hataların açıklanmasına yönelik tutumlarını araştırmak amacıyla 107 hekimin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların %92'si tıbbi hataların sağlık sistemlerindeki en önemli sorunlardan biri olduğunu düşünmektedir. Hekimlerin %78'i meydana gelen tıbbi hatayı yöneticilere ve meslektaşlarına açıklamıştır. Katılımcıların %51'i hekim tarafından herhangi bir tıbbi hatanın açıklanmasının hastanın dava açma olasılığını azaltacağını düşünmektedir. Tıbbi hataların hekim tarafından bildirilmemesinin algılanan nedenlerine gelince, katılımcıların %51'i hastanın dava edebileceği, %46'sı hasta öfkesi, %40'ı hastanın hatanın ortaya çıkmasından haberdar olmaması, %26'sı hastanın hatayı anlamada başarısız olması, %11'i hastanın hatanın ortaya çıkması hakkında bilgi sahibi olmaması gibi nedenleri ifade etmiştir.

Uğrak (2019) 248 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmasında hekimler, tıbbi hataların başlıca nedeninin çalışma şartları olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar, yapılan tıbbi hataların bildirilmesi, hasta ve yakınlarına açıklama yapılması, meydana gelen tıbbi hatanın meslektaşları ile tartışılması gerektiğini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hata tutumları olumlu fakat hata raporlamasının nasıl yapılacağını bilen hekim sayısı %22,6'dır. Hekimler

hastanın durumu iyileşse bile tıbbi hataların bildirilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Yöyler (2019) tarafından 206 sağlık çalışanın katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada, katılımcıların %73,3'ü daha önce tıbbi hatalar konusunda eğitim aldığını, %89,8'i yaşanan veya tanık olunan bir hatayı bildirdiğini ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının genel tıbbi hata farkındalık oranı %69 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların hata olarak değerlendirdiği tıbbi hataları raporlama oranları %91,27 olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

## 2. BÖLÜM

### DEFANSİF TIP

Modern tıbbının şaşırtıcı gücü ve uygulandığı karmaşık sosyolojik ortamlar, doktorların, hastaların, bireylerin ve toplumun davranışlarında neyin adil, neyin iyi ve neyin doğru olduğu ile ilgili yeni ve zor sorular ortaya çıkarmaktadır (Carmi, 1989). Tıbbın ve teknolojinin olağanüstü bir şekilde büyümesi, tıp bilimi dalında faaliyet gösterebilmek ve hizmet verebilmek için ileri seviyede uzmanlaşma ihtiyacını doğurmuştur (Yılmaz, 2014).

Gelişen modern tıp ve teknoloji ile birlikte toplumun bilgi düzeyi yükselmiş, insan hak ve özgürlükleri bağlamında ilerlemeler kaydedilmiş ve hasta hakları konusunda toplumun farkındalığı giderek artmıştır. Farkındalığın artmasıyla insanlar sorgulamaya başlamış ve bu da hasta-hekim ilişkisine yansımıştır. Zamanla hastanın hekim üzerinde baskısı oluşmaya başlamıştır (Yılmaz, 2014).

Medikal tedavi altında olan bir hastalığın iyileşebileceği gibi aynı anda kötüleşmesi de hastalıkların doğasında var olan bir durumdur. Bundan dolayı bu tür tedaviler doğası gereği yüksek risk sınıflamasında yer almaktadır. Günden güne değişen tıbbi teşhis, tedavi ve teknolojilerin hızlı bir şekilde gelişme göstermesi risk faktörlerini daha da artırmıştır (Dirnhofer ve Wyler, 1997). 1970'lerin başında artan malpraktis davalarının sayısı birden fırlamaya başlayınca akademik ve profesyonel literatürde büyük ilgi toplamıştır (Chang, 1991). Malpraktis davalarının artmasını sadece hekimlere bağlayan görüşlerden dolayı hekimlik gittikçe endişe verici ve huzursuz bir hal almıştır. Bu durum defansif tıbbın doğru olmayan biçimde gelişmesine neden olmuştur (Dirnhofer ve Wyler, 1997). Hekimlerin tıbbi müdahale de bulunurken bu baskıları üzerinde hissetmeleri defansif tıbbın gelişmesine neden olan faktörlerden birisi olmuştur.

Malpraktis davalarının artmasıyla beraber, yüksek tazminatlar sebebiyle de dava sayılarında artış meydana gelmiştir. Sağlık sisteminde bulunan boşluklar ve yetersizliklerden dolayı, hekimlerin kendini savunmak için, hastaya ihtiyaç olmayan tahlil, test ve tanı yöntemlerini istemeleri defansif tıp olarak adlandırılmaktadır (Gökşen, 2014). Defansif tıp yaygın olarak, hastanın tanı ve tedavisinden çok hekimin açılacak davalardan korunmak amacıyla tetkik, tedavi ve yöntemler uygulaması olarak tanımlanmaktadır (Hermer ve Brody, 2010). Başka bir tanımla defansif tıp, hastalarda küçük sorunlar ve ciddi semptomlar olmasa bile tıbbi uygulama hatalarından kaynaklı suçlamalara maruz kalma ve bazı tehlikeli hastalıkları göz ardı etme korkusudur. Bu da hekimlerin normal şartlar altında gerekli olmayan testleri istediği anlamına gelmektedir (Yahata, 2011).

Defansif tıbbin artmasında haber medyasının payı büyüktür. Medyada sürekli yer alan konulardan birisi kişilerin sağlıklarından, hekimlerin sorumlu olması fikridir. Oysa bilinenin aksine kişinin sağlığından önce kendisinin sorumlu olduğu unutulmamalıdır. Medyanın tıbbi hata yapan hekimi kötü hekim şeklinde itibarsızlaştırması, reyting veya bilinmeyen başka bir nedenle sıradan tıbbi vakaları bile büyüterek halka, basın yayın organlarıyla yansıtması hekimleri defansif tıp yapmaya iten nedenlerden biridir (Toraman ve Çarıkçı, 2019). Defansif tıbbi etkileyen bir diğer faktör ise klinik standartların değişmesi ve gelişmesidir. Hekimler başlangıçta faydasız, fazladan testler isteyebiliyorlardı. Fakat zamanla bu fazladan olarak görülen testler, günümüz klinik standartlarında normal tedavi standartlarının içinde olmaya başlamıştır (Hermer ve Brody, 2010).

Araştırmacılar yaptıkları çalışmalarda, hekimlerin tavırlarını tıbbi hata uygulamalarından korunmak amacıyla hastalara karşı olumlu veya olumsuz değiştirdiklerini ve bu durumun sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sağlığın ekonomisini etkilediğini belirtmişlerdir (Hershey, 1972).

Catino (2011) defansif tıbbı, hastanede çalışan sağlık personelinin özellikle de hekimlerin hastalığın seyrinde çokta gerekli olmayan tetkik ve prosedürler istemesi veya yüksek riskli tedavi yöntemlerinden ve hastalardan kaçınması olarak tanımlamaktadır. Zuckerman (1984) ise defansif tıbbı, hekimlerin kendilerini hukuki sorumluluklardan korumak için tedavi yöntemlerini değiştirmesi olarak tanımlamakta, defansif tıbbın gereksiz test ve tedavi prosedürlerinin uygulanmasıyla maliyetlerin artmasına neden olduğunu ifade etmektedir. Yahata (2011) ise sadece hekimlerin değil aynı zamanda hastanelerin de, tıbbi uygulama hataları ile karşı karşıya kalmamak için hizmetini kısıtlaması olarak tanımlamaktadır.

Hastaya yapılan her türlü işlemin ve tutulan her türlü bilgi ve belge kaydının her aşamasında defansif tıp uygulamalarına rastlanabilmektedir. Bundan ötürü, defansif tıbbın sadece hekim hastayı muayene ve tedavi ederken uygulanmadığı bilinmelidir (Barlıoğlu, 2018). Tıbbi etik açısından incelendiğinde hekimin tüm davranışlarının altında en kaliteli medikal bakımı sağlamak ve sonuçta hastaya uygulanan tedavi ile hastanın en büyük faydayı görmesi bulunmalıdır. Bunun dışındaki amaçlarla gerçekteştirilen tıbbi uygulamalar, tıbbi etik açısından olumsuz davranışlar olarak nitelendirilmektedir (Yılmaz, 2014).

Defansif tıbbın amacı hekim yararı olmaktadır. Hekimin yaptığı müdahaleler ve uygulamalardan meydana gelebilecek olumsuzluklara karşı kendini savunma ve koruma yoludur. Bu yolla yapılan davranışları kimi zaman kanıtlamak imkânsız olabilmektedir. şu yüzden ki, bir hekimin gerekli görüp yaptığı uygulamaları, istediği tetkikleri, diğer bir hekim oluşabilecek olumsuzluklara karşı sorumluluğu üzerinden atıp kendini korumak amacıyla yapabilmektedir (Selçuk, 2015).



Politikalar ve bir çok nedene bağılı olarak, halkın hekimlerden ve sağıık personellerinden beklentileri artmakta ve bu artan beklenti defansif tıbbi uygulamaları desteklemektedir. Hangi uygulamaların defansif tıbbi uygulamalar sınıfına girdiğinin standartlaştırılmamasının ve belirlenememesinin nedenlerinden biri de hızlı gelişen teknolojidir. Tıp alanında yeni teknolojilerin gelişmesi hastaların beklentilerini ve değerlerini etkilemekte, bu da var olan tıbbi uygulamalarının doğasını kaçınılmaz bir şekilde etkilemektedir (Aydaş, 2014). Kısaca tanımlanacak olursa defansif tıp, kanıta dayalı tıp kuralları çerçevesinde yapılan, önceliğin davadan korunmak olduğu tıbbi işlemlerdir (Kumar, 2010). Defansif tıp, gerekmeyen işlemleri yapmak ve gerekli işlemleri yapmamak şeklinde iki farklı yolla yapılmaktadır (Selçuk, 2015).

## **2.1. POZİTİF DEFANSİF TIP**

Yabancı literatürde “assurance behavior” olarak geçen güvence yaklaşımı yani pozitif defansif tıp, uygulanan tedavi neticesinde kötü sonuç ihtimalini azaltmak ve tıbbi uygulama hataları iddialarından doğacak davaları engellemek amacıyla tıbbi değerı olmayan, teşhis ve tedavi sürecindeki ilave hizmetlerdir (Studdert vd, 2005). Pozitif defansif tıp, tıbbi standartlar çerçevesinde var olanları noksansız yerine getirme ve bu standartların dışında hekimin savunmasını güçlü kılmak için girişimlerde bulunma uğraşı olarak tanımlanmaktadır ve çeşitli yollarla pozitif defansif tıp uygulanmaktadır (Selçuk, 2015). Başka bir tanımda ise pozitif defansif tıp, hekime veya hizmet veren kişiye karşı hastalarının dava açma ihtimallerini en aza indirmek veya engellemek amacıyla yapılan, dava açıldığında ise hekimin kendisini en iyi şekilde kanıtlayabileceği tanı ve tedavi sürecinde eksik bir muayene, tetkik ve uygulama kalmayacak şekilde yapılan standart tedavi sürecinin haricinde ek olarak yapılan hizmetlerdir (Aynacı, 2008).

Kimi hastalıkların semptomları kesin bir hastalığı işaret etmekte iken bu hastalığın tanısı için istenen bazı özel tetkikler tanı koymada yüksek oranlı

sonuç bilgisi vermektedirler. Bunun dışında istenebilecek olan yardımcı bazı tetkiklerin yararlı olma ihtimali daha az olabilmektedir. Hatta yardımcı olarak istenen tetkiklerden de bazıları daha da az yararlı olabilmektedir. Hekim muayene ettiği hastası için uygun olan tetkiklerin isteminde karar merciidir. Hekimin önceliği ekonomik kaynakları minimum düzeyde kullanarak hizmet sunmak ise, daha az tetkik istemesi beklenmektedir. Eğer ki hekimin önceliği sunulan hizmeti en kaliteli şekilde gerçekleştirmek ise faydalı gördüğü her tetkiki istemesi muhtemel görülmektedir (Aydaş, 2014).

Hastanelerin ve doktorların pozitif defansif tıp uygulamalarının sebeplerinden bir tanesi, hastanın teşhisi ve tedavisi esnasında yönetmelikler veya prosedürel olarak herhangi bir eksik uygulama yapılmadığını, tedavi standartlarının fazlasıyla verildiğini, bundan doğacak herhangi bir hukuki süreçte uygulayıcıların kendini rahatlıkla ispat etmesidir (Yahata, 2011).

Summerton'a (1995) göre pozitif defansif tıp uygulamaları, görüntüleme tekniklerinin daha sık kullanıldığı, müşteri memnuniyetine yönelik faaliyetler, hastaya daha detaylı açıklamalar ve daha detaylı not tutma gibi kaliteyi artırmaya yönelik olarak yapılan uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Çok çeşitli yollarla gerçekleştirilen pozitif defansif tıp uygulamalarına örnekler verilecek olursa; gerekmeyen hastalara yatış verilmesi, gerekmeyen istemlerde bulunulması, fazladan ilaçların reçete edilmesi, gerekli olmayan konsültasyon istemlerinde bulunulması, kayıtların daha ayrıntılı tutulması vb. gibi sıralanabilmektedir (Selçuk, 2015).

Pozitif defansif tıp hekimlerin hastalarına vermeleri gereken standart hizmetlerin dışında fazladan tetkik istediği ve gereksiz prosedürler uyguladığı zaman ortaya

çıkılmaktadır. Yani, beklenen marjinal maliyetlerin, beklenen marjinal faydaları aşması durumudur (Ellyson, 2015).

Pozitif defansif tıp uygulamaları verimli ve maliyet etkili olmayan hatta duruma göre hastaya zarar veren uygulamalardır (Kessler, 2001). Tüm bunların yanında fazladan tahlil ve tetkiklerin hastaya sağladığı yararın genellikle maliyetine değmediği iddiası öne sürülmektedir (Ball, 1971). Tüm bunların aksine olumlu sonucu olarak fazladan istemde bulunulan tetkiklerin daha iyi bakım sağlayacağı, hizmet sunumunun daha iyi olacağı düşünülebilmektedir (Dijck, 2013).

Pozitif defansif tıp uygulamaları içinde bulunulan duruma göre hizmetin kalitesini artırabilmekte veya azaltabilmektedir. Standart tanı testlerinden hariç yapılan ek tanı testleri olarak adlandırılan, güvence davranışının faydaları hastaya, vakaya, vakanın ciddiyetine, içinde bulunulan zamana ve şartlara göre değişebilmektedir (Aydaş, 2014). Teşhis ve tedavide gereğinden fazla istemde bulunulması, kıt kaynakların kullanımından dolayı maliyet açısından, hukuki süreçlere maruz kalmaktan korkup hastasına gereğinden fazla vakit ayırmaktan dolayı hekim açısından, iş yükünü artırdığından dolayı sağlık personelleri açısından, bekleme sürelerinin uzamasından dolayı hasta açısından olumsuzluklar meydana getirebilmektedir (Yeşiltaş, 2018). Kısacası bu durumun memnuniyeti ilgi olarak artırdığı gözlenmekte ise de zaman ve finansal kaynaklar açısından ülkenin ekonomisine olan faydaları tartışmalı olmaktadır. Ancak yapılan standart bakım haricinde yapılan ek testler hasta sağlığı için faydalı ise ekonomik olarak onaylanmaktadır (Aydaş, 2014). Pozitif defansif tıp yalnızca tanı ve tedavi yöntemlerinin aşırı kullanımı sonucunda finansal maliyetlerin artması ile değil aynı zamanda uygulanan tıbbi müdahaleler çok değişik komplikasyon ve riskler doğurabilmektedir (Tancredi, 1978).

Yapılan her fazladan tıbbi müdahale hastanın/tedavinin maliyetini arttırmaktadır ama nadir de olsa fazladan yapılan tetkiklerin teşhiste olumlu yönde bir değişikliğe neden olduğu, hastanın hayatını ve sağlığını kurtardığı durumlar da görülebilmektedir. Çünkü göz önünde bulundurulmayan bazı ayrıntılar fazladan bulunulan istemler sayesinde rastlantısal olarak ortaya çıkmaktadır (Aydaş, 2014).

Eğer bir hastaya herhangi bir nedenle tıbbi gerekliliği bulunduğu halde tetkik istenmemiş ise hekimin sorumluluğu doğmaktadır. Öte yandan, güvenilirliği kanıtlanmamış bir test aracından ötürü hasta, tanı koyma sürecinde zarara uğramış ise bu durumda yine hekimin sorumluluğu doğmaktadır. Kısacası tıbbi zorunluluğu olmadığı halde yapılan veya tam tersi tıbbi zorunluluğu olduğu halde yapılmayan tüm tıbbi müdahalelerden hekim sorumlu tutulmaktadır (Aydaş, 2014). Hekimin tıbbi standartlar çerçevesinde tüm uygulamaları gerçekleştirip buna rağmen tıbbi uygulama hatası gerçekleşmiş ise idarenin sorumlu olduğu bir nedenden dolayı hatanın gerçekleşip gerçekleşmediği araştırılmalıdır. İdarenin donanım yetersizliği veya organizasyon bağlamında bir eksikliği nedeniyle bir hata meydana gelmiş ise sağlık hizmetinin gereği gibi işlemediği gerekçesiyle idarenin sorumluluğuna gidilebilmektedir (Işık, 2018).

Tüm bunların sonucunda elbette ki her hekimin hastası için tanı koyma amacıyla tetkik isteme hakkı vardır fakat hekimlerin istemde bulunduğu tetkiklerin tanı ile ilişki içerisinde olması gerekmektedir (Aydaş, 2014).

## **2.2. NEGATİF DEFANSİF TIP**

Yabancı literatürde “avoidance behavior” olarak geçen sakıngan yaklaşım yani negatif defansif tıp (Studdert vd, 2005), hekim tıbbi hata uygulaması riskinin yüksek olduğunu düşündüğü bir vaka ile karşılaştığında yapması gereken tıbbi

ve cerrahi müdahaleyi yapmayıp, hastayı başka bir hekime veya sağlık kuruluşuna yönlendirerek, hastanın tanı ve tedavi sürecinde yer almak istememesi olarak tanımlanmaktadır (Aynacı, 2008).

Negatif defansif tıbbi uygulamaların ortaya çıkış sebepleri bir çok etkene bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Bunların en başında sağlık kuruluşunun kaçınıcı basamak olduğu, teknolojik imkanlar, hekimin tıbbi algısı gelmektedir. Pozitif defansif tıpta olduğu gibi negatif defansif tıp uygulamaları da bir çok şekilde meydana gelmektedir. Bunlara örnek verecek olursak; yüksek riskli hastaların tedavisinden kaçınma, başka hekime veya başka kuruma sevk etme, yüksek riskli cerrahi girişimlerden kaçınma vb. şekilde gerçekleşmektedir (Selçuk, 2015).

Pozitif defansif tıp uygulamalarında hekim, eksik tedavi uygulamama temelli fazladan tetkikler isteyerek ve hastaya daha fazla zaman ayırarak sorumluluğu üzerinden atma eğiliminde iken; negatif defansif tıp uygulamalarında hekim, yüksek riskli hastalardan kaçınarak hastanın teşhis ve tedavi sürecinde bulunmayarak sorumluluğu üzerinden atma eğilimindedir (Yılmaz, 2014). Fakat pozitif ve negatif defansif tıp tutumlarının ortak paydası, malpraktis davalarından korunmaktır. Pozitif defansif tıp uygulamaları kadar yaygınlık göstermese de negatif defansif uygulamalarının da günden güne klinik uygulamalardaki görülme sıklığının artmaya başladığı görülmektedir (Catino, 2011; Studdert vd, 2005).

Defansif tıp uygulamalarının etik açıdan uygun olup olmadığı hangi yollarla gerçekleştirildiğine bağlı değildir. Bundan ziyade hastaların, toplumun, hekimin kişisel ve mesleki bütünlüğüne etkisine bakılarak etik olup olmadığı

düşünülmelidir. Etik olmayan boyutunda defansif tıp uygulamaları hastaları gereksiz risklere, fazladan maliyetlere ve acıya maruz bırakabilir (Kapp, 1993).

Negatif defansif tıp uygulamaların da en önemli nokta, hekimlerin elinde imkanlarının olduğu halde riskli ve malpraktis davasına maruz kalabileceğini düşündüğü hastaları başka bir hekime, sağlık kuruluşuna yönlendirmesi ve sevk etmesidir (Summerton, 1995). Hekimlerin bu şekilde davranışları tıbbi etik sınırların dışına çıkmaktadır. Nitekim her hekimin ilk sorumluluğu hastasının sağlığına kavuşabilmesi için elindeki imkânlar ölçüsünde teşhis ve tedavisini uygulamak ve hastası için en büyük tıbbi menfaati sağlamaktır (Yılmaz, 2014).

Negatif defansif tıp uygulandığı zaman hastanın, tedavi sonucunda oluşabilecek olan yan etkilerin veya risklerin hastalıktan daha kötü veya daha büyük olabileceği durumlarda gereksiz tedaviyi önlemektedir (Morrison, 1994). Negatif defansif tıbbın, pozitif defansif tıp gibi tartışma konusu olan bir çok yönü bulunmaktadır. Şüphesiz ki hekim hastalığı için kendisine başvuran hastasını elinde olan imkânlarla değerlendirmekte ve elinde olan imkânlarla tedavi uygulamaktadır. Ancak gerekli ekipmana, teknolojiye ya da tanı ve tedavi için gerekli olan şartlara sahip değilse veya uzmanlık alanının dışında bir vaka geldiyse hasta için ilk etapta yapılması gerekenleri uygulayıp sonraki adımda olanakları daha geniş bir sağlık kurumuna sevk etmesi tıbbi gereklilikten kaynaklanmaktadır. Fakat elinde imkânları bulunup riskli bir hastayı başka bir sağlık kurumuna sevk etmesi, hastanın tedavi sürecinde bulunmaktan geri durması ve bunun sonucunda da hastanın zarar görmesi dava edilme riskini kendiliğinden ortaya çıkarmaktadır (Yılmaz, 2014). Hekimin, hastası için çatışan fayda ve risklerle karşı karşıya geldiğinde hangisinin öncelikli olduğunu doğru bir şekilde belirleme zorunluluğu bulunmaktadır (Aynacı, 2008).

Kısaca özetleyecek olursak, defansif tıp uygulamalarının alt dallarından biri olan pozitif defansif tıp uygulamalarında hastaya fazladan sağlık hizmeti vermek daha çok ilgilenildiği ve daha fazla zaman ayrıldığı izlenimini yaratmakta bu da hastaların aldığı sağlık hizmetinden çoğu zaman memnun olmasını sağlamaktadır. Fakat, negatif defansif tıp uygulamaları daha çok risk barındırdığı ve hastaya zarar verme ihtimali daha çok olduğu için pozitif defansif tıp uygulamaları gibi çok fazla tolere kabul etmemektedir (Işık, 2018).

### **2.3. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ ORTAYA ÇIKIŞ NEDENLERİ**

Sağlık hizmetlerinin sunumu her ne kadar pek çok faktörün bir araya gelmesi ile gerçekleşse de genel başlıklar altında toplamak istediğimizde esasında insan, kurum ve teknik faktörlere dayalı olarak gerçekleşmektedir. Tıbbi uygulama hataları ise bunların ilişkisi olan faktörlere bağlı olarak gerçekleşmekte, tıbbi uygulama hatalarından doğan defansif tıp uygulamalarının da temelini yine bu faktörler etkilemektedir (Yılmaz, 2014). Fakat tıbbi bakım ve tıbbi müdahale insan, kurum ve teknik özelliklerin bir araya gelmesiyle oluşan bir ekip işi olduğundan tıbbi hatanın oluşumuna neden olan faktörler, çoğu zaman birbirine bağlı durumdadır (Çetin, 2006).

Hekimler her geçen gün daha çok defansif tıba yönelmektedir. Bunların en başında sayabileceğimiz neden ise sağlık hizmetlerinden yararlanan kitlenin gün geçtikçe daha da bilinçlenmesidir. Bu bilinçlenme hekimlerin, teşhis ve tedavi süreçlerini bilimsel stratejilerle yürütmekten ziyade hukuki açıdan kendilerini güvende hissettikleri uygulamalara yönlendirmektedir (Toraldı vd., 2015). Defansif tıbbın ortaya çıkış nedenleri 4 başlık altında toplanabilmektedir. Bunlar; Hekim kaynaklı nedenler, hasta kaynaklı nedenler, sistem ve politika kaynaklı nedenler ve hem hasta hem hekim kaynaklı nedenlerdir (Yeşiltaş, 2018).

#### Hekim Kaynaklı Nedenler;

- Malpraktis
- Hekimlerin Yorgunluğu
- Maddi Kayıp
- Şikâyet Edilme Düşüncesi
- Hekimlerin Tavırları
- Huzursuz Olmak İstememe
- Mesleki Deneyim
- Garantiye Alma Hissi

#### Hasta Kaynaklı Nedenler;

- Şiddet
- Hastanın Önyargısı
- Eğitim Düzeyi

#### Hem Hasta Hem Hekim Kaynaklı Nedenler;

- İletişimsizlik

#### Sistem ve Politika Kaynaklı Nedenler;

- Medya
- Sağlık Sistemi
- Hasta Yoğunluğu

Tüm bunların yanında tıbbi teknolojinin ve imkanlarının gelişmesi, mesleki sorumluluk sigortalarının yetersizliği, hastaya ayrılan zamanın azlığı (Aydaş, 2014) gibi nedenlerde eklenebilmektedir. Ayrıca doktorlar hata yaptığında, hastaya ve yakınlarına karşı mahcup durumuna düştüğünden ve özür dilemekten çekindikleri için yine defansif tıp uygulamalarına yönelmektedirler (Dove vd., 2010)



#### 2.4. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ SAĞLIK HİZMETLERİNE ETKİSİ

Sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük bir paya sahip olan hekimlik söz konusu insan sağlığı olduğu, hata kabul etmediği ve her yapılan işlemin geri dönüşü olmadığı için büyük sorumluluk gerektiren bir meslek halini almaktadır. Tüm bunlardan dolayı hekimler her yaptığı uygulamada ve tedavide sorumluluk altına girmekte, tanı ve tedavi sürecinde titiz davranmak zorundadırlar. Hekimler titizlikle davransalar bile birçok sebepten dolayı hukuki davalarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bunun sonucunda bir tedirginlik oluşmakta ve hekimler tüm bu olası davalara karşı kendini korumak maksadıyla defansif tıp uygulamalarına başvurmaktadır. Bu uygulamalar çoğunlukla standart tedavi sürecinde olmayan ek uygulamalar olduğu için sağlık ekonomisine ayrı bir yük oluşturmaktadır. Fazladan istenen görüntüleme tetkikleri, defansif tıp uygulamaları faturasının büyük bir kısmını oluşturmaktadır (Chen, 2015). Kendi olanakları ile tedavi olan hastaların, kendilerine veya özel sağlık sigortası şirketlerine; Sosyal Güvenlik Kurumu vasıtasıyla yapılan ödemelerin ülkenin ekonomisine olumsuz katkıları olmaktadır. Kısacası defansif tıp uygulamalarının hem makro, hem de mikro düzeyde ülkenin ekonomisine etkileri olmaktadır. Ekonomik olarak bir etki söz konusu olduğunda, dolaylı etkilerden de bahsedilebilmektedir. Örneğin gereğinden fazla yatış süresi uygun görülen bir hastanın, fazladan yatışta olduğu günlerdeki kazancı ve zaman kaybı dolaylı etkilerine örnek verilebilmektedir (Barlıoğlu, 2018).

Defansif tıbbın sağlık bakım maliyetleri üzerindeki etkisi tartışma konusudur (Mello vd., 2010). Tartışmaların sonucu olarak da defansif tıbbın boyutunun doğru bir şekilde ölçülmesinin neredeyse imkansız olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Office of Technology Assessment, 1994). Son zamanlarda hekimlerin defansif amaçlı başvurdukları testlerin giderleri gözle görülür bir şekilde artmaktadır. Dolayısıyla sağlık giderleri içindeki payının da arttığı düşünülmektedir (Hermer ve Brody, 2010).

Defansif tıp, hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi etkilemektedir. Bazı doktorlar dava edilme veya malpraktis riski ihtimaline karşı uygulanacak tedavi sürecinde hastanın karşılaşılabileceği riskleri ve hastalığı için uygulanabilecek alternatif tedavi çeşitlerini daha detaylı açıklayarak hastayla daha fazla zaman geçirebilmekte iken, bazı hekimler ise hastaya zıtlasma ve hastayı tedavi etmek istememe gibi davranışlar sergilemektedir. Bazı hasta profilleri örneğin; talepkâr duygusal veyahut davranışları öngörülemeyen hastaların da hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönlendirdikleri yapılan çalışmalarda ortaya çıkmıştır (Studdert vd., 2005). Hasta-hekim arasındaki hassas ilişkinin bozulmasının artan malpraktis davalarının bir nedeni mi yoksa bir sonucu mu olduğu açık değildir (Ball, 1971).

Tıbbi bakımda artan uzmanlaşma ve mekanizasyonun, hekim-hasta ilişkisinde bozulmaya yol açtığı ve bu da sosyolojik kısıtlamaların çoğunun davaların artmasına neden olduğu ileri sürülmektedir. Diğer taraftan, dava sayılarındaki artışın hekim ile hasta arasındaki ilişkide bozulmaya yol açtığı iddia edilmektedir (Ball, 1971).

## **2.5. TÜRKİYE VE DÜNYA LİTERATÜRÜNDE DEFANSİF TIP**

Defansif tıp uygulamaları 1970'lerde ortaya çıkmaya başlamış ve günden güne Dünya'da ve Türkiye'de artış göstermiştir. Bu alanda yapılan araştırmalar birçok alana fayda ve katkı sağladığı için önem arz etmektedir.

Summerton (1995) hastaların hekimleri şikâyet etme ihtimallerinin, hekimlerin standart uygulamalarında belirli değişikliğe gidip gitmediğini araştırmak amacıyla bir araştırma yapmıştır. Çalışmada, Tıbbi Savunma Birliği'ne (Medical Defence Union) üye 500 hekime posta yoluyla anket gönderilmiş ve 303 hekimden geri dönüş sağlanmıştır. Hekimlere, hastaların şikâyet etme

ihtimalinin, standart tanı ve tedavi uygulamalarında bir değişikliğe neden olup olmadığının belirlenmesine yönelik 12 soru sorulmuştur. Hekimlerin %98'i bu ihtimalin uygulamalarında bir değişikliğe neden olduğunu belirtirken, %2'si herhangi bir değişikliğe gitmediklerini belirtmişlerdir. Hastaların şikayet etme ihtimali ile hekimlerin defansif tıbbi uygulamalara yönelmesi arasında yüksek bir korelasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Vimercati ve arkadaşlarının (2000) kadın doğum uzmanlarının defansif tıp algısını ve bu algının sezaryen ile doğum seçimine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı bir çalışma da 76 hekime anket gönderilmiştir. Gönderilen anketler sonucunda defansif tıbbin tüm hekimleri içine aldığı, tek farkın hukuki olarak hastanelerin üzerindeki baskı algısı oranı olduğu ve bu algının her hastanenin sezaryen oranları ile doğrudan alakalı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Passmore ve Leung tarafından (2002) psikiyatristler arasındaki savunmasızlığın kapsamını incelemek ve savunmasızlık ile kıdem arasındaki ilişkiyi ve önceki deneyimlerin savunmasızlık düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmaya 154 psikiyatrist dâhil edilmiş bunların 96'sından geri dönüş sağlanmıştır. Katılımcılara geçen ay içinde defansif tıbbi uygulamalardan herhangi birini gerçekleştirip gerçekleştirmedikleri sorulmuştur. Toplamda 71 katılımcı geçen ay içinde defansif tıbbi uygulamalar içinden en az birine başvurduğunu dile getirmiştir.

Studdert ve arkadaşlarının (2005) 824 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmada hekimlerin %48'i 3 yıl içinde, %39'u daha önceki yıllarda ve %13'ü de hiçbir şekilde davalarla karşı karşıya kalmamıştır. Katılımcıların neredeyse tamamı (%93) bazen veya sıklıkla ankette ana hatlarıyla belirtilen 6 defansif tıp formundan en az 1'ine katıldıklarını ve defansif davrandıklarını bildirmişlerdir.

Hekimlerin yarısına yakını (%42) sorumluluk endişeleri nedeniyle kapsam olarak uygulamalarını daralttıklarını ve/veya önlerindeki 2 yıl içerisinde daha fazla yapmalarının muhtemel olduğunu bildirmişlerdir. Katılımcıların %59'u sıklıkla tıbbi olarak belirtilenden daha fazla tetkik istediğini belirtmiş ve bu oran acil hekimlerinde ise %70 olarak ifade edilmiştir. Hekimlerin %52'si gereksiz durumlarda hastaları diğer uzmanlara yönlendirdiklerini bildirmiştir. Bu durum özellikle kadın doğum uzmanları arasında daha yaygındır (%59). Ankete katılanların üçte biri genellikle tıbbi olarak belirtilenden daha fazla ilaç reçete ettiğini bildirmiştir. Acil doktorları, ortopedistler ve beyin cerrahlarının yarısından fazlası klinik olarak gerekli olmayan MR, bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme tekniklerini kullandıklarını belirtmişlerdir. Ortopedistlerde bu oran daha çok (%57) iken, acil hekimlerinde bu oran en azdır (%13). Hekimlerin üçte biri genellikle belirli prosedürlerden veya müdahalelerden kaçındığını bildirmişlerdi. Ortopedistlerde bu oran oldukça sık görülmekteydi (%42). Cerrahların çoğu yüksek riskli hastaların tedavisinden veya dava etme olasılığı olan hastaları tedaviden kaçındıklarını belirtmişlerdir. Herhangi bir zarar meydana gelmesi durumunda var olan sigortasının zararları karşılayacağına dair güveni olmayan hekimler, diğer uzman hekimlere göre pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp uygulamalarına eğiliminin iki kat oranla daha çok olduğu rapor edilmiştir.

Hiyama ve arkadaşları (2006) Japonya'daki gastroenterologlar arasında defansif tıbbın yaygınlığını ve spesifik defansif tıp uygulamalarını araştırmışlardır. Araştırmaya Hiroşima Tabipler Birliği'ne üye doktorlar arasından rasgele örnekleme yöntemiyle seçilen 171 hekim dahil edilmiştir. Dağıtılan anketlere 131 Japon gastroenterolog katılım sağlamıştır. Araştırmaya katılanların neredeyse tamamı (%98) defansif tıbbi uygulamalardan en az birini uyguladıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin %68'i bazen hastaları gereksiz yere başka uzmanlara yönlendirdiklerini, %54'ü gereksiz invaziv prosedürler önerdiklerini, %36'sı gerekli olmayan tetkik isteminde bulunduğunu, %16'sı fazla reçete ettiğini bildirmişlerdir. Katılımcıların %96'sı negatif defansif tıp uygulamalarını uyguladıklarını, %75'i genellikle belirli prosedürlerden veya

müdahalelerden kaçındıklarını, %53'ü yüksek riskli hastalara bakmaktan kaçındıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca, daha fazla tecrübeye sahip olan gastroenterologların, negatif defansif tıp uygulamalarına daha az eğilimli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Aynacı'nın (2008) uzmanlık tezinde hekimlerin defansif tıp uygulamalarına başvurup başvurmadığı, başvuruyor ise bunların hangi sıklıkta olduğu, hangi uygulamaların hangi uzmanlık dallarında daha çok kullanıldığı ve defansif tıbbi uygulamaların ilişkili olduğu etkenleri tespit etmek amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılan 762 hekimin %84,26'sı "kesinlikle evet ve evet" diyerek tıbbi malpraktis davalarının hekimlik performanslarına etki ettiğini belirtmiştir. Çalışma sonucunda araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin defansif tıp uygulamalarını belirgin bir şekilde kullandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yıldırım ve arkadaşlarının (2009) 125 hekime uyguladıkları anket sonucunda; hekimlerin %69,7'si hastalara müdahale ederken defansif davrandıklarını ifade etmişlerdir.

Catino'nun (2011) İtalya'daki doktorların defansif tıp uygulayıp uygulamadıklarını araştırmak amacıyla yaptığı çalışma için İtalyan Cerrahlar Derneği'ne kayıtlı 1.000 hekime anket gönderilmiştir. 307 kişiden geri dönüş sağlanmıştır. Katılımcıların %77,9'u son bir ayda en az bir kez defansif tıp uyguladıklarını belirtmişlerdir. Genç olan doktorların defansif tıbbi uygulamalara daha meyilli olduğu, ayrıca anestezi uzmanları diğer cerrah gruplarıyla karşılaştırıldığında daha çok defansif tıbbi uygulamalara yöneldiği ortaya çıkmıştır. Genel olarak, doktorların tıbbi dava korkusu, defansif tıbbi uygulamanın başlıca nedenidir, ardından meslektaşlarının tıbbi dava ile ilgili önceki deneyimleri ve tazminat talebi korkusu gelmektedir.

Yılmaz'ın (2012) hekimlerin defansif tıbbi uygulamalar bağlamında ne tür davranışsal özellikler gösterdiğinin tespit edilmesi amacıyla yaptığı araştırmaya İstanbul'da bulunan kamu ve özel hastanelerde görev yapan 208 hekim katılım göstermiştir. Araştırmaya göre, araştırmaya katılan 208 hekimin %83,3'ünün defansif tıp uyguladığı, en çok defansif tıp uygulamalarına yönelen branşın beyin cerrahları olduğu aynı zaman da bu branşın aleyhlerine en çok dava açılan branş olduğu görülmüştür.

Akıncı ve arkadaşlarının (2013) 425 hekimin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada hekimlerin unvanı yükseldikçe gerekenden fazla istemde bulunma oranının azaldığı gözlemlenmiştir. Unvan olarak daha düşük olan hekimler dava etme eğilimi olan hastalardan kaçındıklarını ifade etmişlerdir. Anestezistlerin konsültasyon isteme oranları, görüntüleme tekniklerini kullanma sıklığı, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçınma oranı kıdem ve uzmanlık yılı arttıkça azalmakta olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin %90'ı her an malpraktis davasıyla karşı karşıya kalabilme ihtimalinin yüksek olduğunu ifade etmiştir. Sonuç olarak, anesteziyologların deneyimleri arttıkça malpraktise yönelik korkularının azaldığı bulunmuştur.

Ortashi ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan araştırma da, İngiltere'de doktorlar arasında defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı ve defansif tıp uygulamalarını etkileyen faktörler değerlendirmektedir. Kolayda örnekleme yöntemi kullanılan araştırma da hekimlere yüz yüze ve e-posta yoluyla anket uygulanmıştır. 300 hekime ulaştırılan anketlerin 204 tanesinden sağlıklı veri elde edilmiş ve araştırmaya dâhil edilmiştir. Çalışma da hukuki davalardan kaçınmak amacıyla fazladan tetkik istemek, tıbbi standartlar dahilinde olmayan müdahaleler ve prosedürler gerçekleştirmek, gereksiz yere diğer uzmanlık alanlarına yönlendirmeler yapma ve ilaç reçete etmek, yüksek riskli hastaların tedavisini reddetmek veya dava olasılığını önlemek amacıyla komplikasyon ihtimali yüksek olan hastaların tedavisinden kaçınmak davranışlarının en az

birini gerçekleştiren hekimlerin defansif tıp uyguladığı bildirilmiştir. Çalışmaya tüm uzmanlık dallarındaki hekimler dahil edilmiştir. Katılımcıların %91'i hekimlere karşı açılan davaların sayısının arttığını dile getirmişlerdir. Hekimlerin %14'ü ise doğrudan dava deneyimine sahiptir. Çalışmaya dahil olan hekimlerin %78'i defansif tıbbi uygulamalara başvurduğunu belirtmişlerdir. Meslekte tecrübeli olan hekimler diğerlerine göre önemli ölçüde daha az defansif tıbbi uygulamalara yöneldiği sonucuna ulaşılmıştır. En çok başvuru alan defansif tıp uygulaması fazladan tetkik istemek ve bunu takiben hastaları diğer uzmanlara yönlendirmek olarak saptanmıştır.

Başer ve arkadaşlarının (2014) 81 hekimin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, hekimlerin büyük çoğunluğunun (%70,3) "çok iyi ve iyi" düzeylerde defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır. Risk olarak düşük riskli branşlarda yer alan aile hekimleri tüm bunlara rağmen yine de defansif tıp uygulamalarının yaygın olarak kullanıldığı tespit edilmiştir.

Motta ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmaya 100 uzman hekim katılım sağlamıştır. Görüşme yapılan uzmanların %46'sı, "sıklıkla her zaman" performansında, herhangi bir tanı veya tedavi prosedürünü uygularken yasal endişelerden kaynaklı yansımalar olabileceğini beyan etmiştir. Vakaların %50'sinde hekimlerin yasal endişelerinin hastalarla arasındaki iletişime büyük etkileri olduğunu ve bunun da beraberinde daha sık defansif uygulamalara yönelimi getirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Ali ve arkadaşlarının (2016) farklı derecelerde obstetrik ve jinekolojik doktorlar arasında defansif tıbbin tıbbi karar verme üzerindeki kapsamını ve muhtemel etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmaya 117 Sudanlı jinekolog doktor katılmıştır. Araştırmaya katılan hekimlerin %71,8'i bir veya

daha fazla defansif tıbbi uygulamalara başvurduğunu belirtmiştir. Bunların %41'ini pozitif defansif tıp uygulamaları, %30,8'ini negatif defansif tıp uygulamaları oluşturmuştur. Dava deneyimi olan hekimlerde tıbbi dava ile defansif tıp arasında önemli ölçüde bir ilişki gözlemlenmiştir.

Lyu ve diğerlerinin (2017) hekimlerin sağlık hizmetlerinde aşırı tedavinin yaygınlığına ilişkin bakış açılarını değerlendirmek ve olası nedenleri ve çözümleri belirlemek amacıyla yaptığı araştırmaya rasgele örnekleme yöntemiyle seçilen 3.318 hekimden 2.106 hekim katılım sağlamıştır. Araştırmaya katılan hekimlerin neredeyse %30'u verilen tıbbi bakım hizmetinin gereksiz olduğunu belirtmişlerdir. Bu gereksiz kullanımın en büyük nedeni olarak ise tıbbi malpraktis korkusu olduğunu belirtmişlerdir.

Mete ve diğerlerinin (2017) Malatya ilinde çalışan klinik ve cerrahi bilimlerdeki 234 hekimin defansif amaçlı tıbbi uygulamalarını değerlendirdiği araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Profesör doktorların, diğer doktor gruplarından daha az bir şekilde tıbbi uygulama hatası yapmaktan kaçındıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Hekimlerin mesleki yıllarının sayısı arttıkça, tıbbi malpraktis açısından risk altındaki hastalardan daha az kaçındıkları, daha az konsültasyon ve daha az görüntüleme muayenesi talep ettikleri ve yüksek komplikasyon riski olan hastaları reddetme oranının daha az olduğu ve diğer uzmanlık dallarına daha az hasta yönlendirdiği ortaya çıkmıştır. Daha önce tıbbi malpraktis davasıyla karşı karşıya kalan hekimlerin, hiç karşılaşmayanlara kıyasla, daha fazla tetkik talep ettikleri, herhangi bir tıbbi malpraktis davasıyla karşı karşıya kalmamak için hata yapmaktan daha fazla kaçındıkları ortaya çıkmıştır.



Özata ve diğerlerinin (2018) hekimlerin defansif tıp uygulamaları konusunda karşılaştıkları problemler ve defansif tıp uygulamasına bakış açılarını anlamak amacıyla yapılan çalışmaya 173 hekim katılım göstermiştir. Yapılan analizler sonucunda hekimlerin %93,6'sının defansif tıbbi uygulamalarda bulunduğu, dava açılmayan hekimlerin bile dava açılmış hekimler gibi defansif uygulamalar yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır.

## 3. BÖLÜM

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma ile, sağlık hizmeti sunucularının en önemli parçası olan hekimlerin defansif tıp ve tıbbi hata tutumları ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılan araştırmada, bağımsız değişkenlerin (cinsiyet, medeni durum, unvan, çalışma yılı, yaş, çalışılan bölüm, hasta sayısı) tıbbi hata ve defansif tıp tutumlarına göre farklılık yaratıp yaratmadığı değerlendirilmiştir. Araştırmanın, literatüre katkı sağlayacağı, gelecekte bu konuda yapılacak araştırmalara örnek teşkil edebileceği, farklı evren ve örneklem ile kıyaslama yapabilmek açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

#### 3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup, amaçlarına göre tanımlayıcı araştırma olarak değerlendirilmektedir. Araştırma kapsanılan süreye göre incelendiğinde anlık araştırma olarak değerlendirilmektedir. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anketler gönüllük esasına dayalı olarak yüz yüze görüşme şeklinde yapılmıştır.

#### 3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yürütülmüş olup, araştırmanın evrenini bu hastanede çalışmakta olan 418 hekim oluşturmaktadır. Araştırmada belirli bir örneklem hesaplanmayıp evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış olup, toplamda 230 kişi katılım gösterme

konusunda gönüllü olmuştur fakat araştırmayı yarıda terk etme, tam olarak cevaplamama gibi nedenlerden dolayı 207 anketten sağlıklı veri elde edildiği için 207 anket araştırmaya dâhil edilmiştir.

#### **3.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Bu araştırma, Konya ilindeki bir tıp fakültesi hastanesinde 30 Nisan – 17 Mayıs 2019 tarihleri arasında 207 hekim ile gerçekleştirilmiştir. Çeşitli sebeplerle izinli olan, araştırmaya katılmak istemeyen, araştırmayı yarıda terk eden hekimler nedeniyle tüm evrene ulaşılamamıştır. Bu nedenle kapsam, mekan ve zaman olarak kısıtlıdır. Araştırma bulguları hekimlerin tıbbi hata ve defansif tıbbi yönelik tutumları konusunda fikir vermekle birlikte genellenemez. Araştırmada, veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket sorularının tam olarak anlaşılabilmesi, katılımcıların doğru beyanda bulunmaması gibi anket yöntemine özgü kısıtlar, yapılan araştırma için de geçerlidir. Katılımcıların ankete verdikleri yanıtların güvenilir olduğu varsayılmaktadır.

#### **3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada uygulanmış olan anket formu Ek-1’de yer alıp 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde tanımlayıcı değişkenler (Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Çalışma Yılı, Unvan, Çalışılan Birim, Günlük Ortalama Bakım Verilen Hasta Sayısı) yer almaktadır.

İkinci bölümde Güleç (2012) tarafından geliştirilen “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği” kullanılmıştır. Güleç (2012) tarafından yapılan güvenilirlik çalışması sonucu cronbach alpha değeri 0,75 olarak rapor edilmiştir. Ölçek 16 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; tıbbi hata algısı (2 madde), tıbbi hataya yaklaşım (7 madde) ve tıbbi hata nedenleri (7 madde) alt boyutlarıdır. Ölçekteki

maddelerin tümü 1=Hiç Katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li Likert ölçeğine dayandırılmıştır. Ölçekte bulunan iki madde (10. ve 13. madde) ters olarak kodlanmıştır. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten elde edilen ortalamaların 3'ün altında olması hekimlerin tıbbi hata tutumlarının olumsuz, 3 ve üzeri ortalamaların ise hekimlerin tıbbi hata tutumlarının olumlu olması şeklinde yorumlanmaktadır.

Üçüncü bölümde ise; Başer ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen "Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği" kullanılmıştır. Başer ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan güvenilirlik çalışması sonucu cronbach alpha değeri 0,85 olarak rapor edilmiştir. Ölçek 18 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; pozitif defansif tıp (9 madde), negatif defansif tıp (5 madde) ve bilgi düzeyi (4 madde) alt boyutlarıdır. Ölçekte 1-14 arası maddeler 1=Hiç Katılmıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum şeklinde 5'li Likert ölçeğine dayandırılırken, 15-18 arası maddeler evet/hayır şeklindeki cevaplanabilecek sorulardan oluşmaktadır.

Tablo 2'de bu araştırmadan elde edilen verilerle yapılan güvenilirlik analizi sonuçları yer almaktadır. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin yüksek derecede güvenilir (Kayış, 2017) bir ölçek olduğu ve cronbach alpha değerinin 0,908 olduğu sonucuna ulaşılrken, tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin oldukça güvenilir (Kayış, 2017) olduğu ve cronbach alpha değerinin 0,673 olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 2.** Tıbbi Hata Tutumu ve Defansif Tıp Tutumu Ölçeklerinin Güvenirlik Analizi

Ölçekler	İfade Sayısı	Cronbach Alpha
<b>Tıbbi Hata Tutumu Ölçeği (3 Alt Boyut)</b>	16	0,673
Tıbbi Hata Algısı	2	0,627
Tıbbi Hata Yaklaşımı	7	0,567
Tıbbi Hata Nedenleri	7	0,598
<b>Defansif Tıp Tutum Ölçeği (2 Alt Boyut)</b>	14	0,908
Pozitif Defansif Tıp	9	0,860
Negatif Defansif Tıp	5	0,889

### 3.6. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler ilk etapta bilgisayar ortamına aktarılarak veri kontrolü yapılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır.

Tablo 3'te Tıbbi Hata Tutumu ve Defansif Tıp Tutumu Ölçeklerinin normallik dağılımları değerlendirilmektedir. Hair ve arkadaşlarına (2014) göre Skewness değerinin  $\pm 1$  aralığında olması normal dağılımın varsayılabileceğini; George ve Mallery (2010) ise Kurtosis değerinin  $\pm 1$  aralığında olması mükemmel düzeyde normal dağılımın varsayılabileceğini ifade etmiştir. Bu bağlamda araştırma kapsamında ölçek ve alt boyut ortalamalarının tamamının Skewness ve Kurtosis değerlerinin  $\pm 1$  değerleri arasında yer aldığı göz önüne alındığında verilerin normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Veriler normal dağıldığı için araştırma verilerinin analizinde tanımlayıcı istatistiklere ek olarak parametrik testlerden bağımsız değişkenlerde t-testi, tek yönlü varyans analizi ve pearson korelasyon analizleri kullanılmıştır.

**Tablo 3.** Tıbbi Hata Tutumu ve Defansif Tıp Tutumu Ölçeklerinin Normallik Dağılımları

	<b>Skewness</b>	<b>Kurtosis</b>
<b>Tıbbi Hata Tutumu</b>	-0,269	0,124
<b>Tıbbi Hata Algısı</b>	0,018	-0,497
<b>Tıbbi Hata Yaklaşımı</b>	-0,228	0,605
<b>Tıbbi Hata Nedenleri</b>	-0,443	-0,085
<b>Defansif Tıp</b>	-0,245	-0,312
<b>Pozitif Defansif Tıp</b>	-0,283	-0,160
<b>Negatif Defansif Tıp</b>	0,033	-0,880

### 3.7. ARAŞTIRMA ETİĞİ, KURUM İZİNİ VE ÖLÇEK İZİNLERİ

Araştırma öncesinde Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından 27.02.2019 tarih ve 35853172-755.02.06 sayılı karar ile etik kurul izni alınmıştır (Ek-2). Araştırmanın yürütüleceği kurum olan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi için 04.04.2019 tarih ve 30292447-045.99/7298 sayılı karar ile kurum izni alınmıştır (Ek-3).

### 3.8. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

**H1:** Hekimlerin tıbbi hata tutumları ve alt boyutlarıyla ilgili değerlendirmeleri;

- a) cinsiyet,
- b) medeni durum,
- c) unvan,
- d) çalışılan bölüm,
- e) yaş,
- f) çalışma yılı,

g) günlük bakım verilen ortalama hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

**H2:** Hekimlerin defansif tıp ve alt boyutlarıyla ilgili değerlendirmeleri;

- a) cinsiyet,
- b) medeni durum,
- c) unvan,
- d) çalışılan bölüm,
- e) yaş,
- f) çalışma yılı,
- g) günlük bakım verilen ortalama hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

**H3:** Hekimlerin tıbbi hata tutumları ve alt boyutlarıyla ilgili değerlendirmeleri ile defansif tıp tutumları ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler vardır.

## 4. BÖLÜM

### BULGULAR

Hekimlerin defansif tıp ve tıbbi hata tutumlarının incelenmesi üzerine yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular iki bölümde incelenmiştir. Birinci bölümde araştırma kapsamındaki hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular sunulmuştur. İkinci bölümde ise hekimlerin “Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği” ve “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği”nde yer alan ifadelerine verdikleri cevapları, sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendiren fark testleri ve tıbbi hata ve defansif tıp tutumları ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyen korelasyon sonuçları yer almaktadır.

#### 4.1. ARAŞTIRMAYA YÖNELİK TANIMLAYICI BULGULAR

Araştırma kapsamındaki hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ve araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin hekimlerin tutumlarını inceleyen tanımlayıcı istatistik bulguları aşağıda sunulmaktadır.

Tablo 4’te araştırmaya katılan hekimlerin demografik verileri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin %59,4’ü erkek olup, %60,9’u evlidir. Unvan bakımından incelendiğinde hekimlerin %34,3’ü uzman doktor, %65,7’si asistan doktordur. Araştırmaya katılan hekimlerin çalışma yılı incelendiğinde %52,2’si 4 yıl ve altı, %21,3’ü 5-10 yıl arası, %26,6’sı ise 11 yıl ve üzeri çalışma yılına sahiptir. Hekimlerin %19,8’inin 26 yaş ve altında, %31,9’unun 27-29 yaş aralığında, %29’unun 30-39 yaş aralığında ve %19,3’ünün 40 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hekimlerin %49,3’ü dahili birimlerde çalışırken, %50,7’si cerrahi birimlerde görev yapmaktadır. Günlük bakılan hasta sayısı incelendiğinde, araştırmaya katılan hekimlerin %23,6’sı 20 hasta ve altı,



%46,4'ü 21-50 hasta arası, %30'u 51 ve üzerinde hastaya hizmet verdiğini ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.** Araştırmaya Katılan Hekimlere Ait Demografik Veriler (n=207)

		n	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	84	40,6
	Erkek	123	59,4
<b>Medeni Durum</b>	Evli	126	60,9
	Bekâr	81	39,1
<b>Unvan</b>	Uzman Doktor	71	34,3
	Asistan Doktor	136	65,7
<b>Çalışma Yılı</b>	4 Yıl ve Altı	108	52,2
	5-10 Yıl Arası	44	21,3
	11 Yıl ve Üzeri	55	26,6
<b>Yaş</b>	26 Yaş ve Altı	41	19,8
	27-29 Yaş Arası	66	31,9
	30-39 Yaş Arası	60	29,0
	40 Yaş ve Üzeri	40	19,3
<b>Çalışılan Bölüm</b>	Dahili Bölümler	102	49,3
	Cerrahi Bölümler	105	50,7
<b>Hasta Sayısı</b>	20 Hasta ve Altı	49	23,6
	21-50 Hasta Arası	96	46,4
	51 Hasta ve Üzeri	62	30,0

Tablo 5'te hekimlerin tıbbi uygulama hatalarına ait maddelere ilişkin tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin %45,9'u "tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur" maddesine katılmıyorum cevabını verirken, %50,7'si "bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır" maddesine katılıyorum yanıtını vermişlerdir. Hekimlerin

%88,4'ü "tıbbi hatalar ve nedenlerinin açıkça tartışılması gerektiğini" fikrine sahip olarak tamamen katılıyorum veya katılıyorum şeklinde cevap vermişlerdir. %34,8 hekim "tıbbi hataların, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklandığına" katılmamakta ve hekimlerin %44,9'u "tıbbi hataların sistem yetersizliklerinden" ve %42,5'i "kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklandığını" düşünmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin %94,2'si "bakım verilen hasta sayısının fazla olmasının tıbbi hata sayısını artırdığını" düşünmekte iken %32,9'u "yapılan tıbbi hataların bildirilmesinden yana" kararsız bir tutum göstermişlerdir. Katılımcıların neredeyse tamamı (%95,1) "günlük çalışma saatinin uzun olmasının tıbbi hataları artırdığını" düşünmekte, %40,1'i ise "yaptığı tıbbi hataları bildirmekten kaçındığını" ifade etmektedir.

"Kurum yöneticilerinin hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemesi gerektiğini" düşünen hekimler %86,5 iken, %87'si "yapılan tıbbi hataların ve nedenlerinin yöneticiler arasında tartışılması gerektiğini" düşünmektedir. %38,6 hekim "tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek yoktur" maddesine katılıyorum cevabını vermiş, %40,1'i hekim ise "yapılan tıbbi hataların hastaya/hasta yakınına açıklanması" konusunda kararsız bir tutum sergilemişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerin %54,6'sı "yapılan birçok tıbbi hatanın aslında önlenebilir durumlardan kaynaklandığını" ve %66,2'si "tıbbi hataların bildirilmesinin hasta güvenliğini artırdığını" düşünmektedirler.

**Tablo 5.** Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hatalarına Yönelik Tanımlayıcı Bulguları

	Tamamen Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Hiç Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	1	0,5	13	6,3	60	29,0	95	45,9	38	18,4
2.Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	21	10,1	105	50,7	55	26,6	24	11,6	2	1,0
3.Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	83	40,1	100	48,3	15	7,2	7	3,4	2	1,0
4.Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	4	1,9	53	25,6	62	30,0	72	34,8	16	7,7
5.Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	24	11,6	93	44,9	64	30,9	20	9,7	6	2,9
6.Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	12	5,8	88	42,5	64	30,9	34	16,4	9	4,3
7.Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	140	67,6	55	26,6	10	4,8	2	1,0	0	0
8.Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	40	19,3	62	30,0	68	32,9	33	15,9	4	1,9
9.Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	145	70,0	52	25,1	7	3,4	3	1,4	0	0
10.Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	4	1,9	21	10,1	55	26,6	83	40,1	44	21,3
11.Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	78	37,7	101	48,8	21	10,1	4	1,9	3	1,4
12.Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	83	40,1	97	46,9	19	9,2	6	2,9	2	1,0
13.Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	28	13,5	80	38,6	45	21,7	40	19,3	14	6,8
14.Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	17	8,2	77	37,2	83	40,1	21	10,1	9	4,3
15.Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	22	10,6	91	44,0	62	30,0	23	11,1	9	4,3
16.Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.	31	15,0	106	51,2	53	25,6	10	4,8	7	3,4

Tablo 6'da araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tanımlayıcı bulgular yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.” maddesine %30’u, “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.” maddesine %31,9’u orta derecede katılıyorum cevabını vermişlerdir. Hekimlerin %52,2’si “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarında gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istediğini” belirtirken, % 27,1’i “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile hasta yatırmadıklarını” belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin %50,3’ü “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullandığını”, %69,1’i “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarına daha detaylı açıkladığını” belirtmişlerdir. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum.” maddesine ise hekimlerin %30,9’u orta derecede katılıyorum cevabını vermişlerdir. Hekimlerin %71,5’i “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tuttuğunu” ve %75,8’i “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğini” belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin %17,4’ü “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınmadığını” ve %23,2’si “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınmadığını” belirtmişlerdir. “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.” maddesine hekimlerin %24,6’sı az katılıyorum cevabını verirken, “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.” maddesine %44,4 hekim az katılıyorum veya hiç katılmıyorum cevaplarını vermiştir. %65,2 hekim ise “Malpraktis ile ilgili

konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissettiğini” belirtmiştir.

**Tablo 6.** Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tanımlayıcı Bulguları

	Tamamen Katılıyorum		Çok Katılıyorum		Orta Derecede Katılıyorum		Az Katılıyorum		Hiç Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.	35	16,9	32	15,5	62	30,0	41	19,8	37	17,8
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarıma endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.	28	13,5	42	20,3	66	31,9	41	19,8	30	14,5
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.	46	22,2	62	30,0	51	24,6	29	14,0	19	9,2
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.	25	12,1	29	14,0	45	21,7	52	25,1	56	27,1
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.	49	23,7	55	26,6	40	19,3	42	20,3	21	10,1
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarıma daha detaylı açıklıyorum.	68	32,9	75	36,2	41	19,8	16	7,7	7	3,4
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarıma daha fazla zaman ayırıyorum.	44	21,3	48	23,2	64	30,9	35	16,9	16	7,7
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.	82	39,6	66	31,9	38	18,4	16	7,7	5	2,4
9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.	94	45,4	63	30,4	31	15,0	12	5,8	7	3,4
10. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.	46	22,2	43	20,8	40	19,3	42	20,3	36	17,4
11. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.	29	14,0	41	19,8	40	19,3	49	23,7	48	23,2
12. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.	34	16,4	39	18,8	43	20,8	51	24,6	40	19,3
13. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.	26	12,6	41	19,8	48	23,2	46	22,2	46	22,2
14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.	86	41,5	49	23,7	31	15,0	25	12,1	16	7,7

Tablo 7’de hekimlerin defansif tıba yönelik bilgi düzeyini ölçen soruların dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere “Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?” sorusuna hekimlerin büyük çoğunluğu (%89,9) hayır cevabını vermiştir. Ayrıca, %93,7 hekim “Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını” düşünmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin %71’i defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyduğunu ifade ederken, %44’ü defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmektedir.

**Tablo 7.** Hekimlerin Defansif Tıba Yönelik Bilgi Düzeyini Ölçen İfadelerin Dağılımı

	EVET		HAYIR	
	n	%	n	%
Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?	21	10,1	186	89,9
Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	194	93,7	13	6,3
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	147	71,0	60	29,0
Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?	91	44,0	116	56,0

Tablo 8’de hekimlerin tıbbi hatalarda tutum ölçeğindeki maddelere ait bulguların boyut bazında değerlendirmesi yapılmaktadır. Tıbbi hata tutumu incelendiğinde araştırmaya katılan hekimlerin ortalamasının üzerinde bir tutum içinde olduğu görülmektedir. Yani hekimlerde tıbbi hataların ve hataların bildiriminin öneminin farkındalığının yüksek olduğunu tespit edilmiştir ( $\bar{x}$ :3,69±0,36).

Tıbbi hata algısı boyutu değerlendirildiğinde katılımcıların ortalamaların üzerinde bir algıya sahip olduğu görülmektedir. Kısacası araştırmaya katılan hekimler tıbbi hatanın bildirimini yapıldığında anlayışlı olunması konusunda çoğunluk göstermektedirler ( $\bar{x}$ :3,66±0,52).

Tıbbi hata yaklaşımı boyutunda araştırmaya katılım gösteren hekimler, tıbbi hatalar ve nedenlerinin çalışanlarla açıkça tartışılması, yapılan tüm tıbbi hataların bildirilmesi, kurum yöneticilerinin hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemesi gerektiği, yöneticiler arasında hataların ve nedenlerinin tartışılması, yapılan tıbbi hataların hastaya veya hasta yakınına açıklanması gerektiğini düşünmekte ve bu boyutta ortalamanın üzerinde bir puan elde edilmektedir ( $\bar{x}$ :3,69±0,49).

Tıbbi hata nedenleri boyutunda ise araştırmaya katılan hekimler tıbbi hataların sistem yetersizliklerinden kaynaklandığı, bakım verilen hasta sayısının fazla olması ve günlük çalışma saatinin uzun olmasının tıbbi hataları artırdığı, tıbbi hataların bildirilmesinin hasta güvenliğini artırdığı yönündeki maddelere ortalamanın üzerinde katılım göstermektedirler ( $\bar{x}$ :3,71±0,46).

**Tablo 8.** Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının Boyut Bazında İncelenmesi (n=207)

	Ort.	S.S	Min.	Max.
<b>Tıbbi Hata Tutumu</b>	3,698	0,368	1,00	5,00
<b>Tıbbi Hata Algısı</b>	3,664	0,525	1,00	5,00
<b>Tıbbi Hata Yaklaşımı</b>	3,691	0,493	1,00	5,00
<b>Tıbbi Hata Nedenleri</b>	3,715	0,469	1,00	5,00

Tablo 9’da tıbbi hatalarda tutum ölçeğindeki maddelere ait bulgular yer almakta olup mevcut olan her boyut kendi içinde değerlendirilmektedir. Tıbbi hata algısı boyutundaki en yüksek ortalamaya sahip madde “Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.” ( $\bar{x}$ :3,75±0,84) maddesi olurken, en düşük ortalamaya sahip madde ise “Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.” ( $\bar{x}$ :3,57±0,86) maddesi olmuştur.

Tıbbi hataya yaklaşım boyutunda ise en yüksek ortalamaya, “Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.” ( $\bar{x}$ :4,23±0,80) ve “Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.” ( $\bar{x}$ :4,22±0,80) maddeleri sahipken, en düşük ortalama “Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.” ( $\bar{x}$ :2,67±1,13) maddesine aittir.

Tıbbi hata nedenlerinde “Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.” maddesi ( $\bar{x}$ :4,63±0,62) bu boyutta en yüksek ortalamaya sahip iken, “Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.” maddesi ( $\bar{x}$ :2,79±0,97) bu boyutta en düşük ortalamaya sahip madde olmuştur.

**Tablo 9.** Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi (n=207)

	Ort.	S.S	Min.	Max.
<b>TIBBİ HATA ALGISI</b>				
1.Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	3,753	0,843	1,00	5,00
2.Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	3,574	0,860	1,00	5,00
<b>TIBBİ HATAYA YAKLAŞIM</b>				
3.Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	4,231	0,803	1,00	5,00
8.Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	3,487	1,037	1,00	5,00
10.Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınıyorum.	3,686	0,981	1,00	5,00
11.Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	4,193	0,807	1,00	5,00



12.Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	4,222	0,805	1,00	5,00
13.Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	2,671	1,135	1,00	5,00
14.Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	3,347	0,926	1,00	5,00
<b>TIBBİ HATA NEDENLERİ</b>				
4.Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	2,792	0,975	1,00	5,00
5.Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	3,526	0,923	1,00	5,00
6.Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	3,289	0,956	1,00	5,00
7.Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	4,608	0,628	1,00	5,00
9.Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	4,637	0,622	1,00	5,00
15.Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	3,454	0,973	1,00	5,00
16.Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.	3,695	0,902	1,00	5,00

Tablo 10'da hekimlerin defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğindeki maddelere ait bulguların boyut bazında değerlendirmesi yapılmaktadır.

Defansif tıp tutumu incelendiğinde araştırmaya katılan hekimlerin ortalamanın üzerinde defansif tıp tutumu sergilediği yani hukuki sorunlardan korunmak amacıyla savunmacı bir tutum içinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $\bar{x}$ :3,27±0,85). Pozitif defansif tıp tutumu alt boyutu incelendiğinde ise araştırmaya katılan hekimlerin ortalamanın üzerinde pozitif defansif tıp tutumu içinde olduğu görülmektedir. Kısacası araştırmaya katılan hekimler hukuki sorunlardan korunmak amacı ile daha fazla tetkik istemekte, daha fazla ilaç reçete etmekte, endikasyon dışındaki nedenler ile daha fazla hasta yatırmakta, görüntüleme tekniklerini daha fazla kullanmakta, kayıtları daha detaylı tutmakta vb. önlemler ile savunmacı bir tutum sergilemektedir ( $\bar{x}$ :3,39±0,83).

Araştırmaya katılan hekimler negatif defansif tıp tutumu boyutunda değerlendirildiğinde ortalamanın üzerinde bir tutum sergiledikleri görülmektedir. Yani hekimler hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek olan hastalardan kaçınmakta, tıbbi yönden kompleks olan hastalardan ve komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınmakta, girişimsel olmayan tedavi protokollerine yönelmektedirler ( $\bar{x}$ :3,06±1,12).

**Tablo 10.** Hekimlerin Defansif Tıbbi Yönelik Tutumlarının Boyut Bazında İncelenmesi (n=207)

	<b>Ort.</b>	<b>S.S</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
<b>Defansif Tıp Tutumu</b>	3,277	0,852	1,00	5,00
<b>Pozitif Defansif Tıp Tutumu</b>	3,394	0,831	1,00	5,00
<b>Negatif Defansif Tıp Tutumu</b>	3,067	1,129	1,00	5,00

Tablo 11’de defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğindeki maddelere ait bulgular yer almakta olup mevcut olan her boyut kendi içinde değerlendirilmektedir.

Pozitif defansif tıp uygulamaları boyutundaki en yüksek ortalamaya, “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.” ( $\bar{x}$ :4,08±1,06) ve “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.” ( $\bar{x}$ :3,98±1,05) soruları sahipken, en düşük ortalamaya, “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.” ( $\bar{x}$ :2,58±1,34) ve “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımımdan gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.” ( $\bar{x}$ :2,93±1,32) maddeleri olmuştur.

Negatif defansif tıp uygulamaları boyutundaki en yüksek ortalama, “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.” ( $\bar{x}$ :3,79±0,30) maddesine ait iken, “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.” ( $\bar{x}$ :2,77±1,37) bu boyutta en düşük ortalamaya sahip madde olmuştur.

**Tablo 11.** Hekimlerin Defansif Tıbbi Yönelik Tutumlarının İncelenmesi (n=207)

	Ort.	S.S	Min.	Max.
<b>POZİTİF DEFANSİF TIP UYGULAMALARI</b>				
1.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın dışında tetkikler istiyorum.	2,937	1,322	1,00	5,00
2.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.	2,985	1,236	1,00	5,00
3.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın geliştirebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.	3,420	1,235	1,00	5,00
4.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn:sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.	2,589	1,340	1,00	5,00
5.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.	3,333	1,310	1,00	5,00
6.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum.	3,874	1,062	1,00	5,00
7.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum.	3,333	1,206	1,00	5,00
8.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.	3,985	1,054	1,00	5,00
9.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.	4,087	1,066	1,00	5,00
<b>NEGATİF DEFANSİF TIP UYGULAMALARI</b>				
10.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.	3,101	1,412	1,00	5,00
11.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.	2,777	1,372	1,00	5,00
12.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.	2,884	1,363	1,00	5,00
13.Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.	2,782	1,331	1,00	5,00
14.Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.	3,792	0,302	1,00	5,00

Tablo 12’de hekimlerin unvan ve çalışılan bölüme göre malpraktis ve defansif tıbbıa yönelik görüşleri yer almaktadır. “Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?” maddesine unvan bazında bakıldığında evet yanıtını veren 21 hekimden 12’sinin uzman doktor olduğu, hayır yanıtını veren 186 hekimden ise 127’sinin asistan doktor olduğu görölmektedir. Ayrıca hekimleri unvan bazında kendi grubu içinde incelediğimizde, 71 uzman hekimden 59’u, 136 hekimden 127’si kendilerine malpraktis nedeni ile dava açılmadığını ifade etmiştir.

Aynı madde çalıştıkları bölüm bazında incelendiğinde hakkında malpraktis davası açıldığını ifade eden 21 hekimin 11’inin dahili branşlarda görev aldığı, hakkında malpraktis davası açılmadığını ifade eden 186 hekimin 95’inin cerrahi branşlarda görev aldığı görölmektedir. Çalıştıkları bölümler kendi içerisinde değerlendirildiğinde ise dahili branşlarda görev alan 102 hekimin 91’inin, cerrahi branşlarda görev alan 105 hekimin ise 95’inin hakkında malpraktise yönelik dava açılmadığı görölmektedir.

“Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?” maddesine evet yanıtını veren 194 hekimden 128’inin asistan doktor olduğu, hayır yanıtını veren 13 hekimin ise 8’inin asistan doktor olduğu görölmektedir. Ayrıca 71 uzman hekimden 66’sı, 136 asistan hekimden 128’i malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceğini düşünmektedir. Aynı madde çalıştıkları bölüme göre incelendiğinde, malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceğini ifade eden 194 hekimin 98’inin cerrahi, 96’sinin dahili branşlarda görev aldığı görölmektedir.

“Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?” maddesine evet yanıtını veren 147 hekimden 87’sinin asistan doktor olduğunu, hayır

yanıtını veren 60 hekimden ise 49'unun asistan doktor olduğu gör÷lmektedir. Unvanları kendi içerisinde değerlendirdiğimizde ise 71 uzman hekimden 60'ının, 136 asistan hekimden 87'sinin evet yanıtı verdiği sonucuna ulaşılmıştır.

“Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?” maddesini çalışılan bölüm bazında incelediğimizde, evet yanıtını veren 147 hekimden 79'unun cerrahi branşlarda görev aldığı, hayır yanıtını veren 60 hekimden 34'ünün dahili branşlarda görev aldığı gör÷lmektedir. Ayrıca her grubu kendi içerisinde değerlendirdiğimizde ise dahili branşlardaki 102 hekimden 68'inin evet yanıtını verdiği, cerrahi branşlardaki 105 hekimin ise 79'unun evet yanıtını verdiği sonucuna ulaşılmıştır.

“Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” maddesine evet yanıtını veren 91 hekimden 49'u asistan hekim iken, hayır yanıtını veren 116 hekimden 87'sini yine asistan hekimler oluşurmaktadır. Her kategoriye kendi aralarında incelediğimizde ise 71 uzman hekimden 42'si evet yanıtını verirken, aynı maddeye 136 asistan hekimden 87'si hayır cevabını vermiştir.

Çalıştıkları branşlara göre incelediğimizde, “Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” maddesine evet yanıtını veren 91 hekimden 51'i cerrahi branşlarda görev alırken, hayır yanıtını veren 116 hekimden 62'si dahili branşlarda görev almaktadır. Aynı maddeyi dahili ve cerrahi branşlar olarak kendi içinde değerlendirdiğimizde, dahili branşlarda çalışan 102 hekimden 62'si hayır yanıtını verirken, cerrahi branşlarda görev alan 105 hekimden 54'ü hayır yanıtını vermişlerdir.

**Tablo 12.** Hekimlerin Unvan ve Çalışılan Bölüme Göre Malpraktis ve Defansif Tıbbı Yönelik Görüşleri

		Unvan				Çalışılan Bölüm				Toplam	
		Uzm. Dr. (n=71)		Asis. Dr. (n=136)		Dahili (n=102)		Cerrahi (n=105)			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?	Evet	12	5,8	9	4,3	11	5,3	10	4,8	21	10,1
	Hayır	59	28,5	127	61,4	91	44,0	95	45,9	186	89,9
Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	Evet	66	31,9	128	61,8	96	46,4	98	47,3	194	93,7
	Hayır	5	2,4	8	3,9	6	2,9	7	3,4	13	6,3
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	Evet	60	29,0	87	42,0	68	32,9	79	38,2	147	71,0
	Hayır	11	5,3	49	23,7	34	16,4	26	12,6	60	29,0
Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?	Evet	42	20,3	49	23,7	40	19,3	51	24,6	91	44,0
	Hayır	29	14,0	87	42,0	62	30,0	54	26,1	116	56,0

#### 4.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde; hekimlerin tıbbi hata ve defansif tıp tutumları ve alt boyutları ile ilgili değerlendirmelerinin bireysel özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin test sonuçlarına yer verilmektedir. Söz konusu bu testlerin yanı sıra bu bölümde, tıbbi hata ve defansif tıp tutumları ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyen korelasyon analizi sonuçları da yer almaktadır.

Tablo 13'te araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hatalara yönelik tutum ortalamalarını cinsiyete göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir.

Yapılan analiz sonucunda; kadın hekimler ile erkek hekimlerin tıbbi hata tutum ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve hekimlerin tıbbi hata tutumunun alt boyutlarının ortalamaları ile genel tıbbi hata tutum ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Bu nedenle kurulan H1a hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 13.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Tıbbi Hata Tutumu ve Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ort.	S.S	t	p
Genel Tıbbi Hata Tutumu	Kadın	84	3,718	0,336	0,656	0,512
	Erkek	123	3,684	0,390		
Tıbbi Hata Algısı Boyutu	Kadın	84	3,631	0,479	0,752	0,453
	Erkek	123	3,687	0,555		
Tıbbi Hata Yaklaşımı Boyutu	Kadın	84	3,721	0,442	0,712	0,478
	Erkek	123	3,671	0,526		
Tıbbi Hata Nedenleri Boyutu	Kadın	84	3,741	0,449	0,670	0,503
	Erkek	123	3,696	0,483		

Tablo 14'te araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hatalara yönelik tutum ortalamalarını medeni duruma göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir.

Buna göre, evli ve bekârların tıbbi hata tutumuna yönelik tüm ortalamaları birbirine oldukça yakın olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). Bu nedenle kurulan H1b hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 14.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Tıbbi Hata Tutumu ve Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ort.	S.S	t	p
Genel Tıbbi Hata Tutumu	Evli	126	3,732	0,383	1,651	0,100
	Bekar	81	3,645	0,340		
Tıbbi Hata Algısı Boyutu	Evli	126	3,706	0,552	1,441	0,151
	Bekar	81	3,598	0,477		
Tıbbi Hata Yaklaşımı Boyutu	Evli	126	3,742	0,500	1,869	0,063
	Bekar	81	3,612	0,475		
Tıbbi Hata Nedenleri Boyutu	Evli	126	3,729	0,497	0,536	0,593
	Bekar	81	3,693	0,425		

Tablo 15'te araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hatalara yönelik tutum ortalamalarını unvanlarına göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir.

Analiz sonuçları incelendiğinde; tıbbi hata yaklaşımı boyutuna ilişkin ortalamaların unvana göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde değiştiği görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Ayrıca katılımcıların genel tıbbi hata tutumuna ilişkin ortalamaları da unvana göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ( $t: 2,145$ ;  $p < 0,05$ ). Bu bulgular, kurulan H1c hipotezinin tıbbi hata yaklaşımı boyutu ve genel tıbbi hata tutum düzeyi için kabul edilmesini sağlamaktadır.

**Tablo 15.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Unvanlara Göre Değerlendirilmesi

Tıbbi Hata Tutumu ve Alt Boyutları	Unvan	n	Ort.	S.S	t	p
Genel Tıbbi Hata Tutumu	Uzman Doktor	71	3,773	0,401	<b>2,145</b>	<b>0,033</b>
	Asistan Doktor	136	3,659	0,345		
Tıbbi Hata Algısı Boyutu	Uzman Doktor	71	3,676	0,586	0,233	0,816
	Asistan Doktor	136	3,658	0,493		
Tıbbi Hata Yaklaşımı Boyutu	Uzman Doktor	71	3,853	0,517	<b>3,495</b>	<b>0,001</b>
	Asistan Doktor	136	3,607	0,460		
Tıbbi Hata Nedenleri Boyutu	Uzman Doktor	71	3,722	0,516	0,162	0,871
	Asistan Doktor	136	3,711	0,445		



Tablo 16'da araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hatalara yönelik tutum ortalamalarını çalışılan bölüme göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde, dahili ve cerrahi bölümlerde çalışan hekimlerin tıbbi hata tutumuna yönelik tüm ortalamaları birbirine oldukça yakın olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). Bu nedenle kurulan H1d hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 16.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Çalışılan Bölüme Göre Değerlendirilmesi

Tıbbi Hata Tutumu ve Alt Boyutları	Çalışılan Bölüm	n	Ort.	S.S	t	p
Genel Tıbbi Hata Tutumu	Dahili	102	3,716	0,362	0,712	0,477
	Cerrahi	105	3,680	0,375		
Tıbbi Hata Algısı Boyutu	Dahili	102	3,632	0,502	-0,860	0,391
	Cerrahi	105	3,695	0,548		
Tıbbi Hata Yaklaşımı Boyutu	Dahili	102	3,684	0,514	-0,190	0,849
	Cerrahi	105	3,698	0,475		
Tıbbi Hata Nedenleri Boyutu	Dahili	102	3,773	0,416	1,769	0,078
	Cerrahi	105	3,658	0,512		

Tablo 17'de araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hatalara yönelik tutum ortalamalarını yaşa göre karşılaştıran Anova sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde; tıbbi hata yaklaşımı boyutuna ilişkin ortalamaların yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında ortaya çıktığını belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre, 40 yaş ve üzeri hekimlerin ortalamasının, 26 yaş ve altı hekimler ve 27-29 yaş arası hekimlerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, kurulan H1e hipotezinin tıbbi hata yaklaşımı boyutu için kabul edilmesini sağlamaktadır.

**Tablo 17.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Yaşa Göre Değerlendirilmesi

Tıbbi Hata Tutumu ve Alt Boyutları	Yaş Grupları	n	Ort.	S.S	F	p	Post-Hoc
Genel Tıbbi Hata Tutumu	26 Yaş ve Altı <sup>1</sup>	41	3,640	0,341	1,068	0,364	-
	27-29 Yaş Arası <sup>2</sup>	66	3,663	0,353			
	30-39 Yaş Arası <sup>3</sup>	60	3,743	0,361			
	40 Yaş ve Üzeri <sup>4</sup>	40	3,746	0,424			
Tıbbi Hata Algısı Boyutu	26 Yaş ve Altı <sup>1</sup>	41	3,585	0,431	0,495	0,686	-
	27-29 Yaş Arası <sup>2</sup>	66	3,712	0,488			
	30-39 Yaş Arası <sup>3</sup>	60	3,658	0,571			
	40 Yaş ve Üzeri <sup>4</sup>	40	3,675	0,605			
Tıbbi Hata Yaklaşımı Boyutu	26 Yaş ve Altı <sup>1</sup>	41	3,585	0,491	3,351	0,020	4>1,2
	27-29 Yaş Arası <sup>2</sup>	66	3,606	0,439			
	30-39 Yaş Arası <sup>3</sup>	60	3,738	0,482			
	40 Yaş ve Üzeri <sup>4</sup>	40	3,871	0,550			
Tıbbi Hata Nedenleri Boyutu	26 Yaş ve Altı <sup>1</sup>	41	3,710	0,465	0,631	0,596	-
	27-29 Yaş Arası <sup>2</sup>	66	3,707	0,451			
	30-39 Yaş Arası <sup>3</sup>	60	3,773	0,449			
	40 Yaş ve Üzeri <sup>4</sup>	40	3,642	0,535			

Tablo 18’de araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hatalara yönelik tutum ortalamalarını çalışma yılına göre karşılaştıran Anova sonuçları gösterilmektedir.

Analiz sonuçları incelendiğinde; tıbbi hata yaklaşımı boyutuna ilişkin ortalamaların çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği

görülmektedir ( $p<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında ortaya çıktığını belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre, 11 yıl ve üzeri çalışan hekimlerin ortalamalarının 4 yıl ve altı çalışan hekimler daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, kurulan H1f hipotezinin tıbbi hata yaklaşımı boyutu için kabul edilmesini sağlamaktadır.

**Tablo 18.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Çalışma Yılına Göre Değerlendirilmesi

Tıbbi Hata Tutumu ve Alt Boyutları	Çalışma Yılı	n	Ort.	S.S	F	p	Post Hoc
Genel Tıbbi Hata Tutumu	4 Yıl ve Altı <sup>1</sup>	108	3,656	0,329	1,567	0,211	-
	5-10 Yıl Arası <sup>2</sup>	44	3,723	0,398			
	11 Yıl ve Üzeri <sup>3</sup>	55	3,760	0,410			
Tıbbi Hata Algısı Boyutu	4 Yıl ve Altı <sup>1</sup>	108	3,638	0,467	2,180	0,116	-
	5-10 Yıl Arası <sup>2</sup>	44	3,806	0,552			
	11 Yıl ve Üzeri <sup>3</sup>	55	3,600	0,596			
Tıbbi Hata Yaklaşımı Boyutu	4 Yıl ve Altı <sup>1</sup>	108	3,593	0,437	<b>6,014</b>	<b>0,003</b>	3>1
	5-10 Yıl Arası <sup>2</sup>	44	3,707	0,499			
	11 Yıl ve Üzeri <sup>3</sup>	55	3,870	0,547			
Tıbbi Hata Nedenleri Boyutu	4 Yıl ve Altı <sup>1</sup>	108	3,724	0,449	0,068	0,934	-
	5-10 Yıl Arası <sup>2</sup>	44	3,714	0,452			
	11 Yıl ve Üzeri <sup>3</sup>	55	3,696	0,527			

Tablo 19'da araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hatalara yönelik tutum ortalamalarını günlük bakım verilen hasta sayısına göre karşılaştıran Anova sonuçları gösterilmektedir.

Analiz sonuçları incelendiğinde, günlük bakım verilen hasta sayılarına göre hekimlerin tıbbi hata tutumuna yönelik tüm ortalamaları birbirine oldukça yakın

olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). Bu nedenle kurulan H1g hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 19.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutum Ortalamalarının Günlük Bakım Verilen Hasta Sayısına Göre Değerlendirilmesi

Tıbbi Hata Tutumu ve Alt Boyutları	Hasta Sayısı	n	Ort.	S.S	F	p	Post-Hoc
Genel Tıbbi Hata Tutumu	$\leq 20^1$	49	3,716	0,395	0,126	0,881	-
	21-50 <sup>2</sup>	96	3,699	0,355			
	51+ <sup>3</sup>	62	3,681	0,372			
Tıbbi Hata Algısı Boyutu	$\leq 20^1$	49	3,581	0,543	0,936	0,394	-
	21-50 <sup>2</sup>	96	3,671	0,512			
	51+ <sup>3</sup>	62	3,717	0,532			
Tıbbi Hata Yaklaşımı Boyutu	$\leq 20^1$	49	3,740	0,532	0,488	0,614	-
	21-50 <sup>2</sup>	96	3,694	0,485			
	51+ <sup>3</sup>	62	3,647	0,477			
Tıbbi Hata Nedenleri Boyutu	$\leq 20^1$	49	3,731	0,419	0,046	0,955	-
	21-50 <sup>2</sup>	96	3,712	0,489			
	51+ <sup>3</sup>	62	3,705	0,482			

Araştırmanın bundan sonraki bölümünde hekimlerin defansif tıba yönelik tutumlarına yönelik bulgular sunulmaktadır. Tablo 20'de araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını cinsiyete göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir. Yapılan analiz sonucunda; negatif defansif tıp tutumu boyutuna ilişkin ortalamaların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Bu bulgular, kurulan H2a hipotezinin negatif defansif tıp tutumu boyutu için kabul edilmesini sağlamaktadır.

**Tablo 20.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ort.	S.S	t	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Kadın	84	3,149	0,864	-1,792	0,075
	Erkek	123	3,364	0,836		
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	Kadın	84	3,351	0,870	-0,602	0,548
	Erkek	123	3,422	0,805		
Negatif Defansif Tıp Boyutu	Kadın	84	2,785	1,089	<b>-3,026</b>	<b>0,003</b>
	Erkek	123	3,260	1,119		

Tablo 21’de araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını medeni duruma göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir. Buna göre, evli ve bekârların defansif tıp uygulamalarına yönelik tüm ortalamaları birbirine oldukça yakın olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). Bu nedenle kurulan H2b hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 21.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ort.	S.S	t	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Evli	126	3,289	0,893	0,257	0,797
	Bekar	81	3,258	0,788		
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	Evli	126	3,401	0,854	0,156	0,876
	Bekar	81	3,382	0,798		
Negatif Defansif Tıp Boyutu	Evli	126	3,088	1,180	0,337	0,736
	Bekar	81	3,034	1,051		

Tablo 22’de araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını unvanlarına göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde; pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp boyutlarına ilişkin ortalamaların unvana göre istatistiksel olarak

anlamli şekilde değiştiği grlmektedir ( $p < 0,05$ ). Ayrıca katılımcıların genel defansif tıp tutumuna ilişkin ortalamaları da unvana göre istatistiksel olarak anlamli fark göstermektedir ( $t: -2,521$ ;  $p < 0,05$ ). Bu bulgular, kurulan H2c hipotezinin genel defansif tıp tutum düzeyi ve tüm alt boyutları için kabul edilmesini sağlamaktadır.

**Tablo 22.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Unvana Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Unvan	N	Ort.	S.S	t	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Uzman Doktor	71	3,073	0,926	<b>-2,521</b>	<b>0,012</b>
	Asistan Doktor	136	3,383	0,793		
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	Uzman Doktor	71	3,200	0,898	<b>-2,452</b>	<b>0,015</b>
	Asistan Doktor	136	3,495	0,777		
Negatif Defansif Tıp Boyutu	Uzman Doktor	71	2,845	1,183	<b>-2,065</b>	<b>0,040</b>
	Asistan Doktor	136	3,183	1,086		

Tablo 23'te araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını çalışılan bölüme göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde, dahili ve cerrahi bölümlerde çalışan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tüm ortalamaları birbirine yakın olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamli değildir ( $p > 0,05$ ). Bu nedenle kurulan H2d hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 23.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Çalışılan Bölüme Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Çalışılan Bölüm	n	Ort.	S.S	t	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Dahili	102	3,194	0,868	-1,392	0,165
	Cerrahi	105	3,358	0,831		
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	Dahili	102	3,349	0,879	-0,755	0,451
	Cerrahi	105	3,437	0,782		
Negatif Defansif Tıp Boyutu	Dahili	102	2,913	1,093	-1,946	0,053
	Cerrahi	105	3,217	1,148		

Tablo 24'te araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını yaşa göre karşılaştıran Anova sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde; hekimlerin yaşları ile genel defansif tıp tutumu ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Bu bulgular doğrultusunda, kurulan H<sub>2e</sub> hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 24.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Yaşa Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Yaş	n	Ort.	S.S	F	p	Post-Hoc
Genel Defansif Tıp Tutumu	26 Yaş ve Altı <sup>1</sup>	41	3,310	0,615	2,107	0,101	-
	27-29 Yaş Arası <sup>2</sup>	66	3,389	0,829			
	30-39 Yaş Arası <sup>3</sup>	60	3,329	0,915			
	40 Yaş ve Üzeri <sup>4</sup>	40	2,980	0,956			
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	26 Yaş ve Altı <sup>1</sup>	41	3,514	0,622	1,981	0,118	-
	27-29 Yaş Arası <sup>2</sup>	66	3,459	0,800			
	30-39 Yaş Arası <sup>3</sup>	60	3,431	0,886			
	40 Yaş ve Üzeri <sup>4</sup>	40	3,105	0,940			
Negatif Defansif Tıp Boyutu	26 Yaş ve Altı <sup>1</sup>	41	2,941	0,824	2,132	0,097	-
	27-29 Yaş Arası <sup>2</sup>	66	3,263	1,168			
	30-39 Yaş Arası <sup>3</sup>	60	3,146	1,162			
	40 Yaş ve Üzeri <sup>4</sup>	40	2,755	1,236			

Tablo 25'te araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını çalışma yılına göre karşılaştıran Anova sonuçları gösterilmektedir.

Analiz sonuçları incelendiğinde; negatif defansif tıp tutumu boyutuna ilişkin ortalamaların çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde değiştiği görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Ayrıca katılımcıların genel defansif tıp tutumuna ilişkin ortalamaları da çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ( $p < 0,05$ ). Farklılıkların hangi gruplar arasında ortaya çıktığını belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre; 5-10 yıl arası çalışan hekimlerin ortalamasının, 11 yıl ve üzeri çalışan hekimlerin ortalamasından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgular, kurulan H2f hipotezinin genel defansif tutumu ve negatif defansif tıp boyutu için kabul edilmesini sağlamaktadır.

**Tablo 25.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Çalışma Yılına Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Çalışma Yılı	n	Ort.	S.S	F	p	Post-Hoc
Genel Defansif Tıp Tutumu	4 Yıl ve Altı <sup>1</sup>	108	3,322	0,770	3,442	<b>0,034</b>	<b>2&gt;3</b>
	5-10 Yıl Arası <sup>2</sup>	44	3,472	0,847			
	11 Yıl ve Üzeri <sup>3</sup>	55	3,033	0,962			
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	4 Yıl ve Altı <sup>1</sup>	108	3,432	0,749	2,449	0,089	-
	5-10 Yıl Arası <sup>2</sup>	44	3,585	0,820			
	11 Yıl ve Üzeri <sup>3</sup>	55	3,165	0,947			
Negatif Defansif Tıp Boyutu	4 Yıl ve Altı <sup>1</sup>	108	3,124	1,051	3,639	<b>0,028</b>	<b>2&gt;3</b>
	5-10 Yıl Arası <sup>2</sup>	44	3,268	1,158			
	11 Yıl ve Üzeri <sup>3</sup>	55	2,796	1,221			

Tablo 26'da araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını günlük bakım verilen hasta sayısına göre karşılaştıran Anova sonuçları gösterilmektedir.



Analiz sonuçları incelendiğinde; günlük bakım verilen hasta sayılarına göre hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik ortalamaları birbirine yakın olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). Bu nedenle, kurulan H2g hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 26.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Günlük Bakım Verilen Hasta Sayısına Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Hasta Sayısı	n	Ort.	S.S	F	p	Post-Hoc
Genel Defansif Tıp Tutumu	$\leq 20^1$	49	3,096	0,868	1,626	0,199	-
	21-50 <sup>2</sup>	96	3,371	0,866			
	51+ <sup>3</sup>	62	3,275	0,806			
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	$\leq 20^1$	49	3,208	0,899	1,490	0,228	-
	21-50 <sup>2</sup>	96	3,461	0,820			
	51+ <sup>3</sup>	62	3,435	0,781			
Negatif Defansif Tıp Boyutu	$\leq 20^1$	49	2,893	1,014	1,702	0,185	-
	21-50 <sup>2</sup>	96	3,208	1,176			
	51+ <sup>3</sup>	62	2,987	1,131			

Tablo 27’de araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp ve boyutları ile tıbbi hata tutumu ve boyutları arasındaki korelasyon değerlendirilmektedir. Yapılan korelasyon analizinde hekimlerin tıbbi hata tutumu ile pozitif defansif tıp alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf anlamlı ilişki ( $r:0,147$ ;  $p<0,05$ ), tıbbi hata nedenleri alt boyutu ile negatif defansif tıp tutumu alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf anlamlı bir ilişki ( $r:0,156$ ;  $p<0,05$ ), defansif tıp tutumu ile tıbbi hata tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan pozitif yönde çok zayıf anlamlı bir ilişki ( $r: 0,131$ ) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bundan dolayı H3 hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 27.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp ve Boyutları ile Tıbbi Hata Tutumu ve Boyutları Arasındaki Korelasyon (n=207)

	Tıbbi Hata Tutumu	Tıbbi Hata Algısı	Tıbbi Hata Yaklaşımı	Tıbbi Hata Nedenleri	Defansif Tıp Tutumu	Pozitif Defansif Tıp	Negatif Defansif Tıp
<b>Tıbbi Hata Tutumu</b>	1						
<b>Tıbbi Hata Algısı</b>	0,317**	1					
<b>Tıbbi Hata Yaklaşımı</b>	0,841*	0,163*	1				
<b>Tıbbi Hata Nedenleri</b>	0,809**	0,078	0,406**	1			
<b>Defansif Tıp Tutumu</b>	0,131	0,106	0,013	0,188**	1		
<b>Pozitif Defansif Tıp</b>	0,147*	0,108	0,045	0,182**	0,932**	1	
<b>Negatif Defansif Tıp</b>	0,082	0,082	-0,033	0,156*	0,878**	0,645**	1

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

## 5. BÖLÜM

### TARTIŞMA

İnsanın fiziksel ve biyolojik yapısı belirli bir düzene sahiptir. Bu düzen olması gerektiği gibi olduğunda sağlıklı birey olurken, düzen içerisinde bedenen ve/veya ruhen oluşabilecek bozulmalarda hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Kişilerin eski sağlıklarına kavuşmak veya doğuştan var olan hastalıklarını tedavi ettirmek için başvurdukları ve güven duydukları kişiler sağlık personelleri, kurumlar ise hastanelerdir. Hastaneler kurumlar içerisinde en karmaşık yapıya sahip olan birimlerdir. Karmaşık yapıda olsalar bile uygulamalar ve sunulan hizmet ile güven sağlamalıdır. Söz konusu insan sağlığı ve canı olduğu için hastaneler diğer kurumlara göre daha özenli ve dikkatli davranılması gereken ve hata payı olmayan kurumlardır. Bu kurumlarda amaç hastaya yarar sağlama, iyileşme süresini minimum seviyeye indirerek, hastanın sağlığına kavuşmasını sağlamaktır (Çakır ve Tütüncü, 2009).

Geçmişten beri tıp bilimi teoride olması gereken uygulama ve değerlendirmelerle pratiğe dökülerek süregelmekte iken son yıllarda bu sürece hukuki ilkeler ve prensipler normalde olandan daha fazla dâhil olmaya başlamıştır (Yılmaz vd., 2014). Hastanın tanı ve tedavi sürecinde kimi zaman tıp biliminin uygulamaları ve değerlendirmeleri ile hukuksal prensipler çelişmektedir. Tıp biliminin doğuşundan bu zamana kadar ki süreçte hastayı sağlığına kavuşturmak birincil amaç olmuştur. Fakat bu durum son yıllarda birincil amaca etki eden en büyük faktörlerden birisi olan hukuksal ilkelerden ve yaptırımlardan dolayı değişmeye ve sürecin daha da uzamasına neden olmaya başlamıştır. Tıbbi hataların doğurduğu hukuki süreçler son yıllarda artış göstermeye başlamış ve bu durum sağlık hukuku alanında geniş bir yer almaya başlamıştır (Erman, 2012). Birçok faktörün bir araya gelmesi ve etkileşimi ile artan hukuki süreçler tıbbın gereklerinin uygulanmasında ve

değerlendirilmesinde etkili olmaya başlamıştır. Sağlık personellerinde büyük tedirginliklere sebep olan bu durumun kişisel performanslarını da etkilediği düşünülmektedir. Sağlık hizmet sunumunun temel yapı taşı olan hekimler mesleklerini yerine getirirken hukuksal açıdan duydukları tedirginlikten dolayı kendini savunmak amacıyla defansif tıp tutumu sergilemektedir. Defansif tıp son zamanların en tartışmalı kavramı olarak hastadan, standart tedavide bulunması gereken tetkik ve tedavi dışında fazladan uygulamada ve istemde bulunmaktan, komplikasyon riski yüksek veya riskli olarak görülen hastaların başka bir kuruma veya hekime yönlendirilmesine kadar bir çok olayı kapsayan bir kavramdır (Catino, 2011). Defansif tıbbın, sağlık hizmetlerindeki kıt kaynakların kullanımını ve sağlık bakım kalitesini etkilediği belirtilmiştir (Hershey, 1972). Sağlık hizmetleri ve sunumunu daha bir çok yönden etkileyen defansif tıp ulusal ve uluslararası literatürde son zamanlarda büyük ilgi uyandırmakta ve tartışmalı bulunmaktadır. Bu konuya yönelik yapılan çalışmalarda son zamanlarda artış görülmektedir. Defansif tıbbın önlenmesi veya azaltılması açısından sağlık hizmet sunumunda görevli çalışanların özellikle de hekimlerin görüşlerinin ve düşüncelerinin öğrenilip değerlendirilmesi büyük önem teşkil etmektedir. Bu çalışma ile tüm bu sebeplere paralel olarak son zamanların tartışmalı konusu olan defansif tıp kavramı ve defansif tıbbı en çok etkileyen tıbbi hata tutumları hakkında hekimlerin tutumlarının incelenip literatüre önemli bir katkı sağlamak amaçlanmıştır. Literatür taraması yapıldığında Türkiye’de bu konu üzerine yapılan çalışmaların son yıllarda artış gösterdiği ve tartışıldığı görülmektedir. Bu çalışmanın farklı örneklem ve bulgular ile literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### **5.1. TIBBİ HATA TUTUMU İLE İLGİLİ BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA**

Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde, tıbbi hatalarda tutum ölçeği puanlarının cinsiyet, medeni durum, çalıştıkları bölüm, günlük bakım verilen hasta sayısı değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulunmuştur. Ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalar incelendiğinde; Yayla (2018), Kandemir (2019), Özyer (2016), Uğrak (2019), Kaldjian vd. (2007),

Mikkelsen vd. (2006), Muller ve Ornstein (2007) ve Tagaddosinejad vd. (2013) çalışmalarında cinsiyet değişkeni, Yayla (2018), Kandemir (2019), Özyer (2016) ve Uğrak (2019) çalışmalarında medeni durum değişkeni, Uğrak (2019) ve Kaldjian vd. (2007) çalışmalarında çalıştıkları bölüm değişkeni, Kandemir (2019) ve Özyer (2016) çalışmalarında günlük bakım verilen hasta sayısı değişkeni ile istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediğini tespit etmiştir. Yapılan çalışmalar, bu araştırmayla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hataya yaklaşım boyutunda ortalamanın üzerinde bir tutum sergilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yani hekimler tıbbi hataların bildirimini, hasta ve/veya hasta yakınına meydana gelen tıbbi hataların açıklanması vb. konularında tutumlarının olumlu düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Araştırma ile paralellik gösteren çalışmaları incelediğimizde; Garbutt ve arkadaşlarının (2007) 557 pediatri hekimi katılımıyla yaptığı bir araştırmada hekimlerin çoğu yapılan tıbbi hataların hastaya ve/veya hasta yakınına bildirilmesi gerektiğini ve meslektaşlarıyla birlikte oluşan her türlü hatayı tartışmış olduklarını ifade etmişlerdir.

Northcott ve arkadaşlarının (2007) 1.500 kişinin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmalarında katılımcıların yarısı tıbbi hata raporlarının gizlenmemesi gerektiğini bildirmişlerdir. Hemen hemen katılımcıların tamamı tıbbi hataların bildirilmesi gerektiğini belirtmiştir fakat sadece %22'si hekimlerin bildirmesinin çok muhtemel olduğunu belirtmiştir. Ayrıca tıbbi hata geçmişi olan kişilerin sağlık sisteminin kalitesini olumsuz yönde derecelendirme olasılığı daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.

Flotta ve arkadaşlarının (2012) 696 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmada bir hata meydana gelmesi durumunda araştırmaya katılan

hekimlerin %87'si tıbbi hata bildiriminin yapılması gerektiğini, %98'i ise bu hataların meslektaşlar ile tartışılması gerektiğini belirtmiştir. Kaldjian ve arkadaşlarının (2007) 538 hekimin katılımı ile yürüttükleri araştırmada %83'ü tıbbi hata meydana geldiğinde bildirilmesi gerektiğini, %89'u hekime zarar verme olasılığı olsa bile bir tıbbi hata meydana geldiğinde bildirilmesi gerektiğini ve %95'i ise meydana gelen tıbbi hatanın hastaya söylenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Mikkelsen ve arkadaşlarının (2006) 727 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmasında hekimlerin dörtte üçü bir raporlama sistemi kurulduğunda doktorların raporlamadan kaynaklanan yaptırımlara maruz kalma riskinin olmadığı varsayımıyla bu raporlama sisteminin hasta güvenliğini iyileştireceğini ifade etmişler ve tıbbi hataların raporlanması yönünde olumlu bir tutum sergilemişlerdir.

White ve arkadaşlarının (2008) 889 asistan hekim ve tıp öğrencisinin katılımıyla yürüttüğü araştırmasında tüm katılımcıların %99'u ciddi hataların hastalara açıklanması gerektiği konusunda hemfikir oldukları belirtilmiştir. Kiesewetter ve arkadaşlarının (2014) 269 tıp fakültesi öğrencisinin katılımı ile gerçekleştirdikleri çalışmada tıbbi hataların açıklanması ile ilgili olarak öğrenciler genellikle hataları iletme konusunda yüksek düzeyde isteklilik gösterdiği belirtilmiştir. Yöyler'in (2019) 206 sağlık çalışanıyla gerçekleştirdiği araştırmasında katılımcıların genel tıbbi hata farkındalık oranı %69 olarak, hata olarak değerlendirdiği tıbbi hataları raporlama oranları ise 91,27 olarak tespit edilmiştir.

Literatürde hekimlerin tıbbi hata tutumu ve tıbbi hata bildirim oranlarına bakıldığında bulgular arasında tutarsızlık tespit edilen çalışmalara rastlanılmıştır. Uğrak (2019) tarafından 248 hekimin katılımıyla gerçekleştirilen

araştırmada hekimlerin tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu fakat katılımcıların yalnızca %22,6'sının tıbbi hataları nasıl rapor edeceğini bildiği tespit edilmiştir.

Kaldjian ve arkadaşlarının (2008) 338 hekimin katılımı ile gerçekleştirdikleri araştırmada hekimler tıbbi hata bildirimine ve meydana gelen tıbbi hataların hasta ve/veya yakınları ile paylaşılmasına karşı olumlu bir tutum sergilemişlerdir. Hekimlerin tıbbi hata bildirimine karşı tutumları olumlu olmasına rağmen hata bildirim oranları dűřűk bulunmuştur.

Gűle (2012) tarafından 80 hekim ve 207 hemřire ile gerçekleřtirilen çalıřmada katılımcıların tıbbi hataların meydana gelmesi durumunda hatanın hasta ve/veya yakınına açıklanması yűnűndeki tutumları olumlu seviyede olmasına rađmen tıbbi hata bildirimine yűnelik tutumlarının olumsuz olduđu tespit edilmiřtir.

Muller ve Ornstein (2007) tarafından 423 tıp űđrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların %27'si hastayı sadece zarar gűrdűklerinde bir hata hakkında bilgilendireceklerini, %17'si ise sadece hastanın bilmekten yarar gűrmesi durumunda hastaları bilgilendireceklerini ifade etmişlerdir. Er ve Altuntař (2016) tarafından 131 katılımcı ile gerçekleşen araştırmada sağlık çalışanlarının hastaya ulaşan ancak zarar vermeyen hataların raporlanmasına gerek duymadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Genel olarak hekimlerin tıbbi hataların bildirimini, raporlanması ve hataların hasta ve/veya yakınına açıklanması konusunda tutumları benzer şekilde olsa da bu konuda farklılık gűsteren çalışmalarda bulunmaktadır. Alsulami ve arkadaşları (2019) tarafından 365 sağlık çalışanın katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada,

katılımcıların %21,6'sı meydana gelen hatanın raporlanmasından daha çok hatayı yapan kişinin eğitilmesi gerektiği konusunda görüş bildirmiştir. Ancak sağlık çalışanlarının tıbbi hata meydana geldiğinde hatayı raporlamadıklarını ifade ettikleri çalışmalarda bulunmaktadır (Bodur vd., 2012; Çakır ve Tütüncü, 2009; Kıymaz ve Koç, 2018; Korkmazer vd., 2016).

Araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hata nedenleri boyutundaki tutumlarının ortalamasının üzerinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yani hekimler, tıbbi hataların sistem yetersizlikleri, bilgi eksikliği, tedavi ve muayene edilen hasta sayısının çok olması, çalışma saatlerinin uzun olması, meydana gelen tıbbi hataların çoğunun önlenebilecek durumlardan kaynaklandığı yönünde görüş bildirmişlerdir. Araştırmayla paralellik gösteren çalışmaları incelediğimizde; Garbutt ve arkadaşlarının (2007) 557 pediatri hekimi katılımıyla yaptığı bir araştırmada hekimlerin % 56'sı "tıbbi hataların genellikle bireylerin değil sistem hatalarından kaynaklandığını" belirtmişlerdir.

Top ve arkadaşlarının (2008) 236 hekimin katılımıyla yürüttüğü araştırmada az zamanda çok sayıda hasta bakmak, bitkinlik, yorgunluk, motivasyon eksikliğini tıbbi hata nedenleri olarak ifade etmişlerdir. Tüm bunların yanında hekimler kendi öz eleştirilerini de yaparak, tıp alanı ve branş alanındaki bilgi düzeyi eksikliğini de tıbbi hata nedeni olduğunu ifade etmişlerdir.

Dedeoğlu (2012) tarafından 255 hekimin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların çoğu çok sayıda hasta bakımının hatalı tıbbi müdahalelerin en temel nedeni olduğunu ifade etmişlerdir. Blendon ve arkadaşlarının (2002) 831 hekim ve halktan 1.207 kişinin katılımı ile yürüttükleri araştırmada hekimler tıbbi hataların olası nedenleri olarak yetersiz hemşire sayısı, aşırı çalışma, stres ve yorgunluk olduğunu belirtirken, araştırmaya katılan halk ise hekimlerin



hastalarına yeterli zamanı ayırmaması, hekimlerin aşırı çalışma, stres ve yorgun olmaları, ekip olarak iletişim kurulamaması ve hemşire sayılarındaki yetersizlik olduğunu belirtmişlerdir.

Northcott ve arkadaşlarının (2007) 1.500 kişinin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmada tıbbi hataların olası nedenlerini sağlık çalışanlarının aşırı çalışması, stres veya yorgunluk, hekimlerin hastaları için yeterli zamana sahip olmaması, hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması, sağlık profesyonellerinin ekip olarak çalışmada yaşadığı iletişim problemleri olduğunu belirtmişlerdir.

Flotta ve arkadaşlarının (2012) 696 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmada tıbbi hataların başlıca üç nedeninin stres, yorgunluk ve çalışma şartları olduğu ifade edilmiştir. Menachemi'nin (2002) 195 hekim ile yürüttüğü araştırmasında tıbbi hataya sebep olan faktörler hekimlerin bilgi seviyeleri, yorgunluk, hekimlerin arasındaki iletişim eksikliği, bilgi teknolojisi gibi faktörler olduğu belirtilmiştir.

Bates ve arkadaşları (2003) tarafından 1054 hekimin katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada hekimlerin tıbbi hataları önlemek için yeterli bilgiye sahip olmadıkları gözlemlenmiştir. Rosen ve arkadaşları (2005) tarafından 831 hekimin katılımıyla yürütülen bir araştırmada iş yükünün hafifletilmesi, kendilerine hasta ile geçirebilecekleri daha çok vakit verilmesi, hastane otomasyon sistemlerinin geliştirilmesi, hasta kayıtlarının elektronik ortamlarda kayıt altına alınması vb. gibi faktörlerin tıbbi hataların azaltılmasında önemli faktörler olduğunu ifade etmişlerdir.

Tagaddosinejad ve arkadaşlarının (2013) 107 hekimin katılımıyla gerçekleştirdikleri araştırmalarında hekimler tıbbi hataların açıklanmasını hasta güvenliğini tehdit eden bir unsur olarak görmüşlerdir. Buna rağmen hekimlerin %88'i hastalara tıbbi hataların açıklanmasını kolaylaştıracak bir sistemin geliştirilmesi yönünde olumlu tutum sergilemişlerdir. Alemdar ve Aktaş (2013) tarafından 78 hemşire üzerinde yürütölen araştırmada katılımcılar tıbbi hataların en büyük nedeni olarak, yorgunluğu, fazla iş yükünü ve uzun çalışma saatlerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan uzman hekimlerin asistan hekimlere göre tıbbi hatalar konusunda daha olumlu ve anlayışlı olduğu, yapılan tıbbi hataların açıkça tartışılması, bildirilmesi, açıklanması ve hatalardan öğrenen bir yönetsel yaklaşım sergilenmesi konusunda daha olumlu bir tutum sergilemişlerdir. Uğrak (2019) tarafından 248 hekim üzerinde yapılan araştırmada uzman hekimlerin asistan hekimlere göre tıbbi hata algısının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak katılımcıların bu yöndeki tutumlarının literatürle uyumlu olduğu görölmektedir.

Araştırmaya katılan 40 yaş ve üzeri hekimler 26-29 yaş arası hekimlere göre, 11 yıl ve üzerinde çalışma yılına sahip olan hekimler 4 yıl ve altı çalışma yılına sahip olan hekimlere göre yapılan tıbbi hataların açıkça tartışılması, bildirilmesi, açıklanması ve hatalardan öğrenen bir yönetsel yaklaşım sergilenmesi konusunda daha olumlu bir tutum sergilemişlerdir. Bu araştırma ile paralellik gösteren çalışmalarını incelediğimizde; Evans ve arkadaşlarının (2006) 186 hekim ve 587 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirdikleri araştırmada 5 yıl ve üzeri tecrübeye sahip olan hekimlerin 5 yıl ve altı tecrübeye sahip olan hekimlere göre tıbbi hataları raporlama ve bildirme oranları daha düşük bulunmuştur.

Raknabadi ve arkadaşları (2018) tarafından 18 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirdikleri nitel araştırmada, daha az deneyime sahip katılımcıların tıbbi hata konusunda farkındalıklarının ve raporlama oranlarının düşük olduğu tespit edilmiştir.

Flotta ve arkadaşlarının (2012) 696 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmasında tecrübe olarak daha az yılda çalışmış hekimler daha olumlu bir tıbbi hata tutumu sergilediği ifade edilmiştir. Mikkelsen ve arkadaşlarının (2006) 727 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmasında genç hekimlerin, yaşlı hekimlere göre tıbbi hataları raporlama konusunda daha eğilimli olduğu rapor edilmiştir.

Araştırmayla paralellik gösteren çalışmaların aksine farklılık gösteren çalışmalarda bulunmaktadır. Yöyler (2019) tarafından 206 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada, 10 yıl ve altı deneyime sahip olan katılımcıların, 10 yıl ve üzerinde deneyime sahip olan katılımcılara göre tıbbi hataları raporlama ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Carandang ve arkadaşlarının (2015) 180 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirdikleri araştırmada ise meslekteki deneyim ile tıbbi hata raporlamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin ortalamasının üzerinde tıbbi hata tutumu sergilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yani, hekimlerin tıbbi hata ve hata bildirim konusundaki farkındalıklarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Blendon ve arkadaşlarının (2002) 831 hekim ve 1.207 halktan kişinin katıldığı olduğu araştırma da hekimlerin yarısından azı tıbbi hataları azaltmaya yönelik müdahalelerin çok etkili olacağına inanıyordu. Mikkelsen ve arkadaşlarının (2006) 727 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmasında hekimlerin tıbbi

hata tutumlarının olumlu seviyede olduğu ifade edilmiştir. Kaldjian ve arkadaşlarının (2008) 338 hekimin katılımı ile gerçekleştirdikleri araştırmada tıbbi hata raporlamayı bilen katılımcıların tıbbi hatalara karşı daha olumlu bir tutum içinde olduğu gözlemlenmiştir. Varjavand ve arkadaşlarının (2012) 510 intörn hekim üzerinde yaptıkları kohort araştırmada 2008-2009 yılı arasındaki intörn hekimler, 1999-2001 yıllarındaki intörn hekimlere göre hatayı kabul etme ve yapılan hataları hastalara açıklama konusunda daha olumlu bir görüş bildirdiği ifade edilmiştir. Yayla (2018) tarafından 182 hekimin katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada hekimlerin tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu ifade edilmiştir.

Literatür incelendiğinde araştırmayla farklılık gösteren çalışmalara da rastlanılmıştır. Aktan (2019) tarafından 362 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada, katılımcıların tıbbi hata tutumlarının ortalamanın altında yani olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Güleç (2012) tarafından 287 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada, hekimlerin tıbbi hata bildirim konusundaki tutumlarının olumsuz seviyede olduğu tespit edilmiştir.

## **5.2. DEFANSİF TIP UYGULAMALARI TUTUMU İLE İLGİLİ BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA**

Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde, defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği puanlarının yaş, medeni durum, çalıştıkları bölüm, günlük bakım verilen hasta sayısı değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir. Ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalar incelendiğinde; Biçen (2018) ve Kalaman (2019) çalışmalarında yaş değişkeni, Göçen vd. (2018), Kalaman (2019), Yorulmaz ve Sabırlı (2019) çalışmalarında medeni durum değişkeni, Biçen (2018), Kalaman (2019), Göçen vd. (2018), Yorulmaz ve Sabırlı (2019) çalışmalarında çalışılan bölüm değişkeni ve Biçen (2018) çalışmasında günlük bakım verilen hasta sayısı değişkeni ile istatistiksel

olarak anlamlı fark göstermediğini tespit etmiştir. Bu çalışmaların, araştırmayla paralellik gösterdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin pozitif defansif tıp tutumlarının ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Yani hekimler davalarla karşı karşıya kalmamak için daha fazla tetkik isteme, hastaların endikasyonları dahilinde yazabileceği ilaçlardan çoğunu yazma, daha fazla konsültasyon isteme, görüntüleme tekniklerini daha sık kullanma, yapılacak tıbbi uygulamaları hastalarına daha detaylı açıklama, hastalarına daha fazla zaman ayırma, kayıtları daha detaylı tutma ve aydınlatılmış onam formlarına büyük önem verme konusunda eğilim göstermişlerdir. Bu konularda yapılan ulusal ve uluslararası araştırmalar incelendiğinde ise, Passmore ve Leung (2002) tarafından 154 psikiyatri hekiminin dahil olduğu araştırmada hekimlerin %75'inin geçen ay içerisinde dört defansif tıp tutumu uygulamasından en az birini uyguladığı, %66' sının detaylı hasta kaydı tuttuğu, %21'i hasta kabulü sırasında aşırı dikkatli ve ihtiyatlı davrandığı ve %29'u hastalarda olması gerekenden daha fazla incelemede bulunduğunu belirtmişlerdir.

Lungren ve arkadaşlarının (2011) yaptığı retrospektif araştırmada 500 ardışık tanısal omurga MR'ı geriye dönük olarak incelenmiştir. Sonuç olarak, görüntüleme ekipmanları kendilerine ait olduğu zaman hekimlerin istemde bulunduğu MR'ların %86 gibi yüksek bir oranda patolojik olmayan sonuçlar olduğu görülmüştür. Başer ve arkadaşlarının (2014) 81 aile hekimi üzerinde yaptığı araştırmada hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hekimlerin %37'sinin fazladan tetkik isteme, %77,9'unun hastaların endikasyonları dahilinde yazılabilecek ilaçların çoğunu yazma, %61,7'sinin konsültasyon isteme, %68'inin hastalarına daha detaylı açıklamalarda bulunma, %93,8'inin kayıtlarını daha detaylı tutma gibi defansif davranışlar sergilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Miller ve arkadaşları (2012) tarafından 72 ortopedist üzerinde yapılan araştırmada 2.068 görüntüleme istemi değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, toplam istem içinde defansif amaçlı yapılanların oranı %19,1 iken toplam maliyet içindeki oranı ise %34,7 bulunmuştur. Son 5 yıl içinde hukuki bir süreçle karşılaşan hekimler karşılaşmayanlara kıyasla, 15 yıldan daha uzun süredir hizmet veren hekimler daha az süredir hizmet verenlere kıyasla, özel bir kurumda hizmet veren hekimler akademik ortamda bulunan hekimlere kıyasla, uzman ortopedistlerin diğer ortopedistlere kıyasla daha defansif davrandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Olearly ve arkadaşlarının (2011) 335 asistan hekim ve tıp fakóltesi 4. sınıf öğrencileri ile yaptıkları araştırmada, tıp fakóltesi öğrencilerinin %34'ü, asistan doktorların %96'sı en az bir kez pozitif defansif tıp uygulamalarından birini uyguladıklarını belirtmiştir. Nahed ve arkadaşlarının (2012) Amerika Birleşik Devletleri'nde 1.028 beyin cerrahı üzerinde yaptıkları araştırmaya göre, katılımcıların %72'si ek görüntüleme tetkiki isteyerek, %67'si fazladan laboratuvar tetkiki yaparak, %40'ı ilaç reçetesi yazarak defansif tıp uygulamaları yaptıkları rapor edilmiştir.

Studdert ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir araştırma da yüksek sorumluluk dâhilinde olan uzmanlık alanlarında çalışan 824 hekimin %59'u sıklıkla tıbbi standartlarda olması gerekenden daha fazla istemde bulunduğunu belirtmiştir. Ankete katılanların üçte biri genellikle olması gerekenden daha fazla ilaç reçete ettiğini bildirmiştir. Acil doktorları, ortopedistler ve beyin cerrahlarının yarısından fazlası klinik olarak gerekli olmayan MR, bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme tekniklerini kullandıklarını belirtmişlerdir.

Hiyama ve arkadaşlarının (2006) 131 Japon gastroenterolog üzerinde yaptığı araştırmada hekimlerin %68'i bazen hastaları gereksiz yere başka uzmanlara yönlendirdiklerini, %54'ü gereksiz invaziv prosedürler önerdiklerini, %36'sı gerekenden daha fazla istemde bulunduğunu, %16'sı gerekenden daha fazla reçete yazdığını bildirmişlerdir. Asher ve arkadaşlarının (2012) farklı branşlardaki 877 hekim üzerinde yürüttüğü araştırmada hekimlerin %59'unun fazladan tetkik istediği ve görüntüleme tekniklerini sık kullandığı, %50'sinin daha fazla konsültasyon istediği, %24'ünün invaziv prosedürler istediği rapor edilmiştir. Sonuç olarak defansif tıp ile ilgili mevcut literatür gözden geçirilmiş ve çalışmanın sonuçlarının literatür ile benzerlik gösterdiği gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin negatif defansif tıp tutumlarının ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Yani hekimler, davalarla karşı karşıya kalmamak için dava eğilimi olan hastalardan kaçınma, komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınma ve tıbbi uygulama hataları ile ilgili gelişmelerin medyada yer aldıkça tedirginlik hissetme konularında ortalamanın üzerinde bir katılım sağlamışlardır. Passmore ve Leung (2002) tarafından yapılan araştırmada defansif tıbbi uygulamalara yönelmelerinin en önemli iki nedeni olarak bir meslektaşının daha önce yaşadığı şikayet deneyimi ve medyada yer alan haberlerle ilgili oluşan endişe nedeniyle yaptığı sonucuna ulaşılmıştır.

Başer ve arkadaşlarının (2014) 81 aile hekimi üzerinde yürüttüğü çalışmada hekimlerin %55,5'inin dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığı, %54,3'ünün kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığı, %71,6'sının komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçındığı sonucuna ulaşılmıştır. Olearly ve arkadaşlarının (2010) 194 tıp fakültesi 4. sınıf öğrencileri ile 141 asistan hekim ile yaptıkları araştırmada, tıp fakültesi öğrencilerinin %92'si, asistan hekimlerin %43'ünün en az bir kez negatif defansif tıp uygulamalarından birini uyguladığı belirlenmiştir.

Nahed ve arkadaşlarının (2012) Amerika Birleşik Devletleri'nde 1.028 beyin cerrahı üzerinde yaptıkları araştırmaya göre, hekimlerin %45'inin endişe nedeniyle yüksek riskli hastaları tedavi etmedikleri rapor edilmiştir. Studdert ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir araştırma da yüksek sorumluluk dâhilinde olan uzmanlık alanlarında çalışan 824 hekimin %52'si gereksiz durumlarda hastaları diğer uzmanlara yönlendirdiklerini bildirmiştir. Hekimlerin üçte biri genellikle belirli prosedürlerden veya müdahalelerden kaçındığını bildirmişlerdir. Çalışmaya katılan hekimlerin arasında tedaviyi tamamen terk etme ve yüksek riskli vakaları elemek en yaygın uygulamalar olarak belirtilmiştir.

Hiyama ve arkadaşlarının (2006) 131 Japon gastroenterolog üzerinde yaptığı araştırmada hekimlerin %96'sı negatif defansif tıp uygulamalarını uyguladıklarını, %75'i genellikle belirli prosedürlerden veya müdahalelerden kaçındıklarını, %53'ü yüksek riskli hastalara bakmaktan kaçındıklarını bildirmişlerdir. Tüm bunların sonucunda ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalar incelendiğinde sonuçların bu araştırmayı desteklediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimler daha önce defansif tıp kavramını duyduklarını fakat yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Biçen (2018) 243 tıpta uzmanlık öğrencisi ile gerçekleştirildiği çalışmasında katılımcılar bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu bulguların aksine Dedeoğlu (2012) tarafından 255 hekimin katılımıyla yürütülen araştırmada hekimlerin çoğu, hukuki ve cezai sorumlulukları ile ilgili eğitim almadan kendilerini yeterli düzeyde bilgili bulmuştur. Passmore ve Leung (2002) tarafından 154 psikiyatri hekimin katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada da hekimlerin çoğunun son bir ay içerisinde defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmada kritik olayların anlatıldığı daha iyi eğitim süreci ile defansif tıbbi uygulamaların azaltılabileceği ifade edilmiştir.



Araştırmaya katılan hekimlerin neredeyse tamamı hekimlik meslekleri süresince malpraktis nedeniyle haklarında dava açılmadığını belirtmişlerdir. Hayır, yanıtını veren hekimlerin büyük bir çoğunluğunu da asistan hekimler ve cerrahi birimlerdeki hekimler oluşturmaktadır. Çalışmayla benzer bulgulara sahip olan yani dava açılma oranlarının düşük olduğu çalışmalar bulunmaktadır. Ortashi ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan araştırmada, İngiltere'deki 204 hekim üzerinde yaptığı araştırma sonucunda, hekimlerin %14'ünün doğrudan dava deneyimine sahip olduğu rapor edilmiştir. Uğrak'ın (2019) farklı branşlardaki 248 hekim üzerinde yaptığı bir araştırmada hekimlerin %7,8'inin daha önce bir davanın içinde bulunduğu, %10,9' unun malpraktis iddiasıyla şikâyet edildiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Aynacı (2008) tarafından yürütülen çalışmada dava açılma oranı %12,6 bulunmuştur. Selçuk (2015) tarafından 220 hekimin katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada dava açılma oranının %10,5 olduğu tespit edilmiştir.

Düşük dava oranlarının aksine literatürde yüksek dava oranlarına sahip çalışmalarda bulunmaktadır. Nahed ve arkadaşlarının (2012) Amerika Birleşik Devletleri'nde 1.028 beyin cerrahisi üzerinde yaptıkları araştırmaya göre, hekimlerin %41'i kariyerlerinde en az bir kez yasal durumla karşılaştıklarını bildirmiştir. Studdert ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir araştırmada yüksek sorumluluk dâhilinde olan uzmanlık alanlarında çalışan 824 hekimin %48'i 3 yıl içinde, %39'u daha önceki yıllarda ve %13'ü de hiçbir şekilde davalarla karşı karşıya kalmamıştır. Asher ve arkadaşlarının (2012) farklı branşlardaki 877 hekim üzerinde yürüttüğü araştırmada 219 hekim daha önce en az bir kez dava açıldığını ayrıca 253 hekimin isminin dolaylı olarak davalarda geçtiğini bildirmiştir.

Katılımcı hekimlerin neredeyse tamamı malpraktis davalarının hekimlik performanslarına etki edeceğini düşünmektedirler. Evet, yanıtını veren hekimlerin büyük çoğunluğunu ise asistan hekimler oluşturmaktadır. Olearly ve

arkadaşlarının (2010) 194 tıp fakültesi 4. sınıf öğrencileri ile 141 asistan hekim ile yaptıkları araştırmada, 121 öğrencinin %41'i ve 68 asistan hekimin %53'ü klinik tercihlerinde dava edilebilirliğin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Asher ve arkadaşlarının (2012) farklı branşlardaki 877 hekim üzerinde yürüttüğü araştırmada, hekimlerin çoğu İsrail'deki artan tıbbi dava oranlarının hastalarına mümkün olan en iyi tıbbi tedaviyi vermelerini engellediğini iddia etmiştir. 712 hekim son zamanlarda artan yüksek dava oranlarının sağlık bakım hizmetlerini etkilediğini düşünmektedir.

Görüldüğü üzere defansif tıbbın sağlık hizmetlerinin kalitesine ve hasta-hekim arasındaki ilişkiye etkileri vardır. Bunlar bazı hekimlerde hastayı daha fazla bilgilendirmek ve hastasına daha fazla zaman ayırmak gibi uygulamalarla yansırken, bazı hekimlerde hastayı ve tedaviyi bırakmak gibi uygulamalarla yansımaktadır (Altındış, 2014).

Araştırmaya katılan erkek hekimlerin kadın hekimlere göre daha fazla negatif defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu sonucuna ulaşılmış olup, Özata ve arkadaşlarının (2019) 229 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği çalışmada erkeklerin daha fazla yüksek riskli ve karmaşık vakalardan kaçındığı rapor edilmiştir.

Araştırmayla paralellik gösteren bu bulguların aksine, Moosazadeh ve arkadaşları (2014) tarafından yürütülen araştırmada kadınların, erkeklere göre daha fazla negatif defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır. Solaroğlu ve arkadaşları (2014) ile Tanrıverdi ve arkadaşları (2015) tarafından yürütülen araştırmalarda ise cinsiyet ve defansif tıbbi uygulamalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin uzman hekimlere göre, 5-10 yıl arası çalışanlar 11 yıl ve üzeri çalışanlara göre daha fazla defansif davrandıkları sonucuna ulaşılmış olup, Catino'nun (2011) İtalya'daki 307 hekim üzerinde yaptığı araştırmada genç olan doktorların defansif tıbbi uygulamalara daha meyilli olduğu ortaya çıkmıştır.

Hiyama ve arkadaşlarının (2006) 131 Japon gastroenterolog üzerinde yaptığı araştırmada 20 yıldan fazla süredir görev yapan tecrübeli gastroenterologların, daha az negatif defansif tıbbi davranışta buldukları ifade edilmektedir. Özer (2019) tarafından yürütülen araştırmada asistan hekimlerin uzman hekimlere göre daha fazla ve gerekli olmayan istem yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaları incelediğimizde genç hekimlerin daha savunmacı davrandığı bununda karşılaştıkları vaka sayısının az olmasından yani tecrübenin deneyimli hekimlere göre daha az olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin ortalamanın üzerinde defansif tıp tutumu sergilediği sonucuna ulaşılmıştır. Lazar (2008) tarafından aktarılan ve Massachusetts Tıp Derneği tarafından yapılan bir araştırmada hekimlerin %83'ünün defansif tıp uyguladığı ortaya çıkmıştır. Bishop ve arkadaşlarının (2010) farklı branşlardaki 1.231 hekim üzerinde yaptığı araştırmada hekimlerin %91'inin defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır. Olearly ve arkadaşlarının (2010) 194 tıp fakültesi 4. sınıf öğrencileri ile 141 asistan hekim ile yaptıkları araştırmada, tıp eğitimi almakta olan kişilerin klinik tercihlerinde dava edilmemek için oldukça sık defansif davrandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Özer (2019) tarafından nitel ve nicel olarak yürütülen araştırmada hekimlerin %99'u en az bir veya birden fazla defansif tıbbi uygulamalara başvurduklarını belirtmişlerdir.

Catino'nun (2011) İtalya'daki 307 hekim üzerinde yaptığı araştırmada hekimlerin %77,9'u son bir ayda en az bir kez defansif tıp uyguladıklarını belirtmişlerdir. Motta ve arkadaşlarının (2015) 100 uzman hekimin katılım sağladığı araştırmada, hekimlerin %46'sı "sıklıkla her zaman" herhangi bir tanı veya tedavi prosedürünü uygularken performansında yasal endişelerden kaynaklı yansımalar olabileceğini beyan etmiştir. Vakaların %50'sinde hekimlerin yasal endişelerinin hastalarla arasındaki iletişime büyük etkileri olduğunu ve bunun da beraberinde daha sık defansif uygulamalara yönelimi getirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Ortashi ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan araştırma da, İngiltere'deki 204 hekim üzerinde yaptığı araştırma sonucunda, hekimlerin %78'i defansif tıbbi uygulamalara başvurduğunu belirtmişlerdir. Studdert ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir araştırma da yüksek sorumluluk dâhilinde olan uzmanlık alanlarında çalışan 824 hekimin %93'ü defansif davrandıklarını bildirmişlerdir. Hiyama ve arkadaşlarının (2006) 131 Japon gastroenterolog üzerinde yaptığı araştırmada hekimlerin %98'i defansif tıbbi uygulamalardan en az birini uyguladıklarını belirtmişlerdir. Asher ve arkadaşlarının (2012) farklı branşlardaki 877 hekim üzerinde yürüttüğü araştırmada 526 hekim defansif tıbbi uygulamalara başvurduğunu kabul etmiş ve bu hekimlerin arasında cerrahi uzmanlar ile daha önce davaya maruz kalanların daha çok olduğu rapor edilmiştir.

Literatür incelendiğinde çalışmalarda hekimlerin defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu ve savunmacı davrandığı görülmektedir. Özer (2019) ile Assing ve arkadaşları (2017) tarafından yürütölen araştırmalarda hekimlerin hukuki davalarla karşılaşmamak amacıyla başvurdukları defansif tıbbi uygulamaların, yeni tedavi protokolleri olduğunu ifade etmişlerdir.

## 6. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Defansif tıp ve tıbbi hatalar sağlık hizmetleri alanında büyük önem arz etmekte iken son yıllarda defansif amaçlı yapılan tıbbi uygulamaların, tıbbi hata sayılarının ve buna bağlı davaların artması (Chawla ve Gunderman, 2008) konuların önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Bilimsel olarak tartışmalı bir konu olan defansif tıp kavramının son yıllarda üzerine daha çok düşülen ve araştırma konusu olan bir kavram olduğu da dikkat çekmektedir. İçinde bulunduğumuz zamanda bir çok faktörün etkisi altında olan defansif tıp kavramı, farklı şekillerde hekimi, hastayı, sağlık hizmetlerini ve sağlık kuruluşlarını etkilemektedir (Baicker vd., 2015; Benbassat vd., 2001; Konetzka vd., 2013; Mechanic, 1976; Mello vd., 2005; Mello vd., 2010; Osti ve Steyrer, 2017; Reschovsky ve Saiontz-Martinez, 2017; Rothberg vd., 2014; Segal, 2012; Vandersteegen vd., 2015).

Defansif tıp uygulamaları ve tıbbi hataların sağlık hizmetlerine olan etkileri ise ulusal ve uluslararası literatürde üzerinde çalışmalar yapıldığı bir konu olmaktadır. Çalışmada geçen bu iki kavramın sağlık hizmetlerinde kaliteye, maliyeti açısından sağlık ekonomisine ve hasta güvenliğine olan etkileri ile araştırmaya değer bir konu olarak ele alınmış ve bu çalışmanın önemini ortaya koymuştur.

Araştırmanın evrenini Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki hekimler oluşturmaktadır. Araştırmada belirli bir örneklem hesaplaması yapılmayıp evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış ve 207 hekimden sağlıklı veri elde edilmiştir.

Araştırmanın hipotezlerini test etmek için yapılan analizler sonucunda elde edilen bulguların değerlendirilmesiyle aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Katılımcıların pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp uygulamaları adına ortalamanın üzerinde bir tutum sergilediği görülmektedir.
- Katılımcı hekimler daha önce defansif tıp kavramını duymalarına rağmen bu konuda yeterli bilgi sahibi değildir.

Öneri: Tıbbi hatalar ve defansif tıp konusunda düzenli aralıklarla eğitimler yapılmalı ve gerçek vakalar tartışılarak tüm bunları azaltmaya ve çözüme kavuşturmaya yönelik öneriler ortaya konulmalıdır.

- Araştırmaya katılan hekimlerin neredeyse tamamı hekimlik meslekleri süresince malpraktis nedeniyle haklarında dava açılmadığını belirtmelerine rağmen ortalamanın üzerinde bir defansif tıp tutumu olduğu görülmektedir.
- Malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceği görüşüne hekimlerin neredeyse tamamı katılım göstermiştir.
- Araştırmaya katılan erkek hekimlerin daha fazla negatif defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Araştırmaya katılan asistan hekimlerin uzman hekimlere göre, 5-10 yıl arası çalışan hekimlerin 11 yıl ve üzeri çalışan hekimlere göre daha fazla defansif davrandığı görülmektedir.

Öneri: Daha önce başından hukuki bir süreç geçmiş olan hekimlerin, mesleğe yeni adım atmış olan hekimlerle tecrübelerini paylaşmasının yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

- Tüm katılımcı hekimlerin hukuki davalara karşı kendini korumak ve savunmak amacıyla uygulamalara başvurması konusunda ortalamanın üzerinde defansif tıp tutumu sergilediği sonucuna ulaşılmıştır.
- Katılımcı hekimler, tıbbi hataların ve nedenlerinin çalışanlarla açıkça tartışılması, yapılan tüm hataların bildirilmesinden yana olunması, kurum yöneticilerinin tıbbi hatalara karşı olumlu bir tutum sergilemesi, meydana gelen hataların ve nedenlerinin üst yönetim tarafından tartışılması gerektiği ve tıbbi hataların hasta/hasta yakınına açıklanması konusunda ortalamanın üzerinde katılım göstermiştir.

Öneri: Tıbbi hata bildirimini yapan hekimlerin bildirimlerine geri dönüş sağlanır ve bu yaptığı bildirim katkıları somutlaştırılırsa tıbbi hata bildirim oranlarının artış gösterebileceği düşünülmektedir.

Öneri: Tıbbi hataların bildirilmesinin önündeki engellerin neler olduğu ile ilgili çalışmalar yapılmalı ve engellerin ortadan kaldırılabilmesi için stratejik planlar önerilebilir.

- Araştırmaya katılan hekimler, tıbbi hataların ortaya çıkış nedenlerini, sistem yetersizlikleri, bilgi eksikliği, tedavi ve muayene edilen hasta sayısının çok olması, çalışma saatlerinin uzun olması, meydana gelen tıbbi hataların çoğunun önlenebilecek durumlardan kaynaklandığı ve tıbbi hataların bildirilmesinin hasta güvenliğini artırdığı konularında ortalamanın üzerinde bir tutum sergilemişlerdir.

Öneri: Hekim başına bakım verilen hasta sayısının fazla olması, yoğun iş yükü ve çalışma şartları, stres vb. nedenlerin sonucu olarak tıbbi hatalar meydana gelebilmektedir. Tüm bunlara çözüm olabilecek şekilde hekim başına düşen hasta sayısını azaltmak için politikalar geliştirilmeli ve buna yönelik hekim alımı yapılmalıdır. Böylelikle hekimlerin günlük bakım verdiği hasta sayısı azalacak, hastalara daha kaliteli vakit ayrılmış olacaktır.

- Araştırmaya katılan uzman hekimlerin asistan hekimlere göre, 40 yaş ve üzeri hekimlerin 26-29 yaş arası hekimlere göre, 11 yıl ve üzerinde tecrübeye sahip olan hekimlerin 4 yıl ve altı çalışma yılına sahip olan hekimlere göre tıbbi hatalar konusunda daha olumlu ve anlayışlı olduğu, yapılan tıbbi hataların açıkça tartışılması, bildirilmesi, açıklanması ve hatalardan öğrenen bir yönetsel yaklaşım sergilenmesi konusunda daha olumlu bir tutum içinde olduğu gözlemlenmiştir
- Araştırmaya katılan tüm katılımcıların ortalamasının üzerinde bir tıbbi hata tutumu içinde oldukları gözlemlenmiştir.

Bu alanda yapılacak gelecek çalışmalar için öneri şöyledir:

- Bu araştırma bir üniversite hastanesinde görev yapmakta olan hekimler üzerinde yapılmıştır. Gelecek çalışmalarda üniversite hastanesi, sağlık bakanlığı hastanesi ve özel hastane çalışmaya dahil edilerek hastane mülkiyetinin tıbbi hata ve defansif tıp tutumu üzerindeki etkisinin incelenmesi önerilebilir.



## KAYNAKÇA

- Akgün, S., Al-Assaf A.F. (2007). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 3, 42-47.
- Akıncı, S. B., Sarıcaoğlu, F., Erden, İ. A., Köseoğlu, A. ve Aypar, Ü. (2013). Anesteziyologlarda Defansif Tıp Uygulamalarının Araştırılması, *Anestezi Dergisi*, 21(1), 151 -156.
- Aktan, U. (2019). *Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutumlarının Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.
- Alemdar, D.K., Aktaş, Y.Y., (2013). Medical Error Types And Causes Made By Nurses in Turkey. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 307-314.
- Ali, A. A., Hummedia, M. E., Elhassan, Y. A. M., Nabag, W. O. M., Ahmed, M.A.A., Adam, G.K. (2016). Concept Of Defensive Medicine And Litigation Among Sudanese Doctors Working in Obstetrics And Gynecology, *BMC Medical Ethics*, 17(12),1-5.
- Alsulami, S. L., Sardidi, H. O., Almuzaini, R. S., Alsaif, M. A., Almuzaini, H. S., Moukaddem, A. K. and Kharal, M. S. (2019). Knowledge, Attitude And Practice On Medication Error Reporting Among Health Practitioners In A Tertiary Care Setting In Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 40(3), 246-251.
- Altındış, M. (2014), Tıbbi, Etik, Malpraktis ve Defansif Tıp. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 31, 86-91.
- Altun, G., Yorulmaz, A.C. (2010). Yasal Değişiklikler Sonrası Hekim Sorumluluğu ve Malpraktis. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 27(1), 7-12.

- Altuncan, H. (2009). *Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Aronson, J.K. (2009). Medication Errors: Definitions And Classification. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67(6), 599-604.
- Asher, E., Greenberg-Dotan, S., Halevy, J., Glick, S., Reuveni, H. (2012). Defensive Medicine In Israel - A Nationwide Survey. *Plos One*, 7(8), e42613.
- Assing Hvidt, E., Lykkegaard, J., Pedersen, L. B., Pedersen, K. M., Munck, A., and Andersen, M. K. (2017). How Is Defensive Medicine Understood And Experienced In A Primary Care Setting? A Qualitative Focus Group Study Among Danish General Practitioners. *BMJ Open*, 7(12), e019851.
- Aşcıoğlu, Ç. (1993). *Tıbbi Yardım Ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Doktorların Devletin Ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu (Cezai Ve Hukuki)*. Ankara: Tekişik Ofset.
- Aydaş, S. (2014). *Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Davranışları*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Aynacı, Y. (2008). *Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Benbassat, J., Pilpel, D. and Schor, R. (2001). Physicians' Attitudes Toward Litigation And Defensive Practice: Development Of A Scale. *Behavioral Medicine*, 27(2), 52-60.
- Baicker, K., Wright, B. J. and Olson, N. A. (2015). Reevaluating Reports Of Defensive Medicine. *Journal Of Health Politics, Policy And Law*, 40(6), 1157-1177.
- Ball, J. R. (1971). The Malpractice Threat: A Study Of Defensive Medicine. *Duke Law Journal*, 939, 939-993.

- Barlıoğlu, H. C. (2018). Defansif Tıp Unsuru Olarak Tıbbi Malpraktis. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Başer, A., Kolcu, G., Çığırgil, Y., Kadıncız, B. Ve Öngel, K. (2014). İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 3, 16-24.
- Başer, A., Kolcu Başer, M.İ., Kolcu, G. ve Balcı G.Ö. (2014). Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenilirliği: Ön Çalışma. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 24 (2), 99-102.
- Bates, J. E., Phelps, C., Johnson, C. W. (2003). The Physician's Perception Of Medical Error And its Application To The Development of an Educational Training Tool. Paper Presented at The AMIA Annual Symposium Proceedings.
- Biçen, E. (2018). *Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması*. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Bilge, Y. (2012). Tıpta Uygulama Hatalarının Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi. Bilge, Y., Geçim, İ.E. (Ed.). *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları (7-12)*. Ankara: Ofset Digital.
- Bishop, T.F., Federman, A. D., Keyhani, S. (2010). Physicians' Views On Defensive Medicine: A National Survey. *Archives Of Internal Medicine*, 170(12), 1081-1083.
- Blendon, R.J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E. et al. (2002). Views Of Practicing Physicians And The Public On Medical Errors. *New England Journal Of Medicine*, 347, 1933–1940.
- Bodur, S., Filiz, E. ve Durduran Y. (2011). Sağlık Personeli ve Toplumun Tıbbi Hatalar ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 21(4), 123-130.

- Bodur, S., Filiz, E. ve Kapç, C. (2012). Ebelik Ve Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutumu. *Genel Tıp Dergisi*, 22(2), 37–42.
- Can, İ. Ö., Özkara, E., Can, M. (2011). Yargıtay da Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 69-76.
- Carandang, R. R., Resuello, D., Hocson, G. B., Respicio, K. M. and Reynoso, C. (2015). Knowledge, Attitude And Practices On Medication Error Reporting Among Health Practitioners From Hospitals In Manila. *Scholars Academic Journal Of Pharmacy*, 4(5), 293-300.
- Carmi, A. (1988-1989). Human Rights in Medicine and Law. *Medicine and Law*, 7, 409-416.
- Catino, M. (2011). Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side Effects Of Medical Litigation. *Safety Science Monitor*, 1(15), 1-12.
- Cebeci, F., Gürsoy, E., Tek, S. (2012). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 188-196.
- Chang, T.T.Y. (1991). *An Economic Assessment Of Defensive Medicine*. Doctoral Thesis, University Of Hawaii, ABD.
- Chawla, A. and Gunderman, R. B. (2008). Defensive Medicine: Prevalence, Implications and Recommendations. *Academic Radiology*, 15(7), 948-949.
- Chen, J., Majercik, S., Bledsoe, J., Connor, K., Morris, B., Gardner, S., et al. (2015). The Prevalence And Impact Of Defensive Medicine In The Radiographic Workup Of The Trauma Patient: A Pilot Study. *The American Journal Of Surgery*, 210(3), 462-467.
- Çakır, A., Tütüncü, Ö. (2009). İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. H. Kırılmaz (Ed.). *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*(189-205). Ankara: Turunç Matbaacılık.

- Çelik, F. (2013). Komplikasyon. S.Akyıldız (Haz.).*Tıp Hukuku Atölyesi* (s. 77-104). Ankara: Seçkin Yayınları.
- Çetin, G. (2006). Tıbbi Malpraktis. Çetin, G., Yorulmaz, C. (Haz.). *Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki Ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis Ve Adli Raporların Düzenlenmesi*(31-42). *İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 48, İstanbul.
- Dedeoğlu, A. K. (2012). *Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Müdahale Ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Ölçümü: Ankara İli Özel Hastaneler Uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Demir Zencirci, A. (2010). Hemşirelik Ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 67-74.
- Dijck, V.G. (2013), Assessing The Defensive Practices Concern In Tort Law. Bridging The Gap Between Empirical Analysis and Doctrinal Reasoning. *Tilburg Law School Legal Studies Research Paper Series*, 12, Netherlands.
- Dirnhofer, R., Wyler, D. (1997). Treatment Failure From The Viewpoint Of Forensic Medicine. *Ther Umsch*, 54(5), 272-279.
- Dove, J.T., Brush, J.E., Chazal, R.A. and Oetgen, W.J. (2010). Medical Professional Liability and Health Care System Reform, *Journal Of The American College Of Cardiology*, 55(25), 2801-2804.
- Er, F., Altuntaş, S. (2016). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları Ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(3), 132–139.
- Ellyson, A. (2015). *Medical Malpractice and Family Medicine: Physician Supply, Choices, And Patient Outcomes*. Doctoral Thesis. Florida State University, ABD.

- Erman, R.B. (2012). Sağlık Hukuku Hasta Kadar Hekimi de Korur mu?. G. Çetin, A. Kaya (Ed.). *Y.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*(s.32-43). İstanbul: Doyuran Matbaası.
- Ertem, G., Oksel, E., Akbıyık, A. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 84(1), 1-10.
- Evans, S. M., Berry, J., Smith, B., Esterman, A., Selim, P., O'shaughnessy, J. et al. (2006). Attitudes And Barriers To Incident Reporting: A Collaborative Hospital Study. *Quality And Safety In Health Care*, 15(1), 39-43.
- Flotta, D., Rizza, P., Bianco, A., Pileggi, C., Pavia, M. (2012). Patient Safety and Medical Errors: Knowledge, Attitudes And Behavior Among Italian Hospital Physicians. *International Journal For Quality In Health Care*, 24(3), 258-265.
- Fragar, J. A. (2014). *The Role Of Attitudes In Reducing Medical Error and Improving Patient Quality And Safety*. Doctoral Thesis, Saint Louis University, ABD.
- Garbutt, J., Brownstein, D. R., Klein, E. J., Waterman, A., Krauss, M. J., Marcuse, E. K. et al. (2007). Reporting And Disclosing Medical Errors: Pediatricians' Attitudes And Behaviors. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(2), 179-185.
- George, D. and Mallery, M. (2010). *SPSS For Windows Step By Step: A Simple Guide And Reference*. Boston: Allyn & Bacon.
- Göçen, Ö., Yılmaz, A., Aslanhan, H., Celepkolu, T., Tuncay, S., Dirican, E. (2018). Assistant Physicians Knowledge And Attitudes about Defensive Medical Practices, Work-Related Stress And Burnout Levels. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 12(2), 77–87.
- Gökşen, Ö. (2014). Defansif Tıp ve Tıbbi Malpraktis Uygulamalarının Hukuki Boyutu, Çözüm Önerileri ve Mesleki Sorumluluk Sigortası. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

- Gören, Ş. Y. (2018). *Tıbbi Hata Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerin Bilgi Ve Tutumlarına Etkisi*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Güleç, D. (2012). *Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir.
- Habraken, M.K., Schaaf, T.V., Jonge, J.D., Ruttle, C. (2010). Defining Near Misses: Towards A Sharpened Definition Based on Empirical Data About Error Handling Processes. *Social Science and Medicine*, 70(9), 1301-1308.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. and Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis*. ABD: Pearson Education Limited.
- Hermer, L. D., Brody, H. (2010). Defensive Medicine, Cost Containment, And Reform. *Journal Of General Internal Medicine*, 25(5), 470-473.
- Hershey, N. (1972). The Defensive Practice Of Medicine: Myth Or Reality. *The Milbank Memorial Fund quarterly*, 50(1), 69-97.
- Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., Urabe, Y., Ikegami, Y., Fukuhara, T. et al. (2006), Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists in Japan. *World Journal of Gastroenterol*, 12(47), 7671-7675.
- Işık, O., Akbolat, M., Çetin, M., Çimen, M. (2012). Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4), 421-430.
- Işık, K. Z. (2018). *Defansif Tıp Uygulamalarında İdarenin Sorumluluğu*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Kahriman, İ., Öztürk, H. (2016). Evaluating Medical Errors Made by Nurses During Their Diagnosis, Treatment and Care Practices. *Journal Of Clinical Nursing*, 25(19), 2884–2894.

- Kalamam, K. G. (2019). *Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar Ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H. And Rosenthal, G. E. (2007). Disclosing Medical Errors to Patients: Attitudes And Practices Of Physicians And Trainees. *Journal Of General Internal Medicine*, 22(7), 988-996.
- Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H. And Rosenthal, G. E. (2008). Reporting Medical Errors to Improve Patient Safety: A Survey Of Physicians in Teaching Hospitals. *Archives Of Internal Medicine*, 168(1), 40-46.
- Kandemir, A. (2019). *Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutum Ve Eğilimlerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Kapp, M. B., (1993). Informed Consent To Defensive Medicine: Letting The Patient Decide. *Pharos*, 56, 12-14.
- Karaağaç, M. (2019). *Dijital Hastane Sistemlerinin Hemşirelerin Zihinsel İş Yükü ve Tıbbi Hataya Eğilimlerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Karataş, M., Yakıncı, C. (2010). Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 17(3), 233-236.
- Kayış, A. (2017). Güvenirlilik Analizi. Ş. Kalaycı (Ed.). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri* (s. 403-419). Ankara: Dinamik Akademi.
- Kessler, D.P. (2001). Evaluating the Medical Malpractice System and Options For Reform. *Journal Of Economic Perspectives*, 25(2), 93-110.
- Kiesewetter, J., Kager, M., Lux, R., Zwissler, B., Fischer, M. R. And Dietz, I. (2014). German Undergraduate Medical Students' Attitudes and Needs Regarding Medical Errors and Patient Safety-A National Survey in Germany. *Medical Teacher*, 36(6), 505-510.



- Kiymaz, D., Koç, Z. (2018). Identification Of Factors Which Affect The Tendency Towards And Attitudes Of Emergency Unit Nurses To Make Medical Errors. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1160-1169.
- Koç, S. (2007). Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumluluğu. *Türkderm*, 41,33-38.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. and Donaldson, M. S. (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America: Washington, DC: National Academy Press.
- Konetzka, R. T., Park, J., Ellis, R. and Abbo, E. (2013). Malpractice Litigation And Nursing Home Quality Of Care. *Health Services Research*, 48(6), 1920-1938.
- Korkmazer, F., Yıldız, A. ve Ekingen, E. (2016). Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 141-154.
- Kumar, P. (2010). The Myth of Inexpensive Defensive Medicine, *Health Affairs*, 29(11), 2126.
- Lazar, K. (18 November 2008). *Doctors' Fear Of Lawsuits Tied To Added Costs Of\$1.4b*.  
Erişim:[http://archive.boston.com/news/local/massachusetts/articles/2008/11/18/doctors\\_fear\\_of\\_lawsuits\\_tied\\_to\\_added\\_costs\\_of\\_14b/?page=2](http://archive.boston.com/news/local/massachusetts/articles/2008/11/18/doctors_fear_of_lawsuits_tied_to_added_costs_of_14b/?page=2).
- Leape, L. L., (1994). Error in Medicine. *JAMA*, 272(23), 1851-1857.
- Leape, L. L., Lawthers, A. G., Brennan, T. A., Johnson, W. G. (1993). Preventing Medical Injury. *Quality Review Bulletin*, 19(5), 144-149.
- Lungren, M. (November, 2011). *A Case Study in Lumbar Spine MRI and Physician Self-referral of Imaging* [Report]. Radiological Society of North America Scientific Assembly and Annual Meeting, Chicago.

- Lyu, H., Xu, T., Brotman, D., Mayer-Blackwell, B., Cooper, M., Daniel, M. et al. (2017). Overtreatment in The United States. *PLoS ONE* 12(9): e0181970.
- Mandhari, S. A., Shafae, M. A., Azri, M. H., Zakwani, I. S., Khan, M., Waliy, A. et al. (2008). A Survey of Community Members' Perceptions of Medical Errors in Oman. *BMC Medical Ethics*, 9(13), 1-8.
- Mechanic, D. (1976). Some Social Aspects Of The Medical Malpractice Dilemma. *Duke Law Journal*, 1975(6), 1179-1196.
- Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. and Studdert, D. (2010). National Costs Of The Medical Liability System. *Health Affairs (Millwood)*, 29(9), 1569-1577.
- Mello, M. M., Studdert, D. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., Brennan, T. A. and Sage, W. M. (2005). Effects Of A Malpractice Crisis On Specialist Supply And Patient Access To Care. *Annals Of Surgery*, 242(5), 621–628.
- Menachemi, N. (2002). *Physicians' Perceptions Of Medical Errors*. Doctoral Thesis, The University Of Alabama, Birmingham.
- Merten, H., Zegerz, M., Brujine, M., Wagner, C. (2013). Scale, Nature, Preventability and Causes on Adverse Events in Hospitalised Older Patients. *Age and Ageing*, 42, 87-93.
- Mete, B., Nacar, E., Tekin, Ç., Unver, E., Güneş, G. (2017). Investigating The Defensive Medical Practices of The Physicians Working in The City Center Of Malatya. *Medicine Science International Medical Journal*, 6(2), 270-275.
- Mikkelsen, T. H., Sokolowski, I., Olesen, F. (2006). General Practitioners' Attitudes Toward Reporting and Learning From Adverse Events: Results From A Survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(1), 27-32.

- Miller, R.A., Sampson, N. R., Flynn, J. M. (2012) The Prevalence Of Defensive Orthopaedic Imaging: A Prospective Practice Audit in Pennsylvania. *The Journal Of Bone & Joint Surgery*, 94(3), e181-186.
- Moosazadeh, M., Movahednia, M., Movahednia, N., Amiresmaili, M. and Aghaei, I. (2014). Determining The Frequency Of Defensive Medicine Among General Practitioners In Southeast Iran. *International Journal Of Health Policy And Management*, 2(3), 119-123.
- Morrison, M.C.T. (1994). Negative Medicine. *Journal of Royal Society of Medicine*, 87, 127-128.
- Motta, S., Testa, D., Cesari, U., Quaremba, G., Motta, G. (2015). Medical Liability, Defensive Medicine and Professional Insurance In Otolaryngology, *BMC Research Notes*, 8, 343-346.
- Muller, D., Ornstein, K. (2007). Perceptions of and Attitudes Towards Medical Errors Among Medical Trainees. *Medical Education*, 41(7), 645-652.
- Nahed, B. V., Babu, M. A., Smith, T. R., Heary, R. F. (2012). Malpractice Liability and Defensive Medicine: A National Survey of Neurosurgeons. *PloS one*, 7(6), e39237.
- Northcott, H., Vanderheyden, L., Northcott, J., Adair, C., McBrien-Morrison, C., Norton, P. et al. (2007). Perceptions Of Preventable Medical Errors in Alberta, Canada. *International Journal For Quality in Health Care*, 20(2),122-155.
- Office Of Technology Assessment (OTA). (1994). *Defensive Medicine and Medical Malpractice*, Washington: U.S. Government Printing Office.
- Oleary, K. J., Choi, J., Watson, K., Williams, M.V. (2011). Medical Students Clinical And Educational Experiences With Defensive Medicine. *Journal Of Tthe Association Of American Medical Colleges*, 87(2):142-8.

- Ortashi, O., Virdee, J., Hassan, R., Mutrynowski, T., Abu-Zidan, F. (2013). The Practice of Defensive Medicine Among Hospital Doctors in the United Kingdom, *BioMed Central Medical Ethics*, 14, 42-47.
- Osti, M., Steyrer, J. (2017). A Perspective On The Health Care Expenditures For Defensive Medicine. *The European Journal of Health Economics*, 18, 399-404.
- Özer, K. (2019). *Defansif Tıp Uygulamalarına İlişkin Hekim Görüşleri Ve Maliyetin Belirlenmesi*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Özata, M., Özer, K., Akkoca, Y. (2018). Konya İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 132-139.
- Özata, M., Terlemez, A., Özer, K., Akkoca, Y. (2019). Diş Hekimliğinde Defansif Tıp: Konya Örneği. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 4(2), 179-188.
- Özgönül, M. L. (2010). *Türkiye’de Tıp Etiği Ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Özyer, Y. (2016). *Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü Algısı, İşe Bağlı Gerginlik Ve Tıbbi Hata Tutumları*. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Ordu.
- Passmore, K., Leung, WC. (2002). Defensive Practice Among Psychiatrists: A Questionnaire Survey. *Postgraduate Medical Journal*, 78, 671-673.
- Raknabadi, R. S. M., Momennasab, M., Askarian, M., Haghshenas, A. and Marjadi, B. (2018). Causes Of Medical Errors And Its Under-Reporting Amongst Pediatric Nurses In Iran: A Qualitative Study. *International Journal For Quality In Health Care*, 31(7), 541-546.
- Reason, J. (1990). *Human Error*. Cambridge University Press.

- Reschovsky, J. D., Saiontz-Martinez, C. B. (2018). Malpractice Claim Fears And The Costs Of Treating Medicare Patients: A New Approach To Estimating The Costs Of Defensive Medicine. *Health Services Research*, 53(3), 1498–1516.
- Rosen, A.B., Blendon, R.J., DesRoches C.M., Benson, J.M., Bates, D.W., Brodie, M. et al. (2005). Physicians' Views of Interventions to Reduce Medical Errors: Does Evidence of Effectiveness Matter?. *Academic Medicine*, 80(2), 189-192.
- Rothberg, M. B., Class, J., Bishop, T. F., Friderici, J., Kleppel, R. And Lindenauer, P. K. (2014). The Cost Of Defensive Medicine On Three Hospital Medicine Services. *JAMA Internal Medicine*, 174(11), 1867–1868.
- Segal, J. (2012). Defensive Medicine: A Culprit In Spiking Healthcare Costs. *Medical Economics*, 89(10), 70-71.
- Selçuk, M. (2015). *Çekinik (Defansif) Tıp*. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi, İzmir.
- Solaroglu, I., Izci, Y., Yeter, H. G., Metin, M. M. and Keles, G. E. (2014). Health Transformation Project And Defensive Medicine Practice Among Neurosurgeons In Turkey. *Plos One*, 9(10), e111446.
- Studdert, M.D., Mello, M.M., Sage, W.M., DesRoches, C.M., Peugh, J., Zapert, K. et al. (2005). Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. *JAMA*, 293(21), 2609-2617.
- Summerton, N. (1995). Positive And Negative Factors in Defensive Medicine: A Questionnaire Study of General Practitioners. *BMJ (Clinical research ed.)*, 310(6971), 27-29.
- Tagaddosinejad, F., Mesri, M., Sheikhzadi, A., Mostafazadeh, B., Farahani, M. (2013). Disclosure Of Medical Errors: Attitudes Of Iranian Internists And

Surgeons. *International Journal Of Medical Toxicologyand Forensic Medicine*, 3(1), 20-27.

Tancredi, L.R., Barondess, J. A. (1978). The Problem of Defensive Medicine. *Science*, 200(4344), 879-882.

Tanriverdi, O., Cay-Senler, F., Yavuzsen, T., Turhal, S., Akman, T., Komurcu, S., Cehreli, R. and Ozyilkan, O. (2015). Perspectives And Practical Applications Of Medical Oncologists On Defensive Medicine (SYSIPHUS Study): A Study Of The Palliative Care Working Committee Of The Turkish Oncology Group (TOG). *Medical Oncology (Northwood, London, England)*, 32(4), 106.

Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., Çimen, S. (2008). Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 161-200.

Toraldo, D. M., Vergari, U., Toraldo, M. (2015). Medical Malpractice, Defensive Medicine and Role of the "Media" in Italy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 10, 12-18.

Toraman, A., Çarıkçı, İ.H. (2019). Defansif Tıbbın Nedenlerinin Hekim Gözüyle Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 10(23), 40-51.

Türk Tabipler Birliği. (2009). Dünya Tabipler Birliği'nin Tıpta Yanlış Uygulama Konulu Duyurusu (Malpraktis). (2. Bs.). *Füsun Sayek TTB Raporları / Kitapları, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler*, TTB Yayınları: Ankara.

Uğrak, U. (2019). *Hekimlerin Tıbbi Hata Algı Ve Tutumları İle Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Vandersteegen, T., Marneffe, W. and Vandijck, D. (2015). Defensive Medicine: Implications For Clinical Practice, Patients And Healthcare Policy. *Acta Clinica Belgica*, 70(6), 396-397.

- Varjavand, N., Bachegowda, L. S., Gracely, E. ve Novack, D. H. (2012). Changes In Intern Attitudes Toward Medical Error and Disclosure. *Medical Education*, 46(7), 668-677.
- Vimercati, A., Greco, P., Loizzi, V., Loverro, G., Selvaggi, L. (2000). "Defensive Medicine" In The Choice Of Cesarean Section, *Acta Biomed Ateneo Parmense*,71(1), 717-721.
- White, A. A., Gallagher, T. H., Krauss, M. J., Garbutt, J., Waterman, A. D., Dunagan, W. C. et al. (2008). The Attitudes And Experiences of Trainees Regarding Disclosing Medical Errors To Patients. *Academic Medicine*, 83 (3), 250-256.
- Yahata, S. (2011). A Study of Defensive Medicine In Japan. Center For Applied Ethics And Philosophy (Ed.). *Applied Ethics Old Wine in New Bottle?* (175-186). Hokkaido University.
- Yayla, E. N. (2018). *Hekimlerin Profesyonelizm Anlayışının Tıbbi Hatalarda Tutum Üzerine Etkisinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Yeşiltaş, A. (2018). *Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Çalışma*, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Yıldırım, A., Aksu, M., Çetin, İ., Şahan, A. G. (2009). Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*,31, 356-366.
- Yılmaz, K. (2012). *Defansif Tıbbi Uygulamaların Hukuki Açıdan Yorumlanması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Yılmaz, K. (2014). *Defansif Tıp Hekimin Tıbbi Uygulamalarda Sorumluluktan Kaçması Durumunda Ortaya Çıkan Problemler*(1. Bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

- Yılmaz, K., Polat, O., Kocamaz, B. (2014). Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 5(16), 20-51.
- Yorulmaz, M., Sabırlı, H. (2019). Sağlık Hizmetleri Arzında Defansif Tıp Ve Hekimlerin Karar Verme Algısı, *Business & Management Studies: An International Journal*, 7(2), 579-590.
- Yöyler, F. (2019). *Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata Farkındalıkları İle Raporlama Durumları Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Zuckerman, S. (1984). Medical Malpractice: Claims, Legal Costs, and the Practice of Defensive Medicine. *Health Affairs*, 3(3), 128-134.



**EKLER****EK-1****ANKET FORMU****1. BÖLÜM**

- a) Yaşınız: .....
- b) Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek
- c) Medeni Durum: ( ) Evli ( ) Bekar
- d) Çalışma Yılı: .....
- e) Unvan: ( ) Uzman Doktor ( ) Asistan Doktor
- f) Çalışılan Birim: .....
- g) Günlük Ortalama Bakım Verilen Hasta Sayısı: .....

## 2.BÖLÜM

### Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

Tıbbi Hatalarda Tutum	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.					
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.					
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.					
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.					
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.					
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.					
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.					
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.					
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.					
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınıyorum.					
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.					
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.					
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.					
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.					
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenilebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.					
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır					

### 3.BÖLÜM

#### Defansif Tıp Tutum Ölçeği

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

## EK-2 Etik Kurul İzni



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Rektörlük

Tarih: 21.02.2019 16:19  
Sayı: 35853172-755.02.06-  
E.00000180818



Sayı : 35853172-755.02.06  
Konu : Merve BANAZ Hk.

## SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 13.02.2019 tarihli ve 12908312-755.02.06/00000457418 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden Merve BANAZ'ın Dr. Öğr. Üyesi Pınar YALÇIN BALÇIK danışmanlığında hazırladığı "Hekimlerin Defansif Tıp ve Tıbbi Hata Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 19 Şubat 2019 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-İmzalıdır  
Prof. Dr. Rahime Meral NOHUTCU  
Rektör V.

Bu belgenin elektronik imzalı suretine <https://belgedogrulama.hacettepe.edu.tr> adresinden e3d2865-0519-4465-838d-4d2888f28984f kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara  
Telefon:0 (312) 305 3001-3002 Faks:0 (312) 311 9992 E-posta:yazimd@hacettepe.edu.tr İnternet  
Adresi: www.hacettepe.edu.tr

Duygu Didem İLF\*\*



**EK-3 Araştırma Uygulama İzni**

Evrak Tarih ve Sayısı: 04/04/2019-E.7298



T.C.  
**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
 Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

**Sayı** : 30292447-045.99/7298  
**Konu** : Anket Çalışma Talebi(Merve BANAZ)

04/04/2019

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI**

**İlgi** : 20/03/2019 tarihli, 62 sayılı yazı

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Merve BANAZ'ın , Dr. Öğr. Üy. Pınar YALÇIN BALÇIK danışmanlığında yürüttüğü "Hekimlerin Defansif Tıp ve Tıbbi Hata Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı çalışmasına istinaden yapacağı anket çalışması için gerekli kurum izni talebi Başhekimliğimizce değerlendirilmiş olup, kurum mahremiyeti- hasta mahremiyeti hususları göz önünde bulundurularak, kurum işleyişini aksatmavacak şekilde belirlenen bir çalışma takvimi çerçevesinde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

**e-imzalıdır**  
**Doç. Dr. Hüseyin YILMAZ**  
 Hastane Başhekimisi

Evrakı Doğrulamak İçin : [http://193.255.244.181/enVision-Sorgula/Validate\\_Doc.aspx?V=BENUKSHKR](http://193.255.244.181/enVision-Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BENUKSHKR)

Selçuk Üniversitesi Alaeddin Keykubat Yerleşkesi 42250 Selçuklu / KONYA

Bilgi için: Bilnur SİRAY Tel:04256 Faks:0332 224 42 63

e-Posta : [selp@selcuk.edu.tr](mailto:selp@selcuk.edu.tr) Elektronik Ağ : [www.hastane.selcuk.edu.tr](http://www.hastane.selcuk.edu.tr)