T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEKİMLERİNİN TIBBİ HATA VE DEFANSİF TIP TUTUMLARININ İNCELENMESİ: BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

Enes ERDEM

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Haziran/2023

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEKİMLERİNİN TIBBİ HATA VE DEFANSİF TIP TUTUMLARININ İNCELENMESİ: BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

Enes ERDEM

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Haziran/2023

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında Enes ERDEM tarafından hazırlanan "Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Tıbbi Hata ve Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği" başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ileYÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman/Üye: Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM İMZA
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Pol. ve Sağlık Ekonomisi ABD ……
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Başkan: Doç. Dr. Özlem ÖZER İMZA
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Hiz. Kalite ve Güvencesi ABD ……
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Üye: Dr. Öğretim Üyesi Murat KONCA İMZA
Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Ekonomisi ABD ……
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 12/06/2023
Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü
Tezin Teslim Edildiği Tarih: …/…/2023

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Enes ERDEM

12.06.2023

ÖZET

Erdem, E. (2023). Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Tıbbi Hata ve Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Amaç: Bu çalışmanın amacı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hata tutumları ile defansif tıp tutumları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmanın bir diğer amacı ise kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hata ve defansif tıp tutumlarının çeşitli sosyo-demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi vb. gibi) açısından farklılık gösterip göstermediğini tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evrenini Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 62 kadın hastalıkları ve doğum hekimi oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem çekilmemiş olup, 57 hekimden yüz yüze olarak veri toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmada hekimlerin tıbbi hata ve defansif tıp tutumları yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat tıbbi hata tutumları ile defansif tıp tutumları arasında ilişki tespit edilmemiştir. Tıbbi hata algısı alt boyutu ile pozitif ve negatif defansif tıp alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ($p<0,05$) Hakkında malpraktis davası açılan hekim oranı %10,5 olarak tespit edilmiş olmasına rağmen hekimlerin %91,2'si malpraktis davalarının hekimlerin performansını etkilediğini, %96,5'i de malpraktis ile ilgili konular medyada yer aldıkça hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissettiğini belirtmişlerdir. Hekimlerin %57,9'unun defansif tıp uygulamaları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları tespit edilmiştir. Ayrıca, genç hekimlerin daha ileri yaştaki hekimlere göre tıbbi hata yaklaşım tutumları düşük, defansif tıp tutumları yüksek tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmada hekimlerin tıbbi hata algısı ile defansif tıp tutumu arasında ilişki tespit edilmiş olması kamuoyu nezdinde tıbbi hataların tek sorumlusunun hekimler olduğu algısının yüksek olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Hekimler üzerindeki bu baskı defansif tıp uygulamalarına neden olmaktadır. Hekimlerin üzerindeki baskıyı azaltacak, hekim – hasta ilişkisini yeniden güven temeline oturtacak önlemler alınmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Hata, Defansif Tıp, Hekim, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Malpraktis

ABSTRACT

Erdem, E. (2023). Examination of the medical errors and defense medicine attitudes of gynecology physicians and obstetricians: Example of a training and research hospital. University of Health Sciences Turkey, Gulhane Institute of Health Sciences, Department of Health Management, Master Thesis, Ankara.

Aim: The aim of this study is to examine the relationship between the attitudes of gynecologists and obstetricians working in Gülhane Training and Research Hospital and their defensive medicine attitudes. Another aim of the study is to determine whether the medical errors and defensive medicine attitudes of gynecologists and obstetricians differ in terms of various socio-demographic variables (such as age, gender, marital status, working time, etc.).

Materials and Methods: The population of the study consists of 62 obstetricians and gynecologists working in Gülhane Training and Research Hospital. No sample was drawn in the study, and data were collected face-to-face from 57 physicians.

Results: In the study, it was determined that physicians' attitudes toward medical errors and defensive medicine were high. However, no relationship was found between medical error attitudes and defensive medicine attitudes. Although the rate of physicians against whom malpractice lawsuits were filed was 10.5%, 91.2% of the physicians stated that malpractice lawsuits affect the performance of physicians, and 96.5% stated that they felt uneasiness in their practice as malpractice-related issues were covered in the media. It was determined that 57.9% of the physicians did not have sufficient knowledge about defensive medicine practices. Moreover, according to the results, young physicians' attitudes toward medical errors were lower, and defensive medicine attitudes higher than those of older physicians.

Conclusion: It can be said that the relationship found in the study between physicians' perception of medical error and the defensive medicine attitude is due to the high perception of the public that physicians are the only ones responsible for medical errors. This pressure on physicians causes defensive medicine practices. It is thought that it would be appropriate to take measures that will reduce the pressure on

physicians and re-establish the doctor-patient relationship on the basis of trust.

Key Words: Medical Error, Defensive Medicine, Physician, Gynecology and Obstetrics, Malpractice

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen gerek ders döneminde ve gerekse tezin her aşamasında yol göstericilikleri ve olumlu eleştirileriyle çalışmaya yön veren, kıymetli hocam Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM başta olmak üzere bilgi ve beceri kazanmam için yol gösteren ve çalışmaktan onur duyduğum kıymetli hocalarım Prof. Dr. Türkan YILDIRIM'a, Prof. Dr. Umut BEYLİK'e, Doç. Dr. Özlem ÖZER'e ve Doç. Dr. Okan ÖZKAN'a,

Yüksek lisans eğitimini birlikte sürdürdüğümüz Arş. Gör. Elif Sena KAMBUR'a ve Huzeyfe AYDOĞAN'a,

Kendisini tanıdığım günden beri hem sosyal hem özel hayatımda gelişen olaylarla ilgili sağlıklı değerlendirme, bakış açısı ve hassasiyeti kazandıran saygıdeğer büyüğüm Dr. Öğr. Üyesi İsa AKALIN'a,

Çalışmamız boyunca maddi ve manevi destekleriyle her zaman yanımda olan, sağlığına duâcı olduğum muhterem annem Narhanım ERDEM'E, kıymetli sevgili kardeşlerim S.Selim ERDEM ve Mücahit ERDEM'e,

Son olarak, çalışmamız esnasında anlayış ve sevgiyle sürekli destek olan, değerli eşim Elif ve güzel yavrularımız Muhammed Ali ve Zeynep'e yürek dolusu teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET..... iv

ABSTRACT..... vi

TEŞEKKÜR..... viii

İÇİNDEKİLER..... ix

ÇİZELGELER..... x

KISALTMALAR VE SİMGELER..... xii

1. GİRİŞ..... 1

1.1. ARAŞTIRMA AMACI..... 2
1.2. ARAŞTIRMA PROBLEMİ..... 3

2. GENEL BİLGİLER..... 4

2.1. KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEKİMLİĞİ..... 4
2.2. TIBBİ HATA..... 9
2.3. DEFANSİF TIP..... 32

3. GEREÇ VE YÖNTEM..... 39

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ..... 39
3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ..... 39
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI..... 39
3.4. VERİLERİN ANALİZİ..... 41
3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU..... 42
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI..... 42

4. BULGULAR..... 43

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR..... 43
4.2. FARK ANALİZİ BULGULARI..... 51

5. TARTIŞMA..... 64

5.1. TIBBİ HATA TUTUMU TARTIŞMA..... 64
5.2. DEFANSİF TIP TUTUMU TARTIŞMA..... 68

6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... 74

KAYNAKÇA..... 77

EKLER..... 88

ÇİZELGELER

Çizelge 2.1: Sorumluluk Açısından Tıbbi Hata ve Komplikasyon Ayrımı..... 15

Çizelge 2.2: Kaynaklarına Göre Tıbbi Hata Nedenleri……..…….... 16

Çizelge 2.3: Sağlık Hizmet Süreçlerine Göre Tıbbi Hata Nedenleri…… 17

Çizelge 2.4: Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Prim Basamak Sistemi…….18

Çizelge 3.1: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Güvenilirlik Analizi Sonuçları…..…….40

Çizelge 3.2: Defansif Tıp Tutumu Ölçeği Güvenilirlik Analizi Sonuçları…….41

Çizelge 4.1 : Katılımcıların Demografik Özellikleri 44

Çizelge 4.2: Hekimlerin Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Tanımlayıcı Bulguları…….45

Çizelge 4.3: Hekimlerin Defansif Tıp Tutum Ölçeği Tanımlayıcı Bulguları…….46

Çizelge 4.4: Hekimlerin Defansif Tıp Bilgi Düzeyi Tanımlayıcı Bulguları 48

Çizelge 4.5: Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumu Alt Boyutlarının İncelenmesi 48

Çizelge 4.6: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Maddelerinin Analizi 49

Çizelge 4.7: Hekimlerin Defansif Tıp Tutumu Alt Boyutlarının İncelenmesi…….50

Çizelge 4.8: Defansif Tıp Tutum Ölçeği Maddelerinin Analizi ..... …….51

Çizelge 4.9: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Cinsiyet Değişkeni Bulguları..... 52

Çizelge 4.10: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Medeni Durum Değişkeni Bulguları……..52

Çizelge 4.11: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği İdari Görev Değişkeni Bulguları..... …….53

Çizelge 4.12: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Yaş Değişkeni Bulguları..... …….54

Çizelge 4.13: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Unvan Değişkeni Bulguları ..... …….54

Çizelge 4.14: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Doktorluk Kıdem Değişkeni Bulguları..... 55

Çizelge 4.15: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimliği Kıdem Değişkeni Bulguları..... 56

Çizelge 4.16: Defansif Tıp Tutum Ölçeği Cinsiyet Değişkeni Bulguları..... 57

Çizelge 4.17: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Medeni Durum Değişkeni Bulguları 57

Çizelge 4.18: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Unvan Değişkeni Bulguları 58

Çizelge 4.19: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği İdari Görev Değişkeni Bulguları..... 59

Çizelge 4.20: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Yaş Değişkeni Bulguları..... 59

Çizelge 4.21: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Doktorluk Kıdem Değişkeni Bulguları…….60

Çizelge 4.22: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimliği Kıdem Değişkeni Bulguları…….61

Çizelge 4.23: Hekimlerin Malpraktis Davasına Maruz Kalmaları Analiz Tablosu……..….62

Çizelge 4.24: Hekimlerin Yakın Çevresinin Malpraktis Davasına Dâhil Olma Durumlarının Analizi…….….62

Çizelge 4.25: Tıbbi Hata Tutumu ve Defansif Tıp Tutumu Arasındaki İlişki Analizi.63

KISALTMALAR VE SİMGELER

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	Amerikan Kadın Doğum Uzmanları Derneği
ARK.	Arkadaşları
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTB	Dünya Tabipler Birliği
HHY	Hasta Hakları Yönetmeliği
JCAHO	The Joint Commission on Acredition of Healthcare Organization
MSK	Mesleki Sorumluluk Kurulu
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCK	Türk Ceza Kanunu
TJOD	Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
TŞSTİDK	Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
TTB	Türk Tabipler Birliği

1. GİRİŞ

Hekimler göreve başlamadan önce Hipokrat yemini olarak da bilinen ve en son Ekim 2017'de Dünya Tabipler Birliği (DTB) tarafından güncellenen DTB Cenevre Bildirgesi diğer adıyla "Hekimlik Andı" metninde bulunan ilkeler üzerine yemin etmektedirler (1). Fakat buna rağmen öncelikle zarar vermeme düsturuyla dikkatli olmaları ve yüksek düzeyde yeterlilikte çalışabilmeleri için eğitilen hekimlerin tıbbi uygulamaları tamamen hatasız değildir. Ayrıca, tıbbi uygulamalarının standardı hatasız hasta bakımı olsa da, bütün hekimler hataların kaçınılamaz olduğunu kabul etmektedirler (2).

Hasta veya hasta yakınları hekim tarafından gerçekleştirilen tıbbi uygulamalarda herhangi bir hata olduğunu düşündükleri zaman yasal yollara başvurarak haklarını aramakta ve tıbbi hata (malpraktis) davaları açabilmektedir. Ülkemizde de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirlenen 21. yüzyılda herkes için sağlık hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hastaneye erişim ve hasta hakları konusunda yaşanan gelişmelerin beraberinde ortaya çıkan sorunlardan birisi de bu davalardır (3). Mesleki eğitime sahip bir profesyonelin makul ve sağduyulu bir şekilde hareket etmemesi malpraktis olarak adlandırılmaktadır. Makul ve sağduyulu hareket etmekten kasıt ise, aynı eğitime sahip bir kişiden beklenen olağan muhakeme, sezgi, zeka ve becerinin anlaşılması gerekmektedir (4).

Malpraktis iddiaları hem idari soruşturma hem de ceza ve hukuk davaları yoluyla hekimler üzerinde baskı oluşturmaktadır. Bu baskılar, hekimleri asıl amaçları olan hastayı iyileştirme düşüncesinden, şikâyet edilme, dava ve soruşturma açılması korkusuyla uzaklaştırmaktadır. Bu nedenle defansif tıp uygulamaları artış eğilimi göstermektedir. Defansif tıp ise, hem sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini düşürmekte hem de sınırlı sağlık kaynaklarının israf edilmesine yol açmaktadır.

Anne ve bebek ölümleri, bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen önemli gelişmişlik göstergeleri arasında yer almaktadır (5). İnsanlığın devam etmesi için gerekli olan ve toplum tarafından kutsallık atfedilen gebelik ve doğum, doğası

gereği riskli bir süreçtir. Günümüzde anneliğin daha ileri yaşlarda olması, sedanter yaşam, sağlıksız beslenme ve artan obezite gibi nedenler bu süreci daha da riskli hale getirmektedir. Bu süreçte yaşanacak olan bir aksaklık ya da yapılacak olan bir hata, sonuçları bakımından çok daha dramatik ve insani olarak kabul edilemez olacaktır (6). Bu da kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin diğer branşlardaki hekimlere göre daha çok idari soruşturma açılmasına ve dava edilmesine neden olmaktadır. Yargıya yansımış ve sonuçlanmış tıbbi malpraktis davaları arasında kadın hastalıkları ve doğum hekimliği branşında karşılaşılan tıbbi uygulama hatalarının ilk sırada yer alması nedeniyle bu çalışmada kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hata ve defansif tıp tutumlarını incelemek amaçlanmıştır (7).

Bu amaç kapsamında, ikinci bölümde kadın hastalığı ve doğum hekimliğine, üçüncü bölümde tıbbi hataya ve dördüncü bölümde ise defansif tıp hakkında literatür bilgisi, beşinci bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi, altıncı bölümde çalışmanın bulguları, yedinci bölümde tartışma ve sekizinci bölümde ise sonuç ve öneriler yer almaktadır.

1.1.ARAŞTIRMA AMACI

Bu araştırmanın amacı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin çeşitli sosyo demografik değişkenlere göre defansif tıp tutumları ve tıbbi hata tutumlarının incelenmesidir. Bu amaçla çalışmada hekimlerin cinsiyet, yaş, medeni durum, unvan, kıdem ve idari görev değişkenlerine yönelik olarak tıbbi hata ve defansif tıp tutumlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Ayrıca, bu çalışmadaki bir diğer amacımız kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hata tutumları ile defansif tıp tutumları arasındaki ilişkinin de incelenmesidir.

1.2.ARAŞTIRMA PROBLEMİ

Araştırmanın amacı kapsamında aşağıdaki problemlere cevap aranacaktır.

- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hata tutumları ne düzeydedir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hata tutumları cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hata tutumları yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hata tutumları medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hata tutumları unvan değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hata tutumları kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hata tutumları idari görevde bulunma değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin defansif tıp tutumları ne düzeydedir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin defansif tıp tutumları cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin defansif tıp tutumları yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin defansif tıp tutumları medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin defansif tıp tutumları unvan değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin defansif tıp tutumları kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin defansif tıp tutumları arasında idari görevde bulunma değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hataya yönelik tutumları ve defansif tıp tutumları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEKİMLİĞİ

2.1.1. Hekim

Günümüz sağlık sisteminde hekim, hukuk düzenince tıp mesleğini uygulama yetkisi bulanan kişiyi ifade etmektedir (8). Sözlük anlamına bakıldığında ise Türk Dil Kurumu'nun internet sitesindeki sözlükte "insanlardaki hastalıkları teşhis ve onları ilaçlarla veya bazı araçlarla tedavi eden kimse, doktor, tabip" olarak ifade edilmektedir (9).

Türkiye'de hekim olarak çalışabilmek için 1219 nolu Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun (TŞSTİDK) birinci maddesi; "Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır." gereği tıp fakültesi diplomasına sahip olmak gerekmektedir (10). Bununla birlikte özel sektörde hekimlik mesleğini yapabilmek için Türk Tabipler Birliği'ne kayıt olunması gerekmektedir. Kamu sektöründe çalışan hekimler için bu şart aranmamaktadır (11).

2.1.2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimi Tanımı

Gebelik takibi ve doğum (obstetrik) başta olmak üzere, infertilite (kısırlık), menopoz, ultrasonografi ve kadın hastalıkları (jinekoloji) ile ilgili tanı, tedavi ve cerrahi müdahaleler konusunda uzmanlık eğitimi almış doktorlardır (12). 1219 nolu (TŞSTİDK)'in yirmi üçüncü maddesi hükmüne göre, büyük ve önemli cerrahi işlemler için bir tıp fakültesinden alınan diploma yeterli olmayıp, ilgili disiplinde uzmanlık yapılması şartı aranmaktadır (10).

Uzmanlık, tıpta belirli bir ana disiplinde özel eğitimdir. Ülkemizde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olarak çalışabilmek için tıp fakültesinden sonra dört yıl uzmanlık eğitimini tamamlamak gerekmektedir. Bu dört yıllık uzmanlık eğitimi süresince kadın hastalıkları ve doğum asistanları gebelik takibi, normal doğum, asiste vajinal doğum, sezaryen doğum, doğum kontrol yöntemleri, infertilite (kısırlık), tüp bebek, kadın hastalıkları (jinekoloji), kürtaj, onkoloji (kadın hastalıkları ile ilgili

kanserler), ultrasonografi, menopoz, ameliyatlar, laparoskopi (kapalı ameliyat) ve histeroskopi (rahim içinin izlenerek tanı ve tedavisi) konularında geniş bir eğitim almaktadır (12). Ayrıca kadın hastalıkları ve doğum asistanları eğitimleri süresi içerisinde bir ay Tıbbi Patoloji, bir ay Üroloji, üç ay Genel Cerrahi, bir ay Anesteziyoloji ve Reanimasyon alanlarında rotasyona tabi tutulmaktadır (13).

2.1.3. Hekim Hakları

Hekim hakları kavramı, hasta hakları kavramının ön plana çıkmasıyla beraber hekimler tarafından daha fazla dile getirilmeye başlanmıştır. Bu durum hekim hakları ile hasta hakları kavramlarının birbirinin zıddı gibi algılanmasına neden olsa da, bu iki kavram birbirinin tamamlayıcısıdır (8). Başlıca hekim hakları şu şekilde sıralanabilir (8, 14, 15):

- Sağlığını koruma hakkı
- Uygun koşullara sahip çalışma ortamında çalışma hakkı
- Güvenlik hakkı
- Makul sayıda hastaya bakma ve hastaya gerekli zamanı ayırma hakkı
- Hastanın iyileşmesini garanti etmeme hakkı
- Tıbbi gelişmeleri ve teknolojileri takip etme hakkı
- Mesleki ve tıbbi alan dışında kalan işleri reddetme hakkı
- Kollektif hizmet sunumunda, kusur ve kusurluyu saptama hakkı
- Güven ve saygı bekleme hakkı
- Mesleki yönetsel kararlara katılma hakkı
- Ücret talep etme hakkı
- Konsültasyon (danışma) hakkı
- İzin ve dinlenme hakkı
- Mesleki bilgi ve becerisini geliştirme hakkı
- Hastadan anemnez alma hakkı
- Konulan tanı ve tedaviye hasta tarafından uyulmasını bekleme hakkı
- Alınan tıbbi kararlara hastanın da katılımını bekleme hakkı
- Bilimsel ve etik kurallara bağlı kalma hakkı

- Tanıklıkta bulunma veya tanıklıktan çekinme hakkı
- Mesleki risklere karşı korunma hakkı

2.1.4. Hekim Yükümlülükleri

Teknolojinin gelişmesine bağlı olarak tıptaki ilerlemeler yeni tanı ve tedavi yöntemleri olarak ortaya çıkmış olup, ayrıca tıbbi cihaz çeşitliliği de artmıştır. Hekimlerin bu gelişmeleri tanı ve tedavi sürecinde etkili bir şekilde kullanmaları beklenmektedir. Ayrıca, hasta haklarında yaşanan gelişmeler de hekimlere yeni yükümlülükler getirmiş, hastaların beklentilerini arttırmıştır (16).

Hekimlerin yükümlülükleri görevlerini yerine getirirken yapmak zorunda oldukları eylemler olarak tanımlanabilir. Bu yükümlülükler şu şekilde sıralanabilir (8, 16):

- İnsan yaşamını koruma yükümlülüğü
- Meslek kurallarına uygun davranma yükümlülüğü
- Dikkat ve özen gösterme yükümlülüğü
- Kişisel edim yükümlülüğü
- Hastanın öyküsünü alma yükümlülüğü
- Tanı koyma yükümlülüğü
- Hastaya en uygun tedaviyi seçme yükümlülüğü
- Aydınlatma ve hastanın rızasını alma yükümlülüğü
- Kullanılan ilaç ve ürünlerle ilgili yükümlülükler
- Sır saklama yükümlülüğü
- İhbar yükümlülüğü
- Kayıt tutma yükümlülüğü
- Bilirkişilik yapma yükümlülüğü
- Organizasyon yükümlülükleri
- Kimlik tespiti yapma yükümlülüğü
- Mesleki bilgisini geliştirme yükümlülüğü
- Ölüm ile ilgili yükümlülükler

2.1.5. Tıbbi Müdahale

Hekimlerin sorumluluklarının oluşması için bir tıbbi müdahale olması gerekmektedir. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun tespiti için tıbbi müdahalenin amaçları ve meşruluk kazandıran özellikleri bilinmelidir (17).

Mevzuatta tıbbi müdahale, 01.08.1998 tarih 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliğinde (HHY) 2014 yılında yapılan değişiklikle, "tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fizikî ve ruhî girişim" olarak tanımlanmıştır (18).

Literatürde ise tıbbi müdahale, tıp biliminin genel kabul görmüş kurallarına uygun olarak, yetkili kişiler tarafından kişinin yaşamına, sağlığına ve vücut bütünlüğüne yönelik fiziksel veya zihinsel tehdit oluşturan belirli anormalliklerin teşhis, tedavi, önleme veya nüfus planlamasına yönelik bir girişim şeklinde tanımlanmaktadır (19).

Son yıllarda estetik operasyonlar, kısırlaştırma işlemleri ya da verici (bağışlayan) açısından doku organ nakli operasyonları gibi tedavi amaçlı olmayan yaklaşımlar da tıbbi müdahale olarak kabul edilmektedir. Hakeri (2012), bu nedenle tıbbi müdahaleyi en geniş şekliyle "İnsan üzerinde tıp biliminin uygulanması ile bağlantılı olarak yapılan her türlü müdahale tıbbi müdahaledir" (8) olarak tanımlamaktadır.

Günümüzde geçerliliğini kaybetmiş olan "iyileştiren her zaman haklıdır" argümanı tıp hukukunda kabul görmemektedir. Hukuka aykırı bulunan bir fiili hukuka uygun duruma getiren yasal düzenlemeler varsa bu düzenlemeler hukuka uygunluk şartları olarak adlandırılmaktadır. Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olarak nitelendirilmesi için şu üç şartın yerine getirilmiş olması gerekmektedir (8):

- Tıbbi müdahalenin sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi
- Hastanın rızası ve aydınlatılmış onamı
- Tıp biliminin verilerine göre gerekli ve uygun tıbbi müdahale

Tıbbi müdahaleleri amaçlarına göre şu şekilde sınıflandırmak mümkündür (15, 20):

- Araştırma ve eğitim amaçlı tıbbi girişimler
- Koruyucu tıbbi müdahaleler
- Tanı amaçlı tıbbi müdahaleler
- Tedavi amaçlı tıbbi müdahaleler
- Estetik (kozmetik) amaçlı tıbbi müdahaleler

2.1.6. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Gerçekleştirdikleri Tıbbi Müdahaleler

Kadın hastalıkları ve doğum hekimleri gerçekleştirdikleri tıbbi müdahalelerinin 1219 sayılı TŞSTİDK, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve 22.05.2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik gibi genel mevzuatlar haricindeki hukuki dayanakları aşağıdaki mevzuatlarla belirtilebilir (21, 22):

- 2827 sayılı, 24.05.1983 tarihli Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
- 2238 sayılı, 29.05.1979 tarihli Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun
- 18255 sayılı, 18/12/1983 tarihli Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük
- 29007 sayılı, 22.05.2014 tarihli Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği
- 24916 sayılı, 24.10.2002 tarihli Kalıtsal Kan Hastalıklarından Hemoglobinopati Kontrol Programı ile Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği
- 25866 sayılı, 05.07.2005 tarihli Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği
- 17927 sayılı, 13.1.1983 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

- 18183 sayılı, 06.10.1983 tarihli Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği

Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin gerçekleştirdiği müdahaleler şu şekilde sıralanabilir: Gebelik takibi, doğum kontrol yöntemleri, yardımcı üreme teknikleri ve kısırlık (infertilite) tedavisi, normal doğum, sezaryen doğum, vakum ve forseps ile müdahaleli doğum, dış gebelik, gebeliğin sonlandırılması (kürtaj), rahim alınması (histerektomi), myom alınması (myomektomi), tanısal ve girişimsel amaçlı laporoskopi ve histeroskopi (23, 24).

2.2.TIBBİ HATA

2.2.1. Tıbbi Hata Tanımı

Tıbbi hata tanımını yapmadan önce hatayı tanımlamak uygundur. Literatürde hata, planlanan eylemlerde istenilen sonuca ulaşılamayan durumlar olarak tanımlanmaktadır. İnsan hatasında ise bireyin farklı davranması nedeniyle ortaya çıkan sonuçtan sorumlu olması gerektiği düşünülmektedir (25).

Malpraktis kelimesi etimolojik köken olarak Latince “mala” ve “praxis”, yani sırasıyla kötü ve uygulama kelimelerinin birleşiminden oluşmakta olup, hatalı uygulama olarak kullanılan hukuki bir terimdir. Malpraktis terimi tıbbi müdahaleler söz konusu olduğunda “Tıbbi Malpraktis (Medical Malpractice)” bir başka deyişle tıbbi uygulama hatası veya tıbbi kötü uygulama olarak ifade edilmektedir (26, 27).

Literatürde birçok tanımı bulunan tıbbi hatanın tarihi de çok eskilere dayanmaktadır. Hammurabi Kanunları’nda (MÖ 1792-1750) doktorların mesleklerini icra ederken yaptıkları hatalara yönelik hükümler içermektedir. 1765 yılında Sir William Blakstone tarafından yayımlanan İngiltere Kanunları Hakkında Yorumlar isimli raporda, hekimin veya cerrahın ihmali veya beceriksiz yönetimi olarak tanımlanmıştır (28).

Dünya Tabipler Birliği 1992 yılında 44. Genel Kurulu sonunda yayınladığı “Tıpta Yanlış Uygulama (Malpractice)” konulu bildirisinde tıbbi uygulama hatalarını, hekimin tıbbi müdahale sırasında standart uygulama yapmaması, beceri ve özen eksikliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar olarak tanımlamıştır (29).

The Joint Commission on Acredition of Healthcare Organization (JCAHO) tarafından tıbbi hata, “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi” olarak tanımlanmıştır (30).

Türk Tabipler Birliği (TTB), 2020 yılında yayınladığı Sağlık Hizmeti Kaynaklı Zarar Bildirgesi'nde ise malpraktisi "sağlık hizmetinden kaynaklanan zararın hekimin tıp eğitiminin gerektirdiği bilgi, beceri ya da dikkat ve özen eksikliği nedeniyle ortaya çıkması" şeklinde tanımlamıştır (31). Ayrıca, Yargıtay Hukuk Genel Kurulunca, TTB’nin Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nın 13. maddesindeki “malpraktis bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesidir” tanımı kullanmaktadır (32).

Ülkemizde “hekim hatası”, “doktor hatası”, “tıbbî hata”, “malpraktis”, “tıbbi malpraktis”, “tıp tepmesi”, “tıbbî kötü uygulama” ve “tıbbî yanlış uygulama” gibi birden çok terim kullanılmaktadır. Bu çalışmada “tıbbi hata” terimi kullanılması tercih edilmiştir. Tıbbî hatayı hekimin ihmali, dikkatsizliği, özen eksikliği, meslekte deneyimsizliği ya da kurallara uymaması sonucunda ortaya çıkan tedavi ve bakım standartlarına uymayan davranışlarının hastada zarar meydana getirmesi olarak ifade etmek mümkündür (33).

Tıbbi hataya neden olan ihmal, dikkatsizlik, özen eksikliği, meslekte acemilik ve kurallara uymama kavramları şu şekilde ifade edilebilir. İhmal; bir işi tam olarak yapmamak, yapabileceklerini yapmamak, boş verici tutumdur. Dikkatsizlik; tedbirsizlik, yapılmaması gerekeni yapma, önlenebilir bir tehlikeyi önlemede yetersiz kalmadır. Özen eksikliği; evrensel tıp değerlerini uygulanmamasıdır. Meslekte acemilik ve yetersizlik; meslek ve sanatın esaslarını tam olarak bilinmemesi, beceriden eksikliğin bulunmasıdır. Talimat ve yönetmeliklere uymamak; kanun, tüzük, yönetmelik vb. uymama, idari amir ve kurullarca oluşturulan kurallara uymamadır (34).

Kadın hastalıkları ve doğum hekimliğinde tıbbi hata davalarının nedenleri gebeliğin sürecinde ortaya çıkan sorunlar, yüksek riskli gebeliklerde ortaya çıkan sorunlar, gebeliğin sonlandırılmasında ortaya çıkan sorunlar, fetusta ortaya çıkan

anomaliler, doğum travmaları, dış gebelik, over kisti ve over torsiyonu gibi acil durumların teşhis ve tedavisinde gecikme, doğurganlık kaybına sebep olma, cerrahi komplikasyonlar, batında yabancı cisim unutulması, malignitelerin teşhis ve tedavisinde gecikme, acil sevk sırasında ortaya çıkan sorunlar, aydınlatılmış onam eksikliği, kayıt tutulmaması ya da tutulan kayıtlardaki eksiklikler, hastayı yetkisi olamayan kişiye devretmek, icaba gelmemek vb. şeklinde ortaya çıkmaktadır (35).

2.2.2. Tıbbi Hata ile İlgili Kavramlar

2.2.2.1. Klinik İatrojenez: Tıbbi uygulamalar esnasında hekim ya da sağlık çalışanları kaynaklı hastada oluşan her türlü zarar "klinik iyatrojenez" olarak adlandırılmaktadır. Ortaya çıkan bütün bu zararlardan hekimin ya da sağlık çalışanlarının sorumlu tutulması adalete aykırı bir tutumdur. Bu sebeple tıbbi uygulamayı gerçekleştiren sağlık çalışanının kusuru, özen eksikliği ve öngörüsüne bakılması gerekmektedir. Böylece iyatrojenez kavramından tıbbi hata ve komplikasyon kavramlarını beraberinde getirmektedir (36).

İyatrojenez kavramı kapsamında, bütün tedbirlerin alınmasına rağmen ortaya çıkması önlenemeyen veya tıbbi müdahalenin standartlara uygun bir şekilde gerçekleştirilmesi durumunda da ortaya çıkabileceği bilim çevrelerince kabul edilmiş olan zararlar komplikasyon olarak ifade edilmektedir. Fakat, ihmal, bilgi, beceri ve özen eksikliği gibi nedenlerle standart bakıma aykırılık oluşturan ve hastada bir zarar meydana getiren tıbbi müdahaleler ise tıbbi hata (malpraktis) olarak kabul edilmektedir (37).

2.2.2.2. Tıbbi Standart: Hekimin tedavi amacını gerçekleştirmesi için gerekli olan, denenerek ispatlanmış, hekim tecrübesi ve tıp biliminin ulaştığı güncel durum tıbbi standart olarak ifade edilmektedir. Bu kavramla asıl anlatılmak istenen tıp bilimince tanınmış temel meslek kurallarıdır. Tıp biliminde kabul edilen bir kuraldan söz edilebilmesi için hekimlerin birçoğunun aynı ya da benzer vakalarda aynı kuralı uyguluyor olması gerekmektedir. Bir başka deyişle ortalama bir meslek mensubu tarafından sahip olunan ve kullanılan asgari bilgi, beceri ve özen olarak ifade etmek mümkündür (8, 38)

Tıbbi standart olarak kabul edilen uygulamaları şu şekilde sıralamak mümkündür (39):

1. Anamnez (Sağlık öyküsü) alma
2. Muayene etme
3. Tanı yöntemlerini kullanma
4. Teşhis koyma
5. Aydınlatılmış onam alma
6. Müdahaleler yapma
7. Komplikasyonları öngörme
8. Beklenmeyen komplikasyonları yönetme
9. Bakım yapma
10. Takip / Kontrol etme

Tıbbi standart, tıbbi müdahalenin yapıldığı zamana ve hekimin görev yeri, personel ve teknik imkanlara ulaşabilme olanağına göre belirlenmesi gerektiği için tek tip bir tıbbi standarttan bahsedilememektedir. Bu nedenle, kriter olarak ulaşılabilir standart belirlenmesi gerekmektedir (8, 38). Ayrıca önemle belirtmek gerekir ki, hekimin tedavi özgürlüğü bulunması nedeniyle, tıbbi standarttan her sapma tek başına özen yükümlülüğünün ihlali olarak değerlendirilmemektedir (8).

2.2.2.3. Endikasyon: Tıp terimleri sözlüğü endikasyonu, "hastada belirli bir tedavi veya müdahale uygulanmasına karar verilmesini gerektiren durum veya belirti" olarak tanımlanmaktadır (40). Endikasyon, tıbbi müdahalenin yapılmasının tıp biliminin esaslarına göre gerekli olmasıdır. Anayasanın 17. maddesi, Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 99. maddesi, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 13. maddesi ve HHY'nin 12. maddesi endikasyon gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Bu bağlamda, her türlü tıbbi müdahalenin temelinde kural olarak bir endikasyon bulunmalıdır. Ayrıca, endikasyonun varlığı sadece hastalığın tedavi sürecinde değil; tanı, teşhis ve takip gibi sağlık hizmetinin tüm aşamalarında aranmalıdır (8, 41).

Endikasyon kavramını bu kadar önemli kılan neden ise günümüzde tıbbın gösterdiği gelişme sonucunda tıbbi müdahalelerin tıbbı gereklilikler dışında sadece hekim ya da hastanın talebine göre yapılmasıdır. Endikasyon şartının hastanın talebi

ile ihlal edilmesi hekimin tedavi özgürlüğünün engellenmesine, doktorun talebi ile ihlal edilmesi ise hastanın maddi ve manevi zarar görmesine neden olacaktır (8).

Tıbbi müdahalelerin bazıları endikasyona dayanmamasına rağmen hukuka uygun olduğu kabul edilmektedir. Estetik operasyonlar, organ ve doku nakilleri, kürtaj, üremeye yardımcı tedaviler, sünnet, doğum öncesi gerçekleştirilen tarama ve tanı testleri ve cinsiyet değişikliğine yönelik müdahaleler sosyal ve psikolojik endikasyon kavramı kapsamında hukuka uygun kabul edilen müdahalelerdir. Örnek vermek gerekirse, estetik cerrahide hastaya yapılan müdahalelerde psikolojik unsur ön planda iken, sünnette toplumsal kurallar söz konusudur (8, 42).

2.2.2.4. İzin Verilen Risk: Toplumsal gelişmelerle beraber daha az öneme sahip hukuki değer ihlali riskleri göze alınmış ve yapıları gereği tehlikeli nitelik taşıyan bazı faaliyetler için hukuken izin verilen risk alanları oluşturulmuştur. Bu alanın içinde yapılan hareketlere ve sonuçlarına izin verilmektedir. Kara trafiği ve endüstri tesisleri risk içermelerine rağmen yürürlükteki düzenlemelerle bu faaliyetlere izin verilmektedir. Kişi bu düzenlemelere uyarak söz konusu tehlikeli faaliyetlerde bulunma hakkına sahip olmaktadır (43).

Fail tarafından yaratılan netice izin verilen risk kapsamındaysa faile objektif olarak isnat edilemeyecektir aksi durumda ise, o netice faile objektif olarak isnat edilebilecektir. İzin verilen risk kapsamına trafik, fabrikalar, patlayıcı madde imalatı, maden ocağı işletmeleri, sportif faaliyetler, tıbbi müdahaleler vb. girmektedir. Örneğin bir hekim tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu içinde hareket etmesine rağmen olumsuz bir netice meydana gelirse, bu netice izin verilen risk kapsamında değerlendirmeli ve doktora isnat edilmemelidir (43). Yaratılan riskin derecesi önemli değildir. İzin verilen risk kapsamından çıkmış olması failin sonuçtan sorumlu olması için yeterlidir. Örneğin trafikte araç kullanırken izin verilen hız limitinin üzerinde araç kullanmak izin verilen risk alanından çıkma oluşturacaktır (43).

Hemen hemen bütün tıbbi müdahalelerin bazı riskler barındırmaktadır. Müdahale bu riskler göz önünde bulundurularak, fayda- zarar dengesi hastanın lehine olacak şekilde yapılmaktadır. Müdahale hastanın yararına olduğu sürece öngörülebilen riskler müdahaleye engel değildir. Sadece hekimin müdahaleyi hastanın onamını

olarak gerçekleştirmesi gerekmektedir. Günümüz hukuk anlayışında komplikasyonun izin verilen risk kapsamında olup olmadığı konusunda farklı görüşler vardır. Bu noktada her komplikasyon izin verilen risk kapsamında değerlendirilmemelidir (8, 37, 44).

2.2.2.5. Komplikasyon: Tıp terimleri sözlüğünde komplikasyon, "bir hastalığın seyir ve tedavisi sırasında diğer bir hastalık veya bozukluk belirmesi" olarak tanımlamaktadır. Bir başka deyişle, mevcut hastalığa bir başka hastalığın ya da bozukluğun eklenmesi şeklinde ifade edilebilir. Komplikasyonun oluşumu bakımından iki türü bulunmaktadır. Hekim tarafından uygulanan tedavi yada müdahale sonucu oluşan ters durum iyatrojenik komplikasyon olarak ifade edilirken, hastalığın seyri esnasında aniden beliren komplikasyon ise beklenmedik komplikasyon olarak ifade edilmektedir (40).

Yargıtay Hukuk Genel Kurulunun içtihatlarında ise; "komplikasyon, hekimin tıbbî müdahaleyi gerçekleştirirken her şeyi doğru yapmasına rağmen yine de istenmeyen bir sonucun meydana gelmesidir ve komplikasyonun iyi ve doğru yönetilmiş olması kaydıyla, istenmeyen sonucun ortaya çıkmasında tıp ilminin genel kurallarının kusurlu ihlâli söz konusu olmadığından hekimin sorumluluğu doğmayacaktır" tanımı yer almaktadır (32).

Tıbbi müdahale sonucunda oluşan bir zararın "komplikasyon" kavramı kapsamında değerlendirilebilmesi için, tıbbi müdahalenin yetkili; bilgi ve beceri açısından yeterli kişilerce, dikkatli, özenli ve gerekli tüm önlemler alınarak gerçekleştirilmesine rağmen zararın meydana gelmesi gerekmektedir. Bu şartlar yerine getirilmediği takdirde ortaya çıkan zarardan sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumlar sorumlu olacaktır (31).

Komplikasyon sorumluluk değerlendirilmesi yapılırken mutlak ve nispi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Komplikasyon kesin olarak önlenemiyorsa mutlak, aksi takdirde nispî komplikasyon olarak ifade edilir. Mutlak komplikasyon hukuken mücbir sebep kapsamında değerlendirilirken, nispi komplikasyon beklenmedik hal kapsamında değerlendirilmektedir. Mücbir sebep, nedensellik bağının kesildiği durumlar için söz konusu olduğu için sorumluluk kapsamı dışında kalmaktadır.

Beklenmedik hal durumunda ise, objektif özen yükümlülüğüne aykırılık ölçüsünde kısmen de olsa hukuksal sorumluluk kapsamında değerlendirilmektedir (45, 46).

Hukukçular ile sağlık çalışanları bu sebeple tıbbi hata – komplikasyon ayrımında farklı görüşlere sahiptir. Sağlık çalışanları tıbbi müdahale sebebiyle oluşan olumsuz sonuç komplikasyon ise sorumluluk doğmayacağı şeklinde yaygın bir yanlış görüşe sahiptir. Örneğin bir hekimin tıbbi müdahalelerinin %10'u komplikasyon olarak nitelendiriliyorsa, bu oran kabul edilebilir risk dışında görülmekte ve komplikasyon olarak görülmemektedir. Zarara sebep olan müdahalenin tıbbi hata ya da komplikasyon olarak belirlenmesi farklı bir durum, bu müdahalenin sorumluluk doğurup doğurmadığının belirlenmesi farklı bir durumdur. Komplikasyon olarak kabul edilen bir tıbbi müdahalede, komplikasyon oluşumundan sonraki sürecin iyi yönetilememesi de sağlık çalışanının tıbbi hata sorumluluğu ile sonuçlanmaktadır (44, 47, 48).

Komplikasyon zamanında tespit edilmez ya da tespit edilmesine rağmen gerekli tedbirler alınmaz ve tespit edilip tedbir alınmasına rağmen bu tedbirler standart tıbbi müdahale kapsamında değerlendirilmez ise tıbbi hata sorumluluğu söz konusu olmaktadır. Yani komplikasyonun yönetimi de sorumluluğun belirlenmesinde önem arz etmektedir (48).

Komplikasyon ve tıbbi hata ayrımını sorumluluk açısından Çizelge 2.1'deki gibi özetlemek mümkündür (44).

Çizelge 2.1: Sorumluluk Açısından Tıbbi Hata ve Komplikasyon Ayrımı

ZARARLI SONUCUN ÖZELLİKLERİ		**SONUCUN ADI**	**SONUÇTAN SORUMLULUK**
Öngörülemeyen	Önlenemeyen	Kaza, Tesadüf	Sorumluluk Doğmaz
Öngörülebilen	Önlenemeyen	Komplikasyon	Sorumluluk Doğmaz (Aydınlatılmış onam olması ve zararla illiyet bağının kesilmiş olması şartı ile)
Öngörülebilen	Önlenebilen	Tıbbi Hata	Sorumluluk Doğar

Kaynak: Savaş, 2012 (44)

2.2.3. Tıbbi Hataların Nedenleri ve Sınıflandırılması

Tıbbi hataların ortaya çıkmasında birçok faktör etkili olabilmektedir. Tıbbi hataların sınıflandırılmasında hatanın oluşmasında neden olan kaynaklara göre üç temel ayrım bulunmaktadır. Bunlar; İnsan faktörü, kurumsal faktörler ve teknik faktörlerdir (Çizelge 2.2) (49, 50).

Çizelge 2.2: Kaynaklarına Göre Tıbbi Hata Nedenleri

İnsan Kaynaklı	**Kurumsal Kaynaklı**	**Teknik Kaynaklı**
Yorgunluk	İş yeri tasarımı	Yetersiz otomasyon
Yetersiz eğitim	Planlama / Politikalar	Yetersiz cihazlar
İletişim yetersizliği	Yönetim / Finansal yapı	Eksik cihazlar
Güç/kontrol	Teşvikler / Liderlik	Karar verme destek eksikliği
Kibir / düşmanlık	Tedarik yönetimi	Karmaşıklık
Dikkat dağılması / zaman kıtlığı	Devir / Transferler	Entegrasyon eksikliği
Yanlış karar	Denetim / Geri bildirim	Zorlama fonksiyonunun olmaması
Mantık hatası	Görevlere aşina olmama	Geri dönüşü olmayan hata
Sezgisel hareket etme	Personel yetersizliği ve uyumsuzluğu	Aşırı bilgi
		Kontrol listesi eksikliği

Kaynak: McNutt ve ark., 2002 (49)

Tıbbi hataların sınıflandırılmasında en çok kullanılan bir diğer sınıflandırma şekli de hataların kaynaklarının sağlık hizmetinin hangi sürecinde ortaya çıktığını esas almaktadır (Çizelge 3.3) (51).

Çizelge 2.3: Sağlık Hizmet Süreçlerine Göre Tıbbi Hata Nedenleri

Tanısal Hatalar	• Tanıda gecikme ya da hata • Gerekli testlerin yapılmaması • Güncel test ve tedavi yöntemlerinin kullanılmaması • Test ve gözlem sonuçlarına aykırı davranmak
Tedavisel Hatalar	• Operasyon, prosedür ve test uygulanma sürecindeki teknik hatalar • Tedavi yönteminin uygulamasındaki hatalar • İlaç kullanım yönteminde veya ilaç dozundaki hatalar • Tedavide veya normal olmayan bir test sonucuna cevap vermede önlenebilir gecikme. • Uygun tedavi yönteminin seçilmemesi
Önleyici Bakım Hizmetlerinde Hatalar	• Hastalığın gelişmesini veya ilerlemesini önleyecek tedbirlerin alınmaması • Tedavinin yeterli takip ve izleminin yapılmaması
Diğer	• İletişim hataları • Ekipman arızaları • Sistemden kaynaklanan diğer hatalar

Kaynak: Leape ve ark., 1993 (51)

2.2.4. Tıbbi Hataların Bildirimi

Tıbbi hataların meydana gelmesinin nedenlerini ortaya çıkarabilmek ve hasta güvenliğini üst seviyelere çekebilmek için tıbbi hata sorununa sistematik bir yaklaşım sergilenmelidir. Bu yaklaşım, kanıt toplama ve araştırmayı, sistemdeki sorunlara yanıt verecek stratejilerin geliştirilmesini ve kurumda korkmadan hataların bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasını içermektedir (52). Hasta güvenliği, hastanın sağlık bakım hizmetlerinden zarar görmesini önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşların çalışanları tarafından alınan bütün önlemler olarak ifade edilebilmektedir (53).

Sağlık bakım hizmetlerinde ortaya çıkan hataları belirlemek, nedenlerini ortaya çıkarmak, oluşan bu hataların hastalara zarar vermesini engellemek ve bu hataların azaltılması amacıyla kullanılan yöntemlerden en önemlisi hataların bildirilmesi ve analiz edilmesidir (53).

Hastalarda zarara neden olan hataların bildirimi kadar “ramak kala” olarak ifade edilen hataların bildirimi de son derece önem arz etmektedir. Ramak kala olarak

ifade edilen hatalar, hastaya zarar verilmesine çok yakın olduğu halde zararın oluşmadığı hatalardır. Bu tür hatalar sağlık kurumlarında sıklıkla meydana gelmektedir. Bu olayların belirlenmesi, bildirilmesi ve hataları düzeltici tedbirlerin uygulanması önem arz etmektedir. Tıbbi hataların habercisi olabilecek bu olaylar ciddi bir yaralanma veya ölümle sonuçlanmadan önce bir çok kez gerçekleşmektedir (54).

Sağlık bakım hizmeti veren kurumlarda tıbbi hataların bildirimi için başarılı bir bildirim ve raporlama sistemi oluşturulmalı ve bildirimlerin sağlıklı bir şekilde yapılmasını sağlamak için özellikleri paydaşlarla paylaşılmalıdır. Başarılı bir tıbbi hata bildirim sisteminde; kurumun sisteme ilişkin sorumlulukları belirlenmeli, tüm çalışanlara ve hastalara yönelik eğitim planı yapılmalı, kurumun kullanacağı bildirim sistemi belirlenmeli ve işletilmeli, sistemin kullanımı basit olmalı, sistem kullanıcılar için zaman alıcı olmamalı, cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım benimsenmeli, geribildirim sistemi aktif olmalı ve hata bildirim sisteminden elde edilen bulgular çalışanlarla paylaşılmalıdır (55).

Hekimler arasındaki tıbbi hatalara yönelik sistemin adaletsiz olduğu ve malpraktis davası tehdidi algısı tıbbi hataları bildirme konusunda isteksizliğe yol açmaktadır. Tıbbi hatalara önlemeye yönelik mevcut sistemler, gelecekteki hataları önlemek amacıyla sağlık sistemindeki eksiklikleri düzeltmekten ziyade hatanın sonuçlarını düzeltmeye odaklanmış durumdadır. 2006 yılında Senatör olarak ABD meclisinde yer alan Barack Obama ve Hillary Clinton, New England Journal of Medicine'de tıbbi hataların bildirimi ve rapor edilmesini sağlamak amacıyla Ulusal Tıbbi Hata Açıklama ve Tazminat programının oluşturulması çağrısında bulunan bir makale yayınlamıştır. Fakat bu rağmen önlenebilir tıbbi hataları tespit etmek ve engellemek için etkili yöntemlere sahip bir model oluşturulamamıştır (56).

2.2.5. Tıbbi Hataların Hukuksal Boyutu

Türk hukuk sisteminde hekimlere yönelik tıbbi hata iddialarının değerlendirilmesine özel bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Tıbbi hata iddiası ileri sürüldüğünde hekimler ve sağlık çalışanları dört farklı hukuksal süreçle karşılaşabilirler. Bu süreçler (35):

1. Ceza davası
2. Tazminat davası
3. İdari soruşturmalar
4. Meslek kuruluşlarınca yürütülen disiplin işlemleridir.

Bu hukuksal ve idari süreçler birbirinden farklı şekillerde ele alınmaktadır. Hukuksal süreçlerde farklı mahkemeler görevlidir. Hekimler için bu süreçlerden birinin uygulanıyor olması, diğerlerinin uygulanmasına engel teşkil etmemektedir. Bu nedenle hekim, bir tıbbi hatadan dolayı bu süreçlerin hepsiyle de karşı karşıya kalabilmektedir. Bu süreçler sonuç doğurma bakımından da birbirinden farklıdır. Hekimin ceza davasından beraat etmiş olması, tazminat davasının ya da idari soruşturmanın da lehine sonuçlanacağı anlamına gelmemektedir. Çünkü bütün bu süreçlerde sonuç farklı unsurlara göre değerlendirilmektedir (57).

Ceza hukukunda, bir tıbbi hatanın suç olarak değerlendirilebilmesi için "tipiklik" ve "hukuka aykırılık" olarak adlandırılan iki unsurun oluşması gerekmektedir. Tipiklik, failin somut fiilinin kanun tarafından suç olarak tanımlanmasıdır. Maddi ve manevi olmak üzere iki unsuru vardır. Tipikliğin maddi unsuru suçun dış görünümünü ifade ederken, manevi unsuru da failin iç dünyasının (kast, taksir) yansıması olarak adlandırılır. Bir olayda tipikliğin maddi ve manevi unsurlarının oluşması fiilin hukuka aykırılığına karine teşkil etmektedir fakat suçun oluşması için hukuka aykırılığın gerçekleşmesi de gerekmektedir. Örneğin, meşru müdafaa gibi bir hukuka uygunluk nedeninin varlığı fiilin tipe uygunluğu söz konusu olsa bile suç oluşmaması sonucunu doğuracaktır (58).

Hekimlerin hatalı uygulamalarında tipikliğin manevi unsurunu taksir oluşturmaktadır. TCK'nın 22. Maddesinin 2. fıkrasında taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bilinçli ve basit taksir olmak üzere iki tür taksir bulunmaktadır. Basit taksir, failin öngörülebilir nitelikteki neticeyi öngörmemesi olarak ortaya çıkarken, bilinçli taksir neticeyi öngördüğü halde istememesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bilinçli taksirin oluşturduğu

haksızlık basit taksire göre daha ağır olduğu için cezanın arttırılmasına neden olmaktadır (8, 58).

Türk Ceza Kanunun 22. maddesinin 1. fıkrasında "Taksirle işlenen fiiller, kanunun açıkça belirttiği hallerde cezalandırılır" denilmek suretiyle taksirli bir fiilin cezalandırılabilmesini kanun ile düzenlenmiş olmasına bağlamaktadır. Bu hüküm taksirin cezalandırılabilirliğini kısıtlayıcı bir fonksiyon görevi görmektedir. Hekimlerin taksirle öldürme ve yaralama nedeniyle hapis cezası ile karşılaşması ihtimali çok düşük olmasına rağmen yüksek tazminat sorumluluğuyla karşılaşmaları daha olasıdır (59).

Tazminat sorumluğunda, hekimin tıbbi hatasının sorumluluğu kural olarak sözleşme sorumluluğudur. Bu nedenle, hekimle hasta arasındaki sözleşmenin Türk Borçlar Kanunu'nda belirlenen sözleşme tiplerinden hangisinin kapsamında olduğu hasta hakları ve hekim sorumluluğunun belirlenmesi için önem arz etmektedir. Hekim ile hasta arasında bir sözleşme bulunmadığı durumlarda haksız fiil sorumluluğu ve vekaletsiz iş görme kuralları uygulanmaktadır. Hekimlerin tıbbi hatalarının tazminat sorumluğunun oluşturması için, hukuka aykırı ve kusurlu bir fiilin olması, bu fiilin hastada bir zarar oluşturması ve hekimin fiili ile hastada ortaya çıkan zarar arasında illiyet bağı bulunması gerekmektedir (8, 46, 47).

Tazminat miktarının belirlenmesinde ise hekimin sorumluluğunun kaynağının, sözleşmeye ya da haksız fiile dayanmasının önemi yoktur. Hekimin kusurlu olduğu tespit edilmiş ise, hasta hem maddi hem manevi tazminat isteminde bulunabilir. Maddi tazminat isteminde tedavi giderleri, iş gücü kaybı, destekten yoksun kalma, cenaze giderleri, çalışma gücünün azalması ya da kaybından kaynaklanan zarar talep edilebilir. Manevi tazminat istemi ise beden bütünlüğünün ihlali ve kişilik haklarının zedelenmesi nedeniyle talep edilebilir (60, 61).

Çalışılan kurum tarafından gerçekleştirilen idari soruşturmalar ile meslek birlikleri tarafından yürütülen disiplin işlemlerinde ise, hekimin hatalı bulunup cezalandırılması için, hukuka aykırı bir eylem veya kusurlu bir davranışın olması yeterli görülmektedir. Bu eylemin hastada zarar oluşturması şartı aranmamaktadır (57).

2.2.6. Tıbbi Bilirkişilik

Adli olaylarda bilgisinden faydalanılan kişiler bilirkişi olarak adlandırılmaktadır. Bilirkişi, bir konu hakkında bilgi ve tecrübe sahibi olan uzman kişi olarak ifade edilmektedir (62, 63). Hukuk Muhakemeleri Kanunu (HMK) 'nun 266. maddesinde "Mahkeme, çözümü hukuk dışında, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde, taraflardan birinin talebi üzerine yahut kendiliğinden, bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına karar verir. Ancak genel bilgi veya tecrübeyle ya da hâkimlik mesleğinin gerektirdiği hukukî bilgiyle çözümlenmesi mümkün olan konularda bilirkişiye başvurulamaz" denilerek hakimin hukuk alanı dışında kalan alanlarda bilirkişiye başvurabileceği anlaşılmaktadır (64).

Bilirkişiden raporunda üç konuya açıklık getirmesi talep edilebilir (65);

1. Çözümü hukuk dışında olan özel ve teknik bilgiyi gerektiren konuda hâkime bu bilgiyi ulaştırmak,
2. Özel ve teknik bilgiyi uygulayarak maddî olguları tespit etmek,
3. Özel ve teknik bilgiyi maddî olgulara uygulayarak analiz etmek

Bilirkişiden bu konulardan biri hakkında rapor istenebileceği gibi ikisi ya da üçü hakkında birlikte de talep edilebilir (65). Tıbbî hata davalarında ise bilirkişiden dava konusu olayda uygulanması gereken standart tıbbî müdahaleyi tanımlaması istenir ve daha sonra davalı hekimin söz konusu müdahaleyi gerçekleştirirken standart tıbbi müdahaleden sapma gösterip göstermediği konusundaki görüşünü belirtmesi istenir (65).

Hastada ortaya çıkan zararın tıbbi uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığı ve bu tıbbi uygulamada hekimin kusurlu olup olmadığının belirlenmesi tıbbi bilirkişiler tarafından yapılmaktadır. Tıbbî bilirkişilik görevi hekim, hemşire, eczacı, diş hekimi, acil tıp teknisyeni gibi tıp bilimlerinde öğretim görmüş kişiler tarafından yerine getirilir. Tıbbi bilirkişi tıbbi hata sonucu ortaya çıkan zararı, uygulamayı yapan hekimin eğitim düzeyini dikkate alarak, aynı koşullar altında ve aynı yetkinliğe sahip bir hekimden beklenen özeni gösterip göstermediğine yani tıbbi standarda uygun olup olmadığına bakarak bir değerlendirme yapmaktadır (37, 57, 65).

Kanama, enfeksiyon, sinir zedelenmeleri gibi komplikasyonlar hatasız bir tıbbi müdahalenin önlenemeyen sonuçları olarak ortaya çıkabileceği gibi, tıbbi hatalar sonucunda da ortay çıkmış olabilir. Ayrıca, hatasız bir tıbbi uygulama sonucu ortaya çıkan komplikasyonlarda da komplikasyonun zamanında tespit edilememesi, tespit edilmesine rağmen gerekli ve doğru tıbbi tedbirlerin alınmaması, komplikasyon iyi yönetilememiş olması gibi durumlarda, gelişen komplikasyonlarda da tıbbi hata sorumluluğu ortaya çıkacaktır. Tıbbi müdahale sonucunda oluşan bu durumların tıbbi hata mı yoksa komplikasyon mu olduğunun belirlenmesi HMK'nın 266. maddesi uyarınca tıbbi bilirkişiler tarafından yapılmaktadır (44, 47).

Ülkemizde hastada zarar meydana geldiğinde, bu zararın tıbbi müdahaleden kaynaklanıp kaynaklanmadığını ve özen yükümlülüğünün yerine getirilip getirilmediğini belirleme görevini bilirkişilik kuruluşları yerine getirmektedir. Bu kuruluşlar karar verirken konu ile ilgili görülen kişilerin ifadelerini, sağlık kuruluşu kayıtlarını, hasta evraklarını, filmlerini, laboratuvar incelemelerini, ameliyat dosyasını ve varsa otopsi bulgularını dikkate almaktadır. Ülkemizde uygulamada bilirkişilik görevini Adli Tıp Kurumu tarafından yapılmakla birlikte, görev yapan kurumlar şu şekildedir (8, 66, 67):

1. Adli Tıp Kurumu
2. Üniversitelerin Adli tıp ve ilgili Anabilim Dalları
3. Tabip Odaları Onur Kurulları

Bilirkişinin incelemeleri sonucunda düzenleyeceği rapor, hekimin yapması gereken ile yapılanın ne olduğunu gösteren, nedenlerini açıklayıcı, taraf, hakim ve Yargıtay denetimine elverişli olmalıdır. Bu unsurlara uygun olarak düzenlenmeyen raporlar yetersiz olup, karara esas alınması uygun değildir (8).

Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD), Amerikan Kadın Doğum Uzmanları Derneğinin (ACOG) "Bilirkişilikte Etik" prensiplerini de göz önünde bulundurarak şu etik prensipleri kadın hastalıkları ve doğum hekimlerine önermektedir (68):

- Bilirkişilik, şahsi, mesleki ve maddi faydaları olan bir görevdir.
- Bu özellikler nedeniyle olumsuz sonucun tıbbi hatadan kaynaklanıp kaynaklanmadığı ayrımı kolay olmayabilir.
- Hastaların zararları en uygun ve hızlı şekilde telafi edilmelidir.
- Dürüstlük ve mesleki etik kurallarına bağlı olmak esastır. Kadın doğum hekimi bilirkişiliğini, uzmanlığı ile sınırlamalıdır.
- Bilirkişi klinik görüşünü mutlak doğru ya da yanlış olarak sunmamalıdır. Aksi takdirde, hem söz konusu davadaki kişilere ve mesleğe zararı dokunabilir.
- Bilirkişilik görevini üstlenen hekimler olay zamanındaki kadın doğum pratiğine ve klinik tıbbın tartışılan özel alanlarına uygun bilgi ve tecrübeye sahip olmalıdır.
- Bilirkişi, genel olarak kabul edilen standartlar ışığında bir performans değerlendirmesi yapmalıdır.
- Bilirkişiler, tıbbi kararların sıklıkla tanısal ve prognostik (hastalığın seyri hakkındaki öngörü) kesinlik olmadan alındığının farkında olmalıdır.
- Bilirkişi, olumsuz sonuç ile tıbbi hata arasında kesin bir ayırım yapmalıdır.
- Bilirkişi, herhangi bir adli süreçte hazırladığı rapor veya verdiği ifadenin bir emsal kararlara neden olacağının farkında olmalıdır.

2.2.7. Tıbbi Sorumluluk Sigortası

Tıbbi hata kavramı hekimlerde suçluluk duygusu uyandırır ve hekimin kendini savunmasına sebep olur. Ayrıca, çok az sayıdaki sorun tıbbi hata kavramından daha çok korku uyandırır. Bu nedenle, Amerika Hekim Sigortacıları Birliği, tıbbi hata teriminin olumsuz çağrışımlarından kaçınmak için daha tarafsız olan "tıbbi mesleki sorumluluk" teriminin kullanılmasını önermiştir (56). Sigorta şirketleri de hekimlerin tıbbi hata korkularının önüne geçmek, sağlık hizmeti sunumunda güvenli ve huzurlu hissetmeleri amacıyla "Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası" ürünü ile hekimlerin mesleki faaliyetleri nedeniyle oluşan zararlar nedeniyle hekimlere açılan davalardaki tazminat bedeline yönelik güvence sağlamaktadır. Türkiye'de hekimler için mesleki sorumluluk sigortası 30 Temmuz 2010 tarihinden itibaren zorunlu hale getirilmiş olup, tam adı "Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası" olarak düzenlenmiştir (69).

Hekimlere mesleki sorumluluk sigortasının teminat kapsamı; kamu ve özel sağlık kurumlarında görev yapan hekimler ile serbest çalışan hekimler ve diş hekimlerinin sigorta poliçesinde belirlenmiş mesleki faaliyeti icra ederken;

a) Hekimin sebep olduğu zarardan dolayı ödemeye mahkûm edildiği tazminat tutarlarını,

b) Tazminat davasına ilişkin yargılama masraflarını,

c) Tazminat tutarı ve yargılama masraflarına yönelik hükmolunacak faizlerini,

poliçede belirlenen limitler kapsamında içermektedir (69).

Hekimlerin sigorta prim ödemelerinin yarısı kendileri tarafından, yarısı ise çalıştıkları kurum tarafından karşılanmaktadır. Prim ödemesine katkı veren kurum dışında gerçekleşen tıbbi hatalara ilişkin tazminatlar sigorta kapsamının dışında kalmaktadır. Bu nedenle, hekimler faaliyet gösterdikleri kurum sayısı kadar poliçe yaptırmak zorundadırlar. Fakat, faaliyet gösterilen kurum ya da kuruluş değişmeksizin bu kurum ya da kuruluşun farklı birimlerinde görev alınması durumunda ilave poliçe düzenlenmesine gerekmemektedir. Örneğin, Sağlık Bakanlığında görev yapan hekimler, Bakanlığa bağlı birden çok hastanede faaliyet göstermesi halinde tek bir poliçe yaptırması yeterlidir. Fakat, aynı anda bir üniversite hastanesi ve Sağlık Bakanlığına bağlı bir hastanede faaliyet gösteren hekim ise her iki kurumdaki faaliyeti için ayrı ayrı poliçe yaptırması gerekmektedir (69).

Bu duruma, 23 Temmuz 2020 tarihli 31135 sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanan “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1)’de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ” de pandemi nedeniyle, “özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan ve mesleklerini serbest olarak icra eden sigortalıların kendi görev yeri ve branşı dışında da olsa ilgili mevzuat çerçevesinde kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile bu kurum ve kuruluşların bağlı, ilgili veya ilişkili birimlerinde pandemi sebebiyle görevlendirilmeleri nedeniyle yürüttükleri faaliyetleri, ilave sözleşme

düzenlenmeksizin veya prim tahsil edilmeksizin poliçenin kapsamına dahildir" denilerek bir istisnaya yer verilmiştir (70).

26 Temmuz 2014 tarihli 29072 sayılı Resmi Gazete 'de yer alan "Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1)'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ" de hekim mesleki sorumluluk sigortasının risk gruplarına ve prim tutarlarına yer verilmiştir. Kadın hastalıkları ve doğum hekimleri en yüksek risk grubu olan 4. grupta yer almaktadır ve 4. grup ilk kez yapılacak sigortalarda uygulanacak prim tutarı 750 TL'dir. Aynı yönetmelikte 2015 yılında yapılan değişiklikle her bir vaka için azami teminat tutarı 4. grup için 800.000 TL olarak belirlenmiştir. Her durumda poliçe kapsamında ödenecek tazminat miktarı 1.800.000 TL'yi aşamaz (71, 72).

Sigorta poliçe indirim ve arttırım prim basamakları Çizelge 2.4'te yer almaktadır (72).

Çizelge 2.4: Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Prim Basamak Sistemi

Basamak	İndirimli Prim	Zamlı Prim
1	% 20	
2	% 15	
3	% 10	
4	-	-
5		% 15
6		% 30
7		% 50

Kaynak: Resmi Gazete, 2014 (72)

Sigorta poliçe primlerinin hesaplanmasında, bir önceki poliçe süresi kapsamında herhangi bir ihbar ya da tazminat ödemesi yapılmadığında, sonraki sigorta poliçesinde uygulanacak prim indirimi oranı bir üst basamaktaki orana göre belirlenmektedir. Eğer bir önceki poliçe süresi kapsamında tazminat ödemesi yapılmışsa, sonraki poliçe süresi kapsamında tazminat ödeme sayısı kadar aşağı basamaktaki orana göre prim belirlenmektedir. Bir poliçe döneminde üç ve daha fazla tazminat ödemesi yapılması durumunda azami zamlı prim oranı olarak % 50, üç ya da daha fazla yıl tazminat ödemesi yapılmaması durumunda ise azami indirim oranı % 20

uygulanmaktadır. Sigorta süresi bir yıldan kısa olması durumunda sigorta poliçelerinde prim indirimi uygulanmamaktadır (72).

Sigorta şirketlerine zarar temini için yapılan başvuruların nedenleri incelendiğinde, 2012 yılına ait başvuruların içindeki en büyük pay %26,7 ile hamilelik sürecinin yönetilmesinde yetersizlik nedeni yer almaktadır. Bu orana %8,3 ile doğum yönteminin seçimindeki yanlışlık ve %3,1 ile sezaryen doğum yönteminde yapılan yanlışlık nedenleri de eklendiğinde, yapılan başvuruların %38,1'lik kısmının doğum sürecinde ortaya çıkan tıbbi hatalardan oluştuğu görülmektedir (69).

Sigorta sistemi sonuca odaklı olması nedeniyle hekimlerin ve hastaların sadece uğradıkları zararın maddi olarak giderimini sağlamaktadır. Hastaların zarara uğramalarını engelleyememekte ve hekimlerin cezai sorumluluğu ve mesleki motivasyonu içinde bir faydası yoktur (50).

2.2.8. Tıbbi Hata Uyuşmazlıklarında Alternatif Çözüm Yolları

Tedavinin olağan istenmeyen sonuçlarını ihmalden ayırt etmek uzun süreli ve zor olduğu için tıbbi hata davalarının yargılama süreci çok uzun olmaktadır. Bu nedenle, yargılama süresini ve masraflarını azaltmak, adalete erişimi kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinin daha verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla zarar gören kişi ile hekim arasında anlaşma sağlayacak erken açıklama ve özür, arabuluculuk, tahkim ve duruşma öncesi taramalar gibi alternatif çözüm yolları bazı ülkelerin yasal sistemlerinde yer almıştır (73, 74).

Tıbbi hata iddiasına konu olan uyuşmazlık hakkında görüşmek ve bir tür çözüme ulaşmak amacıyla yapılan toplantılar erken açıklama ve özür programları olarak bilinmektedirler. Bu programların amacı tarafların meseleleri daha sonra duruşmada ihmal kanıtı olarak kötüye kullanılabileceğinden korkmadan tam olarak açıklamalarını sağlamak, özür dilemeyi kolaylaştırmak ve hatadan kaynaklanan öfkeyi hafifletmektir. Bir açıklama ve özür duyma arzusu, genellikle tıbbi uygulama hatası davalarının arkasındaki ana itici güçler olsa da hekimler ve hastane yönetimleri, özür dilemenin ihmalin kabulü anlamına geleceğinden ve kendilerine karşı delil olarak kullanılacağından korkmaktadır. ABD'de otuz beş eyalet, doktorların gizli ve kabul

edilemez özürler sunmasına izin veren bir tür "özür dilerim" yasası çıkarmıştır. Tüm eyaletlerdeki özür yasaları aynı değildir. Bazı eyalet yasaları hem özrü hem de hata kabulünü korurken, bazıları sadece özrü korur, ancak bir hata kabulünü korumamaktadır (74, 75).

Arabuluculuk, uyuşmazlığı tarafsız bir üçüncü kişi tarafından sürdürülen görüşmeler neticesinde çözüme ulaştırmayı amaçlayan alternatif çözüm yoludur. Bu arabulucu bir avukat veya emekli bir yargıç olabilir, ancak eğitimli arabulucuların başarı oranları genellikle daha yüksektir. Arabuluculuğun en önemli özelliği bağlayıcı olmamasıdır. Taraflar istedikleri zaman müzakereyi kesebilirler. Taraflara genellikle avukat eşlik etmediği için süreç kısa ve daha az maliyetlidir. Arabuluculuk sistemindeki gayri resmi atmosfer, daha yaratıcı çözümler bulunmasını sağlamaktadır. Örneğin, ölen aile üyeleri için anıtlar, çocukların eğitim hayatlarına yardımcı olma ve hayır kurumlarına bağışlar bu çözümler arasındadır. Arabuluculuk sistemi her iki tarafın rızası ile anlaşmazlık konu üzerinde anlaşmaya varıldığı için, alternatif çözüm yolları arasında en memnun olunan yoldur (74).

Tahkim, uyuşmazlığın çözümünde taraflar için daha resmi ve bağlayıcı bir alternatif çözüm yoludur. Hakem veya tahkim kurulunun yönettiği davada taraflar da avukatlar tarafından temsil edilir. Hakemin ya da tahkim kurulun kararları bağlayıcıdır. Sağlık alanında popülerlik kazanan tahkim biçimlerinden biri de tedavi öncesi tahkim anlaşmasıdır. Bu, hastaların bir sağlık kuruluşu tarafından tedavi şartı olarak imzaladıkları ve bir anlaşmazlık çıkması durumunda tahkim yoluyla çözüleceğini belirten bir sözleşmedir. Doktorlar, yeni hastalarla yaptıkları ilk sözleşmelerine bu tür maddeler ekleyebilir ve böylece kendilerini davalardan koruyabilirler. Bu maddelere karşı çeşitli yasal itirazlar ileri sürülmüştür, fakat bu tür maddeler yasal ve bağlayıcı kabul edilmiştir. Hatta ABD'deki bazı eyaletlerde dava açılmadan önce zorunlu tahkim şartı getirilmiştir. Sürece avukatlar dahil olduğu için maliyetler arabuluculuktan yüksektir. Tarafların memnuniyeti de arabuluculuktaki gibi yüksek değildir. Fakat bir davaya göre daha hızlı ve düşük maliyetlidir. Ayrıca, uyuşmazlık hakkındaki kararları bağlayıcı olduğu için mahkemelerde dava açılamamaktadır (74).

Duruşma öncesi taramalar, her bir tarafın iddiasını yargılamadan önce iddiaların gayri resmi olarak değerlendirilmesidir. Dava açmaya değmeyecek iddiaları elemek her iki taraf için de maliyet tasarrufu sağlamaktadır. Bunun tıp alanına özellikle uygun olmasının bir nedeni, bu alandaki çok sayıda haksız iddiaların dava edilmesidir. Haksız iddiaların çok sayıda olmasının nedeni davacıların neyin ihmal teşkil edip etmediği konusunda genellikle kafalarının karışmasıdır. Tıp pratiği, özellikle cerrahi, doğası gereği risk taşır. Hekim ne kadar eğitimli ve vicdanlı olursa olsun enfeksiyon, kanama, ağrı ve ölüm gibi komplikasyonlar kaçınılmazdır. Hasta için komplikasyonlar bir tür telafi arzusunu tetikleyebilir ve dava açılmasına neden olabilir. Duruşma öncesi taramalar, davacıların başarılı bir dava için uygun gerekçeler olmadığı konusunda eğitilmesine ve arabuluculuk gibi daha verimli zeminlere yönlendirilmesine yardımcı olur. ABD'deki eyaletlerin yarısı, tıbbi uygulama hatası nedeniyle dava açmadan önce mahkeme öncesi tarama yapılmasını şart koşmaktadır (61, 74).

2.2.9. Tıbbi Hata Uyuşmazlıklarına Yönelik Türkiye'deki Gelişmeler

Ülkemizde sağlık meslek mensuplarının tıbbi faaliyetleri esnasında işledikleri suçlarla ilgili soruşturma iznine ve sağlık meslek mensuplarının görevleri esnasında verdikleri zararlar nedeniyle devletin ödediği tazminatın ilgili sağlık çalışanına rücu edilmesine karar vermek amacıyla 12.05.2022 tarihinde kabul edilen 7406 sayılı Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik yapılmasına dair kanun ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanuna madde eklenmesi suretiyle Sağlık Bakanlığı bünyesinde Mesleki Sorumluluk Kurulu (MSK) kurulmuştur (76).

Mesleki Sorumluluk Kurulu iki önemli görev yerine getirmektedir. Bu görevlerin ilki sağlık çalışanlarının cezai sorumlulukları kapsamında yargılanabilmeleri için gerekli olan soruşturma izni verilmesi aşamasında diğeri ise devletin sağlık personelinin görevi esnasında verdiği zararlar nedeniyle ödediği tazminatlarla ilgili sağlık çalışanına rücu edilmesi aşamasındadır. Bu görevlerin yerine getirilmesinde izlenecek usul ve esasları belirlemek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından "Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbi İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına Ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul Ve

Esaslar Hakkında Yönetmelik" 15 Haziran 2022 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (77).

Mevcut hukuk mevzuatında, anayasanın 129. maddesinin son fıkrasındaki "memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında işledikleri iddia edilen suçlarda ötürü ceza kovuşturması açılması, kanunla belirtilen istisnalar dışında, kanunun gösterdiği idari merciin iznine bağlıdır" hükmü gereği kamu görevlilerinin ceza kovuşturması 4483 Sayılı Kanunu'na göre yapılmaktadır (78).

Kamuda görevli sağlık meslek mensupları mesleki faaliyetlerinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, tanı, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve müdahaleler ile ilgili suçların yargılanmaları 4483 Sayılı Kanunu'na göre ilgili idari makamdan izin alınması şartına bağlanmış bulunmaktadır. 7406 sayılı Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik yapılmasına Dair Kanun ile sadece kamuda görevli sağlık meslek mensupları değil özel sağlık kuruluşları ve vakıf üniversitelerinde çalışan hekim, diş hekimi ve diğer sağlık meslek mensuplarının ceza kovuşturmaları öncesinde de 4483 sayılı kanuna göre izin usulünün işletilmesi gerekecek ve bu konuda izin vermeye MSK yetkili olacaktır (76, 78).

Kamu kurum ve kuruluşları ile devlet üniversitelerinde görevli sağlık meslek mensuplarının tıbbi faaliyetleri sürecinde verdikleri zararlarla ilgili idare tarafından ilgililere ödemesi yapılan tazminat tutarının sağlık çalışanına rücu edilip edilmeyeceği, rücu miktarı, sağlık meslek mensubunun görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullanıp kullanmadığı ve kusur durumuna ilişkin bir yıl içinde karar verme yetkisi de MSK'ya verilmektedir (76).

Mesleki Sorumluluk Kurulu Sağlık Bakanı tarafından belirlenen yedi üyeden oluşmaktadır. Bunlar (76);

- Bakan yardımcısı
- Sağlık Hizmetleri, Kamu Hastaneleri, Hukuk Hizmetleri, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürleri veya yardımcıları,
- Biri dahili ve diğeri cerrahi branştan olmak üzere profesör veya doçent unvanlı iki hekim

Kurulun hekim üyelerinin süresi iki yıldır. Diğer üyeler ise görevde bulundukları süre boyunca kurul üyelikleri devam etmektedir. Kurul üye tamsayısının salt çoğunluğuyla toplanmakta ve üye tam sayısının salt çoğunluğuyla karar almaktadır. Üyeler tarafından oylamalarda çekimser oy kullanılamamaktadır. Sağlık Bakanı tarafından gelen işin niteliği ve sayısına göre gerekli görülmesi halinde, başka bir bakan yardımcısının başkanlığında üçüncü fıkrada gösterilenlerden, yeni kurullar oluşturabilir. Kurulda görüşülecek konu teknik ve uzmanlık gerektirdiği durumda danışma görevi yerine getirmek üzere en az üç kişiden oluşan ihtisas komisyonları da kurulabilecektir. Oluşturulan komisyon üyelerinin kurulda oy kullanma hakkı bulunmayacak olup, sadece danışma görevini yerine getireceklerdir (76, 77).

Mesleki Sorumluluk Kurulunun soruşturma izni verilmesinde izlediği yol şu şekildedir (77):

- Soruşturmaya konu olay hakkında ön inceleme yapmak ya da yaptırmak,
- Ön inceleme raporundaki bulguların yeterli görülmemesi halinde yeniden inceleme yapmak ya da yaptırmak,
- Soruşturma izni verilip verilmediğine karar vermek
- Soruşturma izni ile ilgili verilen kararın yetkili makama sunulmasını sağlamak.

Ön inceleme kurul tarafından bizzat yapılabilir ya da kamuda görevli sağlık meslek mensupları için 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında kanunun beşinci maddesinin üçüncü fıkrası belirtilen görevlilere yaptırılır. Ayrıca, Kurul'a özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde görev yapan sağlık meslek mensuplarına bulundukları il sağlık müdürlüklerinin başkan veya yardımcıları aracılığıyla ön inceleme yapma yetkisi verilmiştir (77).

Ön inceleme sonucunda bir rapor hazırlanarak Kurul'a sunulmaktadır. Kurul raporu karar vermek için yeterli görürse soruşturma izni konusundaki kararını sunulan rapora göre verecektir. Eğer kurul ön inceleme raporunda açıklanması gereken hususlar tespit ederse, bizzat kendisi veya ön inceleme raporunu hazırlayan aynı ya da

başka kişiler görevlendirerek yeniden bir inceleme yaptırabilecektir. Tüm bu süreçler için de bir süre kısıtı söz konusudur. Kurul suçu öğrendiği tarihten itibaren en geç altmış gün içinde soruşturma izni hakkındaki kararını vermesi gerekmektedir. Bu sürenin içine ön inceleme süreci de dâhildir. Kurulca zorunlu hallerde otuz günü geçmemek üzere süreyi bir defa uzatmak mümkündür (77).

Kurul soruşturma izni verilmesine ya da verilmemesine dair kararını Cumhuriyet başsavcılığına, hakkında ön inceleme yapılan sağlık meslek çalışanına, şikâyette bulunana ve ilgili il sağlık müdürlüğüne gönderir. Kurulun kararlarına karşı itiraz 10 gün içinde Ankara Bölge İdare Mahkemesine yapılabilir (77).

Mesleki Sorumluluk Kurulunun idare tarafından ilgililere ödenen tazminatın sağlık meslek mensubuna rücu isteminde izlediği yol şu şekildedir (77):

- Davanın sağlık meslek mensubuna ihbarı
- Sağlık meslek mensubunun görev yaptığı idare tarafından inceleme yapılması
- İnceleme sonucunda hazırlanan rapor, varsa mesleki sorumluluk sigortası poliçesi ve ekleri, davanın sigortacıya ihbar edildiğine ilişkin belge ve kesinleşmiş mahkeme kararının kurula gönderilmesi
- Kurul sekretaryasının evrakları şekli bakımdan inceleyerek varsa eksiklikleri tamamlaması
- İdare tarafından ödemesi yapılan tazminatın sağlık çalışanına rücu edilip edilmeyeceğine ve rücu karar verilmesi
- Kurul tarafından verilen kararın ilgili idarelere ulaştırılması

Tıbbi işlem ve uygulamadan kaynaklı oluşan zararın tazmin edilmesi talebiyle aleyhine dava açılan idare davayı çalışanına ihbar eder. Sağlık çalışanı da sigortası bulunması durumunda davayı sigortacıya ihbar eder (77).

Davaya ilişkin mahkeme kararına göre tazminat ödemeye mahkûm edilen idare tarafından, ödenen tazminatın sağlık meslek mensubuna rücu edilip edilmeyeceğine yönelik kurul kararına esas teşkil etmesi amacıyla konuyla ilgili bir inceleme yapar. İnceleme neticesinde bir rapor hazırlanarak varsa mesleki sorumluluk sigortası poliçesi ve ekleri, davanın sigortacıya ihbar edildiğine ilişkin belge ve kesinleşmiş

mahkeme kararı ile birlikte incelemenin tamamlanmasından itibaren yedi gün içerisinde Kurula gönderilir. Kurul sekretaryası evrakları şekli bakımdan inceler, eksiklik olması durumunda 10 gün içinde tamamlanmasını sağlar (77).

Kurul sağlık meslek mensubuna rücu edilip edilmeyeceğine ve rücu miktarı, ilgili sağlık meslek mensubunun görevinin gereklerine aykırı hareket ederek görevini kötüye kullanıp kullanmadığı hususundaki kesinleşmiş mahkeme kararı ile mahkumiyetine karar verilen sağlık meslek mensubunun tazminata konu olaydaki kusur oranı gözetilerek ceza mahkemesi kararının kesinleştiği tarihten itibaren bir yıl içerisinde karar verilir. Kurul tarafından verilen karar yedi gün içinde ilgili idarelere ulaştırılır (76, 77).

Kurul üyeleri, rücu konusunda verdikleri kararları sebebiyle görevinin gereklerine aykırı hareket ettiklerinin kesinleşmiş bir ceza mahkemesi kararıyla tespit edilmesi dışında mali ve idari yönden sorumlu tutulamamaktadırlar (77).

2.3.DEFANSİF TIP

Modern toplumda tıbbın kesin bir bilim olduğu düşüncesinin gelişmesi ve buna bağlı olarak alınan tedaviden beklentinin yükselmiş olması, yan etkilerin sadece hekimlerin hatalı uygulamalarından kaynaklandığını benimsetmektedir. Bu anlayış sağlık hizmetinden memnuniyetin temelini oluşturan hasta-hekim güvenini baltalamakta ve sağlık hizmetinin sunumunda verilen sağlık hizmetinin elektronik olarak kayıt edilmesine ve masa başı çalışmaya ayrılan zamanın hastalarla doğrudan geçirilen sürenin önüne geçmesi, klinik muhakemenin yerini kılavuzlar ve algoritmalar alması gibi bazı değişikliklere neden olmaktadır. Bu değişiklikler nedeniyle sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştiren hekimlerin üzerinde baskı hissetmeleri defansif tıp teriminin ortaya çıkmasına neden olmuştur (79, 80).

İlk olarak 1972 yılında ABD'de ortaya çıkan defansif tıp kavramı Hershey tarafından "Savunucu tıp, esas olarak sorumluluk tehdidinin neden olduğu tıbbi uygulamalardan sapmadır." şeklinde tanımlanmıştır (81, 82). ABD Kongre Teknoloji Değerlendirme Ofisi ise 1994 yılında savunma tıbbı, doktorların tıbbi hata sorumluluğuna maruz kalmalarını azaltmak amacıyla gerekli olmayan testler, işlemler

veya randevular talep etmesi veya yüksek riskli hasta veya işlemlerden kaçınma şeklinde ortaya çıktığını belirtmiştir (83).

Defansif tıp günümüze gelene kadar çekinik tıp, temkinli tıp, savunmacı tıp gibi farklı şekillerde ifade edilmiştir. Bu süreçte tanımı ve ortaya çıkmasındaki nedenlerde de birtakım değişiklikler olmuştur. Hekimin, hastalar veya yakınları tarafından şikayetleri azaltmak veya önlemek, itibarlarının korumak amacıyla olağan uygulamadan sapması olarak tanımlanmaktadır (84, 85).

Defansif tıp sadece hastaları tedavi süreçlerine zarar vermekle kalmaz, aynı zamanda sağlık riskleri de oluşturur. Defansif tıp hasta ve hekim ilişkisine müdahale etmektedir. Ayrıca, sağlık bakım hizmetlerinin maliyetini artmasına neden olan bir olgudur (86, 87).

Defansif tıp uygulamalarının kapsamını belirlemek ve ölçmek zordur. Bunun nedeni defansif tıp uygulaması ile uygun tedavi arasında gri bir alan olmasıdır. Yani bazı durumlarda iç içe geçmiş olabilmesidir (84). Bu nedenle, defansif tıpla ilgili çalışmalarda genellikle doktorlar tarafından bilinçli olarak yapılan uygulamalar değerlendirilmektedir. Ancak, defansif tıbbın doktorlar tarafından bilinçsiz olarak yapılan yönü de vardır. Doktorlar nasıl ve neden yaptıklarını düşünmeden defansif tıp uygulamaktadırlar. Hatta defansif tıp bazen kliniklerin kurumsal kültürüne yerleşmektedir. Bu nedenle, defansif tıbbın yaygınlığını ve maliyetini tahmin etmek zorlaşmaktadır (88).

Defansif tıbbın meşruluğu konusunda tam bir fikir birliği bulunmamaktadır. Bir görüş yasal olarak uygun olduğunu savunurken diğer bir görüş ahlaki olarak uygun olmadığını savunmaktadır (84, 85). Defansif tıp uygulamalarını savunanlar, bu uygulamaların hekimlerin eleştiriden kaçınmasına, davalardan korunmasına, itibarlarını korumasına ve şikayetleri atlatmasına olanak sağlamasının yanında bilinmeyen tıbbi problemlerinde erken tanısının konmasına yardımcı olabileceğini ifade etmektedirler. Defansif tıp uygulamalarını eleştirenler ise hastalara ciddi şekilde zarar verecek tedavilerden kaçınma, gerekli olmayan muayenelerin veya reçetelerin tavsiye edilmesi, aşırı ve gereksiz maliyetlere neden olmak ve geleceğin doktorlarının eğitiminde kötü örnek teşkil edileceğini iddia etmektedirler (85). Buradaki temel

alınacak bakış açısı Alev Alatlı'nın 2014 yılında Cumhurbaşkanlığı Kültür ve Sanat Büyük Ödülleri'ndeki konuşmasında "her yasal hakkın helal olmayabileceğini" belirttiği gibi, defansif tıp uygulamalarında da çoğu zaman hekim yasal olarak haklı olabilir fakat hastasına fayda sağlamayan veya sağlık sistemine yük getiren hekimin davranışının meslek etiğine ne kadar uygun olduğudur (89).

Hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönelten etmenleri (28, 90-94):

- Sağlık hizmetleri talebindeki artışlar,
- Muhtemel istenmeyen sonuç karşısında ihmal iddiaları,
- Hastaların tedavi ve ilaç talepleri,
- Hasta veya hasta yakınlarının artan şikayetleri,
- Hasta hekim ilişkilerinde karşılıklı önyargılar,
- Tıbbi hata riski,
- Sağlık sigortası maliyetlerinin artması,
- Tazminat ödeme oranlarının artması,
- Hastaların haklarını aramasına yönelik teşvikler,
- Hekimlerin artan idari görevleri,
- Tıp hukuku alanında uzmanlaşmış avukatlar,
- Hekimlerin dava edilme korkusu,
- İletişim hataları,
- Performans sistemi,
- Sağlık sistemi ve sağlık politikalarının etkisi,
- Hekimler arası sorumluluktan kaçınma,
- Ünlenme ve kusursuz olma isteği,
- Sağlık hizmeti sunanlara yönelik şiddet olaylarının artması,
- Medyanın tıbbi hata davalarına yönelik ilgisi ve etkisi,
- Meslektaşlarının dava edildiğini öğrenme,

olarak sıralamak mümkündür.

Defansif tıbba bir diğer bakış açısı da, kavramın hastanın tanı ve/veya tedavisine fiilen katkıda bulunmak yerine, öncelikle hekimleri olası şikayet ve

davalardan korumayı amaçlayan tanı ve tedavi prosedürlerinin talep edilmesi tanımından çıkarılmaktadır. Defansif tıbbın hastalara ve yakınlarına sağlık hizmetinin kalitesi konusunda güvence verdiği ve aynı zamanda doktorlara psikolojik faydalarının bulunduğu savunulmaktadır. Sağlık çalışanlarının tıbbi hata sonucunda yargılanması sürecinde "klinik adli sendrom" olarak adlandırılan psikolojik sıkıntı yaşama ve "ikinci kurban" olma riski altında olduğu ifade edilmektedir. İkinci kurban terimi hekimlerin yaptıkları hatayla derinden rahatsız olması ve vicdan azabı yaşaması olarak tanımlanmıştır. İkinci kurbanlar çoğunlukla yalnız kalmakta ve bu durumun üstesinden kendi başlarına gelmeleri gerekmektedir (79).

Hekimlerin dava ve şikayetlerden kaçınmak amacıyla yaptıkları her uygulama defansif tıp uygulaması olarak tanımlanamamaktadır. Örneğin; dava edilme veya şikayet edilme riskine karşı yaptıkları tıbbi uygulamalarda daha özenli ve detaylı kayıtlar tutmak, hukuki destek almak ve hastane risk yönetimi gibi faaliyetler defansif tıp olarak tanımlanmamaktadır (93).

2.3.1. Defansif Tıp Uygulama Türleri

Defansif tıp uygulamaları iki başlık altında incelenmektedir: Doktorların ekstra test ya da takip talep ederek aktif olduğu pozitif ya da olumlu defansif tıp, doktorların tıbbi bakım vermekten kaçındığı negatif ya da olumsuz defansif tıp olarak ifade edilmektedir (95-97).

2.3.1.1. Pozitif Defansif Tıp: Pozitif defansif tıp, dava edilme riskine karşılık ihtiyatlı hekimler tarafından ekstra testler veya prosedürler uygulayarak teşhis ve tedavi önlemlerinin alınmasını ifade etmektedir (83, 98). Güvence davranışı "assurance behavior" olarak da ifade edilen pozitif defansif tıp standart tıbbi prosedürleri genişletmektedir (99).

Pozitif defansif tıp aşırı sağlık harcamalarına neden olmasının yanında hastalar için doğrudan ya da dolaylı tehlikelere neden olabilmektedir. Pozitif defansif tıp bağlamında yaygın olarak görülen uygulamaların örneği tomografi çekimleridir. Tomografi çekimleri nedeniyle radyasyona maruz kalmak hastalarda ilerleyen zamanlarda hastalıklara neden olmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum

hekimliğindeki örneği ise sezaryen doğumdur (86, 100, 101). Başlıca pozitif defansif tıp uygulamaları (90, 99, 102);

- Hastaları gereksiz olarak hastanede yatırılması,
- Gereksiz tahliller yapılması,
- Gereksiz görüntüleme taramalarının yapılması,
- Gereksiz ilaç reçete edilmesi,
- Gereksiz konsültasyonlar istenmesi,
- Gereksiz operatif işlemlerin yapılması,
- Sık vizit yapma,
- Hasta ve yakınlarının memnuniyetinde aşırıya kaçma,
- Hasta ve yakınlarını bilgilendirilmesinde aşırıya kaçma,

olarak sıralanabilmektedir.

2.3.1.2. Negatif Defansif Tıp: Negatif defansif tıp, hekimlerin dava açılma riskini azaltmak için kaçındığı testler, tedaviler veya hastalar olarak ifade edilmektedir (98). Kaçınma davranışı "avoidance behavior" olarak da ifade edilen negatif defansif tıp sağlık hizmetlerine zamanında erişimi etkilemektedir (99, 100). Başlıca negatif defansif tıp uygulamaları (90, 99, 102);

- Yüksek riskli hastaların tedavisinden kaçınma,
- Riski yüksek tedavi yöntemlerinden kaçınma,
- Riski yüksek inceleme yöntemlerinden kaçınma,
- Riski yüksek cerrahi girişimlerden kaçınılması,
- Riskli hastaların sevk edilmesi,
- Riskli hastalara olası yan etkilerden abartılı bahsederek gözünü korkutma,
- Riskli hastalara başka sağlık kurumlarını överek yönlendirme,
- Tıbbi müdahalelerden önce olası bir olumsuzlukta hasta ve yakınlarının tepkilerinden korunma amacıyla tıbbi müdahalelerin riskini abartma,
- Dava etme potansiyeli bulunan hastalardan kaçınma,
- Kompleks tıbbi sorunları olan hastalardan kaçınma,

- Girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan tedavi yöntemlerini tercih etme,
- Doğum gibi komplikasyon oranı yüksek tedavi protokollerinden kaçınma, olarak sıralanmaktadır.

2.3.2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimliğinde Defansif Tıp

Kadın hastalıkları ve doğum hekimliği hem tıbbi hem de dava edilme riski en yüksek branşların başında gelmektedir. Bu nedenle defansif tıp uygulamalarının sıklıkla uygulandı branşlardan biridir.

Defansif tıp uygulamalarının kadın hastalıkları ve doğum hekimliğinde görülen örnekleri pozitif ve negatif defansif tıp ayrımında incelendiğinde, pozitif defansif tıp uygulamaları; hasta takiplerini sıklaştırma, tarama testlerinin arttırılması, risklerin abartılması, gebelik döneminde vitamin kullanımı ve sezaryen negatif defansif tıp uygulamaları; zor ve aletli doğumlardan kaçınma, yüksek tansiyon, çoklu doğum, kordon dolanması, amniyotik sıvının azalması, büyüme geriliği, iri bebek ve normal doğum süresinin geçmesi durumlarında hastanın sezaryene ya da başka bir merkeze sevk edilmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Sezaryen, kadın hastalıkları ve doğum hekimliğindeki en önemli defansif tıp uygulaması olarak öne çıkmaktadır. DSÖ ideal sezaryen oranının %10 ile %15 arasında olması gerektiğini ifade etmektedir. Sezaryen oranı Avrupa Birliği ülkelerinde %28,4, OECD ülkeleri %28,9 oranında iken Türkiye'de bu oran %58,4'tür. Sezaryen oranının günümüzde bu kadar yüksek olmasının nedeni hekimlerin defansif tıp nedeniyle sezaryen talebini arttırmasının yanında annenin sezaryen talep etmesi olarak da ortaya çıkmaktadır. Annenin sezaryen talebinin nedenlerini; doğum ağrısından korkması, fetal yaralanma/ölüme bağlı kaygı, doğum korkusu, doğum sonrası idrar kaçırma rahatsızlığının oluşması, pelvik taban ve vajinal travma, doğum süresi, önceki doğum deneyimi, kontrolü kaybetme kaygısı , uzun doğumdan kaçınma isteği, personelden destek alamama kaygısı , dışkılama korkusu, duygusal yönler ve doğum öncesi muayene anormallikleri oluşturmaktadır (86, 103, 104).

Defansif tıp uygulamaları forseps, vakumla vajinal doğum gibi bazı müdahalelerin nadiren uygulanmasına neden olmakta ve bu durum asistanların bu müdahaleleri hiç öğrenmemelerine veya bu müdahaleleri tek başlarına uygulayabilecekleri kadar iyi öğrenememelerine neden olarak kısır döngüye sebep olmaktadır (87).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölüm çalışmanın problemi, amacı, yöntemi, modeli ve veri toplama araçları hakkında bilgiler sunmaktadır.

3.1.ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırma modeli olarak ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Bir durum veya konuyla alakalı katılımcıların ilgi, beceri, yetenek, tutum vb. özelliklerinin belirlenmesi genellikle diğer araştırmalara göre daha büyük örneklemler gerektirmektedir ve örneklemde mevcut durumun incelenmesi tarama modeli olarak isimlendirilir. Bu araştırmalar genellikle; evrenden örneklemin seçilmesi, verilerin toplanması sürecinde kişilere yöneltilmesi gereken soruların cevaplarına dayanması ve topluluğun her bireyinden değil örneklemden oluşması özelliklerine sahiptir (105).

3.2.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 45 asistan, 7 uzman ve 10 akademik kadroda olmak üzere, 62 kadın hastalıkları ve doğum hekiminden oluşmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup, araştırmada kullanılan veri toplama aracı çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hekimlere uygulanmıştır.

3.3.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanması amacıyla kişisel ve demografik bilgiler, tıbbi hatalarda tutum ölçeği ve defansif tıp tutum ölçeğinden oluşan anket formu 19 Ekim – 31 Aralık 2022 tarihleri arasında yüz yüze uygulanmıştır (EK 1). Katılımcıların defansif tıp tutumlarını belirlemek amacıyla Başer ve ark. (2014) tarafından geliştirilen Defansif tıp tutum ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların tıbbi hatalardaki tutumlarını ölçmek amacıyla Güleç ve Seren – İntepeler (2013) tarafından geliştirilen tıbbi hatalarda tutum ölçeği kullanılmıştır (106, 107).

3.3.1. Tıbbi Hatalardaki Tutum Ölçeği

Katılımcıların tıbbi hatalardaki tutumlarını ölçmek amacıyla Güleç ve Seren – İntepeler (2013) tarafından geliştirilen ‘‘Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği’’ kullanılmıştır. Güleç ve Seren – İntepeler (2013) yaptığı güvenirlik çalışması sonucunda cronbach alpha değerini 0,75 olarak belirlemiştir. Tıbbi hata tutum ölçeğinin; tıbbi hata algısı, tıbbi hata yaklaşımı ve tıbbi hata nedenleri olmak üzere 3 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekteki maddelerin hepsi 1=Hiç Katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum olacak şekilde 5'li Likert ölçeğine dayandırılmıştır. Ölçekte ters olarak kodlanan iki madde (10. ve 13. madde) bulunmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten elde edilen puanların ortalamaları 3'ün altında olması hekimlerin tıbbi hata tutumlarının olumsuz, puan ortalamalarının 3 ve üzerinde olması ise hekimlerin tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Tıbbi hata tutum ölçeğinin geçerlik çalışması için yapılan doğrulayıcı faktör analizinde alt boyut ile maddeler arasındaki katsayıların en az 0,30 ve üzerinde olması önerilmektedir. Ölçek çalışmasında ölçek maddelerinin kendi boyutu ile olan faktör yükleri (yol katsayıları) 0.30 ile 0.77 arasında bulunmuştur (107).

Çizelge 3.1: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	16	0,582
Tıbbi Hata Algısı	2	0,628
Tıbbi Hataya Yaklaşım	7	0,492
Tıbbi Hata Nedenleri	7	0,499

3.3.2. Defansif Tıp Tutum Uygulamaları Ölçeği

Defansif tıp tutum ölçeği Başer ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilmiştir. Başer ve arkadaşları (2014) yaptığı güvenirlik çalışması sonucunda cronbach alpha değeri 0,85 olarak belirlemiştir. Ölçek 3 alt boyutta yer alan 18 maddeden oluşmaktadır. Bu boyutlar 9 maddeden oluşan pozitif defansif tıp, 5 maddeden oluşan negatif defansif tıp ve 4 maddeden oluşan bilgi düzeyini ölçen alt boyutdur. Ölçekteki 1-14 arasındaki maddeler 1=Hiç Katılmıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum olacak

şekilde 5'li Likert ölçeğine dayandırılırken, 15-18 arasındaki maddeler evet/hayır şeklinde cevaplanabilecek sorulardan oluşmaktadır.

Çizelge 3.2: Defansif Tıp Tutumu Ölçeği Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
Defansif Tıp Tutum Ölçeği	14	0,874
Pozitif Defansif Tıp	9	0,769
Negatif Defansif Tıp	5	0,894

3.4.VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma verileri SPSS 25 paket program kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma kullanılan iki değeri olan değişkenler (cinsiyet, medeni durum, unvan, idari görev, malpraktis dava, malpraktis çevre) Mann Whitney U Testi ile analiz edilmiştir. İkiden fazla değer ile ifade edilen değişkenler ise (yaş, doktorluk kıdemi, kadın doğum hekimliği kıdemi) Kruskal Wallıs H Testi ile analiz edilmiştir. Kruskal Wallıs H testinin anlamlı çıktığı durumlarda ise Mann Whitney U testi ile veriler yorumlanmıştır. Araştırmanın ölçekler arasındaki ilişkiye ise verilerin normal dağılım göstermemesinden dolayı sperman korelasyon analizi yapılarak test edilmiştir.

Çalışma yaş, doktorluk kıdemi ve kadın hastalıkları ve doğum hekimliği kıdemi grupları; hekimlerin tahmini olarak mesleki kariyer basamaklarını tamamlama süreleri baz alınarak oluşturulmuştur. Yaş grupları ;28 yaş ve altı, 28-31 yaş arası, 31-39 yaş arası ve 40 yaş ve üzeri olarak gruplandırılmıştır. Doktorluk kıdemi ve kadın hastalıkları ve doğum hekimliği kıdemi grupları ise 1-3 yıl, 4-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri olarak gruplandırılmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenirliklerini test etmek için Cronbach's alfa katsayıları incelenmiştir. Alfa (α) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenirliği aşağıdaki şekilde yorumlanmaktadır (108);

- 0,00 – 0,39 ise ölçek güvenilir değildir,
- 0,40 – 0,59 ise ölçeğin güvenirliği düşüktür,
- 0,60 – 0,79 ise ölçek oldukça güvenilirdir,
- 0,80 – 1,00 ise ölçek yüksek güvenirliğe sahiptir.

3.5.ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırma anketlerini uygulayabilmek için öncelikle Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulundan izin alınmıştır. Sonrasında ise etik kurul izni Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 17.10.2022 tarih ve 2022/275 sayılı kararı ile alınmıştır (EK 3). Gönüllülük esası ile araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hekimlerin sözlü ve yazılı onamı alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler ile ilgili kullanım izinleri elektronik posta yoluyla yazarlarından alınmıştır (EK 2).

3.6.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde görev yapan hekimler üzerinde 19 Ekim – 31 Aralık 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle de çalışmanın sonuçları tüm Türkiye'de çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimlerine genellenemez.

4. BULGULAR

Bu bölümde, kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin demografik özelliklerine ilişkin bulgular ile Tıbbi Hata Tutum Ölçeği ve Defansif Tıp Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması ve söz konusu iki ölçek arasındaki korelasyon analizi bulguları sunulmuştur.

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Araştırma katılımcılarının %66,7'sini kadın hekimler ve 33,3'ünü erkek hekimler olmak üzere toplam 57 hekim oluşturmaktadır. Katılımcıların %54,4'ünü evli hekimler oluştururken %45,6'sını bekâr hekimler oluşturmaktadır. Hekimlerin yaş grupları incelendiğinde %35,1'i 28 yaşının altında, 36,8'i 28 – 31 yaş aralığında, %12,3'ünün 31 – 39 yaş aralığında ve %15,8'inin 40 yaşının üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %22,8'i uzman doktor ve %77,2'sis asistan doktordan oluşmaktadır. Katılımcıların %19,3'ünün idari görevi bulunmakta iken %80,7'sinin idari görevi bulunmamaktadır. Katılımcıların mesleki kıdemlerine bakıldığında %42,1'i 1 – 3 yıl, %33,3'ünün 4 – 9 yıl ve %24,6'sının 10 yıl ve üzeri kıdeme sahip oldukları tespit edilmiştir. Hekimlerin kadın hastalıklarında çalışma süreleri incelendiğinde ise %59,6'sının 1 – 3 yıl, %21,1'inin 4 – 9 Yıl ve %19,3'ünün 10 yıl ve üzerinde kadın hastalıklarında çalıştıkları görülmektedir (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	38	**66,7**
	Erkek	19	33,3
	Toplam	57	100
Medeni Durum	Evli	31	54,4
	Bekâr	26	45,6
Yaş	28 Yaş Altı	20	35,1
	28 - 31 Yaş	21	36,8
	31 – 39 Yaş	7	12,3
	40 Yaş ve Üzeri	9	15,8
Unvan	Uzman Doktor	13	22,8
	Asistan Doktor	44	**77,2**
İdari Görev	İdari Görevi Var	11	19,3
	İdari Görevi Yok	46	**80,7**
Doktorluk Çalışma Süresi	1 – 3 Yıl	24	42,1
	4 – 9 Yıl	19	33,3
	10 Yıl Üzeri	14	24,6
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimi Çalışma Süresi	1 – 3 Yıl	34	**59,6**
	4 – 9 Yıl	12	21,1
	10 Yıl Üzeri	11	19,3

4.1.1. Hekimlerin Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Tanımlayıcı Bulguları

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Tıbbi Hata Tutum Ölçeğinin maddelerine vermiş oldukları cevaplara yönelik tanımlayıcı istatistikler Çizelge 4.2'de sunulmuştur.

Araştırmaya katılan hekimlerden %49,1'i tıbbi hata yapan hekimlerin suçsuz olduğu görüşünü benimsemiştir. Katılımcılar "tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır" maddesine ise %78,1 ile anlayışlı olunmaması gerektiği görüşünü bildirmişlerdir. Tıbbi hata ve nedenlerinin çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır ifadesi ise % 94,8 ile desteklenmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerden %19,3'ü iletişim eksikliğinden, %75,4'ü sistem yetersizliklerinden, %33,4'ü hatayı yapan hekimin bilgi eksikliğinden dolayı tıbbi hataların kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin %98,3'ü bakım verilen hasta sayısının fazla olmasını tıbbi hataları arttırdığını ifade etmiştir. Katılımcıların %52,6'sı yapılan bütün hataların bilindirilmesi gerektiğini düşünürken %17,5'i bütün hataların bildirilmesine

katılmamaktadır. Hekimlerin tamamı çalışma saatlerinin uzun olmasının tıbbi hata sayısını arttırdığını belirtmektedir.

Çizelge 4.2: Hekimlerin Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Tanımlayıcı Bulguları

Ölçek Maddesi	**Tamamen Katılıyorum**		**Katılıyorum**		**Kararsızım**		**Katılmıyorum**		**Hiç Katılmıyorum**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.*	2	3,5	5	8,8	21	36,8	21	36,8	7	12,3
Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	13	22,8	32	**56,1**	7	12,3	5	8,8	0	0
Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır	25	43,9	29	**50,9**	1	1,8	2	3,5	0	0
Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	1	1,8	10	17,5	23	40,4	18	31,6	5	8,8
Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	10	17,5	33	**57,9**	11	19,3	3	5,3	0	0
Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	1	1,8	18	31,6	21	36,8	13	22,8	4	7
Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	47	**82,5**	9	15,8	0	0	1	1,8	0	0
Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	10	17,5	20	35,1	17	29,8	8	14	2	3,5
Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır	50	**87,7**	7	12,3	0	0	0	0	0	0
Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	0	0	2	3,5	13	22,8	31	54,4	11	19,3
Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	32	**56,1**	23	40,4	2	3,5	0	0	0	0
Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	25	43,9	30	**52,6**	1	1,8	1	1,8	0	0
Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	13	22,8	19	33,3	15	26,3	9	15,8	1	1,8
Yapılan tıbbi hatalar hastaya /hasta yakınına açıklanmalıdır.	4	7	26	45,6	16	28,1	11	19,3	0	0
Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.*	8	14	20	35,1	15	26,3	9	15,8	4	7
Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır	6	10,5	37	**64,9**	6	10,5	5	8,8	3	5,3

*Bir katılımcı bu soruyu boş bırakmıştır.

4.1.2. Hekimlerin Defansif Tıp Tutum Ölçeği Tanımlayıcı Bulguları

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Defansif Tıp Tutum Ölçeğinin maddelerine vermiş oldukları cevaplara yönelik tanımlayıcı istatistikler Çizelge 4.3'de sunulmuştur.

Araştırmaya katılan hekimlerden %21'i hukuki sorunlardan korunmak amacıyla gerekli gördüğü tetkikler dışında tetkikler istediği tespit edilmiştir. %43,9'u ise gerekli olandan fazla tetkik istemediğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerden %93,0'ü hukuki sorumluluktan korunmak için aydınlatılmış onam formuna dikkat ettiğini belirtmiştir. Hekimlerin %88,4'ünün ise hukuki sorumluluktan korunmak için hasta ile ilgili kayıtları detaylı tutuğu tespit edilmiştir.

Hekimlerin "hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımda gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum" maddesine ise %63,1 oranında katıldıkları tespit edilmiştir.

Çizelge 4.3: Hekimlerin Defansif Tıp Tutum Ölçeği Tanımlayıcı Bulguları

Ölçek Maddesi	**Tamamen Katılıyorum**		**Çok Katılıyorum**		**Orta Derecede Katılıyorum**		**Az Katılıyorum**		**Hiç Katılmıyorum**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımdan gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.	12	21,1	13	22,8	20	35,1	4	7,0	8	14,0
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarıma endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.	9	15,8	9	15,8	26	45,6	8	14,0	5	8,8
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımda gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum	19	33,3	17	29,8	13	22,8	5	8,8	3	5,3
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.*	12	21,1	13	22,8	15	26,3	10	17,5	6	10,5

Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.	15	26,3	22	38,6	9	15,8	9	15,8	2	3,5
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarıma daha detaylı açıklıyorum	23	40,4	24	42,1	7	12,3	3	5,3	0	0
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarıma daha fazla zaman ayırıyorum	11	19,3	20	35,1	16	28,1	6	10,5	4	7,0
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum	34	**59,6**	17	28,8	5	8,8	1	1,8	0	0
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum	34	**59,6**	19	33,3	4	7,0	0	0	0	0
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.*	22	38,6	12	21,1	12	21,1	6	10,5	4	7,0
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.*	17	29,8	16	28,1	10	17,5	8	14,0	5	8,8
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.*	19	33,3	12	21,1	11	19,3	8	14,0	6	10,5
Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.*	13	22,8	7	12,3	16	28,1	11	19,3	9	15,8
Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.	29	**50,9**	13	22,8	10	17,5	3	5,3	2	3,5

*Bir katılımcı bu soruyu boş bırakmıştır.

4.1.3. Hekimlerin Defansif Tıp Bilgi Düzeyi Tanımlayıcı Bulguları

Hekimlerin defansif tıp tutumlarına ilişkin bilgi düzeyini ölçen maddelerin dağılımı Çizelge 4.4'te verilmiştir. Uygulanan ölçek sonucunda malpraktis davası açılan hekim oranı %10,5 olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerden %91,2'si malpraktis davalarının hekimlerin performansını etkilediğini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin %57,9'u defansif tıp uygulamaları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmiştir.

Çizelge 4.4: Hekimlerin Defansif Tıp Bilgi Düzeyi Tanımlayıcı Bulguları

Ölçek Maddesi	EVET		HAYIR	
	N	%	N	%
Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?	6	10,5	51	**89,5**
Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	52	**91,2**	5	8,8
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	40	**84,2**	9	15,8
Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?	24	42,1	33	**57,9**

4.1.4. Hekimlerin Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Boyutlarının Bulguları

Araştırmaya katılan hekimlerin tıbbı hata tutum ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ve madde ortalamaları Çizelge 4.5'te gösterilmiştir.

Hekimlerin tıbbi hata tutumu ölçek ortalama puanı 3,65 olarak görülmektedir. Ölçeğin kesme noktası 3 olduğundan dolayı hekimlerin tıbbi hata tutumu ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Ölçeğin alt boyutlarında ise en düşük ortalama tıbbi hata algısı 3,21 ve en yüksek olarak ortalama tıbbi hata nedenleri 3,74 olarak tespit edilmiştir.

Çizelge 4.5: Hekimlerin Tıbbi Hata Tutumu Alt Boyutlarının İncelenmesi

	Ortalama	S.S	Min.	Max.
Tıbbi Hata Tutumu	3,65	0,60	1	5
Tıbbi Hata Algısı	3,21	0,20	1	5
Tıbbi Hata Yaklaşımı	3,69	0,37	1	5
Tıbbi Hata Nedenleri	3,74	0,40	1	5

4.1.5. Tıbbi Hatalara Tutum Ölçeği Maddelerinin Bulguları

Hekimlerin tıbbi hatalarda tutum ölçeğindeki maddelerine ait bulgular Çizelge 4.6'da yer almakta olup her boyut kendi içinde değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin ortalama puanlarına bakıldığında en yüksek ortalamanın 4,88 ile "Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır" maddesi olduğu tespit edilmiştir. En düşük ortalama ise 2,4 ile "Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur" maddesi olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.6: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Maddelerinin Analizi

Madde No	Ölçek Maddeleri	N	Ortalama	S.S
	Tıbbi Hata Algısı			
1	Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	56	2,49	1
2	Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	57	3,93	0,84
	Tıbbi Hataya Yaklaşım			
3	Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	57	**4,35**	0,69
8	Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	57	3,49	1,05
10	Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	57	3,89	0,75
11	Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	57	**4,53**	0,57
12	Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	57	**4,39**	0,62
13	Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	57	2,4	1,07
14	Yapılan tıbbi hatalar hastaya /hasta yakınına açıklanmalıdır.	57	3,4	0,88
	Tıbbi Hata Nedenleri			
4	Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	57	2,72	0,92
5	Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	57	3,88	0,76
6	Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	57	2,98	0,95
7	Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	57	**4,79**	0,53
9	Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	57	**4,88**	0,33
15	Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	56	3,28	1,21
16	Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır	57	3,67	0,97

4.1.6. Hekimlerin Defansif Tıp Tutum Ölçeği Boyutlarının Bulguları

Hekimlerin defansif tıbba yönelik tutumların boyut bazındaki istatistikleri Çizelge 4.7'de verilmiştir. Genel defansif tıp tutumu sonuçları incelendiğinde hekimlerin puan ortalamalarının 3,68 olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin hukuki sorunlardan korunmak amacıyla defansif bir tutum anlayışı sergilediği değerlendirilebilir. Pozitif defansif tıp alt boyutunda ortalamanın 3,75 olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin hukuki sorunlardan korunmak amacıyla daha fazla tetkik istediği, daha fazla ilaç yazdığı ve görüntüleme tekniklerini daha fazla kullandığı sonucuna varılmıştır. Negatif defansif tıp alt boyutu ortalamalarının 3,56 olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç ise hekimlerin hukuki sorunlardan kaçmak amacıyla dava açma olasılığı yüksek hastalardan kaçındığı söylenebilir.

Çizelge 4.7: Hekimlerin Defansif Tıp Tutumu Alt Boyutlarının İncelenmesi

	Ortalama	**S.S**	**Min.**	**Max.**
Defansif Tıp Tutumu	3,68	1,403	1	5
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	3,75	0,756	1	5
Negatif Defansif Tıp Tutumu	3,56	0,749	1	5

4.1.7. Defansif Tıp Tutum Ölçeği Maddelerinin Bulguları

Hekimlerin defansif tıp tutumlarının maddelerine verilen cevapların analizleri Çizelge 4.8'de verilmiştir. Ölçek maddeleri pozitif ve negatif defansif tıp alt boyutları dikkate alınarak incelenmiştir. Pozitif defansif tıp alt boyutunda en yüksek ortalama 4,53 ile "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum" maddesi olarak tespit edilmiştir. Negatif defansif tıp alt boyutunda ise en yüksek ortalamaya sahip madde 4,12 ortalama ile "Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum" maddesi olduğu tespit edilmiştir. Ölçek madde puanları incelendiğinden pozitif negatif tıp alt boyutunda en düşük ortalama 3,16 ile "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarıma endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum" maddesi olduğu tespit edilmiştir. Negatif defansif tıp boyutunda ise en düşük ortalama 3,02 puan ile "hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum" maddesi olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.8: Defansif Tıp Tutum Ölçeği Maddelerinin Analizi

Madde No	Ölçek Maddesi	N	Ortalama	S.S
1	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımdan gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.	57	3,30	1,28
2	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarıma endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.	57	3,16	1,13
3	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımda gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum	57	3,77	1,17
4	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.	56	3,21	1,35
5	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.	57	3,68	1,14
6	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarıma daha detaylı açıklıyorum	57	**4,18**	0,85
7	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarıma daha fazla zaman ayırıyorum	57	3,49	1,14
8	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum	57	**4,47**	0,73
9	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum	57	**4,53**	0,63
10	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.	56	3,68	1,36
11	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum	56	3,51	1,38
12	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.	56	3,47	1,44
13	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum	56	3,02	1,43
14	Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum	57	**4,12**	1,10

4.2. FARK ANALİZİ BULGULARI

4.2.1. Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Bulguları

Araştırmaya katılan hekimlerin cinsiyet değişkenine göre tıbbi hata tutumları ile ölçek alt boyutlarından alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığı Mann Whitney U Testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.9'da verilmiştir.

Çizelge 4.9: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Cinsiyet Değişkeni Bulguları

Tıbbi Hata Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları	Cinsiyet	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Tıbbi Hata Tutumu	Kadın	38	27,75	1054,5	-,807	,420
	Erkek	19	31,5	598,5		
Tıbbi Hata Algısı Alt Boyutu	Kadın	38	27	1026	-1,137	,188
	Erkek	19	33	627		
Tıbbi Hata Yaklaşımı Alt Boyutu	Kadın	38	29,21	1100	-,137	,891
	Erkek	19	28,58	543		
Tıbbi Hata Nedenleri Alt Boyutu	Kadın	38	32,68	1032	-1,192	,233
	Erkek	19	27,16	621		

Yapılan analizde, erkek hekimler ile kadın hekimlerin tıbbi hata tutum ortalamalarının birbirine yakın olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin tıbbi hata tutumlarının ve alt boyutlarının ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. (p>0,05)

Araştırmaya katılan hekimlerin medeni durum değişkenine göre tıbbi hata tutumları ile ölçek alt boyutlarından alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığı Mann Whitney U Testi yapılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.10'da verilmiştir.

Çizelge 4.10: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Medeni Durum Değişkeni Bulguları

Tıbbi Hata Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları	Medeni Durum	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Tıbbi Hata Tutumu	Evli	31	32,61	1011	-1,801	,702
	Bekâr	26	24,69	642		
Tıbbi Hata Algısı Alt Boyutu	Evli	31	31,56	978,5	-1,303	,192
	Bekâr	26	25,94	674,5		
Tıbbi Hata Yaklaşımı Alt Boyutu	Evli	31	32,77	1016	-1,893	**,**058
	Bekâr	26	24,5	637		
Tıbbi Hata Nedenleri Alt Boyutu	Evli	31	30,32	940	-,661	,509
	Bekâr	26	27,42	713		

Yapılan analiz sonuçlarına göre medeni durum değişkenine göre evli hekimlerin bekâr hekimlere göre tıbbi hata tutumu, tıbbi hata algısı, tıbbi hata yaklaşımı ve tıbbi hata nedenleri puanları arasında anlamlı bir farklılaşma tespit edilememiştir. (P>0,05)

Araştırmaya katılan hekimlerin idari görev değişkenine göre tıbbi hata tutumları ile ölçek alt boyutlarından alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığı Mann Whitney U Testi yapılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.11'de verilmiştir.

Çizelge 4.11: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği İdari Görev Değişkeni Bulguları

Tıbbi Hata Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları	**İdari Görev**	**N**	**Sıra Ortalaması**	**Sıra Toplamı**	**z**	**p**
Tıbbi Hata Tutumu	Evet	11	37,14	408,5	-1,816	,069
	Hayır	46	27,05	1244,5		
Tıbbi Hata Algısı Alt Boyutu	Evet	11	28,64	315	-0,083	,934
	Hayır	46	29,09	1338		
Tıbbi Hata Yaklaşımı Alt Boyutu	Evet	11	35,09	386	-1.368	,171
	Hayır	46	27,54	1267		
Tıbbi Hata Nedenleri Alt Boyutu	Evet	11	36,55	402	-1,689	,091
	Hayır	46	27,2	1251		

Yapılan analizde, idari görevde bulunan hekimler ile bulunmayan hekimlerin tıbbi hata tutum ortalamalarının birbirine yakın olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin tıbbi hata tutumlarının ve alt boyutlarının ortalamalarının idari görev değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. ($p>0,05$)

Hekimlerin yaş değişkenine göre tıbbi hata tutumlarına yönelik tutum ortalamalarının yaşlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal Wallıs H Testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.12'de verilmiştir.

Çizelge 4.12: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Yaş Değişkeni Bulguları

Tıbbi Hata Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları	Yaş	N	Sıra Ortalaması	Sd	X^2	p	Anlamlı Fark
Tıbbi Hata Tutumu	24 - 29 Yaş	33	27,80	2	3,301	,192	-
	30 - 39 Yaş	15	26,20				
	40 Yaş Üzeri	9	38,06				
Tıbbi Hata Algısı Alt Boyutu	24 - 29 Yaş	33	30,95	2	2,230	,328	-
	30 - 39 Yaş	15	23,63				
	40 Yaş Üzeri	9	30,78				
Tıbbi Hata Yaklaşımı Alt Boyutu	24 - 29 Yaş	33	25,67	2	5,737	,057	-
	30 - 39 Yaş	15	29,47				
	40 Yaş Üzeri	9	40,44				
Tıbbi Hata Nedenleri Alt Boyutu	24 - 29 Yaş	33	29,92	2	2,364	,307	-
	30 - 39 Yaş	15	23,93				
	40 Yaş Üzeri	9	34,06				

Yapılan analiz sonucunda hekimlerin tıbbi hata tutumlarında ve ölçeğin alt boyutlarında yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. (p>0,05)

Hekimlerin unvan değişkenine göre tıbbi hata tutum ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Mann Whitney U Testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.13'de verilmiştir.

Çizelge 4.13: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Unvan Değişkeni Bulguları

Tıbbi Hata Tutumu Ölçeği ve Alt Boyutları	Unvan	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Tıbbi Hata Tutumu	Uzman Doktor	13	34,35	446,5	-1,327	,185
	Asistan Doktor	44	27,42	1206,5		
Tıbbi Hata Algısı Alt Boyutu	Uzman Doktor	13	26,85	349	-,545	,586
	Asistan Doktor	44	29,64	1304		
Tıbbi Hata Yaklaşımı Alt Boyutu	Uzman Doktor	13	37,77	491	-2,190	**,029**
	Asistan Doktor	44	26,41	1162		
Tıbbi Hata Nedenleri Alt Boyutu	Uzman Doktor	13	31,27	406,5	-,565	,572
	Asistan Doktor	44	28,33	1246,5		

Yapılan analiz sonucunda sadece tıbbi hata yaklaşım alt boyutunda uzman doktorlar ile asistan doktorların ortalamaları arasında anlamlı bir farklılaşma tespit edilmiştir. ($p<0,05$) Uzman doktorların tıbbi hata yaklaşım alt boyutu sıra ortalamaları 37,77, asistan doktorların sıra ortalamaları ise 26,41 olarak tespit edilmiştir. Hekimlerin tıbbi hata tutumu, tıbbi hata algısı alt boyutu ve tıbbı hata nedenleri alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılaşma tespit edilememiştir. ($p>0,05$)

Hekimlerin doktorluk kıdemlerine göre tıbbi hata tutum ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal Wallıs H Testi testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.14'te verilmiştir.

Çizelge 4.14: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Doktorluk Kıdem Değişkeni Bulguları

Tıbbi Hata Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları	**Doktorluk Kıdem**	**N**	**Sıra Ortalaması**	**Sd**	**X^2**	**p**	**Anlamlı Fark**
Tıbbi Hata Tutumu	1 – 3 Yıl[1]	24	25,96	2	4,024	,134	-
	4 – 9 Yıl[2]	19	27,21				
	10 Yıl ve Üzeri[3]	14	36,64				
Tıbbi Hata Algısı Alt Boyutu	1 – 3 Yıl[1]	24	32,44	2	2,051	,359	-
	4 – 9 Yıl[2]	19	27,55				
	10 Yıl ve Üzeri[3]	14	25,07				
Tıbbi Hata Yaklaşımı Alt Boyutu	1 – 3 Yıl[1]	24	23,79	2	6,224	**,045**	**3>1**
	4 – 9 Yıl[2]	19	29,26				
	10 Yıl ve Üzeri[3]	14	37,57				
Tıbbi Hata Nedenleri Alt Boyutu	1 – 3 Yıl[1]	24	29,15	2	2,884	,236	-
	4 – 9 Yıl[2]	19	24,71				
	10 Yıl ve Üzeri[3]	14	34,57				

Yapılan analiz sonucunda hekimlerin kıdem değişkenine göre tıbbi hata yaklaşımı alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılaşma tespit edilmiştir. ($p<0,05$) Bu farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Test sonucunda 1 – 3 yıl kıdeme sahip hekimler ile 10 yıl ve üzeri hekimler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 10 yıl ve üzeri kıdeme sahip hekimlerin ortalamaları 1 – 3 yıl arası kıdeme sahip hekimlerin ortalama puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tıbbi hata

tutumu genel sonuçları, tıbbi hata algısı ve tıbbi hata nedenleri alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılaşma tespit edilememiştir. (p>0,05)

Hekimlerin kadın doğum uzmanlığındaki kıdemlerine göre tıbbi hata tutum ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal Wallıs H Testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.15'te verilmiştir.

Çizelge 4.15: Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimliği Kıdem Değişkeni Bulguları

Tıbbi Hata Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları	**Kadın Doğum Kıdem**	**N**	**Sıra Ortalaması**	**Sd**	**X^2**	**p**	**Anlamlı Fark**
Tıbbi Hata Tutumu	1 – 3 Yıl[1]	34	26,49	2	3,024	,220	-
	4 – 9 Yıl[2]	12	29,29				
	10 Yıl ve Üzeri[3]	11	36,45				
Tıbbi Hata Algısı Alt Boyutu	1 – 3 Yıl[1]	34	30,51	2	0,751	,687	-
	4 – 9 Yıl[2]	12	27,17				
	10 Yıl ve Üzeri[3]	11	26,32				
Tıbbi Hata Yaklaşımı Alt Boyutu	1 – 3 Yıl[1]	34	23,44	2	10,115	**,006**	**3>1**
	4 – 9 Yıl[2]	12	34,96				
	10 Yıl ve Üzeri[3]	11	39,68				
Tıbbi Hata Nedenleri Alt Boyutu	1 – 3 Yıl[1]	34	30,04	2	3,656	,161	-
	4 – 9 Yıl[2]	12	21,46				
	10 Yıl ve Üzeri[3]	11	34,00				

Yapılan analiz sonucunda hekimlerin kadın doğum uzmanlığındaki kıdemlerine göre tıbbi hata yaklaşımı alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılaşma tespit edilmiştir. (p<0,05) Bu farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Yapılan testler sonucunda 10 yıl ve üzeri kıdeme sahip hekimlerin ortalamaları 1 – 3 yıl arası kıdeme sahip hekimlerin ortalama puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tıbbi hata tutumu genel sonuçları, tıbbi hata algısı ve tıbbi hata nedenleri alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılaşma tespit edilememiştir. (p>0,05)

4.2.2. Defansif Tıp Tutum Ölçeği Sonuçları

Araştırmaya katılan hekimlerin cinsiyet değişkenine göre defansif tıp tutumları ile ölçek alt boyutlarından alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığı ve farklılaşma varsa bu farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.16'da verilmiştir.

Çizelge 4.16: Defansif Tıp Tutum Ölçeği Cinsiyet Değişkeni Bulguları

Defansif Tıp Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları	Cinsiyet	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Erkek	19	28,45	540,50	-,178	,859
	Kadın	38	29,28	1112,50		
Pozitif Defansif Tıp	Erkek	19	28,97	550,50	-,008	,993
	Kadın	38	29,01	1102,50		
Negatif Defansif Tıp	Erkek	19	29,13	553,50	-,043	,966
	Kadın	38	28,93	1099,50		

Yapılan analiz sonucunda hekimlerin cinsiyet değişkenine göre genel defansif tıp tutumları ve ölçeğin alt boyutları olan pozitif ve negatif tıp tutum ölçeğinden alınan ortalama puanlarının birbirine yakın olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin cinsiyetlerine göre defansif tıp tutumları anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($p>0,05$)

Araştırmaya katılan hekimlerin medeni durum değişkenine göre defansif tıp tutumları ile ölçek alt boyutlarından alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığı Mann Whitney U Testi yapılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.17'de verilmiştir.

Çizelge 4.17: Defansif Tıp Tutum Ölçeği Medeni Durum Değişkeni Bulguları

Defansif Tıp Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları	Medeni Durum	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Evli	31	29,05	900,50	-,024	,981
	Bekâr	26	28,94	752,50		
Pozitif Defansif Tıp	Evli	31	28,19	874,00	-,401	,688
	Bekâr	26	29,96	779,00		
Negatif Defansif Tıp	Evli	31	30,10	993,00	-,547	,584
	Bekâr	26	27,69	720,00		

Yapılan analiz sonucunda hekimlerin medeni durum değişkenine göre genel defansif tıp tutumları ve ölçeğin alt boyutları olan pozitif ve negatif tıp tutum ölçeğinden alınan ortalama puanlarının birbirine yakın olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin medeni durumlarına göre defansif tıp tutumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. (p>0,05)

Araştırmaya katılan hekimlerin unvan değişkenine göre defansif tıp tutumları ile ölçek alt boyutlarından alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığı Mann Whitney U Testi yapılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.18'de verilmiştir.

Çizelge 4.18: Defansif Tıp Tutum Ölçeği Unvan Değişkeni Bulguları

Defansif Tıp Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları	**Unvan**	**N**	**Sıra Ortalaması**	**Sıra Toplamı**	**z**	**p**
Genel Defansif Tıp Tutumu	Uzman Doktor	13	19,00	247,00	-2,475	**,013**
	Asistan Doktor	44	31,95	1406,00		
Pozitif Defansif Tıp	Uzman Doktor	13	17,23	224,00	-2,916	**,004**
	Asistan Doktor	44	32,48	1429,00		
Negatif Defansif Tıp	Uzman Doktor	13	21,31	277,00	-1,911	,056
	Asistan Doktor	44	31,27	1376,00		

Yapılan analiz sonucunda hekimlerin unvan değişkenine göre genel defansif tıp tutumları ve ölçeğin alt boyutu olan pozitif defansif tıp tutumları sıra ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. (p>0,05) Buna göre asistan hekimlerin defansif tıp tutumları ve pozitif defansif tıp tutumları uzman hekimlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Negatif defansif tıp tutumlarından alınan ortalama puanların unvan değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir. (p>0,05)

Araştırmaya katılan hekimlerin idari görev değişkenine göre defansif tıp tutumları ile ölçek alt boyutlarından alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığı Mann Whitney U Testi yapılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.19'da verilmiştir.

Çizelge 4.19: Defansif Tıp Tutum Ölçeği İdari Görev Değişkeni Bulguları

Defansif Tıp Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları	İdari Görev	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Evet	11	23,68	260,50	-1,184	,236
	Hayır	46	30,27	1392,50		
Pozitif Defansif Tıp	Evet	11	23,00	253,50	-1,337	,181
	Hayır	46	30,43	1400,00		
Negatif Defansif Tıp	Evet	11	24,23	266,50	-1,067	,286
	Hayır	46	30,14	1386,50		

Yapılan analiz sonucunda hekimlerin idari görev değişkenine göre genel defansif tıp tutumları ve ölçeğin alt boyutları olan pozitif ve negatif tıp tutum ölçeğinden alınan ortalama puanlarının birbirine yakın olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin idari görevlerine göre defansif tıp tutum ortalamalarında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. (p>0,05)

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş değişkenine göre defansif tıp tutumları ile ölçek alt boyutlarından alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal Wallıs H Testi yapılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.20'de verilmiştir.

Çizelge 4.20: Defansif Tıp Tutum Ölçeği Yaş Değişkeni Bulguları

Defansif Tıp Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları	Yaş	N	Sıra Ortalaması	Sd	X^2	P	Anlamlı Fark
Genel Defansif Tıp Tutumu	24 - 29 Yaş[1]	33	32,42	2	5,565	,062	-
	30 - 39 Yaş[2]	15	28,20				
	40 Yaş Üzeri[3]	9	17,78				
Pozitif Defansif Tıp	24 - 29 Yaş[1]	33	33,76	2	9,471	**,009**	**1>3**
	30 - 39 Yaş[2]	15	27,00				
	40 Yaş Üzeri[3]	9	14,89				
Negatif Defansif Tıp	24 - 29 Yaş[1]	33	31,08	2	2,545	,280	-
	30 - 39 Yaş[2]	15	29,13				
	40 Yaş Üzeri[3]	9	21,17				

Yapılan analiz sonucunda hekimlerin pozitif defansif tıp tutumu alt boyutunda yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir. (p<0,05) Pozitif defansif tıp tutum alt boyutunda 24 – 29 yaş grubundaki hekimlerin ortalama

puanlarının 40 yaş ve üzeri olan hekimlerin ortalama puanlarından anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Genel defansif tıp tutumu ile Negatif defansif tıp tutumu alt boyutunda ise herhangi bir anlamlılık tespit edilememiştir. (p>0,05)

Araştırmaya katılan hekimlerin doktorluk kıdemlerine göre defansif tıp tutumları ile ölçek alt boyutlarından alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal Wallıs H Testi yapılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.21'de verilmiştir.

Çizelge 4.21: Defansif Tıp Tutum Ölçeği Doktorluk Kıdem Değişkeni Bulguları

Defansif Tıp Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları	Doktorluk Kıdem	N	Sıra Ortalaması	Sd	X^2	P	Anlamlı Fark
Genel Defansif Tıp Tutumu	1 - 3 Yıl[1]	24	32,25	2	7,244	**,027**	**1>3**
	4 - 9 Yıl[2]	19	32,53				
	10 Yıl ve Üzeri[3]	14	18,64				**2>3**
Pozitif Defansif Tıp	1 - 3 Yıl[1]	24	33,02	2	9,972	**,007**	**1>3**
	4 - 9 Yıl[2]	19	32,87				
	10 yıl ve Üzeri[3]	14	16,86				**2>3**
Negatif Defansif Tıp	1 - 3 Yıl[1]	24	31,35	2	4,444	,108	-
	4 - 9 yıl[2]	19	31,97				
	10 yıl ve Üzeri[3]	14	20,93				

Yapılan analiz sonucunda hekimlerin genel defansif tıp tutumları ile pozitif defansif tıp tutumu alt boyutunda doktorluk kıdemlerine göre anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir. (p<0,05) Genel defansif tıp tutumlarında doktorluk kıdemleri 1 – 3 yıl ile 4 – 9 yıl olanların 10 yıl ve üzeri kıdeme sahip olanlar arasında anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir. Aynı şekilde pozitif defansif tıp tutum ortalamaları da 1- 3 yıl ile 4 – 9 yıl arası olanların 10 yıl ve üzeri kıdeme sahip olan hekimlerin ortalamalarından anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Negatif tıp tutum alt boyutunda ise herhangi bir anlamlılık tespit edilememiştir. (p>0,05)

Araştırmaya katılan hekimlerin kadın doğum uzmanlığındaki kıdemlerine göre defansif tıp tutumları ile ölçek alt boyutlarından alınan puanların farklılaşıp

farklılaşmadığı Kruskal Wallıs H Testi yapılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.22'de verilmiştir.

Çizelge 4.22: Defansif Tıp Tutum Ölçeği Kadın Doğum Kıdemi Değişkeni Bulguları

Defansif Tıp Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları	Kadın Doğum Hekimliği Kıdemi	N	Sıra Ortalaması	Sd	X^2	P	Anlamlı Fark
Genel Defansif Tıp Tutumu	1 - 3 Yıl[1]	34	32,37	2	8,081	**,018**	**1>3**
	4 - 9 Yıl[2]	12	31,13				**2>3**
	10 Yıl ve Üzeri[3]	11	16,27				
Pozitif Defansif Tıp	1 - 3 Yıl[1]	34	32,31	2	10,863	**,004**	**1>3**
	4 - 9 Yıl[2]	12	33,17				**2>3**
	10 Yıl ve Üzeri[3]	11	14,23				
Negatif Defansif Tıp	1 - 3 Yıl[1]	34	31,82	2	5,042	,080	-
	4 - 9 Yıl[2]	12	30,13				
	10 Yıl ve Üzeri[3]	11	19,05				

Yapılan analiz sonucunda hekimlerin genel defansif tıp tutumları ile pozitif defansif tıp tutumu alt boyutunda kadın doğum uzmanlığı kıdemlerine göre anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir. ($p<0,05$) Bu farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla grupların kendi içinde sırasıyla Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Yapılan testlerin sonuçlarına göre kadın doğum uzmanlığı kıdemleri 1 – 3 yıl ile 4 – 9 yıl olanların 10 yıl ve üzeri kıdeme sahip olanlar arasında anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir. Aynı şekilde pozitif defansif tıp tutum ortalamaları da 1- 3 yıl ile 4 – 9 yıl arası olanların 10 yıl ve üzeri kıdeme sahip olan hekimlerin ortalamalarından anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Negatif tıp tutum alt boyutunda ise herhangi bir anlamlılık tespit edilememiştir. ($p>0,05$)

Hekimlerin malpraktis davasına maruz kalma durumları ile defansif tıp tutumu ve tıbbi hata tutumları arasında anlamlı farklılaşma olup olmadığı Mann Whitney U Testi yapılarak analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.23'te verilmiştir.

Çizelge 4.23: Hekimlerin Malpraktis Davasına Maruz Kalmaları Analiz Tablosu

Ölçek	Dava Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Tıbbi Hata Tutum Ölçeği	Evet	5	34,30	171,50	-,750	,453
	Hayır	52	28,49	1481,50		
Defansif Tıp Tutum Ölçeği	Evet	5	26,20	131,00	-,395	,693
	Hayır	52	29,27	1522,00		

Yapılan analiz sonucunda hekimlerin malpraktis davasına maruz kalmaları ile tıbbi hata tutum ortalamaları ve defansif tıp tutum ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. (p>0,05)

Hekimlerin yakın çevrelerinde malpraktis davasına maruz kalmış hekim arkadaşlarının olması ile tıbbi hata tutum ve defansif tıp tutumları ortalamaları arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı Mann Whitney U Testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.24'te verilmiştir.

Çizelge 4.24: Hekimlerin Yakın Çevresinin Malpraktis Davasına Dâhil Olma Durumlarının Analizi

Ölçek	Dava Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Tıbbi Hata Tutum Ölçeği	Evet	33	31,15	1028,00	-1,152	,249
	Hayır	24	26,04	625,00		
Defansif Tıp Tutum Ölçeği	Evet	33	28,48	940,00	-,275	,783
	Hayır	24	29,71	713,00		

Yapılan analiz sonucunda çevresinde malpraktis davaya maruz kalmış olmaları hekimlerin ölçeklerden aldığı ortalama puanlar arasında anlamlı bir farklılaşma tespit edilememiştir.

4.2.3. Korelasyon Analizi Sonuçları

Hekimlerin ölçek ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar spearman korelasyon analizi yapılarak arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Çizelge 4.25'te verilmiştir.

Çizelge 4.25: Tıbbi Hata Tutumu ile Defansif Tıp Tutumu Arasındaki İlişkinin Analizi

	Tıbbi Hata Tutumu	Tıbbi Hata Algısı	Tıbbi Hata Yaklaşımı	Tıbbi Hata Nedenleri	Defansif Tıp Tutumu	Pozitif Defansif Tıp	Negatif Defansif Tıp
Tıbbi Hata Tutumu	1						
Tıbbi Hata Algısı	0,005	1					
Tıbbi Hata Yaklaşımı	,766**	-0,161	1				
Tıbbi Hata Nedenleri	,714**	-,316*	,289*	1			
Defansif Tıp Tutumu	0,037	**,330***	0,039	-0,128	1		
Pozitif Defansif Tıp	0,054	**,322***	0,011	-0,114	,936**	1	
Negatif Defansif Tıp	0,017	**,321***	0,046	-0,121	,943**	,780**	1
*p<0,05							
**p<0,01							

Yapılan analiz sonucunda hekimlerin tıbbi hata tutumu ile defansif tıp tutumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (p>0,05)

Tıbbi hata tutum ölçeği ile defansif tıp tutum ölçeği alt boyutlarındaki ilişkiler analiz edildiğinde ise tıbbi hata algısı alt boyutu ile pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp tutumları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. (p<0,05) Bu ilişkinin düzeyi ise 0,330 ve 0,322 olarak pozitif yönlü ve orta düzey olarak tespit edilmiştir. Diğer alt boyutlar arasında ise herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. (p>0,05)

5. TARTIŞMA

Bu bölüm kapsamında çalışmada elde edilen bulguların ulusal ve uluslararası literatür kapsamında tartışılması ele alınmıştır.

5.1. TIBBİ HATA TUTUMU TARTIŞMA

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "cinsiyet" değişkenine göre tıbbi hata tutumlarının ve alt boyutlarının (tıbbi hata algısı, yaklaşımı ve nedenleri) değerlendirmelerinde değişkenlerin hiçbirinde anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu çalışmanın bulguları ile aynı doğrultuda Yayla (2018), Uğrak (2019), Banaz (2020), Mikkelsen ve ark. (2006), Muller ve Ornstein'nin (2007), Kaldjian ve ark. (2007), ve Tagaddosinejad ve ark. (2013) yaptığı çalışmalarda katılımcıların tıbbi hata tutumlarının cinsiyete göre yapılan değerlendirmelerinde anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (109-115). Fakat, Varjavand ve ark. (2012)'nın çalışmasında hekimlerin cinsiyete göre tıbbi hata tutumlarının anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Erkek hekimlerin tıbbi hata tutumlarının kadın hekimlere göre daha olumlu olduğu görülmüştür (116).

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "medeni durum" değişkenine göre tıbbi hata tutumlarının ve alt boyutlarının (tıbbi hata algısı, yaklaşımı ve nedenleri) değerlendirmelerinde değişkenlerin hiçbirinde anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu çalışmanın bulguları ile aynı doğrultuda Yayla (2018) ve Uğrak (2019)'ın yaptığı çalışmalarında hekimlerin tıbbi hata tutumlarının medeni durumlarına göre yapılan değerlendirmesinde anlamlı bir farklılık tespit etmemiştir (109, 110).

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "yaş" değişkenine göre tıbbi hata tutumlarının ve alt boyutlarının (tıbbi hata algısı, tıbbi hata yaklaşımı, tıbbi hata nedenleri) değerlendirmelerinde hiçbir değişkende anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bu çalışmanın bulguları ile aynı doğrultuda Mikkelsen ve ark. (2006), Varjavand ve ark. (2012) ve Tagaddosinejad ve ark. (2013)'nın araştırmalarında hekimlerin yaş değişkenine göre tıbbi hata tutumlarının anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir (112, 115, 116). Fakat, Flotta ve ark. (2012)

çalışmasında hekimlerin yaş değişkenine göre tıbbi hata tutumlarının anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Genç yaştaki hekimlerin tıbbi hata tutumlarının ileri yaştaki hekimlere göre daha olumlu olduğu görülmüştür (117).

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "unvan" değişkenine göre tıbbi hata tutumlarının ve alt boyutlarının (tıbbi hata algısı, yaklaşımı ve nedenleri) değerlendirmelerinde hiçbir değişkende anlamlı farklılık bulunamamıştır. Ancak, Banaz (2020) çalışmasında, hekimlerin "unvan" değişkenine göre tıbbi hata tutumlarının ve alt boyutlarından tıbbi hata yaklaşımının anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (111).

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "idari görev" değişkenine göre tıbbi hata tutumlarının ve alt boyutlarının (tıbbi hata algısı, yaklaşımı ve nedenleri) değerlendirmelerinde hiçbir değişkende anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "çalışma süresi" değişkenine göre tıbbi hata tutumlarının ve alt boyutlarından tıbbi hata algısı ve tıbbi hata nedenlerinin değerlendirmelerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır. Fakat tıbbi hata yaklaşımı alt boyutunda, 1-3 yıl arası çalışma süresine sahip hekimler ile 10 yıl ve üzeri çalışan hekimler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 10 yıl ve üzeri kıdeme sahip hekimlerin ortalamaları 1 – 3 yıl arası kıdeme sahip hekimlerin ortalama puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma bulgularına paralel olarak Banaz (2020) 'de çalışmasında tıbbi hata tutumlarının ve alt boyutlarından tıbbi hata algısı ve tıbbi hata nedenlerinin değerlendirmelerinde anlamlı farklılık tespit etmemişken, tıbbi hata yaklaşımı alt boyutunda 4 yıl ve altı çalışma süresine sahip hekimler ile 11 yıl ve üzeri çalışan hekimler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre; tecrübeli hekimlerin ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (111).

Çalışma katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "kadın doğum hekimliğinde çalışma süresi" değişkeninde de "çalışma süresi" değişkenine paralel olarak tıbbi hata tutumlarının ve alt boyutlarından tıbbi hata algısı ve tıbbi hata nedenlerinin değerlendirmelerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır. Fakat tıbbi hata

yaklaşımı alt boyutunda, 1-3 yıl arası çalışma süresine sahip hekimler ile 10 yıl ve üzeri çalışan hekimler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 10 yıl ve üzeri kıdeme sahip hekimlerin ortalamaları 1 – 3 yıl arası kıdeme sahip hekimlerin ortalama puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada hekimlerin tıbbi hata tutumlarına yönelik ifadelere verdikleri cevaplarda yüksek ortalamaya (3,65) sahip oldukları tespit edilmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde en yüksek puan ortalaması tıbbi hata nedenleri (3,74) boyutudur. Bu boyutta hekimlerin en yüksek ortalamaya sahip ifadeleri "Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları arttırır." (4,88) ve "Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını arttırır" (4,79) olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %77,2'sinin asistan hekim olmasının bu sonucun öne çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma bulgularına paralel olarak Banaz (2020)'de 207 hekim ile gerçekleştirdiği çalışmasında, hekimlerin tıbbi hata tutum puanlarının ortalamasını (3,69) yüksek olarak tespit etmiştir. Alt boyutlarda ise hekimlerin en yüksek puan ortalamasını tıbbi hata nedenleri (3,71) boyutu olarak tespit etmiştir. Bu boyutta hekimlerin en yüksek ortalamaya sahip ifadelerini "Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları arttırır." (4,63) ve "Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını arttırır" (4,60) olarak bulgulamıştır (111).

Bu çalışma ile paralellik gösteren diğer çalışmalar incelendiğinde; Top ve ark. (2008) 236 hekimin katılımıyla yürüttüğü çalışmalarında kısa süre içerisinde çok sayıda hastayı muayene etme ve tedavi etme baskısı, yoğun çalışmanın neden olduğu bitkinlik, yorgunluk ve tükenmişliği tıbbi hataların nedenleri olduğunu tespit etmiştir. Dedeoğlu'da (2012) 255 hekim ile gerçekleştirdiği çalışmasında, katılımcıların çoğu tıbbi hataların ortaya çıkmasının temel nedenini çok sayıda hastaya bakım hizmeti verilmesi olarak ifade etmiştir (118). Blendon ve ark. (2002) 831 hekim ve toplumdan 1.207 kişinin katılımı ile gerçekleştirdikleri çalışmada, hekimlerin %50'si tıbbi hataların muhtemel nedenlerini fazla çalışma, stres ve yorgunluk olarak belirtirken, çalışmaya toplum kesiminden katılanlar ise %72 oran ile hekimlerin hastalarına yeterli zamanı ayırmaması ve %70 ile hekimlerin fazla çalışma, stres ve yorgun olmalarını tıbbi hataların olası 11 nedeni arasından en önemlileri arasında olduğu ifade edilmiştir (119). Rosen ve ark. (2005) 831 hekim ile yürüttüğü çalışmalarında, hekimler iş

yükünün hafifletilmesi ve hekimlerin hasta ile geçirdikleri sürenin arttırılmasının tıbbi hataların azaltılması için önemli unsurlar olduğunu ifade etmişlerdir (120).

Yine tıbbi hataya yaklaşım alt boyutunda da (3,69) tıbbi hata nedenlerine yakın ortalama puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu boyutta hekimlerin en yüksek ortalamaya sahip ifadeleri "Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler." (4,53), "Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır." (4,39) ve "Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır." (4,35) olarak tespit edilmiştir. Yine çalışma katılımcılarının büyük çoğunluğunun asistanlardan oluşması nedeniyle yöneticilerin daha anlayışlı olmasına yönelik ifadelerin öne çıktığı düşünülmektedir. Bu çalışmanın bulgularına paralel olarak Banaz (2020)'de 207 hekim ile gerçekleştirdiği çalışmasında, tıbbi hataya yaklaşım alt boyutunda (3,69) ortalama puana sahip olduklarını tespit etmiştir. Ayrıca, bu boyutta hekimlerin en yüksek ortalamaya sahip ifadeleri çalışma ile paralellik göstermekte olup, sıralaması ve ortalamaları "Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır." (4,23), "Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır." (4,22) ve "Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler." (4,19) şeklinde tespit etmiştir (111).

Bu çalışma ile aynı doğrultuda olan diğer çalışmalar incelendiğinde; Garbutt ve ark. (2007) pediatri hekimlerinden oluşan 557 kişilik bir grup ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında hekimler meslektaşlarıyla ortaya çıkan her hatayı tartıştıklarını ifade etmişlerdir (121). Flotta ve ark. (2012) 696 hekim ile gerçekleştirdiği bir başka çalışmada ise bir tıbbi hata ortaya çıktığında hekimlerin %87'sinin tıbbi hataların kuruma bildirilmesi gerektiğini ve %98'inin tıbbi hataların meslektaşları ile tartışılması gerektiğini ifade etmişlerdir (117). Benzer şekilde Tagaddosinejad ve ark. (2013) 107 hekimin katılımı ile gerçekleştirdiği çalışmalarında hekimlerin %78'inin tıbbi hataların bildiriminin yapılması ve meslektaşlar ile paylaşılması gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir (115). Uğrak 'ın (2019) çalışmasında da hekimler tıbbi hataların bildiriminin yapılması ve meslektaşlar ile paylaşılması gerektiğini ifade ettiğini bulgulamıştır (110).

5.2. DEFANSİF TIP TUTUMU TARTIŞMA

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "cinsiyet" değişkenine göre defansif tıp tutumlarının ve alt boyutlarının (Pozitif ve negatif defansif tıp) değerlendirmelerinde değişkenlerin hiçbiri anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu çalışma bulguları ile aynı doğrultuda Solaroğlu ve ark. (2014), Tanrıverdi ve ark. (2015), Reuveni ve ark. (2017), Pirol (2018), Yorulmaz ve Sabırlı(122) (2019), Kara (2020), Öztürk (2021) tarafından yapılan çalışmalarda hekimlerin cinsiyetleri ve defansif tıp tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (123-128).

Literatürde, cinsiyet ile defansif tıp tutumu arasında anlamlı ilişki tespit eden çalışmalar da mevcuttur. Göcen (2017) 200 hekim ile gerçekleştirdiği çalışmasında, cinsiyete göre hekimlerin ölçeklerden aldıkları puanları incelediğinde, erkek hekimlerin defansif tıp tutumu ve alt boyutlarının puan ortalamaları, kadınlara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit etmiştir (129). Kalaman (2019) 592 hekimin katıldığı çalışmasında defansif tıp tutumu ve pozitif defansif tıp tutumu alt boyutu skorları ile cinsiyet kıyaslamasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Buna göre; erkeklerin kadınlara göre tutum skorları anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir (130). Banaz (2020) ise 207 hekim ile gerçekleştirdiği çalışmasında, hekimlerin negatif defansif tıp tutumu puan ortalamalarının cinsiyete değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğini, erkek hekimlerin negatif defansif tıp puan ortalamalarının kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit etmiştir (111). Kolcu (2013) 62 hekim ile gerçekleştirdiği çalışmasında güncel erkek hekimlerin kadın hekimlere kıyasla daha çok defansif tutum sergilediği sonucuna ulaşmıştır (131).

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "medeni durum" değişkenine göre defansif tıp tutumlarının ve alt boyutlarının (Pozitif ve negatif defansif tıp) değerlendirmelerinde değişkenlerin hiçbirinde anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu çalışma bulguları ile aynı doğrultuda Göcen (2017), Yorulmaz ve Sabırlı (2019), Banaz (2020) ve Kara (2020) tarafından yapılan çalışmalarda ise medeni durum ve defansif tıp tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Pirol (2018) 165 hekim ile ve Öztürk (2021) 222 hekim ile

gerçekleştirdiği çalışmasında, bekar hekimler ile evli hekimlerin defansif tıp tutumlarında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğuna ulaşmıştır. Pirol (2018), bekar olan hekimlerin defansif tıp tutum ortalamalarının evli olan hekimlere oranla daha düşük olduğunu tespit etmişken, Öztürk (2021) ise bekar olan hekimlerin ortalamalarının evli olan hekimlere oranla defansif tıp tutumlarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (122, 127).

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "yaş" değişkenine göre defansif tıp tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu çalışma bulguları ile aynı doğrultuda Göcen (2017), Pirol (2018), Banaz (2020) ve Kara (2020) hekimlerin defansif tıp tutumları ve yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmemiştir (111, 127-129).

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "unvan" değişkenine göre defansif tıp tutumlarının ve alt boyutu olan Pozitif defansif tıp tutumu değerlendirmelerinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Asistan hekimlerin defansif tıp tutumlarının puan ortalaması ve pozitif defansif tıp tutumlarının puan ortalaması uzman hekimlerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Negatif defansif tıp tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Çalışma bulguları ile aynı doğrultuda Kolcu (2013), Reuveni ve ark. (2017), Banaz (2020) ve Öztürk (2021) çalışmalarında hekimlerin unvanları ile defansif tıp tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiştir. Asistan hekimlerin defansif tıp tutumlarını asistan hekimlere göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (111, 122, 125, 131).

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "idari görev" değişkenine göre defansif tıp tutumlarının ve alt boyutlarının (pozitif ve negatif defansif tıp) değerlendirmelerinde hiçbir değişkende anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "çalışma süresi" değişkenine göre defansif tıp tutumlarının ve alt boyutu olan Pozitif defansif tıp tutumu değerlendirmelerinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Çalışma süreleri 1-3 yıl arası ve 4-9 yıl arası olan hekimler ile 10 yıl ve üzeri çalışan hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. 1-3 yıl arası ve 4-9 yıl arası

çalışma süresi olan hekimlerin defansif tıp tutumu puan ortalamaları ve Pozitif defansif tıp tutumu puan ortalamaları 10 yıl ve üzeri çalışmış olan hekimlerin puan ortalamalarına göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Negatif defansif tıp tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Çalışma bulgularına paralel olarak Passmore ve Leung (2002), Hiyama (2006), Catino (2011), Solaroğlu (2014), Banaz (2020) ve Öztürk (2021) çalışmalarında hekimlerin çalışma süreleri ile defansif tıp tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit etmiştir (94, 111, 122, 123, 132, 133). Göcen (2017), Yorulmaz ve Sabırlı (2019) ve Kara (2020) hekimlerin defansif tıp tutumları ile çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamışken, Pirol (2018) 0-5 yıl aralığı ile 6-10 yıl aralığında çalışmış olan hekimlerin defansif tıp tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiş olup, 0-5 yıl aralığında çalışmakta olan hekimlerin defansif tıp tutumlarının puan ortalamasının diğerlerinin ortalamasından daha düşük olduğu bulmuştur (126-128).

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinden "kadın doğum hekimliğinde çalışma süresi" değişkenine göre defansif tıp tutumlarının ve alt boyutu olan Pozitif defansif tıp tutumu değerlendirmelerinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre; 1-3 yıl arası ve 4-9 yıl arası çalışma süresine sahip hekimler ile 10 yıl ve üzeri çalışan hekimler arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 1-3 yıl arası ve 4-9 yıl arası çalışma süresine sahip hekimlerin defansif tıp tutumu puan ortalamaları ve Pozitif defansif tıp tutumu puan ortalamaları 10 yıl ve üzeri çalışmış olan hekimlerin puan ortalamalarına göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Negatif defansif tıp tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Göcen (2017) her branştan 200 asistan hekim ile gerçekleştirdiği çalışmasında, asistanlık yaptıkları branştaki yılları açısından hekimleri "1-2. yılında olanlar" ve "3-5. yılında olanlar" olacak şekilde iki gruba ayırarak, asistanlığının ilk iki yılında olan hekimlerin defansif tıp tutum puanları ve alt boyutları olan pozitif ve negatif defansif tıp tutum puanlarının ortalamalarının, asistanlığının 3-5. yılındaki hekimlere göre fazla olduğunu tespit etmiştir (129).

Çalışmada hekimlerin defansif tıp tutumlarına yönelik ifadelere verdikleri cevaplarda yüksek ortalamaya (3,68) sahip oldukları tespit edilmiştir. Alt boyutları

incelediğimizde ise pozitif defansif tıp tutumlarının puan ortalaması (3.75), negatif defansif tıp tutumlarının puan ortalaması (3.56) olarak tespit edilmiştir. Pozitif defansif tıp boyutunun maddeleri incelendiğinde yüksek ortalamaya sahip ifadeleri ”Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.” (4,53) ve “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.” (4,47) olarak tespit edilmiştir. Negatif defansif tıp boyutunun maddeleri incelendiğinde ise en yüksek ortalamaya sahip ifade “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum” (4,12) olarak tespit edilmiştir.

Çalışma bulguları ile aynı doğrultuda Banaz (2020)‘de 207 hekim ile gerçekleştirdiği çalışmasında, hekimlerin defansif tıp tutum puanlarının ortalamasını 3,27 yüksek olarak tespit etmiştir. Alt boyutlarda ise pozitif defansif tıp tutumlarının puan ortalaması 3.39, negatif defansif tıp tutumlarının puan ortalaması 3.06 olarak tespit etmiştir. Pozitif defansif tıp boyutunun maddelerinde de yüksek ortalamaya sahip ifadeleri ”Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.” (4,08) ve “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.” (3.98) olarak tespit etmiştir. Negatif defansif tıp boyutunun maddelerinde ise en yüksek ortalamaya sahip ifadeyi “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum” (3,79) olarak tespit etmiştir (111).

Çalışma ile aynı doğrultuda olan diğer çalışmalar incelendiğinde; Passmore ve Leung (2002) 154 psikiyatri hekimi ile gerçekleştirdikleri çalışmada, hekimlerin defansif tıp uygulamalarının en önemli iki nedenin, bir meslektaşının daha önce yaşadığı şikayet deneyimi diğerinin ise medyada yer alan haberlerin oluşturduğu endişe olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca, hekimlerin %75’ inin geçen ay içerisinde defansif tıp tutumu uygulamalarından en az birini uyguladığı, ve %66’ sının daha detaylı hasta kaydı tuttuğunu tespit etmiştir (132). Başer ve ark. (2014) 81 aile hekimi üzerinde yaptığı araştırmada, hekimlerin %93,8’inin hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtlarını daha detaylı tuttuğu sonucuna ulaşılmıştır (134). Kara (2020) 116 hekimin katıldığı çalışmasında, defansif tıp tutum ölçeğindeki ifadelere orta derece ile üzerinde katılanları değerlendirdiğinde %87,1 oranıyla en fazla başvurulan defansif tıp

uygulamasını “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum” ifadesi olduğunu bulmuştur. Bu ifadeyi sırasıyla %81,1 ve %80,9 oranıyla “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarıma daha detaylı açıklıyorum” ve “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum” ifadelerinin izlediğini bulmuştur (128). Summerton (1995) 300 pratisyen hekimin katıldığı çalışmasında, çalışmaya katılan doktorların %90’ının dava endişelerinden dolayı dokümantasyona daha fazla zaman ayırdığını, %86’sının ise hastalarına daha detaylı bilgi verdiğini tespit etmiştir (102). Catino (2011) 431 doktorun katıldığı çalışmasında, doktorların %82,8’i en sık başvurduğu defansif tıp yöntemini hasta kayıtlarını gereksiz yere daha detaylı bir biçimde tutmak olarak ifade etmiştir (94). Mutlu ve ark. (2019) 209 aile hekimi ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında en çok uygulanan defansif tıp uygulamasının daha detaylı kayıt tutmak olduğunu tespit etmişlerdir (135). Göcen (2017) 200 asistan doktor ile yaptığı çalışmasında, doktorların en fazla başvurduğu defansif tıp uygulamasını “hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem vermek” olarak tespit etmiştir (129). Selçuk (2015) 220 doktor ile yaptığı çalışmasında, doktorların % 95,9’u malpraktis ile ilgili konular basın yayında yer aldıkça tedirgin olduklarını ifade etmiştir (136). Özata ve ark. (2018) ise 173 doktor ile yaptığı çalışmada, malpraktis ile ilgili konular basın yayında yer aldıkça tedirgin olduklarının ifade edenlerin oranı %89,5 olarak saptanmıştır (137). Küçük (2018) 108 kadın hastalıkları ve doğum hekimi ile gerçekleştirdiği çalışmasında, katılımcıların %69,4 ‘ü tıbbi hata davalarında aydınlatılmış onam formlarının kendilerini korumayacağı ifade etmişlerdir. Katılımcıların %88.2’si ise Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve güncellenen aydınlatılmış onam formlarının oluşturulmasını desteklediklerini ifade etmişlerdir (87). Çalıkoğlu ve Aras (2020) 190 hekim ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, pozitif defansif tıp tutum boyutu maddelerinden “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.” (%22,6) ve “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.” (%27,9) olarak doktorlar arasında en az tercih edilen yöntem olarak tespit etmişler. Negatif defansif tıp tutum boyutu maddelerinden “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik

uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum" (%39,4) doktorlar arasında en az tercih edilen yöntem olarak tespit etmişler (138).

Bu çalışmada hekimlerin tıbbi hata tutumu ve defansif tıp tutumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Fakat, tıbbi hata tutum ölçeği ile defansif tıp tutum ölçeği alt boyutlarındaki ilişkiler analiz edildiğinde ise tıbbi hata algısı alt boyutu ile pozitif ve negatif defansif tıp tutumları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışma bulguları ile aynı doğrultuda Banaz (2020)'de 207 hekim ile gerçekleştirdiği çalışmasında, hekimlerin defansif tıp tutumu ve tıbbi hata tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit etmemiştir. Ancak, ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişki analiz edildiğinde hekimlerin tıbbi hata tutumu ve pozitif defansif tıp alt boyutu arasında pozitif yönlü çok zayıf olarak ifade edilebilecek anlamlı ilişki, tıbbi hata nedenleri alt boyutu ve negatif defansif tıp tutumu alt boyutu arasında pozitif yönlü çok zayıf olarak ifade edilebilecek anlamlı bir ilişki tespit etmiştir (111).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadın hastalıkları ve doğum branşı hem anne hem de fetüs ile ilgilenmesi nedeniyle daha riskli ve komplikasyon olasılığı diğer tıp dallarına göre daha yüksektir. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin en yüksek risk grubu içinde yer alması ve primlerinin yüksek olması da bu tezi destekler niteliktedir (87, 139). Günümüz toplumlarının yüksek tıbbi beklentileri, ileri yaşta ilk kez gebe kalan kadınların sayısındaki artış, artan obezite vb. nedenlerden dolayı bu risk daha da artmaktadır (140, 141). Yüksek risk de beraberinde tıbbi hata davalarının sayısında artışa ve hekimlerin dava edilme riskinden kaçınmak amacıyla defansif tıp uygulamalarını getirmektedir. Sağlık sisteminde ekonomi, kalite ve hizmet sunumu gibi birçok alan etkilenmektedir. Bu nedenle tıbbi hata ve defansif tıp alanında birçok çalışma yapılmaktadır. Fakat, literatürde tıbbi hata ve defansif tıp tutumlarının ilişkisini inceleyen çalışma sayısı çok azdır. Bu çalışmada kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hata ve defansif tıp tutumlarının incelenmesi çalışmanın özgün yönünü ortaya koymaktadır.

Çalışmada kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tıbbi hata tutumları ve defansif tıp tutumları ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Fakat tıbbi hata tutumları ile defansif tıp tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Tıbbi hata tutumunun alt boyutu olan tıbbi hata algısı ile pozitif ve negatif defansif tıp tutumu arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin %89,5'inin hakkında açılan bir tıbbi hata davası olmamasına rağmen, %91,2'si tıbbi hata davalarının hekimlik performanslarını etkileyeceğini düşünmektedir. Ayrıca, hekimlerin %96,5'i de medyada tıbbi hata ile ilgili haberin yer almasının hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissetmelerine neden olduğunu ifade etmektedir. Hekimlerin bu konuda bu kadar hassas davranmalarının nedeni mevcut hukuki sistemde komplikasyon ve tıbbi uygulama hatası ayrımının doğru bir şekilde yapılamadığına inanmalarıdır. Bu amaçla sağlık alanına özgü ihtisas mahkemeleri kurularak, bu mahkemelerde ilk etapta sağlık yönetimi doktora programı mezunlarına

adalet bakanlığınca eğitimler verilerek hakimler atanmalıdır. Sonrasında ise sağlık yönetimi bölümlerinin müfredatlarına gerekli düzenlemeler yapılarak bu mahkemelerdeki personel devamlılığı sağlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı'nda Mesleki Sorumluluk Kurulu görevine devam ederek sağlık ihtisas mahkemelerinden önce soruşturma izni ile ilgili görevini yerine getirmeye devam etmelidir. Ancak, bu görevi yerine getirirken ön incelemeler il sağlık müdürlüklerindeki görevliler aracılığıyla değil, kurula bağlı görevlilerce yerine getirilmelidir. Bu düzenlemelerden sonra hekimlerin de hukuk okur yazarlığını arttıracak eğitimler verilmeli, soruşturma ve davaların doğal bir süreç olduğu anlatılmalıdır.

Hekim – hasta ilişkisinin temelindeki güven problemini aşmak amacıyla, sonuçlanmamış tıbbi hata davalarının medyada yer alması ile ilgili hukuki düzenlemeler yapılarak, toplum nezdinde hekimlere olan güveni sarsacak haberlerin önüne geçilebilir. Ayrıca, hastalara dava açmayı özendiren bazı meslek grupları içinde gerekli yasal düzenlemeler yapılabilir.

Çalışmaya katılan kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin %96,5'i tıbbi hatalar ve nedenlerinin yöneticilerin arasında tartışılması gerektiğini %94,8'i tıbbi hatalar ve nedenlerinin çalışanlarla açıkça tartışılması gerektiğini, %75,4'ü tıbbi hataların bildirilmesinin hasta güvenliğini arttırdığını ifade etmişlerdir. Tıbbi hataların sistematik bir şekilde bildirilmesi sağlanmalı ve hataların üst yönetim tarafından incelenerek çalışanlara gerçek olaylar üzerinden hizmet içi eğitimler verilmelidir. Ayrıca, tıbbi hatayı bildiren hekime de bu konuda alınan önlemlerle ilgili geri dönüş yapılırsa tıbbi hataların bildirilmesinin sağlanmasında hekimlerin motivasyonlarının artması sağlanabilecektir.

Çalışmaya katılan kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin %84,2'si defansif tıp kavramını daha önce duyduklarını belirtmesine rağmen %57,9'u defansif tıp kavramının içeriği hakkında bilgi seviyelerinin yeterli olmadığını düşünmektedir. Hekimlerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini arttırmaya yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.

Çalışma Sağlık Bakanlığı ile Sağlık Bilimleri Üniversitesinin afiliye olarak kullandığı bir hastanede görev yapan hekimler ile gerçekleştirilmiştir. Bu alanda

çalışma yapmak isteyenler çalışmalarını Sağlık Bakanlığı hastanesi, afiliye olmayan üniversite hastanesi, kamu - özel ortaklığıyla işletilen hastane ve özel hastanede çalışan hekimlerle gerçekleştirerek hastane işletim şeklinin hekimlerin tıbbi hata ve defansif tıp tutumları incelenebilir. Ayrıca, muayenehanelerinde bireysel çalışan hekimler de çalışmaya dahil edilerek kamu görevlisi hekimler ile özelde çalışan hekimlerin tıbbi hata ve defansif tıp tutumlarının incelenmesi de önerilebilir.

Literatürde tıbbi hata ve defansif tıp tutumu arasındaki ilişkinin incelendiği çalımalar hekimler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Gelecek çalışmalarda diğer sağlık çalışanlarının da bulunduğu çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

1. Türk Tabipler Birliği. (2022). *Hekimlik Andı Güncellendi.* Erişim Linki: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=b6b3bd8a-c9e0-11e7-8a71-159198489f44 Erişim Tarihi: 13.07.2022
2. Leape, L. L., (1994). Error in Medicine. *JAMA* 272:1851-7
3. Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlıkta Dönüşüm. Ankara: Sağlık Bakanlığı
4. Marquis B. L., & Carol J. H. (2018). Hemşirelikte liderlik rolleri ve yönetim işlevleri. Nobel Tıp Kitabevi
5. Sağlık Bakanlığı (2021). Sağlık Bakanlığının Kuruluşunun 100. Yılında Türkiye'de Bebek Ölümleri Durum Raporu. Ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
6. Büken, B., & Büken, E. (2012). Anne Ölümlerine Adli Tıbbi Bakış. İçinde: *2. Tıp Hukuku Günleri Adli Obstetrik ve Jinekoloji*, Editörler: Koç S., & Can M, İstanbul: Türk Tabipler Birliği İstanbul Tabip Odası. S. 92-99.
7. Savaş H. 2012. Jinekoloji Ve Obstetrikte Karşılaşılan Tıbbi Uygulama Hataları: Dava Örnekleri. İçinde: *2. Tıp Hukuku Günleri Adli Obstetrik ve Jinekoloji*, Editörler: Koç S., & Can M, İstanbul: Türk Tabipler Birliği İstanbul Tabip Odası. S. 39-46.
8. Hakeri H., (2012). Tıp Hukuku. İstanbul: Seçkin Yayınevi
9. Türk Dil Kurumu. Erişim Linki: https://sozluk.gov.tr/ Erişim Tarihi: 01.08.2022
10. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Erişim Linki: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf Erişim Tarihi: 02.08.2022
11. 6023 Sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu. Erişim Linki: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.6023.pdf Erişim Tarihi: 01.08.2022
12. Sert, S. (2015). Türk hukukunda kadın doğum hastalıkları hekimlerinin gerçekleştirdiği müdahaleler ve hekimlerin yükümlülükleri. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 6:149-65
13. Tıpta Uzmanlık Kurulu. (2010). Karar Tutanağı. Erişim Linki: https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/43623/0/rotasyon-tablosu---20220629pdf.pdf Erişim Tarihi: 03.03.2022
14. Durdu, H. (2015). Sağlık Hukuku. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
15. Bayrak, S., & Yenipınar, F. B. (2016) . Hekimin Sorumluluğu Tıbbi ve Hukuki İnceleme. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi

16. Gök, E. (2019). Hekimlerin Yükümlülükleri. İçinde: *Karın Ağrısı,* Editörler: Şen A., & Akbaş A. Nobel Kitabevi. s. 475 - 487.

17. Ekşi, A. (2011). İslam tıp hukuku çağdaş tıp problemlerine İslam'ın getirdiği hukuki çözümler. Ensar Neşriyat

18. 23420 Sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği. Erişim Linki: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5#:~:text=Madde%201%2D%20Bu%20Y%C3%B6netmelik%3B%20temel,kurulu%C5%9Flarda%20ve%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20kurum%20ve Erişim Tarihi: 01.08.2022

19. Özdemir, H. (2016). Hekimin Hukuki Sorumluluğu. *Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 11:33-81

20. İlgili, Ö. (2011). 2000 - 2005 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası kararlarında kadın hastalıkları ve doğum alanına giren vakaların deontolojik değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

21. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim Linki: https://shgm.saglik.gov.tr/TR-53581/mevzuat.html Erişim Tarihi: 10.09.2022

22. Teftiş Kurulu Başkanlığı. Erişim Linki:https://teftis.saglik.gov.tr/TR-7716/mevzuat.html Erişim Tarihi: 10.09.2022

23. Cunningham, F. G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Spong, C.Y., & Dashe J.S., (2014). Williams obstetrics. Mcgraw-hill New York, NY, USA

24. Hoffman, B.L., Schorge, J.O., Bradshaw, K.D., Halvorson, L.M., Schaffer, J.I., & Cunningham, F,G,. (2015). Williams jinekoloji. Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

25. Yıldırım, Ö. (2012). Sağlık Kuruluşlarında Insan Faktörü Mühendisliğinin Önemi ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri. İstanbul: Beta Basım

26. Kahriman, İ., & Öztürk, H. (2016). Tıbbi Hatalar ve Nedenleri. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri

27. Birtek, F. (2015). Tıbbi Uygulama Hataları Bakımından Taksir-Bilinçli Taksir Ayrımı (Komplikasyon-İzin Verilen Risk Ayrımı Bağlamında). *Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 10:63-106

28. Miziara, I.D., & Miziara C.S.M.G. (2022). Medical errors, medical negligence and defensive medicine: A narrative review. *Clinics* 77:100053

29. Sayek, F. (1998). Sağlıkla ilgili uluslararası belgeler. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara

30. Avşar, G., Armutçu, E.A., & Özlü Z.K. (2016). Hemşirelerin Tibbi Hata Eğilim Düzeyleri Ve Tibbi Hata Türleri: Bir Hastane Örneği. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi/Journal of Health Sciences and Professions* 3:115-22

31. Türk Tabipler Birliği. (2020). Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. Ankara: TTB yayınları

32. Yargıtay Hukuk Genel Kurulu. (2022). İçtihat Metni E. 2017/680, K.2021/49. Erişim Linki: https://kararara ma.yargitay.gov.tr/YargitayBilgiBankasiIstemciWeb/ Erişim Tarihi: 01.11.2022

33. Ersoy, Y. (2004). Tıbbi hatanın hukuki ve cezai sonuçları. *TBB Dergisi* 53:161-90

34. Zencirci, A.D. (2010). Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 1:67-74

35. Tunalı, I.G. (2012). Jinekoloji ve Obstetrikte Karşılaşılan Tıbbi Uygulama Hataları: Kadın Doğum Uzmanları Açısından Konuya Yaklaşım. İstanbul: Türk Tabipler Birliği İstanbul Tabip Odası. S: 30 - 38.

36. Oral, T. (2012). Hekimin Hukuki Sorumluluğunun Değerlendirilmesi Kapsamında Malpraktis ile Hastalıktan Kaynaklanan Komplikasyon. *Erzurumluoğlu Armağanı,* Ankara Barosu 397:408

37. Polat, O. (2015). Tıbbi Uygulama Hataları. Ankara: Seçkin Yayıncılık

38. Chervenak, J. L. (2007). Overview of professional liability. *Clinics in perinatology* 34:227-32

39. Varol, N. (2007). Sağlık Hukukunda Bilirkişilik. İçinde: Sağlık Hukuku Kurultayı. Ankara Barosu. Ankara

40. Kocatürk, U. (2005). *Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi

41. Dağlaraştı, C. (2020). *Türkiye'de Aile Hekimliği Kurumu*. Ankara: Adalet Yayınevi

42. Koru, O. (2021). Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu: Endikasyon Şartı. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 12:491-500

43. Akbulut, B. (2020). Türk Ceza Hukuku Temel Bilgiler. Ankara: Seçkin Hukuk Yayıncılık

44. Savaş, H. (2012). Tıbbi malpraktis ve komplikasyondan doğan sorumluluklar. Sağlık Hukuku Makaleleri:259-95

45. Demir, M., & Kirkit, E. (2022) Komplikasyon–Malpraktis Ayırımının Tıbbî Özel Hukuk Sorumluluğuna Etkisi. *Çukurova Üniversitesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*:58-91

46. Eren, F. (2019). Borçlar Hukuku Genel Hükümler. Ankara: Yetkin Yayınları

47. Özcan, Z., & Özcanoğlu, A. B. (2020). Yargıtay İçtihatları Işığında Malpraktis Komplikasyon Ayrımına Bağlı İspat Sorunları. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*:289-315

48. Hakeri, H. (2014). Tıp hukukunda malpraktis komplikasyon ayrımı. *Toraks Cerrahisi Bülteni* 5:23-8

49. McNutt, R. A., Abrams, R., & Aron, D. C. (2002). Patient safety efforts should focus on medical errors. *Jama* 287:1997-2001

50. Ersoy, L. V. (2014). Tıbbi Malpraktis. *Toraks Cerrahisi Bülteni*. 5:29-32

51. Leape, L. L., Lawthers, A. G., Brennan, T.A., & Johnson W. G. (1993). Preventing Medical Injury. *QRB - Quality Review Bulletin* 19:144-9

52. Pronovost, P. J., Weast, B., Bishop, K., Paine, L., Griffith R., Rosenstein, B. J., Kidwell, R. P., Haller, K. B., & Davis, R. (2004. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety* 30:59-68

53. Seren İntepeler, Ş., Dursun, M. (2012). Tibbi hatalar ve tibbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 15 (2):129-135

54. World Human Organization. (2005). World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action, World Health Organization

55. Karsh, B.T., Escoto, K. H., Beasley, J.W., & Holden, R.J. (2006). Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design. *Applied ergonomics* 37:283-95

56. Dove, J. T., Brush, J. E. Jr., Chazal, R. A., & Oetgen W.J. (2010). Medical professional liability and health care system reform. *J Am Coll Cardiol* 55:2801-3

57. Sümer, E. (2018). Kadın Hastalıkları ve Doğum Servislerinde Yaşanan Tıbbi Hataların Sağlık Hukuku Yönünden Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep

58. Artuk, M. E., Gökcen, A., Alşahin, M. E., & Çakır K. (2019). Ceza Hukuku Genel Hükümler. Ankara: Adalet Yayınevi

59. Koca, M., & Üzülmez, İ. (2019). Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler. Ankara: Seçlin Yayıncılık

60. Erol, G. H. (2012). Sağlık Çalışanlarının Tazminat Sorumluluğu ve Hukuk Yargılama Süreci Tamamlanmış Dava Örnekleri. İçinde: Sağlık Hukuku Makaleleri. Editör: İstanbul Barosu Yayın Kurulu. İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul. S:191-220

61. Floyd, T. K. (2008). Medical malpractice: trends in litigation. *Gastroenterology* 134:1822-5, 5.e1

62. Cantürk, G. (2015). Tıbbi Malpraktis ve Tıbbi Bilirkişilik. İçinde: Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu. Editörler: Hakeri H. & Doğan C., Türkiye Barolar Birliği Yayınları. Ankara S:299-322

63. Pekcanitez, H., Atalay, O., & Özekes, M. (2013). Medeni Usul Hukuku. Ankara: Yetkin Yayınları

64. Resmi Gazete (2011). Hukuk Muhakemeleri Kanunu. Erişim Linki: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6100.pdf Erişim Tarihi: 07.03.2023

65. Doğan, C., (2015). Bilirkişiliğin Hukuksal Yapısı ve Tıbbi Bilirkişilik. İçinde: Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu. Editörler: Hakeri H. & Doğan C. Türkiye Barolar Birliği Yayınları. Ankara. S:391-496

66. Polat, O., & Pakiş, I. (2011). Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*:119-25

67. Dırvar, F., Dırvar, S. U., Kaygusuz, M.A., Evren, B., & Öztürk, İ., (2021). Effect of malpractice claims on orthopedic and traumatology physicians in Turkey: A survey study. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica* 55:171-6

68. Dölen, İ. (2012). Kadın Doğum Alanı ile İlgili Adli Raporlar ve Bilirkişilik. İçinde: 2. Tıp hukuku günleri: adli obstetrik ve jinekoloji" Prof. Dr. Zeki Soysal anısına", Editörler: Can M., & Koç S., Türk Tabipler Birliği İstanbul Tabip Odası. İstanbul. S: 53 -59.

69. Yıldırım, İ. (2015). Tıbbi malpraktis ve hekim mesleki sorumluluk sigortası. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6:121-9

70. Resmi Gazete (2020). Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1)'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Erişim Linki: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/05/20200523-17.htm Erişim Tarihi: 14.12.2022

71. Resmi Gazete (2015). Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1)'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Erişim Linki: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/10/20151028-1.htm Erişim Tarihi: 14.12.2022

72. Resmi Gazete (2014). Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1)'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Erişim Linki: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/07/20140726-9.htm Erişim Tarihi: 14.12.2022

73. Çokar, M. (2009). Türkiye'de malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri: Zorunlu mali sorumluluk sigortası bir çözüm müdür. *Türkiye Biyoetik Derneği e-Bülteni* 19:7-16

74. Sohn, D.H., & Bal, B. S. (2012). Medical malpractice reform: the role of alternative dispute resolution. *Clinical Orthopaedics and Related Research®* 470:1370-8

75. Leflar, R. B. (2013). Medical malpractice reform measures and their effects. *Chest* 144:306-18

76. Resmi Gazete (2022). Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik yapılmasına Dair Kanun. Erişim Linki: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/05/20220527-7.htm Erişim Tarihi: 22.02.2023

77. Resmi Gazete (2022). Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbi İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına Ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. Erişim Linki: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/06/20220615-14.htm Erişim Tarihi: 22.02.2023

78. Gözler, K., & Kaplan, G. (2015). İdare Hukuku Dersleri. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım

79. Pellino, I. M., & Pellino, G. (2015). Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. Updates Surg. 67, 331–337

80. Vento, S., Cainelli, F., & Vallone, A. (2018). Defensive medicine: it is time to finally slow down an epidemic. *World journal of clinical cases* 6:406

81. Hershey, N. (1972). The defensive practice of medicine: myth or reality. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 50:69-97

82. Kakemam, E., Arab-Zozani, M., Raeissi, P., & Albelbeisi, A. H. (2022). The occurrence, types, reasons, and mitigation strategies of defensive medicine among physicians: a scoping review. *BMC Health Services Research* 22:800

83. U. S. Congress (1994). Office of technology assessment, defensive medicine and medical malpractice. Washington, DC: US Government Printing Office, OTA-H--6O2

84. AbdelAziem, A. A., Moawia, E. H., Yasir, A.E., Wisal, O.N., Ahmed, A. A. M., & Gamal, K. A. (2016). Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynecology. *Most Recent Articles: Bmc Medical Ethics*. 9;17:12.

85. Al-Balas, Q. A., & Al-Balas, H. A. (2021). The ethics of practicing defensive medicine in Jordan: a diagnostic study. *BMC Medical Ethics* 22:1-7

86. Fineschi, V., Arcangeli, M., Di Fazio, N., Del Fante, Z., Fineschi, B., Santoro P, Frati P, Associazione Consulcesi Health And Onlus Futura Ricerca.(2021). Defensive medicine in the management of cesarean delivery: a survey among Italian Physicians. *Proc. Healthcare*, 9:1097: MDPI

87. Küçük, M. (2018). Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 38:200-5

88. Baungaard, N., Skovvang, P. L., Hvidt, E. A., Gerbild, H., Andersen, M. K., & Lykkegaard, J. (2022). How defensive medicine is defined in European medical literature: a systematic review. *BMJ open* 12:e057169

89. Alatlı A. (2014). Cumhurbaşkanlığı Kültür ve Sanat Büyük Ödülleri Töreni Konuşması. Erişim Linki: https://www.tccb.gov.tr/cumhurbaskanligi/kultursanatodulleri/2014/ Erişim Tarihi: 03.02.2023

90. Kılıçarslan, M., & Narcı, M. T. (2022). Hekimlerin Defansif Tıp Farkındalık Düzeylerinin, Pozitif ve Negatif Defansif Tıp Tutumlarına Etkilerinin Görev Yaptıkları İşletmelerde İsraf Faktörü Açısından İncelenmesi: İstanbul'da Kardiyoloji Hekimleri Üzerine Bir Araştırma. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*:184-91

91. Özer, K., & Aslan, Ş. (2020). Defansif Tıp Uygulamalarının Belirlenmesi: Karma Yöntem Araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 23:639-64

92. Mansur, F., & Ceylan, Ö. (2021). Defansif Tıp ve Defansif Tıp Konusunda Yapılan Akademik Çalışmalar Üzerine Bir Derleme. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 23:721-44

93. Bester, J. C. (2020). Defensive practice is indefensible: how defensive medicine runs counter to the ethical and professional obligations of clinicians. *Medicine, Health Care and Philosophy* 23:413-20

94. Catino, M. (2011). Why do Doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. *Safety science monitor* 15:1-12

95. Montanera, D. (2016). The importance of negative defensive medicine in the effects of malpractice reform. *The European Journal of Health Economics* 17:355-69

96. Frati, P., Busardò, F. P., Sirignano, P., Gulino, M., Zaami, S., & Fineschi, V. (2015). Does defensive medicine change the behaviors of vascular surgeons? A qualitative review. *BioMed Research International*

97. Panella, M., Rinaldi, C., Leigheb, F., Knesse, S., Donnarumma, C., Kul, S., Vanhaecht, K., & Di Stanislao, F. (2017). Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians. *Journal of health services research & policy* 22:211-7

98. De Ville, K. (1998). Act first and look up the law afterward?: medical malpractice and the ethics of defensive medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics* 19:569-89

99. Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. A. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *Jama* 293:2609-17

100. Shenoy, A., Shenoy, G. N., & Shenoy, G. G.2022. Patient safety assurance in the age of defensive medicine: a review. *Patient Safety in Surgery* 16:1-5

101. Yan, S. C., Hulsbergen, A.F. C., Muskens, I. S., van Dam, M., Gormley, W. B., Broekman, M. L. D., Smith, T. R. (2017). Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: a national survey. *Acta neurochirurgica* 159:2341-50

102. Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *Bmj* 310:27-9

103. Farrow, V. A., Leddy, M. A., Lawrence, H., & Schulkin, J. (2011). Ethical concerns and career satisfaction in obstetrics and gynecology: a review of recent findings from the collaborative ambulatory research network. *Obstetrical & Gynecological Survey* 66:572-9

104. Sağlık Bakanlığı. (2023). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Ankara

105. Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2008). Bilimsel araştırma yöntemleri. Pegem Akademi. Ankara

106. Başer, A., Kolcu, M. İ. B., Kolcu. G., & Balcı, U. G. (2014). Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği: Ön çalışma. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi* 24:99-102

107. Güleç, D., & Seren İntepeler, Ş. (2013). Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 15:26-41

108. Alpar, R. (2012). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık.

109. Yayla, E. N. (2018). Hekimlerin Profesyonalizm Anlayışının Tıbbi Hatalarda Tutum Üzerine Etkisinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas

110. Uğrak, U. 2019. Hekimlerin Tıbbi Hata Algı ve Tutumları ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

111. Banaz, M. (2020). Hekimlerin Defansif Tıp ve Tıbbi Hata Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

112. 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* 24:27-32

113. Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B.J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B.H., & Rosenthal, G. E. (2007). Disclosing medical errors to patients: attitudes and practices of physicians and trainees. *Journal of general internal medicine* 22:988-96

114. Muller, D., & Ornstein, K., (2007). Perceptions of and attitudes towards medical errors among medical trainees. *Medical education* 41:645-52

115. Tagaddosinejad, F., Mesri, M., Sheikhazadi, A., Mostafazadeh, B., & Farahani, M. (2013). Disclosure of medical errors: attitudes of Iranian internists and surgeons. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine* 3:20-7

116. Varjavand, N., Bachegowda, L. S., Gracely, E., & Novack, D. H. (2012). Changes in intern attitudes toward medical error and disclosure. *Medical education* 46:668-77

117. 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* 24:258-65

118. 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 Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara

119. Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider E, Altman, D. E., Zapert, K., Herrmann, M. J., & Steffenson A. E. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine* 347:1933-40

120. Rosen, A. B., Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Benson, J. M., Bates, D. W., Brodie, M., Altman, D. E., Zapert, K., Steffenson, A. E., & Schneider, E. C. (2005). Physicians' views of interventions to reduce medical errors: Does evidence of effectiveness matter? *Academic Medicine* 80:189-92

121. Garbutt, J., Brownstein, D. R., Klein, E. J., Waterman, A., Krauss, M. J., Marcuse E. K., Hazel, E., Dunagan, W.C., Fraser, V., & Gallagher, T. H. (2007). Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 161:179-85

122. Öztürk, E. (2021). Samsun il merkezinde görev yapan aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp uygulamaları hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ondokuz Mayis Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Samsun

123. Solaroglu, I., Izci, Y., Yeter, H. G., Metin, M. M., & Keles, G. E. (2014). Health transformation project and defensive medicine practice among neurosurgeons in Turkey. *PloS one* 9:e111446

124. Tanriverdi, O., Cay-Senler, F., Yavuzsen, T., Turhal, S., Akman, T., Komurcu, S., Cehreli, R., & 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* 32:1-8

125. Reuveni, I., Pelov, I., Reuveni, H., Bonne, O., & Canetti, L. (2017). Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists. *BMJ open* 7:e014153

126. Yorulmaz, M., & Sabırlı, H. (2019). Sağlik Hizmetleri Arzinda Defansif Tip Ve Hekimlerin Karar Verme Algisi. *Business & Management Studies: An International Journal* 7:579-90

127. Pirol, M. (2018). Hekimlerin Karar Verme Algılarının Defansif Tıp Tutumları Üzerine Etkisinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya

128. Sezer Kara, K. (2020). Edirne'deki birinci basamak hekimlerinin defansif tıp uygulamaları hakkında bilgi ve tutumları ve bunun klinik pratiklerine etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Edirne.

129. Göcen Ö. 2017. Araştırma görevlisi hekimlerin, defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumları, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Diyarbakır.

130. Kalaman K. 2019. Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar Ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı. İstanbul

131. Kolcu G. 2013. TCSB İzmir Ege Dogumevi Ve Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı Hekimler İle Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi, İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. İzmir

132. Passmore, K., & Leung, W. (2002). Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. *Postgraduate Medical Journal* 78:671-3

133. Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., Urabe, Y., Ikegami, Y., Fukuhara, T., & Chayama, K. (2006). Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World journal of gastroenterology: WJG* 12:7671

134. Başer, A., Kolcu, G., Çığırgil, Y., Kadınkız, B., & Öngel, K. (2014). İzmir Karşıyaka ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi* 16:24

135. Mutlu, H. H., Mutlu H. H., & Ankaralı, H. (2019). Hasta Şikâyetlerinin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi: İkincil Mağdur Aile Hekimleri mi? *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences* 24:237-43

136. Selçuk, M. (2015). Çekinik (defansif) tıp. Yüksek Lisans Tezi. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir

137. Özata, M., Kubilay, Ö., & Akkoca, Y. (2018). Konya il merkezinde çalışan hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 7:131-8

138. Calikoglu, E. O., & Aras, A. (2020). 'Defensive medicine among different surgical disciplines: A descriptive cross-sectional study. *Journal of forensic and legal medicine* 73:101970

139. AlDakhil, L. O. (2016). Obstetric and gynecologic malpractice claims in Saudi Arabia: Incidence and cause. *Journal of forensic and legal medicine* 40:8-11

140. Xu, X., Siefert, K. A., Jacobson, P. D., Lori, J. R., & Ransom, S. B. (2008). The impact of malpractice burden on Michigan obstetrician-gynecologists' career satisfaction. *Women's health issues* 18:229-37

141. Rudey, E. L., Leal, M. D. C., & Rego, G. (2021). Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. Medicine (Baltimore). 8;100(1):e24176.

EKLER

EK 1. ANKET FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu çalışmayı Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin tıbbi hata ve defansif tıp tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapmaktayız. Araştırmanın ismi " Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Tıbbi Hata ve Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi "dir.

Sizin de bu çalışmaya katılmanızı önermekteyiz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Kararınızdan önce sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuduktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. İstediğiniz herhangi bir zamanda herhangi bir neden göstermeden çalışmayı bırakabilirsiniz.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin tıbbi hata ve defansif tıp tutumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesiyle insan kaynakları politikalarında farkındalık yaratılması hedeflenmektedir.

Bu araştırmada size tıbbi hata ve defansif tıp tutumunuzu ölçmek için sorular sorulacaktır. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Enes ERDEM tarafından anket soruları size yöneltilecektir.

Bu araştırmaya katılmanız için sizden ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığınızda aşağıdaki kişiyle irtibat kurabilirsiniz.

Adı Soyadı: Enes ERDEM

Telefon:

Katılımcı	**Araştırmacı**
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Tarih:	Tarih:
İmza:	İmza:

1. BÖLÜM

Kişisel ve Demografik Bilgiler

1. Yaşınız: ……..
2. Cinsiyetiniz: ( ) Erkek ( ) Kadın
3. Medeni Durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar
4. Unvan: ( ) Uzman Doktor ( ) Asistan Doktor
5. Doktor olarak çalışma süreniz: ……..
6. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimi olarak çalışma süreniz: ……..
7. Çalışma hayatınızda idari bir görevde bulundunuz mu? ( ) Evet ( ) Hayır
8. Herhangi bir malpraktis davasına dâhil oldunuz mu? ( ) Evet ( ) Hayır
9. Yakın çevrenizde herhangi bir malpraktis davasına dâhil olan hekim oldu mu?

   ( ) Evet ( ) Hayır
10. Hakkınızda malpraktis iddiasıyla şikâyet oldu mu? ( ) Evet ( ) Hayır
11. Çevrenizde malpraktis iddiasıyla şikâyet edilen hekim oldu mu? ( ) Evet ( ) Hayır
12. Çevrenizde malpraktis sebebi ile ceza alan hekim oldu mu? ( ) Evet ( ) Hayır
13. Tıbbi hata veya malpraktis konusuna yönelik eğitim aldınız mı?

    ( ) Evet ( ) Hayır
14. Son bir yıl içinde sakatlık veya ölüm ile sonuçlanan tıbbi hata ile karşılaştınız mı?

    ( ) Evet ( ) Hayır
15. Tıbbi hataların önlenmesi / azaltılması en çok kimin sorumluluğunda olmalı?

    ( ) Hekim ( ) Hastane Yönetimi ( ) Sağlık Bakanlığı ( ) Hükümet
16. Tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini biliyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

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 arttırır.					
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.					
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları arttırır.					
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.					
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 önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.					
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini arttırır.					

3.BÖLÜM
Defansif Tıp Tutum Ölçeği

	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımdan gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.					
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarıma endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu					
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımda gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon					
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 hastalarıma daha detaylı açıklıyorum.					
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarıma 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 uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.					
	Evet		**Hayır**		
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. ÖLÇEK İZİNLERİ

Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Kullanım İzni

Re: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Kullanım İzni Hakkında

1.07.2022 Cum 21:32 tarihinde yanıtladınız

dilek güleç
Kime: Siz
Bilgi:

Merhaba Enes bey

Geliştirmiş olduğumuz ''Tibbi Hatalarda Tutum Ölçeğini '' çalışmanızda kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.

Dilek Kamiloğlu

Android için Outlook edinin

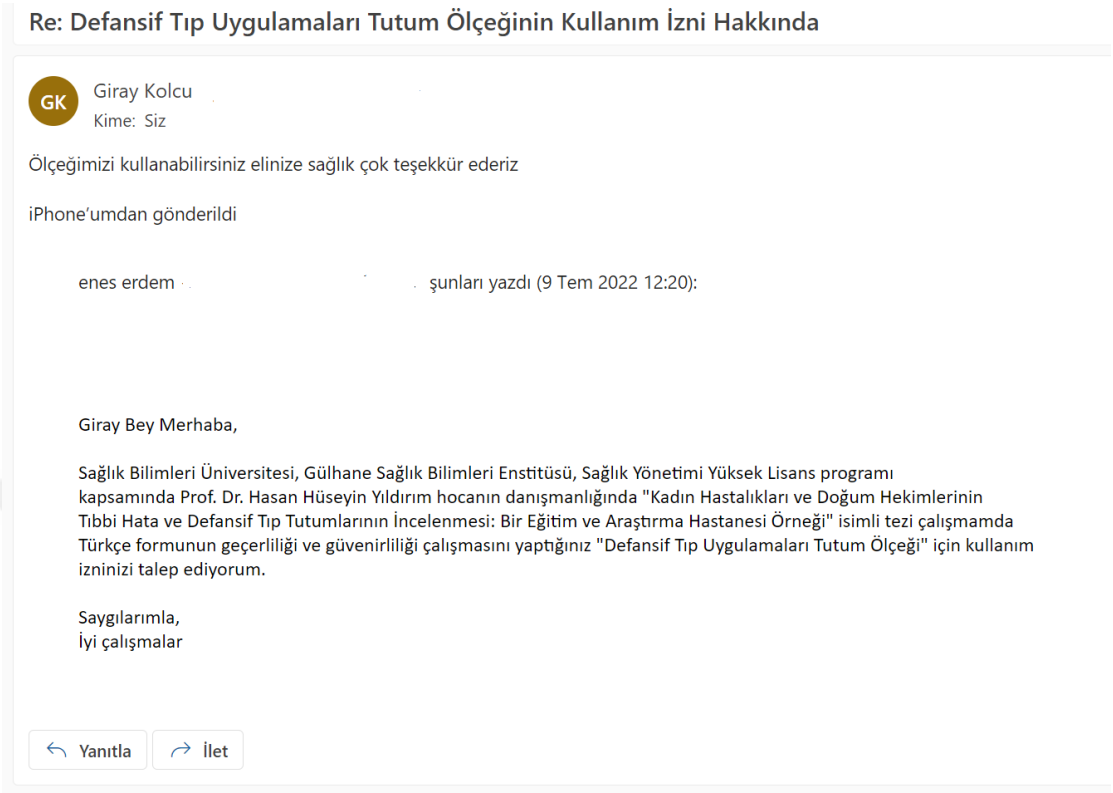
From: enes erdem
Sent: Tuesday, June 28, 2022 11:44:32 AM
To:
Cc:
Subject: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Kullanım İzni Hakkında

Dilek Hanım Merhaba,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans programı kapsamında Prof. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım hocanın danışmanlığında "Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Tıbbi Hata ve Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği" isimli tezi çalışmamda geliştirmiş olduğunuz "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği" için kullanım izninizi talep ediyorum.

Saygılarımla,
İyi çalışmalar

Defansif Tıp Tutum Ölçeği Kullanım İzni



Re: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Kullanım İzni Hakkında

GK Giray Kolcu
Kime: Siz

Ölçeğimizi kullanabilirsiniz elinize sağlık çok teşekkür ederiz

iPhone'umdan gönderildi

enes erdem şunları yazdı (9 Tem 2022 12:20):

Giray Bey Merhaba,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans programı kapsamında Prof. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım hocanın danışmanlığında "Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Tıbbi Hata ve Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği" isimli tezi çalışmamda Türkçe formunun geçerliliği ve güvenirliliği çalışmasını yaptığınız "Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği" için kullanım izninizi talep ediyorum.

Saygılarımla,
İyi çalışmalar

Yanıtla İlet

EK.3 ETİK KURUL KARARI

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 17.10.2022
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 17.10.2022
TOPLANTI SAATİ : 13:00 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2022/09
PROJE/ KARAR NO : 2022-275 (Değerlendirilme Tarihi: 12.09.2022-17.10.2022)

Üniversitemiz Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Politikası ve Sağlık Ekonomisi Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM'ın sorumlu araştırmacı, Sağlık Uzmanı, Yük. Lis. Öğr.Enes ERDEM'in yardımcı araştırmacı olduğu, 2022/275 kayıt numaralı, **"Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Tıbbi Hata ve Defansif Tıp Tutumlarının incelenmesi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği"** başlıklı yüksek lisans tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Adı Soyadı ve Görev Yeri	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Gülhane Anestezi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Gülhane Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Gülhane Üroloji. Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (Enstitü Tıbbi Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer Savunma Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Gülhane Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Gülhane Genel Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
7	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI (Gülhane Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
8	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM (Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi)	Üye	
9	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
10	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Gülhane Tıp Fakültesi, Histoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Sekreter	
11	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
12	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
13	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Gülhane Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
14	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL (Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara Telefon:

ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

A.1. Adı soyadı: Enes ERDEM

A.2. Unvanı: Sağlık Uzmanı

A.3.Görev yeri: Sağlık Bakanlığı

A.4 İletişim bilgileri (e-posta adresi / telefon):

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

B.1. Mezun olduğu üniversite / fakülte: Hacettepe Üniversitesi \ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi / Sağlık İdaresi (2012)

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

C.1. Bugüne kadar çalıştığı kurum / kuruluşlar: