



# Hekimlerin Defansif Tıp Farkındalık Düzeylerinin, Pozitif ve Negatif Defansif Tıp Tutumlarına Etkilerinin Görev Yaptıkları İşletmelerde İsrar Faktörü ve Hekim Tututmları Açısından İncelenmesi

Menekşe Kılıçarslan<sup>1\*</sup>, Muhammed Talha Narcı<sup>2</sup>

<sup>1\*</sup>İstanbul Ayvansaray Üniversitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, İstanbul, Türkiye, (ORCID: 0000-0002-0580-8645),  
[meneksekilicarslan@ayvansaray.edu.tr](mailto:meneksekilicarslan@ayvansaray.edu.tr)

<sup>2</sup>İstanbul Aydın Üniversitesi, Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu, Lojistik Programı, İstanbul, Türkiye (ORCID: 0000-0002-2103-4037),  
[muhammedtalhanarci@aydin.edu.tr](mailto:muhammedtalhanarci@aydin.edu.tr)

(İlk Geliş Tarihi 9 Kasım 2021 ve Kabul Tarihi 3 Ocak 2022)

(DOI: 10.31590/ejosat.1005029)

**ATIF/REFERENCE:** Kılıçarslan, M., Narcı, M.T., (2022). Hekimlerin Defansif Tıp Farkındalık Düzeylerinin, Pozitif ve Negatif Defansif Tıp Tutumlarına Etkilerinin Görev Yaptıkları İşletmelerde İsrar Faktörü ve Hekim Tututmları Açısından İncelenmesi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (33), 184-191.

## Öz

Defansif tıp uygulamaları hem dünyada hem de Türkiye'de hekimlerin, malpraktis nedeninden ötürü soruşturma/dava açılma endişesi ile sıklıkla başvurduğu uygulamalardır. Defansif tıp uygulamalarını konu alan bu çalışma tanımlayıcı nitelikte olup, hekimlerin defansif tıp bilgi düzeyinin, pozitif ve negatif defansif tıp tutumlarına etkilerini ortaya koyma amacı ile oluşturulmuştur. Çalışma 2021 yılı Mart ayında İstanbul'da görev yapan 63 kardioloji hekimi üzerinde yüz yüze anket tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerden hareketle, hekimlerin defansif tıp bilgi düzeyi ile pozitif ve negatif defansif tıp tutumları arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada ayrıca hekimlerin defansif tıp bilgi düzeyinin pozitif ve negatif defansif tıp tutumlarına etkisinin olduğu elde edilen verilerin analizi ile istatistiksel olarak kanıtlanmıştır. Hekimlerce başvurulan defansif tıp uygulamaları, ekstra maliyet unsuru olarak buldukları sağlık işletmelerine ve ulusal kaynaklara olumsuz etkisi olduğundan, literatürde yapılan daha önceki araştırmalar gibi israfı yol açtığı bu çalışmada da ortaya konulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Defansif Tıp Bilgi Düzeyi, Pozitif Defansif Tıp, Negatif Defansif Tıp.

## Investigation of the Effects of Physicians' Defensive Medicine Awareness Levels on their Positive and Negative Defensive Medicine Attitudes in Terms of Waste Factor and Physician Attitudes in the Businesses They Work

### Abstract

Defensive medicine practices are the practices that doctors frequently resort to, both in the world and in Turkey, with the concern of being investigated / sued for malpractice. This study on defensive medicine practices is descriptive and was created with the aim of revealing the effects of doctors' level of defensive medicine knowledge on positive and negative defensive medicine attitudes. The study was carried out by using face-to-face survey technique on 63 cardiology doctors who working in Istanbul in March 2021. Based on the data obtained, it was concluded that there was a significant positive relationship between the doctors' level of defensive medicine knowledge and positive and negative defensive medicine attitudes. In the study, it also has been proved statistically by the analysis of the data that the doctors' level of defensive medicine knowledge has an effect on positive and negative defensive medicine attitudes. This study also revealed that the defensive medicine practices applied by doctors, as an extra cost element, have a negative effect on the health institutions where they work and national resources they are in, and lead to waste, just like the previous studies in the literature.

**Keywords:** Defensive Medicine Knowledge Level, Positive Defensive Medicine, Negative Defensive Medicine.

\* Sorumlu Yazar: [meneksekilicarslan@ayvansaray.edu.tr](mailto:meneksekilicarslan@ayvansaray.edu.tr)

## 1. Giriş

Bilgi çağını yaşayan bireylerin daha bilinçli olması ile alınan her hizmetin farklı bir boyut kazandığı günümüzde, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetinden yararlanan insanların karşılaştıkları herhangi bir sorun karşısında haklarını arama yolları artmıştır. Bu bağlamda, doktorların da sağladıkları hizmetlerden ötürü, herhangi bir hukuki yaptırımla karşılaşmamak için defansif tıp uygulamalarına başvurdukları bir gerçektir.

Defansif tıp, hastaları malpraktis şikayetinden vazgeçirmek, yasal süreçte hekimlik faaliyetlerinin gerektiği şekilde yapıldığı konusunda ikna ederek olumsuz sonuçları azaltmak için marjinal ya da tıbbi değeri olmayan ilave tanı testler, prosedürler ve tedavi tetkiklerinin uygulanması durumudur (Aydaş, 2014:70). Bu çalışmada hekimlerin defansif tıp bilgi düzeylerini ölçmek ve bu bağlamda pozitif ve negatif defansif tıp tutumlarına etkilerini araştırmak hedeflenmektedir.

## 2. Malpraktis Uygulamaları, Pozitif ve Negatif Defansif Tıp Tutumu

Malpraktis, Latince'den türemiş olup; meslek mensubunun, mesleğini uyguladığı sırada ortaya çıkan "kötü, hatalı uygulama" anlamında kullanılmaktadır. Tıbbi malpraktis; tıp mesleği mensuplarının hatalı, kusurlu hareketleri sonucu oluşan zarar olarak tanımlanmaktadır (Çetin, 2006: 31). Dünya Tabipler Birliği ise tıbbi malpraktisi; "Ortalama bir hekimin tedavi sırasında beklenen standart güncel uygulamayı yapmaması, kasıtlı veya kasıtlı olmayarak hastaya gereken tedaviyi vermemesi, bilgi veya beceri eksikliğinde hastada oluşan zarar" şeklinde tanımlamaktadır (Yorulmaz, 2005: 3).

Malpraktis neticesinde maaş kaybı, tıbbi ve yaşam bakım maliyetleri gibi maddi zararlar; görme kaybı, organ ya da uzuv kaybı, yetersizlik hissi veya sevgisizlikten kaynaklı hayattan zevk almada azalma, şiddetli ağrı ve duygusal bozukluklar şeklinde kendini gösteren fiziksel ve psikolojik sıkıntılar maddi olmayan zararlar şeklinde ortaya çıkan zararlardır (Yıldırım vd., 2009: 357).

Türk Ceza Kanunu'nda hekimlerin tıbbi uygulama hatalarına yönelik yeni kavram ve yasal düzenlemelerin eklenmesi ve malpraktis davalarının yüksek tazminat bedelleriyle neticelenmesi nedenleri, hekimleri defansif tıp uygulamalarına yöneltmiştir.

Defansif tıp, hastaları malpraktis şikayetinde bulunmaktan vazgeçirmek, yasal süreçte hekimlik faaliyetlerinin gerektiği şekilde yapıldığı konusunda ikna ederek olumsuz sonuçları azaltmak için marjinal ya da tıbbi değeri olmayan ilave tanı testler, prosedürler ve tedavi tetkiklerinin uygulanması (Aydaş, 2014: 70) veya gerekli tanı, tedavi ve prosedürlerden kaçınma olarak tanımlanmaktadır.

Hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönelten etmenler ise:

- Muhtemel istenmeyen sonuç karşısında ihmal iddiaları,
- Hasta veya hasta yakınlarının şikâyet etme durumları,
- Malpraktis riski,
- Sağlık sigortası maliyetleri (Teke vd., 2007: 67),
- Giderek yükselen tazminat ödeme oranları,

- Hastaların seslerini yükseltmesi yönünde teşvik eden güvenlik kampanyaları,
- Hekimlerin artan idari görevleri (Studdert vd., 2015: 2616),
- Sağlık hukuku alanında uzmanlaşan avukatlar (Aydaş, 2014: 61),
- Hekimlerin yargılanma korkusu,
- Bozuk iletişim,
- Performans düzeni,
- Sağlık düzeni ile sağlık politikalarının etkisi,
- Hekimler arası sorumluluk atma,
- Ünlenme ve kusursuz olma isteği,
- Basın yayın kurumlarının etkisi (Selçuk, 2015: 16) olarak sıralanmaktadır.

Defansif tıp uygulamalarındaki artış, hastaları fiziksel ve ruhsal yönden olumsuz etkileyerek sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmekte, toplam sağlık harcamalarına yük getirmekte (Yılmaz vd., 2014: 45) ve hekimlerin birincil amaçları olan hastaları iyileştirme fikrinden uzaklaştırmada etkisi olduğu görülmektedir (Başer vd., 2014: 17).

Defansif tıp uygulamaları pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp olarak iki gruba ayrılmaktadır. Pozitif defansif tıp, hekimin sorumluluktan kaçmak ve tıbbi açıdan herhangi bir faydası olmamasına karşın gerekenden fazlasını yaptığını göstermek amacıyla hasta için izlenecek prosedürlerin artırılması tarzında olan güvence davranışıdır (Yılmaz vd., 2014: 21). Diğer bir tanımda ise pozitif defansif tıp uygulamaları; hekimin kendi hukuki güvenliğini düşündüğü ve hastanın menfaatlerini dikkate almaksızın tıbben gereksiz ya da fazla gerekli olmayan prosedürleri uygulaması veya standart prosedürlerin uygulanması sürecine daha çok dikkat etmesi olarak nitelendirilmektedir (Yılmaz vd., 2014: 21).

Pozitif defansif tıp, hasta kayıtlarının sıkı tutulması alışkanlığı kazandırmasının yanlış hastaya müdahale veya yanlış taraf cerrahisi gibi olumsuz durumları ortadan kaldırması yada teşhis ve tedaviye yönelik hastadan ekstra olarak istenen görüntüleme teknikleri ve tahlillerin beklenmedik bir hastalığın teşhisinde önemli olabilmektedir (Bergen, 1974: 1189).

Pozitif defansif tıp uygulamaları;

- Hastaneye yatması gerekmeyen hastanın yatırılması,
- Gerekmeyen tahlillerin yapılması,
- Gerekmeyen görüntüleme incelemelerinin yapılması,
- Gerekmeyen ilaçların yazılması,
- Gerekmeyen konsültasyonların istenmesi,
- Sık viziye yapma,
- Gerekmeyen ameliyatların yapılması,
- Ayrıntılı kayıt tutma,
- Hasta ve yakınlarının memnuniyetine aşırı özen gösterme,
- Hasta ve yakınlarını bilgilendirmeye aşırı özen gösterme,
- Aydınlatılmış onam belgelerine aşırı özen gösterme,
- Hastayla ilgili olumsuzlukları fazla ayrıntılı olarak tutanağa dökme (Selçuk, 2015: 10) olarak sıralanabilmektedir.

Negatif defansif tıp ise, hekimlerin malpraktis iddialarından korunma endişesinden kaynaklı, hasta açısından gerekli görülen bazı tehlikeli tıbbi tedavi ve prosedürlerden kaçınma davranışları

olarak tanımlanmaktadır (Bergen, 1974: 1189). Negatif defansif tıp sadece yüksek riskli hastalardan kaçınmak amacını değil, olası yaralanmayı önleyebilme ve ihmali azaltabilme inancını da barındırmaktadır (Aydaş, 2014: 79).

Negatif defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmeti maliyetlerine etkisi çok az olup, potansiyel faydalı tanı veya tedavi yöntemlerinin uygulanmamasından kaynaklı hasta sağlığının düzelmesi normalin altında yada kötü olarak sonuçlanabilmektedir (Aydaş, 2014: 83)

Negatif defansif tıp uygulamaları;

- Riskli hastalardan kaçınma,
- Riskli tedavi yöntemlerinden kaçınma,
- Riskli inceleme yöntemlerinden kaçınma,
- Riskli cerrahi girişimlerden kaçınma,
- Riskli hastaları başka yere sevk etme,
- Riskli hastaların gözünü olası yan etkilerle korkutup kaçırma,
- Riskli hastaları başka sağlık kurumlarını överek kaçırma,
- Girişimlerden önce olası bir olumsuzlukta hasta ve yakınlarının tepkilerinden korunmak için girişimlerin riskini abartma (Selçuk, 2015: 13),
- Dava etme ihtimali olan hastalardan kaçınma,
- Kompleks medikal problemleri bulunan hastalardan kaçınma (Project, 1971: 949),
- Doğum gibi tıbbi uygulamaları gerçekleştirilmeyi bırakma (Bergen, 1974: 1189) olarak sıralanmaktadır.

Defansif tıp uygulamalarında mevcut ve gelişen teknolojinin önemli bir payı bulunmaktadır. Tanı ve teşhise dayalı teknolojinin kullanılması belirli hastalığın var olup olmama durumunu ortaya koymada yardımcı niteliğinin yanında hekimin kendine güvenini güçlendirdiği de düşünülmektedir (Studdert vd., 2015: 2616).

Olumlu yönlerin yanı sıra tanı ve tedavi yöntemlerinin aşırı kullanımına bağlı sağlık bakım masraflarını artırması ve tıbbi uygulamaların kendilerinden kaynaklanan farklı boyutlardaki komplikasyon veya beklenmeyen risklerde mevcuttur (Tancredi ve Barondess, 1978: 881)

Defansif tıp uygulamaları ülkelerin sağlık hukukunu düzenleyen yaptırımların özelliklerine, çalışılan sağlık kuruluşunun konumuna, hekimin branşına, çalışma şartlarına, hangi basamakta çalıştığı ve hastanın özelliklerine göre değişiklik göstermekle beraber çalışmalarda benzer uygulamalar olduğu görülmektedir (Aydaş, 2014: 77).

### 3. Literatür Taraması

Defansif tıp uygulamaları hem dünyada hem de Türkiye’de hekimlerin başvurduğu yöntemlerdir. Bu uygulamaların ne düzeyde gerçekleştiğine dair yapılan araştırmalar, çalışmanın bu bölümünde ilk olarak pozitif defansif tıp, ardından da negatif defansif tıp uygulamaları bağlamında ele alınacaktır.

Summerton (1995) İngiltere’de defansif tıp uygulamalarına yönelik yaptığı çalışmada, katılımcıların defansif tıp uygulama yüzdesini % 98 olarak belirtmiştir. Aynı çalışmada pozitif defansif tıp uygulamalarına bakıldığında; “Hastalara prosedürler hakkında detaylı açıklama yapmak” %98 oranla en fazla gerçekleştirilen uygulama olmakla birlikte, %29.3 oranıyla “Gerekli Olandan Fazla İlaç Önermek” en az uygulanan yöntem olduğu görülmektedir. Studdert vd. (2005) ise ABD’de 1333 kişi üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların defansif tıp uygulamalarını %93 oranında gerçekleştirdiğini belirtmiştir. Çalışmada pozitif defansif tıp uygulamalarına yönelik %92

oranıyla “Gerekli Olandan Daha Fazla Tanı Testi İstemek” en fazla, %69 oranıyla “Gerekli Olandan Fazla İlaç Önermek” en az uygulanan pozitif tıp defansif uygulamaları olduğu görülmektedir.

Hiyama vd. (2006) Japonya’da 171 kişi üzerinde yaptığı çalışmada, defansif tıp uygulamalarının %90 oranında kullanıldığı belirmiştir. Çalışmada “Bir Uzmana Gereksiz Sevk Yapılması” %68 oranıyla en fazla, “Gerekli Olandan Daha Fazla Tanı Testi İstemek” %36 ile en az uygulanan pozitif defansif tıp uygulama alanları olduğu belirtilmiştir.

Ortashi vd. (2013) Birleşik Krallık’ta 300 kişi üzerinde yaptığı çalışmada, defansif tıp uygulama yüzdesi %89 olduğunu belirterek, “Gerekli Olandan Daha Fazla Tanı Testi İstemek” %59.3 ile en fazla uygulanan pozitif defansif tıp uygulaması iken, %23 ile “Gerekli Olandan Fazla İlaç Önermek” en az gerçekleştirilen uygulama olduğunu belirtmiştir. Reuveni vd. (2016) İsrail’de 213 kişi üzerinde yaptığı çalışmada ise, %62,1 oranında katılımcıların defansif tıp uygulaması yaptığını belirterek, en yüksekte en aza sırasıyla pozitif defansif tıp uygulamaları %75.6 “Takip Süresini Uzatmak”, %10.4 “Gerekli Olandan Fazla İlaç Önermek” şeklinde olduğunu belirtmiştir.

Pozitif defansif tıp uygulamaları ile ilgili dünyada yapılan bu çalışmalara paralel olarak, Türkiye’de de bazı çalışmalar yapılmıştır. Aynacı (2008) 798 katılımcı üzerinde yaptığı çalışmada, defansif tıp uygulamalarının %78.4, pozitif defansif tıp uygulamalarından %96.4 oranıyla en fazla “Hasta Kayıtlarını Daha Detaylı Tutmak” , %50 oranıyla en az “Hastaneye Yatırma (Bir Hastanın Ayakta Tedavi Edilebileceği Durumda)” uygulamalarının gerçekleştirildiğini belirtmektedir. Yılmaz (2012) 208 katılımcı üzerinde yaptığı çalışmada ise, defansif tıp uygulama yüzdesine %83.3 olduğunu belirtmiştir. “Hasta ve Yakınlarını Aydınlatma İşleminde Özen Gösterme” %98.1 oranıyla en fazla, “Hastaneye Yatırma (Bir Hastanın Ayakta Tedavi Edilebileceği Durumda)” %63.2 oranıyla en az uygulanan pozitif defansif tıp uygulamaları olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Başer vd. (2014) aile hekimleri ve diş hekimleri üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların %100 oranında defansif tıp uygulamalarını gerçekleştirdikleri sonucuna ulaşmıştır. Aile hekimlerinin pozitif defansif tıp uygulamaları, %96.3 oranıyla en fazla “Hasta Kayıtlarını Daha Detaylı Tutmak”, % 67.9 oranıyla en az “Gerekli Olandan Daha Fazla Tanı Testi İstemek” olduğu; diş hekimlerinin pozitif defansif tıp uygulamalarında ise, %98.5 oranıyla en fazla “Bir Uzmana Gereksiz Sevk Yapılması”, %83.3 oranıyla en az “Gerekli Olandan Fazla İlaç Önermek” olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Selçuk (2015) 240 katılımcı üzerinde yaptığı çalışmada defansif tıp uygulama yüzdesinin %84 olduğunu belirtmiştir. Çalışmada %97.7 oranıyla “Hasta ve Yakınlarını Aydınlatma İşleminde Özen Gösterme” ve “Onam Belgelerine Özen Göstermek”, en az ise %64.5 oranıyla “Gerekli Olandan Fazla İlaç Önermek” olarak pozitif defansif tıp uygulamalarının yapıldığı sonucuna ulaşmıştır. Mete vd. (2017) ise, 234 katılımcı üzerinde yaptığı çalışmada pozitif defansif tıp uygulamalarından %98.3 oranıyla en fazla “Hasta Kayıtlarını Daha Detaylı Tutmak” , %62.8 oranıyla en az “Hastaneye Yatırma (Bir Hastanın Ayakta Tedavi Edilebileceği Durumda)” uygulamalarının gerçekleştirildiği sonucuna ulaşmıştır.

Hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına başvurması ile ilgili literatürde yapılan çalışmalara yukarıda değindik. Literatürden hareketle bu çalışmada pozitif defansif tıp ile ilgili aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur.

**H1:** Hekimlerin defansif tıp bilgi düzeyi ile, pozitif defansif tıp tutumu arasında pozitif ilişki vardır.

**H2:** Hekimlerin defansif tıp bilgi düzeyi, pozitif defansif tıp tutumunu etkiler.

Pozitif defansif tıp uygulamaları kadar, hem dünyada hem de Türkiye’de negatif defansif tıp uygulamalarına da hekimler başvurmaktadır. Genellikle araştırmalar pozitif ve negatif defansif tıp tutumlarını birlikte ele almıştır. Yukarıda pozitif defansif tıp tutumlarını ele aldığımız çalışmalarda, aynı zamanda negatif defansif tıp tutumları da bu bağlamda ele alınmıştır. Yukarıda verilen literatürden hareketle, aşağıda da negatif defansif tıp tutumuna ilişkin yapılan araştırmalara da değinilecektir.

Summerton’un (1995) yaptığı çalışmada %41.9 oranla “Bazı Prosedürlerden veya Müdahalelerden Kaçınma” en çok, %25 oranla “Riskli Hastalara Tedavi Uygulamaktan Kaçınmak” en az uygulanan negatif defansif tıp uygulamaları olduğunu belirtmiştir. Studdert vd. (2005) ise, negatif defansif tıp uygulamalarından “Bazı Prosedürlerden veya Müdahalelerden Kaçınma” %71 ile en fazla, “Riskli Hastalara Tedavi Uygulamaktan Kaçınmak” %65 ile en az uygulanan yöntem olduklarını gözlemlemiştir.

Hiyama vd. (2006) negatif defansif tıp uygulaması olarak ele alınan “Bazı Prosedürlerden veya Müdahalelerden Kaçınma” ve “Riskli Hastalara Tedavi Uygulamaktan Kaçınmak” ifadeleri %76 oranında uygulandığını belirtmiştir. Ortashi vd. (2013) ise, negatif defansif tıp uygulaması olarak ele alınan “Hastaya Fayda Sağlayabilecek Riskli Prosedürlerden Kaçınmak” %20.6 oranıyla en fazla, “Riskli Hastalara Tedavi Uygulamaktan Kaçınmak” %9.3 oranı en az görülen uygulamalar olduğu sonucuna varmıştır.

Negatif defansif tıp uygulamaları, Türkiye’de de hekimler tarafından başvuru uygulamaları olarak yapılan araştırmalarca belirtilmiştir. Bu araştırmalardan Aynacı’nın (2008) yaptığı çalışmada negatif defansif tıp uygulamalarındaki yüzdelik durum %83.9 oranıyla en fazla “Komplikasyon Oranları Yüksek Tedavi Protokollerinden Kaçınma” %70.7 oranıyla “Tanı ve Tedavisi Güç, Karmaşık Hastalardan Kaçınma” sonucuna ulaşılmıştır. Yılmaz (2012) ise, negatif defansif tıp uygulamalarının en çoktan en aza uygulanış biçimini “Şikâyet Etme Olasılığı Yüksek Hastalardan Kaçınma” (%85.6), “Endikasyon Dışındaki Nedenlerle Hastaları Sevk Etmek” (%70.2) olarak sıraladığını belirtmiştir.

Başer vd. (2014) negatif defansif tıp uygulaması olarak ele alınan “Komplikasyon Oranları Yüksek Tedavi Protokollerinden Kaçınmak” %91.4 oranıyla en fazla, “Şikâyet Etme Olasılığı Yüksek Hastalardan Kaçınma” ve “Komplikasyon Olasılığı Yüksek Hastalardan Kaçınma” %80.2 oranı ile aile hekimlerinin en az gerçekleştirdikleri uygulamalar olarak aile hekimlerince başvuru uygulamaları olduğunu belirtirken; aynı çalışmada dış hekimleri açısından negatif defansif tıp uygulamalarına bakıldığında, %92.4 oranıyla en fazla “Komplikasyon Olasılığı Yüksek Hastalardan Kaçınma”, % 80.3 oranıyla en az “Girişimsel Olmayan Yöntemleri Tercih Etmek” uygulamalarına başvurulduğu belirtilmiştir.

Selçuk (2015) negatif defansif tıp uygulamalarından “Şikâyet Etme Olasılığı Yüksek Hastalardan Kaçınma” uygulaması %84.1 oranıyla en fazla, “Tanı ve Tedavisi Güç, Karmaşık Hastalardan Kaçınma” uygulaması ise %74.1 oranı ile en az başvuru uygulamaları olduğunu sonucuna ulaşmıştır. Mete vd. (2017) ise negatif defansif tıp uygulamalarındaki yüzdelik

durumu % 87.6 oranıyla en fazla “Komplikasyon oranları Yüksek Tedavi Protokollerinden Kaçınma” ve %83.8 oranıyla “Komplikasyon Olasılığı Yüksek Hastalardan Kaçınma” uygulamaları olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Negatif defansif tıp uygulamaları ile ilgili literatürde yapılan çalışmalardan hareketle, bu çalışma için aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur:

**H3:** Hekimlerin defansif tıp bilgi düzeyi ile, negatif defansif tıp tutumları arasında pozitif ilişki vardır.

**H4:** Hekimlerin defansif tıp bilgi düzeyi negatif defansif tıp tutumlarını etkiler.

## 4. Materyal ve Metot

Defansif tıp uygulamalarını konu alan bu çalışma, İstanbul ilinde görev yapan kardiyoloji hekimlerinin defansif tıp ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi için yapılmıştır. Araştırmanın öncelikli amacı, hekimlerin defansif tıp farkındalık düzeylerinin pozitif ve negatif defansif tıp tutumlarına etkilerini ortaya koymaktır. Ayrıca hekimlerin pozitif ve negatif defansif tıp tutumlarının buldukları işletmelerde israf faktörü açısından incelenmesi de araştırmanın diğer bir amacını oluşturmaktadır. Araştırma sadece İstanbul ilinde ve kardiyoloji uzman hekimlerine uygulanıyor olmasından ötürü kısıtlar içermektedir.

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmada veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Anket İstanbul’da görev yapan kardiyoloji hekimlerine 15.03.2021 – 31.03.2021 tarihleri arasında online olarak uygulanmıştır. Toplamda üç boyuttan (18 ifade) oluşan anket, Başer ve arkadaşlarının (2014) defansif tıp tutum düzeyinin belirlenmesi için geliştirdikleri Defansif Tıp Tutum Ölçeğinden alınarak uygulanmıştır. Anketin ilk bölümünde hekimlerin defansif tıp bilgi düzeylerini ölçmek için dört maddelik “defansif tıp farkındalık boyutu”; anketin ikinci ve üçüncü bölümlerinde ise hekimlerin pozitif ve negatif defansif tıp tutumlarını belirlemeye yönelik sırası ile dokuz maddelik “pozitif defansif tıp tutum boyutu” ve beş maddelik “negatif defansif tıp tutum boyutu” yer almaktadır. Katılımcılara sunulan ankette yer alan ölçekteki her ifade 1 “kesinlikle katılmıyorum” ile 5 “kesinlikle katılıyorum” arasında yer alan beşli Likert türü ile hazırlanmıştır. Katılımcılara sunulan ankette, defansif tıp bilgi düzeyi ve defansif tıp tutum boyutlarının yer aldığı ifadelerin dışında herhangi bir soru yöneltilmemiştir.

Anketin uygulanmasından sonra elde edilen veriler SPSS 24,0 paket programı ile analiz edilmiştir. İlk olarak uygulanan anketteki ölçeğin güvenilirlik analizi yapılmıştır. Aşağıda Tablo 1’de defansif tıp ölçeğinin güvenilirlik analizi yer almaktadır.

Tablo 1: Araştırmada Kullanılan Defansif Tıp Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Değerleri

Ölçek	İfade Sayısı (N)	Cronbach’s Alpha
Defansif Tıp Ölçeği	18	0,850

Güvenilirlik sonuçlarını ifade eden Cronbach’s Alpha değeri, ölçek maddelerinin toplamdaki güvenilirlik seviyesini gösterir ve 0 ile 1 arasında değer alır. Sosyal bilimlerde Cronbach’s Alpha değerinin 0,7’nin altında olmaması beklenir (Narcı, 2017: 291). Yukarıda Tablo 1’de defansif tıp ölçeğinin güvenilirlik sonucuna bakıldığında güvenilirlik katsayısının 0,7’nin üstünde (0,850) çıktığı anlaşılmaktadır. Defansif tıp ölçeğinin güvenilir olduğu anlaşıldıktan sonra, değişkenlerin birbiri ile ilişkisinin testi için Korelasyon analizi, birbirine etkisinin testi için ise Regresyon analizi uygulanmıştır.

#### 4.1. Bulgular

İstanbul ilinde görev yapmakta olan 74 kardiyoloji uzmanı hekim çalışma kapsamında yer aldı. Hazırlanan ankette hiçbir şekilde demografik ifadeler yer almamasına rağmen, ankete katılım gönüllülük esasına göre olduğu için 11 hekim cevaplama

yapmadı. Bu nedenle nihai olarak 63 kardiyoloji uzman hekim çalışma kapsamına alındı. Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların defansif tıp bilgi düzeyleri, pozitif ve negatif defansif tıp tutumlarına yönelik ifadelerle verdikleri yanıtların tanımlayıcı istatistikleri tablolar halinde verildikten sonra, korelasyon ve regresyon analizlerine yer verilmektedir.

Tablo 2: Defansif Tıp Ölçeği Maddelerine Verilen Yanıtların Ortalama ve Standart Sapmaları

Boyut	İfade	Ortalama	Std. Sapma	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları (Tutum Düzeyi)	1	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum	2,9841	,92444
	2	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum	3,1905	,77993
	3	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın geliştirebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum	3,0952	,75593
	4	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (Örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum	2,6825	1,58445
	5	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum	2,7937	1,67677
	6	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum	1,6349	,92111
	7	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum	2,0159	,70693
	8	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum	3,1429	1,47951
	9	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum	3,2381	1,30402
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları (Tutum Düzeyi)	10	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum	2,4762	1,28084
	11	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum	2,2698	1,15293
	12	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum	3,0794	1,49517
	13	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum	3,0159	1,00791
	14	Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer bulduça hekimlik uygulamalarımın tedirginlik hissediyorum	2,6667	1,21814
Bilgi Düzeyi	15	Hekimlik mesleğinin sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?	2,4762	1,47951
	16	Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	2,9206	,70257
	17	Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	3,3651	,90343
	18	Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?	3,0952	,68895

Araştırmaya katılan 63 kardiyoloji uzman hekiminin defansif tıp ölçeğine ait ifadelerle verdikleri yanıtların ortalamaları ve standart sapmaları yukarıda Tablo 2’de yer almaktadır. Buna göre, bilgi düzeyi boyutuna ait ifadelerden en yüksek ortalama 3,3651 iken, pozitif defansif tıp uygulamaları boyutuna ait ifadelerden en yüksek ortalama 3,2381 ve negatif defansif tıp uygulamaları boyutuna ait ifadelerden en yüksek ortalama da 3,0794 olduğu anlaşılmaktadır.

Defansif tıp ölçeğinde yer alan üç boyut araştırma değişkenleri olarak ele alınmıştır. Bu değişkenlerin birbiri ile ilişkisinin testi için Korelasyon analizi uygulanmıştır.

Korelasyon, iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkinin varlığını ifade etmektedir. Bu ilişkinin varlığı değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkisinden ziyade, ilişkinin kendisini ortaya koymaktadır. Korelasyon analizinde, değişkenler arasındaki ilişkinin varlığı Korelasyon katsayısı “r” ile ifade edilir ve ilişkinin miktarını gösteren bu katsayı -1 ile +1 arasında değer alır. Çıkan bu değer +1’e ne kadar yaklaşırsa o derece kuvvetli pozitif ilişkinin varlığından; -1’e ne kadar yaklaşırsa da o derece kuvvetli negatif ilişkinin varlığından bahsedilebilir. Korelasyon katsayısının (r) değer aralığı aşağıdaki gibidir (Gürbüz ve Şahin, 2014: 256):

Tablo 3: Korelasyon Katsayısının Değer Aralığı

Kuvvetli (-)	Orta (-)	Zayıf (-)	Zayıf (+)	Orta (+)	Kuvvetli (+)
$-1 \leq r < -0,7$	$-0,7 \leq r < -0,3$	$-0,3 \leq r < 0$	$0 < r \leq 0,3$	$0,3 < r \leq 0,7$	$0,7 < r \leq 1$

Kaynak: Gürbüz ve Şahin, (2014: 256).

Araştırma değişkenlerinin birbiri ile olan ilişkisini ortaya koymak için korelasyon analizi yapılmış ve aşağıda Tablo 4’te gösterilmiştir. Tabloda yer alan tüm faktörlerin Pearson Korelasyon analizi sonucunda, önem derecelerinin (Sig.) yüzde

beşin altında (<0,05) ve aralarında pozitif yönde ilişki olduğu görülmektedir. Tabloda yer alan sonuçlara göre, defansif tıp bilgi düzeyi ve pozitif defansif tıp tutum değişkenleri arasındaki korelasyon katsayısının  $r = ,227$  ve defansif tıp bilgi düzeyi ile

negatif defansif tıp tutum değişkenleri arasındaki korelasyon katsayısının  $r = ,295$  olduğu görülmektedir. Bu durumda defansif tıp bilgi düzeyi ile pozitif ve negatif defansif tıp tutumları arasında istatistiksel olarak zayıf pozitif yönde bir ilişki var olduğu anlaşılmaktadır. Diğer yandan pozitif ve negatif defansif

tıp tutum değişkenlerinin birbiri arasındaki korelasyon katsayısının  $r = ,571$  olduğu görülmektedir. Bu durumda ise pozitif ve negatif defansif tıp tutumları arasında orta pozitif yönde bir ilişkinin var olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4: Araştırma Değişkenlerine Ait Korelasyon Analizi Sonuçları

		Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	Bilgi Düzeyi
Pozitif Defansif Tıp Tutumu	Pearson Korelasyon	1	,571**	,227*
	Sig. (2-tailed)		,000	,043
Negatif Defansif Tıp Tutumu	Pearson Korelasyon		1	,295*
	Sig. (2-tailed)			,019
**. Korelasyon 0.01 düzeyinde önemlidir (2-tailed).				
*. Korelasyon 0.05 düzeyinde önemlidir (2-tailed).				

Yukarıda verilen Tablo 4'teki araştırma değişkenlerine ait Korelasyon değerlerinden hareketle, kurulan  $H_1$  (Hekimlerin defansif tıp bilgi düzeyi ile, pozitif defansif tıp tutumu arasında pozitif ilişki vardır.) ve  $H_3$  (Hekimlerin defansif tıp bilgi düzeyi ile, negatif defansif tıp tutumları arasında pozitif ilişki vardır.) hipotezleri istatistiksel olarak anlamlı olduğu için reddedilemez.

Regresyon analizi, bağımlı değişken ile bağımsız değişken/değişkenler arasındaki ilişkinin bir model ile açıklanmasını ifade eder. Regresyon analizinde dikkat edilmesi gereken en önemli değer, önem derecesidir (sig.) ve bu değer

0,05'ten küçük olması beklenir, çünkü kurulan regresyon modeli diğer durumda istatistiksel olarak engel taşımaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2014: 271). Araştırmada kullanılan defansif tıp ölçeğinde yer alan üç boyuttan defansif tıp bilgi düzeyi boyutu bağımsız değişken, pozitif ve negatif defansif tıp tutum boyutları ise bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır. Bu bağlamda bağımsız değişkenin bağımlı değişkenler üzerinde istatistiksel olarak bir etkisinin olup olmadığını anlamak için Regresyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 5: Pozitif Defansif Tıp Tutum Değişkeni Regresyon Analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	Std. Hata	( $\beta$ )	t	P	R	R <sup>2</sup>	F	p
Defansif Tıp Bilgi Düzeyi	Pozitif Defansif Tıp Tutum	2,555	,23	,23	10,90	,000	,227	,052	3,319	,000

Yukarıda Tablo 5'te pozitif defansif tıp tutum değişkeninin defansif tıp bilgi düzeyi ile istatistiksel olarak ilişkisini ortaya koymak için basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon analizinde modelin açıklama gücü olarak ifade edilen  $R^2$  değeri: ,052 olarak hesaplanmıştır ( $R = ,227$ ;  $R^2 = ,052$ ;  $p < 0,05$ ). Bu değer, pozitif defansif tıp tutumu değişkeninin %5,2'sinin modeldeki bağımsız değişken olan defansif tıp bilgi düzeyi tarafından açıklandığını göstermektedir. Regresyon

modelinde yer alan bağımsız değişkenin Beta katsayısı, 0,23'tür ( $p < 0,05$ ). Buna göre defansif tıp bilgi düzeyi değişkeni  $p < 0,05$  olduğu için, pozitif defansif tıp tutumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bu durumda kurulan  $H_2$  hipotezi (Hekimlerin defansif tıp bilgi düzeyi, pozitif defansif tıp tutumunu etkiler), Tablo 5'teki regresyon analizi sonuçlarından hareketle değişkenler arasında anlamlı bir etki var olduğu için istatistiksel olarak reddedilemez.

Tablo 6: Negatif Defansif Tıp Tutum Değişkeni Regresyon Analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	B	Std. Hata	( $\beta$ )	t	P	R	R <sup>2</sup>	F	p
Defansif Tıp Bilgi Düzeyi	Negatif Defansif Tıp Tutum	2,446	,23	,30	10,87	,000	,295	,087	5,803	,000

Yukarıda Tablo 6'da negatif defansif tıp tutum değişkeninin defansif tıp bilgi düzeyi ile istatistiksel olarak ilişkisini ortaya koymak için basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon analizinde modelin açıklama gücü olarak ifade edilen  $R^2$  değeri: ,087 olarak hesaplanmıştır ( $R = ,295$ ;  $R^2 = ,087$ ;  $p < 0,05$ ). Bu değer, negatif defansif tıp tutumu değişkeninin %8,7'sinin modeldeki bağımsız değişken olan defansif tıp bilgi düzeyi tarafından açıklandığını göstermektedir. Regresyon modelinde yer alan bağımsız değişkenin Beta katsayısı, 0,30'dur ( $p < 0,05$ ). Buna göre defansif tıp bilgi düzeyi değişkeni  $p < 0,05$  olduğu için, negatif defansif tıp tutumu üzerinde anlamlı bir

etkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bu durumda kurulan  $H_4$  hipotezi (Hekimlerin defansif tıp bilgi düzeyi negatif defansif tıp tutumlarını etkiler), Tablo 6'daki regresyon analizi sonuçlarından hareketle değişkenler arasında anlamlı bir etki var olduğu için istatistiksel olarak reddedilemez.

## 5. Araştırma Sonuçları ve Tartışma

Defansif tıp uygulamalarını önlemeye yönelik riskli klinik durumları hedefleyen klinik uygulama kılavuzlarının

geliştirilmesi ve uygulanması, zor durumlarla karşı karşıya kaldığında doktorlara yardımcı olması bakımından önem arz etmektedir. Mevcut sorumluluk ve tazminat sistemlerinde reform yapmak, defansif tıbbın yararlı etkilerini korumak için onun tehlikeli etkilerini azaltmakta bir önlem olabileceği düşünülmektedir. Defansif tıbbın varsayılan etkilerinin hastaların yüksek kaliteli klinik bakımını engelleyip engellemediğini, sağlık hizmeti sunucularının ekonomik yükünü incelemek ve bu sorunla başa çıkmak için farklı stratejiler keşfetmek için daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir (Reuveni vd., 2017: 6).

Malpraktis davalarına karşı yüksek risk altındaki hekimlerin finansal ve psikolojik açıdan desteklemek, uygun bakım ile ilgili hastaları ve hekimleri eğitmeye odaklanmak defansif tıba karşı önlem niteliği taşıdığı düşünülmektedir (Studdert vd., 2015: 2617).

Araştırmadan elde edilen sonuçlardan hareketle, hekimlerin defansif tıp bilgi (farkındalık) düzeylerinin pozitif ve negatif defansif tıp tutumları üzerinde etkisi olduğu görülmekte, bu sonucun literatürdeki defansif tıp ile ilgili yapılan araştırmalardaki sonuçlarla (Ortashi vd., 2013; Başer vd., 2014; Aydaş, 2014; Reuveni vd., 2016; Mete vd. 2017) benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır. Araştırmadan elde edilen bu sonuçtan hareketle defansif tıbbın hekimler tarafından farkındalık düzeyinin artmasının, bunun pozitif ve negatif defansif tıp tutumlarına yansıtacağı söylemek yanlış olmayacaktır.

Defansif tıp uygulamaları hekimlerin bağlı oldukları sağlık işletmelerine ve dolayısı ile ülke kaynaklarına ekstra maliyet olarak yansması neden ile israfa neden olmaktadır (Sloan ve Shadle, 2009; Hermer ve Brody, 2010; Asher vd., 2012; Sethi vd., 2012; Rothberg vd., 2014; Panella vd., 2017; Keane vd., 2020). Bu çalışmadaki bulgular da literatürde yazılmış daha önceki çalışmaları desteklemekte; İstanbul'da kardiyoloji hekimlerinin başvurduğu defansif tıp tutumlarının buldukları sağlık işletmelerine maliyet olarak ekstra bir yük getireceğinden israfa neden olacağı anlaşılmaktadır (Kaptanoğlu, 2018).

Çalışma sadece kardiyoloji hekimlerine ve İstanbul'da belirli bir tarih aralığında uygulandığı için bir takım kısıtlar içermektedir. Bu nedenle ileride bu alanda yapılacak çalışmalar için, sadece bir uzmanlık alanında değil, diğer uzmanlık alanlarında da görev yapan hekimlerin tercih edilmesi, ayrıca belirli bir zaman aralığında değil, farklı zaman aralıklarında araştırma yapılması, daha kapsayıcı nitelikte sonuçlar vereceği öngörüldüğünden tavsiye edilmektedir.

## Kaynakça

- Asher, E., Greenberg-Dotan, S., Halevy, J., Glick, S., & Reuveni, H. (2012). Defensive medicine in Israel—a nationwide survey.
- Aydaş, S. (2014), Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Davranışları, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Aynacı, Y. (2008), Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya.
- Başer, A., M. İ. B. Kolcu, G. Kolcu, Ö. Tuncer Ve M. Altuntaş, (2014), “Diş Hekimlerinin Defansif Diş Hekimliği Konusundaki Görüşleri: Kesitsel Bir Çalışma”, *İzmir*

- Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 24(2), s. 103-109.
- Başer, A., G. Kolcu, Y. Çığırıl, B. Kadıncık Ve K. Öngel, (2014), “İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi”, *Smyrna Tıp Dergisi*, 3, S. 16- 24.
- Bergen, Rp., (1974), “Defensive Medicine Is Good Medicine”, *Jama*, 228(9), S. 1188- 1189.
- Çetin, G. (2006), “Tıbbi Malpraktis”, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki Ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis Ve Adli Raporların Düzenlenmesi, İ.Ü. Tıp Fakültesi *Süreklili Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 48, S. 31-42.
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2014). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 271.
- Hermer, L. D., & Brody, H. (2010). Defensive Medicine, Cost Containment, And Reform. *Journal Of General Internal Medicine*, 25(5), 470-473.
- Hiyama, T., M. Yoshihara, S. Tanaka, Y. Urabe, Y. Ikegami, T. Fukuhara Ve K. Chayama, (2006), “Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists In Japan”, *World Journal Of Gastroenterology*, 12(47), S. 7671–7675.
- Özyurt Kaptanoğlu, R. (2018). “Marketing of Health Tourism in Turkey and the World”, in “Studies on Balkan and Near Eastern Social Sciences”, (Ed. R. Yılmaz), Volume 2, pp. 95-105.
- Keane, M. P., McCormick, B., & Popławska, G. (2020). Health Care Spending In The Us Vs Uk: The Roles Of Medical Education Costs, Malpractice Risk And Defensive Medicine. *European Economic Review*, 124, 103401.
- Mete, B., E. Nacar, Ç. Tekin, E. Ünver Ve G. Güneş, (2017), “Investigating The Defensive Medical Practices Of The Physicians Working In The City Center Of Malatya”, *Medicine Science*, 6(2), S. 270- 275.
- Narcı, M. T. (2017). Tüketici Davranışları Ve Sosyal Medya Pazarlaması: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Bulletin Of Economic Theory And Analysis*, 2(3), 279-307.
- Ortashi, O., J. Virdee, R. Hassan, T. Mutrynowski, Ve F. Abu-Zidan, (2013), “The Practice Of Defensive Medicine Among Hospital Doctors In The United Kingdom”, *Bmc Med Ethics*, S. 14- 42.
- Panella, M., Rinaldi, C., Leigheb, F., Knesse, S., Donnarumma, C., Kul, S., ... & Di Stanislao, F. (2017). Prevalence And Costs Of Defensive Medicine: A National Survey Of Italian Physicians. *Journal Of Health Services Research & Policy*, 22(4), 211-217.
- Project. (1971), “The Medical Malpractice Threat: A Study Of Defensive Medicine”, *Duke Law Journal*, 1971(5), S. 939-993.
- Reuveni, I., I. Pelov, H. Reuveni, O. Bonne And Canetti, (2017), “Cross-Sectional Survey On Defensive Practices And Defensive Behaviours Among Israeli Psychiatrists”, *Bmj Open*, S.1- 7.
- Rothberg, M. B., Class, J., Bishop, T. F., Friderici, J., Kleppel, R., & Lindenaue, P. K. (2014). The Cost Of Defensive Medicine On 3 Hospital Medicine Services. *Jama Internal Medicine*, 174(11), 1867-1868.
- Selçuk, M. (2015), Çekinik (Defansif) Tıp, İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Sethi, M. K., Obremeskey, W. T., Natividad, H., Mir, H. R., & Jahangir, A. A. (2012). Incidence And Costs Of Defensive Medicine Among Orthopedic Surgeons In The United

- States: A National Survey Study. *Sports Medicine*, 421, 35-5.
- Sloan, F. A., & Shadle, J. H. (2009). Is There Empirical Evidence For “Defensive Medicine”? A Reassessment. *Journal Of Health Economics*, 28(2), 481-491.
- Studdert, D. M., M. M. Mello, W. M. Sage, C. M. Desroches, J. Peugh, K. Zapert Ve T. A. Brennan, (2005), “Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians İn A Volatile Malpractice Environment”, *Jama*, 293, S. 2609-2261.
- Summerton, N., (1995), “Positive And Negative Factors İn Defensive Medicine: A Questionnaire Study Ofgeneral Practitioners”, *Bmj*, 310, S. 27- 29.
- Tancredi, Lr. Ve Barondess Ja. (1978), “The Problem Of Defensive Medicine”, *Science*, 200(4344), S. 879-82.
- Teke, Y. H., H. A. Alkan, A. Z. Başbulut Ve G. Cantürk, (2007),“Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı Ve Bilgilenme Düzeyi: Anket Çalışması”, *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 4(2), S. 61-67.
- Yıldırım, A., M. Aksu, İ. Çetin Ve A. G. Şahan, (2009), “Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları”, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31, S. 356-366.
- Yılmaz, K., (2012), Defansif Tıbbi Uygulamaların Hukuki Açıdan Yorumlanması, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler A.B.D. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Yılmaz. K., O. Polat Ve B. Kocamaz, (2014), “Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi”, *Taad*, 16, . 19- 51.
- Yorulmaz, Ac. (2005), İstanbul Tabip Odası’ Na Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.