

ARAŞTIRMA MAKALESİ

**DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ:  
KARMA YÖNTEM ARAŞTIRMASI <sup>1</sup>**

Kubilay ÖZER \*  
Şebnem ASLAN \*\*

**ÖZ**


Dünyada değişen ekonomi politikaları çerçevesinde sağlık politikaları ve sistemleri de zaman içerisinde değişmektedir. Geçtiğimiz 15-20 yıla baktığımızda ülkemizde sağlık alanında kapsamlı değişimler yaşandığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin hasta merkezli ve kanıta dayalı tıp modelleriyle verilmeye başlanması, hasta-hekim ilişkisini alışılmadık dışına taşımıştır. Siyasi söylemler, hasta haklarındaki gelişmeler, Türk Ceza Kanunundaki değişiklikler, zorunlu mesleki hekimlik sigortasının hayata geçirilmesi ve basın olumsuz tutumu malpraktis davalarının sayılarını artırarak, tazminat tutarlarında hekim gelirleriyle orantısız artışlar oluşturmuştur. Bu ortamda hekimlerin kendilerini koruma güdüsü ile defansif tıp uygulamalarına yöneldiği görülmektedir. Araştırmada defansif tıp uygulamalarının derinlemesine araştırılması amaçlanmıştır. Çalışma, kesitsel, tanımlayıcı, nicel ve nitel yaklaşımların bir arada kullanıldığı karma yöntemle yürütülmüştür. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket ve derinlemesine görüşme formları ile toplanmıştır. Haziran 2018- Ocak 2019 tarihlerinde aşamalı olarak yürütülen çalışmada 253 hekimle anket, 30 hekimle derinlemesine görüşme yapılmış ve derinlemesine görüşmelerde 596 hasta dosyası defansif uygulamalar kapsamında doküman incelemesine tabi tutulmuştur. Verilerin analizinde SPSS 13.00, Rqda ve Excel programları kullanılmıştır. Araştırmanın nicel bölümünde hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlarının yüksek olduğu görülmektedir. Seçilen iki parametrede laboratuvar istemlerinde tutum puanının %40,3 uygulama oranının %10,6; görüntüleme ise tutum puanının %37,9 uygulama oranının %14,20 olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin defansif tıp uygulamaların yönelik tutumlarının çok yüksek olduğu ancak yüksek tutumun uygulamalara henüz düşük oranda yansıdığı sonucuna varılmıştır. Derinlemesine görüşmelerde poliklinik önündeki yığılma, kargaşa ve hasta yoğunluğunun hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönelttiği belirlenmiştir. Ayrıca defansif tıp uygulamaların hekimlik mesleğinin rutininde yeni tedavi protokolü olarak yer aldığı sıklıkla ifade edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Defansif tıp, malpraktis, laboratuvar, görüntüleme, tetkik

**MAKALE HAKKINDA**

<sup>1</sup>Bu çalışma Kubilay ÖZER'in "Defansif Tıp Uygulamalarına İlişkin Hekim Görüşleri Ve Maliyetin Belirlenmesi" isimli Doktora tezinden üretilmiştir.

\*Dr. Öğretim Üyesi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, kubilayozer@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4043-5047>

\*\*Prof. Dr. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, sebnemaslan27@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2135-242X>

Gönderim Tarihi: 16.06.2020

Kabul Tarihi: 02.11.2020

**Atıfta Bulunmak İçin:**

Özer, K. & Aslan, A. (2020). Defansif tıp uygulamalarının belirlenmesi: karma yöntem araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 639-664

## DETERMINATION OF DEFENSIVE MEDICINE APPLICATIONS: MIXED METHOD RESEARCH <sup>1</sup>

Kubilay ÖZER \*  
Şebnem ASLAN \*\*

### ABSTRACT

When economic policies change in the world, health policies and health systems systems also change. When we look at the past 15-20 years, it is seen that there are extensive changes in the field of health in our country. The introduction of health services with patient-centered and evidence-based medicine models has taken the patient-physician relationship beyond the ordinary. Political discourses, developments in patient rights, changes in the Turkish Criminal Law, the implementation of compulsory occupational health insurance and the negative attitude of the press have increased the number of cases of malpractice, making disproportionate increases in compensation amounts with physician income. In this environment, it is seen that physicians tend to defensive medicine practices with the motivation to protect themselves. In the research, it was aimed to investigate defensive medicine applications in depth. The study was designed as a mix that used cross-sectional, descriptive, quantitative and qualitative approaches together. The data were collected through questionnaires and in-depth interview forms created by the researcher in line with the literature. In the study carried out gradually between June 2018 and January 2019, a survey was conducted with 253 physicians, and in-depth interviews with 30 physicians, and 596 patient files were subjected to document analysis within the scope of defensive applications. SPSS 13,00, Rqda and Excel programs were used to analyze the data. In the quantitative part of the study, it is seen that physicians have high attitudes towards defensive medicine practices. In the two parameters selected, it was determined that the attitude score in laboratory requests was 40.3%, the application rate was 10.6%, and in imaging, the attitude score was 37.9%, and the application rate was 14.20%. It was concluded that physicians' attitudes towards defensive medicine practices were very high, but high attitudes were reflected in practice at a low rate, yet. In in-depth interviews, the accumulation in front of the outpatient clinic, turmoil and patient density has led physicians to defensive medicine practices. It has also been frequently stated that defensive medicine practices are included in the routine of the medical profession as a new treatment protocol.

**Keywords:** Defensive medicine, malpractice, laboratory, imaging, examination

### ARTICLE INFO

<sup>1</sup>This study was produced from Kubilay ÖZER's PhD thesis entitled "Physician Views on Defensive Medicine Practices and Determination of Cost".

\* Dr. Faculty Member, Karamanoğlu Mehmetbey University Faculty of Health Sciences, kubilayozer@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4043-5047>

\*\* Prof. Dr. Selcuk University Faculty of Health Sciences Health Management Department, sebnemaslan27@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2135-242X>

Received: 16.06.2020

Accepted: 02.11.2020

### Cite This Paper:

Özer, K. & Aslan, A. (2020). Defansif tıp uygulamalarının belirlenmesi: karma yöntem araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4): 639-664

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin mutlaka karşılanması gereken sosyal hizmet olması ekonomik kuralların ve ilkelerin sağlık sektörü için geçerli olmayacağı pek çok tartışmanın konusudur. Sağlık sektörü doğası gereği sağlık personellerinin kendilerine verilen kaynakları kullanırken nasıl davrandıkları ve niye öyle davrandıklarının anlaşılması pek de kolay anlaşılammaktadır (Çelik, 2016).

Son zamanlarda nüfusun artması, şehirleşme, kalkınmışlık ve hastalıkların çeşitlenmesi sağlığa olan talebi arttırmış, sağlık hizmetlerine olan yoğun talebin beklentileri karşılamaındaki güçlükler hoşnutsuzlukları da beraberinde getirmiştir. Bunun yanı sıra toplumdaki bilinçlenme ve hak arama çabaları sağlık sektöründeki davalarda artışa yol açmıştır (Doğan, 2007).

Dünya’da hekimler ve sağlık kuruluşları aleyhine açılan davalar nedeniyle hekimlerin kendilerini korumak üzere uygulamalar geliştirdiği, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde 1970’li yıllarda akademik ve hukuki sahada yeni uygulamaların Defensive Medicine (Defansif Tıp) ismiyle tartışılmaya başladığı görülmektedir (Chang, 1991). Daha çok sağlık sistemi gelişmiş ülkelerde tartışılan Defansif Tıp (DT) ülkemizde 2000’li yıllardan sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile yapılan bir dizi sağlık reformu ile zemin bulmuş ve 2005 yılında Türk Ceza Kanununda (TCK) yapılan yeni düzenlemelerle dikkat çeken bir konu haline gelmiştir. Özellikle 2010 yılında zorunlu mesleki hekimlik sigortasının hayat bulması, tıbbi malpraktis iddiaları nedeniyle yüksek tazminat istenen dava sayısındaki artışa yol açmıştır. Son yirmi yılda yaşanan gelişmelerin akademik ve profesyonel sahada DT’ye ilginin artarak tartışılmasına neden olduğu görülmektedir (Aydaş, 2014; Selçuk, 2015).

DT kavramı, hekimlerin dava edilebilme endişesi ile tetkik, konsültasyon ve çeşitli uygulamaları gereksiz yere istemesi veya kendisine başvuran riskli hastalardan kaçınması şeklinde tanımlanmaktadır (Aynacı 2008). Uygulamaya ilişkin diğer tanımlardan birine göre DT, hekimlerin kanıta dayalı uygulamalar içerisinde hareket ederken tıbbi uygulama hatası ve davadan korunma maksadıyla olağan tıbbi uygulamalardan sapmasıdır (Kesler ve Mc Clellan, 1996). Bir diğeri ise tanı ve tedavi ile ilgili uygulamaların hastadan ziyade, hekimin kendisi için yapılması şeklindedir (Hermer ve Brady, 2010).

Sağlık hizmetlerine olan talebin yükselmesi, hasta hekim ilişkilerinde karşılıklı önyargular, basın yayın organlarının malpraktis davalarını önemsemesi, hekimin davalık olma endişesi, DT uygulamaların nedenleri arasında yer almaktadır (Hancock, 2006). Oysaki hekimlerin temel görevi, sağlık hizmetlerini hukuk ve tıp etiği çerçevesinde yürütmektir. DT uygulamaları bu iki kriterde uymamakta, hasta yararından ziyade, hekim yararı ön plana çıkmaktadır (Yılmaz, 2012). Hekimliğin etik değerleriyle çelişen işlemleri belirlemek çoğu zaman problemlili bir konudur. Tedavi standartlarını belirlemenin güçlüğü yanında, DT uygulamalarının farklı kişiler tarafından farklı vakalarda farklı yollarla yapıldığının ve tespitinin güçlüğünü ortaya koymaktadır. Aynı hastalık ve sağlık sorunu için hekimler farklı görüşlere sahip olabilmektedirler (Hakeri, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü’nün yaklaşımına göre, insanların sosyal, psikolojik ve biyolojik iyilik durumlarından vatandaşı oldukları ülkelerin sağlık politikası ve sağlık düzeni sorumludur (WHO, 2018). Ülkemiz açısından durum değerlendirildiğinde ise diğer ülkelerde olduğu gibi, bireylerin sağlığı ve sağlık düzeninden devletin sorumlu olduğu görülmekte, bu durum Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında da yer bulmaktadır. Anayasa’nın 56’ncı maddesinde herkesin sağlıklı yaşama hakkının olduğuna vurgu yapılarak sorumluluğun devlete ait olduğu, 58’nci maddesinde gençlerin sağlığa zarar verici maddelerden korunması yönünde tedbirler alınması, 59’ncü maddede tüm sporun teşvik edilmesi ile vatandaşlarımızın beden ve ruh sağlığının korunması, 61’nci maddesinde şehit, malul ve gaziler ile dul ve yetimlerin hayat seviyelerinin sağlanması gerektiği belirtilmiştir (Giray ve Çimen, 2018; Resmi Razete, 1982).

## 1.1. Defansif Tıp Uygulamalarının Dinamikleri

Ülkeler ekonomik ve politik iklimlerine göre sağlık hizmetlerini vatandaşlarına anayasal bir hak olarak sunmaktadırlar. Politik zeminde sunulan bu haklar hasta hekim ilişkisini düzenlemektedir (Tecim, 2018). Sağlıklı bir toplumun oluşturulması ya da mevcut sağlıklı ortamın devamının sağlanması bir anlamda bu politize edilmiş hasta hekim ilişkisinin nitelikleriyle yakından ilgilidir (Cirhinlioğlu, 2016). Hekim hasta ilişkisinin işleyebilir ve iyi düzenlenmesi kapsamında yapılacak tüm yasal düzenlemelerin temeli, sağlık çalışanları ile hasta ve yakınlarının kendini güvende hissettiği dengeli, ekonomik, sürdürülebilir bir atmosfer oluşturmaktır (Çelik, 2016; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

DT konusuyla ilişkisi olan uygulamaların son yirmi yılda aşama aşama ortaya çıkan düzenlemelerle gerçekleştiği görülmektedir. 2002 yılından sonra uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programında (SDP) hasta-hekim ilişkileriyle sistemin yeniden düzenlenmesine yönelik bir dizi yasal düzenleme barındırmaktadır. DT uygulama dinamiklerine aşağıda üç başlık altında toplanarak değinilecektir.

### a. Sistemsel Dinamikler

Ülkemizde 2005 yılında sağlık çalışanlarına verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu özendirilerek, yumuşak bir geçişle bir yandan kurumsal performans ölçümü çalışmaları başlatılırken, diğer yandan Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçe Uygulama Talimatında paket işlem fiyatı uygulanmaya konulmuştur. 2007 yılında performans sistemi bütün devlet hastanelerinde uygulanmaya başlanmıştır. Paket işlem fiyatıyla hekimlerin olası performans kaygıları nedeniyle gereksiz tıbbi istemlerin önüne geçilmesi hedeflenmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumunun hastalığın durumu ve kliniğe göre paket fiyatı uygulaması paket fiyat aşımında negatif DT uygulamalarına, paket sınırının olmadığı durumlarda pozitif DT uygulamalarına yol açabileceğine değinilmektedir (Aydın, 2011; Beylik vd., 2015).

Yataklı sağlık kurumlarında dönüşümlü olarak çalışılan birimlerinde yaşanan yoğunluk, iletişim kopmalarını neden olmaktadır. İletişim eksikliğinden önceki hekimin yaptığı işlemlerle ilgili tam olarak bilgi sahibi olunmaması nedeniyle, eksik yapıldığı düşünülen girişim ve tetkiklerin yeniden istenmesi (Cervellin, 2015), sonuçları geç çıkabilecek tetkiklerin önceden talep edilmesi (Aydaş, 2014), konsültan hekimlerin isteyeceği tetkik ve istemleri öngörerek istemler yapılması (Selçuk, 2015), hatta bazı durumlarda sonraki hekimin eleştirisine maruz kalmamak için hastaların sevk edilmesi (Hakeri, 2012) DT'ye yol açmaktadır.

Hekimler görevlerini yaparken hukukun izin verdiği ölçüde tedavi işlemlerini yürütmekte olup sağlık sistemi ve sağlık kurumunun işletilmesinden sorumlu değildir (Sert, 2015). Sağlık kurumuna tedavi amacıyla gelen hastalar ise genel olarak hekimlerin idari işler konusunda söz sahibi olduğunu düşünerek olumsuzluklardan hekimleri sorumlu tutmaktadır. Zaman zaman sağlık kuruluşlarında hasta-sağlık çalışanı arasında anlaşmazlıklar, yanlış anlaşılmalarda olduğu görülmektedir (Aynacı, 2008). Basın yayın kuruluşlarının iyi niyetten uzak, haber değerini önceleyen tutumu, henüz kesinleşmemiş sağlık haberlerinin "sağlıkta skandal" başlığı altında abartılarak sunmasıyla birleşince; basın-yayın kuruluşlarının etkisinde kalan toplumun belli kesimleri, sorgulama gereği bile duymadan hekimlere hukuksal ve fiziksel zorlamalarda bulunabilmektedir (Ovalı, 2010).

### b. Hekime Bağlı Dinamikler

Hasta hekim ilişkisi bakımından en önemli aktörlerden biri hasta ise diğeri hekimdir ve hekim merkezi konumda yer almaktadır. Verilerin toplanması, teşhis ve tedavi planının yapılmasında anahtar role sahip olan hekimler (Alexander vd., 2012) DT dinamiklerinden önemli bir kısmında etkili olmaktadır (Aynacı, 2008). Hekimlerin içinde bulunduğu bütün şartlardan bir kısmını oluşturan yargılanma korkusu, maddi çıkar dürtüsü, ünlenme ve kusursuz olma çabası DT uygulamalarının hekim tarafındaki dinamiklerini oluşturmaktadır (Goold ve Lipkin, 1999).

### c. Hastaya Bağlı Dinamikler

Sağlık hizmetlerinin hasta merkezli verilmesi hastanın bu ilişkideki rolünü anahtar pozisyonuna getirmiştir. Hastaların bedensel, ruhsal, dinî, etnik, kültürel, sosyo-ekonomik statüsü, eğitim düzeyleri ve tıbbi geçmişlerindeki farklılık ve eşitsizlik tutumsal çeşitliliğe yol açmaktadır. Sayılan değişkenler hasta hekim ilişkisinde karmaşıklığı beraberinde getirmektedir. Bu nedenle öğretilerde hastalık yoktur hasta vardır söylemiyle sık sık karşılaşılmaktadır (Gittelsohn, 2014; Nasrallah, 2010). DT uygulamalarının dinamikleri arasında hasta etkin rol oynamaktadır. Bu dinamikler iletişim bozuklukları, eşitler arasında olmayan ilişki ve şiddet gelmektedir (Aydaş, 2014).

### 1.2. Defansif Tıp Uygulama Şekilleri

DT uygulamaların tespiti ve tanımını yapmak bir hayli güç olmakla birlikte literatür incelemelerinde uygulamaların farklılık gösterdiği, birden fazla olabileceği gibi hekimin içinde bulunduğu tüm durumlardan etkilenebileceği göz önünde bulundurularak iki merkezde toplandığı yönündeki bulgular ağır basmaktadır. Bu bağlamda DT uygulamalarının iki ana çerçevede pozitif ve negatif DT terimleri kullanılarak değerlendirilmesi genel kabul görmektedir (Aynacı, 2008; Catino, 2011).

#### a. Pozitif Defansif Tıp (Güvence Davranışı)

Hekimin ihtiyaç olmadığı halde fazladan uygulamalara yönelmesidir. Gereğinden fazla laboratuvar, görüntüleme tetkiki ve konsültasyon isteme, kayıtları daha detaylı tutarak hasta ve yakınlarına gereğinden fazla zaman ayırma, girişimsel olmayan işlemlere yönelme, tedavi sonrası takipleri artırma, müşteri memnuniyeti faaliyetlerinin geliştirilmesi olarak sayılmaktadır (Aydaş, 2014; Catino, 2011; Saruhan vd., 2018).

#### b. Negatif Defansif Tıp (Kaçınma Davranışı)

Gerekli olan işlemleri yapmama, riski yüksek tanı ve tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınma yoluyla gerçekleşir. Komplikasyon riski yüksek tedavi yöntemlerinin uygulanmasından kaçınma, dava etme olasılığı yüksek ve kompleks medikal problemleri olan hastaları kabul etmeme, şiddete eğilimli hasta ve yakınlarından çekinme, riskli hastaları sevk etme uygulamaları başlıca negatif DT davranışlarıdır (Aynacı, 2008; Chen ve Yang 2014; Selçuk, 2015).

### 1.3. Defansif Tıp Uygulamalarının Hekimlere ve Hastalara Etkileri

DT uygulamalarının hastalar ve hekimler üzerinde farklı etkileri bulunmaktadır. Hekimlerin ülkemizde malpraktis riski ve dava edilme endişesi ile hastaya daha fazla zaman ayırabilmekte, hastalığın alternatif yöntemleri ve riskleri konusunda fazladan bilgi vermektedir. Hastalar için memnuniyet ve tatmin düzeyine olumlu yönde katkıda bulunmaktadır (Selçuk, 2015). Hasta memnuniyetindeki artış hekimler tarafından mesleki ve ekonomik tatmin düzeyini artırmaktadır (Studdert vd., 2005).

Bilgi verme yönündeki bu tutum iyi yönetilmediği bazı durumlarda hekim-hasta iletişimi bozulabilmekte karşılıklı anlaşmazlıklar yaşanabilmektedir. Bu noktada ne yapabileceği kestirilemeyen, duygusal ve talepkâr davranan bazı hastaların hekimleri DT yönlendirdiği görülmektedir (Mello vd., 2010). Zaten iş yükü fazla olan hekimlerin belli hastalara gereğinden fazla zaman ayırması diğer hastaların hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. İş gücü kaybı ve maliyet artışlarına sebep olmaktadır (Aynacı, 2008).

Hekim hasta ilişkisinin yoğunlaştığı benzer durumlarda hekimlerin tedavisini üstlendiği aynı konulardaki şikâyetlerini yineleyen hastaları reddettikleri durumlar görülmektedir. Bu duruma tedavinin zor ve karmaşık olmasının eşlik etmesi ile hekimler, itaatsiz hastalardan kaçınarak sevk edebilmektedir. Böyle durumlarda hastanın dava açma olasılığı artmaktadır (Studdert vd., 2005).

Aydınlatılmış onamlar anlayacağı bir dilde hastaya anlatılarak okumasına zaman tanınmalı ve kayıt altına alınması sağlanmalıdır. Yargıtay'ın, komplikasyon olarak kabul ettiği ancak, aydınlatılmış onam alınmadığı için hekimin sorumlu tutulması gerektiğine dair kararı (13. Hukuk Dairesi, E. 2008/4519, K. 2008/10750, T. 18.09.2008) bulunmaktadır (Akbaba ve Davutoğlu, 2016)

DT nedeniyle hastalara fazladan görüntüleme tetkiklerinin uygulanması bazı ölümcül veya kronik hastalıkların erken teşhis edildiği durumlar söz konusu olabilmektedir. Ancak ABD'de fazladan görüntüleme yöntemlerine başvurulması kanser vakalarında, başka bir kanserden ölme konusunda etkili olduğu çalışmalardan anlaşılmaktadır. ABD'de gereksiz yere kullanılan Bilgisayarlı tomografinin (BT) yılda fazladan 500 kanser olgusundan sorumlu olduğu ve toplam kanser vakalarının % 1,5-2'sine neden olduğu bildirilmektedir (Cankorkmaz vd., 2009; Selçuk, 2015; Williams, 2011).

Günlük tıp pratiğinde hastalar tarafından çok talep gören radyolojik tetkiklerin tehlikeleri hakkında bilinç düzeyini ölçmeye yönelik Güdük ve diğerleri (2018) yaptıkları çalışmada radyolojik tanı ve tedavi işlemleri uygulanan hastaların işlemler hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve bilgilerini medyadan dolayı yollarla elde ettiklerini belirlemişlerdir. İstemi yapan hekim ve işlemi yapan personelin hastaları yeterince bilgilendirmediklerini tespit etmişlerdir (Güdük vd., 2018). Cankorkmaz ve diğerleri (2009) Stajyer hekimlerin hastalara radyolojik tetkiklerde maruz kaldıkları iyonizan radyasyon dozu hakkında bilgi düzeylerini araştırdıkları çalışmada, stajyer hekimlerin bu konuda bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu saptamaları dikkat çekici olarak tehlikenin boyutlarını göstermektedir (Cankorkmaz vd., 2009).

Radyolojik tetkikler kadar tehlikeli olmamakla birlikte temelde hasta beklentilerinin karşılanması, bilgi ve güven eksikliği nedeniyle fazladan laboratuvar tetkiklerine başvurulmasının bazı kronik hastalıkların teşhisinde ve tedavi sürecinde faydaları olabilmektedir. Gelişen teknoloji ile laboratuvarlar hastalık tanı ve tedavisinde önemli bir etkinliğe sahiptir (Terry, 2010). Tanı ve tedavilerde %70 oranında kararlara katkısı bulunmaktadır. Ancak laboratuvar testleri %95 güvenilirlikle hesaplanan referans aralığında sonuçları göstermektedir. Yani sağlıklı bir insanda %5 oranında sonuçların referans aralığı dışını çıkma ihtimali vardır (Blanckaert, 2010). Gereğinden fazla laboratuvar tetkiklerine müracaat etmek bu orana giren sağlıklı birey sayısını artırmaya neden olacaktır. Bu nedenle bireylerin strese girmesine, faydaların yanında gereksiz tedavi protokollerine, takip ve kontrol süresinin artmasına ve dolayısıyla maliyetlerin yükselmesine neden olabilmektedir (Greenberg ve Green, 2014). Ayrıca yatan hastalarda ve yoğun bakımlarda gereğinden sık tekrarlanan kan alınmalarının anemiye neden olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır. Bunların yanında maliyet artırıcı etkisi bulunan bu işlemlerden hekimler kaynakların verimli kullanılmaması yönünde idari ve mesleki yaptırımlarla karşılaşabilirler (Çuhadar ve Köseoğlu, 2014). Diğer bir araştırmada gereksiz istemde bulunan laboratuvar tetkiklerinin genel istemlere oranı %13,5 olarak hesaplanmıştır (Fidan, 2016).

DT fazladan ilaç yazılması ve gereksiz antibiyotik kullanımını artırmaktadır. Tebano ve diğerleri (2018), uluslararası düzeyde yürüttükleri çalışmada, katılımcıların %85'inin defansif nedenlerle antibiyotik reçete ettiklerini bildirmişlerdir. Antibiyotiklerin gelişigüzel ve sık kullanımına bağlı olarak bakterilerin etkilenmeyerek direnç oluşturması güncel bir sorun olarak görülmektedir. Türkiye OECD ülkeleri arasında en fazla antibiyotik tüketen ülkeler arasında yer almaktadır (OECD, 2018). Akılcı ilaç kullanımı ve farkındalık sempozyumunda (2014) aile hekimleri tarafından çocuklara yazılan her üç reçeteden birinin antibiyotik içerdiği bilgisi verilmiştir. Yanlış, gereksiz ve aşırı kullanımdan kaynaklı antibiyotik direnci gelecekte insan sağlığını olumsuz olarak etkilemesi eldeki verilere göre kaçınılmaz olacaktır (Soysal, 2014). Günümüzde antibiyotik kullanımının azaltılmasına yönelik etkin çalışmalar yürütülerek kullanım azalmaya başlamıştır. OECD raporuna göre önlem alınmadığı takdirde dünyada 2050 yılından sonra antibiyotik direnci nedeniyle her yıl 10 milyon kişinin hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (OECD, 2018).

Dünyada yataklı tedavi kurumlarından hizmet alan her on hastadan birinin hizmete bağlı zarar gördüğü tahmin edilmektedir (Vural vd., 2014). Bütün dünyada hastaların hastaneye yattıkları süre

yanlış ilaç, yataktan düşme, hastane enfeksiyonu, yanlış beslenme, transfüzyon, yanlış taraf cerrahisine maruz kalma gibi bir takım risklere maruz kaldıkları araştırmalardan anlaşılmaktadır (Ardahan ve Alp, 2015; Null vd., 2005). Tıbbi hataların tahmin edilenden daha sık olduğuna dikkat çeken Ovalı (2010), uçağa binen bir kişinin kaza nedeniyle ölme riskini 1/1000000, sağlık kuruluşunda sağlık hizmeti alan kişinin zarar görme riskini 1/300 olduğunun belirterek bu riskin dağcılık yapan kişinin riskine eşit olduğunu bildirmiştir (Ovalı, 2010).

Hekimlerin riskli vakalardan korunmak için hastaları başka hekime veya sağlık kuruluşlarına sevk etmeleri bir takım komplikasyonların oluşmasına, en kötüsü zaman kaybı nedeniyle telafisi mümkün olmayan zararlara neden olabilmektedir. Ancak genellikle bir üst birime sevk işlemi gerçekleştiği için hasta için daha iyi sağlık hizmeti alacağı düşünülerek olumlu görülebilir. Her iki bakımdan defansif nedenlerle hastayı sevk etmek tıbbi etik dışı davranış olarak görülmektedir (Bilgin ve Küçükhasar, 2018; Selçuk, 2015).

DT uygulamalarında yağmurdan kaçarken doluya tutulmak olarak hicvedilen ikilem, hekimlerin davalardan korunmak için yaptıkları gereksiz uygulamalarla veya kaçınarak hastaya zarar vermek suretiyle hukuki davalarla yüzleşmesidir (Selçuk, 2015). Hekimlerin kasti olmayan davranışları sonucu oluşan malpraktis nedeniyle taksirden dava açılırken, bilinçli defansif uygulamalar nedeniyle kast sebebiyle suçlanacak ve daha ağır yaptırımlarla karşılaşabileceklerdir (Altun ve Yorulmaz, 2010).

Ülkemiz sağlık alanında 2003 yılından başlayarak bir dizi yapısal reformlarla değişiklikler olduğu gözlemlenmektedir. Değişikliklerin hekimleri ilgilendiren en önemli taraflarından biri malpraktis davaları, diğeri sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet olaylarıdır. Bu nedenle, bu durumun hekimlerin tıpta uzmanlık tercihlerine yansıdığı görülmektedir (Ersoy, 2014; Öner, 2015). Hekimlerin branş tercihlerinin 2007-2017 yılları arasında aile hekimliği, acil tıp, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, çocuk cerrahi, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum branşlarının taban puanlarının yıllar içerisinde düşüş trendine girdiği temel tıp bilimlerindeki branşlarda ise belirgin bir yükselme trendinin olduğu belirlenmiştir (Öztürk ve Gençtürk, 2018).

Batı (2015) son yıllarda tıpta uzmanlık tercihlerinin değiştiğini, TUS'ta ilk 100'e giren hekimlerden kadın doğum ve genel cerrahi branşlarının tercih edilmediğini en çok dermatoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, göz ve radyoloji branşlarını tercih edildiğini ve acil tıp, göğüs cerrahisi branşlarının boş kaldığına dikkat çekmiştir. Milletvekili Arık (2018) TBMM'de hiçbir hekimin mevcut şartlarda sorumluluk almak istemediğini "10 yıl sonra ameliyat yapacak cerrah bulamayacağız" şeklinde dile getirerek, sağlıktaki şiddet, medya haberleri ve malpraktis davaları nedeniyle kadın doğum, genel cerrahi ve beyin cerrahisi branşlarının artık tercih edilmediğini basın toplantısında dile getirmiştir (Arık, 2018).

Yüksek riskli branşlardan hastaya dokunulmayan ve riski düşük branşlara doğru TUS tercihlerindeki değişim ve branşlarda oluşan dengesizlik gelecekte sağlık hizmetinin sunumunda aksaklıklara neden olacağı bu eğilimlerin doğru analiz edilmesi ve gerekli tedbirlerin alınması gerekmektedir (Kaya vd., 2014).

#### **1.4. Literatür Araştırması**

Çalışmanın yapıldığı döneme kadar DT uygulamalarının araştırıldığı çalışmaların anketler yoluyla veri toplandığı, hekimlerin DT'ye yoğun olarak başvurduğunu görülmektedir. Literatür taraması sonucunda ulaşılan veriler yılı, ülke ve uygulama yaygınlığı parametrelerinde özetlenerek Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 1. Literatürde Defansif Tıp Uygulamaları**

Araştırmacılar	Yıl	Ülke	Yaygınlık
Tancredi ve Barondess	1978	ABD	% 70
Summerton	2000	İngiltere	% 90
Studdert vd.	2005	ABD	% 93
Hymaia vd.	2006	Japan	% 98
Massachusetts Medical Society	2008	ABD	% 83
Aynacı	2008	Türkiye	% 78,4
Catino ve Cellotti	2009	İtalya	% 77,9
O'Leary vd.	2012	ABD	% 96
Asher vd.	2012	İsrail	% 60
Moosazadeh vd.	2014	İran	% 99,8
He	2014	Çin	% 70
Başer vd.	2014a	Türkiye	% 70,3
Başer vd.	2014b	Türkiye	% 78,8
Selçuk	2015	Türkiye	% 84
Zhu vd.	2018	Çin	% 62,9
Özata vd.	2018a	Türkiye	% 67,3
Özata vd.	2018b	Türkiye	% 61,8

Kaynak: Tancredi ve Barondess, 1978; Summerton, 1995; Summerton, 2000; Studdert vd., 2005; Catino ve Cellotti, 2009; Hiyama vd., 2006; Massachusetts Medical Society, 2006; Asher vd., 2012; O'Leary vd., 2012; He, 2014; Moosazadeh vd., 2014; Zhu vd., 2018; Aynacı, 2008; Başer vd., 2014a; Başer vd., 2014b; Selçuk, 2015; Özata vd., 2018a; Özata vd., 2018b kaynaklarından faydalanılarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 1'e göz attığımızda Dünya genelinde hekimlerin DT'ye başvurduğu izlenmektedir. Araştırmalarda 1978-2018 yılları arasında tutumların %60'dan %99,8'e kadar değişen oranlarda olduğu görülmektedir. DT'nin hukuk ve sağlık sistemi gelişmiş ülkelerden başlayarak dünya geneline yayılarak tartışıldığı görülmektedir.

1978 yılında yapılan ilk yayında Tancredi ve Barondess DT hakkında ellerinde çok az sağlam bilgi olduğunu ve çalışmaların istatistiksel zorluklarla dolu ve kesin bilgilere ulaşmakta zorlandıklarını belirterek, DT'nin hekimler arasında yaygınlığını %70 olarak tahmin etmişlerdir (Tancredi ve Barondess, 1978).

DT'nin en düşük olduğu İsrail'de Asher ve diğerleri (2012) tüm tıp disiplinlerinde günlük hekim uygulamalarında DT'nin çok yaygın olduğunu (%60) bildirmişlerdir. Gereksiz testler ve prosedürler nedeniyle hastaların komplikasyonlara maruz kalacağı, bakım kalitesini ve maliyetleri etkileyeceğini ve hekim-hasta ilişkilerini baltalayacağını rapor etmişlerdir.

Yayınlar değerlendirildiğinde hekimlerin DT ölçen parametrelerin birine dahi katılması durumunda uygulamaya yansdığı yönünde oransal tahminlerde buldukları ve ölçme araçlarında standart olmadığı görülmektedir.

## II. YÖNTEM VE UYGULAMA

Bu çalışma kesitsel, tanımlayıcı, nicel ve nitel yaklaşımlara dayalı yöntem ve tekniklerin bütüncül düşünülerek bir arada kullanıldığı, karma (mix) olarak kurgulanarak iki üniversite hastanesinde yüz yüze hasta hekim ilişkisi olan hekimlerle aşamalı olarak yürütülmüştür. Bu çalışmada iki desenin bir arada tercih edilmesinin amacı nicel ve nitel desenlerin avantajlarını kullanarak DT olgusunun daha detaylı ve kapsamlı anlaşılmasını sağlamaktır (Alkan, 2001; Alkan vd., 2019).



## 2.1. Evren ve Örneklem

Anket çalışmasının örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde “evreni bilinen olayın ortalamasını incelemek için örnekleme alınacak birey sayısını saptamaya” yönelik olarak formülden faydalanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2004). Araştırma kapsamında Konya il merkezinde faaliyet gösteren Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan 390 hekimden, birebir hastayla ilişkisi olan 253’ü ile anket yapılmıştır.

Görüşme yönteminde örnekleme alınacak birey sayısı kuramsal örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşamaya (Doyum noktası) kadar veri toplamaya devam edilerek yürütülmüştür (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan 717 hekimden Zorunlu Hekimlik Mesleki Sorumluluk Sigortası Yönetmeliğine göre 3. ve 4. risk grubundaki 350 hekimden tabakalı örnekleme yöntemine göre randomize çekilen 30’u ile, 596 hasta dosyası üzerinden yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzu ile derinlemesine görüşme yapılarak yürütülmüştür.

## 2.2. Veri Toplama Araçları ve Analizler

Araştırmada yurt içi ve dışı literatür taranarak uzman görüşleriyle hazırlanan anket formu ile veriler toplanmıştır (Aynacı, 2008; Başer vd., 2014a; Catino, 2011; Selçuk, 2015; Kesler ve McClellan, 1996; Studdert vd., 2005). Anket formunda 5 adet demografik bilgileri sorgulayan ve DT uygulamalarına yönelik 15 adet soru bulunmaktadır. Sorulardan 9’u pozitif, 8’i negatif DT tutumlarını ölçmek için 5’li likert ifadeden oluşmaktadır. Beşli likert derecelendirmesinde en yüksek 5 puan “her zaman”, en düşük 1 puan “asla” arasında yer alan ifadelerle yer verilmiştir. Veriler SPSS 13.0 programında değerlendirilmiştir. Sorulara verilen cevapların puanlarının aritmetik ortalaması alınarak defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı ve hekimlerin tutumları belirlenmek istenmiştir.

Literatür doğrultusunda hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzunda demografik bilgiler için 5, DT’ye yönelik 5 soru bulunmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinde önceden planlanan sorular için hazırlanan protokol üzerinden görüşmenin akışına göre katılımcının yanıtlarını ayrıntılandırmak üzere yan ya da alt sorularla görüşmenin akışı belirlenmiştir. DT konusunda yapılan derinlemesine görüşmeler sonrasında hekimlerin bir önceki gün muayene ettikleri hasta dosyaları Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden (HBYS) çekilerek DT uygulamaları vaka bazında değerlendirilerek çalışma yürütülmüştür. Nitel verilerin tematik olarak işlenip değerlendirilmesi RQDA, istatistik analizler SPSS 13.0 ve EXCEL programları kullanılarak yapılmıştır. Her iki yöntemle elde edilen verilerin nedenselliği ve ilişkiselliği göz önünde bulundurularak tümevarımcı değerlendirmeye tabi tutulmuştur (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

Araştırmanın veri toplama ve analizine Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Koordinatörlüğü maddi destek sağlamıştır.

## 2.3. Araştırmanın Etiği

Araştırma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul 2018/102 kararı sonrasında ilgili kurumlardan izinler alınarak yürütülmüştür.

## 2.4. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmacıların hekimlerin DT’ye yönelik tutumlarının belirlenmesi için anket yöntemi kullandıkları literatürde bu amacı gerçekleştirmek için standart ölçme aracı bulunmadığı görülmektedir. Bununla birlikte araştırmacılar hekimlerin ölçme aracındaki parametrelerin birine dahi katılması durumunda uygulamaya yansdığı çıkarımında bulunarak “defansif tıp uygulamalarının yüksekliği” sonucuna ulaştıklarını açıkladıkları görülmektedir. Anketlerle elde edilen verilerin uygulamaya yansması yönünde çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırmada anketlerle ölçülen DT

tutumlarının derinlemesine araştırılarak belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu yönüyle literatüre katkı vermesi bakımından önemlidir.

## 2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Konya ilinde faaliyet gösteren iki üniversite hastanesinde Haziran 2018-Ocak 2019 tarihlerinde yapılmıştır. Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi olarak desteklenmiştir. Belirlenen konu, zaman, saha ve ölçme araçlarıyla araştırmacının zaman, emek, maddi imkânları araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

## III. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde demografik özellikler ve DT uygulamaları nicel ve nitel veriler birleştirilerek sunulmuştur. Nicel ve nitel örneklemeleri oluşturan katılımcıların demografik özellikleri Tablo 2’de görülmektedir.

**Tablo 2. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Sosyo-Demografik Özellikleri.**

Araştırma Deseni		Nicel n:253		Nitel n:30		
	Değişken	n	%	Değişken	n	%
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	154	60.9	<i>Erkek</i>	24	80
	<i>Kadın</i>	99	39.1	<i>Kadın</i>	6	20
Yaş aralığı	$\leq 29$	134	53.0	$\leq 29$	21	70
	<i>30-39</i>	57	22.5	<i>30-39</i>	9	30
	<i>40-49</i>	46	18.2	<i>40-49</i>	0	0
	$\geq 50$	16	6.3	$\geq 50$	0	0
Unvan	<i>Profesör</i>	26	10.3	<i>Risk grubu</i>	<i>1</i>	0
	<i>Doçent</i>	28	11.1		<i>2</i>	0
	<i>Dr.</i>	43	17.0		<i>3</i>	18
	<i>Asistan</i>	156	61.7		<i>4</i>	12
Branş	<i>Cerrahi</i>	119	47.0	<i>Cerrahi</i>	15	50
	<i>Dahili</i>	134	53.0	<i>Dahili</i>	15	50
Hekimlik Süresi	$\leq 9$	183	72.3	$\leq 9$	30	100
	<i>10-19</i>	44	17.4	<i>10-19</i>	0	0
	$\geq -20$	26	10.3	$\geq -20$	0	0

Tablo 2’de görüldüğü gibi araştırmanın nicel bölümüne katılan hekimlerin %60,9’u erkek, %39,1’i kadınlardan, nitel bölümde ise %80’i erkek, % 20’si kadınlardan oluşmaktadır. Örneklem cerrahi ve dahili branşlara eşit dağıldığı, 29 yaş ve daha genç olan ve dokuz yıldan daha az çalışan hekimlerden oluştuğu görülmektedir. Nicel örnekleme çoğunluğun asistan hekimlerden oluştuğu Profesör ve Doçent düzeyinde katılımın düşük olduğu %21.4, nitel örnekleme 3. ve 4. risk grubundan asistan hekimlerin araştırmaya katıldığı görülmektedir.

DT uygulamalarının belirlenmesine yönelik nicel yöntemle elde edilen veriler aşağıda Tablo 3'te sunulmuştur.

**Tablo 3. Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Nicel Bulgular**

Sorular	Cevaplar					İstatistikler		
	1-Asla	2-Nadiren	3-Arasıra	4-Çok sık	5-Her zaman	$\bar{x}$	S	
<b>POZİTİF DEFANSİF TIP UYGULAMALARI</b>								
1	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla aydınlatılmış onam belgelerine daha çok özen gösteriyorum.	6	10	14	125	98	4,18	0,056
2	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla daha ayrıntılı kayıt tutuyorum.	3	10	24	124	92	4,15	0,53
3	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla hasta ve yakınlarına daha detaylı açıklamalar için daha fazla zaman ayırıyorum.	6	17	36	117	77	3,96	0,061
4	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim konsültasyonları istiyorum.	36	52	60	85	20	3,00	0,75
5	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim laboratuvar tetkikleri istiyorum.	48	48	55	89	13	2,89	0,77
6	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim görüntüleme tetkiklerini istiyorum.	49	53	55	80	16	2,85	0,078
7	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tıbbi gereklilik (endikasyon) dışındaki nedenler ile (normalde yatış istemeyeceğim) hastaları yatırıyorum.	94	84	43	27	5	2,07	0,67
8	Hukuki yaptırımlardan korunmak için gereksiz invaziv işlem istediğim oluyor.	95	88	46	21	3	2,01	0,063
9	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda yazmayacağım ilaçları yazıyorum.	115	72	35	19	12	1,98	0,072
<b>NEGATİF DEFANSİF TIP UYGULAMALARI</b>								
1	Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için hastalardan kaçındığım oluyor.	28	79	73	45	28	2,87	0,073
2	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla şikâyet/dava etme olasılığı yüksek hastalardan (hasta yakınlarından) kaçınıyorum.	46	69	65	49	24	2,75	0,077
3	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla komplikasyon olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.	58	82	47	54	12	2,53	0,75
4	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla girişimsel yöntemler yerine girişimsel olmayan yöntemleri tercih ediyorum.	53	85	51	55	9	2,53	0,072
5	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tanı ve tedavisi güç karmaşık hastalardan kaçınıyorum.	66	82	48	48	9	2,42	0,073
6	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tıbbi gereklilik (endikasyon) dışındaki nedenler ile (normalde sevk etmeyeceğim) hastaları sevk ediyorum.	83	88	48	31	3	2,14	0,066

Tablo 3’de araştırmaya katılan hekimlerin hukuki yaptırımlardan korunmak için başvurdukları uygulamalar pozitif ve negatif DT olmak üzere iki grupta toplanarak ortalaması yüksek olandan başlanarak sunulmuştur. Hekimlerin  $\bar{x}=4,18$  ile en fazla “Aydınlatılmış onam belgelerine özen gösterdikleri”,  $\bar{x}=4,15$  ile “Kayıtları daha ayrıntılı tuttukları”,  $\bar{x}=3,96$  “Detaylı açıklamalar için daha fazla zaman ayırdıkları”,  $\bar{x}=3,00$  “fazladan konsültasyon istedikleri”,  $\bar{x}=2,89$  “fazladan laboratuvar tetkikleri istedikleri”,  $\bar{x}=2,85$  “fazladan görüntüleme tetkikleri istedikleri”,  $\bar{x}=2,07$  ile “normalde yatış istemeyecekleri hastaları yatırdıkları”,  $\bar{x}=2,01$  ile “gereksiz invaziv işlem istedikleri” ve  $\bar{x}=1,98$  ile “normalde yazmayacakları ilaçları yazdıkları” görülmektedir. Negatif defansif tıp uygulamalarına ise en fazla  $\bar{x}=2,87$  “Sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için”,  $\bar{x}=2,75$  ile “şikayet/dava etme olasılığı yüksek hasta ve yakınlarından”,  $\bar{x}=2,53$  “komplikasyon olasılığı yüksek hastalardan kaçındıklarını”,  $\bar{x}=2,53$  ile “girişimsel işlemler yerine girişimsel olmayan işlemleri tercih ettiklerini”,  $\bar{x}=2,42$  “tanı ve tedavisi güç, karmaşık vakalardan kaçındıklarını”,  $\bar{x}=2,14$  “hastaları sevk ettikleri” belirlenmiştir.

Araştırmanın nitel yöntemle yürütülen ikinci aşamasında hekimlerle konu hakkında derinlemesine görüşme yapılmıştır. Derinlemesine görüşme sürecinin sonunda hekimlerin bir önceki gün muayene ettikleri hastalar üzerinden konu araştırılarak görüşme sona erdirilmiştir. Elde edilen veriler Defansif Tıp Teması başlığında sunulmuştur.

### 3.1. Defansif Tıp Teması

Yapılan görüşmelerde hasta, hekim ve medikal işlem ilişkisi ve bu ilişkiyi doğrudan etkileyen sistem alt temaları belirlenmiştir. Hasta tutumu, sağlıkta dönüşüm, kanıta dayalı tıp, dava güven, mahremiyet, stres, taciz, zorunlu sağlık sigortası, sağlık okuryazarlığı, teknoloji, yüz yüze iletişim, kültür, sözlü şiddet kodları konuyla alakalı olarak öne çıkmıştır. Görüşmelerde elde edilen veriler literatür bilgisi doğrultusunda sistem, hasta ve hekim kaynaklı dinamikler olarak betimleyici olarak aşağıda sunulmuştur.

#### Sistemden Kaynaklı Dinamiklere Yönelik İfadeler

Hekimlerin DT uygulamalarını 2003 yılında başlayan SDP ile sağlık hizmetlerinin hasta merkezli sunulmaya başladığını ve 2005 yılında yapılan TCK değişikliğine bağlayarak Malpraktis/Komplikasyon ayrımının iyi yapılmadığını belirttikleri aşağıdaki ifadelerden anlaşılmaktadır. “Sağlıkta Dönüşüm Programı sistemde bir paradigma değişikliğine sebep oldu. Sağlık hizmetleri hasta merkezli verilmeye başlandı. Bu değişikliklerle beraber hasta haklarında gelişmeler oldu. Türk Ceza Kanunu değişti böylece malpraktis davaları patladı. (G27, Erkek, Cerrahi). Malpraktis-komplikasyon ayrımı iyi yapılmıyor” (G18, Erkek, Cerrahi). Malpraktis davalarına konu olan tazminat miktarlarının hekimlerin gelirleriyle karşılaştırıldığına çok yüksek olduğunu düşündükleri “Aylık ortalama 10 bin TL kazanan doktor milyonluk tazminat davaları ile nasıl başa çıkacak?” (G8, Kadın, Dâhili) ifadelerinden anlaşılmaktadır.

DT uygulamalarını sistemin getirdiği yönünde yaygın bir görüş barındıran ifadeler bulunmaktadır. Katılımcıların çoğu hasta merkezli, kanıta dayalı tıp tekniklerinin, karar destek mekanizmalarının olmadığı ve 1. basamak sağlık kuruluşlarının yetersiz olduğu sistemlerde DT’nin doğal karşılanması gerektiği yönünde görüşleri, “Bu sistemde sizin defansif tıp dediğiniz uygulamalar bence yapılması gereken uygulamalar. Bu sistemin getirdiği bir şey. Bunda şaşılacak veya kınanacak bir şey yok. Sadece bu sistem iyi yürütülemiyor. Avrupa ve Amerika örnekleri var. Karar destek sistemleri olmalı. Bunlar konseylerde sürekli güncellenmeli hasta tarafı bilinçlenmeli. 1. basamak aile hekimliği gerçek işlevine kavuşmalı.” (G16, Erkek, Cerrahi) bir diğer katılımcı “Aile hekimleri hastaların sağlık koçu gibi hareket etmeli.” (G13, Erkek, Cerrahi) ifadelerinden anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki sevk zinciri ile ilgili bir katılımcı “Sistemde sevk zinciri olsa bu kez sevk kotası olur. Kota aşımı hekimde maddi kayıplara neden olur. Bu kez hastalar

hekimlere sevk baskısında bulunur. 1. ve 2. basamaklarda defansif uygulamalar artar. En sağlıklı hekimin hastasının iyi tanınmasından ve hastaya ait nitelikli geçmiş sağlık verisinden geçer.” (G1, Bayan, Dâhili) ifadelerini kullanmıştır.

DT konusundaki sistemsel sorunlarda Malpraktis-Komplikasyon ayırımının iyi yapılamaması, sistemi kısır bir döngüye sürüklediği ve bu döngüden çıkarak sistemin çalışan risk ve hastanın güven algısının dengesi üzerine kurulması gerekliliği ifade edilmiştir. Katılımcı görüşü şu şekildedir, “Bu davalar nedeniyle öyle bir yere geldik ki... Hasta aleyhine sonuçlanan davalarda tıbbi hatalar, hekim aleyhine sonuçlanan davalarda defansif uygulamaları artırıyor. Malpraktis yasaları öyle düzenlenmeli ki sağlık çalışanlarının risk algısı hastanın güven algısı dengesi kurmalıdır.” (G4, Erkek, Cerrahi).

### Hekimden Kaynaklı Dinamiklere Yönelik İfadeler

Meslektaşlarının malpraktis yasalarından korunmak için gereksiz istemlerde bulduklarını ya da hasta tedavisinden kaçındıkları “Doktorlar istiyor da istiyor. Kendisini korumak için. Gereksiz laboratuvar, görüntüleme, konsültasyon... Bunu herkes biliyor.” (G14, Erkek, Dâhili) ifadelerinden anlaşılmaktadır. Defansif uygulamalara ilişkin “İçinde bulunduğumuz şartlar içinde defansif uygulamalar yeni tedavi protokolü oldu.”(G12, Erkek, Cerrahi) “Defansif uygulamalar diye adlandırdığınız uygulamalar bugün rutin muayene protokolüdür.” (G18, Erkek, Cerrahi) ifadeleriyle defansif uygulamaların kanıksanarak yeni tedavi protokolü yerini aldığı görülmektedir.

Katılımcı hekimlerin ifadelerinde “Her hasta mahkemeye yansıyacak bir dava dosyası olarak değerlendiriliyor. Yarın adli süreç başlarsa bunları yaptım. Hastaya anlattım. Bak kendisi kabul etti. Onam verdi. Ben de uyguladım. Komplikasyon çıkmış ama beraber karar verdik. ...Hekimler kendini garantiye almak için doktrindeki uygulamaları yapıyorlar.” (G8, Kadın, Dâhili) “Hekim ne yapacak mecburen her hastada kendini kollayacak ileride oluşabilecek davalar için ortaya kanıt koyacak işler yapıyor. Kayıtları detaylı tutuyor. Hasta kliniği ile alakalı tetkikler konsültasyonlar istiyor. Bunu istemese abes olur zaten.”(G11, Erkek, Cerrahi), her hastayı potansiyel bir dava konusu olarak gördükleri özellikle vurgulanmıştır. Tedavide dava edilme ihtimaline karşı hastayı sürece dâhil etmektedirler. Sürece dâhil ederken aydınlatılmış onamlar başvurarak bir takım fazladan notlar aldıkları anlaşılmaktadır. Defansif uygulamalara çözümsüzlük içinde kendilerini mecbur hissettikleri görülmektedir.

Hekimden kaynaklı dinamiklerden Malpraktis yasalarına ilişkin katılımcılardan biri “Malpraktis yasalarının olmadığı bir sağlık sistemi düşünemiyorum” (G13, Erkek, Cerrahi), bir diğeri “Malpraktis yasaları hepimiz için çok için iyi mükemmel yasalar. Hepimiz için fayda var aslında ancak yargı süreçleri iyi işlemiyor doktorlar linç ediliyor.” (G8, Kadın, Dâhili) ifadelerini kullanmışlardır. Katılımcılardan diğer ikisi sigorta şirketlerinin poliçe düzenlemediği dönemler olduğuna dikkat çekerek şu ifadeleri kullanmışlardır. “İnsanların hepsi bir değil art niyetlisi var, fırsatçılar var. Bir de hukuk büroları var krizi fırsata çeviriyor. Hastalara doktora bir şey olmaz sigorta şirketinden alırız deyip dava açmaya teşvik ediyorlar. (G18, Erkek, Cerrahi)” Dava tutarları milyonların üzerine çıktı. Sigorta şirketlerinin poliçe düzenlemek istemediği dönemler oluyor. Üzerine Radyo televizyon, sosyal medyadaki olumsuz uyarıları katarsak ortaya kriz ortamı çıkıyor” (G11, Erkek, Cerrahi).

Yargı mensuplarının bazı durumlarda ön yargılı olabileceğini ifade eden katılımcı ise “Geçmiş mahkeme tecrübem var. İhale nedeniyle yargılanmıştım. Şartnamede imzam vardı. Bazı arkadaşlar tutuklandılar 6 (altı) aydan fazla yatanlar oldu. Şimdi o kararları veren hâkimden iddianameyi hazırlayan savcıya görev yapan polise kadar hepsi ihraç oldu. Yargı mensupları hekimlere karşı önyargılı. Yargı konusunda güvenim zayıf. O nedenle düşmemek lazım yargıya...” (G6, Erkek, Dâhili) ifadesini kullanmıştır.

### Hasta Kaynaklı Dinamiklere Yönelik İfadeler

Katılımcıların defansif uygulamaların branşa ve hastalık boyutuna göre değişeceğini ve defansif uygulamalara hasta davranışlarının yol açtığı yönündeki görüşleri bulunmaktadır. Katılımcılardan biri “Defansif uygulamalar branşa ve hastalık boyutuna göre değişir. Hasta en önemli etken.” (G7, Erkek, Dâhili) ifadelerini kullanmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerden biri “Hasta geliyor defaten tomografi çekilmiş, tetkikler yapılmış yanında bir klasör sonuç bir torba ilaç var. Doktor doktor gezmiş.” (G3, Erkek, Dâhili); bir diğeri “Poliklinik hizmetlerinde yoğunluk nedeniyle hasta ile ilgilenme süresi az. Hastalar doktoru taciz ediyor beklemek istemiyor. Daha az sayıda hasta bakılmalı. Performans sistemi nedeniyle çok hasta bakan iyi doktor olarak düşünülüyor. Daha çok ücret alıyor. Niteliğe değil niceliğe bakılıyor. Bunlara çözüm bulunmalı.” (G9, Erkek, Cerrahi) ifadeleriyle performans sistemi, sevk sisteminin olmayışı ve diğer nedenlerle çok fazla hasta bakma ve poliklinik hizmetlerindeki yoğunluktan yakınmışlardır. Hastaların bekleme sürelerinde sabırsız oldukları bu nedenle sergiledikleri davranışlardan (taciz olarak nitelendirmişler) huzursuz oldukları anlaşılmaktadır.

Katılımcılardan birinin şu ifadesinden “Migren için doktor MR istememiş. Hastanın kliniği migren. Hasta yıllar sonra beyin tümörü olmuş. Dava açılmış. Hasta 1.5 milyon tazminat kazanmış. Hekimler arasında iletişim kanalımız var (Watsapp) bu haberi görünce şimdi migren için gelen her hastaya MR istenmez mi?” (G2, Erkek, Cerrahi) anlaşılabileceği üzere defansif uygulamalardan bazı durumlarda kaçış yollarının kalmadığı görülmektedir.

Diğer bir katılımcı üniversite hastanesini kast ederek “Bizden kaynaklı pek defansif uygulama olmaz. Hastadan kaçamazsın zaten 3. basamaksın. Boş yatağını 112 görüyor. Sevkle geleni alıyorsun. Tabi zor hastalar oluyor. Ancak bizde çoğu iş konseyle yapılır o nedenle pek hata riski kalmaz. Hasta ve yakınları da işin içine katılır.” (G2, Erkek, Cerrahi) ifadelerinde 3. basamak sağlık kuruluşlarında defansif tıp uygulamalarının daha az olabileceğini, negatif defansif tıp uygulamalarından hastayı başka bir sağlık kuruluşuna sevk edemediklerini bildirmişlerdir. Zor hastaların tedavilerinin de bu kurumlarda yapıldığını multidisipliner bir yaklaşımla konseyle karar verildiğini konseylerin hata riskini azalttığını belirtmişlerdir. Defansif tıp uygulamalarının üniversite hastanelerinde az uygulandığı hatta bazen defansif uygulamaların bu kuruluşlarda son bulduğunu ifade etmiştir. “Hatta bazen defansif tıp uygulamalarını biz üçüncü basamak hastanesi olarak durduruyoruz ya da azaltıyoruz diyebiliriz.” (G3, Erkek, Dâhili).

Derinlemesine görüşme ile araştırılan DT uygulama özet verileri Tablo 4’te sunulmuştur.

**Tablo 4. Son bir ay içinde başvuru defansif uygulamaların yüzdeleri dağılımı**

Defansif Uygulamalar		< %5	%20	%40	%60	>%80	TOPLAM
1. Aydınlatılmış onamlara daha fazla özen gösterme	Sayı	4	5	5	8	8	30
	%	%13	%16	%17	%27	%27	%100
2. Hastaya gereğinden fazla zaman ayırma eğilimi.	Sayı	6	9	5	6	4	30
	%	%20	%30	%17	%20	%13	%100
3. Gereksiz yere konsültasyon isteme	Sayı	10	8	4	5	3	30
	%	%33	%27	%13	%17	%10	%100
4. Fazladan görüntüleme tetkikleri isteme	Sayı	13	6	5	4	2	30
	%	%43	%20	%17	%13	%7	%100
5. Fazladan laboratuvar tetkikleri isteme	Sayı	12	5	6	4	3	30
	%	%40	%17	%20	%13	%10	%100
6. Kaçınma davranışları	Sayı	14	5	6	3	2	30
	%	%46	%17	%20	%10	%7	%100
7. Başka bir kuruma veya hekime sevk	Sayı	22	3	3	1	1	30
	%	%73	%10	%10	%3	%3	%100

Tablo 4'ü incelediğimizde çalışmaya katılan hekimlerin %80 ve daha fazla oranda başvurdukları uygulamalar en fazla %27 oranında aydınlatılmış onamlara daha fazla özen gösterme, %13 hastaya gereğinden fazla zaman ayırma eğilimi, %10 fazladan laboratuvar tetkiki ve gereksiz yere konsültasyon %7, fazladan görüntüleme tetkiki isteme olduğu görülmektedir. %5 ve daha az oranda başvurdukları uygulamalar ise %73 başka bir kurum veya hekime sevk, %46 kaçınma davranışları, %43 fazladan görüntüleme tetkikleri, %40 fazladan laboratuvar tetkikleri, %33 gereksiz yere konsültasyon isteme olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın son bölümünde araştırmaya katılan hekimlerle bir önceki gün muayene ettikleri hasta verileri HBYS üzerinden laboratuvar ve görüntüleme istemleri DT uygulaması yönünden birlikte incelenmiştir. DT uygulamaları hekim ve hasta ilişkisinde her iki tarafın içinde bulunduğu sayısız değişkenden etkilenmekle, birlikte hasta yoğunluğunun DT uygulamalarını artırdığı görülmektedir. Fazla hastanın bakıldığı laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerine başvurunun arttığı belirlenmiştir. Ayrıca laboratuvar ve görüntüleme istemlerine DT aynı anda başvurulduğuna rastlanmamıştır. Her iki parametrede branşlara göre DT uygulamaları Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5. Doküman incelemesi (Acil Servis Kapsam Dışı)**

	İncelenen Hasta Dosyası	Laboratuvar			Görüntüleme			Toplam	Defansif oran
		İstemi	Defansif işlem	Defansif Oran	İstemi	Defansif işlem	Defansif Oran		
<b>Dahili</b>	327	208	22	10,58	116	15	12,93	37	11,31
<b>Cerrahi</b>	269	45	5	11,11	222	33	14,86	38	14,12
<b>Toplam</b>	596	253	27	10,67	338	48	14,20	75	12,58

Tablo 5'de dahili ve cerrahi branşlarda laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri baz alınarak 596 hasta dosyası DT uygulaması yönünden incelenmiştir. Dahili branşlarda 327 hastaya bakıldığı 208 laboratuvar isteminden %10,58'inin, 116 görüntüleme isteminden %12,93'ünün defansif nedenlerle yapıldığı belirlenmiştir. Toplamda dahili branşlarda %11,31, cerrahi branşlarda %14,12 oranında defansif işlem yapıldığı görülmektedir. Defansif uygulamalar genel olarak ele alındığında %12,58 oranında defansif nedenlerle istem yapıldığı belirlenmiştir.

#### IV. TARTIŞMA

Bu bölümde nicel ve nitel yöntemlerle ulaşılan DT uygulamalarına yönelik bulgular birlikte sunularak literatürle tartışılmıştır. Selçuk Üniversitesinden elde edilen veriler nicel, Necmettin Erbakan Üniversitesinden elde edilen veriler nitel olarak anılacaktır.

Araştırmanın nicel yöntemle yürütülen kısmına hekimlerin demografik özellikleri, %39,1 kadın %60,9 erkek olup %33,1 yaş ortalamasındadır. Cerrahi branşlardan %47,0 dahili branşlardan %53,0 katılım sağlanmış, kurumda çalışma süresi 4,65 olduğu belirlenmiştir. Nitel yürütülen kısmında katılımcıların %20'si kadın, %80'i erkek ve yaş ortalaması 28,03'tür. Cerrahi ve dahili branşlardan %50,0'lik katılımı, kurumda ortalama çalışma süresi 2,13 yıl olup, katılımcıların %60'ünün 3. ve %40'ünün 4. risk grubunda yer aldığı görülmektedir. Literatürde aynı kapsamda yapılan çalışmalarda yaş ortalaması Aynacı (2008) 42, Selçuk (2015) 38,69 olarak belirlenmiştir. Çalışma grubunu oluşturan hekimlerin her iki çalışma ile karşılaştırıldığında daha çok genç hekimlerden oluştuğu görülmektedir.

Araştırmanın nicel bölümüne katılan 253 hekimden sadece 3 (% 0,01) hekim defansif uygulamalara başvurmadığını belirtmiştir. Bu bağlamda araştırma grubundaki hekimlerin mesleklerini icra ederken %99'u en az bir veya birden fazla uygulamaya başvurdukları ve uygulama yaygınlığının %55,4 olduğu tespit edilmiştir. Nitel bölümde ise 30 hekimden 24'ünün (%80) DT uyguladığı belirlenmiştir. DT uygulanmayan 6 hekimin o gün içinde 5'ten daha az hasta muayene ettiği dikkat çekmektedir. Aynacı (2008) yılında yaptığı çalışmada defansif uygulamaların yaygınlığını %78, Yılmaz (2012) %83, Özata ve diğerleri (2018) %93,6 olarak belirlemişlerdir. Literatürde Saruhan ve diğerleri (2018) diş hekimliği alanında yaptıkları çalışmada dünyada ve Türkiye'de malpraktis davalarının artma trendinde olduğunu ve defansif tıp uygulamalarının arttığına yönelik bulgular yer almaktadır (Aynacı, 2008; Özata vd., 2018a; Saruhan vd., 2018; Yılmaz, 2012). Yurtdışı yayınlarda İsrail'de %60, ABD'de 70, İngiltere'de %90 ve İran'da %99.8 oranında uygulandığı görülmektedir (Asher vd., 2012; Moosazadeh vd., 2014; Summerton, 2000; Tancredi ve Barondess, 1978). Literatürdeki araştırmalarla karşılaştırıldığında araştırmanın bulguları benzerlik göstermektedir.

Pozitif DT öne çıkan uygulamalardan aydınlatılmış onamlara ilişkin verilere ayrıştırma yöntemi kullanarak göz attığımızda, %88,14 çok sık/her daha fazla dikkat ettiklerini, %85,37 çok sık/her zaman daha ayrıntılı kayıt tuttukları, %76,67 çok sık/her zaman detaylı açıklamalar için daha fazla zaman ayırdıkları görülmektedir. Nitel bölümde ise kanıta dayalı tıp teknikleri yoğun olarak kullanmakta hastaları mümkün olduğunca teşhis-tedavi sürecine dâhil etmek istemekte oldukları belirlenmiştir. Bu süreçte özellikle aydınlatılmış onamlara özen göstermekte %80 bununla yetinmeyip hastalara daha fazla zaman ayırarak bir takım fazladan notlar aldıkları ifadelerden anlaşılmaktadır. Çalışmanın literatürdeki çalışmalarla kıyaslandığında Aynacı %72,96, Selçuk %74,1 oranında aydınlatılmış onamlara daha fazla önem verdikleri yönünde bulgular görülmektedir (Aynacı, 2008; Selçuk, 2015). Nitel olarak ulaşılan veriler araştırmanın nicel bölümündeki bulgularla örtüşmektedir. Çalışma Aynacı ve Selçuk'un çalışmasıyla karşılaştırıldığında hastaya bilgi verme, kayıtlara özen gösterme ve özellikle aydınlatılmış onamlara daha fazla dikkat etme yönündeki davranış eğilimlerinde artış olduğu görülmektedir. Bu eğilim artışına malpraktis davalarındaki artış ve konunun basında işlenişinde olumsuz tutumunun neden olduğu görülmektedir.

Tıbbi uygulamalarda hastalara bilgi verme ve bunu imza altına alarak oluşabilecek davalardan korunmaya çalışmanın tarihi 1914 yılında ABD'de yargıç Cadrozo tarafından verilen "*yetişkinlik çağına ve sağlam zihni becerileri olan her insanın, kendi bedeni ile ne yapılacağını belirleme hakkına sahip olduğu ve hastasının rızası olmadan ameliyat yapan bir cerrahın sorumlu olduğu ve bir saldırı gerçekleştirdiği*" yönündeki kararından beri tıbbi müdahalelerde ve gündemde yer almaktadır (Bolsin ve Suanders, 2012; Rebers vd., 2016). Aydınlatılmış onamlar yurt içi ve yurt dışı yayınlarda defansif uygulamaların ilk sırasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda aydınlatılmış onam almanın öğretilerdeki diğer defansif uygulamaları azalttığı yönünde bulgulara rastlanmamıştır (Ratkowitz, 2012).

Danıştay 15. Daire (2018) 2013/ 12134 esas sayılı dosyada davacıların çocuğuna yapılan enjeksiyonun yanlış yere yapıldığı bahisle enjeksiyon yapılan kuruma maddi manevi toplam 70.000TL tazminat davası açılmıştır. Danıştay'ın 330 sayılı kararında enjeksiyonun sonuçları ve olası komplikasyonları anlatıldığına ve davacıların bu işleme rıza gösterdiklerine dair yazılı imzalı aydınlatılmış onam alınması gerektiği üzerinde durmuştur (Danıştay, 2018). Dava konusu olan tıbbi işlemlerde aydınlatılmış onamlar çok önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir (Danıştay, 2017). Aydınlatılmış onamların hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösterilerek yapılması, bilgilerin hastanın anlayacağı şekilde verilmesi yönünde Danıştay kararları bulunmaktadır (Danıştay, 2008). Bilgilendirme sonrasında hastanın yazılı olarak anladığının ve kabul ettiğini belirten ifadelerle yapılacak müdahaleye yazılı onay vermesi aranmakta, aydınlatılmış onam ispat yükünü mahkemeler hekimlere yüklemekte olduğu görülmektedir (Danıştay, 2014).

DT uygulamalarından öne çıkan ve maliyetleri etkisi yönünden akla ilk gelen hususlar fazladan laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerine başvurma olarak görülmektedir. Çalışmanın nicel bölüme katılan hekimlerin %40,3'ü laboratuvar, %37,9'u görüntüleme istemlerine yüksek oranda başvurdukları anlaşılmaktadır. Bulgular Aynacı (2008)'nin çalışmasında fazladan laboratuvar tetkiki



isteme %30,31, gereksiz görüntüleme tetkiklerine başvurma %39,11 olarak belirlenmiştir. Defansif tıp uygulamaları konusunda bir diğer tez çalışmasında Selçuk (2015) İzmir ili merkezli çalışmasında gereksiz tetkiklere başvurma %41,4 olarak tespit etmiştir (Aynacı, 2008; Selçuk, 2015). Literatürde bulunan iki çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir. Ancak araştırmanın nitel bölümünde ise hekimler %13 laboratuvar, %20 oranlarında görüntüleme istemlerinde bulduklarını ifade etmişlerdir. İki parametrede hasta dosyaları üzerinden yapılan derinlemesine incelemede ise %10,6 laboratuvar, %14,20 görüntüleme istemi yapıldığı görülmüştür. Derinlemesine görüşmede laboratuvar ve görüntüleme istemlerinin oranı anket yöntemlerinde elde edilen verilere kıyasla daha düşük olduğu görülmektedir. Aradaki farka birden fazla bileşen etki etmektedir. Bunlardan ilki derinlemesine görüşmelerde acil servis ve yataklı servislerin kapsam dışı tutularak poliklinik hastalarının değerlendirilmeye alınmasıdır. İkincisi 3. basamak sağlık kurumlarında hasta için bütün imkânlarının seferber edilerek DT daha az uygulandığı, hatta son bulduğu görüşünün hâkimiyetidir. Üçüncüsü tedavilerin multidisipliner bir yaklaşımla konseyle karar verildiğini için hata riskini en aza indirdiği yaklaşımıdır. Dördüncüsü ve en önemlisi, DT uygulamalarının zaman içerisinde kanıksanarak kanıt dayalı tıbbi uygulamalar kapsamında rutin uygulamalara dönüşmesinin yaygın olarak ifade edilmesidir.

Sağlık Bakanlığı istatistikleri ile OECD verileri karşılaştırıldığında ülkemizde 1000 kişiye düşen MR görüntüleme sayısının 157 ile bütün ülkelerden daha fazla olduğu görülmektedir. BT işlem sayısına göre ülkeler değerlendirildiğinde ise 1000 kişide 188 BT görüntülemesi ile Türkiye ülke sıralamasında yedincidir (Güdük vd., 2018; Sağlık Bakanlığı, 2016).

Dünya çapında gereksiz laboratuvar testlerini azaltmak için yapılan girişimler bulunmaktadır (Hauser ve Shirts, 2014). Laboratuvar istem sebeplerinin yeniden sorgulanması ile istemlerde %50' ye varan düşüş kaydedildiği çalışmalar bulunmaktadır (May vd., 2006). Hekimlere klinik laboratuvarın rasyonel kullanımı konusunda tavsiyede bulunmanın etkili olduğunu ancak yeterli olmadığını çalışmalarda doğrulamıştır (Khalifa ve Khalid, 2014). Yatan hastalardan ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde uzun süreli yatışlarda toplamda 1000 ml kan alınmış hastalar olduğu akademik çalışmalarda belirlenmiştir. May ve diğerleri (2006) günlük hekimlik uygulamalarında laboratuvar istemlerine küçük farkındalıklar yaratma ile yatan hastalarda %12 daha az müracaat edildiği ve %21 oranında kan transfüzyonunda azalmalar olduğunu bildirmişlerdir (May vd., 2006). Ülkemizde defansif nedenler dışında laboratuvar istemlerinin bilinçli yapılmadığı gereksiz test istemlerinin yapıldığını bildirilen akademik çalışmalar bulunmaktadır (Çuhadar ve Köseoğlu, 2014; Fidan, 2016; Özbek ve Öktem, 2010).

DT uygulamalardan kaçınma davranışlarında dikkat çeken ilk üç uygulamada her zaman ve çok sık seçeneklerini birleştirerek incelediğimizde hekimlerin %28,85'i hasta ve yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için ve şikayet/dava etme olasılığı yüksek hasta ve yakınlarından korunmak için, %26,08 oranında hekim de komplikasyon olasılığı yüksek hastalıklardan dava edilme endişesiyle kaçındıklarını bildirmişlerdir. Aynacı (2008) hasta ve yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından dolayı defansif uygulamaları araştırmamıştır. 2008'li yıllarda sağlık çalışanlarına şiddet vakalarının sayısının az olması nedeniyle incelemeye alınma durumu söz konusudur. Selçuk (2015) %46,30 olarak hasta ve yakınların sözlü ve fiziksel saldırıları nedeniyle defansif uygulamalara başvurduklarını belirtmişler bu çalışmadan daha yüksek oranda belirlenmiştir. Diğer dava etme olasılığı yüksek hasta ve yakınları ve kompleks uygulamalar nedeniyle defansif tıp uygulamaları Aynacı ve Selçuk'un çalışmalarıyla uygun bulgulara ulaşılmıştır (Aynacı, 2008; Selçuk, 2015). Saruhan ve diğerleri (2018) diş hekimliğinde defansif tıp çalışmaları kapsamında katılımcılara "İçinde bulunduğunuz sağlık sistemi hekime şiddeti önlemede gerekenleri tam olarak yapmış mıdır?" sorusuna her zaman %1,7; çoğu zaman %1,7 cevabını vermişlerdir. Başka bir deyişle çalışmaya katılan hekimlerin %96,6'sı sağlık sisteminin şiddeti önlemek için sistemin üzerine düşeni yapmadığını düşünmektedir (Saruhan vd., 2018). Sağlık sektöründe merakla beklenen şiddet yasası 17 Nisan 2020 tarihli Resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Resmi Gazete 2020). Yasal düzenlemenin sağlık çalışanına şiddet olaylarını azaltacağı böylelikle şiddet kaynaklı DT uygulamaların oranının düşmesi beklenmektedir.

Çalışmaya katılan hekimler performans sistemi, sevk sisteminin olmayışı gibi nedenlerle çok fazla hasta bakma ve poliklinik hizmetlerindeki yoğunluktan yakınmışlardır. Hastaların bekleme sürelerinde sabırsız olduklarını, bu nedenle sergiledikleri davranışlardan (taciz) olarak nitelendirilerek çalışma ortamında huzursuz olduklarını ifade etmişlerdir. Literatürde sevk sistemi ile ilgili yayınlar bulunmaktadır. Ülkemizde sosyalizasyon politikalarının uygulandığı (1961) döneminde zorunlu sevk uygulanmaya çalışılmış kısa sürede politik tercihlere yenik düşmüştür. SDP ile yeniden gündeme gelen sevk sistemi yine politik nedenlerle uygulanma alanı bulamamıştır (Bulut ve Uğurluoğlu, 2018).

Sevk zinciri sisteminin işlemeyişi üniversite hastanelerinde hasta yığılmasına neden olduğunu bildirirken, sevk sisteminin kendi başına çözümde yetersiz kalacağı görüşü öne çıkmaktadır. Sevk sisteminin olması durumunda sevk kotalarının gündeme alınacağı görüşüne sahip olan katılımcılar bu kez de 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarında defansif uygulamaların daha yoğun olacağını görüşünü paylaşmıştır. Hekimlerin hastalarını iyi tanıması ve geçmişe yönelik hastaya ait nitelikli sağlık verisinin hekimlerin daha rahat karar vereceğini bu nedenle 1. basamak hizmetlerinin önemi ortaya çıkmıştır.

Sağlıkta sevk zinciri nasıl olmalı ve nasıl işlemelidir. Sistemin çalışabilmesi için öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplum tarafından güvenilir, kabul edilir ve toplum tarafından kullanılabilir olması gerekmektedir (Bulut ve Uğurluoğlu, 2018). Bu ortamda bireylerin yeni bir sağlık sorunu ile karşılaştığında birinci basamak sağlık hizmetlerini kullandıklarında hekim hastanın sağlık sistemini diğer aşamalarını kullanımında rehberlik ve kontrol etmelidir. Bu düzenlemeye literatürde kapı tutuculuk denmektedir (Başer vd., 2015a). Kapı tutuculuk, hastaların sevk isteklerine bariyer olmak değil, bireylerin sağlık sorunlarında danışmanlık yapan, tedaviyi uygulayan, gereğinde sevk ederek sevk izleyen ve sonuçları değerlendiren sağlık hizmetlerini içermelidir (Öcek vd., 2006). Ancak piyasa unsurlarının geçerli olduğu sistemlerde sevk kararını belirleyen temel unsurun tüketici (hasta) kararı olduğu ve sevk sisteminin zorunlu tutulmasının krizlerle sonuçlandığı görülmektedir (Carlsen ve Norheim, 2005).

Katılımcılarda defansif tıp uygulamalarını sistemin getirdiği yönünde yaygın bir görüşün bulunmakta olduğu tespit edilmiştir. Defansif tıp uygulamalarından yana olumlu görüş belirten bir katılımcı bu uygulamaların mevcut şartlar altında doğal karşılanması gerektiğini belirtmiştir. İçinde bulunulan sağlık ortamı ve kanıta dayalı tıp dinamikleri nedeniyle uygulamaların neredeyse standart tedavi protokolü olduğu sıkça ifade edilmiştir. Defansif tıp uygulamalarının branş ve hastalık boyutuna göre değişeceği, ancak hasta davranışının merkezi rolü olduğu görüşünü katılımcılar tarafından araştırmanın nitel bölümünde yaygın olarak paylaşılmıştır. Meslektaşlarının malpraktis yasalarından korunmak için gereksiz istemlerde bulduklarını ya da hasta tedavisinden kaçındıklarını bildiren katılımcılar, defansif uygulamaların yeni tedavi protokolü olduğu yönünde bildirimlerde bulunmuşlardır. Bu bildirim tartışmanın en çarpıcı bulgulardan biri olarak karşımıza çıkmıştır. Assing ve diğerleri (2017) Danimarka birinci basamak sağlık kuruluşlarında genel pratisyen hekimlerle yaptıkları çalışmada defansif tıp uygulamalarının yeni tedavi protokolü olduğu yönünde bulguları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Assing vd., 2017).

Çalışmaya katılan hekimlerin önceki yaşantıları ve meslektaş tecrübeleri nedeniyle hukuk sistemi ve hukukçulara karşı güvenlerinin zayıf olduğu yönünde ön yargılı oldukları ifadelerden anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarına karşı şiddete başvuranlara yaptırımların yeterli olmayışı bu algıyı pekiştirmektedir.

Arıkan ve diğerlerinin (2015) tıp ve hukuk fakülteleri öğrencileri üzerinden yaptıkları çalışmada hukuk fakülteleri öğrencilerinin hâkim olarak mesleğini icra ettiklerinde hastaların mağdur olduğunu düşündükleri davalarda hekimlere karşı %65 oranında objektif davranabileceklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hekimler kendilerine karşı açılan davalarda hakimlerin %84 oranında objektif davranmayacakları yönünde bildirimde bulunmuşlardır (Arıkan vd., 2016). Hukuk fakültesi öğrencilerinin %100 objektif davranamayacakları olgusu %65'lik oranının adil yargılanma tartışmalarını akla getirmektedir. Hekimlerin kendilerine adil davranılmayacağı görüşü mesleklerini

icra ederken defansif uygulamalara müracaat edeceklerinin belirleyicisi olarak görülmektedir. Hekimlerin ve hakimlerin iletişim kanallarını daha açık tutacağı bir dizi faaliyet gerçekleştirilmelidir.

Tazminat davası tutarlarının hekimlerin kazançları ile doğru orantılı olmayışı, malpraktis davalarıyla yüzleşen meslektaşlarının haberlerinin görsel ve sosyal medyada abartılarak işlenmesi kaygı düzeyinin artışına yol açtığı katılımcılar yaygın olarak ifade edilmiştir. Bu nedenle hekimlerin defansif uygulamalara başvurmak durumunda kaldıkları ifade edilmiştir.

Hekimlerden Malpraktis davaları medyada fazlaca yer buldukça tedirginlik hissetmekte oldukları Selçuk (2015) %77,8, Başer ve diğerleri (2014) aile hekimlerinde %98,5, diğ hekimlerinde %78,1 olarak bildirilmektedir (Başer vd., 2014a; Başer vd., 2014b; Selçuk 2015). Medyada popülerliği artırmaya yönelik olarak sıradan, hekimlerin bilgisini yeteneğini sorgulayan, sonuçları henüz kesinleşmemiş sağlık haberlerinin “sağlıkta skandal” başlığı altında abartılarak sunulmaktadır. Sağlık çalışanlarını zor durumda bırakan bu eylemler hastalar hakkında önyargı oluşmasına neden olmaktadır. Sağlık sisteminin işleyişine olumsuz katkı vermektedir (Aslan ve Özer, 2018; Aydaş, 2014; Gökşen, 2014; Selçuk, 2015).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde 2003 yılında başlayan yapısal değişim hekimlerin tıpta uzmanlık tercihlerinin değişmesine neden olduğu akademik çalışmalarda dikkat çekmektedir. Acil tıp, çocuk sağlığı hastalıkları, göğüs hastalıkları, kardiyoloji ve cerrahi branşlardan çocuk cerrahi, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum branşlarının taban puanlarının yıllar içerisinde düşüş trendine girdiği görülmektedir. Sağlıktaki şiddet olayları, medya haberleri ve malpraktis davaları riskli branşlardan hastaya dokunulmaya riski düşük branşlara yönelime neden olmaktadır. Uzun vadede sağlık sisteminde köklü problemlere yol açacağı ileri sürülen trend değişiminin sürecin yönetilmesinde sorunların göstergesi olarak ele alınmaktadır.

## **V. SONUÇ ve ÖNERİLER**

Ülkelerin ekonomik ve politik iklimine göre sunulan sağlık hizmetlerinde DT uygulamaları ilk olarak gelişmiş ülkelerden öncelikle ABD’de fark edilerek akademik sahada konuşulmaya başlamıştır. Sağlık sistemi gelişmiş ülkelerde tartışılan DT günümüzde dünya genelinde akademik alanda araştırılmakta olduğu görülmektedir. Akademik çalışmalardan DT uygulamalarının sağlık sistemi, hekim ve hastanın içinde bulunduğu her durumdan etkilendiği anlaşılmaktadır.

Hekimlerin DT uygulama yönündeki tutumları hayli yüksek görülmektedir. Çalışmalarda hekimlerin olası malpraktis davalarından kendilerini korumak için etik öğretiler doğrultusunda aydınlatılmış onamlara özen göstererek ve hastalara daha fazla zaman ayırdıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte fazladan konsültasyon, laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerine yüksek oranlarda müracaat ettiklerine yönelik bulguları yurt dışı ve yurt içi çalışmalar desteklenmektedir.

Literatürde yer alan bilgilerden hareketle defansif nedenlerle gereksiz yere görüntüleme ve laboratuvar istemleri derinlemesine görüşme ve doküman incelemesi ile araştırıldığı çalışmada görüntüleme ve laboratuvar istem tutum oranlarının uygulamaya daha düşük oranda yansıdığı belirlenmiştir.

Hasta merkezli ve kanıta dayalı tıp yöntemiyle verilen sağlık hizmetlerinde kurumun bütün imkânları hasta için seferber edilmektedir. Bu nedenle istenen tetkik ve tahlillerin büyük kısmının hekimler tarafından DT uygulaması olarak algılanmadığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan köklü değişiklikler ve malpraktis davalarının artmasıyla başlangıçta DT olarak nitelendirilen uygulamaların kanıksanarak günümüzde rutin protokol haline geldiği anlaşılmaktadır.

DT’nin tespit edilmesinde yaşanan güçlüklerin aşılmasında, teşhis ve tedavi işlemlerinde hastaya fiziksel, psikolojik yarar ve mali yük dengesi gözetilerek sınırların belirlenmesi yol gösterici olabilir. Karar destek sistemlerinin oluşturulması hem gereksiz istemlerin önleyecek hem de malpraktis ve

komplikasyon ayrımının yapılması olumlu katkı vererek DT uygulamalarını azaltacağı düşünülmektedir.

Poliklinik hizmetlerinde hasta sayısının yoğun olduğu saatler, poliklinik önündeki yığılmaların DT uygulamalarını tetiklediği görülmektedir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi sevk sistemi uygulanması ile yataklı tedavi kurumlarına yığılmanın önlenmesi DT uygulamaların azaltılması yönünden de önem arz etmektedir.

Hasta ve yakınlarının şiddetine yönelik yapılan son yasal düzenleme sağlık çalışanına şiddeti büyük ölçüde ortadan kaldıracığı beklenmektedir. Böylelikle şiddetten kaynaklanan DT uygulamaların azaltacağı düşünülmektedir.

Medyada haber değeri öne alınarak hasta ve sağlık çalışanında olumsuz etki bırakacak habercilik uygulamalarından vazgeçmelidir. Hastaları ön yargıya sürükleyen ve hekimlerin endişe düzeyini artıran haberlerin denetlenmesi DT uygulamalarının azalması yönünde olumlu katkı verecektir.

Yüksek riskli branşlardan hastaya dokunulmayan riski düşük branşlara doğru TUS tercihlerindeki yönelimin branşlarda oluşturacağı dengesizlik gelecekte sağlık hizmetinin sunumunda aksaklıklara neden olacaktır. Bu eğilimlerin doğru analiz edilmesi ve gerekli tedbirlerin alınması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının ve özellikle hekimlerin risk kazanç dengesi kurularak hasta ve yakınlarının güvende hissettiği dengeli, ekonomik, sürdürülebilir bir atmosfer için yeni düzenlemelere ihtiyaç olduğu görülmektedir. Yasal düzenlemelerle DT uygulamalarına başvurusu yönünden hekim tercihinin değiştirilmesi, böylelikle sağlık hizmeti sunumunda başta zaman olmak üzere psikolojik ve ekonomik kayıpların önüne geçileceği sistem oluşturulması beklenmektedir.

## KAYNAKLAR

- Akbaba, M. & Davutoğlu V. (2016). Sağlık ve hukuk kıskacında hekim: Ne yapmalı? *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 44(7), 609-616.
- Alexander, J.A., Hearld, L., Mittler, J.N., & Harvey, J. (2012). Patient–physician role relationships and patient activation among individuals with chronic illness. *Health Services Research*, 47(3 Pt 1), 1201-1223. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01354.x
- Alkan, H. (2001). İşletme başarısında maliyet yönetiminin rolü ve maliyet yönetiminde yeni yaklaşımlar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 2(1), 177-192.
- Alkan, V., Şimşek, S., & Armağan, E. B. (2019). Karma yöntem: Öyküleyici alanyazın incelemesi. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 558-581.
- Altun, G., & Yorulmaz, A. Ç. (2010). Yasal değişiklikler sonrası hekim sorumluluğu ve malpraktis. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 7-12.
- Ardahan, M., & Alp, F. Y. (2015). Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 85-89.
- Arık, Ç. (2018). 10 yıl sonra ameliyat yapacak cerrah bulamayacağız. *Medimagazin*. <https://www.medimagazin.com.tr/ozel-saglik/tr-10-yil-sonra-ameliyat-yapacak-cerrah-bulamayacagiz-9-12-79530.html>
- Arıkan, M., Kalkan, E., Erdi, F., Deniz, M., & İzci, E. (2016). Tıp hukukunda olgularla malpraktis-komplikasyon ayrımı: Tıp fakültesi ve hukuk fakültesi son sınıf öğrencilerinin konuya bakış açısı, sorunlar ve çözüm önerileri. *Türk Nöroşirurji Dergisi*, 26(1), 40-48.

- Asher, E., Dotan, S. G., Halevyi, J., Glick, S., & Reuveni H. (2012). Defensive medicine in Israel-A Nationwide Survey. *Plos One*, 7(8), e42613.
- Aslan, Ş., & Özer, K. (2018). İnternet gazetelerinde yer alan tıbbi hatalı uygulama (malpraktis) haberlerinin incelenmesi. 2. *Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı* (ss. 1887-1897). Muğla.
- Assing, H. E., Lykkegaard, J., Pedersen, L. B., Pedersen, K. M., Munck, A., & Andersen, M. K. (2017). How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. *BMJ Open*, 7(12): e019851.
- Aydaş, S. (2014). *Hekimlerde malpraktis kaynaklı defansif tıp davranışları*. (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aydın, S. (2011, Mart 20). *Performansa göre ödeme sistemlerinin zorlukları*. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/266/Performansa-gore-odeme-sistemleri-ve-zorluklari.aspx>.
- Aynacı, Y. (2008). *Hekimlerde defansif tıp (çekinik) uygulamalarının araştırılması*. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya.
- Başer, A., Kolcu, G., Çıgırgil, Y., Kadıncız, B., & Öngel, K. (2014a). İzmir Karşıyaka ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 3, 16-24.
- Başer, A., Kolcu, M. İ. B., Kolcu, G., Tuncer, Ö., & Altuntaş, M. (2014b). Diş hekimlerinin defansif diş hekimliği konusundaki görüşleri: Kesitsel bir çalışma. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 24(2), 103-109.
- Başer, D. A., Kahveci, R., Koç, E. M., Kasım, İ., Şencan, İ., & Özkara, A. (2015). Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. *Ankara Medical Journal*, 15(1), 26-31.
- Batı, F. (2015, Mayıs 6). *Tıpta uzmanlık sınavında tercih edilmeyen branşlar!* Medimagazin. <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/tip-egitimi-tus/tr-tipta-uzmanlik-sinavinda-tercih-edilmeyen-branslar-2-22-69244.html>
- Beylik, U., Yılmaz, A., & Akça, N., (2015). Hastanelere geri ödemede Sağlık Uygulama Tebliği ile teşhis ilişkili grupların karşılaştırması: Kolesistektomi vakası örneği. *İşletme Bilimi Dergisi*, 3(2), 39-53.
- Bilgin, R., & Küçükhasar, M. (2018). Türkiye’de kamu sağlık kuruluşlarında yaşanan etik dışı davranışlar ve uygulamaların genel görünümü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(1), 139-154.
- Blanckaert, N. (2010). Clinical pathology services: Remapping our strategic itinerary. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 48(7), 919-925.
- Bolsin, S., & Saunders, K. (2012). Informed consent in medical practice. *Trends in Urology & Men’s Health*, 34-36. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/tre.288>
- Bulut, S., & Uğurluoğlu, Ö. (2018). Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(3), 118-132.

- Cankorkmaz, L., Özşahin, S. L., Arslan, M. Ş., Gümüş, C., & Köylüoğlu, G. (2009). Radyolojik görüntüleme yöntemlerinde hastaların maruz kaldığı iyonizan radyasyon dozu hakkında dönem IV tıp öğrencilerinin bilgi düzeyi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31(3), 226-230.
- Carlsen, B., & Norheim, O. F. (2005). "Saying no is no easy matter" A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research*, 5(1), 70.
- Catino, M., & Celotti, S. (2009). The problem of defensive medicine: Two Italian surveys. *Stud Health Technol Inform*, 148, 206–221.
- Catino, M. (2011). Why do doctors practice defensive medicine? The side effects of medical litigation. *Safety Science Monitor*, 1(15), 1-12.
- Cervellin, G. (2016). Defensive medicine in the emergency department. The clinicians' perspective. *Emergency Care Journal*, 12:5615(1), 20-22.
- Chang, T. T. Y. (1991). An economic assessment of defensive medicine. (Doctoral Thesis), University of Hawaii, ABD.
- Chen, K. B., & Yang, Y. C. (2014). Increased perception of malpractice liability and the practice of defensive medicine. *Journal of Empirical Legal Studies*, 11(3), 446–476. doi: /10.1111/jels.12046
- Cirhinlioğlu, Z. (2016). *Sağlık sosyolojisi* (6. Bs.). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık ekonomisi* (3. Bs.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çuhadar, S., & Köseoğlu, M. (2014). Sağlıkta ekonomi dönemi: laboratuvarların yeni politikaları neler olmalı? *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, 13(1), 35-42.
- Danıştay, (2008). 13. Daire, 2008/4519 esas, 2008/10750 kararı.
- Danıştay, (2014). *Hastadan aydınlatılmış onam alındığını ispat yükü doktora aittir*. T.C. Danıştay 15. Daire esas no:2013/11061karar no:2014/2456.
- Danıştay, (2017). 13. Daire, 2016/7750 esas, 2017/8617 kararı.
- Danıştay, (2018). 15. Daire 2013/12134 esas, 2018/330 kararı.
- Doğan, M. (2007). Hukuki sorumluluk bakımından hekimin kusuru ve ispatı. *Sağlık Hukuku Sempozyumu*. Ankara: Yetkin yayınları.
- Ersoy, L. V. (2014). Tıbbi Malpraktis. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, 5(1).
- Fidan, Y. (2016). *Akılcı laboratuvar kullanımı açısından gereksiz tetkik istemlerinin retrospektif analizi: Seroloji laboratuvarı örneği*. (Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Giray, F., & Çimen, G. (2018). Sağlık harcamalarının düzeyini belirleyen faktörler. Türkiye ve OECD ülkeleri analizi. *Sayıştay Dergisi*, 211, 142-171.
- Gittelsohn, C. (2014). *Each patient is a unique human being, not a disease or a group of symptoms*. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. <https://www.mskcc.org/news/each-patient-unique-human-being-not-disease-group-symptoms>.

- Goold, S.D., & Lipkin, M. (1999). The doctor–patient relationship challenges, opportunities, and strategies. *Journal of General Internal Medicine*, 14(Suppl 1), 26-33.
- Gökşen, Ö. (2014). *Defansif tıp ve tıbbi malpraktis uygulamalarının hukuki boyutu, çözüm önerileri ve mesleki sorumluluk sigortası*. (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Greenberg, J., & Green J. B. (2014). Over-testing: Why more is not better. *The American Journal of Medicine*, 127(5), 362-363.
- Güdük, Ö., Kılıç, C. H., & Güdük, Ö. (2018). Radyasyonun zararlı etkileri hakkında hastaların bilgi düzeyinin değerlendirilmesi: Bir hastane örneği. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 874-889.
- Hakeri, H. (2012). *Tıp hukuku*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hancock, C. R. (2006). Medical tort reform: A novel approach. *Journal of the American College of Radiology*, 3(11), 829-831.
- Hauser, R. G., & Shirts, B. H. (2014). Do we now know what inappropriate laboratory utilization is? An expanded systematic review of laboratory clinical audits. *Pubmed*, 41(6), 774-783.
- He, A. J. (2014). The doctor-patient relationship, defensive medicine and overprescription in Chinese public hospitals: Evidence from a cross-sectional survey in Shenzhen city. *Social Science & Medicine*, 123, 64-71.
- Hermer, L. D., & Brady, H. (2010). Defensive medicine, cost containment, and reform. *Journal of General Internal Medicine*, 25(5), 470-473.
- 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*, 12(47), 7671-7675.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2015). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi* (4. Bs.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, A., Aktürk, Z., Çayır, Y., & Taştan, K. (2014). 2007-2013 arası tıpta uzmanlık sınavları: Bir trend analizi. *Ankara Medical Journal*, 14(2), 53-58.
- Kesler, D., & McClellan, M. (1996). "Do doctors practice defense medicine?," *Quarterly Journal of Economics*, 111(2), 353-390.
- Khalifa, M., & Khalid, P. (2014). Reducing unnecessary laboratory testing using health informatics applications: A case study on a tertiary care hospital. *Sciencedirect*, 37, 253-260.
- Massachusetts Medical Society (2008). *Investigation of defensive medicine in Massachusetts*. <http://www.massmed.org/defensivemedicine/>
- May, T. A., Clancy, M., Critchfield, J., Ebeling, F., & Enriquez, A. (2006). Reducing unnecessary inpatient laboratory testing in a teaching hospital. *American Society for Clinical Pathology*. 126(2), 200-206.
- Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. A., & Studdert, D. M. (2010). National costs of the medical liability system. *Healthaffairs*, 29(9):1569–1577.

- Moosazadeh, M., Movahednia, M., Movahednia, N., Amiresmaili, M., & Aghaei, I. (2014). Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. *International Journal of Health Policy and Management*, 2(3), 119-123.
- Nasrallah, H. A. (2010). Treat the patient, not the disease: Practicing psychiatry in the era of guidelines, protocols, and algorithms. *Current Psychiatry*, 9(8), 13-14.
- Null, G., Dean, C., Feldman, M., Rasio, D., & Smith, D. (2005). Death by medicine. *Journal of Orthomolecular Medicine*, 20(1), 21-34.
- OECD (2018). *OECD health policy studies. Stemming the superbug tide just a few dollars more*. OECD publishing. <http://www.oecd.org/health/stemming-the-superbug-tide-9789264307599-en.htm>
- O'Leary, K. J., Choi, J., Watson, K., & Williams, M. V. (2012). Medical students' and residents' clinical and educational experiences with defensive medicine. *Academic Medicine*, 87(2), 142-148.
- Ovalı, F. (2010). Hasta güvenliği yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 33-44.
- Öcek, Z. A., Çiçeklioğlu, M., & Türk, M. (2006). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapitutuculuk nedir? Türkiye'de uygulanabilir mi? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(8), 144-148.
- Öner, C. (2015). Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi. *Aile Hekimliği Dergisi*, 19(4), 165-169.
- Özata, M., Özer, K., & Akkoca, Y. (2018a). Konya il merkezinde çalışan hekimlerde defansif (Çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 132-139.
- Özata, M., Terlemez, A., Özer, K., & Akkoca, Y. (2018b). Diş hekimliğinde defansif tıp: Konya örneği. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 4(2), 179-188.
- Özbek, Ö. A., & Öktem, İ. M. A. (2010). Hepatit B aşıları kişilerden gereksiz test istekleri. *Mikrobiyoloji Bülteni*, 44(2), 285-90.
- Öztürk, N., & Gençtürk, M. (2018). Hekimlerin branş tercihlerinin trend analizi yöntemi ile incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 4(19), 2193-2022.
- Ratkowitz, J. J. (2012). *The role of informed consent in defensive medicine*. [https://www.martindale.com/medical-malpractice-law/article\\_John-J-Ratkowitz\\_1435118.htm](https://www.martindale.com/medical-malpractice-law/article_John-J-Ratkowitz_1435118.htm)
- Rebers, S., Aaronson, N. K., Leeuwen, F. E. V., & Schmidt, M. K. (2016). Exceptions to the rule of informed consent for research with an intervention. *BMC Medical Ethics*, 17(1), 9.
- Resmi Gazete, (09.11.1982) 17893 sayılı "Türkiye Cumhuriyeti Anayasası".
- Resmi Gazete, (17.04.2020). 7243 sayılı "Yükseköğretim kanunu ile bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanun".
- Sağlık Bakanlığı, (2016). *Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016*. Ankara: SAGEM.
- Saruhan, N., Altındış, S., & Gojayeva, G. (2018). Diş hekimlerinin defansif tıp uygulamaları konusunda tutumlarının değerlendirilmesi. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 2(3), 165-173.



- Selçuk, M. (2015). *Çekinik (defansif) tıp*. (Yüksek Lisans Tezi), İzmir Üniversitesi, İzmir.
- Sert, S. (2015). Türk hukukunda kadın doğum hastalıkları hekimlerinin gerçekleştirdiği müdahaleler ve hekimlerin yükümlülükleri. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 6(3), 149-65.
- Soysal, A. (2014). Çocuklarda akılcı antibiyotik kullanımı. 'Akılcı İlaç Kullanımı ve Farkındalık'' Sempozyumu Kitapçığı (ss. 33-38). İstanbul.
- 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(21), 2609-2617.
- Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: A questionnaire study of general practitioners. *BMJ*, 310(6971).
- Sümbüloğlu, V., & Sümbüloğlu K. (2004). *Sağlık bilimlerinde araştırma yöntemleri* ( 5. Bs.). Ankara: Hatiboğlu Basım ve Yayım.
- Tancredi, L. R., & Barondess, J. A. (1978). The problem of defensive medicine. *Science*, 200(4344), 879-882.
- Tebano, G., Dyar, O. J., Beovic, B., Beraud, G., Thilly, N., & Pulcini, C. (2018). Defensive medicine among antibiotic stewards: The international ESCMID AntibioLegalMap survey. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 73(7), 1989-1996.
- Tecim, E. (2018). *Sağlık sosyolojisi* (1. Bs.). İstanbul: Çizgi Kitabevi.
- Terry, N. R. (2010). *Physicians are talking about: The culture of defensive medicine*. <https://www.medscape.com/viewarticle/718665>
- Vural, F., Çiftçi, S., Fil, Ş., Aydın, A., & Vural, B. (2014). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 152-158.
- WHO (2018). *Constitution of WHO: Principles*. <http://www.who.int/about/mission/en/>.
- Williams, S. (2011). On the defensive. *United Kingdom Casebook*, 19(1), 8-11.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2011). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (8. Bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, K. (2012). *Defansif tıbbi uygulamaların hukuki açıdan değerlendirmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Zhu, L., Li, L., & Lang, J. (2018). The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: A questionnaire survey in a national congress. *BMJ Open*, 8(2), e019752.