

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

## DEFANSİF TIBBIN NEDENLERİNİN HEKİM GÖZÜYLE DEĞERLENDİRİLMESİ\*

### THE EVALUATION OF THE CAUSES OF DEFENSIVE MEDICINES WITH THE VISION OF PHYSICIANS

Dr. Öğr. Üyesi Aynur TORAMAN<sup>1</sup>

Prof. Dr. İlker Hüseyin ÇARIKCI<sup>2</sup>

#### ÖZ

Son zamanlarda sağlık sektöründe karşımıza çıkan en önemli problemlerden biri olan defansif tıp, hekimlerin malpraktis davalarından kendilerini korumak ve riskli işlemlerden kaçınmak olarak sergilemiş olduğu davranışları ifade etmektedir. Defansif tıp uygulamaları, hekimleri, hasta ve yakınlarını olumsuz etkilemekle kalmamakta aynı zamanda sistemleri de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bağlamda araştırmanın amacı doğrultusunda hekimleri defansif tıba iten nedenler hakkında bilgi edinmek üzere 23 öğretim üyesi hekim ile görüşülmüştür. Nitel bir araştırma olan bu çalışma fenomenoloji deseni ile dizayn edilmiş ve amaçlı örneklem yönteminden ölçüt örnekleme tipi kullanılarak tasarlanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler betimsel ve içerik analiz yöntemleriyle analiz edilmiştir. Verilerin analizinde, nitel veri analiz programı NVivo 11 Pro kullanılmıştır. Hekimlerin malpraktis davaları başta olmak üzere hasta şikayetleri, sağlık politikaları, performans sistemi ve hekime karşı şiddet gibi birçok sebepten dolayı defans yaptıkları belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Defansif Tıp, Sağlık Kurumları, Sağlık Hukuku.

**JEL Sınıflandırma Kodları:** I10, I19, K32.

#### ABSTRACT

Defensive medicine, one of the most important problems in the health sector in recent times, refers to the behaviors which are exhibited by the physicians for protecting themselves from malpractice cases and avoiding risky transactions. Defensive medicine practices not only adversely affect physicians, patients and their relatives and at the same time it also affect systems in a negatively. In this context, 23 faculty member physicians are interviewed to obtain information about the reasons why physicians are pushing defensive medicine in line with the research purpose. This qualitative study, is designed with phenomenology design by using criterion sampling method of purposive sampling method. The data obtained in the study are analysed with descriptive and content analysis methods. In the analysis of the data, a qualitative data analysis program NVivo 11 Pro is utilised. It is determined that physicians defend themselves for malpractice cases especially because of patient complaints, health politics, performance system and violence against physicians.

\* Bu çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından 4660-D1-16 nolu proje ile desteklenen "Defansif Tıbbın Hekim Gözüyle Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma" isimli doktora tezinden üretilmiştir.

1 Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, atoraman@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0001-6180-4713>

2 Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, ihcarikci@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0002-3095-6359>

**Keywords:** Defensive Medicine, Medical Malpractice, Health Law.

**JEL Classification Codes:** I10, I19, K32.

## 1. GİRİŞ

Defansif tıp, hekimin kendisini dava tehdidinde karşı korumak amacıyla tanı ve tedaviye yönelik işlemleri gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan faaliyetlerin sorumluluğunu reddetmesi olarak tanımlanmaktadır (Bergen, 1974: 224). Hekimler, defansif tıp uygulamaları sayesinde kendileri için risk oluşturabilecek durumları ortadan kaldırarak kendilerini koruma altına almaktadırlar. Hekimleri defans yapmaya iten sebeplerin başında tıbbi malpraktis davaları yer almaktadır. Dünya Tabipler Birliği malpraktisi; “Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlanmaktadır. Tıbbi standarda uygun bir müdahale yapılmasına rağmen ortaya çıkabileceği tıp literatüründe kabul edilen ve her türlü tedbir alınmasına rağmen kaçınılmaz olarak meydana gelen zararlar “komplikasyon” olarak tanımlanmaktadır. Komplikasyon ve tıbbi malpraktis ayrımının yapılması oldukça önemlidir. Tıbbi hataların oluşmaması için tedbirlerin alınması ne denli doğru ise hata yapmamak için işlem yapmaktan kaçınmak da o denli suçtur (Aydaş, 2014: 54). Tıbbi uygulama hataları yani malpraktis, “hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin öneri ve/veya uygulamaları sonucu hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki şartların” tamamını içermektedir (Polat, 2005: 22). Malpraktis oluşumu çoğunlukla birden fazla nedenle ilişkilendirilmekte olup insan faktörü (bilgisizlik, zihinsel muhakeme hataları, dikkatsizlik, dalgınlık, aşırı yorgunluk, acelecilik vb.), çevresel faktörler ve tıbbi cihaz hataları (bakımsız, kalibre olmayan, arızalı) birlikte hata oranlarını artırmaktadır (Altındış, 2014: 86). Hekim mesleğini icra ederken önüne çıkabilecek durumların belirsizliği içinde hastasına en iyi sağlık hizmetini vermeye çalışmakta ve oluşabilecek olumsuz durumların tamamını ortadan kaldırmaya çalışmaktadır.

Türk Tabipler Birliği (TTB), 2010 yılında 2 bin 194 hekimin katıldığı bir araştırmaya imza atarak şu verilere ulaşmıştır: hekimlerin % 63.3'ü kamu, % 25.4'ü sadece özel sektörde çalıştığı, % 11.3'ünün ise hem özel hem de kamuda çalıştığı belirtildi. Araştırmaya katılan hekimlerin % 55.6'sı herhangi bir olumsuz sonuçtan sorumlu tutulmamak için defansif tıp uygulamalarını benimseyeceklerini ifade etmişlerdir. Yüksek tazminat ödeme kaygısıyla çalışan hekimlerin kendisini korumak için yüksek riskli hastalara hizmet sunmaktan kaçındıkları, ayrıca dava edilme olasılığını azaltmak için gereksiz tetkik isteyebildikleri belirtilmektedir (TTB, 2010: 34). Sağlık kurumları para kazandıran işletmeler olarak değerlendirildiği için az sayıda sağlık çalışanı ile çok sayıda iş yapılmaya çalışılmakta; hastalıklardan korumaya yönelik değil tedaviye yönelik bir yaklaşım sergilenmekte böylece hasta üreten bir sağlık sistemi ortaya çıkmaktadır.

## 2. DEFANSİF TIP VE UYGULAMA ÇEŞİTLERİ

Defansif tıp hakkındaki ilk çalışma Smith tarafından 1970 yılında yapılan ve 1971 yılında yayınlanan “The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine” isimli makaledir. Türkiye’de defansif tıp ile ilgili alandaki ilk basılı bilgi ise 2001 yılında “Adli Tıp” adıyla yayınlanan Prof. Dr. Oğuz POLAT’a ait kitapta yer almaktadır. Sonrasında Yorulmaz (2005), Odabaşı ve Tümer (2006) ve Hakeri (2012) **defansif tıp**; Odabaşı ve Tümer (2006) **çekinik tıp**; Yorulmaz (2005) ise **savunmacı ve temkinli tıp** kavramlarını kullanmışlardır.

Defansif tıp uygulamalarının incelenmesi sonucunda konunun iki farklı şekilde uygulandığı görülmektedir. Bunlardan ilki; hekimin kendini güvence altına istemesi sebebiyle sergilediği davranış olarak tanımlanan pozitif defansif tıptır. Yılmaz vd.,(2014: 21) sorumluluktan kaçmak maksatlı olarak hasta için izlenecek prosedürlerin tıbben herhangi bir faydası olmamasına rağmen artırılması tarzında olan ve uygulayıcının hastalığın teşhis ve tedavisinde üzerine düşenden daha fazlasını yaptığını göstermek amacıyla başvurduğu güvence davranışları olarak da adlandırılan pozitif defansif tıbbi uygulamalardır şeklinde belirtmişlerdir. Pozitif defansif tıp uygulamalarının, hekimler için gerçek ya da hayali dava tehdidini ortadan kaldırmanın yaygın olarak etkili olduğuna inanılan bir mekanizma olarak kullanıldığı bildirilmiştir (Hirsh, 1989: 80). Negatif defansif tıp ise hekimlerin kendilerini malpraktis davalarından korumak için riskli işlemlerden kaçınması olarak tanımlanabilir. Aynacı (2008: 3) negatif defansif tıbbi “hekimlerin kendilerini yasal risk kaynaklarından uzaklaştırmak amacıyla malpraktis davasıyla sonuçlanma riski yüksek tanı ve tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınmaları” olarak tanımlamıştır. Tablo 1’de pozitif ve negatif defansif uygulamaları yer almaktadır:

**Tablo 1.** Pozitif ve Negatif Defansif Tıp Uygulamaları

<b>Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları</b>	<b>Negatif Defansif Tıp Uygulamaları</b>
Gereksiz tahlil ve tetkiklerin yapılması	Agresif hastalardan kaçınma
Gereksiz reçete yazılması	Riskli işlemlerden kaçınma
Gereksiz hasta yatışları	Riskli hastaları başka sağlık kuruluşuna sevk etme
Detaylı kayıt tutma	Hastaları korkutarak kaçırma
Hasta ve yakınlarını aşırı bilgilendirme	Riski çok, performans puanı az işlemlerden kaçınma
İhtiyaç olmayan konsültasyon taleplerinde bulunma	
Onam belgelerinde ince detaylara yer verme	

Pozitif defansif tıbbın hasta memnuniyetini arttırdığı gözlemlenmekte ise de mali kaynaklar ve zaman kaybı açısından değerlendirildiğinde uzun vadede hasta ve ülke ekonomisine yararları tartışmalıdır (Aydaş, 2014: 72). Malpraktis davalardan çekinen hekimler daha fazla maliyeti olmasına rağmen davalar sonucunda kötü sürprizlerle karşılaşmamak için maliyet hesabı yapmadan, kendilerini yasalar karşısında güvenceye almak için defansif tıbbi tercih etmektedirler (Gökşen, 2014: 8). Studdert vd., (2005) yüksek riskli uzman hekimlerle yaptığı bir araştırmada katılımcıların % 93'nün defansif tıp uyguladıkları, primer olarak da pozitif defansif tıbbın aşırı görüntüleme formunun uygulandığı belirtilmektedir. ABD'de yapılan bir araştırmada defansif tıbbın % 79-93 oranında görüldüğü; bu uygulamaların acil tıp, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı ile diğer yüksek riskli dallarda yaygın olduğu bulunmuştur (Selçuk, 2015: 27). A.B.D.'de gerçekleştirilen çalışmada katılımcı hekimlerin %93'ünün defansif tıbbi uygulamalara yöneldiği tespit edilirken; İngiltere'de bu oran %98, İtalya'da %77,9, Japonya'da %98 ve İran'da %99 olarak tespit edilmiştir. Türkiye'de ise hekimlerin de defansif tıba yönelme oranının oldukça yüksek sayılabilecek bir seviyede seyrettiği düşünülmektedir (Yılmaz vd., 2014: 28).

### 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırma, defansif tıbbın nedenlerini öğretim üyesi hekimlerin gözüyle tespit etmek amacıyla yapılmış nitel bir araştırmadır. Araştırmada, sosyal ve beşeri bir soruna dayalı olarak kişilerin veya grupların attığı anlamları keşfetme ve anlama amacı olduğundan nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır (Creswel, 2013: 4). Bu araştırmada hekimlerin defansif tıp konusu hakkındaki görüşlerine derinlemesine yer verilmiştir. Söz konusu olan konu kişisel, sistemsel ve örgütsel alanlarda değerlendirilmiştir. Literatüre defansif tıbbın nedenlerine dair bir kaynak eser sunulması, özellikle de hekimleri defansif tıba iten nedenlerin derinlemesine araştırılması sağlık alanında önem arz etmektedir.

#### 3.1. Katılımcılar

Defansif tıp konusunda bilgi verecek ve sağlık sektöründe uzun zaman çalışmış 23 tane öğretim üyesi hekim araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların belirlenmesinde amaçlı örneklem tercih edilmiştir. Amaçlı örneklem yöntemi, zengin bilgiye sahip olduğu düşünülen durumların derinlemesine çalışılmasına imkân tanır (Patton, 1987: 167). Katılımcıların belirlenmesi için amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örneklem türü kullanılmıştır. Bu örnekleme seçim için önemli olduğu düşünülen ölçütler belirlenir. Bu ölçütlere göre seçilen örneklemin, araştırma evrenini bütün nitelikleri ile temsil edebildiği düşünülür (Tavancıl ve Aslan, 2001: 56). Bu bilgiler doğrultusunda görüşülen katılımcılarda, en az 15 yıllık öğretim üyesi olmak, hekim olarak da görev yapıyor olmak, üniversite hastanesinde çalışıyor olmak, defansif tıp konusunda fikri olmak, gönüllü olmak ölçütleri aranmıştır. Veri toplama, döküm ve analiz sürecinde katılımcıların gerçek isimleri kullanılmıştır. Fakat araştırma tamamlandıktan sonraki aşamada Glesne (2013: 159)'nin de önerdiği üzere bir müstear isim listesi oluşturularak katılımcıların gerçek isimleriyle yer değiştirilmiştir.

#### 3.2. Veri Toplama Araçları

Nitel araştırmalarda kullanılan görüşme tekniğinin nihai hedefinin de görüşülen kişilerin bakış açılarını ortaya çıkarmak olduğu söylenebilir (Kuş, 2012: 87). Araştırmacıya önceden hazırladığı sorulara ilaveten ek sorular sorma özgürlüğü vermesi nedeniyle de yarı yapılandırılmış soru formu yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem ne tam yapılandırılmış görüşmeler kadar katı ne de yapılandırılmamış görüşmeler kadar esnek; iki uç arasında yer almaktadır (Karasar, 1995: 165). Araştırmacı yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan soruları görüşmenin

gidişatına göre doğru zamanda ve doğru ifadelerle sorarak maksimum sayıda ve nitelikte veri elde etmeye çalışmıştır.

### 3.3. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler betimsel ve içerik analiz yöntemleri ile analiz edilmiştir. İçerik analizi yönteminde araştırmacı elde ettiği veriler arasında ortak kodlar ve temalar aramaya odaklanmaktadır. Bunun gerçekleşmesi halinde ilgili kodların ve temaların olgularla nasıl temsil edildiği ortaya konulmuş olacaktır (Gibbs, 2007: 48). Nitel araştırmalarda betimsel ve içerik analizinin güvenilirliği özellikle kodlama işlemine bağlıdır. Kategorilerin taşınması gereken en önemli özelliklerden biri aynı dokümanı, aynı amaç doğrultusunda kullanan başka bir araştırmacının da büyük ölçüde benzer sonuçlara ulaşabileceği açıklıkta olmasıdır (Tavşancıl ve Aslan, 2001: 99).

Açık, eksen ve seçici kodlama yapmak amacıyla, nitel araştırma yöntemine uygun ve güvenilirliği artıran NVivo 11 Pro paket programı analiz programı olarak seçilmiştir. Bağımsız kodlayıcılar arasındaki görüş birliği araştırmanın tutarlılığını sağlamaktadır. Araştırmanın analizinde inandırıcılığın sağlanabilmesi amacıyla bulgular bölümünde her temanın altında katılımcıların söylemleri detaylı bir şekilde gösterilmiştir.

### 3.4. Nitel Araştırmanın İnanırıcılık, Aktarılabirlik, Tutarlık ve Teyit Edilebilirlik Analizleri

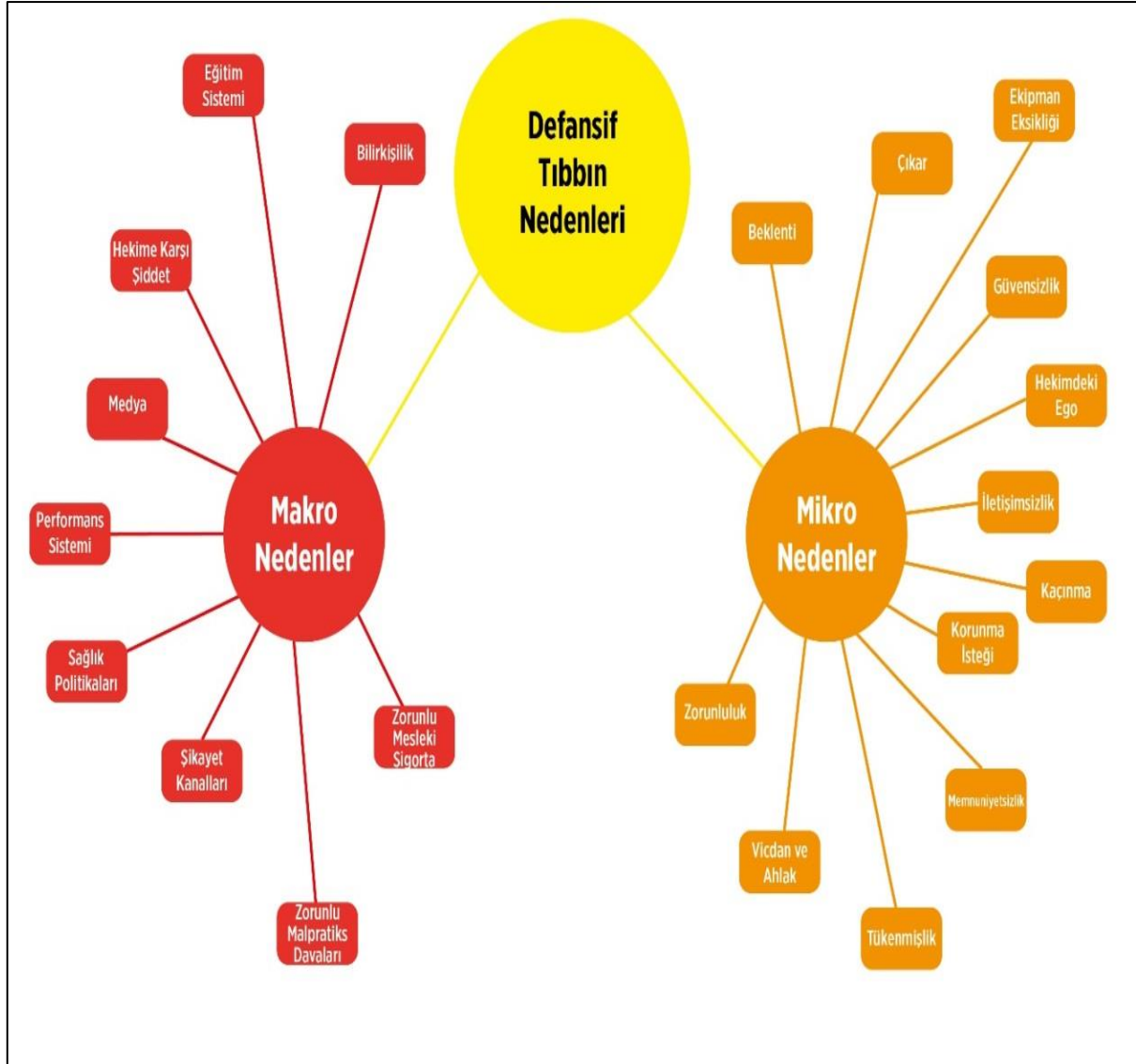
Nitel araştırmanın doğasına uygun olarak iç geçerlik yerine “inandırıcılık,” dış geçerlik yerine “aktarılabirlik,” iç güvenilirlik yerine “tutarlık” ve dış güvenilirlik yerine de “teyit edilebilirlik” kavramları kullanılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 298). Araştırmada inandırıcılığın sağlanması için uzman incelemesi ve katılımcı teyidi stratejilerinden faydalanılmıştır. Uzman incelemesi stratejisi için araştırma deseni, bunların analizi ve sonuçların yazımına ilişkin tüm dokümanlar, toplanan ham verilerin tamamı bir uzmana gönderilmiş ve bir başka bakış açısı ile araştırmanın aşamalarının geçerliliği ve tutarlı olması sağlanmıştır. Bununla birlikte katılımcı teyidi stratejisi olarak da toplanan veriler düzenlenmiş ve analizlerin ardından katılımcılar ile paylaşılmıştır. Katılımcılar, verilerin tamlığının ve sonuçların kendi duygu ve düşüncelerini yansıttığına dair geri bildirimde bulunmuşlardır.

Nitel araştırmada aktarılabirliği arttırmak için ayrıntılı betimleme ve amaçlı örneklem yöntemleri kullanılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 304). Araştırmacı okuyucunun verilerin elde edildiği ortamında zihninde canlandırabilmesi için ayrıntılı betimleme yapmıştır. Ayrıca genele ait bilgileri ortaya koymak yerine hem genele ait hem de özele ait bilgilerin ortaya çıkması için amaçlı örneklem yapılarak araştırmanın aktarılabirliği arttırılmıştır. Araştırmada tutarlılık ve teyit edilebilirliğin sağlanması için araştırmanın başından sonuna kadar tüm aşamalarında uzman kişilerle değerlendirmeler yapılmıştır.

## 4. BULGULAR

Katılımcıların verdiği cevaplara göre kod ve temalar çıkartılmıştır. Defansif tıbbın nedenleri teması “Makro Nedenler” ve “Mikro Nedenler” olmak üzere iki kategoriden oluşmuştur. Makro nedenler toplumu ilgilendiren herkesi kapsayan nedenlerden oluşurken, mikro nedenler daha çok kişisel özelliklerden kaynaklanmaktadır. Defansif tıbbın nedenlerine ilişkin kavram haritası Şekil 1’de gösterilmiştir.

Şekil 1. Defansif Tıbbın Nedenlerine İlişkin Kavram Haritası



#### 4.1. Makro Nedenler

Makro nedenler katılımcı görüşleri neticesinde “bilirkişilik,” “eğitim sistemi,” “hekimlere karşı şiddet,” “medya,” “performans sistemi,” “sağlık politikaları,” “şikayet kanalları,” “tıbbi malpraktis davaları” ve “zorunlu meslek sigortası” olmak üzere 9 başlıkta değerlendirilebilir:

##### 4.1.1. Bilirkişilik

Tıbbi malpraktis davalarındaki dosyaların bilirkişiler tarafından incelenerek raporlanması hekimler için oldukça önemlidir. Fakat bilirkişilerin sayısı olarak yetersiz olması, bazı bilirkişilerin gerekli tecrübeye ve eğitime sahip olmaması ve vakayı değerlendirirken hekimin içinde bulunduğu şartları değerlendirmedeği gerekçesiyle defansa neden olduğu katılımcılar tarafından ifade edilmektedir.

*“Şimdi eğer yeterli bilgi ve donanım halinde değilse yargıç veya yargı heyeti zaten onlar bilirkişilere gönderiyorlar. Ama sonuçta kendi inisiyatiflerini de kullanıyorlar, bilirkişi çok önemli. Ne yazık ki Türkiye’de bilirkişi sistemi de çok doğru işlemiyor. Hatır gönül çok önde oluyor, bu nedenle bilirkişilik*

*sistemi çok iyi işlemediği için hekimlerin de duyarlı olmaları lazım ve deneyimli insanlar bulmak lazım o da gözletilmediğinden dolayı bu durumlar oluyor.” (Erkan Bey)*

*“Bilirkişilerin, sayısı yetersiz. Bu nedenle defans yapılıyor. Gerçi kadın doğumda çok fazla var, Allah’tan kadın doğum açısından çok iyi ve alınabilen ceza çok az.” (Orhan Bey)*

#### 4.1.2. Eğitim Sistemi

Hekimlere, “Sizce defansif tıbbın nedenleri nelerdir?” ana sorusunun yanı sıra, “Hekimler neden defansif davranırlar?”, “Sağlık sisteminin, çalışma ortamının defansif davranmaya ne gibi etkileri olabilir?” ve “Bunlar dışında hangi nedenler defansif tıbbın nedenleri arasında sayılabilir?” gibi sonda sorular sorulmuştur.

Defansif tıbbın nedenleri arasında yer alan eğitim sistemi, 23 katılımcının 15’i tarafından defans yapma nedeni olarak görülmektedir. Katılımcılardan İsmet Bey riskli işlemlerden kaçınırken asistan eğitiminin sekteye uğradığını ifade ederek “Ben defans göstersem, mesela riskli karaciğer kitlesini almadım, şu kitleyi almadım doğumsal anomali almadım çok riskli. E benim asistanım **nasıl eğitim görecektir. Ya öğrenci eğitimini de olumsuz etkiliyor.**” yorumunda bulunmuştur.

Meriç Bey de benzer bir ifade ile “hekimlerin deneyim ve **eğitim eksiklikleri var. Hani de onun da altı geniş. Eğitim standardizasyonu yok**” şeklinde kendi düşüncesini anlatmıştır. Bu konuyla ilgili diğer bir öğretim üyesi hekim,

*“Yeterince etik eğitim, etik analiz eğitimi ve meslek etiği eğitimi almadıklarından dolayı ve yasal süreçleri de yeterince öğrenemediklerinden dolayı kendi yetkilerini ve sorumluluklarını da bilemiyorlar. Yetkilerini ve sorumluluklarını bilemediklerinden dolayı da aslında savunabilecekleri işlemlerden de korkuyorlar” (Serhan Bey)*

şeklinde görüşünü ifade ederken aslında öğretim üyesi hekimlerin ortak görüşünü ifade etmektedir.

#### 4.1.3. Hekime Karşı Şiddet

Daha kaliteli sağlık hizmeti talep eden hastalar, meydana gelen komplikasyonlarda bile hekimi suçlamakta, zaman zaman ise hekimlere sözel ve fiziksel saldırılarda bulunmaktadırlar. Hekimler, kendilerini hasta ve hasta yakınlarının sözel ve fiziksel şiddet uygulamalarından korunma amaçlı defans yaptıklarını ifade etmişlerdir. Sonuç bağlamında şiddetin varlığına yönelik görüş bildiren katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

Tuna Bey bu konuyla ilgili “Sizce **hakaret edebiliyor, darp, eleştirme, aşağılama, yargılatmak. Sizin hakkınızı susmak. Susma hakkı eşitliği bozan bir şeydir, dolayısıyla biz de defansif tıbbı devam etmek zorunda kalıyoruz.**” Seda Hanım da “**Saldırıyorlar, dövüyorlar, öldürüyorlar. O zaman ben de hasta bakmak istemiyorum. Kendimi korumak zorundayım. Hatta benim şuradaki çekmecemde bir bıçağım bulunurdu. Kendimi koruma amaçlı. Hasta ile karşı karşıya kalıyorum. Başka bir hekimi öldüren bana da saldırabilir. İnsanların bu kadar saldırgan yaklaşmaları nedeniyle, hekimin gözünde hastalar değersizleşiyor.**” değerlendirmesini yapmışlardır.

#### 4.1.4. Medya

Defansif tıbbın nedenlerinden bir diğeri de teknolojik unsur, bir kitle iletişim kaynağı olarak haber medyasıdır. Medyada en çok işlenen konulardan bir tanesi kişilerin sağlıklarından hekimlerin sorumlu olduğu düşüncesidir. Oysa kişilerin sağlığının korunmasını kendilerine ait olduğu unutulmamalıdır. Medyanın malpraktis yapan hekim hakkında kötü hekim şeklindeki itibarsızlaştırması ve reyting amacıyla ya da bilemediğimiz başka nedenlerle sıradan tıbbi vakaları bile “skandal var” başlığı ile büyük yer ve zaman ayırması hekimleri defans yapmaya iten bir diğer unsurdur. Bu unsura ilişkin görüş bildiren katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

*“Medyada, gazetede ve internette tıbbi malpraktis dava haberleri hekimde sağlık çalışanında baskıya sebep oluyor. Bu baskı yanlışlığa sebep oluyor. Yapabileceğiniz bir şeyi yapmak, yapmaktan kaçınıyor.”*

*“Hemen hemen her gün malpraktis ile ilgili haber seyrediyorsunuz. Ama hekimlerin mükemmel yaptığı işleri söylemiyorsunuz. Toplumun algısını basın yoluyla değiştiriyorsunuz. Hekimler hata yapar, hemşireler hata yapar, dolayısıyla hakkınızı arayın mesajı veriyorsun. Örneğin, on sene önce iğne yaparken felç oldu diyor, eee on sene araştırmamışsın ama bugün dava edip, para kazanmaya çalışıyorsunuz. Çünkü özellikle yeni gelişen hukukçular bu işte büyük açık gördüler. Büyük para kazanabiliriz diye bu yolları yaptılar, şikayetleri artıran biraz da onlar.” (Tuna Bey)*

#### 4.1.5. Performans Sistemi

Performans sisteminin hekimlerin ekonomik kaygıları ve pozitif defans pratiği nedeniyle gereksiz tetkike sevk ettiğini katılımcı Ahmet Bey “**Defansif tıpla performans sistemi arasında şöyle bir bağlantı olabilir; performans sistemi, daha fazla hasta bakılmasını tetiklediği için hekim ne yapıyor zaten kafam da rahat olsun, aynı zamanda da para da kazanayım diyebilir. Yani bunlar birbirini besleyebilir.**” şeklinde ifade ediyor. Benzer biçimde Erhan Bey de “**Ne yapıyorsan onun parasını alıyorsun, gerekli gereksiz işlem yapabilirsin**” derken; Ökkeş Bey ise “**Performans sistemi bir taraftan defansif tıbbi artırıyor diğer taraftan da bonuslar bana gelsin diye gereksiz tahlil tetkikleri artırıyor.**” şeklinde ifade etmişlerdir. Katılımcılar ifadelerinde riskleri az ama bir o kadar puanı yüksek işlerin yapılması tercih edilerek negatif defansif tıp uygulandığını öne sürmektedir.

*“Defansif tıbbin ikinci nedeni de performans sistemi. Şimdi nasıl oluyor! Performansa dayalı sistemi, bir kere ne yapıyor, ben riske girmeden işte şu ameliyattan şu kadar yaparsam şu kadar puan toplarım. Örneğin 1000 puan toplarım yani dört tane sünnet yaparsam 800 puan toplarım ama bir özafagus stentleme, konjenital anomali, hastaya yemek borusu yapacak olursam aynı puan alırım dolayısıyla risk faktörleri hesaplandığı zaman sünnet daha mantıklı geliyor ve dolayısıyla insanlar riskli ve puanı düşük işlemlerden kaçıyor.” İsmet Bey’in ifadesidir.*

#### 4.1.6. Sağlık Politikaları

Hızla değişen piyasa koşulları hasta merkezli sağlık politikaları, kamuoyunda hasta haklarının gelişmesine de sebep olmuştur. Sağlık politikalarının defansif tıbbin nedeni olduğuna dair katılımcıların neredeyse tamamı fikir bildirmişlerdir. Katılımcılardan Seçkin Bey ve Ahmet Bey sağlık politikaları ile ilgili düşüncelerini şöyle ifade etmişlerdir:

*“Gündeme yeni yeni gelen bir olay hasta hakları biliyorsunuz, çok fazla hastanın benim hakkım var diye hekimi ile karşı karşıya geliyor. Hekimin de bir hakkı var ama o ikinci plana atıldığı için hekimler defans yapıyorlar. Bu da doğal olarak defansif tıbbin artışına sebep oldu.” (Ahmet Bey)*

Katılımcılardan Gamze Hanım’ın konuya ilişkin yaptığı benzetme ise aşağıdaki gibidir:

*“Defansif tıbbin nedenlerinde biri de sağlık politikalarına bağlı olarak eskiden baştık şimdi ayak olduk. Eskiden ayaklar da şimdi başı oynuyorlar, siz 6 sene eğitim gören bir adamla hiç eğitim almamış bir adamın haklarını birbirine eşitlerseniz hatta eğitimsizin haklarını eğitiminin üzerinde tutarsanız bananecilik başlar. Herkes idealist olmak zorunda değil, zaten herkes idealist olsa bu kadar zengin bir ülkede biz bu durumda olmazdık.” (Gamze Hanım)*

#### 4.1.7. Şikâyet Kanalları

Yazılı başvurma alışkanlığı olmayan topluma ‘alo şikâyet hattı’ ile kolay şikâyet yolu açılması, Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) gereğince sağlık kurumlarında kurulan hasta hakları kurullarının, şikâyet durumunda ayrıntılı inceleme yapması defansif tıbbi artışında etkili olmuştur. Katılımcıların bu konuda genel değerlendirmeler içeren görüşlerine aşağıda yer verilmektedir.

*“Bence hekimler doğru yaptıkları işleri yüzünden şikâyet edildikleri için iş yapmak istemiyorlar.” (Arda Bey)*

*“Şikâyet edilmek istememek. Örneğin, hekim ilgilenmedi, hekim gelmedi, hekim dokunmadı bile, görmedi bile veya ameliyat yapılması gerekiyordu ameliyat yapmadı niye yapmadı şeklindeki iddialar nedeniyle hekim arkadaşlarımız defansif tıbbi istemeksizin, düşünmeksizin o yola başvurmak durumunda kalıyorlar.” (Seçkin Bey)*

Şikâyet kanallarında eleme sistemi olmadığını bu yüzden gelen her şikâyet için cevap yazmak zorunda kaldığını belirten öğretim üyesi hekimler konuya dair düşüncelerini şöyle ifade etmişlerdir.

*“BİMER ve CİMER gibi şikâyet kanallarında eleme sistemi yok. Net söylüyorum orada elek diye süzgeç diye bir şey yok. Bilgisayarın başına geçiyor şimdiki gençlik de her şeyi biliyor. O sisteme nasıl ulaşacağını, nasıl şikâyet edeceğini biliyor. Tamam kendi yaşadığı şeyi yazsın ama bir de karşı taraf açısından bakarak yazsın. Hep kendi açısından bakıyor, ben girdim kapıdan bakmadılar diye. Beklemesi gerektiğini ve daha kötü hastaların olduğunu söylüyorsunuz ama anlamıyor. Önce benim, beni niye önce muayene etmedi, bana şöyle baktı bana bu lafi etti, diye şikâyet ediyor. Böyle laflar üzerinden gidiyor sistem. (İsmet Bey)*

*“Bürokrasi yüzünden BİMER’e şikayet ediyoruz sonra bu şikayete yanıt vermek insanı rahatsız ediyor. İş gücü kaybı, dosyayı çıkartıyorsun, bakıyorsun rahatsız oluyorsun. Her hekim buna yanıt verirken rahatsız oluyor. Bu kadar kolay olmamalı. Bir hasta ya da yakını sizin hakkınızda şikayette bulunabiliyor ama asılsız, fakat tersi çevirdiğimizde asılsız olduğu zaman da o hastaya herhangi bir yaptırım yok. Bu nedenle bu sistem yozlaştı diyebiliriz. Gerçekten lüzumlu şikayetler de artık gözden kaçıyor olabilir.” (Ahmet Bey)*

#### 4.1.8. Tıbbi Malpraktis Davaları

Hekimlerin defansif tıbbın ana nedeninin tıbbi malpraktis davalarından kaynakladığı konusunda hem fikir oldukları gözlenmiştir. Literatürde de defansif tıbbın tanımı yapılırken “malpraktis davalarından kaçınmak için” ibaresinin yer aldığı görülmüştür. Katılımcılar tıbbi malpraktis davalarının kendilerinde kaygıya neden olduğunu; bu gerekçe ile defansif tıbbın arttığını ifade etmektedirler. Katılımcıların ifadelerinden birkaç örnek aşağıda verilmiştir.

*“Şimdi tıbbi malpraktis yüzünden dava edildiğiniz zaman hekim olarak mesleği yapmak istemiyorsun. Sonra kendini değerlendiriyorsun ben yanlış yaptım mı? Hayır yapmadım, ama işte problem şu; Türkiye’de defansif tıbbın gelişmesinin nedeni bu konu ile ilgili hukukun gelişmemiş olmasıdır.” (Tarkan Bey)*

*“Herşeyden önce tıbbi malpraktis davalarına maruz kalmamak için yaparlar. Neden çünkü, siz hukuk noktasında hekimler hukuk alanına vakıf değil, hukukçularda sağlığı çok fazla bilemedikleri için bu davalarda bilirkişilerin çok önemli söz sahibi olması gerekiyor. Ama onun da yeterli olmadığı ve bu yüzden hekim olarak ben yapacaklarımı yaparım ama daha fazlasına ne para için ne şey için girişmem deyim savunmacı davranış sergiliyorsunuz.” (Ömer Bey)*

Herhangi bir olumsuzluğu önlemek amacıyla fazla tektik istenmesi bazen hekimin ahlâki yaklaşımına ters olabilir. Eğer bu tür tetkik ve tıbbi uygulamaların hastaya yarardan çok fiziksel, psikolojik ya da ekonomik maliyetleri varsa bu tetkikleri yapmak demek klinik karar verme sürecinin ve standart tedavinin ihlali olarak düşünülebilir. Katılımcılardan Gamze Hanım malpraktis davalarından kaçınmak için defansif davranışın en büyük malpraktis olduğunu ifade etmiştir:

*“İşini iyi yapıyorsan defansif tıp diye bir şey yoktur, sonuçta biz hasta için varız. Kendimizi korumak için eğer hastanın hayatını kurtarmak için milyonda bir bile şans olsa verebileceğin bir işlemse bunu yapman gerekiyor, bunu zaten gerekli literatür bilgilerine ve bilimsel temellere dayandırdığında malpraktis davası ile karşılaşsan da savunabilirsin. Ama sırf malpraktise uğrarım aman sicilime kötü işlenir diye sen bir takım şeylerden kaçınıyorsan bence malpraktisin en büyüğü bu.”*

#### 4.1.9. Zorunlu Meslek Sigortası

Katılımcıların 10 tanesinin zorunlu meslek sigortasının hekimlerin defans yapmasında bir gerekçe olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Özellikle adli tıp anabilim dalı öğretim üyesi hekimi olan Serhan Bey, “Mesleki zorunlu sağlık sigortası hekimlere saldırmak için bir araç.” diyerek şunları eklemiştir;

*“O yüzden hekimler de bu araç yüzünden artı bir saldırıya maruz kalıyorlar. Bu saldırı, avukatlar tarafından oluyor, bu da tabii ki defansif tıbbı artırıyor. Çünkü hekimin sigortası bütün sorunları çözüyor demek değil. Öyle ki tazminat davası ile beraber ceza davası da açılıyor. Sigorta tazminatta 400 bin liraya kadar ödüyor. Ayrıca diyelim ki 2 yıl hapis cezası çıktı, o ayrı gidiyor tazminatı ödeyince hapisten kurtulmuyor hekim. Ama dava açıldığında önce ceza davası açılıyor, sonra tazminat davasını açıyorlar, çünkü ceza aldırtırsa tazminat davasına emsal teşkil etmesi için yapılıyor. Dolayısıyla bu zorunlu meslek sigortası, hekimleri hedef haline getirmekte ve hekimler de bu durumu yaşamamak için defans yapıyor.”*

Cerrahi branşlarda görev alan öğretim üyesi hekimler görevleri gereği riskli vakalarla sık sık karşı karşıya kaldıkları için sigortalanmanın gerekliliğini kabul etmektedirler. Katılımcı Ökkeş Bey düşüncelerini “Sigortanın olması gerekiyor, ama sigortan var diye de sigortada para birikti diye de hasta ve yakınlarının o parayı almak için dava açması ve uğraşması gerekmiyor. Gerçekten hak ediyorsa alması gerekiyor, ortada yapılmış bir hata varsa almalı. Maalesef böyle değil tabii. O yüzden de insanlar kötü hastaya dokunmak istemiyor açıkçası.” şeklinde ifade etmiştir.



## 4.2. Mikro Nedenler

Defansif tıbbın mikro nedenleri daha çok katılımcıların kişilik özelliklerine ve içinde buldukları ortamlara göre oluşan nedenleri kapsamaktadır. Bu nedenler katılımcı görüşleri neticesinde “beklenti,” “çıkar,” “ekipman eksikliği,” “güvensizlik,” “hekimdeki ego,” “iletişimsizlik,” “kaçınma,” “korunma isteği,” “memnuniyetsizlik,” “tükenmişlik,” “vicdan- ahlâk” ve “zorunluluk” olmak üzere 12 başlıkta değerlendirilmiştir. Bunlar içerisinde en çok “kaçınma,” “korunma isteği,” “iletişimsizlik” ve “güvensizlik” başlıkları katılımcılara tarafından ifade edilmiştir.

### 4.2.1. Kaçınma

Bu başlığın altında özellikle hekimlerin son dönemde olan hastaya bakmaktan kaçındıkları, doğru yaptıkları işler yüzünden şikayet edildikleri ve risk almak istemedikleri için kaçınarak defans yaptıkları ifadeleri yer almaktadır. Katılımcılardan dahili bilimlerde görev yapan Arda Bey **“Bence hekimler doğru yaptıkları işleri yüzünden şikayet edildikleri için iş yapmak istemiyorlar ve kaçınma davranışı olarak defans yapıyor.”** diyerek görüşlerini belirtmiştir. Dahili tıp birimlerinde görev yapan öğretim üyesi hekim ise şu şekilde düşüncesini belirtmiştir:

*“Yapabileceğimiz işlemleri yapmaktan kaçınıyoruz. Hastayı tartışıyoruz. Bakıyoruz problemli bir hasta. Kaçınıyorsunuz. Yapmıyoruz bazen. Hasta ve hasta yakınının tavır tutumları bunun en büyük nedenidir.” (Seda Hanım)*

### 4.2.2. Korunma İsteği

Hekimler, korunma isteği nedeniyle defans yaptıklarını ifade etmektedirler. Katılımcı sınıflandırmasına baktığımızda cerrahi tıp bilimlerinde görev yapanların bu konuda ifadelerinin olduğu belirlenmiştir. Katılımcılardan İsmet Bey **“Riskli işlemlerde hekimler kendilerini koruma amaçlı bu davranışı sergiliyorlar.”** derken; Seda Hanım **“hekimlerin kendilerini savunmak için yaptıkları ve kendimizi korumak için yaptığımız bir yaklaşımdır.”** ifadesinde bulunmuştur. **“Aşırı tetkik isteyerek hekimler kendilerini koruma amaçlı olarak defansif tıba başvuruyorlar. Tetkikler hastayı sonuca götürmüyor, ortada bırakmak yönünde kalıyor. Tetkikler bir sonuca varmak amaçlı değil de hekimin kendini koruma amaçlı istediği tetkikleri yapıyor.”** Erdal Bey konuya dair görüşünü ifade etmiştir.

### 4.2.3. İletişimsizlik

Katılımcılar, hasta ve yakınları ile hekimin iletişimsizliğinin defansif tıbbın nedeni olduğunu ve bunun da beraberinde güvensizliği getirdiğini belirtmişlerdir. Cerrahi Tıp bilimlerinde görev yapan Metin Bey iletişimsizliği **“Hekimlerde, iletişim becerileri hala biraz eksik. Hekimler iletişim olayını tam oturtamadılar, esas sorun sanki bu gibi geliyor. Hasta hekimin tanı koymasını ve hastaya hiçbir sorumluluğu bırakmamasını istiyor. Ama hatalı bir durum olursa eskiden sesi çıkmıyordu, ama şimdi sorgulamaya başlıyor.”** sözleriyle açıklamıştır.

### 4.2.4. Güvensizlik

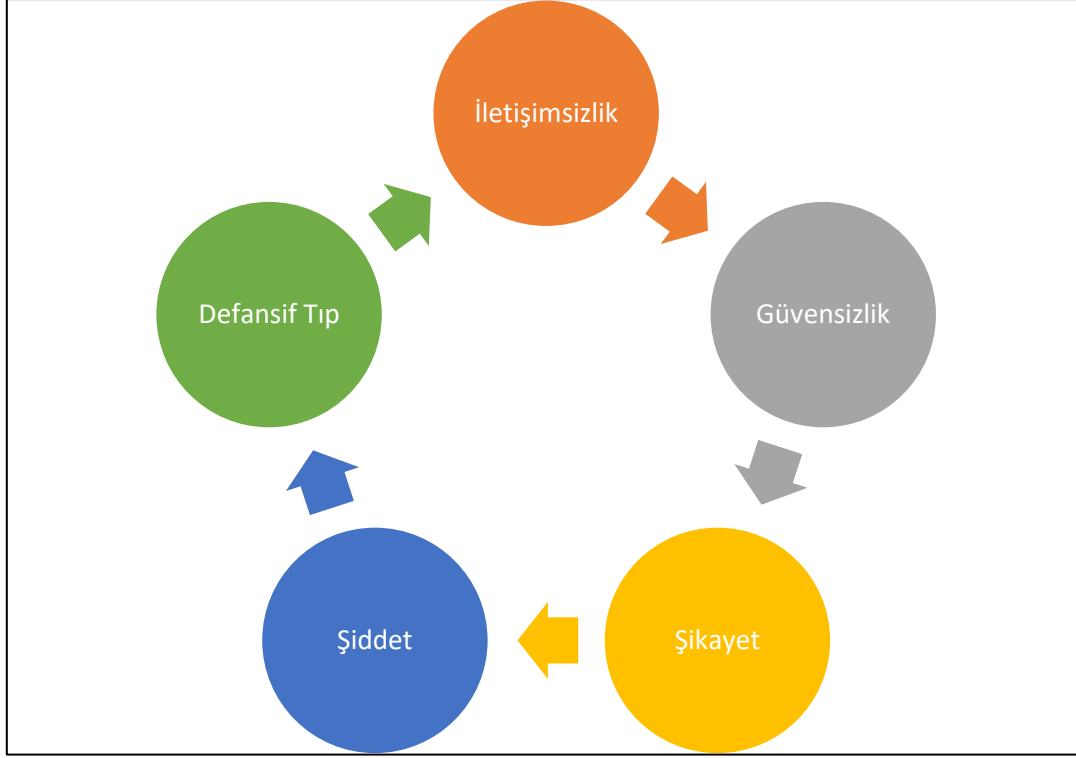
Bilindiği üzere güven iki yönlü olarak oluşur ve tarafların karşılıklı olarak güvenmesi oldukça önemlidir. Güvenilen taraf dürüstlük, tutarlılık, açıklık, yetkinlik, doğru kararlar alma, sadakat, düzgün bir iletişim, özen gösterme, yardımseverlik gibi özelliklere sahip olmalıdır (Bakar, 2016: 22). Öğretim üyesi hekimlerin güvensizlikle ilgili örnek ifadeleri şöyledir:

*“Burada karşılıklı güven ve iyi niyet önemli. Hekim hastaya güvenmezse ne yapar defans yapar. Defansif tıbbi uygulamalar.” (Erdal Bey)*

*“Hekimin davranışının en temel nedeni hastaların ya da bizim alanda daha çok hasta yakınlarının güvensizliğidir.” (Ferhunde Hanım)*

Katılımcıların kaçının bu konu hakkında ifade belirttiği incelendiğinde, dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde görev yapan 11 katılımcının güvensizliği bir neden olarak gördükleri bulunmuştur. Elde edilen bulgular gösteriyor ki iletişimsizlik güvensizliği, güvensizlik şikâyetlerin oluşmasını, şikâyetler şiddeti ve şiddet de defansif tıbbı oluşturuyor. Hekim hasta arasında yaşanan bu döngü Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2. Defansif Tıbbın İlişki Boyutuyla Döngüsel Akışı



## 5. SONUÇ

Defansif tıbbın nedenlerini açıklamaya yönelik çok sayıda tema elde edilmiştir. Anlatılar kimi zaman hekimlerin kişisel nedenlerine dayanırken kimi zaman da tıbbın içinde bulunduğu sistemlerle açıklanmıştır. Her bir tema kendi içerisinde birçok örnek, yaşantı, deneyim ve gözlem içermektedir.

Makro nedenler arasında en önemli nedenlerden biri tıbbi malpraktis davalarıdır. Tıbbi malpraktis davaları, hekimlerin görevleri esnasında kaygılı davranmalarına neden olmaktadır. Malpraktise maruz kalmanın sağlık çalışanlarına ve sağlık sistemine olan güveni azalttığı bilinmektedir. Tıbbi tedaviler her zaman ceza veya hukuk davalarına sebep olabilecek, hekimin önleyemeyeceği riskleri içermektedir. Bu yüzden defansif tıp uygulamalarının gerçekleştirilmesindeki en güçlü etken, dava edilme riski ile hareket etmektir. Katılımcıların büyük çoğunluğu konuyla ilgili olarak tıbbi malpraktis davalarının üzerlerinde büyük bir baskıya neden olduğunu ve teşhis ve tedavi sürecinde yapacakları işlemleri tekrar tekrar gözden geçirmelerine neden olduğunu ifade etmişlerdir. Tıbbi malpraktis davaları sağlık çalışanlarını yıldıran, bezdiren, mesleklerinden soğutan bir düzeye çıkmamalı, sağlık çalışanları tıp mesleğini çekinik karakterde değil mesleki şartlar çerçevesinde en iyi şekilde yapmaya çalışmalı, bu esnada yasal sorumluluklarını bilmeli ve bu konuda hassasiyet göstermelidirler (Altındaş, 2011: 91).

Yeteri kadar donanım ve tecrübeye sahip olmadan hekimlik unvanını alan kişiler karşılaştıkları vakalara defansif yaklaşmaktadırlar. Tıp eğitiminin kalitesinin her geçen gün düştüğü ve bu durumun, tıp öğrencilerinin ilgisizliğinden, az hasta görmelerinden ve yetersiz tıp eğitiminden kaynaklandığı söylenebilir (Yılmaz, 2016: 261). Tıbbi müdahalede ihmal, tedavide memnuniyetsizlik, tedavinin gerçekleştiği kurumun yetersizliği, medyada yapılan hekim karşıtı yayınlar, haksız istekler (rapor, ilaç vb. gibi), sağlık politikaları gibi faktörler de şiddetin oluşumunda rol oynamaktadır (Ünder, 2012: 267). Ayrıca araştırmada ortaya çıkan bulgular ile ilişkili olarak literatürde hekimlerin, hasta yakınlarının şiddetine hedef olma korkusu nedeniyle defansif tıp uyguladıkları yer almaktadır (Yılmaz, 2016: 153; Selçuk, 2015: 79; Tekinarslan, 2015: 60; Aytur, 2013: 22).

Performans sistemi hekimlerin bazılarında para kazanma hırsı nedeniyle gereksiz tahlil, tetkik ve işlem yapmasına neden olmaktadır. Öyle ki daha fazla puan yapmak niyetiyle hekimlerin puanı yüksek riskli az olan işlemleri tercih

ettiği tespit edilmiştir. Hekime yapılan ödemelerin yetersiz olması durumunda performansa dayalı ek ödeme sistemi uzman hekimin “ücret” beklentisini değiştirebilir hattâ gelirini yükseltmek amacıyla eline geçen fırsatları değerlendirebilir (Yılmaz, 2016: 263).

Açılan davalar ve şikâyetlerden dolayı hekimlerin performansı düşmekte ve gelecekteki performanslarını da gözden geçirmelerine neden olmaktadır (Studdert, vd., 2004; Akt Frati vd. 2015:5). BİMER, CİMER, hasta hakları komisyonları ve şikâyet mercilerine yapılan, çoğu zaman asılsız şikâyetler nedeniyle hekimlerin iş yükünün arttığını ve hekimlerin bu şikâyetlerle uğraşmaktan dolayı işlerini yapamaz hale geldiklerini bildirmişlerdir. Summerton (1995) tarafından yapılan bir araştırmada hekimlerin %30’dan fazlasının dava edilme veya şikâyet edilme endişesi yaşadıklarını belirttiği görülmüştür. Aynı araştırmada bütün defansif tıp uygulamaları hekimin riskle ilgili endişeleriyle önemli bir şekilde bağlantılı görünmüş; fakat bu bağlantının negatif defansif tıp uygulamaları ile daha güçlü bulunduğu bildirilmiştir.

Ortaya çıkan bulgular, literatür tarafından da desteklenmektedir. Nitekim hasta ve/veya yakınları ile zayıf iletişim, hekim ve hasta arasındaki iletişim sorunu ve iletişim engelleri defansif tıbbın nedeni olduğu yönündedir (Tekinaslan, 2015: 8; Aytur, 2013: 15). Yapılan bir araştırmada da hasta ve/veya yakınlarının şikâyetlerinin % 40,4 oranında iletişim kaynaklı sorunlar olduğu tespit edilmiştir (Uludağ, 2011: 655). Hastalar ile etkili iletişim kurmak, ne yapılacağını ve neden yapılacağını sıklıkla anlayabilecekleri bir dille anlatmak iyi bir iletişim tekniğidir. Malpraktis davalarının pek çoğu da hastalara yapılan hatadan dolayı değil, hekime duyulan öfkeden dolayı açılmaktadır.

Hekimler, hukuki uygulamalar konusunda eğitilmelidir. BİMER–CİMER gibi şikâyet kanallarına yapılan başvurularda, şikâyetler değerlendirilirken eleme sistemi uygulanmalı ve şikâyetin asılsız çıkması sonucunda şikâyette bulunan kişiye yaptırım uygulanmalıdır. Sağlık çalışanına yapılan şiddet için uygulanacak cezaların artırılması ve caydırıcılığının sağlanması gerekliliği söylenebilir. Bu araştırma öğretim üyesi hekimler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma örnekleminin kapsamı değiştirilerek hastalar, sağlık alanında hizmet veren yöneticiler ve branş bazında hekimler ile görüşmeler yapılması konunun daha detaylı olarak anlaşılmasına önemli katkılar sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

- Altındış, M. (2014). “Tıbbi Etik, Malpraktis ve Defansif Tıp”, SD Platform Dergisi, 31.
- Aydaş, S. (2014). Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Davranışları, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Aynacı, Y. (2008). Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya.
- Aytur, G. (2013). “Tıp Fakülteleri ve Eğitim Araştırma Hastaneleri Acil Servislerinde Çalışan Acil Tıp Uzmanları ve Araştırma Görevlilerinin Çekinik Tıp Uygulamaları Hakkındaki Görüşleri”, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Edirne.
- Bergen, R.P. (1974). “Defensive Medicine is Good Medicine”, The Journal of The American Medical Association, 228(9), 1188-9.
- Creswel, J.W. (2013), Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (Araştırma Deseni, Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları, S.B.Demir (Çev.), Ankara: Eğiten Kitap Yayınevi.
- Frati, P., Busardo, F. P., Sirignano, P., Gulino, M., Zaami, S. ve Fineschi, V. (2015). “Does Defensive Medicine Change the Behaviors of Vascular Surgeons? A Qualitative Review”, BioMed Research International. <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/170692/>, (Erişim Tarihi: 10 Nisan 2018).
- Gibbs, G.R. (2007), Analyzing Qualitative Data, London: Sage Publications.
- Glesne, C. (2013), Becoming Qualitative Researchers: An Introduction (Nitel Araştırmaya Giriş), A.Ersoy ve P.Yalçınoğlu (Çev.), Ankara: Anı Yayıncılık.
- Gökşen, Ö. (2014). Defansif Tıp ve Tıbbi Malpraktis Uygulamalarının Hukuki Boyutu, Çözüm Önerileri ve Mesleki Sorumluluk Sigortası, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Hirsh H.L. (1989). "Defensive Medicine--Friend or Foe?", *Legal Medicine*, 145-80.
- Karasar, N. (1995). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık.
- Kuş, E. (2012). *Nitel-Nitel Araştırma Teknikleri*, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Patton, M.Q. (2014). *Qualitative Research&Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice (Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri)*, M.Bütün ve S.B.Demir (Ed.), Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Polat, O. (2005). *Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Selçuk M. (2015). *Çekinik (Defansif) Tıp, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.*
- Studdert, D., Mello, M., Sage, W., DesRoches, C.M., Peugh, J., Zapert, K. ve Brennan, T.A. (2005). "Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians In a Volatile Malpractice Environment", *JAMA*, 293(21), 17.
- Summerton, N. (1995). "Positive and Negative Factors in Defensive Medicine: A Questionnaire Study of General Practitioners". *BMJ*, Jan,7, 310 (6971), 27-9.
- Tavşancıl, E. ve Aslan, E. (2001). *Sözel, Yazılı ve Diğer Materyaller için İçerik Analizi ve Uygulama Örnekleri*, İstanbul: Epsilon Yayınevi.
- Tekinarslan, M. (2015). *Tıbbi Malpraktisin Hasta ve Hasta Yakınları Üzerindeki Psikolojik, Sosyal ve Ekonomik Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.*
- TTB, (2010). <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/hizmetzarar.pdf>, (Erişim Tarihi: 11 Şubat 2018).
- Uludağ, A. (2011). "Hastane Hasta Hakları Kurallarının İletişim Sorunu İçerikli Başvuru Bakışı: Konya Hastaneler Örneği", *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31(3), 653-663.
- Ünder, Y.E. (2012). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusu, İstanbul Barosu, Sağlık Hukuku Makaleleri-II, Temmuz, İstanbul.*
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013), *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, K., Polat O. ve Kocamaz B. (2014). "Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açından İncelenmesi", *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 5(16).
- Yılmaz, N. (2016). *Tıpta Uzmanlaşma Üzerine Nitel Bir Araştırma, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.*